

Оволодіння філософськими, етичними і духовними проблемами смерті та безсмертя.

Чітко притримуватися правил та підходів до призначення й відміни терапії, що продовжує життя.

Суттєвим елементом, особливо для сімейного лікаря, є володіння навичками психологічно допомоги близьким після смерті хворого (особливо при патологічній реакції на втрату близько людини).

Надзвичайно важливою умовою для ефективно роботи паліативно і хоспісно допомоги є ретельний відбір кваліфікованого персоналу з досвідчених спеціалістів і постійний процес навчання. Паліативна допомога вимагає великих затрат часу, тому дуже важливо мати достатню кількість медичного та немедичного персоналу в кожній бригаді. Як правило, особи, залучені до надання паліативно допомоги хворим, починають надавати допомогу на добровільній основі. Персонал повинен глибоко розуміти й беззастережно прийняти принципи паліативно допомоги, мати достатню кваліфікацію для проведення. Люди, які працюють в хоспісі, повинні бути чесними й здатними проявити співчуття до хворого.

Дотепер у нашій країні практично вся робота з надання паліативно допомоги інкурабельним хворим покладена на дільничних терапевтів та сімейних лікарів. На превеликий жаль, не в усіх поліклініках збереглися посади лікаря-онколога. Як наслідок, значна частина дільничних терапевтів і сьогоднішніх студентів – майбутніх лікарів – минуче постане перед цією проблемою в свої професійній діяльності. Тому основи паліативно допомоги повинні викладатися не лише онкологам, але й лікарям загально практики, терапевтам і студентам медичних ВНЗ. Назріла нагальна необхідність включення в програму навчання студентів медичних ВНЗ розділу паліативно медично допомоги.

Якість і ефективність організації, застосування та управління паліативною допомогою залежить від оптимального підбору кадрів для роботи в міждисциплінарному колективі, а також від його спеціалізованого навчання і кваліфікації, від мобільності й повноцінності міжвідомчого

співробітництва й партнерства, від оптимального виділення і перерозподілу ресурсів (фінансових, матеріальних, кадрових тощо). А найголовніше – бажання людей забезпечити термінальних хворих медичною допомогою та доглядом, реалізуючи на практиці цим принцип гуманності нашої медицини й основний принцип загальнолюдсько етики.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бондар Г.В. Паліативна медична допомога / Г.В. Бондар, І.С. Вітенко, О.Ю. Попович. – Донецьк: Донеччина, 2004. – 80 с.
2. Ганцев Ш.Х. Онкологія. – М: МИА, 2006. – 484 с.
3. Палиативная помощь онкологическим больным в России. Вчера, сегодня, завтра / Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров, М.А. Вайсман и др. // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – Ч. I. – С. 122-124.
4. Соловьев В.И. Организация и возможности палиативного лечения больных злокачественными новообразованиями основных локализаций на региональном уровне // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – Ч. I. – С. 124-128.
5. Стойчева М.Г. Палиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 6. – С. 45-48.
6. Cassell E. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. New England Journal of Medicine 1982; 306: 639-645.
7. Colleau SM, Weis N. WHO guidelines on cancer pain, opioid availability, symptom control and palliative care: ordering information. University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group /WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care; Madison, Wisconsin, USA. Prepared for 19th World Congress on Pain, Vienna, Austria, August 19-26, 1999.
8. Ferris F., Heather M, Balfour B., Bowen K. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on National Accepted Principles and Norms of Practice. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24: 106-123.
9. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24: 91-96.
10. Stjernsward J. Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24:257-264.
11. World Health Organization. Cancer Pain relief and palliative care. Report of the WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990.
12. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

УДК 616.71/72–018.3–007.248–08

Андрейчин С.М., Ганьбергер І.І.

### СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ – у статті висвітлюються сучасні погляди на лікування первинного остеоартрозу.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА – В данной статье обсуждаются современные взгляды на лечение первичного остеоартроза.

MODERN APPROACHES IN TREATMENT OF PRIMARY OSTEOARTHRITIS – This article presents modern approaches in treatment of primary osteoarthritis.

