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»
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
Харківський національний медичний університет МОЗ України

«Ендокринна патологія у віковому аспекті»

Матеріали
XIV науково-практичної конференції з міжнародною участю
(Харків, 24 - 25 листопада 2016 р.)

Харків – 2016

ЗМІСТ

ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Аль-Травнех Е. В., Бобронникова Л. Р. 9

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ L-АРГІНІНОМ НА УЛЬТРАЗВУКОВІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ
Архипкіна Т. Л., Карпенко Н. О., Любимова Л. П., Тяжелова О. В., Бєлкіна І. О. 10

АНАЛІЗ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ В РОДОВОДАХ ХЛОПЦІВ ТА ДІВЧАТ ІЗ ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ, ЩО МЕШКАЮТЬ В УМОВАХ ЛЕГКОГО ЙОДОДЕФІЦИТУ
Багацька Н. В., Глотка Л. І. 11

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ПАРАМЕТРІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ТА РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА ШЛУНОЧКІВ ІЗ ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ У ЖІНОК З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ
Бек Н. С. 12

ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДЖЕННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ
Бєляєва О. Е. 13

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ І ДИСБАЛАНСУ АДИПОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПРИ НАЯВНОСТІ НЕСПРИЯТЛИВИХ ГЕНЕТИЧНИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ
Біловол О. М., Бобронніков Л. Р., Шалімова А. С. 15

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Бобронникова Л. Р., Беловол А. Н. 16

ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Бобронникова Л. Р., Бутова Е. Ю. 16

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ПАТОСПЕРМИЙ
Бондаренко В. А., Минухин А. С., Скорняков Е. И., Кошель С. П., Овчаренко Л. Б., Сахнюк Т. В. 17

ЗАЛЕЖНІСТЬ ОСТЕОПОНТИНЕМІЇ ВІД НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА
Борзова-Коссе С. І., Борзова О. Ю., Балашова Т. О. 18

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ У ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ ТА СТАТІ ПРИ ВИРАЗКОВОМУ УРАЖЕННІ ШЛУНКА
Гнатюк В. В. 19

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ СЕЛЕНОМ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ ЗАПОРОЖСКОЙ И ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ
Гончарова О. А., Сиваш О. В., Никишина Л. Е. 20

УРОВНИ СЕЛЕНА В ВОЛОСАХ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЛАСТНЫХ ЦЕНТРАХ ЮГО-ВОСТОКА УКРАИНЫ
Гончарова О. А., Ткаченко Н. А., Никишина Л. Е. 21

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА РІВНЯ ЙОДУРІЇ У ДІТЕЙ
Гончарь М. О., Сенаторова Г. С., Цюра О. М., Бужинська Н. Р., Башкірова Н. В. 22

Мета. Проаналізувати активність остеопонтина у хворих з гострим інфарктом міокарда залежно від наявності ожиріння, а також дослідити характер зв'язків з антропометричними показниками.

Матеріали та методи. Обстежено 105 хворих ГІМ, поділених на групи, в залежності від наявності ожиріння. До першої групи увійшли хворі ГІМ з ожирінням (n = 75). Другу групу становили хворі ГІМ без ожиріння (n = 30). У хворих розраховували індекс маси тіла (ІМТ) за формулою ІМТ (кг/м^2) = маса тіла / (зріст) ^{2}, остеопонтин визначали імуноферментним методом.

Результати. В групі хворих з ГІМ спостерігається вірогідне зростання рівня остеопонтина на 90,69 % в порівнянні з групою контролю. При наявності коморбідності ожиріння і ГІМ концентрація остеопонтину була достовірно вище на 141,2 % при зіставленні з групою контролю. Порівняння рівнів досліджуваного параметра, у хворих ГІМ в залежності від наявності або відсутності супутнього ожиріння визначило відмінності у вигляді зростання концентрації остеопонтина на 27,1 % при надмірній масі тіла ($p<0,05$). Рівень антропометричних параметрів, а саме ІМТ і обвід талії (ОТ) у хворих з ГІМ і ожирінням був достовірно вище при зіставленні як з особами групи контролю, так і пацієнтами з нормальною масою тіла при ГІМ. У хворих з ГІМ і ожирінням знайдено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між остеопонтином і ІМТ ($r = 0,54$; $p<0,05$), ОТ ($r = 0,48$; $p<0,05$), тобто збільшення маси тіла у хворих з ГІМ асоціюється з гіперостеопонтинемією.

Висновки. Наявність гострого інфаркту міокарда супроводжується гіперостеопонтинемією за умови наявності супутнього ожиріння і без нього при зіставленні з контрольною групою, представленої здоровими особами.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ У ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ ТА СТАТІ ПРИ ВИРАЗКОВОМУ УРАЖЕННІ ШЛУНКА

Гнатюк В. В.
Національний фармацевтичний університет, Харків

На сьогодні доведений гальмуючий вплив мелатоніну на синтез гонадотропних гормонів – фолікулостимулюючого (ФСГ) та лютеінізуючого (ЛГ). Центральним органом, де відбувається синтез мелатоніну є пінеальна залоза, а головним джерелом екстрапінеального мелатоніну вважають ентерохромафінні клітини шлунково-кишкового тракту (ШКТ). При цьому, деякі хвороби ШКТ найбільш часто спостерігаються у чоловіків молодого віку, наприклад виразкова хвороба. Ріст захворюваності на виразкову хворобу починається з 18-25 років та досягає максимуму в 35-40 років (62,6%). З віком ушкодження шлунка або дванадцятипалої кишки однаково часто зустрічаються як у чоловіків, так і у жінок. В деяких наукових роботах розглядаються питання впливу різних рівнів тестостерону на розвиток виразкового ураження. Але досліджень про зміни кількості тестостерону в крові на тлі виразкового ураження з порушенням при цьому екстрапінеального джерела синтезу мелатоніну, який має репаративні властивості, відсутні.

