

Національна академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації  
Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради  
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 клінічної ендокринології**

Матеріали  
науково-практичної конференції з міжнародною участю  
(Харків, 2-3 березня 2015 р.)

Харків 2015

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОВОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З ПІДВИЩЕНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА <i>Фадєєнко Г. Д., Гальчінська В. Ю., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Фролова-Романюк Е. Ю.</i>	173
СТАН КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ТА ВАРІАНТУ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Хижняк О. О., Тихонова Т. М., Барабаш Н. Є., Червенко О. Л., Ашууров Е. М., Гогімідзе Т. Г.</i>	174
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНЫМИ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И СТАТИНАМИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ <i>Червань И. В., Степанова Е. В., Зеленая И. И.</i>	175
ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИМ РИЗИКОМ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ <i>Чернявська І. В.</i>	776
ПОШУК АДЕКВАТНОЇ МОДЕЛІ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ РЕПРОДУКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОХІДНИМИ ТІАЗОЛІНІЛАМІДУ КАМФОРНОЇ КИСЛОТИ <i>Чистякова Е. Є., Смоленко Н. П., Карпенко Н. О., Яременко Ф. Г.</i>	775
ВПЛИВ МАСИ ТІЛА НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ <i>Чирва О. В., Несен А. О., Шкапо В. Л.</i>	779
МОРФОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРУПНОКЛЕТОЧНЫХ ВАЗОПРЕССИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ ГИПОТАЛАМУСА КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ <i>Шаменко В. А., Василенко Г. В., Абрамов А. В.</i>	180
ОФИЦИНАЛЬНЫЙ ФИТОКОМПЛЕКС «РАВISOЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА X <i>Шапкин В. Е.</i>	757
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ <i>Шкапо В. Л., Несен А. О., Грунченко М. М., Чирва О. В., Валентинова І. А.</i>	752
ВПЛИВ ДИСТАНТНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ЕМБРІОНАЛЬНИХ ТКАНИН МЕДИЧНОЇ П'ЯВКИ НА НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАН, ВМІСТ КАТЕХОЛАМІНІВ ТА ПРОТИЗАПА- ЛЬНИХ ЦИТОКШІВ У ЩУРІВ ІЗ МОДЕЛЬНИМ ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ <i>Шляхова А. В., Веселовська О. В., Мартишко П. О.</i>	183
ДИНАМІКА ПРОДУКЦІЇ ЦИТОКШІВ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТФОРМІНУ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ <i>Шляхова Н. В., Будрейко О. А., Косовцова Г. В., Нікітіна Л. Д.</i>	754
ХАРАКТЕРИСТИКА ТИРЕОПАТІЙ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВІКУ <i>Шушлягіна О. В., Будрейко О. А.</i>	755
ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР СТРУКТУРНИХ ЗМІН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ <i>Юзвенко Т. Ю.</i>	186
СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А.</i>	187
ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ НА УКОВО-ПРАКТИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЙ У 2015 РОЩ ДУ «ІНСТИТУТ ПРОБЛЕМ ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ ІМ. В. Я. ДАНИЛЕВСЬКОГО НАМИ УКРАЇНИ».	189
КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН РОБОТИ КАФЕДРИ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ТА ДИТЯЧОЇ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ХМАПО НА 2015 РІК	790

При тривалості ЦД від одного до п'яти років дифузні зміни практично однаково виявлялися при ЦД 2 типу з ОЖ і без нього, але вузлові утворення спостерігалися достовірно частіше у хворих на ЦД 2 типу з ОЖ, ніж ЦД 2 типу без ОЖ (47,2 % і 21,3 %, відповідно). При тривалості ЦД від 6 до 10 років усі типи змін ЦД при ЦД з ОЖ спостерігалися достовірно частіше, ніж за ЦД без ОЖ. Структурні зміни у вигляді вузлових утворень зі збільшенням тривалості ЦД виявлялися статистично значуще частіше в обох групах. Однак за наявності ОЖ вони частіше виявлялися при тривалості ЦД у групах від одного до п'яти років і від 6 до 10 років.

У групі з тривалістю ЦД понад 11 років вузлові утворення частіше виявлялися при ЦД без ОЖ. Тому можна припустити, що у хворих на ЦД 2 типу з наявністю ОЖ структурні зміни в ЦД розпочинаються набагато швидше, ніж при ЦД без ОЖ. Зі збільшенням тривалості ЦД відсоток вузлових утворень ЦД в осіб з різною масою тіла практично вирівнюється.

