понент выражен слабо: капсула и трабекулы тонкие, слабо фуксинофильные.

В конце эксперимента (после 6 месяцев круглосуточного освещения) в селезенке кроликов обнаружено уменьшение массы селезенки и процентного отношения массы селезенки к массе кролика как по отношению к контролю, так и по отношению к предыдущей группе. Определялась гипоплазия белой пульпы с незначительным количеством мелких фолликулов с практически полным отсутствием светлых центров. Обратило на себя внимание значительное увеличение стромально-сосудистого компонента в виде утолщения капсулы и трабекул, а также выраженного периваскулярного склероза.

Таким образом, под действием длительной световой нагрузки в селезенке происходят структурные изменения в виде усиления инволютивных и склеротических процессов на фоне гипоплазии и уменьшения клеточности белой пульпы, что приводит к снижению функциональной активности селезенки и неспособности к адекватному иммунному ответу.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ГОНАДОТРОПІН-РИЛІЗИНГ-ГОРМОНУ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ КІНЦЕВОГО ЗРОСТУ У ХВОРИХ НА ВРОДЖЕНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

Н.А. Спринчук

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

У хворих на вроджену гіперплазію кори надниркових (ВГКН) низькій кінцевий зріст (КЗ) можна розглядати як ускладнення, яке спостерігається навіть у тих випадках, коли пацієнти отримують адекватну замісну терапію глюкокортикоїдними препаратами. Ступінь гормонального контролю не має прямої кореляції зі ступенем низькорослості. Неспроможність досягти оптимального кінцевого зросту у дітей, хворих на ВГКН, може бути викликана низкою різноманітних факторів. По-перше, високі рівні надниркових андрогенів призводять до прискорення швидкості росту, що супроводжується передчасним закриттям епіфізів і, як наслідок, низькорослістю; по-друге, у пацієнтів з високим коефіцієнтом осифікації, через активацію статевими гормонами гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної вісі, часто розвивається гіпергонадотропний передчасний статевий розвиток, який ще більше прискорює швидкість закриття епіфізів; по-третє, терапія ВГКН глюкокортикоїдними препаратами може пригнічувати швидкість росту, що значно скорочує КЗ.

Використання препаратів гонадотропін-рилізинг-гормону (аЛГ-РГ) надало можливість безпечно гальмувати процес статевого дозрівання та маніпулювати терміном його початку і тривалістю. Аналоги ЛГ-РГ пригнічують продукцію гонадотропних та статевих гормонів, що уповільнює дозрівання скелету та закриття «зон росту» і, як результат, збільшується КЗ пацієнтів. Препарати аЛГ-РГ призначаються за наявності відкритих «зон росту». Молодший хронологічний і кістковий вік, менша затримка росту на початок терапії аЛГ-РГ, більша тривалість лікування – це ті фактори, які поліпшують прогноз КЗ. Термін застосування препаратів аЛГ–РГ з метою збільшення кінцевого зросту пацієнтів повинен складати не менше одного року.

Але, довготривала терапія аЛГ-РГ (більше трьох-чотирьох років) часто супроводжується зниженням швидкості росту. Поєднання препаратів аЛГ-РГ і рекомбінантного гормону росту (рГР) у лікуванні таких хворих, уповільнює швидкість дозрівання кісток, затримує пубертатний розвиток і зрештою підтримує нормальну швидкість росту.

У пацієнтів з ВГКН прогнозований зріст (ПЗ) (147,0±5,3 см) був нижчим за цільовий зріст (ЦЗ) (161,9±5,8 см), майже на 10 см. КЗ у пацієнтів, які отримували вищевказану комбіновану терапію, був вірогідно вищим, ніж прогнозувався на початку лікування (158,6±7,7 см). «Виграш» у сантиметрах, розрахований як різниця між КЗ і ПЗ до лікування, становив (7,4±1,6 см). Але, незважаючи на значні переваги КЗ над ПЗ, ЦЗ був досягнутий не у всіх пацієнтів.

