

iEJ[®]

International journal of endocrinology

p-ISSN 2224-0721
e-ISSN 2307-1427



ЗАСЛАВСКИЙ[®]
Издательский дом

www.mif-ua.com

МІЖНАРОДНИЙ
ЕНДОКРИНОЛОГІЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Індексується: PИHЦ (Science Index), Index Copernicus International, Google Scholar,
Ulrichsweb Global Serials Directory, «Джерело», Academic Resource Index (Research Bible)

2(74) • 2016

МІЖНАРОДНИЙ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

2(74) • 2016

СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ РЕЦЕНЗОВАНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2

Буковинський державний медичний університет



**Міжнародний
ендокринологічний
журнал**

**Международный
эндокринологический
журнал**

**International
journal
of endocrinology**

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у вересні 2005 року

Періодичність виходу: 8 разів на рік

*Журнал включений до наукометричних та спеціалізованих баз даних
PINC (Science Index), Index Copernicus International, Google Scholar,
Ulrichsweb Global Serials Directory, «Джерело»,
Academic Resource Index (Research Bible)*

Імпакт-фактор PINC 0,064

N° 2(74), 2016



**Міжнародний
ендокринологічний
журнал**

*Міжнародний спеціалізований
рецензований
науково-практичний журнал*

*Международный специализированный
рецензируемый
научно-практический журнал*

*International specialized reviewed
practical-scientific journal of endocrinology*

*Журнал включений до наукометричних
та спеціалізованих баз даних РІНЦ (Science Index),
Index Copernicus International, Google Scholar,
Ulrichsweb Global Serials Directory, «Джерело»,
Academic Resource Index (Research Bible)
Імпакт-фактор РІНЦ 0,064*

№ 2(74) • 2016

ISSN 2224-0721

Передплатний індекс: 94553



Співзасновники:

*Буковинський державний медичний
університет,
Заславський О.Ю.
Шеф-редактор
Заславський О.Ю.
Завідуюча редакцією
Курпіненко Н.В.*

Адреса для звертань:

Із питань передплати:

info@mif-ua.com,
тел. +38 (044) 223-27-42

**З питань розміщення реклами
та інформації про лікарські засоби:**

reclama@mif-ua.com,
office@zaslavsky.kiev.ua
golubnichayan@gmail.com

*Журнал внесено до переліку наукових фахових видань
України, в яких можуть публікуватися результати
дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів
доктора і кандидата наук. Наказ МОН України від
15.04.2014 р. № 455.*

*Рекомендується до друку та до поширення через ме-
режу Інтернет вченою радою Вищого державного на-
вчального закладу ІУ рівня акредитації «Буковинський
державний медичний університет» МОЗ України
(24 березня 2016 р., протокол №11).*

*Російською, українською та англійською мовами
Реєстраційне посвідчення КВ №19313-9113ПР.
Видано Державною реєстраційною
службою України 06.09.2012 р.*

*Формат: 60×84/8. Ум. друк. арк. 21,62
Тираж 3 000 прим.*

Адреса редакції:

а/с 74, м. Київ, 04107, Україна
Тел./факс: +38(044) 223-27-42
E-mail: medredactor@i.ua

*(Тема: До редакції «Міжнародного
ендокринологічного журналу»)
www.mif-ua.com*

Видавець Заславський О.Ю.

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107
Адреса реєстрації: пр. Ленінський, 25/126,
м. Донецьк, 83102

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2182 від 13.05.2005 р.

Друкарня «Астро»

Адреса виробництва:
вул. Золочевська, 1, м. Харків, 61177

Адреса реєстрації: вул. Артема, 63а, м. Донецьк, 83001
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2047 від 24.12.2004 р.

