

ходной зоны стенки матки при аденомиозе. *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 6. С. 1–11.

8. Дамиров М. М., Шабанов А. М. Новый взгляд на патогенез аденомиоза. *Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2013. № 3. С. 23–27.

REFERENCES

1. Byrchak I.V., Hoshovs'ka A.V. Peculiarities of general and obstetric-gynecological history of women with endometriosis. *Bukovyns'kyu medychnyu visnyk* 2016; 20 (3): 224–226.

2. Zaporozhan V.M., Tatarchuk T.F., Kamins'kyu V.V. National Consensus on the Management of Patients with

Endometriosis. *Reproduktyvnaya endokrynolohyia* 2015; 4: 7–12.

3. Veropotvelyan P.N., Bondarenko A.A., Veropotvelyan N.P. Endometriosis: a practical doctor's view on pathogenesis. *Meditsynskiye aspekty zdorov'ya zhenshchiny* 2015; 9: 23–28.

4. Benagiano G., Brosens I., Habiba M. Adenomyosis: a life-cycle approach. *Reproductive BioMedicine Online* 2015; 30 (3): 220–232.

5. Vercellini P., Consonni D., Dridi-etal D. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 2014; 29 (5): 964–977.

6. Tapil'skaya N.I., Gaydukov S.N., Shanina T.B. Adenomyosis as an independent phenotype of dysfunction of

endomyometry. *Effektivnaya farmakoterapiya. Akusherstvo i ginekologiya* 2015; 5 (1): 62–68.

7. Mogil'naya G.M., Kutsenko I.I., Simovonik A.N., Components of the transition zone of the uterine wall in adenomyosis. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* 2016; 6: 1–11.

8. Damirov M.M., Shabanov A.M. A new look at the pathogenesis of adenomyosis. *Zhurnal im. N. V. Sklifosovskogo "Neotlozhnaya meditsynskaya pomoshch"* 2013; 3: 23–27.

Надійшла до редакції 10.10.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. М. Рожковська,
дата рецензії 15.10.2018

УДК 616.65-006.6-089.87-074

Л. Г. Роша

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИК ПРИЖИТТЄВОЇ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ (НА ПРИКЛАДІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ)

Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка),
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.65-006.6-089.87-074

Л. Г. Роша

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИК ПРИЖИЗНЕННОЙ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ (НА ПРИМЕРЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Центр реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника),
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Разработанный метод направлен на совершенствование определения топографии рака предстательной железы относительно простатической капсулы на дооперационном этапе. Этот метод позволяет оценить степень распространения процесса, принять решение о сохранении сосудисто-нервных пучков во время радикальной простатэктомии. Усовершенствована методика восстановления единства микропрепарата простаты с последующей маркировкой краев резекции. Метод позволяет точно определить стадии рака предстательной железы после операции, избежать ошибок относительно определения «положительности» края резекции, способствует своевременной адьювантной терапии. Усовершенствована интраоперационная оценка хирургического края препарата во время радикальной простатэктомии у пациентов с местнораспространенным раком предстательной железы, что повысило радикальность оперативного вмешательства и улучшило результаты лечения.

Ключевые слова: рак предстательной железы, патоморфологическое исследование, край резекции.

UDC 616.65-006.6-089.87-074

L. G. Rosha

IMPROVING THE METHODS OF INTRAVITAL PATHOMORPHOLOGICAL DIAGNOSIS (AT THE EXAMPLE OF PROSTATE CANCER)

Center for Reconstructive and Restorative Medicine (University Hospital), the Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Relevance. The need to establish the topography of cancer of the prostate due to the difference data of the lesion volume and extent of the process at the pre- and post-operative examination. This concerns the question whether the process is close to the capsule of the gland or the spread of

© Л. Г. Роша, 2018



cancer has occurred beyond its limits. Intraoperative macro-assessment of the state of the surgical edge of the macropreparation of the remote pancreas is unreliable, intraoperative research on frozen sections is laborious and lengthy. The choice of the investigated area is random and subjective.

Purpose: improvement of pathological diagnostics of pancreatic cancer.

Methods: macro- and microscopic examination of the tissues of the pancreas, as well as methods: experimental, analytical, bibliosemantic, data transfer.

