

УДК 616.12-005.4-008.331.1-053.9-08

Єфименко О.В., Ярмола Т.І., Пустовойт Г.Л.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ПОЄДНАНОЇ З РЕНОПАРЕНХІМАТОЗНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ЖІНОК.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Ішемічна хвороба серця, поєднана з артеріальною гіпертензією у жінок залишаються в наш час основними причинами інвалідності та смертності в Україні. У статті наведено сучасні дані щодо комбінованої гіполіпідемічної терапії та клініко-біохімічних аспектів ішемічної хвороби серця, поєднаної з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією у жінок.

Ключові слова: Комбінована гіполіпідемічна терапія, ішемічна хвороба серця, ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія, дисліпідемія.

Дана робота є фрагментом НДР: "Значення протизапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування", № 0106U003238, 2006р.

В наш час, незважаючи на сучасні досягнення в діагностиці та лікуванні, ішемічна хвороба серця (ІХС) в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) залишаються основними причинами інвалідності та смертності в Україні.

За останні роки в дослідженнях було доведено, що ІХС виникає у жінок загалом на 10–15 років пізніше, ніж у чоловіків, це пов'язують із протекторним впливом жіночих статевих гормонів. Звідси серед факторів ризику для прогнозу та перебігу ІХС виділяють унікальний для жінок - гіпоестрогенія, що особливо актуально для жінок похилого віку - в менопаузі.

Однак статеві відмінності патофізіологічних механізмів розвитку ІХС у жінок, що сприяють дестабілізації атеросклеротичного процесу, практично не вивчені. Визначення їх може дати можливість диференційованого медикаментозного лікування із пріоритетним впливом не тільки в залежності від виду атеросклеротичного ураження, стадії розвитку ІХС і особливостей фармакодинамічної дії препаратів, але й від статі пацієнтів [11].

Більшість широкомасштабних досліджень по вивченню ліпідного профілю, впливу його на виникнення та розвитку ІХС, та можливості корекції за допомогою гіполіпідемічної терапії проводились в основному на чоловіках (4S, CARE, LIPID, ASCOT). До часу настання менопаузи холестерин (ХС) ліпопротеїдів низької густини (ЛПНГ) у жінок нижчий, ніж у чоловіків. Рівень тригліцеридів (ТГ) також зростає, тоді як концентрація холестерину ліпопротеїдів високої густини (ЛПВГ) знижується після менопаузи. Після часу настання менопаузи рівень ХС ЛПНГ починає зростати, і пізніше стає вищим, ніж у чоловіків. Знижується також активність ферменту печінкової ліпази зі зниженням рівня естрогенів, що також може впливати на концентрацію ХС ЛПВГ [5]. Високий вміст ХС ЛПНГ є потужним предиктором розвитку інфаркту міокарду (ІМ) у жінок [9]. Найбільш значимим фактором ризику ІХС серед показників ліпідного обміну у жінок вважається низький рівень ХС ЛПВГ. Дефіцит естрогенів призводить до підвищення рівнів ХС ЛПНГ, збільшення ТГ, зниження вмісту ХС ЛПВГ [8]. Оскільки ліпідний профіль у жінок і чоловіків значно відрізняється, важко визначити, чи справедливі результати вказаних досліджень і для жінок.

У жінок АГ є по значимості таким же ФР, як і у чоловіків [5]. Ризик, викликаний гіпертензією, збільшується з віком, а у пременопаузальних жінок наявність АГ збільшує ризик смертності від ІХС до 10 разів.

У пацієток з ІХС відзначають суттєві відмінності у клінічній картині захворювання і певні особливості діагностики, що при низькій націленості на цю патологію створює ще більші діагностичні труднощі. Інша проблема – те, що рекомендації щодо лікування ІХС одержані переважно для хворих чоловічої статі, і не до кінця відомо, чи можна отримані дані екстраполювати на жіночу популяцію [7].

Симптоми стенокардії та гострого коронарного синдрому у жінок часто менш виразні та специфічні, а розвиток ІХС проходить більш поступово. В порівнянні з чоловіками у жінок спостерігається більша частота стенокардії, при тому що поширеність обструктивної ІХС у жінок є нижчою, ніж у чоловіків з подібними симптомами [10].

