

за відому. Антропометричні порівняння серед жінок виявили зв'язок між збільшенням ІМТ, окружностей талії, стегон, шиї та приналежністю до групи ЦД. Дані про окружність шиї у жінок, що належать до різних категорій глікемії, наведені на рисунку. Ризик ЦД (за відношенням шансів – OR та його 95% конфіденційними інтервалами – CI), що пов'язаний з кожним 1 см окружності шиї, оцінений за моделлю логістичної регресії та стандартизований за статтю та віком дорівнює $OR = 2,0$ (95% CI 1,4-3,0), $p < 0,001$.

Таким чином, окрім традиційних факторів ризику (збільшення ІМТ, ОТ та співвідношення ОТ/ОС), в різних категоріях глікемії вперше в Україні оцінена ОШ та показана значимість збільшення цього показника у осіб з ЦД. Раніше значимість ОШ була доведена лише як фактор ризику метаболічного синдрому (Zhou, et al., 2013).

НЕГАТИВНІ ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОЯВИ У ХВОРИХ НА ЦД 2 З ОЖИРІННЯМ

В.В. Ховака, Л.В. Корпачева-Зінич

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

Дані багатьох досліджень свідчать, що у людей, які страждають від ЦД, часто зустрічається низка психологічних проблем і психічних розладів. Такі порушення не тільки викликають страждання, але також впливають на перебіг лікування та визначають його результативність. Це робить актуальним дослідження негативних психосоматичних проявів у хворих на ЦД. Багато хворих на ЦД 2 типу мають підвищену масу тіла. Через це в нашому дослідженні ми поставили завданням дослідити особливості негативних психосоматичних проявів у хворих на ЦД 2 з ожирінням.

Всього було обстежено 48 хворих на ЦД 2, з них 28 жінок та 20 чоловіків. Пацієнти були розподілені за значеннями ІМТ на дві основні групи: без ожиріння (ІМТ в межах від 25 до 30 kg/m^2) та осіб з ожирінням (ІМТ більше 30 kg/m^2). Пацієнтів з ожирінням було 56,25% (серед жінок – 60,71%, серед чоловіків – 50%). Обстежені, хворі на ЦД 2, знаходилися на пероральній цукрознижувальній терапії.

Негативні психосоматичні прояви досліджувалися шляхом анкетування за шкалою DS-14 з метою виявлення особистості типу D (дистрес-особистості): вона визначалася у разі наявності у пацієнта одночасно значних проявів негативної емоційності та соціального стримування. У жінок, хворих на ЦД 2 з ожирінням, спостерігалися більші суми балів за шкалою наявності особистості типу D, ніж у пацієнток без ожиріння – відповідно $29,55 \pm 2,13$ та $20,63 \pm 3,27$ балів ($p < 0,05$). У пацієнток з ожирінням відзначалися також більші значення суми балів за шкалою негативної емоційності – відповідно $17,09 \pm 1,12$ та $11,75 \pm 1,98$ балів ($p < 0,05$). У чоловіків, хворих на ЦД 2 з ожирінням, спостерігалися більші суми балів за шкалою наявності особистості типу D, ніж у пацієнтів без ожиріння – відповідно $25,75 \pm 1,28$ та $16,27 \pm 1,12$ балів ($p < 0,001$). За шкалою негативної емоційності у пацієнтів з ожирінням відзначалися також більші значення суми балів – відповідно $14,25 \pm 0,70$ та $8,18 \pm 1,08$ балів ($p < 0,001$).

Аналіз розподілу пацієнтів за результатами анкетування за шкалою DS-14 у відсотках виявив наступне. Відсоток пацієнтів з наявністю особистості типу D серед жінок з ожирінням був більшим, ніж у жінок без ожиріння – відповідно 72,73 та 37,50%. Це стосувалося відсотку пацієнтів з виразною нега-

тивною емоційністю – у жінок з ожирінням він був більшим, ніж без ожиріння – відповідно 100,0 та 50,0%. Відсоток пацієнток з виразним соціальним стримуванням за наявності ожиріння також був більшим – відповідно, 72,73 та 37,5%.

Відсоток пацієнтів з наявністю особистості типу D серед чоловіків з ожирінням був більшим, ніж у чоловіків без ожиріння (відповідно 62,5 та 9,1%). Така ж закономірність спостерігалася щодо пацієнтів з виразною негативною емоційністю: серед чоловіків з ожирінням її відсоток був більшим, ніж у пацієнтів без ожиріння – відповідно 75,0 та 36,36%. Відсоток пацієнтів з виразним соціальним стримуванням за наявності ожиріння також був більшим (62,5 та 27,27% відповідно).

