

3. Частота виявлення артеріальної гіпертензії зростає при наявності у хворих інших компонентів метаболічного синдрому, особливо при їх поєднанні, внаслідок чого значної актуальності набуває рання діагностика порушень вуглеводного та ліпідного обміну у хворих із артеріальною гіпертензією, особливо при поєднанні з таким важливим компонентом метаболічного синдрому, як абдомінальне ожиріння шляхом скринінг-контролю рівня

глюкози крові натще не рідше 1 разу в 6 місяців, а при необхідності проведення тесту толерантності до вуглеводів особам старше 35 років з обтяженою спадковістю по цукровому діабету 2 типу.

4. При призначенні антигіпертензивної терапії необхідно враховувати вплив препаратів на показники вуглеводного та ліпідного обміну та наявність їх нефропротекторної дії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднар П.М., Михальчишин Г.Л. Актуальні питання діагностики та лікування цукрового діабету // Мистецтво лікування. – 2003. – №1. – С.51-60.
2. Іванов Д.Д. Хронічна хвороба нирок (ХХН) // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2005. – №2. – С.67-77.
3. Катеренчук І.П., Катеренчук В.І., Ровда О.А. Лікування артеріальної гіпертензії у хворих на метаболічний синдром Х // Мистецтво лікування. – 2003. – №1. – С.61-66.
4. Катеренчук В.І. Метаболічний синдром Х: місце розгляду у схемі лікування // Новые медицинские технологии. – 2005. – №5. – С.5-12.
5. Кравчун П., Шушляпин О., Салех С. Назар. Смертельный квартал. Метаболический синдром: этиология, патогенез, клинические проявления // Ліки України. – 2005. – №6. – С.52-55.
6. Сіренко Ю.М., Зфдченко Г.Д. Раміприл та його місце серед інгібіторів АПФ // Укр. кард. журнал. – 2006. – №1. – С.90-99.
7. Mogensen C.E. Microalbuminuria, blood pressure and diabetic renal disease: origin and development of ideas (review) // Diabetologia. – 1999. – Vol 42. – P.263 – 269.
8. Reaven G. M. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes. – 1988. – Vol 37. – P.1595 – 1607.
9. Weidmann P. Antihypertensive therapy in diabetic patients // J Hum. Hypertens. – 1992. – Vol 6. – PS.23 – 26.

SUMMARY

ARTERIAL HYPERTENSION AND ITS PATHOLOGICAL LINKS IN PATIENTS WITH DIABETUS MELLITUS OF SECOND TYPE

Bletska M.M., Fatula M.I., Rishko O.A., Svistak V.V., Rosul M.M.

We have studied a frequency of arterial hypertension in patients with diabetic mellitus of 2nd type in relation to other components of metabolic syndrome (excessive weight, abdominal obesity, dislipidemia). Our data prove the evidence of high distribution of arterial hypertension among the patients with diabetic mellitus of 2nd type. Arterial hypertension is coupled in high percentage with other components of metabolic syndrome (abdominal obesity, hypercholesterolemia). This makes more severe disease symptoms on the diabetic background and increases the risks of the complications development in macro and microvessels.

Key words: diabetic mellitus, arterial hypertension, metabolic syndrome

УДК. 616-092:612.392.64.064

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Бобик Ю.Ю., Пічкарь Й.І., Крафчик О.М.

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, обласна клінічна лікарня, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: проведено порівняльний аналіз захворюваності на патологію (захворювань) щитоподібної залози (ЩЗ) та їх поширеності серед дорослого населення Закарпатської області протягом 2004-2006 рр. Виявлена різна динаміка змін цих патологій у трьох регіонах області. Захворюваність та поширеність зобу І ст. зменшилася у всіх регіонах, а зобу II-III ст. – тільки в низинних районах, в той час, як вузлового зобу, гіпотиреозу та тиреотоксикозу залози зросла у всіх регіонах.

Ключові слова: епідеміологія, захворювання щитоподібної залози, йодна недостатність

Вступ. Проблеми йодної недостатності у довікллі та її медико-соціальні наслідки для жителів Карпатського регіону завжди були і є актуальними. Цьому питанню присвячено багато робіт [1-6, 8-9]. Фабрі А.З. та співавтори провели порівняльну оцінку епідеміології захворювань щитоподібної залози в різних біогеохімічних зонах Закарпаття протягом 1999-2003 рр. [7]. Зважаючи на те, що з

того часу відбулися певні зміни в навколишньому середовищі, змінилися соціальні умови, а також відновилася йодна профілактика, дані дослідження є актуальними.