У жінок больовий синдром у грудній клітці частіше пов'язаний з атипovими для ІХС симптомами: болем у животі, задишкою, нудотою і загальною слабкістю; частіше зустрічаються "атипові" болі у ділянці грудної клітки, які обумовлені більшою схильністю жінок до вазоспастичних реакцій. Більшість досліджень довела, що початкові прояви ІХС у жінок пов'язані з розвитком стенокардії, тоді як у чоловіків з розвитком інфаркту міокарда [2].

Дослідження WISE показало, що визначення "типової" стенокардії пропускало 65 % жінок, у яких дійсності була ІХС — тобто, у жінок клінічні прояви стабільних форм ІХС значно відрізняються від чоловіків ("атиповий" перебіг захворювання) [1].

Гіполіпідемічна терапія в наш час розглядається як необхідний компонент лікування пацієнтів з ІХС поєднаною з АГ, що аргументується її сприятливими ефектами практично на всі компоненти атерогенезу [12]. Провідне місце серед ліпідзнижуючих середників займають статини, але на фоні їх застосування у біля 75% хворих все ж таки розвиваються серцево-судинні події. Застосування агресивних доз статинів не увінчалось бажаним ефектом: у 60-65% хворих розвинулись ускладнення (дослідження REVERSAL, MIRACL, IDEAL, PROVE).

На сьогоднішній час є актуальним пошук оптимальних ліпідознижуючих середників та можливості комбінованої гіполіпідемічної терапії. Ефективність кардіометаболічної терапії ІХС та АГ в наш час вважається доведеною. Використання кардіометаболічних препаратів створює умови для підвищення ефективності базисної терапії. Перспективним є використання комплексних кардіометаболічних препаратів, до яких відноситься Кардонат виробництва СП "Сперко Україна", який має гіполіпідемічну, метаболічну й ан-

тиоксидантну активність, виявляє нейро-, гепато- та кардіопротекторну дію, сприяє зменшенню ішемії міокарда та обмеженню постінфарктної зони, здійснює позитивний вплив на дистрофічні зміни судин [6].

Мета дослідження

Визначити особливості клінічного перебігу ішемічної хвороби серця, поєднаної з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією у жінок похилого віку, та підвищити ефективність лікування шляхом наукового обґрунтування доцільності комплексної терапії з використанням Кардонату та Аторвастатину, та дослідження їх впливу на показники ліпідного обміну і перебіг захворювання.

Матеріали і методи

Під спостереженням в умовах кардіологічного відділення знаходилось 112 жінок, що хворіли на ішемічну хворобу серця, поєднану з артеріальною гіпертензією. Діагноз ІХС ґрунтувався на даних клініки, анамнезу, ЕКГ, ЕхоКС та даних холтеровського моніторингу ЕКГ. У всіх хворих діагноз ІХС поєднану з АГ формулювався відповідно МКХ-10. Критеріями діагностики ренопаренхіматозної АГ вважали: дані анамнезу, наявність в сечовому осаді наявність лейкоцитів, еритроцитів, білку, бактерій; за даними УЗД нирок - деформація чашково-мискової системи. 82 жінки хворіли на хронічний пієлонефрит (ХП), у 44 (39,3%) ХП знаходився у фазі ремісії, а у 38 (33,9%) - в фазі загострення, 2 жінки хворіли на хронічний гломеруло-нефрит (ХГН) у фазі ремісії, та 1 на ХГН у фазі загострення.

При проведенні добового моніторингу реєстрацію ЕКГ проведено за Холтером, визначення АТ проведено за Коротковим та осцилометричним методом із обчисленням середніх арифметичних САТ та ДАТ, нічного зниження тиску в %, індексу навантаження тиском. Добове Холтеровське моніторування ЕКГ хворих на ІХС поєднану з АГ проведено за допомогою системи CARDIOSPY "EC-24", ДМАТ проводилось монітором артеріального тиску "ABPM-04" із визначенням АТ через 30 хв. вдень, та 60 хв. вночі.

На початку дослідження всі хворі отримали анкети "Щоденник пацієнта" - спеціалізований щоденник якості життя хворих з ішемічною хворобою серця SAQ (Seattle Angina Questionnaire) для визначення суб'єктивних ставлень до стану свого захворювання. З метою вивчення особливостей клінічного перебігу у 42 жінок окрім "Щоденників пацієнта" та загальноклінічних обстежень проводилось добуве холтеровське моніторування ЕКГ, ДМАТ, та хворі були розподілені на дві клінічні групи: перша – хворі на ІХС у поєднанні з РАГ (24 особи), друга – хворі на ІХС із ГХ (18 осіб).

