



мальною масою тіла) та 12 здорових осіб відповідного віку. Для оцінки моторно-евакуаторної функції ЖМ використали метод динамічної ехохолецистографії та багатофракційне дуоденальне зондування. Проводилося біохімічне дослідження крові та жовчі, досліджувався ліпідний спектр крові. Верифікацію ураження печінки здійснювали за допомогою ультразвукового дослідження.

Результати. Пацієнти були розділені на 4 групи: 1) хворі (n=22) на ЦД-2 із неалкогольним стеатозом печінки (НАСП) і надмірною вагою (ІМТ 25-29,9 кг/м²) та ожирінням I ступеня (ІМТ 30-34,9 кг/м²); 2) хворі (n=20) на ЦД-2 із ожирінням без НАСП; 3) хворі (n=20) на ЦД-2 з нормальною вагою і НАСП; 4) хворі (n=18) на ЦД-2 з нормальною вагою без НАСП.

У частини хворих на ЦД-2 1-ї (68 %), 2-ї (57 %) та 3-ї групи (38 %) були виявлені ехоскопічні ознаки холестерозу ЖМ (потовщення стінки ЖМ та її гіперехогенність), найчастіше даний феномен виявлявся у хворих 1-ї групи. Виражений сладж-феномен спостерігався також у хворих 1-ї (34 %) та 2-ї (28 %) групи. У більшості хворих на ЦД-2 НАСП (84 %) поєднувалась з дискінезією ЖМ по гіпотонічно-гіпокінетичному та змішаному типу.

Хворі на ЦД-2 1-ї, 2-ї та 3-ї групи мали найбільш несприятливі порушення моторики жовчовивідних шляхів: зниження пропускної спроможності сфінктерного апарату на фоні різкого зниження скорочувальної функції ЖМ (ознаки гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії ЖМ). У 37 % хворих на ЦД-2 4-ї групи мав місце виражений гіпертонус сфінктера Одді з ознаками зниження скорочувальної здатності ЖМ – ознаки змішаної дискінезії ЖМ.

У групах хворих на ЦД-2 із НАСП (1-а та 3-я групи) спостерігалися найгірші показники короткострокової та довгострокової компенсації вуглеводного балансу. У пацієнтів із НАСП був достовірно (P<0,05) більш високий вміст атерогенних фракцій ліпідів (тригліцеридів, холестерину(ХС) та ХС ліпопротеїдів низької щільності) і відносно контролю, і відносно пацієнтів із ЦД-2 та неушкодженою печінкою.

У хворих на ЦД-2 мало місце порушення балансу жовчних кислот із домінуванням гепатотоксичних жовчних кислот – дезоксіхолової та суми гліцинових кон'югатів глікохенодезоксіхолової+глікодезоксіхолової жовчної кислоти.

Висновки. Цукровий діабет 2 типу на тлі ожиріння асоціюється з ураженнями жовчного міхура та печінки у вигляді холестерозу жовчного міхура, дискінезії жовчного міхура та дисхолії, неалкогольного стеатозу печінки, порушення балансу жовчних кислот.

РОЗПОВСЮДЖЕННЯ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ СЕРЕД ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

П. В. Зайцев, К. І. Терешкін

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Остеоартроз (ОА) являє собою найбільш розповсюджену патологію суглобового апарату людини, що асоційована з віком. В загальній структурі захворювань кістково-м'язової системи ОА зустрічається в 50-60 % випадків, а розповсюдженість даної патології в популяції становить від 4,2 до 22,6 %. ОА відноситься до захворювань з високим рівнем коморбідності (як правило, у даної категорії хворих одночасно має місце 5-6 захворювань). Приймаючи до уваги присутність імунних та гормональних механізмів у розвитку ОА, актуальним є дослідження поєданого перебігу даної патології та аутоімунного тиреоїдиту (АІТ), на який страждає 3-4 % населення.

Метою дослідження стало визначення особливостей гормонального статусу в хворих на аутоімунний тиреоїдит, що перебігає в поєднанні з остеоартрозом.

Матеріали та методи. Обстежено 30 хворих на ОА, з них 19 жінок (63 %), з середнім віком по групі – 42,2±7,1 роки. Проводили визначення частоти патології щитоподібної залози (ЩЗ) у таких хворих та стан гормонального статусу: антитіла до тиреопероксидази, тиреоглобуліну та антинуклеарні антитіла.

Результати. Було встановлено, що у 86 % хворих на ОА присутні ураження ЩЗ, серед яких провідну роль займає АІТ (зустрічається в 23 % випадків). При визначенні гормонального статусу було показано наявність асоційованого перебігу АІТ з явищами гіпотиреозу та генералізованої форми ОА і ОА кистей. Крім того, при ОА були виявлені антитіла до тиреопероксидази (3,7 %) та тире-