Results. A method was developed aimed at improving the determination of pancreatic cancer topography relative to the prostatic capsule at the preoperative stage. This method allows to assess the extent of the spread of the process, to decide on the preservation of the neurovascular bundles during radical prostatectomy. The technique of restoring the unity of the prostate microslide with the subsequent marking of resection edges has been improved. The method allows you to accurately determine the stage of cancer of the pancreas after surgery, to avoid errors regarding the definition of "positivity" of the resection edge, contributes to timely adjuvant therapy. The intraoperative evaluation of the surgical margin of the drug during radical prostatectomy in patients with locally advanced prostate cancer was improved, which increased the radical nature of the surgical procedure and improved the results of treatment.

Conclusions. 1. The study of this problem and the cooperation of the pathologist with the oncurologist contributed to the development of ways to:

— in establishing the topography of pancreatic cancer relative to the prostatic capsule at the preoperative stage;

— on reconstruction of the surgical region of the drug after radical prostatectomy in patients with locally advanced cancer of the pancreas;

— panoramic intraoperative study of surgical resection margin in radical prostatectomy.

2. The obtained data can be used to establish the management of treatment in accordance with the stage of the disease and the individual characteristics of the tumor and the body.

Key words: prostate cancer, pathological examination, resection margin.

Вступ

Сучасні морфологічні дослідження необхідні для достовірної та своєчасної діагностики патологічних станів, насамперед в онкології та онкохірургії. Удосконалення методик діагностики новоутворень, зокрема під час оперативних втручань, є нагальною потребою. Співпраця патологів з онкологами, у тому числі з залученням патологів до консилиумів, дає результат як у конкретних випадках, так і в розв'язанні загальних завдань сучасної онкології.

У патологоанатомічному відділенні Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету практично щодня досліджується матеріал передміхурової залози (ПЗ) — як біопсійний, так і післяопераційний.

Необхідність установлення топографії раку зумовлена великим відсотком розходження даних стосовно об'єму уражен-

ня і ступеня процесу під час доопераційного і післяопераційного обстеження. Насамперед, це стосується питання, чи наблизений процес до капсули залози або взагалі розповсюдження раку відбулося за її межі. Радикальна простатектомія як етап мультимодального лікування рекомендується деяким пацієнтам з місцеворозповсюдженим раком ПЗ відповідно до рекомендацій EAU [1].

За літературними даними, найчастіше позитивний хірургічний край резекції буває по задньолатеральній поверхні [2; 3]. Об'єм резидуальної пухлини у цій зоні може суттєво погіршувати віддалені онкологічні результати оперативного втручання.

Макроскопічна інтраопераційна оцінка стану хірургічного краю макропрепарату видаленої простати недостовірна, рутинне інтраопераційне дослідження за замороженими зрізами трудомістке, має неприйнятно довгу тривалість (кілька годин) та не дозволяє

оцінити всю поверхню. Вибір досліджуваної ділянки є випадковим і базується на суб'єктивних відчуттях дослідника.

Мета роботи — удосконалення патоморфологічних методик діагностики раку ПЗ.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом були біоптати поліфокальної біопсії ПЗ, тканина видаленої ПЗ під час радикальної простатектомії. Проводилося макроскопічне, мікроскопічне дослідження тканин ПЗ, використовували методи: експериментальний, аналітичний, бібліосемантичний, перенесення даних.

Результати дослідження та їх обговорення

Було розроблено метод, спрямований на удосконалення визначення топографічного розташування раку ПЗ відносно простатичної капсули на доопераційному етапі. Авторами запропоновано методику [4], за якою маркують проксимальний край біоптатів тушшю (рис. 1),