Після закінчення дії аЛГ-РГ нормальний статевий розвиток в усіх пацієнтів починав за лабораторними і клінічними показниками відновлюватися через три місяці, через рік – рівень ЛГ піднявся до 14,22±5,7 мОд/л, а пік ФСГ сягнув 10,58±2,17 мОд/л. У дівчаток час менархе співпадав з часом відновлення секреції ЛГ і ФСГ, збільшення об'єму яєчників і довжини матки відбувалося протягом 4-16 місяців після припинення терапії; місячні надалі були регулярними. У хлопчиків протягом 3-7 місяців збільшувалися тестикули та кавернозні тіла, наростало оволосіння, процеси сперматогенезу відновлювалися впродовж від 4 місяців до 1 року.

Таким чином, застосування гонадотропін-супресивної терапії у хворих на ВГКН є безпечним і дозволяє значно покращити КЗ.

РІВЕНЬ ІМУНОКОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ТИРЕОЇДНИЙ РАК РІЗНОГО ВІКУ З ЛЕГЕНЕВИМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПРОЦЕСІ РАДІОЙОДТЕРАПІЇ

Н.М. Степура, Г.А. Замотаєва

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

Ефективність лікування та виживаність хворих на рак щитовидної залози залежить від багатьох факторів, серед яких найважливішим є наявність віддалених метастазів, що виникають майже у 15-20% хворих. Локалізуються такі метастази, головним чином, у легенях і/чи кістках скелету і є головною причиною смертності від тиреоїдного раку. Основним засобом їх лікування є багаторазове введення терапевтичних активностей йоду-131, внаслідок чого сумарні активності уведеного ізотопу можуть досягати від 20 до 40 ГБк, тобто такі пацієнти отримують достатньо високе променеве навантаження. Крім того, до факторів, що модифікують ефект опромінення на організм, належить вік хворих. Виходячи зі сказаного, мета нашої роботи полягала у визначенні кількості імунокомплексів – показника, що характеризує стан гуморальної імунної відповіді організму і є патогенним чинником розвитку запальних та автоімунних процесів у хворих на рак щитовидної залози різного віку з метастатичними ураженнями легенів в процесі радіойодтерапії.

Нами було обстежено 119 хворих старшого віку – від 41 до 75 років (в середньому 53,0±1,9 років) та 62 молодих пацієнти, вік яких становив від 20 до 40 років (в середньому 27,6±0,83 років). Хворі обох вікових груп були поділені за наявністю чи відсутністю віддалених метастазів: старша вікова група 70 і 49 хворих, молодша – 24 та 38 пацієнтів відповідно. Порівняння проводили з контрольними групами, відповідними за віком та статтю.

Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) в сироватці крові визначали загальноприйнятим методом. Вимірювання проб проводили на спектрофотометрі СФ-46 при довжині хвилі 450 нм.

За результатами проведеного дослідження показано, що вміст імунокомплексів у сироватці крові хворих на рак щитовидної залози обох вікових груп, як з наявністю так і відсутністю віддалених метастазів до і в різні строки після введення радіо йоду, був вірогідно більшим порівняно з контролем.

До радіойодтерапії не було встановлено вірогідної різниці вмісту імунних комплексів залежно від наявності легеневих метастазів та віку хворих. Введення йоду-131 спричинило зростання кількості ЦІК у сироватці крові хворих.

Було показано, що у молодих хворих вміст ЦІК вірогідно збільшується вже на 6-у добу і підтримується на цьому рівні впродовж місяця, тоді як у пацієнтів старшого віку максимум утворення ЦІК спостерігається лише через 1 міс після радіойодтерапії. У віддалені строки, через 3 та 6 місяців після введення ізотопу, кількість імунокомплексів у сироватці крові пацієнтів достовірно знижується, досягаючи майже вихідних значень. Також встановлено, що у пацієнтів з наявністю легеневих метастазів протягом всього періоду обстеження кількість ЦІК була дещо більшою порівняно з показником хворих без віддалених метастазів, хоча різниця не була вірогідною.

Висновки:

1. У хворих молодшої вікової групи достовірне збільшення кількості імунокомплексів спостерігається раніше за часом – на 6-у добу.

2. Не встановлено вірогідної різниці вмісту імунних комплексів у хворих на тиреоїдний рак залежно від наявності віддалених метастазів.

