

Фремінгемського дослідження, коли у жінок був виявлений високий рівень АГ після припинення менструальної функції. Впродовж подальших 4–5 років частота АГ у жінок подвоюється. Крім того, менопауза посилює перебіг АГ – захворювання набуває кризового, часто злоякісного перебігу.

Висновки.

1. У чоловіків ГХ переважно має стабільний перебіг, розвивається в більш молодому віці, а серед ускладнень переважають ГІМ і ГПМК. Серед чоловіків вдвічі більше з нормальною вагою, хоча серед них більше з гіпереурекемією, ХОЗЛ і в чотири рази більше тих, хто пале. Вони рідко дотримуються рекомендацій і не регулярно приймають ліки.

2. У жінок достовірно частіше ГХ має кризовий перебіг, хоча ускладнення перебігу хвороби пов'язані з судинними катастрофами зустрічаються рідше, ніж у чоловіків. У жінок ГХ розвивається в більш старшому віці, ніж у чоловіків. У них частіше фіксувалось ожиріння, але палять жінки в 2 рази менше. Жінки більш відповідально виконують рекомендації та регулярно приймають ліку.

3. Виявлені гендерні розбіжності у хворих на ГХ дозволяють обговорювати специфічні підходи в діагностиці і лікуванні чоловіків і жінок, що узгоджується з сучасними уявленнями про персоналізовану медицину.

КЛІНІЧНА ТА ТОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЕРТЕБРАЛГІЙ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ НА ІДІОПАТИЧНИЙ СКОЛІОЗ НА ТЛІ СИНДРОМУ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ

Заздравнов А.А.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Ідіопатичний сколіоз (ІС) являє собою складний порок розвитку опорно-рухового апарату, який характеризується аномальним структурним викривленням хребта без видимих причин. ІС виявляється у 0,2-6% населення, переважно у жінок. Висока вартість лікування (зазвичай хірургічного), фізичний і соціальний дискомфорт пацієнтів обумовлюють глобальне медичне значення цього захворювання опорно-рухового апарату. Слід зауважити, що ІС і гіпермобільний синдром (ГМС) існують в континуумі синдрому дисплазії сполучної тканини. З одного боку, майже у половини пацієнтів з ІС присутні ознаки дисплазії сполучної тканини, з іншого боку, низка дослідників відносять ГМС до універсальних критеріїв сполучнотканинної дисплазії. Тому не дивно, що ортопедична патологія при ГМС спостерігається в 1,4 рази частіше, ніж у загальній популяції. Отже, слід очікувати сумачію негативних клінічних проявів за умов комбінації ІС та ГМС. Дане припущення може стосуватись й больового синдрому, а саме вертебралгій у даних пацієнтів.

Мета роботи – дослідити клінічні та топічні особливості вертебралгічного синдрому у хворих молодого віку на ідіопатичний сколіоз на тлі синдрому гіпермобільності суглобів

Матеріали та методи. Обстежено 45 пацієнтів (в тому числі 33 жінки) з другою стадією ІС (за Чакліним В.Д.) у віці від 17 до 24 років. Основну групу склали 21 пацієнт з ІС на тлі ГМС. Решта 24 пацієнта з ІС та без ГМС зформували групу порівняння. Групи пацієнтів були репрезентативні одна іншій за статтю та віком. Для статистичної обробки результатів розраховували критерій χ^2 -квадрат Пірсона (критерій χ^2) і коефіцієнт асоціації Юла (Q).

Результати та обговорення. Вертебралгія спостерігалася у 8 (38,1 %) пацієнтів основної групи та у 3 (12,5 %) пацієнтів групи порівняння. Відмінності між групами були статистично значущими ($\chi^2 = 3,973$, $df = 1$, $p = 0,046$). Болі спричинялись тривалим статичним навантаженням та/або помірним або високим динамічним навантаженням. Поряд з цим, динамічні вправи низької інтенсивності і відпочинок в горизонтальному положенні знижували інтенсивність і тривалість вертебралгій.

Особливу увагу було приділено наявності спондилостезу у обстежених пацієнтів. Зсув одного хребця в порівнянні з позицією іншого було виявлено у 9 осіб основної групи, в тому числі у 7 пацієнтів з вертебралгіями. Спондилостез спостерігався рідше в групі порівняння. Ця анатомо-фізіологічна аномалія хребта мала місце у 5 пацієнтів, в тому числі у 2 пацієнтів з вертебралгіями. Позитивний асоціативний зв'язок між спондилостезом і вертебралгіями спостерігався як в основній групі (Q = 0,949, високий ступінь асоціації), так і в групі порівняння (Q = 0,846, високий ступінь асоціації). Таким чином, означена асоціація була присутня в обох групах пацієнтів й свідчила про патогенетичну роль вивиху хребця у формуванні болю у хворих на ІС. Більш висока частота спондилостеза при ГМС відбивала генералізоване ураження сполучної тканини з залученням зв'язкової тканини хребта в патологічний процес з втратою її каркасної (підтримувальної) функції.

Також були досліджені особливості локалізації вертебралгій. У пацієнтів основної групи больовий синдром мав таку переважну локалізацію: цервікалія – 1 випадок, торакалії – 6 випадків, люмбалгії – 1 випадок. У пацієнтів групи порівняння торакалії спостерігалися в 2 випадках, люмбалгія – в 1 випадку. Хоча не було виявлено статистично істотних відмінностей в локалізації певних типів вертебралгій, проте просліджувалась тенденція до «позиційної елевації» больового синдрому у осіб з ІС на тлі ГМС.

Висновки. Наявність ГМС у пацієнтів з ІС сприяє збільшенню частоти виникнення больового синдрому в хребті. Грудний відділ хребта є найбільш частою локалізацією вертебралгій у даних хворих. Спондилостез частіше зустрічається при ГМС і є однією з найважливіших патофізіологічних передумов формування вертебралгій у пацієнтів з ІС.