

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 2 (99)
2020

O'ZBEKISTON
VRACHLAR
ASSOTSIATSIYASI
BYULLETENI



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma №0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri,
Parkent ko'chasi, 51-uy.
Tel.; 71-268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz



(99)

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2020 yil**

МУХАРРИР МИНБАРИ МЕНЕДЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ

Асадов Р.Х. Ўзбекистон Республикасида гемодиализ хизмати ривожланишининг ҳолати ва истиқболи

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М., Кравченко Л.Ш. Масофавий таълимнинг электрон шаклини татбиқ этишнинг иқтисодий самарадорлиги ҳисоблашга оид

Ҳакимов В.А. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш жараёнида профессионал раҳбар кадрлар тизимини шакллантиришнинг ўрни

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Курбанов Б.Б. Турли даражадаги преэклампсия билан хаста беморларда йўлдошнинг морфофункционал ўзгариши ва SFLT1 оқсилнинг микдорий таркиби билан алоқаси

Надирханова Н.С., Асатова М.М. Пневмония мавжуд ҳолатларда аёлларда жигарнинг функционал ҳолати

Шамсиева З.И. Семизлик кузатилган аёлларда цитокин профили

Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А. Кейдж мосламасини умуртқа поғонаси бел қисми умуртқалараро спондилодезидида қўлланилиши

Кочкартаев С.С. Умуртқа поғонаси бел қисми диск чурраларида диск тўқимасини патоморфологик ўзгаришлари

Хамраев Б.У., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Юсупов С.Ю. Сон суяги синишини блокловчи интрамедуляр остеосинтез усули билан даволашдаги тажриба

Хаджиев Ш.Х., Эшбадалов Х. Ю., Ешмуродов К.Е., Холиков А.А., Фаттаева Д.Р. Юзжағ соҳаси фурункул ва карбункул касалликларини комплекс даволашда маҳаллий суперсорбицидни қўллаш

Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Рахматуллаев Х.У., Каримова Г.В. Сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларда нафас олиш мушакларининг электронейромиографик кўрсаткичлари

КОЛОНКА РЕДАКТОРА МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ

Асадов Р.Х. Состояние и перспективы развития службы гемодиализа в Республики Узбекистан

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М., Кравченко Л.Ш. К расчетам экономической эффективности внедрения электронной формы дистанционного обучения

Ҳакимов В.А. Роль формирования стратегического резерва руководящих кадров в процессе реформирования здравоохранения в Республике Узбекистан

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Курбанов Б.Б. Характер изменения тромبوцитарного звена системы гемостаза у беременных женщин с преэклампсией

Надирханова Н.С., Асатова М.М. Функциональное состояние печени у беременных с пневмонией

Шамсиева З.И. Цитокиновый статус у беременных женщин с ожирением

Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А. Межтеловой спондилодез поясничного отдела позвоночника с применением кейджевых конструкций

Кочкартаев С.С. Патоморфологические изменения межпозвоночных дисков при грыжах поясничного отдела позвоночника

Хамраев Б.У., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Юсупов С.Ю. Опыт лечения при переломах бедренной кости методом интрамедулярного блокирующего остеосинтеза

Хаджиев Ш.Х., Эшбадалов Х. Ю., Ешмуродов К. Е., Холиков А.А., Фаттаева Д.Р. Применение суперсорбицида в комплексном лечении при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области

Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Рахматуллаев Х.У., Каримова Г.В. Электронейромиографические показатели респираторных мышц у больных хронической обструктивной болезнью лёгких

- Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.** Фарғона водийси аҳолисининг предгипертензия ва артериал гипертензияни асосий хавф омилларига боғлиқ ҳолда аниқланишини қиёсий баҳолаш
- Рамазонова Н.А., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Остеоартритли беморларда метаболик бузилишлар
- Салиев К.К., Салиев Д.К., Солиев А.К.** Ўткир лимфобласт лейкоз билан беморларни даволаш даврида рецидивлашни периферик қондаги гемограмма ва лейкоформула кўрсаткичлари асосида прогнослаш
- Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х.** Темир етишмовчилик камқонликка чалинган бабоғат ёшидаги қизларнинг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари
- Ubaydullaev N.N., Ganiev B.S.** Бронхиал астма билан касалланган беморларни бирламчи бўғин ва шаҳар поликлиникаларидаги умумий амалиёт шифокорлари томонидан кузатилиши
- Ахмедова Д.Б., Кодирова З.Х.** Ўзбекистон республикасида касб касалликлари кўрсаткичлари
- Искандарова Г.Т., Ташпулатова М.Н., Самигова Н.Р.** Саноатнинг фармацевтика соҳасида меҳнат жараёни ва меҳнат шароитларини ташкиллаштиришни ўрганишнинг аҳамияти
- Расулов Ш.М.** Эхинококкознинг эпизоотологияси ва эпидемиологияси
- Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** Аҳолининг айрим контингентларининг оив инфекцияси бўйича хабардорлик даражаси
- Солиев А.К.** Днк репарациясини бронхиал астма билан беморларда турли клиник патогенетик вариантлари ва оғирлик даражаси билан боғлиқ ҳолда ўрганиш натижалари
- Шадманова Н.А. Юлдошева Х.А.** Стафилокок инфекциялари ва антибиотикларга турғунлик муоммоси.
- Ёдгорова Н.Т., Шадманова Н.А.** Бета – лактам антибиотикларга турғунлик: глобал муаммо
- 41 Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.** Сравнительная оценка выявляемости предгипертензии и артериальной гипертензии в зависимости от факторов риска
- 44 Рамазонова Н.А., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Метаболические нарушения у больных остеоартритом
- 47 Салиев К.К., Салиев Д.К., Солиев А.К.** Прогностические показатели рецидива у больных острым лимфобластным лейкозом на основе гемограммы лейкоформулой периферической крови в динамике поддерживающей терапии
- 49 Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х.** Показатели физического развития девочек-подростков с железодефицитной анемией
- 53 Ubaydullaev N.N., Ganiev B.S.** Ведения пациентов с бронхиальной астмой в условиях первичного звена и городской поликлиники врачом общей практики
- 55 Ахмедова Д.Б., Кодирова З.Х.** Показатели профессиональной заболеваемости в Республике Узбекистан
- 59 Искандарова Г.Т., Ташпулатова М.Н., Самигова Н.Р.** Значимость изучения организации трудового процесса и условий труда в фармацевтической отрасли промышленности
- 62 Расулов Ш.М.** Эпизоотология и эпидемиология эхинококкоза
- 66 Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** Уровень осведомленности некоторых контингентов населения по вопросам вич инфекции
- 73 Солиев А.К.** Результаты исследования репарации днк у больных бронхиальной астмой в зависимости от клинико патогенетических вариантов и тяжести течения болезни
- 75 Шадманова Н.А. Юлдошева Х.А.** Стафилококковые инфекции и проблема устойчивости к антибиотикам
- 78 Ёдгорова Н.Т., Шадманова Н.А.** Резистентность к бета-лактамам антибиотикам: глобальная проблема.

Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т. “Биоферрон” антианемик самардорлигининг тадқиқот натижалари

83 Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т. Результаты исследования антианемического эффекта «биоферрона»

Дусчанов Б. А., Юсупова О.Б., Ибадуллаева С.С. Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзига риоя қилиниши ва истиқболдаги ривожланиши

87 Дусчанов Б. А., Юсупова О.Б., Ибадуллаева С.С. Соблюдение здорового образа жизни населением и перспективы развития

Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Аллазаров У.А. Жигар касалликлари патогенезида альфа ўсма некрози унсурининг аҳамияти

91 Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Аллазаров У.А. Роль фактора некроза опухолей альфа в патогенезе заболеваний печени

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР ЭТИБОРИГА**

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,
ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**

Зоирова Н.Т. COVID-19: эпидемиологияси ва профилактикаси

95 Зоирова Н.Т. Covid-19: эпидемиология и профилактика

**ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ
МУШОХАДАЛАР**

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ,
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

Искандарова Гўзал Т. Искандарова Гулноза Т. COVID-19 вақтида тиббиёт муассасаларни юқумли назоратга олиш