**Ключові слова:** лікування, первинний остеоартроз.

**Ключевые слова:** лечение, первичный остеоартроз.

**Key words:** treatment, primary osteoarthritis.

На початку 2000 р. близько 750 суспільних організацій в усьому світі підтримали ідею Міжнародного десятиліття захворювання кісток і суглобів (2000-2010 рр.), офіційне відкриття якого відбулося у Женеві. Завдання цієї глобальної акції – показати суспільству розміри моральних та економічних втрат, що супроводжують захворювання кістково-суглобовою системою [9].

Остеоартроз посідає чільне місце серед захворювань кістково-суглобового апарату і зустрічаються у 1 з 10 чо-

ловік у віці понад 50 років та кожного 2-го у віці старше 75 років. Це захворювання посідає друге місце серед причин інвалідності після ІХС [2].

На сьогоднішній день терапія хворих на остеоартроз базується на рекомендаціях Європейської антиревматичної ліги (EULAR), прийнятих у 2003 та 2005 рр., і є базою надання медично допомоги хворим із цією патологією в країнах Євросоюзу.

Рекомендації EULAR представляють широкий спектр терапевтичних підходів, із яких потрібно вибрати все необхідне для кожного конкретного пацієнта [12, 21].

Існують консервативні та хірургічні методи лікування остеоартрозу. До консервативних відносять немедикаментозну та медикаментозну терапію [3, 13, 14].

Медикаментозна терапія направлена на купірування больового синдрому, зменшення проявів реактивного запалення, нормалізацію обмінних процесів у тканинах суглобів [17]. Терапія остеоартрозу повинна бути систематичною, комплексною, тривалою та диференційованою [13,14,17].

Згідно з сучасною класифікацією розглядають протиартрозні препарати:

1) препарати симптоматично ді (швидкодіючі) – анальгетики, НПЗП;

2) препарати патогенетично ді (повільнодіючі) чи “структурно модифікуючі хрящ” – глюкозамін та хондро-тинсульфат [8].

Відомо, що біль при остеоартрозі може спричинюватись як запальними, так і незапальними факторами, такими, як розтягнення суглобової капсули, ішемія субхондральної кістки, м'язовий спазм. У зв'язку з цим доцільним є призначення знеболюючих середників. Експерти Європейської антиревматичної ліги для знеболення рекомендують застосовувати неопіодні анальгетики, представником яких є парацетамол у дозі 2,5–4 г/добу [7,21].

Чотиритижневе рандомізоване контрольоване дослідження показало, що парацетамол у дозі 4 г/добу є не менш ефективним, ніж ібупрофен у дозі 2400 мг/добу. Парацетамол практично не вступає у взаємодію з іншими препаратами, відсутні протипоказання щодо його застосування у літніх людей. Хоча щодо побічних ефектів і безпеки його застосування розгорнулася дискусія, в результаті якої науковці прийшли до висновків, що парацетамол є набагато безпечнішим від неселективних НПЗП відносно шлунково-кишкового тракту [10].

При неефективності парацетамолу, а також при супутньому синовіті потрібно надати перевагу НПЗП. Препарати цієї групи здійснюють свою протизапальну дію через пригнічення активності циклооксигенази (ЦОГ) – основного ферменту метаболізму арахідонової кислоти. Згодом було відкрито дві різні форми ЦОГ – ЦОГ-1 і ЦОГ-2. ЦОГ-1 існує у нормі, контролює вироблення простагландинів, що впливають на слизову оболонку шлунково-кишкового тракту, тромбоцити та нирковий кровообіг. ЦОГ-2 бере участь у запальних реакціях. Таке відкриття привело до розробки нового типу НПЗП, які селективно інгібують ЦОГ-2 та мають високу протизапальну і низьку ульцерогенну дію [7, 14].

При гострому больовому синдромі селективне інгібування ЦОГ-2 викликає незначний ефект. У цей час концентрація ЦОГ-1 зростає втричі-вчетверо, тому доцільним є інгібування саме цього ізоферменту. Отже, оптимальне поєднання протизапального і анальгетичного ефектів є у препаратах, що інгібують як ЦОГ-2, так і ЦОГ-1 [3]. Хоча на даний час з метою зменшення частоти побічних ефектів більше застосовують селективні НПЗП, що не впливають на ЦОГ-1 [7].