Головний редактор
Володимир Іванович ПАНЬКІВ

Науковий редактор
Тарас Миколайович БОЙЧУК

Редакційна колегія

Авраменко Т.В. (Київ)
Бобирьова Л.Є. (Полтава)
Боднар П.М. (Київ)
Большова О.В. (Київ)
Бондаренко В.О. (Харків)
Вернигородський В.С. (Вінниця)
Власенко М.В. (Вінниця)
Волошин О.І. (Чернівці)
Генделека Г.Ф. (Одеса)
Гончарова О.А. (Харків)
Єфімов А.С. (Київ)
Зелінська Н.Б. (Київ)
Зяблицев С.В. (Київ)
Іванов Д.Д. (Київ)
Івашук О.І. (Чернівці)
Караченцев Ю.І. (Харків)
Кирилюк М.Л. (Київ)
Козаков О.В. (Харків)
Комісаренко Ю.І. (Київ)
Корпачов В.В. (Київ)
Кравченко В.І. (Київ)
Кравчун Н.О. (Харків)
Ларін О.С. (Київ)
Лучицький Є.В. (Київ)
Макар Р.Д. (Львів)
Маньківський Б.М. (Київ)
Мітченко О.І. (Київ)
Олійник В.А. (Київ)
Пасєчко Н.В. (Тернопіль)
Пашковська Н.В. (Чернівці)
Перцева Т.О. (Дніпропетровськ)
Поворознюк В.В. (Київ)
Полторак В.В. (Харків)
Приступок О.М. (Київ)
Резніков О.Г. (Київ)
Сергієнко О.О. (Львів)
Сидорчук Л.П. (Чернівці)
Сіренко Ю.М. (Київ)
Скрипник Н.В. (Івано-Франківськ)
Соколова Л.К. (Київ)
Томашевський Я.І. (Львів)
Тронько М.Д. (Київ)
Хижняк О.О. (Харків)
Черенько С.М. (Київ)
Швед М.І. (Тернопіль)
Юзвенко Т.Ю. (Київ)

Редакційна рада

Аметов О.С. (Москва, Російська Федерація)
Арістархов В.Г. (Рязань, Російська Федерація)
Базарбекова Р.Б. (Алмати, Казахстан)
Валєєва Ф.В. (Казань, Російська Федерація)
Вербовой А.Ф. (Самара, Російська Федерація)
Данилова Л.І. (Мінськ, Білорусь)
Дєдов І.І. (Москва, Російська Федерація)
Зельцер М.Ю. (Алмати, Казахстан)
Ісмаїлов С.І. (Ташкент, Узбекистан)
Мамедов М.Н. (Москва, Російська Федерація)
Мельниченко Г.А. (Москва, Російська Федерація)
Метревелі Д. (Тбілісі, Грузія)
Мірзазаде В. (Баку, Азербайджан)
Мохоорт Т.В. (Мінськ, Білорусь)
Романчишен А.П. (Санкт-Петербург, Російська Федерація)
Свириденко Н.Ю. (Москва, Російська Федерація)
Трошина К.А. (Москва, Російська Федерація)
Шестакова М.В. (Москва, Російська Федерація)
Prof. Dr. Agaçi F. (Тірана, Албанія)
Prof. Alekna V. (Вільнюс, Литва)
Prof. Czupryniak L. (Лодзь, Польща)
Prof. Ferrannini E. (Піза, Італія)
Prof. Holick M.F. (Бостон, США)
Prof. Mascarenhas M.R. (Лісабон, Португалія)
Prof. Mota M. (Крайова, Румунія)
Prof. Nauman J.A. (Варшава, Польща)
Dr. Sc. Radzeviciene L. (Каунас, Литва)
Prof. Standl E. (Мюнхен, Німеччина)
Prof. Szabolcs I. (Будапешт, Угорщина)
Prof. Taton J. (Варшава, Польща)
Prof. Yki-Järvinen H. (Гельсінкі, Фінляндія)
Prof. Zgliczynski S. (Варшава, Польща)

Відповідальний секретар Іван Іванович ПАВЛУНИК

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інші відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

Исмаилов С.И., Муминова С.У.
 Роль опросников в оценке качества жизни
 пациентов с сахарным диабетом (обзор
 литературы)..... 152

Детская эндокринология

*Ризничук М.О., Хлуновська Л.Ю., Крецу Т.М.,
 Дмитрук В.П., Костів М.І.*
 Остеопороз у дітей при хворобі Іценка —
 Кушинга: етіологія, патогенез, діагностика..... 158

*Підвисоцька Н.І., Хлуновська Л.Ю., Крецу Т.М.,
 Дмитрук В.П., Костів М.І.*
 Окремі аспекти остеопорозу
 при дизгенезії гонад..... 163

