

Мета роботи – оцінка ефективності застосування нових диференційованих програм навчання самоконтролю дітей та підлітків з цукровим діабетом 1 типу (ЦД1) в залежності від віку, рівня знань, тривалості хвороби.

В процесі виконання дослідження навчено 458 дітей та підлітків з ЦД1 віком 4-18 років, в тому числі 78 дітей з матерями віком 4-7 років. Основна група та група порівняння були розподілені за методикою навчання (диференційовані програми трьохрівневого навчання, розроблені протягом останніх років на базі відділення ендокринології клініки Інституту, та традиційні програми навчання, рекомендовані ISPAD). Оцінка ефективності диференційованих та традиційних навчальних програм проводилась після закінчення 7-10-денного курсу навчання, а також через 3, 12 і 18 місяців. Ефективність навчальних програм оцінювали за результатами клініко-метаболических параметрів (рівень HbA_{1c}, глікемії базальної і постпрандіальної, частоти діабетичного кетоацидозу і гіпоглікемії); частоти і причин повторних госпіталізацій; змін поведінки, пов'язаної з ЦД, а також з урахуванням рівня знань про ЦД з використанням опитувальника «Модулі з навчання хворих на ЦД 1 типу». Статистична обробка здійснювалася за допомогою програмного пакета XL Statistics 4.0.

Після проведення диференційованого навчання хворих на ЦД1 та членів їх сімей відмічено позитивну динаміку показників компенсації захворювання протягом року, що відображалось у зниженні середніх показників HbA_{1c} (від 9,8% до 8,1%) за рахунок зменшення кількості хворих з глікемічним контролем високого ризику (з 67,5% до 29,3%) та збільшення частоти випадків оптимального глікемічного контролю (з 10% до 41,6%). Поліпшився рівень самоконтролю за показниками рівня біомедичних знань та практичних навичок в динаміці спостереження зі зростанням частоти випадків його середнього рівня з 23,4% до 70,0%. Як результат вміння адекватно контролювати свій діабет після пройденого навчання, в основній групі частота екстрених госпіталізацій зменшилася в 10 разів ($p < 0,001$), що достовірно відрізнялося від результатів навчання в групі порівняння ($p < 0,05$).

Зафіксовані зміни ставлення пацієнтів до самоконтролю: 63,5% дітей з тривалістю ЦД1 більше 1 року, стали оцінювати вимір глікемії та проводити розрахунок вуглеводів у їжі, як звичний режимний момент свого життя. Після диференційованого навчання 73% дітей основної групи через рік зберегли звичку ведення щоденника самоконтролю, що збіглося з частотою оптимального самоконтролю й умінням самостійно змінювати дози інсуліну, в групі порівняння менше половини пацієнтів (40%) вели щоденник, але при цьому не проводили корекцію дози інсуліну.

Таким чином, використання диференційованих програм терапевтичного навчання дітей та підлітків з ЦД1 дозволило 90,8% пацієнтам та їх батькам підвищити рівень самоконтролю, що вперше привело до досягнення оптимальної і субоптимальної компенсації у 70,7% хворих, зниження частоти гострих та хронічних діабетичних ускладнень незалежно від тривалості хвороби та віку пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ЗНАТЬ ЩОДО СВОЄЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

С.О. Чумак, С.М. Циліорик

Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України, м. Харків

Система навчання самоконтролю при цукровому діабеті (ЦД) потребує подальшого удосконалення у зв'язку з ростом поширеності цього захворювання в Україні, зокрема серед дітей молодшого шкільного віку. Для подолання негативно-го впливу ЦД дитині важлива допомога фахівців та батьків.

Для дорослих важливі знання щодо особливостей сприйняття цукрового діабету хворими дітьми, їх інформованість щодо перебігу хвороби та методів збереження здоров'я.

З метою дослідження особливостей дитячих знань щодо свого здоров'я та їх ставлення до існуючої в них хвороби проведено психологічне дослідження.

Було обстежено 24 дитини віком 4-9 років, хворих на ЦД I типу (15 дівчаток та 9 хлопчиків). За допомогою спеціально підібраних запитань проводилося інтерв'ювання дітей щодо їх знань про ЦД та особливості його перебігу й способів лікування.

В ході опитування було визначено, що 25,0% досліджуваних дітей ніякої активності щодо контролю своєї хвороби не проявляли, а 20,8% робили це інколи, час від часу. Це доповнюється тим, що 88,1% батьків помічали в своїх дітей негативні емоційні реакції щодо контролю ЦД.

Було встановлено, що 20,8% зовсім нічого не знають про свою хворобу й не змогли досить впевнено пояснити від чого вони лікуються. 25,0% респондентів були добре обізнані щодо особливостей своєї хвороби, а інші знали про них частково, або нічого не могли розповісти про особливості перебігу ЦД.