Метою даної роботи було проведення порівняльного аналізу захворюваності на патологію (захворювань) щитоподібної залози (ЩЗ) та їх поширеності серед дорослого населення Закарпатсь-

кої області за останні 3 роки (2004-2006). Важливим було і вивчення функціонального стану ЩЗ залежно від географічного положення та забезпечення йодом.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було зібрано та проаналізовано статистичні звіти ендокринологічної служби Закарпатської області за 2004 – 2006 рр. При оцінці патології щитоподібної залози використовували пальпаторне її дослідження з оцінкою розмірів за класифікацією ВООЗ (2005), ультразвукове дослідження (УЗД) з визначенням об'єму та структури щитоподібної залози за традиційною методикою. Крім того, у частини обстежених спорадично визначали у сироватці крові рівень тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (вТ4), трийодтироніну (Т3) імуноферментним методом та рівень екскреції йоду з сечу (церій-арсенітним методом).

Результати досліджень та їх обговорення. Проведено епідеміологічний аналіз семи основних нозологічних форм тиреоїдної патології: дифузного зобу I ст., дифузного зобу II-III ст., ендемічного і нетоксичного вузлового зобу, гіпотиреозу, тиреотоксикозу та тиреоїдиту у трьох біогеохімічних регіонах області: низинному (Берегівському, Виноградівському, Мукачівському, м. Ужгород та Ужгородському районах), передгірному (Іршавському, Перечинському, Свалявському, Тячівському та Хустському районах) та гірському (В.Березнянському, Волівецькому, Міжгірському та Рахівському районах). Було проведено також аналіз вищенаведених дисфункцій щитоподібної залози у районах області з метою виявлення найбільш несприятливих на захворюваність та поширеність за окремими нозологіями.

Результати досліджень наведені у таблицях 1-4.
Таблиця 1

Порівняльна оцінка захворюваності щитоподібної залози у населення трьох біогеохімічних регіонів Закарпатської області (на 1000 нас.)

Роки	Дифузний зоб I ст.	Дифузний зоб I-III ст.	Вузловий зоб	Гіпотиреоз	Тиреотоксикоз	Тиреоїдити
низинний регіон						
2004	12,20	2,42	0,35	0,17	0,20	0,14
2005	6,58	1,44	0,40	0,19	0,21	0,10
2006	6,82	1,13	0,42	0,19	0,22	0,13
передгірний регіон						
2004	14,76	2,46	0,31	0,17	0,18	0,07
2005	11,56	2,58	0,41	0,17	0,29	0,09
2006	9,14	2,06	0,37	0,23	0,29	0,10
гірський регіон						
2004	19,98	4,35	0,31	0,14	0,08	0,08
2005	15,28	4,15	0,34	0,23	0,18	0,12
2006	17,53	4,95	0,32	0,18	0,22	0,18

Як видно із даних, наведених у таблиці 1, за останні 3 роки (з 2004 по 2006 р.) спостерігалось зменшення захворюваності на дифузний зоб I ступеня у всіх трьох регіонах області. Так, це зменшення у низинній зоні на 2006 рік складало у 1,79 (на 1000 нас.), у передгірній зоні – у 1,61, а у гірській зоні – у 1,14 рази порівняно з 2004 роком.

Динаміка захворюваності на дифузний зоб II-III ст. є різнонаправленою: у низинних та передгірних районах вона також зменшилася, відповідно, у 2,14 та 1,19 рази, в той час, як у гірських районах зросла у 1,14 рази.

Захворюваність на вузловий зоб збільшилася у низинних та передгірних районах, відповідно у 1,20 та 1,19 рази, в той час, як у гірських зростання цього показника є незначним.

У той же час, спостерігається збільшення захворюваності на гіпотиреоз у всіх трьох регіонах, особливо значне у передгірних – у 1,35 рази, у гір-

ських та низинних регіонах зростання цього показника склало, відповідно у 1,29 та 1,12 разів.

Зміни захворюваності на тиреотоксикоз є односторонніми, однак виразність їх різна у окремих регіонах: вона дещо збільшилася у низинних районах – у 1,10 рази, більш суттєво у передгірних – у 1,61 рази та особливо в гірських районах – у 2,75 рази.

Вказана динаміка зростання тиреотоксикозу та гіпотиреозу можливо зумовлена зростанням кількості вузлового зобу. Наявність вузлів у щитоподібній залозі є фактором ризику автономізації вузла з розвитком тиреотоксикозу або зменшення здатності ЩЗ з наступним виникненням гіпотиреозу.

Захворюваність на тиреоїдити фактично не змінилася у низинних районах та зросла у передгірних та гірських районах (відповідно у 1,61 та 2,25 рази). Вказана динаміка патології ЩЗ також може сприяти розвитку дисфункції ЩЗ.