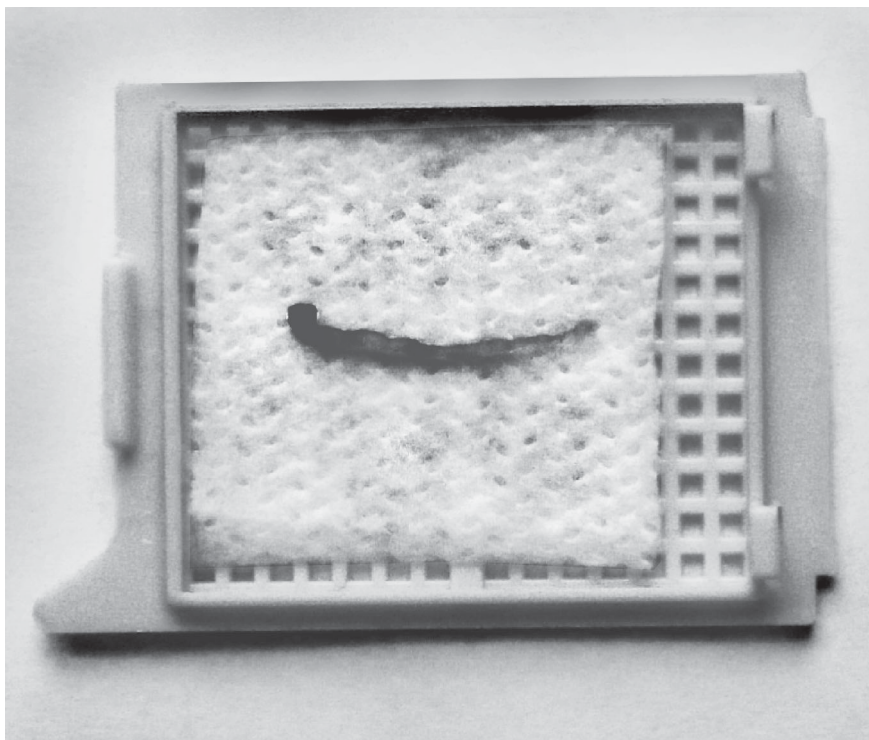


Рис. 1. Маркований тушшю проксимальний край біоптату перед міхурової залози

після чого матеріал фіксують у 10 % розчині формаліну.

З отриманого матеріалу виготовляють гістологічні препарати, які вивчають відповідно до маркування. Патогістологічне дослідження виконують при збільшенні 1 : 40, що дозволяє панорамно судити про взаємовідношення процесу і краю біоптату (цей край і є міткою капсули ПЗ). Так, якщо рак ПЗ локалізовано в проксимальній частині біоптату, то є велика ймовірність інвазії капсули органа. Отже, надається можливість на доопераційному етапі встановити внутрішньопростатичне пухлинне розповсюдження. Запропонований метод, насамперед, дозволяє оцінити ступінь розповсюдження процесу, в подальшому прийняти адекватне рішення стосовно збереження судинно-нервових пучків під час радикальної простатектомії та уникнути діагностичних помилок на етапі доопераційного обстеження хворого. Ефективність методу показана у 10 пацієнтів з клініч-

ним діагнозом локалізованого раку ПЗ, прооперованих методом радикальної простатектомії. У 4 випадках за результатами маркованих біоптатів встановлено віддалене розташування раку від простатичної капсули. У цих пацієнтів були збережені судинно-нервові пучки. За результатами післяопераційного дослідження встановлено, що хибного заниження стадії процесу не відбулося, чим підтверджено високу інформативність даного методу.

Вивчено випадки радикальної простатектомії у пацієнтів з місцеворозповсюдженим раком ПЗ. Необхідність дослідження зумовлена тим, що навіть при екстрафасціальному видаленні ПЗ може виникнути фрагментація мікропрепарату, що значно ускладнює роботу патологоанатома під час оцінки краю резекції. Як відомо, саме у краї резекції по задній поверхні залози найчастіше виявляється позитивна реакція, що суттєво погіршує прогноз і

є показанням до ад'ювантної променевої терапії [5]. Тому помилка під час вивчення гістологічних препаратів краю резекції може бути причиною неадекватного лікування хворого та значно вплинути на подальший прогноз [6–11].

З метою підвищення якості діагностики вдосконалено методику відновлення цілості мікропрепарату простати з подальшим маркуванням країв резекції [12].

Відновлення відбувається так: після видалення простати та сім'яного комплексу хірург на катетері, який введено через уретру, поєднує макропрепарат у єдине ціле за допомогою ін'єкційних голків, максимально притискаючи зони фрагментації одна до одної. Після цього препарат фіксується. По закінченні фіксації патологоанатом профарбовує поверхню препарату тушшю. Коли препарат повністю підсохне, проводять його подальше дослідження стандартними методиками. Доцільність даного методу показана у 10 пацієнтів із різними формами раку, а саме: у 3 чоловіків даний метод дозволив виключити хибну позитивну реакцію краю, що сприяло уникненню використання негайної променевої терапії та значно покращило віддалені наслідки простатектомії стосовно тримання сечі. У 7 осіб досягнуто підвищення якості діагностики щодо протяжності позитивного хірургічного краю резекції та його топографії, завдяки чому було призначено адекватну ад'ювантну терапію.

