35 до 60 років (47±6,1). Середні значення САТ у першій групі склали 147,8±14,9 мм рт.ст., ДАТ 90,58±8,53 мм рт.ст. У другій групі САТ склав 145,63±15,13 мм рт.ст., ДАТ - 89±7,75 мм рт.ст. Серед групи контролю САТ в середньому був 116±4,8 мм рт.ст., ДАТ – 74,5±4,95 мм рт.ст. Найбільші значення початкового діаметру ПА відмічалося у першій групі 4,6±0,85 мм (норма 3,3±0,8 мм). Показники другої групи були дещо менші – 4,32±0,37 мм. У групі контролю діаметр ПА у спокою склав 3,87±0,78 мм. Діаметр ПА після реактивної гіперемії у першій групі склав 4,8±0,86 мм, що відповідає 4,29±1,39% приросту діаметру (норма > 10%) та вказує на значне порушення функції ендотелію. Показники другої групи склали 4,57±0,39 мм та 5,58±1,54% відповідно, що у відсотковому співвідношенні свідчить про менш виражену ЕД, ніж у першої групи. У групі контролю середній діаметр плечової артерії після реактивної гіперемії склав 4,42±0,86 мм та 12,7±1,76%, що свідчить про адекватну ендотелій залежну вазодилатацію. Таким чином, у хворих на ІХС у поєднанні з ГЕРХ відмічалося достовірне ($p<0,001$) зменшення приросту діаметру ПА після реактивної гіперемії, як в порівнянні з групою контролю, так і з хворими лише на ІХС. Після сублінгвального прийому нітрогліцерину у першій групи діаметр приросту ПА склав 5,24±0,94 мм, що у відсотках 12,27±1,62%. У другій групі ці показники склали 4,92±0,44 мм та 12,26±1,42% відповідно. У групі контролю діаметр артерії після нітрогліцерину склав 4,49±0,87 мм та 14,07±1,68% відповідно.

Висновки.

1. У хворих на ІХС із супутньою ГЕРХ відмічався найменший приріст діаметру ПА після реакції гіперемії як в порівняні з групою контролю, так і з другою групою дослідження, що свідчить про наявність ендотеліальної дисфункції, як серед пацієнтів першої, так і другої групи дослідження.
3. Неінвазивний метод ультразвукового допплерівського сканування високої якості дилатації ПА при проведенні оклюзійної проби може використовуватися для оцінки ЕД як при захворюваннях серцево-судинної системи, так і при інших патологіях, в основі яких є порушення функції ендотелію.

Пасієшвілі Л.М., Терешкін К.І.

КОМОРБІДНІСТЬ ОСТЕОАРТРИТУ ТА ОСТЕОПОРОЗУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ: ПРОВОКУЮЧІ ТА ПОЄДНУЮЧІ ФАКТОРИ

Харківський національний медичний університет, м.Харків

Ще зовсім недавно в медичній літературі йшла полеміка щодо можливості поєднаного перебігу остеоартриту (ОА) та остеопорозу (ОП).

Науковці, які заперечували таке поєднання посилалися на те, що при ОА спостерігається зміцнення кісткової тканини, яку рентгенологи описували як «плюс тканина». В той же час остеопороз – це метаболічні розлади в кістках, тобто «мінус тканина». Інші дослідники наполягали на такому поєднання, обумовлюючи свої тези тим, що означені процеси відбуваються в різних ділянках кісток – діафізах та епіфізах, що не суперечить їх поєднанню.

В останні роки проведена багата кількість робіт, де було показано, що означені зміни можуть одночасно формуватися у кістково-суглобовій системі, також в осіб молодого віку. Тобто, метаболічні зміни кісткової тканини в обох напрямках можуть спостерігатися у хворих, причому їх поява, особливо у осіб молодого віку, може бути результатом генетичних аберацій генів-кандидатів остеопорозу.

Метою роботи було визначення стану та впливу поліморфізму гену вітаміну D (*VDR*) на формування ранніх остеопоротичних зсувів у пацієнтів молодого віку з остеоартритом.