Хворі на ЦД 2 були також обстежені шляхом анкетування за шкалою депресії. У жінок, хворих на ЦД 2 з ожирінням, спостерігалися вищі суми балів за шкалою депресії, ніж у пацієнток без ожиріння – відповідно $58,64 \pm 2,03$ та $48,00 \pm 2,65$ балів ($p < 0,01$). У хворих на ЦД 2 з ожирінням чоловіків також спостерігалися більші суми балів за шкалою депресії, ніж у пацієнтів без ожиріння – відповідно $56,29 \pm 1,96$ та $46,11 \pm 1,97$ балів ($p < 0,01$).

Загалом слід відзначити, що у більшості хворих на ЦД 2 виявлялися негативні психосоматичні прояви, і значну різницю вони мали за наявності ожиріння, особливо це стосувалося жінок.

ДИСГОРМОНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ І БЕРЕМЕННОСТЬ

З.Б. Хоминская

Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, г. Киев

В последние годы наблюдается постоянная тенденция к росту частоты дисгормональной патологии репродуктивной системы, которая у женщин детородного возраста достигает 60-80%. Лейомиома матки (ЛМ), как и доброкачественная патология молочных желез, наблюдается у каждой 2-3-й женщины репродуктивного возраста. Ведущая роль в патогенезе доброкачественных дисгормональных заболеваний репродуктивной системы женщины вне беременности принадлежит абсолютной и/или относительной гиперэстрогении в сочетании с абсолютной или относительной прогестероновой недостаточностью, а также системной или локальной гиперпролактинемии. Определённую роль играют и другие факторы, в частности, психоэмоциональный стресс и воспалительные процессы гениталий.

В период беременности эндокринная система женщины претерпевает существенную перестройку с увеличением уровня женских половых гормонов в крови в десятки раз, что необходимо для создания оптимальных условий для развития плода, течения беременности и родов, подготовки молочных желез к лактации. В то же время, влияние дисгормональных заболеваний репродуктивной сферы женщины на течение беременности изучено недостаточно.

Гормональный статус в динамике беременности исследован у 190 женщин с лейомиомой матки и 84 женщин с доброкачественной дисплазией молочных желез (ДДМЖ) (основная группа). 30 здоровых женщин с физиологическим течением беременности составили контрольную группу.

Осложнённое течение беременности имело место у подавляющего большинства женщин основной группы. Наиболее

часто (в 60-80% случаев) наблюдались угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность и гипоксия плода. Параллельно выявлялись значительные нарушения гормонального баланса, которые усугублялись в динамике беременности. Уровень эстрадиола и эстриола в сыворотке крови в I триместре беременности у обследованных женщин не отличался от показателей здоровых беременных и значительно превышал их во II и III триместрах. Вместо с тем, согласно данным гормональной кольпоцитодиагностики, патологические типы кольпоцитогамм эстрогенного типа, свидетельствующие об относительной гиперэстрогении, выявлялись, начиная с I триместра беременности, и наблюдались у 88,9% в I, 100% во II и 93,2% в III триместре беременности у женщин с ЛМ.

Гиперэстрогения у женщин основной группы индуцировала повышение уровня инсулиноподобного фактора роста-1 (ИПФР-1) в сыворотке крови, уровень которого в крови женщин с ДДМЖ достоверно увеличивался и составил соответственно $348,6 \pm 8,0$ нг/мл против $181,4 \pm 9,1$ нг/мл у женщин контрольной группы во II триместре и $580,9 \pm 39,6$ против $313,8 \pm 21,5$ нг/мл – в III триместре. Особенно высокие показатели ИПФР-1 были получены при прогрессировании ДДМЖ во время беременности.

Уровень стресс-ассоциированных гормонов в крови не имел стабильного характера и зависел от срока беременности. У женщин с ЛМ в I триместре беременности определялись наиболее высокие показатели серотонина в крови, во II триместре – кортизола. У беременных с ДДМЖ при неизменной концентрации мелатонина в крови секреция пролактина и кортизола достоверно повышалась. В соответствии с этим, более чем у 85% беременных основной группы отмечено нарушение психо-эмоционального состояния с высоким уровнем тревожности и снижением устойчивости к стрессорным факторам.

Таким образом, выявленные изменения гормонального баланса при дисгормональной патологии репродуктивной системы в период беременности могут служить патогенетическими факторами развития акушерских осложнений, в частности невынашивания беременности эндокринного генеза, а также способствовать прогрессированию основного заболевания.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ТИРЕОЇДНУ ПАТОЛОГІЮ

А.Д. Чернобров, С.М. Пона

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

Протягом останніх років як в структурі, так і в захворюваності населення України на ендокринну патологію відбулися деякі зміни в бік зменшення питомої ваги тиреоїдної патології та збільшення кількості хворих на цукровий діабет.