РЕЗУЛЬТАТИ 10-РІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ З ПРИВОДУ ДОБРОЯКІСНОЇ ВОГНИЩЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Ю.М. Таращенко, М.Ю. Болгов, Б.Б. Гуда

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

Одним із незадовільних результатів хірургічного лікування вузлового та багатовузлового зоба є розвиток рецидиву захворювання у віддаленому післяопераційному періоді після виконання органозберігаючих оперативних втручань на щитоподібній залозі (ЩЗ). Враховуючи той факт, що загальна кількість первинних операцій на ЩЗ має стійку тенденцію до збільшення, як наслідок росту захворюваності на вузлові форми зоба, відповідно відмічається збільшення кількості рецидивів.

Для аналізу віддалених результатів хірургічного лікування доброякісної вогнищевої патології ЩЗ була відібрана група пацієнтів, за якими проведено спостереження протягом не менше 10 років після операції. Всього таких пацієнтів було 522. З них у 228 зафіксовано безрецидивний перебіг протягом 10 років, що склало 43,7%. У 294 (56,3%) пацієнтів за час спостереження були виявлені додаткові утворення в залишковій тканині ЩЗ за даними УЗД. Оцінка перебігу післяопераційного періоду в группах з рецидивним та безрецидивним перебігом проводилась за даними протоколів УЗД. Детальний аналіз пацієнтів проводився шляхом вивчення характеристик первинних та рецидивних вузлів: максимальні розміри вузлів, їх кількість та розташування, об'єм оперативного втручання, основний морфологічний діагноз вузлів.

Основна кількість первинних вузлів, які підлягали оперативному лікуванню, мала розміри від 20 до 40 мм, при чому в обох групах цей показник був майже однаковим (57 та 58,2%). Залежно від множинності ураження первинними вузлами виявлено, що найбільша кількість випадків, незалежно від перебігу післяопераційного періоду, була представлена солітарними вузлами ЩЗ, що склало 62% усіх обстежених. Односторонні множинні вузли виявлені у 10,4% пацієнтів, двосторонні множинні – у 27,6%. Але в групі з рецидивним перебігом достовірно частіше відмічається двостороннє ураження множинними вузлами порівняно з солітарними вузлами у пацієнтів без рецидивного зоба ($p<0,001$).

При аналізі груп пацієнтів залежно від об'єму виконаних оперативних втручань резекційні втручання на обох долях ЩЗ частіше виконувались пацієнтам з рецидивним перебігом післяопераційного періоду.

Основними морфологічними типами первинних вузлів були аденома (46,9% у пацієнтів без рецидивів та 39,8% у пацієнтів з рецидивами) та багатовузловий зоб (35,1% та 45,9% відповідно). Достовірно частіше рецидиви розвиваються у пацієнтів, яким виконані органозберігаючі операції з приводу багатовузлового зоба по відношенню до оперованих з фолікулярними аденомами ($p<0,05$).

При аналізі рецидивних вузлів залежно від їх розташування виявлено, що рецидиви на стороні первинного ураження виникли у 29,2% від усіх пацієнтів з рецидивами. Даний показник може свідчити про недіагностовані зміни в залишковій тканині ЩЗ або про нерадикальність оперативного лікування, оскільки основну частину із них (80,2%) склали хворі, у яких були первинні двосторонні множинні вузли. Серед пацієнтів з солітарними первинними вузлами основна частина рецидивів (85,6% від усіх солітарних вузлів) виникла в протилежній долі ЩЗ.

Дане дослідження свідчить про те, що проблема правильного вибору показань до операції, її об'єму та радикальності залишається актуальною.

ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ ПОРУШЕНЬ У СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ВПЛИВ НА НИХ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ "ACCU-CHEK ASSIST"

С.М. Ткач, Т.Л. Мілютіна

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

Депресивні розлади спостерігаються у хворих на цукровий діабет удвічі частіше, ніж у загальній популяції. Є відомості, що за наявності діабетичних ускладнень посилюються депресивні симптоми у пацієнтів. В ендокринологічних відділеннях, куди госпіталізуються хворі переважно з тяжкою формою хвороби та ускладненнями, порушення психоемоційного стану пацієнтів набуває особливого значення з огляду впливу на загальну ефективність стаціонарного лікування. Тому метою дослідження стало визначення поширеності депресивних розладів серед пацієнтів ендокринологічного стаціонару та вивчення впливу на нього курсу навчання хворих на цукровий діабет самоконтролю.

Вивчали психоемоційний стан 227 хворих на цукровий