У визначенні селективності дані вітчизняно і зарубіжно класифікацій дещо розходяться. Згідно з вітчизняною класифікацією, існують переважно селективні НПЗП і спеціальні інгібітори ЦОГ-2. до перших відносимо немесулід, ацеклофенак і мелоксикам. Особливістю даних препаратів є те, що селективність їх зменшується пропорційно збільшенню дози. До другої групи відносимо целекосиб. Целекосиб приваблює до себе не лише протизапальними, але і знеболюючими властивостями, позитивно впливаючи на метаболізм суглобового хряща.

Дослідження, які були проведені Українською фармакологічною академією щодо впливу НПЗП на суглобовий хрящ, дозволяють розділити всі ці препарати на три групи: а) ті, що не впливають на біосинтез глікозаміногліканів хряща (піроксикам, диклофенак);

б) ті, що стимулюють біосинтез глікозаміногліканів (парацетамол, сургам);

в) ті, що пригнічують біосинтез глікозаміногліканів (ацетилсаліцилова кислота, індометацин) [3,7,13,14].

НПЗП відомі своїми побічними ефектами у вигляді гастропатій, у тому числі і смертельних кровотеч [3,10,13,14,17]. Популяційні дослідження доводять, що щорічно проводиться госпіталізація 1-2 % хворих, які приймають НПЗП, а у 10 % із них кровотечі призводять до летального кінця [2]. В практиці зустрічаються ще й інші побічні реакції НПЗП. Наприклад, є гепатотоксичні препарати. Прийом ібупрофену може спричинити асептичний

менінгіт. Цистит інколи виникає при застосуванні тіопренової кислоти. Отже, виходячи з особливостей НПЗП, потрібно керуватись такими принципами їх призначення:

а) застосовувати мінімальну ефективну дозу препарату;

б) відмовитися від одночасного прийому кількох НПЗП;

в) оцінювати ефективність препарату не раніше ніж через 1 місяць приймання і замінити на інший у випадку неефективності попереднього;

г) хворий не повинен приймати НПЗП, якщо не відчуває болю [3,13,14].

Незважаючи на велику кількість побічних реакцій, існують дані доказової медицини на користь використання НПЗП при лікуванні хворих з остеоартрозом. У пацієнтів з підвищеним ризиком виникнення побічних реакцій з боку ШКТ доцільним є застосування або селективних інгібіторів ЦОГ-2, або неселективних НПЗП у комбінації з гастропротекторами (наприклад, мізопростол) [3,13,14,21].

Локальна терапія є ще одним способом зменшення ризику розвитку побічних реакцій. Із цією метою використовують гелі, мазі, креми, пластирі, які мають у своєму складі НПЗП (Дип Риліф, Олфен Гель і т. д.) [3,10,13, 14]. Така терапія має бути тривалою: не менше 2-3 тижднів при 4-разовому нанесенні препарату на уражений суглоб. А ось, наприклад, у США зовнішнє застосування НПЗП вважається недоцільним. У цій країні з метою локальної терапії використовують розігрівачі засоби, які містять екстракт червоного перцю капсаїцину. Цей препарат зарекомендував себе із позитивною стороною, оскільки доведено, що капсаїцин є ефективним і безпечним засобом, не має систематичних побічних реакцій і добре переноситься пацієнтами [10].

Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикостероїдів (ГКС) продовжують застосовуватись з метою протизапального впливу при остеоартрозі. Хоча за останні роки роль цих препаратів була переглянута. Адаже разом із вираженою протизапальною дією ГКС притаманний і місцевий катаболічний ефект: сприяють втраті протеогліканів хряща, а при частому введенні призводять до деструкції кістки [7]. Хоча такої точки зору дотримуються не усі автори [20]. Отже, ГКС потрібно застосовувати лише при наявності певних показань, а не для купірування больового синдрому. Сьогодні доцільним є введення ГКС у випадку остеоартрозу, ускладненого реактивним синовітом [10,13,14]. Перед введенням ГКС потрібно видалити синовіальний випіт, що, у свою чергу, також сприяє зменшенню симптоматики [4]. Число ін'єкцій не повинно перевищувати 3-4 в рік [3,12,13, 14]. Рекомендують використовувати дипроспан і флостерон у комбінації з місцевими анальгетиками [3].

