всеукраїнського реєстру хворих з МРЩЗ.

Висновки. Проведення генетичної діагностики МРЩЗ дозволить визначити групу ризику щодо зазначеної патології, зокрема серед родичів хворих з діагностованим МРЩЗ, і у разі необхідності провести своєчасне профілактичне хірургічне лікування хворих задля збереження їхнього життя.

Дата надходження до редакції 26.10.2018 р.

ЛІТЕРАТУРА

1. Wells SA, Asa SL, Dralle H, et al. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. *Thyroid*. 2015; 25(6):567-610. doi: 10.1089/thy.2014.0335
2. Tuttle RM, Ball DW, Byrd D, et al. Medullary carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010; 8:512-530.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150222](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150222)

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ГІПОТИРЕОЗ

Л.В. Оленич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Підтримання гомеостазу та регуляція процесів життєдіяльності відбувається завдяки процесу адаптації. Дефіцит тиреоїдних гормонів чинить негативний вплив на усі органи та системи організму, часто поєднується з гіпертонічною хворобою (ГХ). Коморбідність гіпотиреозу та ГХ може призводити до порушення адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи, що є несприятливим прогностичним чинником перебігу захворювань.

Мета: Вивчення адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи у пацієнтів з ГХ за умов гіпотиреозу.

Матеріали та методи. Обстежено 113 пацієнтів з ГХ 1 та 2 ступенів, яких поділено на групи: 1 група – 72 пацієнти віком $53,00 \pm 9,37$ року з первинним гіпотиреозом; 2 група – 41 пацієнт віком $61,00 \pm 11,54$ року зі збереженою функцією щитоподібної залози (ЩЗ). Адаптаційний потенціал серцево-судинної системи визначався за методикою Р.М. Баєвського, за допомогою формули:

$AP = 0,011 \times ЧСС + 0,014 \times AT_c + 0,008 \times AT_d + 0,014 \times N + 0,009 \times M - 0,009 \times L - 0,27$,

де, АП – адаптаційний потенціал; ЧСС – частота серцевих скорочень у спокої; АТд – діастолічний артеріальний тиск; АТс – систолічний артеріальний тиск; N – вік; M – маса тіла; L – довжина тіла.

Окрім стандартного обстеження проводили антропометричні виміри, розраховували індекс маси тіла (ІМТ), визначали рівень тиреотропного гормону гіпофізу, тироксину, кортизолу. Опрацювання даних проводилося за допомогою пакета програм «Statistica for Windows 10.0». Дані подані як «медіана

[нижній; верхній] квартиль».

Результати та обговорення. У пацієнтів 1 групи істотно частіше виявлено напружену ($44,44 \pm 5,86\%$) та незадовільну адаптацію ($50,00 \pm 5,86\%$), $p < 0,05$. У 2 групі найчастіше виникали незадовільна адаптація організму ($58,54 \pm 7,69\%$) та зрив адаптації ($21,95 \pm 6,46\%$), задовільної адаптації не було встановлено. Згідно кореляційного аналізу, за умов коморбідності, зростання адаптаційного потенціалу та наближення його до незадовільної адаптації та зриву прямо корелює з тривалістю ГХ ($\tau = 0,30$, $p = 0,045$), віком пацієнтів ($\tau = 0,35$, $p < 0,001$), ІМТ ($\tau = 0,31$, $p < 0,001$), ЧСС ($\tau = 0,35$, $p < 0,001$), АТс ($\tau = 0,43$, $p < 0,001$), АТд ($\tau = 0,45$, $p < 0,001$), рівнем тригліцеридів ($\tau = 0,28$, $p = 0,006$), рівнем аланінамінотрансферази ($\tau = 0,319$, $p = 0,49$), аспартатамінотрансферази ($\tau = 0,37$, $p < 0,001$), розміром лівого передсердя ($\tau = 0,48$, $p = 0,009$). Обернену кореляцію адаптаційного потенціалу виявлено з рівнем альбуміну крові ($\tau = -0,53$, $p = 0,016$), кортизолом ($\tau = -0,48$, $p = 0,028$).