Необхідно також зазначити, що даний метод дозволяє не тільки відновити краї резекції в препаратах, а й підвищити точність визначення стадії раку ПЗ після операції, уникнути помилок при визначенні «позитивності» краю резекції та про-

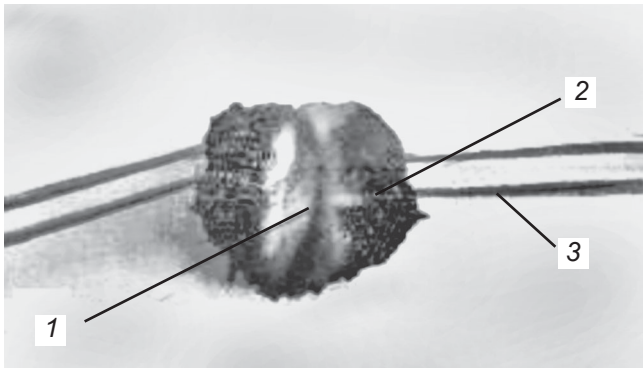


Рис. 2. Макропрепарат передміхурової залози з маркованим тушшю хірургічним краєм резекції

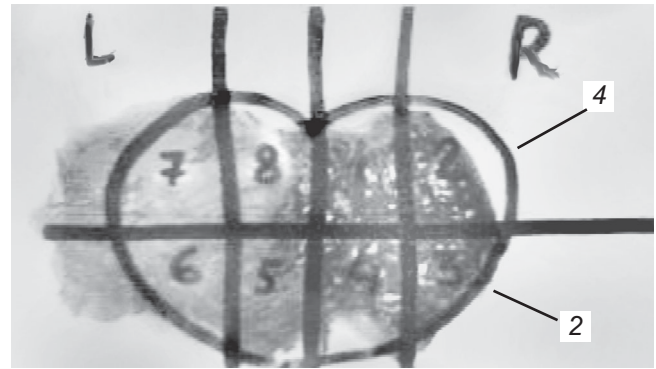


Рис. 3. Маркований край макропрепарату та створення індивідуальної карти дослідження

гнозувати ризик місцевого рецидиву, оцінити канцероспецифічне виживання. Щодо вибору методів лікування на післяопераційному етапі, то запропонований спосіб сприяє своєчасному призначенню ад'ювантної терапії та уникненню ускладнень необґрунтованої променевої та гормональної терапії, що може значно погіршити віддалений прогноз.

Відома методика дослідження хірургічного краю резекції при немеланоцитарних новоутвореннях шкіри за Mohs [13], у якій поверхні краю резекції надають пласкої форми. Однак про застосування вказаного підходу до оцінки макропрепарату простати невідомо.

Найбільш близькою до запропонованого рішення є методика дослідження макропрепарату після радикальної простатектомії Stanford protocol [14; 15].

Проте описана методика оцінки країв резекції не відображає стан усієї поверхні макропрепарату, крім того, її виконання потребує значних витрат матеріалів і часу.

Аналіз витрат і користі від проведення звичайного інтраопераційного дослідження хірургічних країв під час урологічних операцій також може бути доречним під час вивчення економічного обґрунтування цієї процедури [16], проте не-

має даних про такі дослідження в Україні.

Нами було вдосконалено спосіб інтраопераційної оцінки хірургічного краю препарату під час радикальної простатектомії у пацієнтів з місцеворозповсюдженим раком ПЗ [17] шляхом надання краю резекції пласкої форми, формування карти дослідження з панорамною оцінкою краю резекції, що дозволяє за короткий час дослідити всю поверхню макропрепарату та за наявності пухлини вказати її топографію і площу.

