

Національна академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського  
НАМН України»  
Харківський національний медичний університет МОЗ України  
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

***"Досягнення  
та перспективи  
експериментальної і  
клінічної ендокринології"  
(Двадцяті Данилевські читання)***

Матеріали  
науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
(Харків, 4 - 5 березня 2021 р.)



25(OH)D гідроксиколекальциферолу в сироватці крові визначалась шляхом електрохемілюмінесценції (аналізатор Cobas). З метою оцінки стану вуглеводного обміну у обстежених дітей визначався рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA<sub>1c</sub>).

**Результати.** Серед підлітків, хворих на ЦД 1 типу, більшість дітей характеризувалася дефіцитом та недостатністю вітаміну D у віці 13-18 років (20 обстежених, що склало 90,1 %), що перевищувало даний показник у віці 10-12 років (78,2 %).

Результати обстеження пацієнтів з ЦД 1 типу виявили, що в першій групі пацієнтів (n=14), віком 10-12 років, серед них 8 хлопців та 6 дівчат, середній рівень вітаміну D склав 21,86±1,09 нг/мл, що відповідає недостатності вітаміну D згідно класифікації Комітету ендокринологів зі створення настанов із клінічної практики (Endocrine Practice Guidelines Committee). В другій досліджуваній групі (n=22), середні рівні 25-гідроксиколекальциферолу склали 14,05±2,14 нг/мл, що відповідає дефіциту рівня вітаміну D.

Стан компенсації вуглеводного обміну у дітей обох груп був незадовільний: в 1 групі середній рівень HbA<sub>1c</sub> склав 8,67±1,1 %, в групі дітей віком 13-18 років – 9,8±2,0 %, відповідно.

Нами встановлена вірогідна відмінність середнього рівня гідроксिवітаміну D у сироватці крові між віковими періодами у підлітків, хворих на ЦД 1 типу: так, при дослідженні середніх показників 25(OH)D було виявлено достовірно нижчий рівень вітаміну D серед обстежених у пізньому пубертаті (14,05±2,14 нг/мл), на відміну від середнього рівня вітаміну D у дітей у віці раннього пубертату (21,86±1,09) нг/мл, p<0,05.

**Висновки.** Найнижча забезпеченість вітаміном D виявлена саме серед дітей, які знаходяться в періоді інтенсивної пубертатної перебудови організму (13-18 років), що потребує медикаментозної корекції препаратами колекальциферолу. Подальшому вивченню підлягає питання впливу недостатнь

## ДИНАМІКА ГАЛЕКТИНУ-3 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

К.мед.н. Боровик К.М., д.мед.н., проф. Кравчун П. Г.,  
д.мед.н., проф. Риндіна Н. Г.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України*

**Вступ.** До цього часу відомо вже декілька біомаркерів, які широко використовуються для діагностики та прогнозування перебігу хронічної серцевої недостатності (ХСН). Галектин-3 привертає увагу як маркер ініціації кардіального фіброзу та ремоделювання міокарда лівого шлуночка, зокрема науковий інтерес викликає його динаміка на тлі метаболічних порушень.

**Мета.** Дослідити динаміку галектину-3 у хворих на хронічну серцеву недостатність на тлі цукрового діабету 2 типу та супутнього ожиріння.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 64 пацієнта з ХСН, серед яких першу групу склали 29 хворих із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, другу – 35 хворих із супутнім ожирінням. Хворі обох груп були співставні за віком та статтю. Рівень галектина-3 визначали на першу добу госпіталізації в сироватці венозної крові хворих із використанням набору реактивів Human Galectin-3 ELISA Kit (Китай).

**Результати.** При порівнянні хворих із ЦД 2 типу та пацієнтів із ожирінням виявлено достовірні відмінності у вигляді збільшення рівня галектина-3. Так у хворих



із ЦД 2 типу концентрація даного показника була достовірно вище на 21,82 % ( $p < 0,05$ ), ніж у хворих із ожирінням.

**Висновки.** Отримані дані можуть свідчити про залучення галектину-3 до процесу інсулінорезистентності і, як результат, прогресування цукрового діабету 2 типу.

## ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

<sup>1</sup>Д.мед.н., проф. Вірстюк Н. Г., <sup>2</sup>к.мед.н. Aloysius Obinna Ikwuka,

<sup>1</sup>к.мед.н., доц. Лучко О. Р., <sup>1</sup>к.мед.н., доц. Кочержат О. І.

<sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України,

<sup>2</sup>Legacy University, the Gambia (LUGA)

**Вступ.** Ураження нирок є прогностично несприятливою ознакою перебігу як цукрового діабету (ЦД) 2 типу, так і артеріальної гіпертензії (АГ). Тому за поєднаного перебігу цих захворювань важливим є рання оцінка характеру ураження нирок для вибору персоніфікованої індивідуалізованої оптимальної терапії.

**Мета.** Оцінити особливості ураження нирок за поєднаного перебігу цукрового діабету 2 типу і артеріальної гіпертензії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 120 хворих, віком 45-69 років, 51 чоловік і 69 жінок. Обстежені пацієнти були розділені на 3 групи: I група включала 25 хворих на медикаментозно компенсовану есенціальну АГ II стадії, 1-2 ступеня; II група – 25 хворих на субкомпенсований ЦД 2 типу (глікований гемоглобін ( $HbA_{1c}$ )) – від 7,0 до 11,0 %); III група – 70 хворих на АГ II стадії, 1-2 ступеня в поєднанні з субкомпенсованим ЦД 2 типу. Контрольну групу склали 20 практично здорових донорів. Проводили загальноклінічні; інструментальні; біохімічні; імуноферментні – вміст у крові високочутливого С-реактивного протеїну (вч-СРП), вміст у сечі ліпокаїну, асоційованого з желатиназою нейтрофілів (NGAL); статистичні методи дослідження.

**Результати.** Аналіз результатів дослідження дозволив виявити, що зміни з боку нирок спостерігалися у всіх обстежуваних хворих за результатами лабораторних обстежень і були більш вираженими у хворих III групи за поєднання ЦД 2 типу з есенціальною АГ, тоді як клінічних проявів не було виявлено. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) була більше зниженою у хворих III групи і складала ( $69,5 \pm 3,6$ ) мл/хв, що було меншим за показник у здорових на 36,06 %, у хворих I групи – на 26,14 %, у хворих II групи – на 11,35 % ( $p < 0,05$  для усіх).

Середній рівень екскреції альбуміну (альбумінурія) у хворих III групи був вищим за такий у здорових у 5,3 раза, хворих I групи – у 2,91, хворих II групи – у 1,86 раза ( $p < 0,05$  для усіх). Оцінювали категорії альбумінурії в обстежених хворих:  $< 30$  мг/ммоль (A1), 30-299 мг/ммоль (A2),  $\geq 300$  мг/ммоль (A3). Серед хворих на АГ I групи альбумінурію категорії A1 виявлено у 20,0 % випадків, A2 – у 32,0 % випадків. Серед хворих на ЦД 2 типу II групи альбумінурію категорії A1 виявлено у 32,0 % випадків, A2 – у 48,0 % випадків. У хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу III групи альбумінурію категорії A1 виявлено у 16 (22,86 %) осіб, категорії A2 – у 47 (67,14 %) осіб, категорії A3 – у 7 (10,0 %) осіб. Виявлено збільшення співвідношення альбумін/креатинін сечі у хворих III групи, порівняно зі здоровими у 5,77 раза, з хворими I групи – у 2,56, хворими II групи – у 1,45 раза ( $p < 0,05$  для усіх).