Збільшення захворюваності на щитоподібну залозу у населення районів
Закарпатської області у 2006 р. порівняно з 2004 р., разів

Райони	Дифузний зоб I ст.	Дифузний зоб II-III ст.	Вузловий зоб	Гіпо-тиреоз	Тирео-токсикоз	Тиреої-дити
низинний регіон						
Ужгородський	<1,40	<1,11	>1,42	>1,05	<1,06	>1,11
м.Ужгород	<1,56	<2,57	<1,24	>1,76	>1,41	<1,50
Мукачівський	<1,98	<1,78	>1,54	<1,47	>1,25	<1,06
Берегівський	<2,43	<3,83	>2,73	>3,50	>1,15	>3,50
Виноградівський	<1,90	<2,00	<1,28	<1,89	0	<1,33
передгірний регіон						
Перечинський	<1,71	<1,02	>4,25	>3,17	>1,75	<0,80
Іршавський	<1,54	<1,83	>2,00	0	<1,40	>0,50
Хустський	<1,48	<1,27	>1,93	<2,09	>2,92	>2,17
Тячівський	<1,47	<1,27	<1,50	>1,37	<1,09	>1,37
Свалявський	<2,5	0	<1,76	>1,38	>1,07	>3,53
гірський регіон						
В.Березнянський	<1,40	<1,51	<1,25	<1,21	>0,90	>0,90
Рахівський	<2,93	<2,27	<1,21	<1,33	<1,50	<2,60
Міжгірський	>2,09	>2,72	>1,13	>2,13	>5,20	>2,28
Волівецький	<1,77	<1,56	>1,63	>1,63	>1,50	>1,60

При аналізі захворюваності зобом I ст. у районах області (табл. 2), звертає на себе увагу зростання цього показника у гірському Міжгірському районі у 2006 р., порівняно з 2004 р. у 2,09 разу. Протягом цього ж періоду захворюваність на зоб II-III ст. у даному районі збільшилася у 2,72 разу.

Захворюваність на вузловий зоб найбільше з низинних районів зростає у Берегівському районі – у 2,73 разу, з передгірних – у Перечинському – у 4,25 разу та у 2 рази в Іршавському та Хустському районах. Серед гірських районів найбільше збільшення цього показника відмічено у Волівецькому районі – у 1,63 разу.

Найбільше зростання захворюваності на гіпо-тиреоз серед низинних районів спостерігається у

Берегівському районі – у 3,50 разу, серед передгірних – у Перечинському – у 3,17, серед гірських – у Міжгірському – у 2,13 разу.

Залежно від географічного положення спостерігається різний ступінь зростання захворюваності на тиреотоксикоз: вона найбільше зростає у передгірному Хустському районі – у 2,92 разу та, особливо, у гірському Міжгірському районі – у 5,2 разу.

Найвищі показники зростання захворюваності на тиреоїдит спостерігаються у Берегівському районі – у 3,50, Свалявському та Хустському районах, відповідно, у 3,53 та 2,17 разів та Міжгірському районі – у 2,28 разів.

Таблиця 3

Порівняльна оцінка поширеності захворювань щитоподібної залози у трьох біогеохімічних регіонах Закарпатської області (на 1000 нас.)

Роки	Дифузний зоб I ст.	Дифузний зоб I-III ст.	Вузловий зоб	Гіпо-тиреоз	Тирео-токсикоз	Тиреої-дити
низинний регіон						
2004	87,48	25,00	3,09	2,11	1,82	1,31
2005	73,62	22,64	3,67	2,34	1,95	1,41
2006	70,32	17,46	3,92	2,41	1,81	1,53
передгірний регіон						
2004	81,86	19,06	2,20	1,46	2,16	0,68
2005	76,64	19,86	2,43	1,71	2,39	0,69
2006	74,92	20,26	2,50	1,77	2,44	0,75
гірський регіон						
2004	76,70	19,65	3,05	0,76	1,22	0,59
2005	68,40	18,75	3,24	0,95	1,34	0,63
2006	65,48	20,95	3,28	1,01	1,47	0,65

Як видно з таблиці 3, протягом 2004-2006 рр. спостерігається зменшення поширеності захворювання на дифузний зоб І ст. (на 1000 нас.) у всіх трьох регіонах області. Так, це зменшення у низинній зоні у 2006 році складало у 1,24 разу, у передгірній зоні – у 1,10, а у гірській зоні – у 1,17 разу менше, порівняно з 2004 роком. Динаміка поширеності дифузного зобу II-III ст. є різнонаправленою: у низинних районах вона зменшилася у 1,43 разу, в той час, як у передгірних та гірських районах зросла у 1,06 разу.