Друга половина ХХ століття ознаменувалась більш поглибленим розумінням метаболічних процесів у хрящі. Відомо, що сполучну тканину утворює колаген і протеоглікани. Протеоглікани – макромолекули, що складаються з глікозаміногліканів, хондро тинсульфату та кератосульфату, які виступають із серцевини білка, надаючи цій молекулі конфігурації щітки для чистки пляшок [5]. Глікозаміни утворюються в організмі у вигляді глікозаміно-6-фосфату (ГК6-Ф), який є необхідним для синтезу гліколіпідів, глікозаміногліканів, глікопротеїнів, хондро тинсульфату та N-ацетилглікозаміну. Для синтезу гіалуронової кислоти, що є основою протеогліканів, також необхідний ГК6-Ф. Хондро тинсульфат належить до глікозаміногліканів і є компонентом протеогліканів, що складаються із глікозаміногліканів, прикріплених до довгого ланцюга гіалуронової кислоти [12].

Хондро тинсульфат схожий із глікозаміносульфатом за механізмом дії, але його ефект менш суттєвий [8, 12].

Препарати, які цілеспрямовано впливають на метаболізм хрящової тканини, запобігаючи деструкції, називають хондропротекторами. Цей термін був запропонований ще у 1960 році [6]. На сьогодні найрозповсюдженішими хондропротекторами є глікозаміносульфат, хондро тинсульфат та гіалуронова кислота [3].

Таблиця 1. Фармакологічні впливи глюкозаміносουλфату

Властивості	Ефекти
Анаболічні:	- є основним субстратом для синтезу глікозаміногліканів і протеогліканів хондроцитів; - стимулюють синтез протеогліканів культурами людських хондроцитів; - збільшують експресію генів протеогліканів
Протизапальні:	- не інгібують синтез простагландинів; - інгібують синтез оксиду азоту; - знижують рівень інтерлейкінів-1В в синовіальній рідині; - інгібують активність лізосомальних ферментів; - інгібують покоління супероксидних радикалів
Антикатаболічні:	- підвищують адгезію хондроцитів до фібронектину; - інгібують активність катаболічних ферментів

Глюкозамін одержують із панцирів морських ракоподібних (крабів, креветок) та застосовують у вигляді солей – гідрохлориду і сульфату [6]. Ефективність глюкозаміну оцінювалась згідно з результатами більш як 20 рандомізованих контрольованих досліджень, у яких брали участь близько 2500 пацієнтів із остеоартрозом. При цьому у двох дослідженнях дія глюкозаміну була еквівалентна, а у двох інших навіть перевищувала лікувальний ефект НПЗП. Хоча існують і протилежні дані, які мають право на існування. Адже глюкозамін не має прямо знеболюючої дії, а призводить до зменшення болю через свій мембрано- і хондропротекторний вплив [6]. Також порівнювали вплив хондро тинсульфату і диклофенаку шляхом проведення рандомізованого порівняльного дослідження у 146 хворих. НПЗП швидше зменшували прояви симптомів, але після припинення терапії ці симптоми так само швидко повертались. При використанні хондропротекторів все навпаки: тепаревтичний ефект наставав повільніше, але зберігався до трьох місяців після закінчення лікування [12,21].

Якісним проривом у медицині стало введення у практику гіалуроново кислоти. Існує поділ препаратів гіалуроново кислоти на дві групи: низько- та високомолекулярні. Щодо купірування больового синдрому, то згідно з даними рандомізованих контрольних досліджень краще себе зарекомендували високомолекулярні сполуки гіалуроново кислоти [21]. Препарати гіалуроново кислоти вводяться внутрішньосуглобово 1 раз на тиждень 3-5 разів [3,8,11].

