

двічі на день упродовж 3–6 місяців, контролюючи рівні ТТГ в крові кожні 3 місяці та оцінюючи загально-клінічну динаміку ОА та коморбідних процесів за принципом випадок-контроль. Клінічно відмічено покращення порівняно з попередніми етапами спостереження проявів і перебігу ОА, АГ, ІХС. Через 3 місяці від початку застосування зобопіту рівень ТТГ в крові знизився з  $7,40 \pm 0,38$  мОд/л до  $5,20 \pm 0,26$  мОд/л ( $P < 0,01$ ), креатинін крові знизився з  $136,00 \pm 4,18$  мкмоль/л до  $92,20 \pm 3,56$  мкмоль/л ( $P < 0,001$ ), ШКФ зросла з  $66,20 \pm 4,22$  мл/хв до  $92,30 \pm 6,56$  мл/хв ( $P < 0,01$ ), незначно знизився рівень холестеролу ( $3,40 \pm 0,32$  ммоль/л до  $5,80 \pm 0,28$  ммоль/л після лікування;  $P > 0,05$ ). Через 6 місяців застосування зобопіту рівень ТТГ в крові знизився до  $3,80 \pm 0,26$  мОд/л ( $P < 0,001$ ). Ймовірно, з огляду на вплив ЩЗ на метаболічні процеси, застосування зобопіту, що покращувало її функцію та нормалізувало ШКФ, сприяло поліпшенню дії гіпотензивних антигіпертензивних, хондропротекторних засобів, у цілому покращуючи результати лікування ОА та коморбідних уражень серцево-судинної системи та нирок.

У віковому аспекті у хворих старше за 60 років позитивні ефекти зобопіту були слабшими. Побічних ефектів від його застосування не відмічено.

**Висновок.** Полікомпонентний фітозасіб зобопіт сприятливо впливає на результати комплексного лікування хворих на остеоартроз із коморбідними ураженнями серцево-судинної системи та субклінічним гіпотиреозом, нормалізуючи в більшості хворих після трьохмісячного застосування рівні ТТГ крові, покращуючи функції нирок.

УДК 616.441-008.6-02:546.15-022.252:613.25

ДІДУШКО О.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

## ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ГІПОТИРЕОЗ В УМОВАХ ЙОДОДЕФІЦИТУ

Практично вся територія України зазнає йодної недостатності. За даними МОЗ України, за останні 5 років у нашій країні кількість осіб із захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ) збільшилася в 5 разів, 3,5 млн осіб перебувають під диспансерним спостереженням. При тривалому йодному дефіциті настає зрив адаптаційних процесів, що призводить до йододефіцитних захворювань, які проявляються різною патологією залежно від вікових періодів. Крім того, оперативне лікування захворювань ЩЗ, спричинених йодним дефіцитом (вузловий зоб, аденоми), призводить до набутого гіпотиреозу. Гіпотиреоз є однією з найпоширеніших форм тиреоїдної патології. Частота гіпотиреозу серед жінок — від 4 до 21 %, серед чоловіків — 3–16 %. Дефіцит тиреоїдних гормонів, як правило, супроводжується порушенням процесів метаболізму з подальшим розвитком змін різного ступеня вираженості у всіх без винятку органах і системах і, як наслідок, порушення якості життя. Не останню роль у досягненні задовіль-

них чи незадовільних результатів лікування будь-якої хвороби відіграє психологічний стан пацієнта.

**Мета роботи:** оцінити якість життя хворих на первинний гіпотиреоз в умовах йододефіциту.

**Матеріали та методи.** Клінічні та функціонально-біохімічні обстеження хворих виконані на базі ендокринологічного відділення, диспансерного ендокринологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. У дослідження включені 310 хворих на первинний гіпотиреоз, які проживають на Прикарпатті. Діагноз встановлювався на підставі скарг, даних анамнезу, характерної клінічної картини маніфестного гіпотиреозу і підтверджувався результатами гормонального дослідження. Групу порівняння становили 22 особи без порушення функції щитоподібної залози, порівнянні за статтю і віком. Усі пацієнти були розділені на 2 групи: I група включала 147 хворих на гіпотиреоз без ожиріння (вік  $44,8 \pm 5,7$  року; індекс маси тіла (ІМТ)  $21,3 \pm 2,6$  кг/м<sup>2</sup>); II група — 163 хворих на гіпотиреоз із ожирінням (вік  $43,8 \pm 6,1$  року; ІМТ  $33,4 \pm 4,8$  кг/м<sup>2</sup>).

