

наповнення капілярів, час підйомного тесту, пульсація на aa.dorsalis pedis, гомілково-плечовий індекс. При цьому виявлена динаміка була більш значимою в пацієнтів 2-ї групи, де додатково до АМТ призначався курс ГРТ.

Через 3 міс після лікування було повторно оцінено рівень глюкози натще та  $HbA_{1c}$ . Рівень  $HbA_{1c}$  у 1-ї групи становив  $5,99 \pm 0,41\%$ , що на 1,71% менше вихідного ( $p > 0,05$ ). Дані були статистично недостовірними, однак виявлена тенденція засвідчила ефективність АМТ. У 2-ї групі показник  $HbA_{1c}$  достовірно знизився в порівнянні з таким до лікування (на 4,46%) і становив  $7,62 \pm 0,29\%$  ( $p < 0,005$ ). Рівень глюкози крові натще зменшився достовірно в обох групах порівняно з таким до лікування: у 1-ї групі – на 7,69% і становив  $6,84 \pm 0,46$  ммоль/л ( $p < 0,005$ ), у групі ЦД + АНК на 11,33% і становив  $8,45 \pm 0,37$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ) (рис. 1).

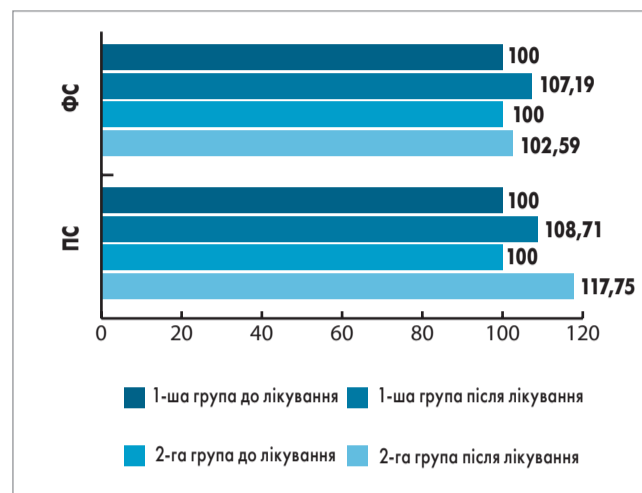
Після проведеного лікування кровопостачання гомілок за даними реовазографії в пацієнтів 1-ї групи з ЦД збільшилося на 2,28% ( $p > 0,05$ ), що не є статистично достовірним, а стоп – на 4,79% ( $p < 0,05$ ); в учасників 2-ї групи із ЦД + АНК достовірно підвищилися кровопостачання гомілок на 7,76% ( $p < 0,001$ ), а стоп – на 9,13% ( $p < 0,01$ ) (рис. 2).

При комплексній оцінці ЯЖ було встановлено, що в пацієнтів 1-ї групи відбувалося достовірне зростання показника психологічного статусу (ПС) на 8,71% ( $p < 0,005$ ), а фізичного статусу (ФС) на 7,19% ( $p < 0,05$ ). Більш значною була динаміка показника ПС у пацієнтів 2-ї групи, що збільшився на 17,75% порівняно з аналогічним до лікування ( $p < 0,001$ ). Менш вираженим було зростання показника ФС у пацієнтів 2-ї групи, яке становило 2,59% ( $p < 0,05$ ) порівняно з відповідним до терапії. Графічно динаміку показників ПС і ФС відображено на рисунку 3.

За даними шкал констатовано позитивні зміни в пацієнтів обох груп. Винятком стали показник фізичної активності (PF) у 1-ї групі, що не змінився, та інтенсивності болю (bodily pain, BP), який зріс на 0,2%, що не є статистично достовірним. Показник шкали ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP) достовірно підвищився на 0,7%. У 2-ї групі підтверджена достовірність змін усіх шкал,

зокрема показник шкали PF збільшився на 5,73%, BP – на 2,27%, збільшення RP досягло 12,16%.

Більш виражені зміни відбулися зі шкалою загального здоров'я (general health, GH), оцінка за якою в 1-ї групі покращилася на 4,78%, а в 2-ї – на 17,02%. У 2-ї групі встановлено найкращу позитивну динаміку показника шкали життєвої активності (vitality, VT), що зросла на 27,48% порівняно з 12,09% у 1-ї групі.