98 Искандарова Гўзал Т. Искандарова Гулноза Т. Инфекционный контроль в медицинских учреждениях при COVID-19

Саидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Кадирова А.З., Шерматов Р.М., Темирова Ж.Х. Турли иқлимий шароитларда тусдан юрак ўлими клиник аломатларини пайдо бўлишида турли ҳавф омиллари ва хусусиятларининг таъсири

102 Саидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Кадирова А.З., Шерматов Р.М., Темирова Ж.Х. Влияние различных факторов риска в формировании и особенностях клинических проявлений внезапной сердечной смерти в различных климатических условиях

Салиходжаева Р.К. Пациентларни ўқитишда ҳамширалик иши мутахассисларининг педогогик маҳорати

105 Салиходжаева Р.К. Педагогические навыки специалистов сестринского дела в обучении пациентов

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Ражабов А.И. Ўткир постманипуляцион панкреатит: долзарблиги, диагностика ва даволашдаги муаммолар

106 Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Ражабов А.И. Острый постманипуляционный панкреатит: актуальность, проблемы диагностики и лечения

Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б. Климаксдан сўнг даврда диабетик полинейропатияли бемор аёлларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш

111 Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б. Оценка качества жизни пациенток с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде

Акилов Х.А., Низомов Ш.А. Болаларда уретранинг посттравматик стриктураси ва облитерациясини оператив даволаш ва уни самардорлигини ошириш йўллари

116 Акилов Х.А., Низомов Ш.А. Перативное лечение посттравматических стриктур и облитерации уретры у детей и пути повышения ее эффективности

ЮБИЛЕЙЛАР

ЮБИЛЕИ

**УСМАНХОДЖАЕВ
МУХТАР САИДОВИЧ – 85 ЁШДА**

**121 УСМАНХОДЖАЕВУ
МУХТАРУ САИДОВИЧУ – 85 ЛЕТ**

ЯРКУЛОВ АХРОР БАХРАМОВИЧ 70 ЁШДА

122 ЯРКУЛОВ АХРОР БАХРАМОВИЧ 70 ЁШДА

Выявляемость ПрГ и АГ в популяции 15-70 лет в зависимости от жилищно-бытовых условий

Характеристика жилищно-бытовых условий	n	Повышенное АД				Статистика различия по t-критерию (P)		
		ПрГ (1)		АГ (2)		P<0,05	P<0,01	P<0,001
		Есть ПрГ n (%)	Нет ПрГ n (%)	Есть АГ n (%)	Нет АГ n (%)			
Удовлетворительные	207	59 (28,5)	148 (71,5)	33 (15,9)	174 (84,1)	1-2	-	-
Хорошие	305	85 (27,9)	215 (71,2)	61 (20,0)	244 (80,0)	-	-	-
Плохие	91	13 (14,3)	78 (85,7)	8 (8,8)	83 (91,2)	1-2	-	-

Литература:

1. Агеева Ф.Т., Фомин И.В., Мареев Ю.В. Распространенность артериальной гипертонии в европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2003г. // Кардиология. – 2004. – №11. – С.51-52
2. Александров А.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. Распространенность курения среди учителей г.Москвы // Вопр наркол 2002; 4: 62-64
3. Алексеева Л.А., Вахлаков А.Н., Сергеева Е.В. Фатальные и нефатальные сердечно-сосудистые осложнения у больных гипертонической болезнью при многолетнем наблюдении // Кардиология. – 2002. – №4. – С.25-27
4. Арутюнов Г.П. Первичная и вторичная профилактика атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний // В кн.: Руководство по кардиологии // Под ред. Г.И. Сторожакова и А.А. Горбанченкова. – Том 1. – Москва. – 2008. – С.295-357
5. Баевский Р.М., Берсенова А.П. Оценка адаптационных возможностей риска развития заболеваний. – Москва. – Медицина. – 1997. – С.235-236
6. Барсуков А.В., Шустов С.Б. Артериальная гипертензия. Клиническое профилирование и выбор терапии. Санкт-Петербург «ЭЛБИ-СПб». – 2004. – С.253-254
7. Белоусов Ю.Б., Карпов О.И., Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Клинико-экономические аспекты профилактики нарушения мозгового кровообращения: по данным исследования LSA. // Качественная клиническая практика 2002; 3: 77
8. Биверс Г., Лип Г., О'Брайен Э. Артериальная гипертония (перевод с англ. А.Н. Анваера). Издательство «БИНОМ». – 2005. – С.158-160
9. Бритов А.Н. Артериальная гипертония // В кн.: Руководство по кардиологии. – Том 1. – Москва. – 2008. – С.597-598

УДК 616.72-007.248-002.2-008.9-036-037

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Рамазонава Н.А., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.

