



3 ПНЖК). Використання статинів і, особливо, комбінування препарату ω -3 ПНЖК і статинів сприяло зниженню рівня ІРІ та індексу інсулінової резистентності (НОМА-ІР); найбільш виразним змінам ліпідного спектру. Ω -3 ПНЖК сприяли зменшенню TXB_2 ($p < 0,05$), $\text{TXB}_2/6\text{-ketoPGF}_{1\alpha}$ ($p < 0,01$), ET-1 ($p < 0,05$) з одночасним збільшенням $6\text{-ketoPGF}_{1\alpha}$ ($p < 0,05$); симвастатин – більш виразному зменшенню TXB_2 ($p < 0,001$) і $\text{TXB}_2/6\text{-ketoPGF}_{1\alpha}$ ($p < 0,001$). Комбінування ω -3 ПНЖК із симвастатином супроводжувалось найбільш значущими змінами ET-1 ($p < 0,01$), $6\text{-ketoPGF}_{1\alpha}$ ($p < 0,001$), TXB_2 ($p < 0,001$) і $\text{TXB}_2/6\text{-ketoPGF}_{1\alpha}$ ($p < 0,001$). Ω -3 ПНЖК сприяли збільшенню SDNN, RMSSD і pNN50 ($p < 0,05$). Використання симвастатину супроводжувалось більш виразним впливом на SDNN ($p < 0,01$), RMSSD ($p < 0,01$), а також pNN50 ($p < 0,05$). Комбінування ω -3 ПНЖК і симвастатину супроводжувалась більш виразним збільшенням SDNN ($p < 0,001$), RMSSD ($p < 0,01$) і pNN50 ($p < 0,01$). Ω -3 ПНЖК сприяли збільшенню LF ($p < 0,001$), HF ($p < 0,01$), LF/HF ($p < 0,01$). Включення симвастатину супроводжувалось зростанням VLF ($p < 0,05$), LF ($p < 0,01$), HF ($p < 0,01$) і, в той же час, не впливало на показники LF/HF ($p > 0,05$). Комбінація ω -3 ПНЖК і симвастатину сприяла найбільш статистично значущим змінам часових і спектральних параметрів ВРС. В контрольній групі не виявлено позитивної динаміки вмісту досліджених показників.

Висновки. Комбінування ω -3 ПНЖК і симвастатину в лікуванні хворих на цукровий діабет 2 типу з функціональною стадією кардіоваскулярної автономної нейропатії супроводжується найбільш виразними, позитивними, статистично значущими змінами показників інсулінової резистентності, ліпідного обміну, параметрів ендотеліальної функції, вмісту TXB_2 , співвідношення $\text{TXB}_2/6\text{-ketoPGF}_{1\alpha}$; часових і спектральних параметрів ВРС.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Андрющенко А. А., Поручиков В. В.

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины

Заболевания эндокринной системы относятся к числу социально значимых, так как их распространенность чрезвычайно высока. Стоит сказать, что во многих странах от 5 до 15 % взрослого населения страдают сахарным диабетом, от 10 до 50 % имеют заболевания щитовидной железы, у 30-35 % выявляют ожирение. Это достаточно высокие цифры, которые будут сохраняться, а то и увеличиваться с годами. Это связано с тем, что число детей, у которых со временем проявляются эндокринные патологии, стремительно возрастает, к тому же продолжительность жизни населения в целом увеличивается, а, следовательно, увеличивается и число больных в старших возрастных категориях. Отсюда мы можем смело утверждать, что вопрос увеличения числа эндокринных заболеваний среди населения стоит достаточно остро.

Цель. Рассмотрение и выявление самых качественных и доступных методов реабилитации больных в эндокринологии, что значительно помогло бы предотвратить увеличение их количества.

Материалы и методы. За основу была взята медицинская реабилитация пациентов, страдающих сахарным диабетом. Для таких больных особенно важным является раннее начало реабилитации и последующее систематическое наблюдение, чтобы всеми возможными способами предотвратить развитие более тяжелой формы этого заболевания.

Основными методами медицинской реабилитации больных сахарным диабетом, которые можно отнести к приоритетным, являются:

1. Психологическая поддержка, которая позволяет укрепить веру в эффективность лечения.
2. Ранняя физическая активность, достигаемая лечебной физкультурой.
3. Коррекция гормональных осложнений, индивидуальный подбор препаратов и необходимых доз.
4. Диетотерапия для выработки мотивации здорового образа жизни и профилактики заболеваний, имеющих связь с переизбытком, малоподвижным образом жизни и вредными привычками.
5. Методы физиотерапевтического воздействия, включающие бальнеотерапию, климатотерапию, гидротерапию, питьевое лечение и другие методы воздействия физическими факторами.