Метою роботи було вивчення рівня тестостерону у щурів різного віку та статі при виразковому ураженні шлунка.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на 24 щурах різної статі віком 9 та 20 міс, що відповідає віку людини 29-30 та 55-56 років. Тварини були розподілені на групи контроля та експериментальні групи відповідно віку та статі. Виразкове ураження шлунка моделювали методом спирто-преднізолонового ушкодження – внутрішньошлунково вводили преднізолон в дозі 20 мг/кг, що був розчинений в 80% етиловому спирті в дозі 6 мл/кг. Рівень тестостерону в сироватці крови визначали за допомогою імунноферментного аналізу з використанням набору DRG Тестостерон ELISA (DRG, Німеччина). Усі втручання та евтаназію тварин проводили згідно з вимогами комісії з біоетики НФаУ та «Загальними етичними принципами експериментів на тваринах», що узгоджуються з положеннями «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, яких використовують для експериментальних і інших наукових цілей» (Страсбург, 1986 р.) та першого Національного конгресу з біоетики (Київ, 2001). Статистичну достовірність оцінували за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA, достовірними вважали різницю при $p\leq0,05$. Використовували програмне забезпечення «Statictica 7.0» та Excel.

Результати. В ході проведеного дослідження встановлено, що при виразковому ураженні шлунка відбувається підвищення рівня тестостерону у щурів обох статей та вікових груп. Так у молодих щурів-самців з виразковим ураженням рівень тестостерону склав 5,94±0,76 нмоль/л, що було на 77% ($p \leq 0,05$) більше за рівень тестостерону в контрольній групі відповідного віку та в 1,6 рази ($p \leq 0,05$) більше відносно рівня тестостерону у старих щурів експериментальної групи. У щурів-самців віком 20 міс. підвищення рівня тестостерону відбулося на 21% відносно контроля.

У щурів-самиць також спостерігалося підвищення рівня тестостерону, але воно було недостовірним відносно контрольних груп і склало 5% у самиць в віці 9 міс. та 7% – в віці 20 міс. Також не відмічалось недостовірної різниці рівня тестостерону між віковими групами щурів-самиць.

Порівнюючи показники тестостерону у щурів різної статі та одного віку встановлено, що у молодих щурів-самців рівень тестостерону на тлі виразкового ураження достовірно вищий за рівень тестостерону у щурів-самиць в 1,5 рази ($p \leq 0,05$). З віком достовірна різниця між рівнями тестостерону у щурів різної статі як у контрольних, так і в експериментальних групах зникла та становила при виразковому ураженні шлунка у щурів-самців 3,65±0,65нмоль/л, у щурів-самиць – 3,77±0,11 нмоль/л.

Отримані результати демонструють, що пошкодження екстрапінеального джерела синтезу мелатоніну в ШКТ впливає на секрецію тестостерону. Враховуючи, відомості про гальмуючий вплив високих рівнів мелатоніну на систему гіпоталамус-гіпофіз-гонади, підвищення рівня тестостерону при виразковому ураженні шлунка ймовірно виникає внаслідок зменшення кількості мелатоніну крові при пошкодженні мелатонінпродукуючих клітин слизової оболонки шлунка, що, в свою чергу, призводить до зниження його гальмуючого впливу на секрецію гонадотропних гормонів з відповідним підвищенням продукції тестостерону та вказує на існування оборотного кореляційного зв'язку між гонадами та джерелами секреції мелатоніну.

В ході дослідження також встановлено, що підвищення рівня тестостерону при пошкодженні слизової оболонки шлунка виникає як у щурів-самців, так і щурів-самиць, що свідчить про наявність типового механізму впливу мелатоніну на систему гіпоталамус-гіпофіз-гонади як у самців, так і у самиць. При цьому, встановлена достовірна різниця між підвищенням рівнів тестостерону при виразковому пошкодженні у молодих щурів-самців відносно щурів-самиць. Та навпаки, відсутність такої різниці у старих щурів. На нашу думку, отримані дані свідчать, що, враховуючи те, що тестостерон є провідним статевим гормоном саме у чоловіків, це може визначати особливості перебігу та виникнення деяких захворювань, пов'язаних з мелатонінодефіцитом, саме у чоловіків статевозрілого віку.

Висновки.

1. Пошкодження екстрапінеального джерела синтезу мелатоніна призводить до підвищення рівня тестостерону в сироватці крові у щурів обох статей та вікових груп відносно контроля.
2. У молодих щурів обох статей рівень тестостерону на тлі виразкового ураження шлунка був вищий за рівень тестостерону у щурів віком 20 міс.
3. З віком зникає достовірна різниця між рівнями тестостерону у щурів різної статі з виразковим ураженням шлунка.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ СЕЛЕНОМ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ ЗАПОРОЖСКОЙ И ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ

[1] Гончарова О. А., [2] Сиваш О. В., [3] Никишина Л. Е.

[1] Харьковская медицинская академия последипломного образования,
[2] КУ «Пологовская ЦРБ», Пологи, Запорожская область,
[3] ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», Харьков

В настоящее время установлена важность селена для нормального функционирования эндокринных желез, в т. ч. щитовидной железы и репродуктивной системы (Negro R., 2007; Drutel A. et al., 2013). Поэтому проживание детей на территориях с селенодефицитом является фактором риска развития у них и тиреопатий, прежде всего аутоиммунной природы, и развития репродуктивной недостаточности.