(ТМА, СамМИ)

Цель - определить особенности клинического течения остеоартрита у больных с метаболическими нарушениями и определить роль нарушений в прогрессировании заболевания. Обследовали 105 больных остеоартритом (ОА) в возрасте от 39 до 81 года. Мужчин было 24,7%, женщин – 75,3%. Ожирение, жировой гепатоз, сахарный диабет выявили у 72,4% больных. Частота метаболического синдрома (МС) у пациентов с ОА не зависела от пола. У 34,3% больных наблюдался коксартроз, у 65,7% - гонартроз. Жировой гепатоз выявлен у 31,7% больных коксартрозом и у 42,3% гонартрозом. Метаболические нарушения влияли на течение и лечение больных.

Ключевые слова: остеоартрит, метаболический синдром, коксартроз, гонартроз, гиперлипидемия, сахарный диабет.

ОСТЕОАТРТИТЛИ БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК БУЗИЛИШЛАР

Тадқиқот мақсади метаболик касалликлар билан оғриган беморларда остеоартритнинг клиник хусусиятларини аниқлаш ва ушбу касалликларнинг ривожланишидаги ролини аниқлаш. Остеоартрит (ОА) билан касалланган 105 бемор кўриқдан ўтказилди, 39 дан 81 ёшгача эркалар 24,7%, аёллар 75,3%. Беморларнинг 72,4 % да метаболик синдромнинг семириб кетиши, ёғли гепатоз, диабет касаллиги мезонлари аниқланган. ОА бўлган беморларда метаболик синдром (МС) частотаси жинсга боғлиқ эмас. Беморларнинг

34,3% да кўксартроз, 65,7% да гонартроз кузатилган. Ёгли гепатоз коксартроз билан оғриган беморларнинг 31,7% да ва гонартрознинг 42,3% да аниқланади. Метаболик бузилишлар ОА ни кечишига ва даволашга таъсир қилади.

Калит сўзлари: остеоартрит, метаболик синдром, коксартроз, гонартроз, гиперлипидемия, қандли диабет.

METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

The aim of the study was to determine the characteristics of the clinical course of osteoarthritis in patients with metabolic disorders and to determine the role of these disorders in the progression of the disease. 105 patients with osteoarthritis (OA) were examined, from 39 to 81 years, men were 24.7%, women – 75.3%. Among the examined patients such criteria of metabolic syndrome as obesity, fatty hepatosis, diabetes mellitus were revealed in 72.4% of patients. The frequency of metabolic syndrome (MS) in patients with OA was gender-independent. At 34.3% of patients had coxarthrosis, 65.7% of gonarthrosis. Fatty hepatosis was detected in 31.7% of patients with coxarthrosis and 42.3% of patients with gonarthrosis. Metabolic disorders such as obesity, diabetes, hepatosis are often combined with OA. In addition, they had an impact on its development, course and treatment.

Key words: osteoarthritis, metabolic syndrome, coxarthrosis, gonarthrosis, hyperlipidemia, diabetes.

Актуальность работы. Данные литературы позволяют рассматривать остеоартрит (ОА) не только как системную метаболическую болезнь но и как проблему полиморбидности. ОА – одна из главных причин тотального эндопротезирования коленного (КС) и тазобедренного (ТБС) суставов. В Европе каждые 1,5 мин проводят оперативные вмешательства по замене пораженного сустава. В США ежегодно производят 500 тыс. операций эндопротезирования суставов [4].

