

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D З АВТОІМУННОЮ ТИРЕОЇДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ

І. В. Паньків

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Упродовж останніх років акцентується увага на значенні вітаміну D як імунного модулятора.

Мета — оцінити вміст вітаміну D у хворих різного віку з автоімунною патологією щитоподібної залози (ЩЗ), а також встановити взаємозв'язок між дефіцитом вітаміну D та автоімунною тиреоїдною патологією.

Матеріали і методи. В одномоментному дослідженні обстежено 119 осіб: 62 хворих на дифузний токсичний зоб (ДТЗ) та автоімунний тиреоїдит (АІТ), 32 пацієнтів без автоімунної тиреоїдної патології (дифузний вузловий нетоксичний зоб) і 25 здорових осіб.

Результати. Дефіцит вітаміну D виявлено у 82,9 % (78/94) пацієнтів із захворюваннями ЩЗ різного ґенезу. При цьому серед хворих з автоімунною патологією ЩЗ частота дефіциту вітаміну D досягала 88,7 % (55/62). Нами не встановлено достовірної кореляції між частотою дефіциту вітаміну D, віком і статтю серед 94 хворих з патологією ЩЗ. Наявність антитиреоїдних антитіл достовірно частіше спостерігали у пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, ніж в осіб з його нормальним вмістом (70,5 % проти 43,8 %; $p < 0,05$). Встановлено безпосереднє відношення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) на забезпечення організму вітаміном D. Так, рівень ТТГ при АІТ становив 7,8 мМО/л у разі дефіциту вітаміну D (< 20 нг/мл) і 3,4 мМО/л за умови адекватного забезпечення вітаміном D. У хворих на ДТЗ відповідні показники ТТГ становили 0,07 мМО/л при вмісті вітаміну D < 20 нг/мл і 2,9 мМО/л — при вмісті вітаміну D > 20 нг/мл. У пацієнтів без автоімунної тиреоїдної патології не спостерігалось залежності між рівнем ТТГ і вмістом вітаміну D в крові. В усіх обстежених не встановлено кореляції між рівнем вільного тироксину і забезпеченням організму вітаміном D. Отримані результати вказують на асоціацію між дефіцитом вітаміну D і тиреоїдною дисфункцією, особливо спричиненою автоімунним процесом. З одного боку, низькі рівні вітаміну D, можливо, є первинним феноменом, залученим у патогенез хвороби, а з іншого — можуть бути наслідком такої патології.

Висновки. Серед хворих з автоімунною патологією ЩЗ частота дефіциту вітаміну D досягає 88,7 %. Дефіцит вітаміну D достовірно пов'язаний з наявністю антитиреоїдних антитіл у хворих з патологією ЩЗ. Наявність антитиреоїдних антитіл достовірно частіше спостерігали у пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, ніж в осіб з нормальним його вмістом (70,5 % проти 43,8 %; $p < 0,05$).

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

І. Б. Пепенина, С. А. Крижановский, Н. В. Карасевич

ГУ "Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", Киев

В комплексной патогенетической терапии болезни Паркинсона (БП) используется достаточно широкий арсенал средств, воздействующих на разные звенья патогенеза заболевания, однако остается актуальной проблема физической и психологической реабилитации пациентов. Широкий спектр немоторных симптомов БП (депрессия, когнитивные нарушения, инсомния и т. д.) негативно влияют на течение и прогноз заболевания, а иногда переносятся хуже, чем собственно моторный дефицит.

Одним из современных направлений в нейрореабилитации признана танцевально-двигательная терапия (ТДТ), стратегическим направлением которого является улучшение ходьбы, когнитивных функций и механизмов контроля над постуральной активностью пациентов.

Цель — изучить влияние ТДТ на двигательные нарушения (баланс позы, моторный темп), немоторные симптомы (тревога, депрессия) и качество жизни у пациентов с БП.

Материалы и методы. Обследованы 10 пациентов в возрасте 44–75 лет (средний возраст 59,1 года) с БП 1–3-й стадии по Хен–Яр и показателями MMSE не ниже 28 баллов. Соотношение мужчин и женщин составило 2:8. Комплексное нейрофизиологическое исследование проводили в начале занятий ТДТ, через 10 уроков и через 4 мес регулярных тренировок. Для объективизации динамики двигательных и постуральных расстройств использовали Унифицированную шкалу оценки тяжести БП-UPDRS. Определяли моторный темп, сенсомоторную реакцию и проводили стабилметрическую регистрацию постуральной активности. Для оценки немоторных симптомов БП использовали валидизированные шкалы: PDQ-39, HADS, WBM и GDS. Медикаментозная терапия оставалась стабильной в течение всего периода наблюдения.

