

мониторинга и нужного поведения, что может быть обеспечено применением методов когнитивно-поведенческой терапии.

Когнитивно-поведенческая терапия при работе с подростками, страдающими сахарным диабетом, должна быть реализована в двух плоскостях – направление на достижение краткосрочных и долгосрочных целей. Достижение краткосрочных целей обеспечивает восстановление психоэмоционального состояния, как необходимого условия для дальнейшей работы, направленной на получение и усвоение нужной информации. А долгосрочные цели содержат в себе создание позитивных установок, обновление поведенческого репертуара, устранение неуверенности в себе и поднятие самооценки подростка, развитие альтернативных интересов, формирование мотивации к лечению.

Когнитивно-поведенческая терапия на начальном этапе должна проводиться в индивидуальной форме, затем рекомендуется включение в групповую работу. Параллельно должна проводиться интенсивная поддерживающая терапия членов семьи больного подростка.

Психокоррекционная работа оказывает эффективное влияние на подростков, страдающих сахарным диабетом, что подчеркивает необходимость внедрения методов когнитивно-поведенческой терапии в комплексное лечение сахарного диабета и разработки психокоррекционных программ для этого контингента больных, направленных на повышение уровня их ответственности за качество лечебного процесса.

## АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЦІНКА ПРОГНОЗУ РИЗИКУ ПЕРЕЛОМІВ

**М.Л. Кирилюк, Л.В. Щекатурова, О.Е. Третяк, О.Д. Павловський**

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України, м. Київ

Поєднання цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2) та менопаузи є додатковим чинником патогенного впливу на процес кісткового ремоделювання. Метою нашої роботи була розробка алгоритму діагностики остеопорозу (ОП) у жінок в постменопаузальному періоді, хворих на ЦД 2, та оцінка прогнозу ризику переломів.

Проведено обстеження 67 жінок у постменопаузальному періоді, хворих на ЦД 2, середній вік складав  $63,01 \pm 6,59$  роки, ІМТ –  $31,5 \pm 4,04$  кг/м<sup>2</sup>, тривалість ЦД  $29,55 \pm 5,71$  роки, рівень глікованого гемоглобіну –  $9,29 \pm 0,04\%$ .

На підставі наших досліджень та даних літератури ми розробили алгоритм діагностики ОП у жінок із ЦД 2 в постменопаузальному періоді та оцінку прогнозу ризику переломів.

На першому етапі діагностики ОП виключаються органи-патологічні та дисфункціональні стани, що призводять до ОП, за даними анамнезу.

Другий етап включає, перш за все, наступні біохімічні дослідження: кальцій сироватки, креатинін, вітамін D<sub>3</sub>, добова екскреція кальцію з сечею, глікозильований гемоглобін, а також, за показами, тиреотропний гормон, паратгормон, лужна фосфатаза та інші, що потребує виключення вторинного ОП.

Третій етап включає виявлення спонтанних переломів кісток за даними анамнезу, рентгенографію хребта.

Наступним етапом є дослідження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) за допомогою DEXA, що є «золотим» стандартом діагностики ОП та оцінки ризику пере-

ломів. DEXA проводиться жінкам у віці 65 років і старше, а також всім жінкам в менопаузі із клінічними чинниками ризику переломів. Оцінка результатів DEXA проводиться, за рекомендаціями ВООЗ, за Т-критерієм. За наявності ОП чи остеопенії у жінок, хворих на ЦД 2, повторна DEXA проводиться через 1 рік від початку лікування.

Додатковими методами оцінки МЩКТ є визначення активності процесів кісткового ремоделювання, що включає в себе маркери кісткової резорбції та маркери остеосинтезу.

У власних дослідженнях ми використовували маркер остеодеструкції β-CrossLaps, та маркер остеосинтезу остеокальцин. Біохімічні маркери кісткового обміну допомагають передбачити ризик переломів незалежно від мінеральної щільності кісткової тканини, ступінь зниження ризику переломів в динаміці медикаментозного лікування та швидкість втрати кісткової маси.

Оцінка прогнозу ризику переломів згідно з алгоритмом відбувається з урахуванням DEXA та біохімічних маркерів остеопорозу, терміну менопаузи та тривалості ЦД 2.

За наявності остеопорозу, задовільних біохімічних маркерів кісткового обміну, терміну менопаузи та ЦД 2 менше 10 років прогноз ризику переломів буде задовільним. Незадовільний прогноз ризику переломів передбачає наявність ОП за даними DEXA, несприятливі зміни в біохімічних показниках кісткового обміну та терміну менопаузи та ЦД 2 більше 10 років.

Область застосування – ендокринологія, травматологія, медична реабілітація, курортологія, сімейна медицина, ендокринна гінекологія.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПЛОЩУ НЕРВОВИХ КЛІТИН КОРИ РІЗНИХ ЧАСТОК ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ

**Т.І. Кметь**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

На сьогодні цукровий діабет (ЦД) є найпоширенішою ендокринною патологією в світі, яка має виражену тенденцію до зростання і складає близько 70% усіх ендокринних захворювань. Одним із найчастіших ускладнень цієї патології є гостре порушення мозкового кровообігу, що супроводжується порушеннями енергетичного та метаболічного балансу нейрональних клітин, що врешті-решт призводить до їх загибелі. Відомо, що поєднаний вплив ЦД та ішемії-реперфузії головного мозку спричиняє апоптичні зміни нейронів, виразність яких залежить від тривалості реперфузійного періоду та місця локалізації патологічного процесу. Тому, на наш погляд, актуальним є вивчення динаміки зміни площі нервових клітин кори різних часток великих півкуль за умов комбінованої дії ЦД та ішемії-реперфузії головного мозку.

Моделювання ЦД проводили одноразовим внутрішньочеревним введенням стрептозоточину (Sigma, США) у дозі 60 мг/кг двомісячним самцям білих лабораторних щурів. Експериментальні групи формували з тварин із рівнем глікемії вище 10 ммоль/л. Через чотири місяці в частини тварин із ЦД, а також контрольним щурам аналогічного віку, здійснювали 20-хвилинне кліпсування загальних сонних артерій. Частину тварин виводили з експерименту декапітацією через 1 год. після завершення ішемічного періоду, частину – на 12-ту добу. Оперативні втручання та забій тварин здійснювали під каліпсоловим наркозом (75 мг/кг маси тіла) із дотриманням основних положень біоетики.