Важливим є той факт, що не було виявлено різниці між пероральним та внутрішньосуглобовим введенням хондропротекторів [3]. Глюкозаміносулфат і хондро тинсульфат при прийомі всередину не проявляли ознак токсичності [12]. Ентеральним прийом даних препаратів є обґрунтованим, оскільки вони володіють високою біодоступністю та вибірково накопичуються у синовіальній рідині [3].

Венозний стаз у субхондральній кістці є однією із причин виникнення больового синдрому при остеоартрозі. Тому є доцільним використання препаратів, які покращують венозний відтік та мікроциркуляцію. Одним із таких препаратів є актовегін. Він має ангіопротекторну та фібролітичну дію, стимулює синтез колагену стінок судин, проліферацію фібробластів. Застосовують 400 мг актовегіну на 100 мл ізотонічного розчину натрію хлориду внутрішньовенно краплинно № 10 через день. Даний препарат у комплексній терапії дає хороший лікувальний ефект [13,14].

Системна ензимотерапія є одним із напрямків лікування остеоартрозу, маючи патогенетичне обґрунтування. Оскільки у вогнищі запалення є дефіцит ферментів, що призводить до гіперреактивності імунної системи і подальшого персистування запального процесу, сьогодні розглядається можливість використання таких препаратів, як вобензім і флогензім [3].

Дослідження останніх років доводять те, що екстракт сполук авокадо і со покращують функціональний стан уражених суглобів, зменшують больовий синдром, потребу у

НПЗП та анальгетиках. При цьому дані препарати різняться своєю безпечністю та хорошою переносимістю [3, 10, 21].

Перспективними напрямками лікування остеоартрозу є застосування пептидних інгібіторів металопротеаз, антагоністів рецепторів IL-1 (діацере н) та ФНП-α, інсуліноподібного фактора росту, який є потужним стимулятором росту хряща [3].

**Немедикаментозне лікування** Специфічно дієти при остеоартрозі немає. Особливості харчування хворих із остеоартрозом визначаються супутньою патологією, віковими особливостями або наявністю надлишкової маси тіла. Хоча є поділ продуктів на корисні та шкідливі при остеоартрозі. До корисних продуктів належить холодець, у якому є колаген свинних і вовових хрящів, кісток [16]. При остеоартрозі рекомендуються продукти, збагачені кальцієм, вітамінами D, С і групи В. Не бажано вживати алкоголь, оскільки це призводить до посилення м'язового та суглобового болю.

Надлишкова маса тіла є провокуючим фактором розвитку остеоартрозу. Тому одним із розділів лікувальної програми має бути нормалізація маси тіла [1, 3, 21].

Для хворих на остеоартроз характерне психоемоційне пригнічення, яке зумовлене підвищеною концентрацією уваги на больовому синдромі. Це, у свою чергу, робить неможливою фізичну та розумову діяльність. Такі хворі налякані перспективою інвалідизації у зв'язку з обмеженням рухливості суглобів. Тому психологічна підтримка таких пацієнтів є важливою частиною немедикаментозної терапії [13, 14, 18]. Лікар зобов'язаний надавати детальну інформацію, яка стосується самого захворювання, методів лікування та профілактики [12, 21].

Фізичні вправи покращують функціональний стан уражених суглобів, призводять до зменшення болю. Це підтверджується даними кількох рандомізованих контрольованих досліджень [21]. А гіподинамія, як наслідок больового синдрому, негативно впливає на уражений суглоб, сприяючи його дестабілізації [12]. Завдання лікувальної фізкультури – покращання емоційного стану пацієнта, тонізуючий вплив на дихальну та серцево-судинну системи хворого організму. При цьому покращується кровообіг у уражених кінцівках, зростає гнучкість суглобів, збільшується м'язова сила. Краще починати заняття під наглядом лікаря. Вправи необхідно виконувати плавно, повільно, поступово збільшуючи амплітуду рухів [10]. Отже, завдання лікувальної фізкультури – виховання необхідних рухових якостей, засвоєння пацієнтом методики фізичних вправ, пробудження мотивації до рухової активності та здорового способу життя [4].

