

Висновок. У жінок в менопаузальному періоді, що хворіють на цукровий діабет 2 типу у поєднанні з остеопорозом, визначення маркерів деструкції та синтезу кісткової тканини є важливим методом діагностики та прогнозування ризику переломів. Такий підхід дає можливість покращити рівень виявлення захворювання та його лікування. Діагностика остеопорозу у жінок в менопаузальному періоді з цукровим діабетом 2 типу повинна включати в себе дослідження фосфорно-кальцієвого обміну, маркерів остеосинтезу та остеодеструкції, вуглеводного обміну, результатів DEXA, тривалості цукрового діабету та менопаузального періоду.

Некрасова Н.О.

**ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ХРЕБТА У ШИЙНОМУ ВІДДІЛІ У
ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ ЗІ СПОНДИЛОГЕННИМИ
ПОРУШЕННЯМИ КРОВООБІГУ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Захворювання хребта посідають перше місце серед населення землі за поширеністю серед осіб молодого віку (Я. Ю. Попелянський, 2013). Одночасно, одним з найбільш відомих порушень кровообігу у (ВББ) є вертебро-базиллярна недостатність (ВБН). Довгий час взаємозв'язок вертебрально-базиллярних розладів та остеохондрозу недооцінювався через недостатність критеріїв причинно-наслідкових взаємовідносин порушень мозкового кровотоку та остеохондрозу шийного відділу хребта (ШВХ). Роботами вітчизняних і зарубіжних авторів, було показано, що у молодому віці (до 45 років) частіше мозкові дисциркуляції в ВББ, розвиваються на тлі спондилогенних порушень. Отже, проблема, що нами розглядається, знаходиться на межі двох розділів неврології — судинних захворювань нервової системи та вертеброневрології.

Мета роботи: виявити патологічні зміни ШВХ у пацієнтів молодого віку на різних стадіях спондилогенної ВБН (СВБН).

Матеріали і методи. Нами було обстежено 141 пацієнт молодого віку зі СВБН. В дослідження були включені хворі від 18 до 44 років. Відповідно до клінічної класифікації ВБН, всіх хворих було розподілено на 3 групи: до 1 групи було включено 46 особи з СВБН-I (ангіодистонічна стадія), до 2 групи було включено 41 хворий з СВБН-II (ангіодистонічно-ішемічна стадія), до 3 групи було включено 64 хворих з СВБН-III (ішемічна стадія). Контрольну групу склали 20 здорових донорів, порівнянних за статтю і віком. Усім пацієнтам проводилася МРТ ШВХ. При проведенні МРТ ШВХ використовували традиційний протокол сканування (або набір мр-послідовностей): T1FSE і T2FSE послідовності

в сагітальній площині, T2FSE послідовність в аксиальній площині. Заради виявлення спондилогенного походження ВБН, було проведено ультразвукове доплерографічне дослідження судин шиї (УЗДГ) із застосуванням функціональних навантажень, з метою виключення атеросклеротичного ураження ХА та виявлення особливостей їх ходу було проведено дуплексне сканування ХА. Результати досліджень піддавалися статистичному аналізу з використанням пакету статистичних програм "STATISTICA 6,0".