Матеріали та методи дослідження. До роботи було залучено 43 пацієнти віком від 21 до 32 років, які перебували на амбулаторному лікуванні з приводу ОА. Тривалість анамнезу з означеної нозології реєстрували в межах від 2 до 10 років, переважали чоловіки. До роботи не брали осіб, які могли мати провокуючи фактори виникнення дистрофічного ураження суглобів, а саме, спортсменів ігрових видів спорту з неодмінними травмами суглобів; хворих з патологією ендокринної системи, захворюваннями ревматологічного профілю (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчок тощо), хворобами системи крові та рухового апарату іншої етіології (подагра, ревматична поліміалгія тощо).

Діагноз ОА встановлювали на підставі оцінки скарг хворих, даних об’єктивного та додаткових методів дослідження з урахуванням відповідного «Протоколу ведення пацієнтів з ОА…».

Наявність остеопоротичних змін визначали при проведенні скринінгового ультразвукового денситометричного дослідження.

Поліморфізм гена *VDR* визначали при проведенні полімеразної ланцюгової реакції з використанням комерційних тест-систем «Human VDR ELISA KIT» (Німеччина) на ампліфікаторі "Rotor-Gene 6000" (Австралія) в режимі реального часу.

До контрольної групи увійшло 30 практично здорових осіб тотожних за основними параметрами основній групі.

Результати та їх обговорення. Функціональний стан опорнорухового апарату та аналізу показників альго-функціональної активності оцінювали за тест-опитувальником WOMAC. Так, більшість хворих (58,1%) мала середній рівень альго-функціонального індексу WOMAC; високий і помірний рівні були притаманні 23,3% та 18,6% особам відповідно. Проведене рентгенологічне дослідження уражених суглобів дозволило встановити переважання II-ї (41,9%) та III-ї (23,5%) стадій захворювання.

Проведене денситометричне дослідження п'яткової кістки стопи дозволило встановити наступні порушення структурно-функціонального стану кісткової тканини у пацієнтів на ОА. Так, прояви остеопенії спостерігали у 32,6% випадків; остеоартрозу – у 11,6% хворих та майже у половини досліджених (44,2%) зміни в мінеральній щільності кісткової тканини не визначали.

При визначенні поліморфізму гену *VDR* було доведено, що зміни генотипів були притаманні пацієнтам з ОА. Так, генотип bb реєстрували у 16,3% хворих на ОА при показнику контролю 40,0%. Генотип Bb - у 32,6% та 46,7% відповідно. В той же час максимальний відсоток хворих на ОА мали генотип BB (51,1%) при контролі – 13,3%. З урахуванням алельного поліморфізму гену *VDR* було вивчено наявність остеопоротичних станів. Так, прояви остеопенії реєстрували у 20,9% хворих з генотипом BB, 9,3% осіб з генотипом Bb та у 2,3% випадків – генотипом bb. Наявність остеопорозу була притаманна 3 пацієнтам (6,98%) з генотипом BB та 2 (4,7%) з генотипом Bb.

Тобто, найбільш несприятливим генотипом гену рецепторів вітаміну D для формування остеопоротичних змін при наявності остеоартрозу є BB-генотип, при якому означені ускладнення виникають у 27,9% випадків. В той же час при генотипі bb тільки один хворий мав остеопенічні зміни.

Висновки. Перебіг остеоартриту у осіб молодого віку доволі часто супроводжується змінами в мінеральній щільності кісткової тканини, що призводить до формування остеопоротичних станів.

Формування остеопоротичних станів у хворих на остеоартрит найчастіше виникає у пацієнтів з поліморфним варіантом BB гену рецепторів вітаміну D.

Наявність остеоартриту в осіб молодого віку є підставою до раннього скринінгу мінеральній щільності кісткової тканини шляхом проведення денситометричного дослідження.

Пасієшвілі Т.М.[1], Коряк В.В.[2], Мальцева Ю.В.[2]

ПАТОЛОГІЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: З ПРАКТИКИ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ УНИВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ ХНМУ

[1]Харківський національний медичний університет, м.Харків
[2]Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка» ХНМУ, м.Харків

На даний час в світі зареєстровано понад 350 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД). За прогнозами Міжнародної діабетичної федерації