У хворих на ЦД 2 типу з ОЖ при лікуванні пероральними цукрознижувальними препаратами структурні зміни в ЦД спостерігались достовірно ( $p > 0,05$ ) частіше, ніж при лікуванні інсуліном. Так, дифузні зміни при лікуванні пероральними засобами виявлено у 77,8 % випадках, а при лікуванні інсуліном - у 59,2 %, вузлові утворення - у 64,2 % і 25 % випадків, відповідно.

Характер структурних змін ЦД у хворих на ЦД 2 типу з ОЖ і без нього залежав від наявності мікросудинних діабетичних ускладнень. При ЦД 2 типу з ожирінням за наявності мікросудинних ускладнень кількість хворих з вузловими утвореннями була в 1,4 рази більшою, ніж без ускладнень. Аналогічна картина спостерігалась і при ЦД 2 типу без ОЖ, де кількість хворих з вузловими утвореннями була більшою в 1,9 рази. У хворих на ЦД 2 типу (з ОЖ і без нього) за наявності артеріальної гіпертензії (АГ) вузлові утворення спостерігаються достовірно частіше, ніж за відсутності АГ.

**Висновки.** У хворих на цукровий діабет 2 типу з наявністю ожиріння структурні ураження щитоподібної залози виявляються у 97 %, при цукровому діабеті 2 типу без ожиріння - у 73,9 %, при ожирінні без цукрового діабету - у 93,3 % випадків. Ці показники статистично значуще перевершують популяційний рівень (55 %). Структурні зміни (дифузні і вузлові) у щитоподібній залозі достовірно частіше зустрічаються при цукровому діабеті 2 типу з ожирінням. При цукровому діабеті 2 типу з наявністю ожиріння структурні зміни в щитоподібній залозі розпочинаються набагато швидше, ніж при цукровому діабеті без ожиріння. На частоту вузлових утворень у щитоподібній залозі має вплив наявність мікросудинних діабетичних ускладнень та артеріальної гіпертензії.

## СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Беловол А. П., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А.**

*Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины*

**Цель.** Изучить особенности кардиометаболических и структурно-функциональных нарушений миокарда у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией (АГ).

**Материалы и методы.** У 65 пациентов (37 мужчин и 28 женщин) в возрасте (52,4±4,5) лет с СД 2 типа и АГ 2 степени проводили оценку антропометрических показателей, индекса НОМА-IR, исследование углеводного и липидного обменов, С-реактивного протеина (СРП), эхокардиографию и ультразвуковое исследование общих сонных артерий (ОСА) с измерением толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ). Пациенты разделены на группы: 1-я группа (n=34) с сочетанным течением СД 2 типа и АГ; 2-я группа (n=31) без АГ. Контрольная группа - 20 практически здоровых лиц.

**Результаты.** У 49,8 % пациентов 1-й группы диагностировано абдоминальное ожирение (АО) 2-й степени ( $p < 0,05$ ). Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 68,2 % пациентов 1-й группы; у 38,2 % больных 2-й группы наблюдалась диастолическая дисфункция миокарда ( $p < 0,01$ ). Уровень HbA<sub>1c</sub> у пациентов 1-й группы был в 1,2 раза выше в сравнении с пациентами 2-й группы ( $p < 0,001$ ). Установлена гиперхолестеринемия у 68,4 %, увеличение холестерина липопротеидов низкой плотности у 22,4 %, снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности у 33,1 % пациентов 1-й группы ( $p < 0,001$ ). Содержание СРП у пациентов 1-й группы было в 1,4 раза выше, а индекс НОМА-ИР - в 2,4 раза выше в сравнении с показателями 2-й группы ( $p < 0,01$ ). Ате-

росклеротические бляшки в сонных артериях обнаружены у 52,4 % больных 1-й группы ( $p < 0,05$ ). ТИМ ОСА у пациентов 1-й группы была в 1,2 раза больше, чем в группе сравнения ( $p < 0,01$ ) и коррелировала с уровнем ОХС ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,01$ ), индексом НОМА-ИР ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Определяющее значение в прогрессировании кардиометаболических и структурно-функциональных нарушений миокарда у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией имеют абдоминальное ожирение и инсулинорезистентность, что способствует развитию гипертрофии левого желудочка, прогрессированию атеросклероза и обусловлено дислипидемией, нарушениями углеводного обмена, развитием системного воспаления.