Широко використовуються фізіотерапевтичні методи лікування хворих на остеоартроз. Серед них: магнітотерапія, ультразвукова терапія, електрофорез, лазеротерапія, масаж, бальнеотерапія, черешкірна електронейростимуляція, теплові та холодні процедури [10, 13, 14, 17].

Лазеротерапія має знеболюючий, протизапальний та стимулюючий ефекти. Крім цього, монохромне червоне світло лазера має антиоксидантну і протекторну дію [2].

Через незначну кількість протипоказань мангітотерапія дуже часто використовується в лікувальній практиці, особливо у пацієнтів похилого віку [13,14].

Масаж знімає м'язовий спазм, покращує кровообіг і таким чином приводить до покращання живлення суглобового хряща [10].

Ще одним ефективним методом лікування таких хворих є бальнеотерапія. При суглобовій патології ефективні сульфідні, азотні, йодобромні та скипидарні ванни [13, 14, 17].

Холодові процедури володіють протинабряковим, знеболюючим, гемостатичним, спазмолітичним і репаративно-регенеративним ефектами. Хоча існують певні протипоказання щодо застосування цього методу: захворювання периферичних судин, гіперчутливість до холоду, серпоподібноклітинна анемія [10].

Хірургічне лікування показано в випадку неефективності консервативної терапії [3, 12, 13, 14, 17]. Ендопротезування є найефективнішим методом хірургічного лікування як з медично, так і з економічної точки зору, альтернативи якому на сьогодні не існує [3]. В Україні ендопротезування практикується близько 30 років та проводиться майже в усіх обласних центрах.

Нетрадиційні методи лікування:

- голкорексфлексотерапія;
- гомеопатія;
- мануальна терапія.

Санаторно-курортне лікування проводять поза періодом загострення остеоартрозу. При цьому поєднуються впливи фізіотерапевтичних процедур, психотерапії, лікувальної фізкультури та нетрадиційних методів лікування [10]. Хворим на остеоартроз показані грязьові та бальнеологічні курорти України – Бердянськ, Одеса, Хмельник, Євпаторія, Саки [13].

#### Профілактика

1. Виявлення осіб груп ризику щодо виникнення остеоартрозу, спостереження за ними.
2. Профілактичний огляд дітей у дошкільних та шкільних закладах з метою виявлення клінічних ознак слабкості сполучно тканини (плоскостопість, кривошия, клишоногість, сколіотична постава, лічкоподібна деформація грудної клітки).
3. Нормалізація маси тіла.
4. Достатня рухова активність протягом усього життя.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеева Л.И. Основные достижения в лечении остеоартроза. Качество жизни // Медицина – 2003. – № 3. – С. 34–38.

2. Вьялко В.В., Берглезов М.А., Угнвиенко В.И. Низкоэнергетические лазеры в травматологии и ортопедии. – Москва, 1998. – 83 с.

3. Гужевский И.В. Современные представления о патогенезе, диагностике и медикаментозном лечении первичного остеоартроза суставов нижних конечностей // Журнал практического лікаря. – 2005. – № 6. – С. 5–13.

4. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: Учебник. – М.: Медицина, 1999. – 304 с.

5. Заболотных И.И. Болезни суставов. – СПб.: Спец. Лит., 2005. – 220 с.

6. Зупанец И.А., Шебенко С.К. Современные хондропротекторы: мифы и реальность // Фармацевт. практика. – 2007. – № 12. – С. 58–60.

7. Лялина В.В. Остеоартроз коленного сустава: современные тенденции медикаментозного лечения, роль селективных ингибиторов циклооксигеназы 2 // CONSILIUM MEDICUM. – 2007. – Т.1., № 1. – С. 24–28.

8. Мхітарян Л.С., Гавриленко Т.І., Проценко Г.О., Борткевич О.П. Клінічні показники, біохімічні та імунологічні зміни у хворих на остеоартроз колінних суглобів: можливість корекції на основі глюкозаміну гідрохлориду // Український ревматологічний журнал. – 2005. – Т.3., № 21. – С. 29–35.