\* Примітка:  $p < 0,05$  –  $p < 0,001$ .

Рис. 3. Динаміка показників ПС і ФС у групах дослідження за даними опитувальника SF-36 (у % від вихідного рівня)

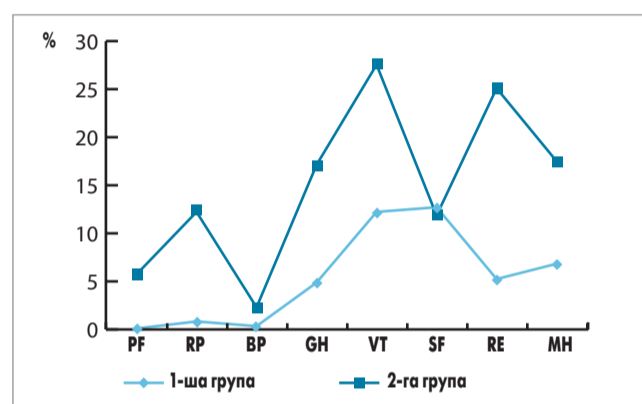


Рис. 4. Зіставлення змін у показниках фізичного і психологічного компоненту здоров'я за опитувальником SF-36

Найбільшого підвищення в 1-й групі досягнув показник соціальної активності (social functioning, SF), збільшившись на 12,62% проти 11,76% у пацієнтів 2-ї групи. Показники емоційної активності (role-emotional, RE) та психічного здоров'я (mental health, MH) зросли в 1-ї групі на 5,1 і 6,72%, у 2-ї – на 25,0 і 17,5% відповідно. Графічно зіставлення показників ЯЖ у групах дослідження показано на рисунку 4.

Таким чином, було встановлено, що застосування ГРТ у комплексній реабілітації хворих на ЦД 2 типу, у тому числі із супутньою АНК, позитивно впливало на ЯЖ. Динаміка всіх параметрів шкал опитувальника SF-36 була більш значимою в пацієнтів із ЦД із супутньою АНК, у програмі комплексної реабілітації яких використовували курс ГРТ за запропонованою методикою.

## Висновки

1. Комплексне лікування із застосуванням курсу ГРТ відповідно до запропонованої методики призвело до більш значимої динаміки клінічних і лабораторних показників у порівнянні з такими групи загальноприйнятого лікування: кровопостачання гомілок підвищилося на 7,76 ( $p < 0,001$ ) проти 2,28% ( $p > 0,05$ ), кровопостачання стоп – на 9,13 ( $p < 0,01$ ) проти 4,79% ( $p < 0,05$ ) (за даними реовазографії). Рівень глюкози знизився на 11,33 ( $p < 0,01$ ) порівняно із 7,69% ( $p < 0,005$ ), а  $HbA_{1c}$  – на 4,46 ( $p < 0,005$ ) проти 1,71% ( $p > 0,05$ ) відповідно, що визначали через 3 міс після завершення лікування. Вищенаведене свідчить про стійкість ефекту від запропонованої схеми комплексної реабілітації.

2. При комплексній оцінці динаміки ЯЖ встановили, що в групі пацієнтів з ЦД і АНК, в якій до загальноприйнятого лікування додали курс ГРТ, спостерігалася більш значима позитивна динаміка показника ПС (зріс на 17,75 ( $p < 0,001$ ) проти 8,71% ( $p < 0,005$ ) відповідно) і ФС (зріс на 2,59 ( $p < 0,05$ ) проти 7,19% ( $p < 0,05$ )).

У перспективі подальших досліджень планується дослідити вплив запропонованих програм реабілітації на показники трофологічного статусу хворих на ЦД 2 типу.

Список літератури знаходиться в редакції.