Для пояснення способу наведено зображення виконання інтраопераційного дослідження макропрепарату простати (рис. 2–5), де 1 — макропрепарат; 2 — задньолатеральна зафарбована поверхня мікропрепарату; 3 — лезо; 4 — карта дослідження; 5 — фрагмент макропрепарату на заморозувальному столику; 6 — ділянка росту пухлини у краї резекції.

Після видалення простати хірург водним розчином метиленової синьки або тушшю маркує задньолатеральну поверхню макропрепарату та надсилає його для морфологічного дослідження. Патологоанатом лезом одним рухом робить зріз однакової товщини 5–8 мм усієї задньолатеральної поверхні простати (за типом «апельсинової шкірки») та ділить зріз на ділянки відповід-

но до карти дослідження (див. рис. 3).

За допомогою вантажу фрагмент макропрепарату (див. рис. 4) у камері мікротома-кріо-

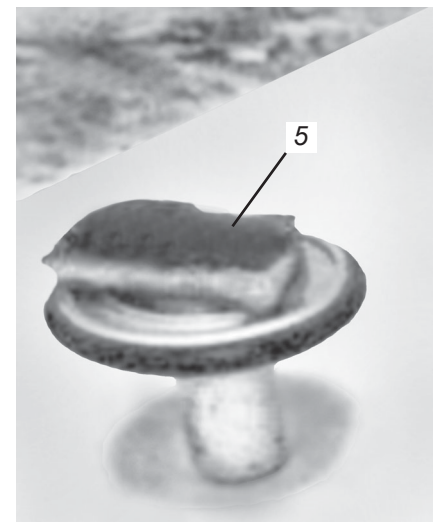


Рис. 4. Фрагмент макропрепарату на столику мікротома-кріостата

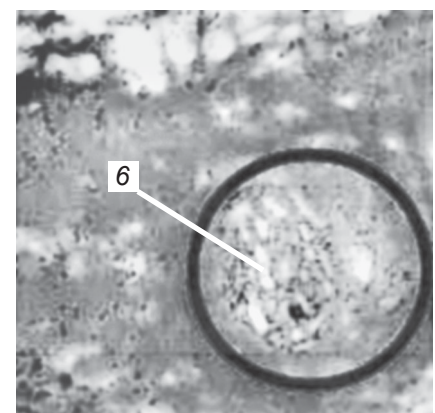


Рис. 5. Фокус позитивного хірургічного краю (ділянка аденокарциноми простати). Забарвлення гематоксилином та еозином. 36. × 100



стата набуває пласкої поверхні, його заморожують при температурі від -20 до -28 °С протягом 10 хв. Потім виконують зрізи поверхні краю резекції завтовшки 3–6 мкм, забарвлюють гематоксиліном та еозинном. Панорамно оцінюють стан хірургічного краю резекції (див. рис. 5) у відповідності з картою дослідження.

За цим способом проведено дослідження макропрепарату простати у 5 пацієнтів з місцеворозповсюдженим раком ПЗ. У 4 із них було констатовано наявність резидуальної пухлини та виконана резекція уточненої ділянки парапростатичної клітковини у межах неуражених тканин. Це дозволило підвищити радикальність оперативного втручання та покращило віддалені онкологічні результати лікування.

Висновки

1. Усебічне вивчення даної проблеми та співпраця патолога з онкоурологом сприяли розробці таких способів:

— встановлення топографії раку простати відносно простатичної капсули на доопераційному етапі;

— реконструкція хірургічного краю препарату після радикальної простатектомії у пацієнтів з місцеворозповсюдженим раком ПЗ;

— панорамне інтраопераційне дослідження хірургічного краю резекції при радикальній простатектомії.

2. Отримані дані можуть бути використані у подальшому з метою встановлення тактики лікування відповідно до стадії захворювання та індивідуальних особливостей пухлини й організму.

Перспективи подальших розробок: виявлення індивідуальних особливостей пухлин ПЗ, передумов розвитку та

морфологічних особливостей кастраційнорезистентного раку ПЗ.

Ключові слова: рак передміхурової залози, патоморфологічне дослідження, край резекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. EUROPEAN UROLOGY 64 (2013) 118–140, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.03.004>

2. Makoto O. Wheeler Radical prostatectomy for carcinoma of the prostate-Baylor College of Medicine & Memorial Sloan Kettering Cancer Center, TX, USA. *Modern Pathology*. 2004. Vol. 17. P. 349–359.