Показники поширеності вузлового зобу збільшилися у всіх регіонах, особливо суттєво у низин-

них районах – у 1,27, у передгірних та гірських, відповідно у 1,14 та 1,08 разу.

Найбільш вираженим є зростання поширеності гіпотиреозу: вона найбільше збільшилася у гірських районах – у 1,33 разу, у передгірних та низинних, відповідно у 1,21 та 1,14 разу.

Величини поширеності тиреотоксикозу у низинних районах практично не змінилися, у передгірних та гірських – збільшилися, відповідно, у 1,13 та 1,20 разу.

Поширеність тиреоїдиту незначно зросла у всіх трьох регіонах: у низинному у 1,17 разу, а у передгірному і гірському – у 1,10 разу.

Таблиця 4

Збільшення поширеності дисфункції щитоподібної залози у районах Закарпатської області у 2006 р. порівняно з 2004р., разів

Райони	Дифузний зоб І ст.	Дифузний зоб II-III ст.	Вузловий зоб	Гіпотиреоз	Тиреотоксикоз	Тиреоїдити
низинний регіон						
Ужгородський	<1,41	<2,35	>1,19	>1,02	>1,02	>1,24
м.Ужгород	<1,28	<1,26	>1,26	>1,22	>1,43	>1,18
Мукачівський	<1,14	<1,59	>1,20	>1,25	>1,14	>1,29
Берегівський	<1,23	<1,77	>1,32	>1,02	<1,61	>1,03
Виноградівський	<1,19	0	>1,41	>1,35	>1,14	>1,13
передгірний регіон						
Перечинський	<1,41	<1,07	>1,08	>1,45	>1,23	>1,11
Іршавський	<1,10	>1,04	>1,15	<1,03	<1,01	0
Хустський	>1,01	>1,11	>1,36	>1,23	>1,72	>1,02
Тячівський	<1,11	>1,14	>1,05	>1,54	<1,05	>1,22
Свалявський	<1,06	>1,04	<1,03	>1,05	>1,06	>1,23
гірський регіон						
В.Березнянський	<1,25	<1,23	0	>1,02	>1,24	<1,45
Рахівський	<1,69	>1,08	>1,12	>1,36	<1,01	<1,22
Міжгірський	>1,27	>1,30	>1,09	>1,64	>2,57	>1,41
Волівецький	0	>1,04	>1,12	>1,46	>1,02	>1,50

Аналіз поширеності зобу І ст. та зобу II-III ст. свідчить про зростання цих показників протягом даного періоду у Міжгірському районі, відповідно, у 1,27 та 1,30 разу.

Найбільше зростання поширеності вузлового зобу спостерігалось у низинних районах, зокрема у Виноградівському та Берегівському районах воно склало, відповідно у 1,41 та 1,32 разу, та Хустському районі – у 1,36 разу.

Показники зростання поширеності гіпотиреозу найбільші у Тячівському – у 1,50 та Міжгірському районі – у 1,64 разу.

Поширеність тиреотоксикозу найбільше зросла у Хустському районі – у 1,72 та Міжгірському – у 2,57 разу.

Найбільше зростання поширеності на тиреоїдит спостерігалось у Міжгірському – у 1,41 разу та Волівецькому районах – у 1,50 разу.

Висновки. 1. Проведений аналіз захворюваності та поширеності захворювань щитоподібної залози серед дорослого населення Закарпатської об-

ласті (на 1000 нас.) протягом 2004-2006 років свідчить про різну динаміку змін цих патологій у трьох регіонах області.

2. У низинних районах захворюваність суттєво зменшилася на зоб І ст. та зоб II-III ст., однак збільшилася на вузловий зоб, гіпотиреоз та тиреотоксикоз і не змінилася на тиреоїдит. У передгірних – зменшилася на зоб І ст. та зоб II-III ст., в той час, як на всі інші – зросла. У гірських – зменшилася на зоб І ст., дещо зросла на зоб II-III ст., вузловий зоб та значно зросла на тиреотоксикоз та тиреоїдит.

3. Поширеність зобу І ст. зменшилася у всіх регіонах області, зобу II-III ст. – тільки в низинних районах, в той час, як інших захворювань щитоподібної залози зросла у всіх регіонах (крім тиреотоксикозу у низинних, де практично не змінилася).

