

Матеріали і методи. В дослідження включено 102 пацієнта з гіпертонічною хворобою III стадії легкої і умереної ступеня тяжкості через 3 нед після перенесеного мозгового ішемічного інсульту. Період спостереження склав 12 міс. Показники еластичності стінки загальної сонної артерії оцінювали однократно в початку дослідження за методом M. E. Safara (2000) згідно з сучасними рекомендаціями. Клінічне інтерв'ю проводили після отримання зразків крові кожні 3 місяці впродовж 1 року. В якості клінічних точок враховували всі кардіо-васкулярні результати.

Результати. При проведенні універсального аналізу встановлено, що коригована за віком, статтю та індексом NIHSS, Бартел та Рэнкіна загальна частота виникнення кардіо-васкулярних подій найбільш значимо прямо пропорційно корелює з наявністю цукрового діабету 2 типу ($r = +0,62$; $p = 0,001$), систолічним артеріальним тиском ($r = +0,50$; $p = 0,022$), рівнем загального холестерину ($r = +0,56$; $p = 0,004$) і холестерину ліпопротеїнів низької щільності в плазмі крові ($r = +0,64$; $p = 0,012$), глюкози натощак ($r = +0,56$; $p = 0,014$) і обернено пропорційно — з коефіцієнтом еластичності стінки загальної сонної артерії ($r = -0,80$; $p = 0,009$), комплаенсом

поперечного перерізу загальної сонної артерії ($r = -0,70$; $p = 0,004$), модулем еластичності, «завантаження — деформація» ($r = -0,64$; $p = 0,041$), а також модулем Юнга ($r = -0,52$; $p = 0,011$). При проведенні мультиваріантного аналізу після виключення всіх показників з високим рівнем взаємної асоціації, крім змінних, продемонстрованих наявності незалежної достовірної взаємозв'язку в формі лінійної регресії з сумарною величиною кардіо-васкулярних подій, віднесені коефіцієнт еластичності ($r = -0,76$; $p = 0,006$), рівень загального холестерину ($r = 0,55$; $p = 0,009$) і холестерину ліпопротеїнів низької щільності в плазмі крові ($r = 0,62$; $p = 0,014$), цукровий діабет 2 типу ($r = 0,62$; $p = 0,004$). Найбільш оптимальною з точки зору прогностичної цінності є точка розмежування абсолютних значень коефіцієнта еластичності 27,05 кПа (AUC = $0,847 \pm 0,038$; 95% довірительний інтервал — 0,774—0,921, чутливість — 90,6%, специфічність — 70,6%).

Висновки. Зниження коефіцієнта еластичності загальної сонної артерії є незалежним предиктором виникнення будь-яких кардіо-васкулярних результатів, включаючи атеротромботичні, на протязі як мінімум 1 року після важкого мозгового ішемічного події.

Н. В. ЛИТВИНЕНКО, І. І. КОВТУН, Г. Я. СИЛЕНКО
ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Роль маркерів ноцицептивної системи у формуванні болювого синдрому при дегенеративно-дистрофічному ураженні попереково-крижового відділу хребта

Мета роботи — визначити вміст маркерів ноцицептивної системи (фактор некрозу пухлини (ФНП), субстанція Р) у сироватці крові пацієнтів з болювим синдромом у нижній частині спини при дискогенній радикулопатії.

Матеріали і методи. Обстежено 44 пацієнтів (26 чоловіків та 18 жінок) віком від 29 до 54 років з дискогенним болювим синдромом та 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Всім хворим проводили клініко-неврологічне обстеження, магнітно-резонансну томографію попереково-крижового відділу хребта, визначення концентрації ФНП і субстанції Р у сироватці крові. Для об'єктивізації оцінки болювого синдрому використовували візуальну аналогову шкалу болю (ВАШ).

Результати. За оцінкою за ВАШ пацієнтів розподілили на дві групи: перша група — 28 хворих з вираже-

ним та дуже вираженим болювим синдромом (7—9 та 10 балів), друга група — 16 хворих з помірно вираженим болювим синдромом (4—6 балів). Концентрація субстанції Р та ФНП у сироватці крові була вищою у пацієнтів 1-ї групи ($(23,68 \pm 2,4)$ нг/мл та $(3,74 \pm 0,13)$ пкг/мл) порівняно з пацієнтами 2-ї групи ($(2,09 \pm 0,3)$ нг/мл та $(2,2 \pm 0,2)$ пкг/мл). При цьому вміст субстанції Р та ФНП достовірно перевищував аналогічні показники здорових осіб ($(0,048 \pm 0,001)$ нг/мл та $(1,005 \pm 0,05)$ пкг/мл).

Висновки. Отримані результати свідчать, що активна прозапальна цитокініна ФНП та зростання концентрації субстанції Р у сироватці крові пацієнтів з дискогенним болювим синдромом корелювали з вираженістю болю за шкалою ВАШ. Зазначені показники можуть слугувати маркером об'єктивізації болювого синдрому при дискогенній радикулопатії та використовуватися при виборі та оцінці ефективності терапії.