Більшість обстежених дітей вказали на те, що хвороба їм зовсім не вагає або спричиняє лише незначні незручності та лише 25,0% відзначили наявність в їх житті дискомфорту, пов'язаного із впливом ЦД.

На відміну від своїх батьків, які в більшості своїй (93,0%) достатньо обізнані щодо впливу ЦД на здоров'я людини, 66,7% опитаних дітей 4-9 років нічого не знають про лікування діабету або мають про це фрагментарні та уривчасті уявлення. 8,3% знають про важливість введення інсуліну, але не змогли пояснити навіщо це потрібно.

45,8% дітей обізнані щодо наслідків відсутності лікування ЦД, у 20,8% респондентів існують часткові знання з цього питання, а 33,3% нічого не знають про те, до чого може призвести відсутність адекватного та своєчасного втручання.

41,7% респондентів (віком від 6 років) стверджують, що вони інколи самі вводять собі інсулін під наглядом дорослих.

Половина дітей, хворих на ЦД I типу, знають про необхідні особливості харчування, 41,7% погано орієнтуються в питаннях прийому їжі, а 8,3% (від 4 до 6 років) зовсім нічого не знають про необхідну дієту.

54,2% хворих дітей вважають, що вони самі повинні контролювати своє харчування, 41,7% – що контролювати повинні їхні батьки, а 4,2% висловились за спільний контроль вживання їжі. Насправді ж, за словами самих дітей, харчуванням 62,5% дітей опікуються батьки, 20,8% самостійно контролюють прийом їжі, а 16,7% контролюють прийом їжі спільно з батьками.

Таким чином, виявлено, що значна частина (від 20,0 до 45,0%) дітей 4-9 років, хворих на ЦД I типу, для підвищення якості їх життя, потребують поліпшення якості знань та навичок самоконтролю своєї хвороби. Крім того, враховуючи особистісні особливості цих дітей, для кращого засвоєння навичок самоконтролю вважається доцільним працювати в єдиному інформаційному полі з їх батьками.

ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ УЗД-СКРИНІНГУ ЧЛЕНІВ УКРАЇНСЬКО-АМЕРИКАНСЬКОЇ ТИРЕОЇДНОЇ КОГОРТИ (2012-2014 РОКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Є.А. Шелковий, Т.В. Люткевіч, Б.А. Король, В.М. Шпак

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

Катастрофа на Чорнобильській АЕС 26 квітня 1986 року надала унікальну можливість оцінити вплив опромінення ізотопами йоду, переважно I-131, на щитовидну залозу. На

сьогодні найбільш значущим зареєстрованим наслідком є збільшення захворювання на папілярний рак щитоподібної залози, в основному серед людей, опромінених в дитинстві або у підлітковому віці. З 1998 р. в ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» проводиться Українсько-Американський (УкрАм) проект по дослідженню впливу аварії на Чорнобильській АЕС на здоров'я населення України. Когорта досліджених складає більш ніж 15000 людей віком до 18 років, які проживали в районах Київської, Чернігівської та Житомирської областей, постраждалих від забруднення після Чорнобильської катастрофи у 1986 р. Всі члени когорти проходили комплексне обстеження, включаючи ультразвукове дослідження (УЗД), в середньому 4 рази за весь період нагляду. Комплексне обстеження когорти проводиться мобільною та стаціонарною бригадами. При виявленні показань, тонкогolgкова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ) щитоподібної залози (ЩЗ) проводиться стаціонарною бригадою у клініці інституту. УЗД обстеження членів когорти Київської, Житомирської та Чернігівської областей мобільна бригада проводила на апаратах Hitachi Medical Systems, Tokyo, Japan; GE Logiq a100, General Electric Company, Milwaukee, WI. З 2004 р. використовували портативні апарати із електронними лінійними датчиками частотою 10-12 МГц Terason 2000, 3000, Terason Ultrasound, Burlington, MA.

Зараз проводиться п'ятий цикл скринінгу УкрАм проекту. Із 01.01.2012 по 01.03.2014 рр. обстежено 9504 членів когорти, серед яких 5331 жінок та 4173 чоловіків. Відповідно до операційної постанови, утворення паренхіми ЩЗ, які мали розміри від 5 мм оцінювались, як вузлові або багатовузлові, тоді як утворення менш ніж 5 мм описувались як фокальні зміни. Серед обстежених виявлено 10,2% вузлового, 5,4% багатовузлового зоба та 4% випадків фокальних змін. Показаннями для проведення ТАПБ були: розміри 10 мм та більше, незалежно від структури вузлів, або розміри від 5 до 10 мм при наявності таких характеристик, як гіпоехогенна ехоструктура, нечіткість контурів, солідна неоднорідність ехоструктури та наявність мікрокальцифікатів. За даний період на ТАПБ направлено 495 членів когорти, 33 (6,7%) пацієнтам при повторному дослідженні була знята необхідність проведення процедури. За медичними показаннями 66 членів когорти були направлені на хірургічне лікування, 43 з яких прооперовані. Серед 66 направлених на хірургічне лікування хворих за даними цитологічного заключення виявлено 20 випадків раку та підозри на рак, 29 фолікулярних неоплазій та підозри на фолікулярну неоплазію, 11 випадків Б-клітинних пухлин та підозри на Б-клітинну пухлину та 6 випадків вузлових та багатовузлових зобів.