3. Yossepowitcha O., Anders Bjartell B., James Eastham A. Positive Surgical Margins in Radical Prostatectomy: Outlining the Problem and Its Long-Term Consequences. *Eur. Urol.* 2009. Vol. 55. P. 87–89.

4. Лисенко В. В., Роша Л. Г. Спосіб визначення топографії раку простати відносно простатичної капсули на доопераційному етапі: пат. 95563 Україна. № u2014 08179; заявл. 21.07.2014; опубл. 25.12.2014, Бюл. № 24.

5. Role of frozen section analysis of surgical margins during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a 2608-case experience / Y. Kakiuchi et al. *Hum. Pathol.* 2013. Vol. 44. P. 1556–15562.

6. Indications for intraoperative frozen section in robot assisted radical prostatectomy: a pilot study / Akin Y. et al. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 2013. Vol. 17. P. 2523–2529.

7. Neurovascular structure-adjacent frozen-section examination (NeuroSAFE) increases nerve-sparing frequency and reduces positive surgical margins in open and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: experience after 11,069 consecutive patients / T. Schlomm et al. *Eur. Urol.* 2012. Vol. 62. P. 333–340.

8. Frozen section for the management of intraoperatively detected palpable tumor lesions during nerve-sparing scheduled radical prostatectomy / C. Eichelberg et al. *Eur. Urol.* 2006. Vol. 49. P. 1011–1016.

9. Clinical impact of intraoperative frozen sections during nerve-sparing radical / E. Heinrich et al. *World. J. Urol.* 2010. Vol. 28. P. 709–713.

10. Intraoperative frozen section monitoring of nerve sparing radical ret-

ropubic prostatectomy / T. G. Cangiano et al. *Urol.* 1999. Vol. 162. P. 655–658.

11. Laparoscopic radical prostatectomy: the value of intraoperative frozen sections / W. Dillenburger et al. *Eur. Urol.* 2005. Vol. 48. P. 614–621.

12. Лисенко В. В., Роша Л. Г. Спосіб реконструкції хірургічного краю макропрепарату після радикальної простатектомії у пацієнтів з місцевопоширеним раком передміхурової залози: пат. 95888 Україна. № u2014 08177; заявл. 21.07.2014; опубл. 12.01.2015, Бюл. № 1.

13. Van Nouri K. Mohs Micrographic. Springer-Verlag: London Limited, 2012. 556 p.

14. AJCC Cancer Staging Manual 7th edition (including errata corrected with 5th reprint 10th Aug 2010).

15. Eble J. N., Sauter G., Epstein J. I., Sesterhenn I. A. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organ. (2004). IARC Press, Lyon, France.

16. Miyamoto H. Clinical benefits of frozen section assessment during urological surgery: Does it contribute to improving surgical margin status and patient outcomes as previously thought. *International Journal of Urology*. 2017. Vol. 24. P. 25–31.

17. Лисенко В. В., Роша Л. Г. Спосіб інтраопераційної оцінки хірургічного краю макропрепарату під час радикальної простатектомії при місцевопоширеному раку передміхурової залози: пат. 102200 Україна. № u2015 02563; заявл. 23.03.2015; опубл. 26.10.2015, Бюл. № 20.

REFERENCES

1. EUROPEAN UROLOGY 64 (2013) 118–140, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.03.004>

2. Makoto O. Wheeler Radical prostatectomy for carcinoma of the prostate-Baylor College of Medicine & Memorial Sloan Kettering Cancer Center, TX, USA. *Modern Pathology*. 2004; 17: 349–59.

3. Yossepowitcha O., Anders Bjartell B., James Eastham A. Positive Surgical Margins in Radical Prostatectomy: Outlining the Problem and Its Long-Term Consequences. *Eur. Urol.* 2009; 55: 87–9.

4. Lysenko V.V., Rosh L.G., inventors; Odesa National Medical University, assignee. Method for determining the topography of prostate cancer relative to the prostatic capsule at the pre-



operative stage. Ukrainian patent UA 95563 U. 2014 Dec 25. Ukrainian.

5. Kakiuchi Y., Choy B., Gordetsky J., Izumi K., Wu G., Rashid H., Joseph J.V., Miyamoto H. Role of frozen section analysis of surgical margins during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a 2608-case experience. *Hum. Pathol.* 2013; 44: 1556-1562.