4. Проведений аналіз свідчить про необхідність у диференційованому підході до проведення профілактики йодної недостатності в окремих районах області.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вацеба А.О., Гаврилюк В.М., Паньків В.І. Епідеміологія захворювань щитоподібної залози в умовах йодної недостатності // Лікарська справа. – 2002. – №1. – С. 31-33.
2. Олійник В.А. Ендемічний зоб. // Лікування і діагностика. – 1997. – №1. – С. 38-40.
3. Паньків В.І., Масляк В.А., Пешковська та ін. Оцінка тяжкості йодної недостатності у Карпатському регіоні // Буковинський медичний вісник. – 2001. – Т.5, №1. – С. – 7-10.
4. Пічкарь Й.І., Фабрі А.З., Крафчик О.М. Епідеміологія зобної ендемії в Закарпатській області. – Мат. Пленуму асоціації ендокринологів України. – Львів, 22-23. 06. 2003. – С. 86-88.
5. Погорелев А.В. Распространенность заболеваний щитовидной железы среди населения Украины // Клін. хірургія. – 1998. – №6. – С. 43-44.
6. Туряница И.М., Фабри З.Й., Пашенко А.Е. Йодно-тиреоидный статус организма в условиях йодного дефицита. – Ужгород, 1996. -143 с.
7. Фабрі А.З., Крафчик О.М., Пічкарь Й.І. Порівняльна оцінка епідеміології захворювань щитоподібної залози в різних біогеохімічних зонах Закарпаття. // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія “ Медицина”. – Ужгород. – 2004. – Вип. 23. – С. 117-122.
8. Laurberg P., Pedersen I., Knudsen N. Environmental iodine intake affects the type nonmalignant thyroid disease // Thyroid. – 2001 May. – Vol. 11, № 5. – P. 457-469.
9. Peter F., Wiersinga W., Hostaiek U. The Thyroid and Environment // Merck European Thyroid Symposium. Budapest. – 2000 June 22-25. – P. 384.

SUMMARY

COMPARATIVE EVALUATION OF EPIDEMIOLOGY OF THYROID GLAND IN TRANSCARPATIAN REGION OF UKRAINE

Bobik Y.Y., Pichkar Y.I., Krafchik O.M.

We have made the analyses of the sickness rate and spread of diseases of thyroid gland among adult population of Transcarpathian region during 2004-2006 years and found out that there is different dynamics of changes in three parts of the region. The sickness rate of diffuse goiter of 1 degree has decreased in all parts of the region, of diffuse goiter of 2 degree in lowlands and in foothills, while the sickness rate of all the other diseases has increased. The spread of goiter of the 1 degree has decreased in all the parts of the region, of goiter of 2-3 degree only in the lowlands, the sickness rate of all the other diseases of thyroid gland has increased in all the parts of the region.

Key words: epidemiology, thyreoid diseases, iodine deficiency

УДК 616.12-008.3311-055:612.13(477.87-23)

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД РЕГІОНІВ ПРОЖИВАННЯ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ (ГІРСЬКІ, НИЗИННІ)

Вайда М.Ф.

Закарпатський обласний кардіологічний диспансер, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: в роботі проведений аналіз деяких показників гемодинаміки у хворих на АГ залежно від регіонів проживання (гірські або низинні). Встановлено гірший гемодинамічний перебіг АГ у чоловіків порівняно до жінок.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, гірські умови, гемодинаміка

Вступ. Оскільки захворювання серцево-судинної системи займають провідне місце у структурі загальної захворюваності та смертності населення, їх вивченню, профілактиці та лікуванню приділяють значну увагу. Одним із факторів, що впливає на виникнення, перебіг та наслідки серцево-судинних захворювань, є умови проживання, до яких належать гірський клімат з характерними для нього гіпоксичними умовами та цілим каскадом геодинамічних особливостей, які витікають із цього.

Адаптація організму до гіпоксії в умовах проживання на більшій висоті важлива тому, що саме їй належить значна роль у виникненні і в прогресуванні багатьох захворювань, оскільки практично кожен патологічний стан прямо чи опосередковано пов'язаний із порушенням кисневого балансу [1].

Давно відомо, що горяни відрізняються від жителів рівнин більшою фізичною витривалістю та кількістю довгожителів на тисячу населення [2]. Інструментальні дослідження свідчать про те, що толерантність до фізичного навантаження у жителів гірських районів вища, ніж у жителів рівнин [3, 4].

В плані обговорення особливостей перебігу серцево-судинної патології в різних висотних умовах важливим є вивчення перебігу артеріальної гіпертензії (АГ), оскільки вона є одним із найпоширеніших та безсумнівних факторів ризику серцево-судинної смерті працездатного населення у більшості країн світу, в тому числі й в Україні. Тільки за останні 5 років у нашій країні відмічено збільшення смертності від ГХ на 49,3% серед