

м/с и  $1564 \pm 6,2$  м/с (норма  $1588 \pm 10,4$ ); ШОУ -  $100,7 \pm 2,2$  и  $106,8 \pm 1,6$  дБ/МГц (норма  $107,9 \pm 2,6$ ) и ИП -  $80,3 \pm 2,7\%$  и  $88,5 \pm 2,4\%$  при контроле –  $96,1 \pm 4,3\%$  ( $P < 0,05$  при сопоставлении с группой сравнения). Можно говорить, что системный остеопороз при ХБХ является результатом воспалительного процесса в желчном пузыре (ЖП), сопровождающимся образованием провоспалительных цитокинов, которые рассматривают как остеокластопосредованные факторы в резорбции кости. То есть, воспаление в ЖП приводит к нарушению образования желчных кислот и, таким образом, всасывания кальция в кишечнике. Развитие гипокальциемии провоцирует повышение секреции паратормона и вторичный гиперпаратиреоз с компенсацией недостатка данного макроэлемента путем выхода его из депо - костной ткани.

**Выводы.** Течение ХБХ и АГ характеризуется развитием остеопороза, выраженность которого значительно усиливается при сочетании данных заболеваний. Указанные изменения являются основанием к проведению профилактических и лечебных мероприятий, направленных на контроль кальциевого гомеостаза.

## МАРКЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СУСТАВНОГО ХРЯЩА (СОМР) У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Пасишвили Л.М.

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Рост и развитие хрящевой ткани в значительной мере зависит от гормонального влияния: хондроциты имеют рецепторы к тиреоидным гормонам, внутриклеточное действие которых становится важным компонентом метаболизма хряща в норме и при патологии. Изменения хрящевой ткани при остеоартрите (ОА) сопровождаются клеточными нарушениями и дисбалансом компонентов внеклеточного матрикса (коллагена, протеогликанов, неколлагеновых протеинов), что опосредовано их усиленным разрушением при участии тканевых металлопротеиназ. Таким образом, уровень олигомерного матриксного протеина (СОМР), одного из неколлагеновых белков хрящевого матрикса, рассматривают как наиболее перспективный маркер деструкции хряща.

Частота встречаемости аутоиммунного тиреоидита составляет от 8 до 11%, а ОА - от 4,2 до 22,6% в популяции; при этом артропатии регистрируются у 20-25% лиц с АИТ.

Исходя из изложенного, **целью** работы было, изучение содержания и роли СОМР в течении ОА у больных аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 32 больных с ОА и АИТ в возрасте от 27 до 48 лет (средний возраст  $34,5 \pm 4,3$  года). Среди пациентов преобладали женщины (90,6%) с длительностью анамнеза по АИТ от 2 до 17 лет. У 7 пациентов АИТ протекал на фоне эутиреоидного состояния, а у 25 была установлена гипофункция железы легкой (11) или средней (14) степени тяжести. Длительность анамнеза по ОА находилась в диапазоне 2-14 лет. Выраженность болевого синдрома и утренней скованности оценивали по визуальной аналоговой шкале Хаскисона и бальной шкале оценки боли Ликерта. Уровень СОМР определяли с использованием набора ELISA методом ИФА.

**Контрольная группа была представлена 20 практически здоровыми лицами аналогичного возраста и пола.**

Статистическая обработка материалов исследования проведена методами вариационной статистики с использованием пакетов программ Statsoft Statistica 8.0. и программного обеспечения Microsoft Excel 2010.

**Результаты и их обсуждение.** При обследовании установлено, что во всех случаях имел место полиартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей: коленных (28,1%), тазобедренных – у 5 (15,6%), коленных и тазобедренных (18,8%), коленных и голеностопных (21,9%), суставов нижних конечностей и кистей рук (15,6%). Интенсивность болевого синдрома по шкале Хаскисона находилась в следующих пределах: от 5 до 7 см (87,5%); в 4 случаях (12,5%) – от 8 до 9 см. С учетом показателей шкалы Ликерта сильная боль

(4 балла) регистрировалась в 9 случаях (28,1%) и боль умеренной интенсивности (3 балла) – у 23 больных (71,9%). Стартовая боль, длительностью до получаса, наблюдалась у 27 пациентов (84,4%), в 5 случаях (15,6 %) – была кратковременной и исчезала в течение 10 минут после подъема с постели. При рентгенологическом исследовании I стадия заболевания была определена в 28,1 %, II ст. – в 53,1% и III рентгенологическая стадия - в 18,8 %. Уровень СОМР в среднем по группе составил  $21,1 \pm 1,3$  пг/мл при контроле –  $9,3 \pm 0,9$  пг/мл. При этом выраженность воспалительных изменений в суставе и его компонентах (с учетом результатов клинического анализа крови и острофазовых показателей) не коррелировала с величиной СОМР. Также не выявлено зависимости между величиной СОМР и стадией функциональной активности щитовидной железы. В тоже время, у больных с тяжелым поражением суставов (6 больных с 3-й рентгенологической стадией) данный показатель составил  $25,4 \pm 1,1$  пг/мл, т.е отмечалась прямая зависимость уровня СОМР от тяжести морфологических изменений сустава.

**Выводы.** Сочетанное течение ОА и АИТ приводит к повышению показателя СОМР, одного из компонентов матрикса хряща, что дает возможность использовать данный показатель в диагностике заболевания. Величина СОМР имеет прямую зависимость от структурных изменений в хрящевой ткани, что может быть использовано при проведении лечебных мероприятий.

## К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИЙ

Попов М.В.

*Северный государственный медицинский университет, Архангельск*

**Цель работы.** Выявить недостатки и преимущества методов для более ранней диагностики остеохондропатий.

**Материал и методы.** Проведен анализ 32 случаев остеохондропатий, диагностированных в Архангельской области на базе «ГБУЗ АО АДКБ им. Выжлецова П.Г.» за 2011 год. 32 случая остеохондропатий составили 2,9% от общего числа заболеваний и 9,8% от общего числа ортопедических заболеваний в отделении травматологии и ортопедии. Среди больных было 28,1% женщин (n=9) и 71,9% мужчин (n=23). Соотношение по полу соответственно составило 1:2,5, что указывает на наибольшую заболеваемость остеохондропатиями лиц мужского пола. По возрастному признаку: 1-3 года – 6,5%, 3-7 лет – 28,13%, 7-10 лет – 34,38%, 10-14 лет – 18,75%, более 14 лет – 12,5%, пик заболевания приходится на возрастную группу от 3 до 10 лет. Наиболее распространенным типом заболевания является болезнь Легга-Кальве-Пертеса – 65,63%, юношеский эпифизеолиз головки бедра 9,38% и остальные остеохондропатии – 25,00%.

Рентгенологический метод диагностики остеохондропатий является решающим, но его признаки определяются только через 1 месяц после выраженного болевого синдрома, поэтому для ранней диагностики патологических изменений целесообразно применение метода МРТ, он наиболее чувствителен (91-95%) для ранней диагностики асептического некроза. Радионуклидный метод позволяет выявлять развитие некроза в первые дни процесса. Сонография, являясь вспомогательным диагностическим методом, позволяет выявлять наличие выпота в суставе и реже – изменение контура кости.

**Вывод.** Основным методом диагностики остеохондропатий является рентгенологический метод, дополнительными методами могут быть радионуклидный метод и сонография, не обладающие высокой специфичностью. Для более ранней диагностики остеохондропатий целесообразно применять метод МРТ, обладающий высокой чувствительностью и достоверностью. КТ уступает МРТ в визуализации хрящей и связок, но превосходит в отношении визуализации изменений костной ткани.