## ДАЙДЖЕСТ

### Успешная терапия гипотиреоидной резистентности препаратом КАРБИМАЗОЛ

В данном обзоре представлен трудный клинический случай гипотиреоидной резистентности к тиреоидным гормонам (ГРТГ) у девочки в возрасте 6 лет. Первые симптомы заболевания появились в возрасте 22 месяцев: хронический кашель, диарея, задержка развития моторики. Отмечались также гиперактивность и координаторные нарушения. Во время обследования была выявлена персистирующая тахикардия. При тестировании функции щитовидной железы (ЩЖ) обнаружены повышенные концентрации тиреоидных гормонов: свободный Т4 – 63,7 пмоль/л; свободный Т3 – 20 пмоль/л. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) составил 1,9 мМЕ/л. Антитела к тиреопероксидазе и к рецепторам ТТГ не были выявлены. Патологические изменения ЩЖ отсутствовали. Уровень  $\alpha$ -субъединицы ТТГ  $< 0,3$  мМЕ/л и результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга позволили исключить наличие аденомы гипофиза. У родителей пациентки функция ЩЖ была в норме. Секвенирование ДНК не выявило мутаций тиреоидных  $\beta$ -рецепторов. Согласно данным литературных источников, у большинства пациентов с ГРТГ терапия

тиратриколом, как правило, является эффективным методом лечения. С учетом имеющихся симптомов указанной пациентке назначили тиратрикол (0,175 мг 2 р/сут). В связи с отсутствием снижения симптомов тахикардии и диареи через 9 месяцев доза препарата была увеличена вдвое. Тем не менее ответ на лечение тиратриколом в данном клиническом случае был недостаточным – через 1 год уровень свободного Т4 оставался повышенным. Это обусловило необходимость назначения КАРБИМАЗОЛА, хотя уровень ТТГ был нормальным. **Терапия КАРБИМАЗОЛОМ в дозе 2,5 мг 3 р/сут быстро привела к улучшению показателей тиреоидных гормонов и прекращению диареи.** Лечение КАРБИМАЗОЛОМ в течение года способствовало снижению уровня свободного Т4 и ТТГ до 22,6 пмоль/л и 4,75 мМЕ/л соответственно. У пациентки развился мягкий зуб небольших размеров, который не увеличивался в последующие 2 года. Учитывая потенциальное повышение ТТГ на фоне терапии КАРБИМАЗОЛОМ, которое может приводить к развитию зоба, важно продолжать назначение тиратрикола.

Таким образом, добавление в схему лечения КАРБИМАЗОЛА позволило достичь быстрого эффекта, которого не удавалось добиться в течение 1 года монотерапии тиратриколом. КАРБИМАЗОЛ позволил контролировать симптомы ГРТГ и удерживать биохимические показатели на уровне нормы. Это первый клинический случай успешного лечения ГРТГ с помощью комбинации тиратрикола и КАРБИМАЗОЛА.

Ali K. et al. TRIAC and carbimazole combination therapy in pituitary thyroid hormone resistance. *Endocrine Abstracts* 2008; 17: 32.

Подготовил **Игорь Кравченко**



# Еспа-карб

КАРБИМАЗОЛ

Європейське лікування гіпертиреозу за доступною ціною

- Багаторічний досвід застосування в європейських країнах
- Можливість гнучкого підбору дозування
- Сприятливий профіль безпеки
- Доведена ефективність\*




Відомості для медичних фахівців: Повна інформація про лікування застосування, Еспа-карб, Склад: 1 таблетка містить карбімазолу 5 мг або 10 мг. Лікарська форма: Таблетки. Завантажено: Esparma GmbH, Німеччина. Версій: Лідофарм (ГБ), Нойтраассе 82, 40721 Гельден, Німеччина. Представництво в Україні: 02002, Київ, вул. Р. Окіпної, 117, www.esparma.com.ua. Показання для застосування: Гіпертиреоз щитовидної залози, пов'язаний з гіперпродукцією тиреоїдних гормонів гіпертиреоз. Підготовка до тиреоїдних операцій. Терапія до і після лікування радіоактивним йодом. Протипоказання: Підвищена індивідуальна чутливість до карбімазолу або до інших компонентів препарату. Тіжді, які є суцільним порушенням з боку системи кровообігу, тяжка печінкова недостатність. Побічні ефекти: Побічні реакції зазвичай виникають протягом перших 8 тижнів лікування. Найчастіше спостерігаються такі реакції: нудота, головний біль, артеріальне зниження тиску, запороженість, серцебиття, діарея, набряки, транзиторні негрозливі алергічні реакції. \* Antithyroid drug regimen for treating Graves' hyperthyroidism (Review). Abraham P, Avenell A, McGeoch SC, Clark LF, Bevan JS. The Cochrane Library 2010; Issue 1.