Материалы конференции

**Матеріали науково-практичної конференції
 з міжнародною участю «Дефіцит вітаміну
 D та йоду: вплив на здоров'я
 й старіння людини» (м. Чернівці, 21–22
 квітня 2016 р.)** 169

Волошина Л.О.
 Особенности позитивной дії фітозасобу
 зобофит у комплексному лікуванні хворих
 на остеоартроз з коморбідними явищами
 субклінічного гіпотиреозу..... 169

Дідушко О.М.
 Вплив ожиріння на якість життя хворих
 на первинний гіпотиреоз
 в умовах йододефіциту 170

Каспрук Н.М., Андрійчук Т.Р.
 Возможности иммунокорекції синдрому
 хронічної втоми у хворих
 на метаболічний синдром, поєданого
 з хронічними обструктивними
 захворюваннями легень 170

Коваль Г.Д.
 Особенности цитокинового статусу
 у жінок з безпліддям, які проживають
 у йододефіцитних регіонах Буковини 171

Ковальчук П.Є., Тулюлюк С.В.
 Вплив дефіциту мікроелементів йоду
 та селену на фізіологічний
 та репаративний остеогенез..... 172

Колоскова О.К., Буринюк-Глов'як Х.П.
 Особенности регуляції обміну кальцію
 в дітей, які хворіють
 на бронхіальну астму..... 173

Кононенко А.Г., Кравченко В.М.
 Зміни показників обміну речовин
 при експериментальному гіпотиреозі 174

Кузнєцова О.В., Ясінська О.В., Анохіна С.І.
 Вплив гіпобаричної гіпоксії
 на показники протеолізу в тканині
 щитоподібної залози щурів за різної
 тривалості фотоперіоду..... 175

Ismailov S.I., Muminova S.U.
 The Role of Questionnaires in the Evaluation of
 Quality of Life of Patients with Diabetes Mellitus
 (Literature Review) 152

Pediatric Endocrinology

*Ryznychuk M.O., Khlunovska L.Yu., Kretsu T.M.,
 Dmitruk V.P., Kostiv M.I.*
 Osteoporosis in Children with Itsenko — Cushing
 Disease: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis 158

*Pidvysotska N.I., Khlunovska L.Yu., Kretsu T.N.,
 Dmitruk V.P., Kostiv M.I.*
 Certain Aspects of Osteoporosis
 in Gonadal Dysgenesis 163

Proceedings of the Conference

**Proceedings of the Scientific
 Training Conference with International
 Engagement «Vitamin D and Iodine
 Deficiency: Effect on Human Health
 and Aging»** 169

Voloshina L.O.
 Features of Positive Effect of Phyto Drug
 Zobofit in Complex Treatment of the Patients
 with Osteoarthritis Combined with Subclinical
 Hypothyroidism..... 169

Didushko O.M.
 Obesity Impact on the Quality of Life of the
 Patients with Primary Hypothyroidism under
 Iodine Deficiency 170

Kaspruk N.M., Andriichuk T.R.
 Opportunities of Immune Correction
 of Chronic Fatigue Syndrome
 in the Patients with Metabolic Syndrome
 Combined with Chronic Obstructive
 Pulmonary Diseases..... 170

Koval H.D.
 Features of Cytokine Status
 in Infertile Females Living in Bukovina
 under Iodine Insufficiency 171

Kovalchuk P.Ye., Tuliuliuk S.V.
 Effect of Iodine and Selenium
 Deficiency on Physiologic
 and Reparative Osteogenesis 172

Koloskova O.K., Buryniuk-Holoviak Kh.P.
 Features of Calcium Metabolism
 Regulation in Children
 with Bronchial Asthma 173

Kononenko A.H., Kravchenko V.M.
 Metabolism Changes
 in Experimental Hypothyroidism 174

Kuznetsova O.V., Yasinska O.V., Anokhina S.I.
 Hypobaric Anoxia Effect
 on Proteolysis Indices in Rat Thyroid
 Tissue under Phyto Period
 of Various Duration 175