Слід відмітити, що за весь період обстеження згідно з УкрАм проектом (1998-2014 рр.) виявлено 156 або 9,7 випадків на рік злоякісних новоутворень ЩЗ. Захворюваність на рак ЩЗ в цій когорті обстежених склала 64,7 на 100000 населення, що значно перевищує середній показник в Україні – 7,5 випадків на 100000.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОПРАВОЧНИХ КОЕФІЦІЄНТІВ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ПОХИБКИ ВИМІРЮВАННЯ ОБ'ЄМУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ДОСЛІДЖЕННІ ЗА МЕТОДОМ J. BRUNN

Є.А. Шелковий, С.І. Матящук

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

У повсякденній клінічній практиці ультразвукове вимірювання об'єму щитоподібної залози (ЩЗ) використовується

для довгострокового контролю ефективності лікування дифузної та змішаної патології. Для ехографічного вимірювання об'єму ЩЗ загальноприйнятим в практиці є метод, який був запропонований J. Brunn у 1981 р. Цей метод ґрунтується на використанні формули вимірювання об'єму еліпсоїду: $V = AxVxCx0,479$, де А, В, С – розміри вздовж взаємно перпендикулярних вісей. За більш ніж 25-річний термін використання ця методика залишається основною. Слід зазначити, що за даними зарубіжної літератури, застосування поправочних коефіцієнтів не враховує залежність похибки вимірювання від об'єму ЩЗ та ультразвукового обладнання, на якому проводилося дослідження.

У проведеному дослідженні виконувалося передопераційне ультразвукове вимірювання об'ємів часток ЩЗ хворих на вузлову, дифузну та змішану патології за методом J. Brunn. Передопераційне ультразвукове дослідження (УЗД) виконувалося на ультразвуковому апараті Toshiba SSA-240A з механічним секторним датчиком частотою 7,5 МГц та додатково на апаратах Siemens G-50 та Terason 2000 з електронними лінійними датчиками частотою 10 МГц та шириною 4,5 см. Обстеження проводилось безпосередньо (за 1-3 дні) до хірургічного втручання. При додатковому проспективному дослідженні УЗД проводилось на апараті Toshiba SSA-350 «Nemio» з електронним лінійним датчиком частотою 6-12 МГц та шириною 6 см. За отриманими нами даними, при порівнянні об'єму, визначеного при УЗД на апаратах з електронними лінійними датчиками та післяопераційному патогістологічному дослідженні, похибка вимірювання залежить від об'єму ЩЗ. Зі збільшенням об'єму відзначається збільшення похибки вимірювання та виникає систематична недооцінка дійсних розмірів ЩЗ. Введення поправочних коефіцієнтів для формули вимірювання за методом J. Brunn, залежних від об'єму патологічно зміненої ЩЗ, дозволяє покращити точність вимірювання її об'єму та дозволяє усунути систематичну недооцінку ехографічного вимірювання об'ємів ЩЗ порівняно із реальним об'ємом.

Нами розроблено методику розрахунку поправочних коефіцієнтів на основі кросс-кореляційних вимірювань однієї групи пацієнтів апаратом з відомими поправочними коефіцієнтами (Toshiba SSA-240A) та тестовим апаратом (Toshiba SSA-350). Методика розрахунку, обґрунтована перевіркою на контрольній групі, далі була застосована для визначення поправочних коефіцієнтів нового апарату Toshiba SSA-350. Вибірку склала група з 109 відвідувачів клініки (15 чоловіків та 92 жінок), середнім віком 41,1 роки (10-75). Поправочні коефіцієнти для формули вимірювання за методом J. Brunn, склали від 0,9, при об'ємі залози до 2,5 см³, до 1,15, при об'ємі залози 27,5-30,0 см³. При використанні вирахованих поправочних коефіцієнтів кореляція між рядом уточнених ультразвукових об'ємів значно збільшилась з 96,2 до 98,5 (±0,1). Використання поправочних коефіцієнтів дозволяють отримати оцінку незміщеною у діапазоні від 2,5 до 30 см³ значень вимірюваного об'єму ЩЗ та зменшити нормовану дисперсію відхилень від значень об'єму, отриманого на Toshiba SSA-240A та відкоригованого за методом, описаним у роботі: Є.А.Шелковий, О.В.Агапітов, С.І.Матящук Зменшення похибки вимірювання об'єму щитоподібної залози методом J. Brunn при ультразвуковому обстеженні за допомогою поправочних коефіцієнтів // Журн. АМН України, 2010, т. 16, № 3.- С. 529-538.