6. Akin Y., Avci Y., Gulmez H., Akand M., Akif Ciftcioglu M., Bassorgun I., Erdogan T. Indications for intraoperative frozen section in robot assisted radical prostatectomy: a pilot study. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 2013; 17: 2523-9.

7. Schlomm T., Tennstedt P., Huxhold C., Steuber T., Salomon G., Michl U. et al. Neurovascular structure-adjacent frozen-section examination (NeuroSAFE) increases nerve-sparing frequency and reduces positive surgical margins in open and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: experience after 11,069 consecutive patients. *Eur. Urol.* 2012; 62: 333-340.

8. Eichelberg C., Erbersdobler A., Haese A., Schlomm Th., Chun F.K.H., Currlin E., et al. Frozen section for the management of intraoperatively detected palpable tumor lesions during nerve-

sparing scheduled radical prostatectomy. *Eur. Urol.* 2006; 49: 1011-1016.

9. Heinrich E., Scheon G., Schiefelbein F., Michel M.S., Trojan L. Clinical impact of intraoperative frozen sections during nerve-sparing radical. *World. J. Urol.* 2010; 28: 709-713.

10. Cangiano T.G., Litwin M.S., Naiton J., Dorey F., deKernion J. B. Intraoperative frozen section monitoring of nerve sparing radical retropubic prostatectomy. *Urol.* 1999; 162: 655-658.

11. Dillenburg W., Poulakis V., Witzsch U., de Vries R., Skriapas K., Altmansberger H.M. et al. Laparoscopic radical prostatectomy: the value of intraoperative frozen sections. *Eur. Urol.* 2005; 48: 614-621.

12. Lysenko V.V., Rosha L.G., inventors; Odesa National Medical University, assignee. Method of reconstruction of the surgical edge of the macro-drug after radical prostatectomy in patients with locally advanced prostate cancer. Ukrainian patent UA 95888 U. 2015 Jan 12. Ukrainian.

13. Van Nouri K. Mohs Micrographic. Springer-Verlag: London Limited; 2012. 556 p.

14. AJCC Cancer Staging Manual 7th edition (including errata corrected with 5th reprint 10th Aug 2010).

15. Eble J.N., Sauter G., Epstein J.I. and Sesterhenn I. A. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organ. (2004). IARC Press, Lyon, France.

16. Miyamoto H. Clinical benefits of frozen section assessment during urological surgery: Does it contribute to improving surgical margin status and patient outcomes as previously thought. *International Journal of Urology.* 2017; 24: 25-31.

17. Lysenko V.V., Rosha L.G., inventors; Odesa National Medical University, assignee. Method of intraoperative evaluation of the surgical margin of the macro drug during radical prostatectomy in locally advanced prostate cancer. Ukrainian patent UA 102200 U. 2015 Oct 10. Ukrainian.

Надійшла до редакції 05.10.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. О. Ситнікова,
дата рецензії 10.10.2018

УДК 616.71-007.24-06:616.36-003.826]-036-07:613.25:616.72-002

О. С. Хухліна, О. Д. Ляхович, Л. В. Каньовська,
О. В. Каушанська, І. Б. Горбатюк

СУГЛОБОВИЙ СИНДРОМ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ТА ОЖИРІННЯМ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

УДК 616.71-007.24-06:616.36-003.826]-036-07:613.25:616.72-002

О. С. Хухліна, О. Д. Ляхович, Л. В. Каневская, Е. В. Каушанская, И. Б. Горбатюк
СУСТАВНОЙ СИНДРОМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ ПРИ КО-
МОРБИДНОСТИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

Цель нашего исследования — определить влияние коморбидности остеоартроза, неалкогольного стеатогепатита и ожирения на течение суставного синдрома и качество жизни пациентов. Полученные результаты подтверждают негативное влияние ожирения на течение ОА, на что указывают рост интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале, увеличение выраженности болевого синдрома, скованности суставов, уменьшение функциональной способности по тесту WOMAC при наличии ожирения и неалкогольного стеатогепатита.

© О. С. Хухліна, О. Д. Ляхович, Л. В. Каньовська та ін., 2018

