

якого менше, ніж 7,2 кг/м<sup>2</sup> для чоловіків та менше, ніж 5,45 кг/м<sup>2</sup> для жінок, підтверджувало наявність саркопенії.

**Результати.** Серед пацієнтів із неврологічною патологією саркопенію діагностували вірогідно частіше, ніж у групі порівняння: 32,8 та 15,6 %, відповідно ( $\chi^2=14,9$ ;  $p=0,0001$ ). У пацієнтів із ХП не було зафіксовано саркопенії, проте показник жирової маси був вірогідно нижчим — на 18,4 %. У осіб, які перенесли МІ, саркопенію реєстрували вірогідно частіше, ніж у групі порівняння: у 27,5 та 11,2 %, відповідно ( $\chi^2=4,33$ ,  $p=0,04$ ) у чоловіків та в 13,6 та 2,0 % ( $\chi^2=5,61$ ;  $p=0,02$ ) у жінок. Серед пацієнтів із ТХСМ 84,4 % мали саркопенію. У відповідній підгрупі порівняння саркопенія діагностувалась значно рідше — у 24,7 % осіб ( $\chi^2=35,28$ ;  $p<0,0001$ ). Відмінностей жирової маси у пацієнтів, які перенесли МІ, та осіб із ТХСМ від показників групи порівняння не встановлено.

**Висновки.** Вивчення особливостей тілобудови у хворих з неврологічною патологією не продемонструвало будь-яких спільних рис. У пацієнтів із ХП зареєстровано вірогідно нижчий вміст жирової тканини без суттєвих відмінностей знежиреної маси, представленої переважно м'язовою тканиною, а у пацієнтів, які перенесли інсульт, та із ТХСМ, навпроти, вміст жирової маси не відрізнявся від показника осіб групи порівняння, а вміст знежиреної маси був вірогідно нижчим, що призводило до розвитку саркопенії.

## Субхондральна мінеральна щільність кісткової тканини у жінок з остеоартрозом колінних суглобів

*М.А. Бистрицька, Н.В. Заверуха, Н.В. Григор'єва, В.В. Поворознюк*

*ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ*

Протягом тривалого часу остеоартрит (ОА) розцінювали як первинне ураження суглобового хряща, проте все більша кількість досліджень підтверджує важливість змін структури субхондральної кістки в патогенезі ОА. Розвиток і прогресування ОА пов'язані зі збільшенням темпів ремоделювання субхондральної кістки, яке проявляється змінами мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ).

**Метою дослідження** було оцінити субхондральну МЩКТ у хворих на ОА колінного суглоба (КС).

**Матеріали і методи.** Обстежено 48 жінок віком 48-76 років. До основної групи увійшли

пацієнти з ОА одного колінного суглоба (КС) II-III стадії за класифікацією J.H. Kellgren та J.S. Lawrence ( $n=24$ , середній вік  $62,40\pm 7,26$  років), до контрольної — пацієнти без ОА будь-якої локалізації чи інших захворювань, які можуть впливати на стан кісткової тканини ( $n=24$ , середній вік  $63,21\pm 7,23$  років). Жінки з обох груп вірогідно не відрізнялись за антропометричними показниками та тривалістю постменопаузального періоду. МЩКТ всього скелету вимірювали за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії. Субхондральну МЩКТ аналізували на ділянках проксимального відділу великогомілкової кістки та дистального відділу стегнової кістки за допомогою регіональних вимірювань.

**Результати.** У пацієнтів з ОА КС виявлено вірогідно нижчу МЩКТ ураженої нижньої кінцівки порівняно з інтактною ( $0,897\pm 0,103$  проти  $0,928\pm 0,087$  г/см<sup>2</sup>,  $p<0,05$ ), тоді як у контрольній групі не встановлено відмінностей між правою та лівою кінцівками. МЩКТ інтактної кінцівки у пацієнтів з ОА КС не відрізнялася від показника контрольної групи, тоді як МЩКТ ураженої кінцівки була на 11,1 % нижчою порівняно з відповідним показником осіб контрольної групи ( $0,897\pm 0,103$  проти  $0,997\pm 0,132$  г/см<sup>2</sup>,  $p<0,05$ ).

У пацієнтів з ОА КС субхондральна МЩКТ на рівні дистального відділу стегнової кістки та проксимального відділу гомілкової кістки була вірогідно нижчою на ураженій кінцівці ( $0,735\pm 0,119$  проти  $0,765\pm 0,110$  г/см<sup>2</sup>;  $p<0,05$  та  $0,746\pm 0,129$  проти  $0,802\pm 0,121$  г/см<sup>2</sup>;  $p<0,05$ , відповідно) на відміну від контрольної групи, де відмінностей виявлено не було. Більш виразні відмінності були встановлені на рівні проксимального відділу великогомілкової кістки, які становили 7,5 %.

**Висновок.** Субхондральна МЩКТ дистального відділу стегнової кістки та проксимального відділу гомілкової кістки у пацієнтів з ОА КС вірогідно нижча на рівні ураженої кінцівки, ніж інтактної, та ніж в осіб без ОА будь-якої локалізації.