<i>Купновицька І.Г., Губіна Н.В., Кутинська І.П., Белегай Р.І., Клименко В.І., Данилюк О.І.</i> Патогенетичне значення йоду та тиреоїдних гормонів у розвитку артеріальної гіпертензії.....	175	<i>Kupnovitska I.H., Hubina N.V., Kutynska I.P., Belehay R.I., Klymenko V.I., Danyliuk O.I.</i> Pathogenetic Role of Iodine and Thyroid Hormones in Arterial Hypertension Development.....	175
<i>Ляшук П.М., Ляшук Р.П., Глужовська С.В., Яковець І.І.</i> До питання про діабетичну остеопенію	176	<i>Liashuk P.M., Liashuk R.P., Hluhovska S.V., Yakovets I.I.</i> On the Question of Diabetic Osteopenia	176
<i>Маслянюк В.А., Павлович Л.Б.</i> Особливості вуглеводного обміну та обміну кальцію у вагітних з надлишковою масою тіла та ожирінням	177	<i>Maslianko V.A., Pavlovych L.B.</i> Features of Carbohydrate and Calcium Metabolism in Pregnant Overweight and Obese Women.....	177
<i>Маслянюк В.А., Павлович Л.Б., Оленович О.А.</i> Вплив левотироксину на показники тиреоїдного та кальцієвого гомеостазу у хворих на вузлові форми зоба	177	<i>Maslianko V.A., Pavlovych L.B., Olenovych O.A.</i> Levothyroxine Effect on Thyroid and Calcium Homeostasis in the Patients with Nodular Goiter.....	177
<i>Оленович О.А., Пашковська Н.В., Маслянюк В.А., Безрук Т.О., Чорна О.О.</i> Особливості порушень кальцієвого гомеостазу у хворих на дифузний токсичний зоб.....	178	<i>Olenovych O.A., Pashkovska N.V., Maslianko V.A., Bezruk T.O., Chorna O.O.</i> Features of Calcium Homeostasis Impairment in the Patients with Diffuse Toxic Goiter	178
<i>Олексюк С.І., Федів О.І.</i> Дослідження впливу гуморальних запальних факторів у хворих на хронічну серцеву недостатність в поєднанні з цирозом печінки невірусного походження	179	<i>Oleksiuk S.I., Fediv O.I.</i> Study of Impact of Humoral Inflammatory Factors in the Patients with Chronic Heart Failure Combined with Non-Viral Hepatic Cirrhosis	179
<i>Орлова В.О., Кравченко В.М.</i> Вплив водного екстракту ламінарії на показники білкового обміну за умов експериментального гіпотиреозу	180	<i>Orlova V.O., Kravchenko V.M.</i> Effect of Laminaria Aqueous Extract on Protein Metabolism under Experimental Hypothyroidism.....	180
<i>Патратій М.В., Шчербиніна М.Б., Олексюк С.І.</i> Оптимізація лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу після холецистектомії з урахуванням змін мікробіоценозу кишечника.....	180	<i>Patratii M.V., Shcherbinina M.B., Oleksiuk S.I.</i> Optimization of Treatment of the Patients with Gallstone Disease after Cholecystectomy Considering Intestinal Microbiocoenosis Changes.....	180
<i>Щербак О.А., Кравченко В.М.</i> Вплив спиртової настоянки ламінарії на рівень тиреоїдних гормонів при експериментальному гіпотиреозі	181	<i>Shcherbak O.A., Kravchenko V.M.</i> Effect of Laminarium Alcoholate on Thyroid Hormones under Experimental Hypothyroidism.....	181
<i>Абрамова Н.О., Пашковская Н.В.</i> Влияние селена на обмен тиреоидных гормонов у больных с метаболическим синдромом	181	<i>Abramova N.O., Pashkovska N.V.</i> Effect of Selenium on Thyroid Hormones Metabolism in Patients with Metabolic Syndrome	181
<i>Павлюкович Н.Д., Павлюкович О.В.</i> Влияние телмисартана на качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа	182	<i>Pavlyukovich N.D., Pavlyukovich O.V.</i> Impact of Telmisartan on the Quality of Life in Patients with Chronic Heart Failure and Diabetes Mellitus Type 2	182
<i>Шупер В.А., Шупер С.В.</i> Сравнительный анализ вегетативной кардиальной нейропатии у больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типа.....	183	<i>Shuper V.A., Shuper S.V.</i> Comparative Analyses of the Cardiac Autonomic Neuropathy in Patients with Diabetes Mellitus Type 1 and 2	183
<i>Федив О.І., Москалюк І.І.</i> Полиморфизм гена серотонинового транспортера у больных с тиреотоксикозом и синдромом раздраженного кишечника.....	184	<i>Fediv O.I., Moskaliuk I.I.</i> Sert-Gene Polymorphism in the Patients with Thyrotoxicosis and Irritable Bowel Syndrome.....	184
Вниманию авторов	185	Вниманию авторов	185