З метою ж вивчення показників ліпідного профілю та можливості підвищення ефективності лікування всі 112 хворі були розподілені на дві біохімічні групи: першу контрольну групу (48 осіб) хворих на ІХС з АГ та другу групу (64 особи) хворих на ІХС поєднану з РАГ. Пацієти першої (контрольної) групи отримували стандартну терапію (інгібітори-АПФ, кардіоселективні β-адреноблокатори, пролонговані нітрати, антиагреганти, антагоністи кальцію та аторвастатин компанії "Фармак" (Аторвакор) в дозі 10 мг/добу ввечері). Пацієнтам другої групи в схему лікування додатково включали препарат Кардонат в дозі 1 капсула 3 рази на

добу. Через 3 та 6 місяців проводили визначення ліпідного спектру плазми крові в динаміці (загальний холестерин, ТГ, ЛПВГ та ЛПНГ) на фоні загальноклінічних обстежень та оцінювали клінічний перебіг захворювання. З метою оцінки безпечності гіполіпідемічної терапії проводилась оцінка показників функціонального стану печінки (загальний білірубін та його фракції, АЛТ, АСТ, тимолова проба).

Результати досліджень

Порівняльний аналіз результатів анкетування та моніторного спостереження хворих на ІХС у поєднанні з РАГ та без неї показав, що суб'єктивні оцінки їх відчуттів були неоднорідні.

Так, у першій групі хворих на ІХС у поєднанні із РАГ при фізичному навантаженні в 79% випадках пацієнти реєстрували суб'єктивні відчуття (біль в ділянці серця 29%, задишку 42% та серцебиття 8%), які були об'єднані у 3 групи та у 21% випадків вони були відсутні. Зміна самопочуття у обстежуваних при фізичному навантаженні супроводжувалась у 71% випадків одноразовим прийомом ліків, які покращували стан хворого, в 29% випадків, як свідчать дані з "Щоденників пацієнтів", такої необхідності не було.

Пацієнти другої групи 18 хворих на ІХС у поєднанні із ГХ при фізичному навантаженні в 83% випадків реєстрували обтяження суб'єктивних відчуттів (біль в ділянці серця 17%, задишку 55% та серцебиття 11%), які були об'єднані у 3 групи, в 17% випадків після дозованого навантаження свій стан пацієнти визначили як норму. Зміна самопочуття обстежуваних супроводжувалась у 56% випадків прийомом ліків, які покращували стан хворого, в 44% випадків, як свідчать показання з "Щоденників пацієнтів", такої необхідності не виникало.

За даними холтеровського моніторингу ЕКГ в першій групі хворих на ІХС у поєднанні із РАГ виявлено схильність до надшлуночкових порушень ритму та порушень провідності в порівнянні із другою групою хворих: миготлива аритмія пароксизмальної та постійної форм, переважно тахісistolічний варіант. Показники моніторингу ішемічних змін міокарду зважаючи на малу вибірку мали випадковий характер.

Статистичні показники особливостей добового ритму АТ у хворих на ІХС з РАГ відрізняються від відповідних показників хворих на ІХС з ГХ. Так, середні показники циркадного ритму в абсолютних цифрах систолічного артеріального тиску (САТ) (157 ± 11 та 148 ± 15 мм рт. ст.) ($p > 0,05$) незначно перевищують у групі есенціальної гіпертензії, у той час, як середній САТ нічний (138 ± 11 мм рт. ст.) значно перевищує при РАГ відповідно аналогічного при ІХС з ГХ (126 ± 14 мм рт. ст.) ($p > 0,05$). Середній діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) у нічні часи підвищений у групі з РАГ (88 ± 10 мм рт. ст. та 83 ± 8 мм рт. ст.) ($p = 0,05$), у той час, як денний ДАТ підвищений у порівняльній групі хворих на ІХС з ГХ виявився дещо вищим (91 ± 8 мм рт. ст.) на відміну від (86 ± 7 мм рт. ст.) ($p > 0,05$) в групі хворих на ІХС з РАГ.