Так, в 2000 р. серед усіх ендокринних захворювань на патологію щитовидної залози припадало 50,5%, на цукровий діабет – 27,4%, на іншу ендокринну патологію – 22,1%. В 2013 р. частка тиреоїдної патології становила 44,7%, цукрового діабету 33,9%, іншої ендокринної патології – 21,4%. Порівняно з минулими роками спостерігається зростання частки хворих на цукровий діабет.

Відбулися зміни і в структурі захворюваності населення на окремі нозологічні форми тиреоїдної патології: захворю-

ваність населення на зоб I-III ст. в 2000 р. становила 606,5 на 100 тис. населення, причому серед них 87,1% припадало на зоб I ст. та 12,9% – на зоб II-III ст. В 2013 р. цей показник становив 269,4 на 100 тис. населення, з них на зоб I ст. припадало 86,2%, на зоб II-III ст. – 13,8%.

Серед дитячого населення в 2000 р. захворюваність становила 1541,8 на 100 тис. дітей, із них зоб I ст. спостерігався в 91,8%, зоб II-III ст. – в 8,8% випадків. В 2013 р. захворюваність становила 630,4 на 100 тис. дітей, причому в структурі захворюваності на зоб серед дітей частка зоба II-III ст. зменшилася з 8,8% до 5,5%. Щорічний контроль захворюваності населення на зоб та проведення профілактичних заходів (індивідуальна, групова профілактика та «німа» профілактика за рахунок вживання йодованої солі) і надалі не зменшують актуальність даної проблеми.

Захворюваність населення на вузлові форми зоба щорічно зростає за рахунок дорослого населення – з 37,5 на 100 тис. в 2000 р. до 73,5 на 100 тис. в 2013 р. Серед дітей ці показники щорічно зменшувалися: з 6,9 на 100 тис. дитячого населення в 2000 р. до 4,1 на 100 тис. дитячого населення в 2013 р. В структурі тиреоїдної патології питома вага вузлового зоба зростає з 5,9% в 2000 р. до 15,3% в 2013р.

Окрім екологічних факторів, росту захворюваності населення на тиреоїдну патологію, особливо на виявлення новоутворень щитовидної залози, сприяло широке впровадження в практику закладів охорони здоров'я ультразвукових обстежень населення. Тільки в 2012 р. в Україні було проведено 27 590 029 ультразвукових обстежень різних органів і систем, серед яких основне місце займало обстеження щитовидної залози. Теоретично майже кожен другий житель мав змогу пройти ультразвукове обстеження щитовидної залози. Значну роль в діагностиці вузлових форм зоба відіграє настороженість населення та медичних установ відносно новоутворень щитовидної залози.

Показники захворюваності населення на дифузно-токсичний зоб зменшилися як серед дорослого, так і серед дитячого населення і становили відповідно в 2000 р. 105,7 на 100 тис. серед дорослих та 160,3 на 100 тис. дітей і 13,5 на 100 тис. серед дорослих та 0,68 на 100 тис. серед дітей в 2013р. Ці дані свідчать про часті до 2000р. випадки гіпердіагностики дифузно-токсичного зоба як серед дорослих і особливо серед дітей та підлітків та зниження їх із впровадженням в практику клінічних протоколів діагностики і лікування ендокринних хвороб.

Особливу увагу привертають показники зростання числа гіпотиреозів серед населення. Так, в 2002 р. було зареєстровано 90086 хворих з гіпотиреозом, в тому числі 29158 (32,3%) з післяопераційним гіпотиреозом; в 2013 р. зареєстровано 183 577 хворих з гіпотиреозом, в т.ч. 79865 (43,5%) – з післяопераційним.

Слід відмітити, що в регіонах з високою хірургічною активністю зростає число післяопераційного гіпотиреозу. Отже і в структурі тиреоїдної патології частка гіпотиреозу виросла з 3,4% в 2002 р. до 10,0% в 2013р. Ці показники щорічно зростають і потребують детального аналізу відносно показань, об'єму оперативного втручання та дотримання клінічних протоколів ведення хворих з тиреоїдною патологією.

Для достовірності більшої уваги потребує діагностика та взяття на облік хворих з хронічними тиреоїдами. З 2000 р. по 2013 рік захворюваність населення на хронічні тиреоїди зростає з 29,5 до 43,9 на 100 тис. населення, в т.ч. серед дітей вона практично мало змінилась і становила 15,2 і 12,9 на 100 тис. дітей, відповідно. В структурі тиреоїдної патології питома вага хронічних тиреоїдитів зростає з 5,3% в 2000 р. до 10,3% в 2013 р.

В структурі тиреоїдної патології збільшилась питома вага раку щитовидної залози: з 1,7% в 2000 р. до 2,1% в 2013 р. Цьому сприяв ріст захворюваності населення на РЩЗ з 3,9 на 100 тис. в 2000 р. до