

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОКРИННОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Терехова Г.М.

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка АМН України», м. Київ

Дифузний токсичний зоб (ДТЗ) є одним з найбільш поширених захворювань щитовидної залози, на яке страждає до 1% всієї популяції земної кулі. ДТЗ займає провідне місце серед основних причин звернення населення за ендокринологічною допомогою. Найбільш часто це захворювання зустрічається у віці до 40 років, тобто вражає працездатні верстви населення. ДТЗ супроводжується численними ураженнями всіх органів та систем, що пояснюється різнобічністю впливів тиреоїдних гормонів. Серед найпоширеніших ускладнень ДТЗ є серцево-судинні захворювання, офтальмопатія, остеопороз, які дуже часто призводять до інвалідизації хворих. Незважаючи на велику кількість досліджень, ще й досі невивченими залишаються частота та патогенез різних типів ускладнень [1, 2, 3, 4].

Проведене обстеження 50 жінок, хворих на ДТЗ, середньої важкості. Вік хворих $38,5 \pm 2,5$ роки. Тривалість захворювання $1,3 \pm 0,7$ роки. Результати гормонального обстеження хворих представлено в таблиці 1.

При клінічному обстеженні хворих виявлено, що в усіх пацієнтів були наявними болі в кістках. За даними анкетування больовий синдром охарактеризовано як середньої інтенсивності. При ортопедичному

обстеженні болі в кістках було охарактеризовано як дорсалгії в 17 хворих, люмбалгії – в 33.

При дослідженні показників кальцієвого балансу виявлено зниження рівня іонізованого кальцію крові та збільшення добової кальциурії в жінок, хворих на ДТЗ (табл.2).

Дослідження маркерів кісткової резорбції виявило підвищення екскреції оксипроліну із сечею у хворих на ДТЗ до лікування. Зазначені порушення призводять до дисбалансу процесів кісткового ремоделювання та формування змін структурно-функціонального стану кісткової тканини, які проявляються зниженням індексу міцності кісткової тканини, виникненням системної остеопенії (табл.2). Виявлено значні зміни індексу міцності кісткової тканини (у групі хворих на ДТЗ цей показник становив $(72,5 \pm 0,4)\%$, що було вірогідно нижче за показники контрольної групи – $(98,3 \pm 1,6)\%$, $p < 0,05$). У 40 хворих мала місце системна остеопенія, в 10 – системний остеопороз.

У хворих на ДТЗ уже через 3 місяці після початку тиреостатичної терапії рівень добової кальциурії значно зменшується з наступною тенденцією до стабілізації ($p < 0,05$).

З метою оцінки фактичного харчування (зокрема – фактичного споживання каль-

Таблиця 1. Гормональні показники у хворих на ДТЗ

Групи обстежених	ТТГ, МмОд/л	Вільний тироксин, пмоль/л	АТПО, Од/л	АТТГ, Од/л
ДТЗ	0,08 ± 0,01*	36,2 ± 1,7*	150,5 ± 1,0*	380,0 ± 3,6*
Контрольна	1,8 ± 0,4	18,6 ± 1,2	22,5 ± 1,9	18,2 ± 0,2

П р и м і т к а. * – вірогідні відмінності порівняно з контрольною групою (p<0,05).

Таблиця 2. Показники кальцієвого балансу та екскреції оксипроліну із сечею у хворих на ДТЗ

Групи обстежених	Іонізований кальцій крові, ммоль/л	Добова екскреція кальцію із сечею, ммоль/добу	Добова екскреція оксипроліну із сечею, мкмоль/ммоль кр.
ДТЗ	0,85 ± 0,01*	19,5 ± 1,6*	17,5 ± 0,8*
Контрольна	1,2 ± 0,4	10,4 ± 1,2	2,3 ± 0,3

П р и м і т к а. * – вірогідні відмінності порівняно з контрольною групою (p<0,05).

цію) застосовано активне анкетування хворих спеціально підготовленою медичною сестрою. За допомогою анкети, яка враховувала кількість, характер спожитої їжі, застосування окремих чинників їжі (зокрема, сіль, спеції, харчові добавки), отримували дані про добове споживання їжі, які становили підґрунтя для наступних розрахунків хімічного складу, харчової та біологічної цінності продуктів. Додаток до анкети дозволяв оцінити стан фактичного харчування хворих протягом тижня, що дозволяло стандартизувати отримані дані.

Анкетування хворих дозволило оцінити добове споживання кальцію з їжею, яке складало 680 мг/доб., що значно нижче нормативного. Для порівняння наводимо нормативи споживання кальцію жінками різних вікових груп, за рекомендаціями ВООЗ (1994) [4, 5].

Нормативи споживання кальцію жінками:

- а). З 11 до 24 років – 1200 мг;
- б). З 25 років до менопаузи – 1000 мг;
- в). Під час менопаузи – 1200 мг;
- г). Після настання менопаузи – 1500 мг.

Виявлені несприятливі тенденції змін показників кальцієвого балансу, маркерів кісткової резорбції та особливостей фактичного харчування в обстежених хворих дозволили запропонувати до використання в комбінованому лікуванні з метою запобігання прогресуванню виявлених порушень препарат Біокальцевіт 2 г. на добу.

Вивчення динаміки ІМ кісткової тканини у хворих на ДТЗ у процесі лікування встановило зростання цього показника через 6 місяців, вірогідно по відношенню до показників контрольної групи та хворих до лікування (p<0,001). Отримані результати

свідчать про ефективність використання в профілактиці ендокринного остеопорозу у хворих на ДТЗ препарату Біокальцевіт.

Висновки. Серед ускладнень ДТЗ остеопенія й остеопороз є доволі частими та розвиваються на початкових етапах захворювання. Добове споживання кальцію хворими на ДТЗ, ускладнений ендокринним остеопорозом, складає 680 мг/доб., що значно нижче нормативного. Моніторингування показників кальцієвого балансу, маркерів кісткового ремоделювання, ультразвукової остеоденситометрії дозволяє своєчасно діагностувати остеопороз та запобігати його прогресуванню.

Для профілактики розвитку вторинного остеопорозу у хворих на ДТЗ доцільно використовувати препарат Біокальцевіт у добовому дозуванні 1г. протягом 6-9 місяців з наступним контролем показників остеоденситометрії, що призводить до відновлення піку кісткової маси та збереження сталого балансу процесів кісткового ремоделювання.

Література

1. Ендокринологія. / За редакцією засл. діяча науки і техніки України, проф. П.М. Боднара. – Київ, «Здоров'я», 2002. – С. 507.
2. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. – Под общей ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. Москва, «Литература», 2006. – Т 12. – с.1072.
3. Young E.T, Steel N.R., Taylor J.J. et al. Prediction of remission after antithyroid drug treatment in Grave's disease // Thyroid. – 1997. – N1. – С.369-375.
4. Deal C.L. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. // Am. J. of medicine. – 1997. – V.102, 1a. – p. 35-39.
5. Поворознюк В.В. Остеопороз у населення України: фактори ризику, клініка, діагностика, профілактика і лікування. – Автореф. дис. ... докт. мед. наук, К., 1998. – 47 с.