За даними ДМАТ встановлено, що відсоткова частка зниження як САТ, так і ДАТ у нічні часи відносно середньоденних показників у групі хворих на ІХС з ГХ більша, ніж у групі хворих на ІХС з РАГ.

Аналіз добової динаміки електрокардіограми та артеріального тиску при ішемічній хворобі серця, по-

еднаній з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією, у жінок похилого віку показав: зниження циркадного індексу частоти серцевих скорочень з недостатньою варіабельністю артеріального тиску на протязі доби, зміною середньостатистичного добового артеріального тиску "монотонного" характеру, недостатність нічного зниження, переважно діастолічного артеріального тиску, які характеризують їх циркадну реакцію як "non-dipper".

Щодо біохімічних груп: у пацієток з ІХС, поєднаною з РАГ, достовірно частіше зустрічався такий модифікований фактор ризику атеросклерозу як дисліпідемія. Було встановлено позитивний вплив комбінованої терапії у пацієнтів з ІХС, поєднаної з РАГ. У всіх хворих, що приймали Кардонат, відзначали покращення клінічного стану, зникнення або значне

зниження частоти виникнення нападів стенокардії, підвищення толерантності до фізичного навантаження, суб'єктивне покращення самопочуття. На фоні стандартного лікування у пацієнтів першої групи відмічено позитивну динаміку показників ліпідного спектру крові. Через 3 та 6 місяців лікування відзначили нормалізацію показників ліпідного обміну: зниження рівня загального ХС відповідно на 19,7% та 28,5%, ХС ЛПНГ на 23,2% та 30,4%, ТГ на 10,3% та 15,6%, а також підвищення ХС ЛПВГ на 8,1% та 10,4% відповідно ($p < 0,05$) (рис.1–4). Включення Кардонату в комплекс лікування у пацієнтів другої групи сприяло зменшенню загального ХС через 3 та 6 місяців на 28,1% та 37,6%, ХС ЛПНГ на 29,7% та 38,4%, ТГ на 28,6% та 37,3%, а також підвищення ХС ЛПВГ на 22,1% та 28,4% відповідно ($p < 0,05$) (рис.1–4).

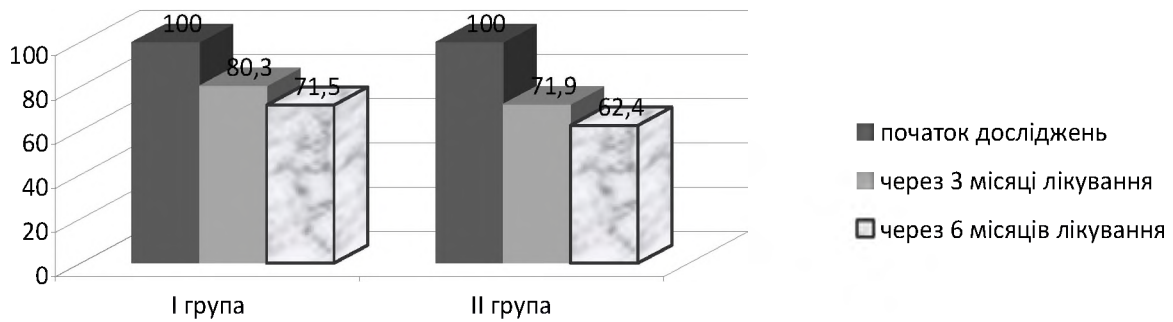


Рис. 1. Динаміка рівня загального холестерину, %:

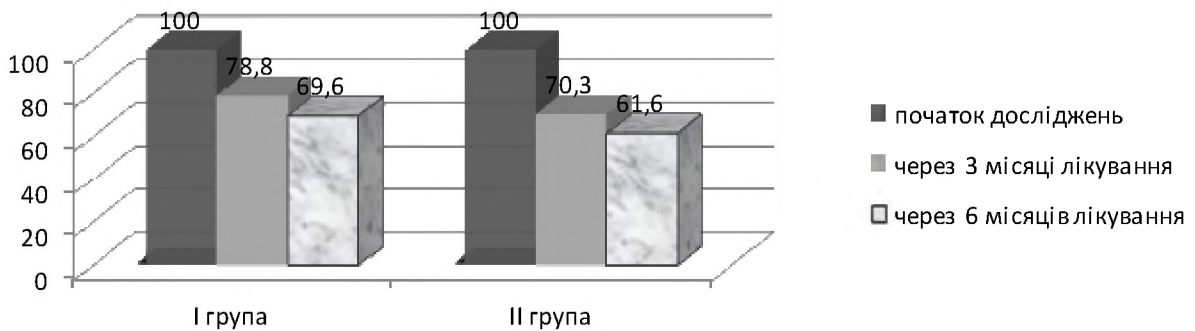


Рис. 2. Динаміка рівня ХС ЛПНГ, %:

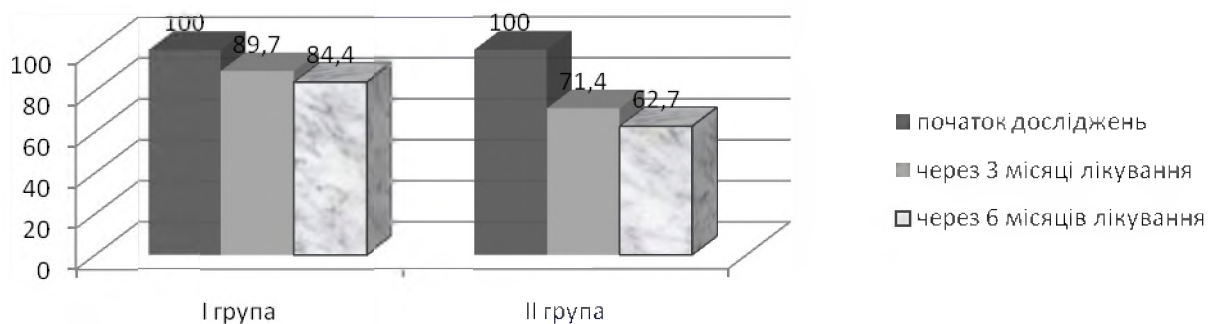


Рис. 3. Динаміка рівня ТГ, %:

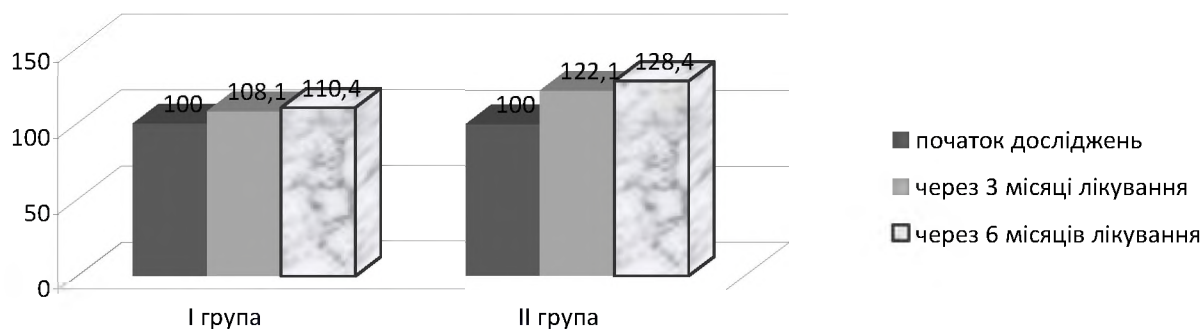


Рис. 4. Динаміка рівня ХС ЛПВГ, %:

Висновки

У жінок, хворих на ренопаренхіматозну артеріальну гіпертензію з різними клінічними формами ішемічної хвороби серця, виявлено вірогідні відмінності: підвищення атерогенних ліпідних чинників та схильність до надшлуночкових порушень ритму та порушень провідності в порівнянні із групою хворих на ішемічну хворобу серця без ренопаренхіматозної артеріальної гіпертензії. Визначені особливості добової динаміки електрокардіограми та артеріального тиску при ішемічній хворобі серця, поєднаній з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією у жінок похилого віку: зниження циркадного індексу частоти серцевих скорочень з недостатньою варіабельністю артеріального тиску на протязі доби, зміною середньостатистичного добового артеріального тиску "монотонного" характеру, недостатність нічного зниження, переважно діастолічного артеріального тиску, які характеризують їх циркадну реакцію як "non-dipper".

Перебіг ішемічної хвороби серця, поєднаній з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією, у хворих супроводжувався болями після дозованого навантаження у 1,7 разів частіше, ніж у хворих на ішемічну хворобу серця з супутньою есенціальною артеріальною гіпертензією та вимагав у 1,3 рази частіше екстреного прийому ліків.