Результати і обговорення. Провідними МРТ симптомами патологічних змін ШВХ, виявилися: зміни фізіологічного лордозу ШВХ, сколіотичні деформації, зниження інтенсивності сигналу від міжхребцевих дисків в T2-зваженому зображенні, зниження висоти між хребцевих дисків, крайові кісткові розростання, потовщення капсульно-зв'язкового апарату міжхребцевих суглобів, протрузії і пролапси міжхребцевих дисків, потовщення поздовжніх зв'язок. Випрямлення фізіологічного лордозу визначено у $(65,2 \pm 4,0)$ % пацієнтів, достовірно частіше реєструючись при СВБН-III ($p < 0,05$). Кіфотична деформація була виявлена трьох групах пацієнтів, причому вершиною деформації визначені С4, С5, С6 хребці. Правобічний сколіоз був визначений у $(41,8 \pm 4,1)$ % пацієнтів загалом, лівобічний - у $(29,1 \pm 3,8)$ %. Вершинами сколіотичних дуг визначені С2, С3, С4, С5, С6 і С7 хребці з різною частотою для право- і лівосторонніх деформацій. У хворих з вершиною сколіозу на рівні С4 хребця найчастіше виявлялися деформації суглобових фасеток, потовщення капсульно-зв'язкового апарату суглобів хребта переважно на боці деформації. Найбільш часто морфологічні порушення виявлені в тілах С4 і С5 хребців - у $(43,2 \pm 4,2)$ % хворих, причому найчастіше при СВБН-III. Поширеною ознакою були крайові остеофіти і гіпертрофія крючковидних відростків шийних хребців, наявність яких частіше реєстрували при СВБН-II. МРТ картина ураження міжхребцевих дисків характеризувалася зміною інтенсивності сигналу на T2-зважених зображеннях, зниженням висоти, наявністю протрузій і пролапсів. У хворих з СВБН було виявлено потовщення передньої і задньої поздовжніх зв'язок різного ступеня вираженості і поширеності. Ознаки потовщення передньої поздовжньої зв'язки виявлені у $(31,2 \pm 3,9)$ % хворих, без достовірних розбіжностей по групах. Потовщення частіше візуалізувалося на рівні С1-С2 сегментів, у 61,25% випадків, остеофіти передньої поздовжньої зв'язки локалізувалися на рівні С5-С6 і С6-С7 сегментів. Потовщення задньої поздовжньої зв'язки достовірно частіше реєструвалася при ВБН-II та ВБН-III ($p < 0,05$). Необхідно зазначити, що наявність стенозу хребетного каналу було відмічено майже у 25% загальної кількості пацієнтів, достовірно частіше на більш виражених стадіях (табл.1). Рівень кил міжхребцевих дисків ШВХ достовірно

частіше візуалізувався на рівні С5 - С6 хребців, що відповідає рівню входження ХА по кістково-суглобового каналу.

Висновки: вивчення закономірностей патологічних уражень ШВХ на етапах прогресування СВБН дозволяє розширити уявлення про патогенетичні механізми формування та розвитку даної патології на тлі спондилогенних порушень.

Пасієшвілі Л.М., Железнякова Н.М.
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВАРІАБІЛЬНОСТІ ГЕНА eNO-
СИНТАЗИ У РОЗВИТКУ КАРДІАЛЬНОЇ ФОРМИ
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ПРИ
ОЖИРІННІ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Різноплановість клінічної симптоматики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), для якої характерні атипові маски захворювання, такі як респіраторна, отоларингологічна, стоматологічна, анемічних і кардіальна, обумовлюють пошук можливих механізмів їх формування. Проведений ретроспективний аналіз можливого впливу поєднаної патології на виникнення позастравохідної симптоматики не дав результатів, що дозволило припустити участь різних генів в її формуванні. Серед таких генів-кандидатів, який може «забезпечити» кардіологічний варіант перебігу ГЕРХ, розглядається ген eNO-синтази, зміни в якому можуть призводити до розвитку ендотеліальної дисфункції. Крім того, в процесі формування ендотеліальної дисфункції бере участь кілька складових, таких як, артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія і, зокрема, активний синтез гормоноподібних речовин жировою тканиною при надмірному її накопиченні в організмі. Таким чином, розвиток позастравохідних поразок при ГЕРХ в ситуації її перебігу на тлі ожиріння, можна розглядати з кількох позицій. Дана обставина стала підставою до проведення цього дослідження, *метою* якого було підвищення рівня діагностики при коморбідності ГЕРХ і ожиріння шляхом визначення впливу генетичних девіацій (поліморфізму гена eNO-синтази) як одного з механізмів ураження органів-мішенів - серцево-судинної системи.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 42 хворих з поєднаним перебігом ГЕРХ і ожиріння, серед яких у 26 випадках діагностовано індекс маси тіла (ІМТ) відповідний 2 ст. захворювання, а в 16 - 3 ст. ожиріння. Більшість склали жінки (65,2%) з середнім віком по групі - $42,1 \pm 4,6$ років і тривалістю захворювання від 7 до 16 років. Група