9. Насонова М.А., Халтаев Н.Г. Международное десятилетие болезней костей и суставов – многодисциплинарная акция // Терапевтический архив. – 2001. – № 5. – С. 5–7.

10. Носков С.М. Болезни суставов: Учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 602 с.

11. Огенисян О.В., Семенова Л.А., Хапилин А.П. и др. Применение препаратов гиалуроновой кислоты для лечения остеоартроза // Вестник травматологии и ортопедии. – 2007. – № 2. – С. 41–46.

12. Поворознок В.В. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку. У 2-ох томах. – К., 2004. – Т. 1. – 478 с.

13. Поворознок В.В., Шеремет О.Б., Григор'єва Н.В. Остеоартроз великих суглобів у людей старших вікових груп // Журнал практического лікаря. – 2003. – № 4. – С. 35–42.

14. Поворознок В.В., Шеремет О.В., Григор'єва Н.В., Заяц В. Остеоартроз крупних суставов у людей старших вікових груп // Доктор. – 2002. – № 5. – С. 40–49.

15. Солейко Л.П., Солейко Е.В., Кисткина Л.М., Маркин Т.А. Оптимизация комплексного лечения больных ревматоидным артритом и остеоартрозом // Лікарська справа. – 2002. – № 1. – С. 162–163.

16. Сурина Л. „Отчего мы скрипим, как старое дерево” // Парламентская газета „Тюменские известия”. – №70 (4330) 19.04.07 г.

17. Цурко В.В., Хитров Н.А. Остеоартроз // Терапевтический архив. – 2000. – № 5. – С. 62–66.

18. Шавианидзе Г.О. Сравнительная оценка влияния бальнеопсихотерапии, бальнеотерапии и психотерапии на больных остеоартрозом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1991. – № 5. – С. 27–28.

19. Шостак Н. Остеоартроз: клиника, диагностика, лечение // Врач. – 2003. – № 4. – С. 17–21.

20. Arroll B., Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for osteoarthritis of the knee: meta-analysis. – BMJ. – 2004. – P. 328–369.

21. Zhang W., Dogerly M., Arden N. et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCIIT) // Annals of Rheumatic Diseases. – 2005. – V. 69. – P. 669–681.

УДК 616-006.52-002.7-06: 618.146-007.17

Хміль С.В., Федорейко Л.Р.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИСПЛАЗІ ШИЙКИ МАТКИ НА ТЛІ ПАПІЛОМАВІРУСНО ІНФЕКЦІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИСПЛАЗІ ШИЙКИ МАТКИ НА ТЛІ ПАПІЛОМАВІРУСНО ІНФЕКЦІ – Папіломавіруси людини (human papillomaviruses, HPV) складають своєрідну групу ДНК-вмісних вірусів, що характеризуються тропізмом до епітелію і викликають субклінічні форми інфекції, яка, однак, може приводити до таких серйозних наслідків, як дисплазія та рак шийки матки (РШМ). Тому не випадково одним із найважливіших досягнень у вивченні етіології дисплазії шийки матки прийнято вважати встановлення факту причинного зв'язку між папіломавірусною інфекцією та дисплазією і раком шийки матки.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ – Папилломавирусы человека (human papillomaviruses, HPV) составляют своеобразную группу ДНК-содержащих вирусов, характеризующихся тропизмом к эпителию и вызывают

субклиническую форму инфекции, которая, однако, может приводить к таким серьезным последствиям, как дисплазия и рак шейки матки (РШМ). Поэтому неслучайно одним из важнейших достижений в изучении этиологии дисплазии шейки матки принято считать установление факта причинной связи между папилломавирусной инфекцией и дисплазией, а также раком шейки матки.

FEATURES DEVELOPMENT DYSPLASIA CERVIX TO THE BACKGROUND OF PAPILOMA VIRUS INFECTION – Human papillomaviruses are the original group of DNA-containing viruses that are characterized by a tendency to epithelium and cause subclinical forms of infection, which, however, can lead to such serious consequences as dysplasia and cervical cancer. Therefore the most important advances in studying the etiology of cervical dysplasia considered establishing a causal connection dysplasia and cervical cancer with papilloma virus infection