Заболевание характеризуется многообразием факторов, влияющих на его развитие: травма, диспластические процессы, остеопороз, метаболические нарушения, избыточный вес, гиперлипидемия, ожирение, сахарный диабет. Клинические проявления ОА не ограничиваются только поражением опорно-двигательного аппарата. К сожалению, распространенность ОА и метаболического синдрома продолжает расти и омолаживаться. Это обуславливает важное медико-социальное значение данной патологии. Возникновение и прогрессирование ОА зависит от количества компонентов МС у пациента. В Японии при исследовании 1690 человек (596 мужчин, 1094 женщины) в течение 3 лет обнаружили, что частота ОА КС возрастает с увеличением компонентов МС.

Исследователи изучают взаимосвязь факторов риска коморбидной патологии и их влияние на течение ОА, возможности их коррекции для улучшения прогноза заболевания.

Цель исследования - определить особенности клинического течения ОА у больных с метаболическими нарушениями и определить роль нарушений в прогрессировании заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовали 105 больных ОА в 1 клинике ТМА. Возраст обследованных больных - от 39 до 81 года. Мужчин было 24,7%, женщин – 75,3%. Диагноз ОА ставился по критериям АСР и был подтвержден рентгенологически у всех больных. Больным провели клинические, лабораторные, биохимические исследования сыворотки крови, рентгенографию, МРТ, УЗИ

печени.

Суставной синдром оценивали по числу болезненных и припухших суставов; интенсивности боли в суставах в покое и движении по ВАШ, функциональную способность по индексу Лекена. Оценивали антропометрические параметры: рост, массу тела, ИМТ по формуле Кеттле (кг/м²), окружность талии и бедер. Рентгенологическую стадию ОА определяли по критериям Н. Kellgren и J.S. Lawrence.

Для изучения проявлений метаболического синдрома (МС) исследовали лабораторные тесты, в частности, уровень глюкозы, инсулинорезистентность (ИР), мочевой кислоты, ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ. Инсулинорезистентность оценивали по индексу НОМА (Homeostasis model assessment), который косвенно отражает степень чувствительности тканей к инсулину. Повышенным считали содержание глюкозы натощак 6,1 ммоль/л.

Результаты и обсуждение. Такие критерии метаболического синдрома, как ожирение, жировой гепатоз, СД выявили у 72,4% больных. У 34,3% больных наблюдали коксартроз, у 65,7% - гонартроз. Частота МС не зависела от пола.

Мощными факторами риска возникновения и прогрессирования ОА опорных суставов являются избыточная масса тела и ожирение, а коррекция этих факторов эффективно предотвращает прогрессирование поражения суставов и снижает потребность в их протезировании. Ожирение наблюдали у 71,4% больных: среди больных коксартрозом - у 67,0%, гонартрозом - у 72,4%. Ожирение имели 61,5% женщин и 59% мужчин. Jiang L и соавт. [6], обследовав 27 960 человек, установили, что риск развития ОА коленных суставов у пациентов с ожирением в 8 раз выше, чем при нормальных значениях ИМТ.

Ожирение часто предшествует развитию гонартроза и увеличивает риск прогрессирования рентгенологических изменений в них. Отмечается тесная взаимосвязь между ожирением (ИМТ>30 кг/м²) и рентгенологическими проявлениями гонартроза. Систематический обзор, включавший 12 исследований, проде-

монстрировал ассоциацию между ожирением и ОА тазобедренного сустава. Сильнее эта зависимость отмечена в работах с оценкой рентгенологических проявлений и клинических признаков [5]. У 3 больных ОА III-IV рентгенологической стадии выявили выраженное ожирение (ИМТ > 40 кг/м²). Абдоминальный тип распределения жировой ткани чаще встречали у больных гонартрозом. Вместе с тем существуют работы, в которых не обнаружена связь ожирения с коксартрозом [6]. Наличие болевого синдрома тесно было связано с ожирением. Болевой синдром при ОА был более выраженным у женщин, чем у мужчин. Боли в коленных суставах с интенсивностью по ВАШ был выше, чем у больных без ожирения. У больных основной группы показатель теста Лекена достигал $8,80 \pm 0,28$ баллов и был выше, чем у больных без ожирения в 5,5 раза Индекс WOMAC у больных с ожирением - $301,22 \pm 32,03$ балла, без ожирения - $236,8 \pm 31,13$ балла.

