

своїї інформацію про загальні поняття, фізіологію ЦД – 21 (70%), контроль глікемії – 22 (73,3%), фізичну активність – 21 (70%), гіпоглікемії – 24 (80%), харчування – 16 (53,3%). Напроти, запитання, що стосувалися хронічних ускладнень – 12 (40%), особливих ситуацій – 14 (46,6%), підтримки сім'ї та друзів – 13 (43,3%) потребували подальшого посиленого обговорення. Проте через рік після проходження навчання пацієнти володіли достатньо великою частиною інформації.

Результати цього дослідження показують, що, незважаючи на проходження навчальної програми протягом одного року, не всі аспекти самоконтролю ЦД були засвоєні пацієнтами, тому навчальний процес повинен проводитись на постійній основі, щоб забезпечити консолідацію знань, отриманих у пацієнтів.

СКЛЕРОЗУЮЧА ТЕРАПІЯ ЕТАНОЛОМ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Ю.М. Найда, С.І. Матящук

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

Склерозуюча терапія 96% етанолом (СТЕ) доброякісних новоутворень ЩЗ виконується лише за наявності наступних необхідних умов: 1) ультразвукові характеристики доброякісного вузла та 2) переконливі цитологічні ознаки доброякісності новоутворення як мінімум 2 діагностичних ТАПБ.

Склерозуюча терапія 96% етанолом була виконана 54 пацієнтами (чоловіків – 11, жінок – 43).

Лікувальна пункція не потребує місцевої анестезії. Під контролем ехографії через тонку пункційну голку у кістозну порожнину чи тканину вузла повільно вводиться спеціально очищений 96% стерильний спирт, кількість якого складає за одне введення: для тканинних чи переважно тканинних новоутворень від 25 до 40%, для переважно кістозних – від 50 до 80% від об'єму вузла.

Лікувальне введення спирту необхідно повторювати 1 раз на місяць протягом від 2 до 7 місяців.

Після закінчення курсу СТЕ проводиться ультразвуковий контроль через 3, 6, 12, 18, 24 та 36 місяців. За необхідності виконується повторний курс СТЕ. Постійно ведеться комп'ютерна база даних.

Нашою задачею було спостереження за клінічним ефектом склерозуючої терапії доброякісних вузлів щитоподібної залози з переважно тканинним компонентом за ехографічною будовою.

Склерозуюча терапія 96% етанолом була застосована у 54 пацієнтів, які мали доброякісні вузли з переважно тканинним компонентом.

Кількість процедур коливалася від двох до чотирьох і проводились один раз на місяць. При цьому об'єм введеного 96% етанолу залежав від фактичного об'єму вузлів і складав від 1,0 до 5,0 мл.

Таким чином, після введення 96% етанолу ефект за розміром відсутній у 2 пацієнтів (4%), помірний – у 38 пацієнтів (70%), значний – у 14 пацієнтів (26%). Ефект за об'ємом відсутній у 2 пацієнтів (4%), помірний – у 20 пацієнтів (37%), значний – у 32 пацієнтів (59%). Зростання вузлів не спостерігалось.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ВЗРОСЛЫХ ПОТОМКОВ

Н.Д. Носенко

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренко
НАМН України, г. Київ

Индивидуальное развитие организма, с момента его рождения и до завершения соматического и полового созревания, осуществляется по генетической программе, которая может быть модифицирована в раннем онтогенезе эпигеномными факторами биологического, физического и химического происхождения. Известно, что некоторые лекарственные препараты негативно влияют на развитие плода и осуществляют тератогенное, эмбриотоксическое и фетотоксическое действие, что является абсолютным противопоказанием для их использования во время беременности. Вместе с тем, при наличии медицинских показаний (артериальная гипертензия, неврологические, сердечно-сосудистые нарушения и др.) возникает необходимость назначения гормональных, гипотензивных, седативных и кардиотропных препаратов. Все это определяет целесообразность изучения потенциальной опасности перинатального применения некоторых гормональных и фармакологических средств для репродуктивного здоровья и адаптационного потенциала у взрослых потомков.

Многолетние исследования, проведенные в нашей лаборатории, показали, что применение глюкокортикоидов (гидрокортизон, дексаметазон), блокаторов кальциевых каналов (нимодипин, верапамил) или нейротропных препаратов (метилдофа) в критические периоды развития организма могут быть важными факторами возникновения функциональных расстройств систем репродукции и адаптации, а также полового поведения в отдаленные периоды жизни. Среди них наиболее важными являются задержка сроков пубертации, нарушение структуры эстральных циклов, снижение фертильности, феминизация и/или маскулинизация полового поведения, изменение стрессорной и норадренергической реактивности гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы у взрослых потомков. Результаты исследований подтверждают концепцию о риске нежелательных отдаленных последствий раннего применения некоторых лекарственных средств для репродуктивного здоровья и адаптационного потенциала у взрослых потомков и должны учитываться при их назначении беременным женщинам.

РОЛЬ НОРАДРЕНЕРГИЧНОЇ СИСТЕМИ В ПРОГРАМУВАННІ ПОРУШЕНЬ АДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ У ПРЕНАТАЛЬНО СТРЕСОВАНИХ ЩУРІВ

Н.Д. Носенко, П.В. Сініцин

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

Стрес під час вагітності викликає комплекс нейрогормональних зрушень в організмі матері і плода, які програмують