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 190 хворих на АГ (137 жінок і 53 чоловіки) віком від 24 до 72 років (середній вік $48,09 \pm 1,64$ року). Згідно з класифікацією залежно від уражень органів-мішеней I ст. АГ діагностована в 25 хворих, II — у 138, III ст. — у 27 хворих. Контрольну групу (КГ) становили 20 практично здорових осіб. Окрім загальноклінічних методів обстежень, усім хворим визначали вміст йодиду в сечі за допомогою набору UROJOD TEST KIT (Merck, Germany) із використанням колонок активованого вугілля (мкг/дл), вміст T_3 та T_4 у сироватці крові — методом імуноферментного аналізу з використанням набору реагентів T_3 EIA KIT (USA) (нг/мл) та T_4 EIA KIT (USA) (мкг/дл), а також рівня ТТГ з використанням набору реагентів TSH EIA KIT (USA) (мМО/мл). Вміст T_3 та T_4 визначали о 8:00 та о 12:00.

Результати дослідження. Ранковий рівень гормонів T_3 і T_4 (значення 8:00) був завжди нижчим за рівень здорових осіб: вміст T_3 — на 35,2; 17,0 і 29,7 % нижчий від показника здорових у хворих на I, II і III ст. захворювання відповідно. Аналогічні зміни були виявлені при визначенні вмісту T_4 о 8:00. Вірогідне зниження концентрації гормонів ЩЗ у сироватці крові повинно було супроводжуватися підвищенням вмістом ТТГ в крові. Але у хворих I ст. таких змін не виявлено. Очевидно, має місце дисрегуляція, рівень ТТГ був нижчий за рівень здорових на 33,3 % ($P < 0,05$). Дещо змінювалося співвідношення впродовж дня, коли рівень T_3 збільшувався на 49,2 % ($P < 0,05$), не досягаючи рівня здорових, а T_4 — збільшувався у 2,68 раза ($P < 0,05$), перевищуючи на 26,7 % рівень T_4 у здорових о 12:00. Аналогічна ситуація з рівнями T_3 і T_4 у ранковий і денний час та у хворих із II та III ст. АГ: корекція дещо знижених рівнів T_3 о 8:00 при II ст. до рівня вмісту, як у здорових о 12:00, однак все одно нижче від рівня здорових у хворих з III ст. Рівень T_4 у ранковий час був нижчий, ніж у здорових, збільшувався о 12:00 майже у 2 рази й у 2,5 раза ($P < 0,05$) у хворих із II та III ст. АГ відповідно, у хворих з III ст. АГ перевищуючи рівні здорових. Відповідно до змін T_3 і T_4 збільшувався вміст регулюючого ТТГ — у хворих на II та III ст. АГ відповідно у 2 й 1,6 рази ($P < 0,05$) більше, ніж у здорових.

Рівень йодурії у всіх хворих на АГ був дещо нижчим, ніж у здорових, залежно від стадії АГ — від 3 до 3,5 % ($P < 0,05$). У хворих на АГ II ст. між рівнем йодурії й вмістом T_3 о 8:00 спостерігається сильний прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,69$, $P < 0,01$), у пацієнтів із III ст. АГ спостерігався середній прямий кореляційний зв'язок між рівнем йодурії й рівнем T_4 о 8:00 ($r = 0,39$, $P > 0,05$) та між рівнем йодурії й вмістом T_4 о 12:00 ($r = 0,40$, $P > 0,05$).

Висновок. Отже, зменшення вмісту T_3 і T_4 в сироватці крові та збільшення продукції ТТГ у хворих на артеріальну гіпертензію, які посилюються при прогресуванні захворювання, пов'язані, очевидно, зі зниженням функції щитоподібної залози (можливим субклінічним гіпотиреозом), про що свідчить зменшення рівня йодурії у хворих на гіпертензію всіх стадій, і можуть збільшувати ризик розвитку серцево-судинних ускладнень при артеріальній гіпертензії.