**Результати.** У 60,96 % обстежених нами пацієнтів не було компенсації гіпотиреозу, причому серед них було 62,6 % пацієнтів з ожирінням. За даними опитувальника EuroQol 5D, встановлено, що у всіх хворих на гіпотиреоз параметри якості життя значно гірші, ніж у здорових, причому гіпотиреоз із ожирінням більш вагомим погіршує якість життя пацієнтів, ніж без ожиріння. При зростанні ваги у хворих на гіпотиреоз значно погіршується загальний стан: зростають проблеми із рухливістю (у 77,9 % хворих II групи проти 36,7 % пацієнтів I групи), самообслуговуванням (18,4 % хворих II та 9,5 % I групи), звичайною повсякденною діяльністю (87,1 % хворих із ожирінням та 26,5 % без ожиріння); посилюється біль/нездужання (у 74,2 % II та у 50,3 % хворих I групи) та ознаки тривожності і депресії (84,7 % та 57,1 % пацієнтів). Разом з тим, на наш погляд, показники EURO QOL 5D у хворих на гіпотиреоз без ожиріння суттєво не відрізнялися у пацієнтів із гіпотиреозом різного генезу.

**Висновки.** Оцінка власного самопочуття та параметри якості життя у хворих на гіпотиреоз залежать не тільки від компенсації гіпотиреозу, але і від ІМТ.

УДК 616.24-007.272-036.1:616-008.9:616.8-009.17-036.1:615.37

КАСПРУК Н.М., АНДРІЙЧУК Т.Р.

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

## МОЖЛИВОСТІ ІМУНОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ, ПОЄДНАНОГО З ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

У науковій та практичній медицині все більше відзначається висока частота поєданого перебігу таких соціально значущих і широко поширених захворювань,

як хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) та метаболічний синдром (МС). При цих нозологічних формах існує поєднання складних, численних патогенетичних зв'язків, які в більшості випадків призводять до формування феномену замкнутого кола. Про метаболічний синдром говорять, якщо наявні не менше трьох із таких симптомів: надмірна вага, артеріальна гіпертонія, підвищення рівня цукру в крові, дисліпідемія. При цьому паралельно доволі часто відзначаються головні болі, швидка втомлюваність, дратівливість, спалахи гніву. Така сама симптоматика притаманна синдрому хронічної втоми (СХВ).

Дефекти ліпідного й вуглеводного обмінів провокують каскад генетичних, метаболічних, гормональних, нервових, запальних та інших реакцій і порушень у тканинах та органах, що провокує МС й асоційовані з ним патологічні стани. Завдяки роботам вчених США, Великобританії стало очевидним, що в патогенезі СХВ має місце розлад у нейро-імунно-ендокринній регуляції. Численні дані вказують на те, що при СХВ спостерігаються різноманітні імунологічні порушення. Існує велика кількість пускових механізмів, що викликають імунологічні патологічні реакції. Раніше нами виявлено зниження IgG за рахунок G1- та G3-класів, зниження числа лімфоцитів із фенотипом CD3 і CD4, природних кілерів, підвищення рівня циркулюючих комплексів, підвищення інтерлейкіну-1 та інтерферону-гамма, а також фактора некрозу пухлин у хворих на ХОЗЛ з МС та СХВ.