Висновки. Поєднання ГХ та гіпотиреозу призводить до формування незадовільного адаптаційного потенціалу. Порушення здатності організму до адаптації з можливим розвитком незадовільної адаптації та її зриву асоціюється зі збільшенням віку, подовженням тривалості ГХ та підвищенням показників артеріального тиску, гіпертригліцеридемією, печінковою дисфункцією, збільшенням розміру лівого передсердя та пригніченням кори надниркових залоз (за кортизолом).

ЛІТЕРАТУРА

1. Нурметова І.К. Функціональне значення гормонів щитоподібної залози в процесах адаптації / І.К. Нурметова // Досягнення біології та медицини. – 2013. – №2. – С. 68-71.
2. Вернигородський В.С. Адаптаційний потенціал і реабілітаційний прогноз у хворих на гіпотиреоз / В.С. Вернигородський, Н.М. Фетісова, М.В. Вернигородська // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2011. – № 2(35). – С. 34-36.

Дата надходження до редакції 10.10.2018 р.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150223](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150223)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ПАЦІЄНТІВ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА МІГРЕННЮ БЕЗ АУРИ І ХРОНІЧНОЮ МІГРЕННЮ

Ю.І. Романенко¹, І.А. Григорова², І.Ю. Романенко³

¹Київська обласна клінічна лікарня, ²Харківський державний медичний університет,

³Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

Головний біль є однією з найбільш частих скарг не тільки в неврологічній, але і в загальномедичній практиці [1, 2]. Поширеність мігрені (М) коливається від 4 до 20% випадків у загальній популяції, М страждають 6-8% чоловіків і 15-18% жінок [3]. Психічними розладами, найбільш часто присутніми при головному болю, є тривога і депресія, які часто поєднуються з порушеннями сну [4].

Мета: вивчити поширеність та виразність проявів тривоги, депресії та диссомнічних порушень у пацієнтів з надлишковою масою тіла та мігренню без аури і хронічною мігренню.

Матеріал та методи. Було обстежено 31 пацієнта з діагнозами «мігрень без аури» та «хронічна

мігрень». Критеріями включення були підписання інформованої згоди на участь у дослідженні, вік більше 18 і менше 60 років, наявність головного болю, який відповідає критеріям М відповідно до Міжнародної класифікації головного болю, МКГБ-3. В групу здорових випробовуваних увійшло 30 осіб (15 (50%) чоловіків і 15 (50%) жінок), які за минулий рік відмічали не більше 1 епізоду головного болю та не скаржилися на біль у шиї, а також не зверталися за медичною допомогою впродовж минулого року. Було проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження з включенням тестів Спілбергера, Бека, анкети бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну. Статистична обробка даних проводилася з

Таблиця 1

Психометричні показники в групі пацієнтів клінічних груп та груп здорових випробовуваних

Показник	Група I (n=20) Me (Q1–Q3)	Група II (n=11) Me (Q1–Q3)	Здорові випробовувані (n=30) Me (Q1–Q3)
Реактивна тривога, бали	43,50 (41,25–53,25)*	49,00 (42,00–53,00)**	29,50 (27,00–34,25)
Особистісна тривога, бали	49,00 (43,00–52,75)*	50 (47,00–56,00)**	32,50 (30,00–37,00)
Рівень депресії, бали	7,50 (3,00–18,25)*	9,00 (8,00–19,00)**	0,0 (0,0–2,00)
Якість сну, бали	20,00 (19,00–21,75)*	20,00 (18,00–22,00)**	25,00 (23,00–26,00)

Примітки: : рівень значущості відмінності – $P=0,001$ при порівнянні пацієнтів відповідних груп:

* – при порівнянні пацієнтів групи I та здорових випробовуваних; ** – при порівнянні пацієнтів групи II та здорових випробовуваних.