Ожирение признали основной причиной неалкогольного стеатогепатита (жировой гепатоз). Жировой гепатоз выявили у 31,7% больных коксартрозом и у 42,3% больных гонартрозом. Особенностью и коварностью такого заболевания, как жировой гепатоз (стеатоз), является его малосимптомное течение. При целенаправленном распросе такие жалобы, как боль и тяжесть в правом подреберье, отмечены у 24,0% больных, вздутие живота - у 55,7%, отрыжка - у 17,3%, горечь во рту - у 15,3% больных. При ощупывании живота определяли гепатомегалию у 27,0% больных. АЛТ, АСТ, билирубин были повышеными у 15,4% больных ОА; ХС, ХС ЛПНП, ТГ и снижение концентрации ХС ЛПВП - 42,3% больных.

На УЗИ печени жировой гепатоз выявил у 53,8% больных, хронический холецистит - у 31,7% с изменениями паренхимы печени, усилением эхосигнала, изменением сосудистого компонента, признаками застоя в желчном пузыре. Поражение суставов и признаки жирового гепатоза были значительно выше у пациентов с ожирением. Вовлечение в патологический процесс гепатобилиарной системы негативно влияло на течение ОА и коррелиро-

вало с тяжестью клинического течения заболевания.

Гепатомегалия при ОА может являться следствием жировой дегенерации печени в результате нарушения липидного обмена. ОА характеризуется преобладанием метаболических изменений, связанных с нарушением жирового обмена и изменениями функционального состояния гепатобилиарной системы, наличием признаков местной и системной воспалительной реакции [2]. Данные изменения отражают проявления неалкогольной жировой болезни печени, которая формируется в результате жировой инфильтрации и очагового воспаления гепатоцитов даже без чрезмерного употребления алкоголя. Следовательно, неалкогольная жировая болезнь печени является одним из проявлений метаболического синдрома при ОА. Причинно-следственная связь заболеваний гепатобилиарной системы с клиническим течением ОА подтверждается изменениями основных клинико-лабораторных и инструментальных показателей и характеризуется разнообразными проявлениями, включая дисфункциональные расстройства, симптомы некалькулезного хронического холецистита, неалкогольную жировую болезнь печени.

СД выявили у 29,0% больных ОА: у 11% больных коксартрозом и у 24,6% - гонартрозом. Повышение глюкозы натощак и сахарный диабет 2 типа, встречали в основном на фоне ожирения и избыточной массы тела. При наличии СД чаще развивалась III стадия ОА.

Гипергликемия и ОА взаимодействуют на локальном и системном уровне. Локальные эффекты окислительного стресса и гликирования конечных продуктов усугубляют поражение хрящевой ткани, а накопление токсичных продуктов гликолиза может способствовать прогрессированию ОА [3]. Накопление продуктов гликолиза в суставном хряще ведет к нарушению структуры коллагена и появлению признаков старения хряща.

Вывод. ОА следует рассматривать системным заболеванием, которое патогенетически связано с ожирением и другими метаболическими нарушениями.

Литература:

1. Алексеева ЛИ, Цветкова ЕС. Остеоартроз: из прошлого в будущее. Научно-практическая ревматология. 2009; (прил.2): 31-36.
2. Аметов АС, Доскина ЕВ. Ожирение и современные методы лечения: Лекция для врачей. Москва: РМА-ПО; 2011. 3 с.
3. Стребкова ЕА, Алексеева ЛИ. Остеоартроз и ожирение. Научно-практическая ревматология. 2015; 53(5):542-52.
4. Lee R, Kean WF. Obesity and knee osteoarthritis. *Inflammopharmacology*. 2012 apr; 20(2):53-8.
5. Toivanen AT, Heliö vaara M, Impivaara O, et al. Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis - a population-based study with a follow-up of 22 years. 2010 *Rheumatology (Oxford)*. Feb; 49(2):308-14.
6. Jiang L, Tian W, Wang Y, et al. Body mass index and susceptibility to knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine*. 2012 May; 79(3):291-7.