## Структурні зміни каротидних артерій у практично здорових людей різного віку

*Л.А. Бодрецька, І.С. Шаповаленко, І.А. Антонюк-Щеглова, В.Б. Шатило, О.В. Бондаренко, С.С. Наскалова*  
*ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ*

Структурні зміни каротидних артерій є субклінічним маркером розвитку атеросклеротичного процесу в судинах. Дослідження стану сонних

артерій у практично здорових людей дозволяє оцінити розвиток ранніх стадій атеросклерозу.

**Мета роботи** — визначити структурні зміни артерій ший (товщину комплексу інтима-медіа (КІМ), наявність та вираженість атеросклеротичних уражень) у практично здорових людей різного віку.

**Матеріали і методи.** Обстежено 75 людей у віці від 30 до 70 років, яких поділили на три групи за віком: I гр. — молоді (18 осіб віком до 44 років), II гр. — середній вік (27 осіб віком 45-59 років), III гр. — похилий вік (30 осіб віком 60 років та старші). Проведено дуплексне сканування сонних та вертебральних артерій ший на апараті «ХаріоSSA-660А» фірми «Toshiba» (Японія) за стандартною методикою з використанням датчика PLT-704SBT 7,5 МГц. Визначали хід артерій, КІМ в загальній сонній артерії та зоні біфуркації, наявність та структуру атеросклеротичних бляшок, відсоток стенозу. Статистичне опрацювання матеріалу здійснювали із застосуванням пакета програм STATISTICA 6.0 («Statsoft», США). Були використані t-критерій Стюдента, Спірмена,  $\chi^2$ .

**Результати.** Серед обстежених I гр. не виявлено порушень ходу артерій ший, диференціювання КІМ на прошарки збережено, не виявлено ознак атеросклеротичного ураження. В II гр. у 25,9 % осіб виявлено S- та C-подібні деформації ходу артерії ший, у 29,6 % порушення диференціювання КІМ на прошарки, у 11,1 % в зоні біфуркації виявлені атеросклеротичні бляшки зі стенозуванням 10-25 %. В III гр. у 56,7 % обстежених виявлено S- та C-подібні деформації ходу артерій, у 26,7 % порушення диференціювання КІМ на прошарки, атеросклеротичні бляшки виявлені у 20 % осіб. Локальні потовщення КІМ в зоні біфуркації виявлені в I гр. у 11,1 %, в II гр. у 92,9 %, в III гр. у 96,7 % обстежених, причому в II та III гр. ці зміни статистично значимі,  $\chi^2=59,67$ ,  $p<0,001$ .

**Висновки.** Виявлення локального потовщення КІМ в зоні біфуркації загальної сонної артерії є найбільш ранньою діагностичною ознакою початкового ураження сонних артерій, що з'являється у практично здорових людей вже в молодому віці.

## Вплив пентоксифіліну на показники діастолічної функції лівого шлуночка у хворих похилого віку з коронарогенною хронічною серцевою недостатністю та зниженою скоротливою здатністю міокарда лівого шлуночку

Л.А. Бодрецька, І.С. Шаповаленко, В.Ю. Жарінова, Ж.С. Бутинець

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

В багатьох дослідженнях додавання пентоксифіліну до базисної терапії сприяло поліпшенню функціонального стану ендотелію на рівні мікросудин, зокрема NO-синтезуючої функції. Покращення діастолічної функції можна очікувати за рахунок зменшення мікросудинних порушень — стазу і сладжу крові, покращення реології, зменшення локального мікротромбоутворення.

**Мета роботи** — з'ясувати вплив додаткового застосування пентоксифіліну на показники діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на коронарогенну хронічну серцеву недостатність (ХСН) зі зниженою скоротливою здатністю ЛШ.

**Матеріали і методи.** Ретроспективно проаналізовано 67 історій хвороб пацієнтів віком старше 60 років з діагнозом: ІХС, дифузний та/або післяінфарктний кардіосклероз, ХСН зі зниженою фракцією викиду (ФВ) ЛШ, стадія Іа-ІІб, NYHAII-III, ФВ ЛШ <40%. Хворі поділені на дві групи: гр. I (35 осіб) отримували пентоксифілін, гр. II (32 осіб) не отримували препарат. Базисну терапію отримували обидві групи. Оцінювали трансмітральний кровотік (ТМК) та рух фіброзного кільця мітрального клапану (МК), при цьому визначали: швидкість раннього (e/) діастолічного руху латерального і септального сегмента, розраховували співвідношення E/e/ з метою оцінки кінцево-діастолічного тиску (КДТ) в ЛШ методом ехокардіографії з доплерографічним дослідженням на апараті «ХаріоSSA-660А» фірми «Toshiba» (Японія) за стандартною методикою з використанням датчика PST-30BT 3,0 МГц. Обстеження проведено до та через 3 міс лікування.

**Результати.** У хворих з ХСН на фоні прийому пентоксифіліну поліпшуються показники діастолічної функції міокарда ЛШ: вірогідно збільшується e/ септального з  $5,3\pm 0,02$  до  $7,3\pm 0,01$  см/с,  $p<0,05$  (в групі контролю — з  $7,7\pm 0,04$  до  $7,5\pm 0,06$  см/с,  $p>0,05$ ) і латерального сегмента фіброзного кільця МК з  $6,1\pm 0,08$  до  $9,7\pm 0,01$  см/с,  $p<0,05$  (в групі контролю — з  $7,1\pm 0,07$  до  $6,7\pm 0,03$  см/с,  $p>0,05$ ).