УДК 616.71-007.234-02:616.379-008.64

ЛЯШУК П.М.¹, ЛЯШУК Р.П.¹, ГЛУГОВСЬКА С.В.², ЯКОВЕЦЬ І.І.²

¹Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

²Чернівецький обласний ендокринологічний центр, м. Чернівці, Україна

ДО ПИТАННЯ ПРО ДІАБЕТИЧНУ ОСТЕОПЕНІЮ

Порушення метаболізму при цукровому діабеті (ЦД) призводить до зміни функціональної активності всіх органів і систем. Удосконалення методів лікування хворих на ЦД сприяло збільшенню тривалості їх життя й підвищенню частоти пізніх ускладнень, у тому числі й остеопенії. Термін «остеопенія» використовують для визначення зниження щільності рентгенологічної тіні (при стандартній рентгенографії кісток) або зниження маси кістки за допомогою методів кількісної кісткової денситометрії (Шишкин А.Н. і др., 2008).

Основні ланки патогенезу остеопенії та остеопорозу (Шишкин А.Н. і др., 2008; Свінціцький А.С., 2015):

— абсолютний дефіцит інсуліну → зниження продукції остеобластами колагену й лужної фосфатази, необхідних для утворення кісткового матриксу і його мінералізації; зменшення стимуляції остеокластів, опосередкованої інсуліноподібними факторами росту (секретуються в печінці);

— прямий вплив високої концентрації глюкози внаслідок кінцевих продуктів глікозильовання → посилення резорбції кістки остеобластами;

— знижена секреція інсуліну → дефіцит активних метаболітів вітаміну D → зниження всмоктування кальцію в кишечнику, збільшення секреції й активності паратгормону → негативний баланс неорганічних елементів в організмі й посилення резорбції кісткової тканини.

У хворих на ЦД типу 1 і 2 відзначається чітка залежність клітинної та гуморальної ланок імунітету від змін мінеральної щільності кісткової тканини (Отченашенко В.А., 2002).

В умовах інсулінової недостатності порушується остеобластна функція: знижується вироблення колагену й лужної фосфатази остеобластами, що мають рецептори інсуліну й прямо залежать від його регулярного впливу. У пацієнтів з ЦД типу 2 часто має місце надмірна маса тіла, що дещо запобігає розвитку остеопенії, тоді як при ЦД типу 1 відмічається підсилення кісткового ремоделювання (Григорян О.Р. і др., 1999; Guncer P. et al., 1996). Зниження мінеральної щільності кісток призводить до підвищеного ризику розвитку переломів, оскільки остеопенія є важливою детермінантою вторинного остеопорозу (Некрасова М.Р. і др., 2005). У третини хворих на ЦД типу 1 виявляють остеопенію, а остеопороз — у 18–20 % випадків (Свінціцький А.С., 2015).

У Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі перебувають на обліку 38 037 хворих на ЦД,

із них 36 914 типу 2 і 1123 типу 1. Останні — з тривалістю захворювання понад 10–20 років, оскільки вони переведені від дитячих ендокринологів до ендокринологічного центру у віці 18 років. Діабетичні ускладнення верифіковано в 85 % пацієнтів, у половини з них — периферичні ангіоневропатії. За наявності остеоартропатій, діабетичної стопи (10 % хворих) та при переломах кісток в анамнезі (разом 3840 осіб) проводилася стандартна рентгенографія відповідних кісток. Частота зниження мінеральної щільності кісткової тканини в пацієнтів із ЦД типу 1 становила 55,6 %, типу 2 — 27,4 %. Чинниками ризику розвитку остеопенічного синдрому були тривалість захворювання понад 10 років та тривала декомпенсація ЦД.

Висновок. Діабетична остеопенія — одне з пізніх інвалідизуючих ускладнень цукрового діабету, переважно типу 1. Своєчасна діагностика й комплексне лікування за умови доброї компенсації вуглеводного обміну є запорукою покращення якості життя пацієнта.

УДК 618.3:613.25-098:612.396:546.41

МАСЛЯНКО В.А., ПАВЛОВИЧ Л.Б.