У жінок похилого віку з ішемічною хворобою серця в поєднанні з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією характерною особливістю ліпідного обміну є високий рівень гіпертригліцеридемії та зниження рівню антиатерогенних ліпопротеїдів високої густини.

Застосування в комплексній терапії ішемічної хвороби серця поєднаній з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією у жінок похилого віку комплексного метаболічного препарату Кардонат призводить до стабілізації показників ліпідного обміну, зокрема знижує рівень загального холестерину, тригліцеридів, ХС ЛПНГ, підвищує вміст ХС ЛПВГ, поліпшує клінічний перебіг ІХС. Це обумовлює доцільність включення препарату Кардонат в схему лікування жінок з даною поєднаною патологією.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи вище перелічені особливості перебігу та лікування ішемічної хвороби серця, поєднаній з артеріальною гіпертензією, у жінок, актуальним та перспективним є проведення подальших досліджень в

даному напрямку. На основі отриманих результатів досліджень будуть оцінені взаємозв'язки між показниками гемодинаміки, функціонального стану ендотелію, метаболічними параметрами та якістю життя при ішемічній хворобі серця, поєднаній з артеріальною гіпертензією у жінок. Будуть запропоновані та обгрунтовані нові підходи до діагностики та визначена лікувальна тактика ішемічної хвороби серця, поєднаній з артеріальною гіпертензією у жінок.

Література

1. Барна О.М. Деякі особливості діагностики ішемічної хвороби серця у жінок в період менопаузи / О.М. Барна // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 3. – С.125-128.
2. Верещук Л. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування / Л. Верещук // Рівненський обласний науково-практичний тижневик. – 2007. – № 6. – С.23-27.
3. Дзяк Г.В. Вплив дефіциту естрогенів та замінної гормональної терапії на функцію серцево-судинної системи / Г.В. Дзяк, З.М. Дубоссарська // ПАГ. – 1999. – № 2. – С.77-80.
4. Доборджинидзе Л.М. Метаболические факторы риска у женщин с преждевременной ишемической болезнью сердца / Л.М. Доборджинидзе, А.С. Нечаев, Н.А. Грацианский // Кардиология. – 1999. – Т.39, № 9. – С.31-39.
5. Ильяш М.Г. Артериальная гипертензия после менопаузы / М.Г. Ильяш, .Г. Несукай // Український кардіологічний журнал. – 1999. – № 2. – С.21-24.
6. Митченко Е.И. Опыт применения препарата Кардонат у больных с артериальной гипертензией и дислипидемией / Е.И. Митченко, В.Ю. Романов // Український медичний часопис. – 2007. – № 5 (61). – С.73-77.
7. Нетяженко В. З. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості факторів ризику / В. З. Нетяженко, О. М. Барна // Український кардіологічний журнал – 2004. – № 1. – С.5-9.
8. Татарчук Т.Ф. Особенности лечения ишемической болезни сердца у женщин / Т.Ф.Татарчук, М.Г. Ильяш // Український кардіологічний журнал - 1998. - №4. - С.16-18.
9. Brochier M.L. Coronary heart disease risk factors in women / M.L. Brochier, P. Arwidson // Eur. Heart J. – 1998. – V.19 (Suppl A). – P.45-52.
10. Douglas P.S. The evaluation of chest pain in women / P.S. Douglas, G.S. Ginsburg // N. Engl. J. Med. – 1996. – V.334, № 20. – P.1311-1315.
11. Jochmann N. Female-specific aspects in the pharmacotherapy of chronic cardiovascular diseases / N Jochmann, K.Stangl, E.Garbe [et al.] // Eur. Heart J. – 2005. – V.26(16). – P.1585-1595.
12. Smits S.C. AHA/ACC Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 Update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology / S.C. Smith, S.N. Blair, R.O. Bonow [et. al.] // J. Amer. Coll. Cardiology. – 2001. – №38. – P. 1581-1583.

Реферат

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, В СОЧЕТАНИИ С РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ЖЕНЩИН.

Ефименко А.В., Ярмола Т.И., Пустовойт А.Л.

Ключевые слова: Комбинированная гиполипидемическая терапия, ишемическая болезнь сердца, ренопаренхиматозная артериальная гипертензия, дислипидемия.

Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия остаются основными причинами инвалидности и смертности в Украине. В статье приведены современные данные о комбинированной гиполипидемической терапии и клинико-биохимических аспектах ишемической болезни сердца в сочетании с ренопаренхиматозной артериальной гипертензией у женщин.

Summary

EFFECT OF COMBINED HYPOLIPIDEMIC THERAPY ON CLINICAL AND BIOCHEMICAL ASPECTS OF ISCHEMIC HEART DISEASE ASSOCIATED WITH RENOPARENCHYMAL ARTERIAL HYPERTENSION IN WOMEN

Yefimenko A.V., Yarmola T.I., Pustovoyt A.L.

Key words: combined hypolipidemic therapy, ischemic heart disease, renoparenchymal arterial hypertension, dyslipidemia.

Ischemic heart disease and arterial hypertension are the most important causes of disability and death in Ukraine. This article presents the latest approaches on combined hypolipidemic therapy, clinical and biochemical features of the coronary heart disease associated with renoparenchymal arterial hypertension in women.

УДК: 616.711 – 002 – 006.33 – 073.48

Ждан В.М., Іваницький І.В., Некрасов А.М.

МОЖЛИВОСТІ РАНЬОЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ ТА ОСТЕОХОНДРОЗУ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Міська автозаводська поліклініка м. Кременчука, відділення УЗД діагностики.

Метою роботи було визначення ультразвукових критеріїв диференціальної діагностики ранніх стадій АС та остеохондрозу поперекового відділу хребта. Нами було обстежено 20 пацієнтів з АС I – II рентгенологічними стадіями захворювання та 22 пацієнти з остеохондрозом хребта. Усі обстежені були чоловіками у віці $37,2 \pm 3,23$ роки. Ми використовували метод діагностики поперекового міжхребцевого остеохондрозу за допомогою ультрасонографічного дослідження (Кінзерський А.Ю., 2006). При АС нами були виявлені такі ознаки: підвищення ехогенності диска (кільця та ядра) відмічалось у 75% обстежених пацієнтів ($p < 0,05$); фрагментація ядра та поодинокі або множинні гіперехогенні вклучення були виявлені у 65% обстежених пацієнтів ($p < 0,05$); потовщення передньої поздовжньої зв'язки та фіброзного кільця відмічалось у 100% обстежених пацієнтів ($p < 0,01$); виявлення синдесмофітів невеликих розмірів спостерігалось у 55% обстежених пацієнтів ($p > 0,05$). При остеохондрозі були виявлені наступні зміни: фрагментація ядра та поодинокі або множинні гіперехогенні вклучення відмічались у 68,2% обстежених ($p < 0,05$); витончення фіброзного кільця спостерігалось у 77,4% обстежених ($p < 0,05$); розриви фіброзного кільця (у 54,6% обстежених, $p < 0,05$); деформації позвоночного каналу (протрузії, грижі) у 100% обстежених ($p < 0,01$); можливий спонділолістез (у 36,4% обстежених, $p < 0,05$); наявні остеофіти (у 59,2% обстежених, $p > 0,05$).

Ключові слова: анкілозуючий спондилоартрит, остеохондроз, ультразвукова діагностика, диференціально – діагностичні критерії.

Поширеність анкілозуючого спондилоартриту (АС) за різними джерелами складає від 0,2 до 2% населення України [6]. У той же час досить часто (до 50% випадків) ранні стадії цього захворювання розцінюються, як попереково – крижовий радикуліт, остеохондроз хребта[4].

Існуючі методи дослідження на ранніх стадіях розвитку захворювання є недостатньо інформативними [1]. Найбільш інформативним залишається магнітно-резонансна томографія (МРТ), але висока вартість та невелика розповсюдженість томографів обмежують використання цього методу у повсякденній практиці [7].

Серед усіх сучасних методів дослідження хребта саме ультрасонографія є найбільш доступною і може своєчасно допомогти встановити правильний діагноз[3]. Трансабдомінальне дослідження поперекового відділу хребта вперше було описане в 1984 р. L.A. Portela та E. Tolly. Широке впровадження МРТ в клінічну практику в Європі призупинило подальші дослідження в цій сфері [2].

Метою роботи стало визначення ультразвукових критеріїв диференціальної діагностики ранніх стадій АС та остеохондрозу поперекового відділу хребта.