Результаты. По шкале UPDRS после 10 занятий ТДТ у всех участников наблюдалось улучшение по 1-й части — с 3,4 до 1,7 балла; по 2-й — с 13,1 до 10,4 балла; по 3-й части — с 29 до 22,3 балла ($p < 0,05$). Суммарный балл до начала занятий составил 45,5, после 10 уроков — 34,4. Через 4 мес регулярных тренировок средний балл по UPDRS-I составил 1,6, UPDRS-II — 9,6, UPDRS-III — 23,7. Интегральный показатель моторного темпа-сенсомоторной реакции и стабилметрические данные показали значительный позитивный сдвиг. Так, отмечено достоверное повышение амплитуды колебаний центра давления в сагиттальной и фронтальной плоскостях после 10 занятий ($p < 0,05$), что позволило улучшить контроль за равновесием тела в вертикальной позе. Достигнута стойкая положительная тенденция в отношении тревоги, депрессии и оценки качества жизни пациентов с БП, что свидетельствует об эффективности применения ТДТ в системе комплексной реабилитации больных.

Вывод. ТДТ эффективна на всех стадиях БП и может быть рекомендована в составе системы комплексной реабилитации пациентов для улучшения качества их жизни.

ВПЛИВ МЕНОПАУЗИ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Н. І. Питецька

Харківський національний медичний університет

Незважаючи на те, що артеріальна гіпертензія (АГ) у жінок розвивається пізніше, ніж у чоловіків, її перебіг значно важчий і супроводжується більшою кількістю ускладнень, а після настання менопаузи ступінь серцево-судинного ризику у жінок значно підвищується порівняно з таким у чоловіків. У цей час в організмі жінки відбувається цілий каскад метаболічних змін, які трансформуються в певну патологічну симптоматику. Особливої уваги заслуговують зміни, що виникають після гістеректомії.

Мета — визначення впливу природної і хірургічної менопаузи на метаболічні чинники у жінок з АГ.

Матеріали і методи. Обстежено 220 жінок віком від 30 до 79 років з АГ, яких було розділено на групи: 1-шу ($n = 73$) склали хворі без клінічних ознак гормональних порушень, 2-гу ($n = 147$) — пацієнтки у постменопаузі, серед яких у 119 виявлено фізіологічну (3-тя група), у 28 — хірургічну (штучну) менопаузу (4-та група). Для вирішення поставленої задачі визначали антропометричні показники, показники вуглеводного і жирового обміну.

Результати. Аналіз антропометричних показників виявив достовірне зростання індексу талія/стегна у жінок 2-ї групи порівняно з показником у пацієнток 1-ї ($p < 0,05$). Суттєвого впливу менопаузи на індекс маси тіла в нашому дослідженні не виявлено ($p > 0,05$). У пацієнток із хірургічною менопаузою значення антропометричних показників були меншими, ніж у жінок з фізіологічною менопаузою ($p > 0,05$ у всіх випадках). Усі досліджувані показники вуглеводного обміну у пацієнток 1-ї і 2-ї груп між собою достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$ у всіх випадках). При цьому рівні базальної і постпрандіальної глюкози, інсуліну натще та значення індексу НОМА у жінок з природною менопаузою були вищими, ніж у пацієнток зі штучною менопаузою ($p > 0,05$ у всіх випадках). Наявність менопаузи сприяла достовірному зниженню рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності, підвищенню рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності та коефіцієнта атерогенності ($p < 0,05$ в усіх випадках), але у хворих з хірургічною менопаузою атерогенна спрямованість показників жирового обміну була більш вираженою порівняно з такою у пацієнток з фізіологічною менопаузою ($p > 0,05$).

Висновки. У жінок з АГ у постменопаузальний період виявлено асоціативний зв'язок між менопаузою і абдомінальним ожирінням, а також тенденцію до погіршення показників вуглеводного обміну. Атерогенна спрямованість ліпідного обміну була більш значущою у пацієнток з хірургічною менопаузою.