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ОБМІНУ Кальцію У Вагітних З надлишковою масою тіла ТА ожирінням

Гестаційний цукровий діабет, що розглядається як прояв схильності жінки до цукрового діабету 2-го типу, є ускладненням вагітності, яке може призвести до невиношування плода та розвитку фетопатій. Доведено, що надлишкова маса тіла, при якій має місце інсулінорезистентність, збільшує ризик розвитку репродуктивних порушень у вагітних жінок. Під час вагітності в організмі жінки відбувається ряд функціональних змін, що спрямовані на виношування плода. Зокрема, для формування скелета дитини потрібне постійне надходження мінеральних речовин від матері до плода. Дефіцит кальцію в організмі матері небезпечний для плода. Мінерал необхідний для нормального росту й розвитку, мінералізації кісток, а також для нормальної роботи нервово-м'язового апарату майбутньої дитини.

Відомо, що абсолютний чи відносний дефіцит інсуліну зумовлює катаболічну спрямованість обмінних процесів, зменшення реабсорбції кальцію в нирках, зменшення абсорбції кальцію в травному тракті і, як наслідок, порушення кальцієвого обміну в тканинах, у тім числі й кістковій.

Актуальним залишається вивчення поширеності гестаційного діабету серед жінок із надлишковою масою тіла та ожирінням, а також кальцієвого гомеостазу як фактора, що забезпечує нормальний розвиток дитини та здоров'я жінки.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено дослідження вуглеводного обміну, а саме застосовано

глюкозотолерантний тест, визначення глікозильованого гемоглобіну та концентрації загального кальцію в здорових вагітних та вагітних з ожирінням.

Результати дослідження. Обстежено 352 вагітних, з яких 74 (21,02 %) мали надлишкову масу тіла, а в 23 (6,53 %) діагностовано ожиріння.

Тригодинний глюкозотолерантний тест показав у 28 (7,9 %) жінок із надлишком маси тіла та ожирінням наявність гестаційного цукрового діабету. Рівень глікозильованого гемоглобіну був вищим від норми й дорівнював 6,4 %.

У жінок з гестаційним цукровим діабетом рівень загального кальцію в сироватці крові дорівнював $2,21 \pm 0,08$ ммоль/л, а в здорових вагітних — $2,54 \pm 0,04$ ммоль/л.

Висновок. Отже, у 7,9 % вагітних із надлишковою масою тіла та ожирінням діагностовано гестаційний цукровий діабет, що супроводжується зниженням концентрації кальцію в крові.

УДК 616.441-006.5-08:615.252:615.357-098:546.41:577.175.4

МАСЛЯНКО В.А., ПАВЛОВИЧ Л.Б., ОЛЕНОВИЧ О.А.

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна

ВПЛИВ ЛЕВОТИРОКСИНУ НА ПОКАЗНИКИ ТИРЕОЇДНОГО ТА Кальцієвого ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ВУЗЛОВІ ФОРМИ ЗОБА

Вузлові утворення у щитоподібній залозі (ЩЗ) зустрічаються доволі часто й у більшості випадків є доброякісними. Відповідно до даних літератури поширеність вузлових утворень, що пальпуються, становить 3–7 %, а за даними ультразвукової діагностики цей показник перевищує 50 %. У сучасній тиреології предметом дискусії залишається питання ефективності та доцільності супресивної терапії вузлових форм еутиреоїдного зоба. Неоднозначними є рекомендації щодо дози L-тироксину для досягнення супресії. Так, М.Д. Тронько і співавт. (2007) у «Стандартах діагностики та лікування» рекомендують застосовувати препарат у дозі 1,8–2,8 мкг/кг/добу, а В.І. Паньків (2013) — 0,7–1,0 мкг/кг/добу. Встановлено, що при тиреотоксикозі в 56 % дорослих пацієнтів діагностується остеопороз, зумовлений гіперпродукцією тиреоїдних гормонів, які посилюють кістковий метаболізм (В.В. Поворознюк, 1997).

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено аналіз результатів застосування L-тироксину для супресивної терапії залежно від дози препарату та віку в 68 пацієнток із масою тіла від 51,2 до 94,6 кг. За віком вони були розподілені на дві групи: перша група (38 осіб) — від 20 до 45 років, друга (30 осіб) — від 46 до 65 років. Препарат призначали, починаючи з дози 25 мкг/добу, і збільшували дозу з інтервалом у 7 днів до 50 мкг/добу й далі — до 1,0 мкг/кг/добу. До початку призначення препарату, окрім тиреоїдних гормонів,