Існуючі схеми дозволяють лише усунути симптоми захворювання на час прийому медикаментозної терапії. Для досягнення ж тривалого ефекту необхідний цілий комплекс заходів, який включає усунення всіх факторів ризику, однак навіть у комплексі це не гарантує стійкої ремісії. Надзвичайно важливим компонентом відновлення загального стану організму є поєднана нормалізація вегетативного балансу та імунної регуляції. Цілісну відповідь організму забезпечує взаємодія нервової й гуморальної регуляції. Розпочинає регуляторний процес нервова система, а через гіпоталамо-гіпофізарну систему до неї приєднується ендокринна. Можемо припустити, що саме стабілізація вегетативних показників має першочергове значення для повноцінного відновлення функціональної активності організму. Так, позитивні результати щодо впливу на вегетативні порушення у хворих із серцево-судинною патологією продемонструвало застосування препарату ноофен (гідрохлорид бета-феніл-гамма-аміномасляної кислоти — фенібут). У таких хворих вегетосудинні порушення характеризуються великою кількістю суб'єктивних симптомів, що характерні й для пацієнтів із МС та СХВ (емоційні розлади, вегетативні прояви, внутрішнє напруження, тривога тощо). Препарат ноофен, маючи протитривожну, ноотропну, транквілізуючу, вегетостабілізуючу дію, покращує стан пацієнтів, тим самим покращуючи якість життя. Практична відсутність побічних ефектів, особливо притаманних міорелаксантам центральної дії та транквілізуючим лікарським засобам, робить ноофен безпечним

для використання при лікуванні вегетативних розладів у хворих із різною патологією внутрішніх органів.

**Метою** нашого дослідження було вивчення впливу комбінації імуностимулятора мікробного походження Бронхомунал (Lek Pharmaceutical and Chemical Company, Slovenia) та ноофену (OLFA, Латвія) на клінічний перебіг ХОЗЛ у пацієнтів з МС та СХВ.

**Матеріал і методи дослідження.** Обстеження хворих (20 пацієнтів) для визначення динаміки основних проявів поєднаної патології проводилося двічі, при первинному обстеженні та через 4 тижні після початку лікування, шляхом клінічної бесіди та анкетування за формою, аналогічною тій, що використовувалася під час первинного обстеження.

Стан клітинного імунітету оцінювали за експресією поверхневих антигенів лімфоцитів у реакції непрямой флуоресценції з використанням моноклональних антитіл: CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD23, CD25, CD54. Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики. Вірогідність різниці середніх величин оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

**Результати дослідження.** Виявлено, що наявність СХВ та МС у хворих на ХОЗЛ призводить до поглиблення зрушень у клітинно-молекулярних імунних механізмах запалення, що під впливом загальноприйнятої терапії у фазу відносної ремісії ліквіднуються лише частково. Призначення Бронхомуналу та ноофену мало позитивний вплив на імунні зрушення, зумовлені частими інфекційними загостреннями ХОЗЛ, негативними ефектами СХВ та МС у хворих на ХОЗЛ, які полягали в підвищенні загальної кількості Т-лімфоцитів, цитотоксичних клітин, нормалізації хелперно-супресорної рівноваги, зниженні експресії адгезивних молекул, активізаційних маркерів, вмісту В-лімфоцитів і рівнів IgE.

**Висновок.** Комбіноване застосування мікробного імуностимулятора та ноотропного препарату сприяло покращенню загального психоемоційного стану хворих, підвищенню протимікробної резистентності, що проявлялось у зниженні кількості загострень хронічних обструктивних захворювань легень впродовж року, посиленню ефекту загальноприйнятого лікування.

УДК 616.15-072:577.112:612.017:618.177-02:546.15-022.252(477.85)

КОВАЛЬ Г.Д.

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

## ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІД'ЯМ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЙОДОДЕФІЦИТНИХ РЕГІОНАХ БУКОВИНИ

Проблема екологічно зумовленого дефіциту йоду гостро стоїть у багатьох країнах світу, у тому числі й в Україні, де ендемічною зоною за розвитком йододефіцитних станів є Північна Буковина, що визначає високу частоту поширення зобу в даному регіоні та робить вивчення даної проблеми особливо актуальним. Важ-