Они стимулируют защитные силы для улучшения общего состояния организма, повышения толерантности тканей к углеводам и активности противодиабетических средств, предотвращения прогрессирования сахарного диабета и его осложнений, нормализацию обмена веществ, нервную и эндокринную регуляцию, функций поджелудочной железы.

Задачи, которые ставит реабилитационное направление, значительно расширяют рамки традиционного лечебного подхода, объединяют профилактическую и лечебно-восстановительную медицину.

Каждый организм индивидуален, поэтому для каждого пациента, с определённой степенью сахарного диабета, нужно подбирать свои способы реабилитации, будь то те же самые физиотерапевтические методы или методы коррекции гормональных осложнений.

Выводы. Благодаря лишь комплексному методу каждый подход позволит увеличить шансы на получение полного, клинически значимого, положительного результата у значительной части больных, демонстрируя свою эффективность.

СІМЕЙНЕ НАКОПИЧЕННЯ ПРОГНОСТИЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ АНТИГЕНІВ СИСТЕМИ НІА, ХАРАКТЕРНИХ ДЛЯ ХЛОПЦІВ ІЗ ГІПОТАЛАМІЧНИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

Багацька Н. В., Глотка Л. І.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків

Дослідження, що спрямовані на вивчення генетичних аспектів гіпоталамічного синдрому в осіб чоловічої та жіночої статі привертають увагу багатьох дослідників. Загальновизнано, що гіпоталамічний синдром пубертатного періоду (ГСПП) це нейроендокринний синдром, який пов'язаний із дисфункцією гіпоталамуса, гіпофіза та інших ендокринних залоз на тлі вікової перебудови організму. Вважається, що ГСПП у хлопців є можливим предиктором метаболічного синдрому дорослих. Виникнення метаболічних порушень може обумовлюватися поліморфізмом генів адренорецепторів, гена *PPAR-γ2*, мутаціями генів *ENPP1*, *ob*, *CIP-1*, глікогенсинтетази, гормончутливої ліпази та іншими. Також доведено, що ГСПП є поліетіологічним захворюванням, у формуванні якого приймають участь фактори спадковості та середовища. За даними (О.О. Хижняк, 2004) визначено, що спадкова схильність до гіпертонічної хвороби (ГХ) реєструвалася у 83 % сімей, до ожиріння – у 72 %, до цукрового діабету (ЦД) 2 типу – 32 %, відповідно. Сімейне накопичення ГХ, ожиріння, ЦД 2 типу встановлено у родичів першого, другого та третього ступенів спорідненості.

У зв'язку з тим, що система НІА є поліморфною, встановлено асоціацію антигенів з понад 200 захворюваннями людини, у тому числі з ендокринопатіями: ЦД 1 типу, затримкою статевого розвитку, захворюваннями щитоподібної залози. Ці закономірності є наслідком нерівноважного зчеплення генів, тобто тісно зчеплені в хромосомі гени розподіляються в даній популяції асоційовано.

Саме тому, визначення прогностичних НІА-антигенів у хлопців із ГСПП, які можуть успадкуватися від їх батьків, дозволить виявити сімейне накопичення імуногенетичних маркерів та сприятиме попередженню формування гіпоталамічного синдрому у сибсів наших пробандів.

Мета. З'ясувати сімейне накопичення певних НІА-антигенів та їх сполучень у родинах пробандів із гіпоталамічним синдромом задля попередження виникнення хвороби серед родичів (сібсів) пробандів.

Матеріали та методи. Вивчення частотного розподілу антигенів системи НІА І класу проведено у 141 підлітка 11-18 років із ГСПП та 60 батьків (30 матерів, 30 батьків). Визначення розподілу антигенів І класу системи НІА було проведено за допомогою типування антигенів гістосумісності у стандартному лімфоцитотоксичному тесті (за П. Терасакі у модифікації Ж. Доссе).

Для виявлення прогностичної значущості імуногенетичних маркерів у формуванні ГСПП використовувалася методика неоднорідною процедури Вальда з використанням інформаційної міри Кульбака.

Математичну обробку проводили в пакеті статистичних програм Excel і SPSS Statistics 17,0.

Результати. Застосування неоднорідною процедури Вальда дозволило визначити вісім прогностичних імуногенетичних показників, серед яких найбільша інформативність (Інф.) та прогностич-