

ТЕЗИ конференції молодих учених ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

25 квітня 2013 р.

Психологічний стан дітей шкільного віку з ідіопатичною низькорослістю

О.В. Антропова

Відділення дитячої ендокринної патології

Ідіопатична низькорослість (ІН) характеризується малим зростом (мінус 2 SDS та більше за відповідний середній зріст для цього віку та статі), відсутністю ознак системного/ендокринного захворювання/розладів, порушень харчування або хромосомних аномалій. Обов'язковою умовою для діагностики цього стану є нормальний вміст гормону росту (ГР) у крові хворого, задовільний викид ГР на тлі стимуляційних тестів (>10 нг/мл), нормальні довжина та маса тіла при народженні, наявність випадків затримки росту та статевого дозрівання в родині. У спільному резюме Народи Наукового товариства з дослідження гормону росту, Товариства педіатричної ендокринології Lawson Wilkins та Європейського товариства педіатричної ендокринології (2008) ІН визначено як фактор ризику виникнення соціально-психологічних проблем у дитини, таких як соціальна незрілість, інфантилізм, низька самооцінка тощо. Проте особливості психологічного статусу дітей з ІН вивчено ще недостатньо.

Під нашим наглядом перебували 28 дітей шкільного віку з низькорослістю, у яких встановлено наявність ІН. В 64% родин були випадки низькорослості. Перед визначенням доцільності призначення терапії препаратами рекомбінантного гормону росту всім хворим було проведено медико-психологічне обстеження. Встановлено, що більшість хворих мали середній рівень інтелекту (IQ – 89-109), усі родини мали задовільний культурний та соціально-економічний рівні. Незважаючи на це, значна кількість дітей мала незадовільні показники академічної успішності (зниження рівня читання, мовних навиків, рахування). Крім того, встановлено наявність психоемоційних розладів (високий рівень тривожності, велика кількість соматичних скарг, спохондричність, імпульсивність) та когнітивних розладів (розсіяна та знижена увага). Рівень самооцінки та рівень домагань знижені. Тільки 3 дітей брали активну участь у суспільних шкільних заходах. Діти пубертатного віку зі значним відставанням у рості (більше 3 SDS) та статевому розвитку відчували свій стан як значну ваду, через яку вони мали проблему в спілкуванні з однолітками (особливо протилежної статі), у відвідуванні спортивних закладів; вони часто ставали об'єктом глузувань і навіть знущань.

Таким чином, значна частина хворих на ІН мають відхилення в психологічному статусі, який, з найбільшою вірогідністю, пов'язаний з відставанням у рості та статевому розвитку.

Отже, психологічна допомога повинна бути обов'язковою складовою частиною комплексного лікування хворих із порушенням росту та статевого розвитку, зокрема з ІН.

Концепція «Fast-track surgery» в тиреоїдній хірургії

П.П. Зиньч

Отдел хирургии эндокринных желез

В последнее время все шире освещаются вопросы пересмотра традиционных направлений в лечении и послеоперационной реабилитации больных в различных областях хирургии, в частности программа ускоренного выздоровления – «fast-track surgery».

В работе проведен анализ современных стратегий хирургического лечения заболеваний щитовидной железы, в основе которых лежит стандартизация хирургической помощи, оценка новых видов ведения периоперационного периода, применение комбинации методов, направленных на снижение осложнений, позволяющих сократить сроки реконвалесценции.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 1910 оперативных вмешательств у пациентов с карциномой щитовидной железы за период с 1998 по 2010 гг. Оценивались параметры, отражающие характер периоперационного периода, сроки стационарного лечения, количество осложнений, летальность. Статистический анализ проводили методом вариационной статистики, используя стандартные пакеты статистических расчетов программы Origin 7,5 с определением критерия Стьюдента (t). Разницу между показателями считали статистически достоверной при $p < 0,05$, что свидетельствовало о 95% вероятности.

Результаты и их обсуждение. Особенности хирургического лечения рассматривались с позиции 3 этапов: предоперационный, операционный и послеоперационный периоды, каждый из которых имел свои направления и особенности, влияющие на результат лечения.

Предоперационный период включал в себя оценку факторов риска, в том числе курение, коррекцию сопутствующей патологии, предгоспитализационное консультирование (информирование и обучение пациентов плану послеоперационной помощи), сокращение сроков предоперационного голодания до 6 часов с приемом небольшого количества напитка, содержащего углеводы.

Интраоперационные стратегии базировались на сбалансированной анестезии, минимально травматичной хирургической технике, использовании минимального количества дренажей и трубок, оптимизированном объеме лекарственной терапии, антибиотикопрофилактике, поддержании вну-