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 кольпоцитограмм 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 инсулинподобного фактора роста-1 (ИПФР-1) в сыворотке крови, уровень которого в крови женщин с ДДМЖ достоверно увеличивался и составил соответственно 348,6±8,0 нг/мл против 181,4±9,1 нг/мл у женщин контрольной группы во II триместре и 580,9±39,6 против 313,8±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 неизменённой 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 ТИРЕОЇДИНУ 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: захворюваність 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-IIIст. – 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 зросла з 5,9% в 2000 р. до 15,3% в 2013р.

Окрім екологічних факторів, росту захворюваності населення на тиреоїдину 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 тиреоїдитами. З 2000 р по 2013 рік захворюваність населення на хронічні тиреоїдити зросла 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 зросла 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

7,5 на 100 тис. в 2013 р. за рахунок дорослого населення, в тому числі і за рахунок дорослих, яким на момент аварії було 0-14 років і які зазнали радіаційного впливу, і на теперішній час перейшли в старші вікові групи. Співвідношення жінок до чоловіків становить 4,6:1.

Захворюваність дитячого населення на рак ЩЗ, навпаки, знизилась і стабілізувалась (0,16 в 2000 р. і 0,24 в 2013 р. на 100 тисяч серед дітей 0-14 р., які народилися в післяаварійний період), наблизившись до спонтанного рівня, який спостерігався в доаварійний період. Однак наукові публікації свідчать, що повсюди спостерігається тенденція до зростання спонтанних випадків РЩЗ серед дітей, які спостерігалися як до, так і після аварії на ЧАЕС.

Слід відмітити, що летальність до 1-го року з числа вперше виявлених протягом року хворих на РЩЗ в Україні щорічно зменшується з 19,1% в 2007 р. до 4,9% в 2012 р., що свідчить про своєчасну діагностику РЩЗ в більшості регіонів та адекватне хірургічне лікування з дотриманням протоколів лікування.

Таким чином, тиреоїдна патологія і надалі є актуальною і потребує спільних зусиль закладів охорони здоров'я, науковців і державних структур у вирішенні проблем зниження захворюваності та розповсюдженості тиреоїдної патології шляхом впровадження ефективної профілактики серед дорослого та дитячого населення, щорічних обстежень населення щодо тієї чи іншої патології, в першу чергу, тиреоїдної, цукрового діабету та інших ендокринних захворювань, своєчасне виявлення та взяття на диспансерний облік, єдиної тактики лікування та оцінки якості надання медичної допомоги хворим.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ

С.В. Чернышев[1,2], И.Ю. Бережная[2], С.Л. Шляхтич[1,2], А.В. Боженко[2], О.Ю. Рощева[2], Л.О. Щупачинская[1,2], А.В. Мельник[1,2]

[1]Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко НАМН Украины, г. Киев;

[2]Киевский городской центр эндокринной хирургии

Одним из показаний к проведению оперативного вмешательства на щитовидной железе в случае доброкачественной патологии является наличие компрессионного синдрома со стороны образований щитовидной железы на окружающие органы и ткани. При одностороннем или двустороннем выраженном поражении щитовидной железы объем оперативного вмешательства не вызывает сомнений – гемитиреоидэктомия и тиреоидэктомия, соответственно. Вопрос возникает в случае полного поражения одной доли и частичного, до 2/3 объема, другой: выполнить тиреоидэктомию и не иметь рецидива в дальнейшем, или произвести удаление одной доли и экономную резекцию другой, уменьшая при этом, возможно, риск развития гипотиреоза, но увеличивая риск рецидива?

Проведен анализ послеоперационного наблюдения за пациентами, оперативное вмешательство которым на щитовидной железе было выполнено в объеме удаления одной доли и резекции противоположной. Операции были произведены в Киевском городском центре эндокринной хирургии в период с 2003 по 2009 годы. Количество прооперированных пациентов 93 человека. Из них – 81 женщина и 12 мужчин (ж:м – 6,7:1).

На дооперационном этапе у всех пациентов согласно данным ТАПБ был диагностирован доброкачественный процесс. 86 пациентов находились в состоянии эутиреоза и 7 – тиреотоксикоза. Размер образования (образований) в полностью удаляемой доле варьировал от 4,0 до 12,0 см. Размер образования (образований) в резецируемой доле был от 5 до 21 мм. Образования в резецируемой доле занимали не более 2/3 объема последней.

На интраоперационном этапе оценивались макроскопические характеристики ткани щитовидной железы, наличие и выраженность хронического тиреоидита, и объем оставленной ткани. Последний варьировал от 2,0 до 7,0 см . По данным окончательного гистологического анализа, во всех 93 случаях диагностирован доброкачественный процесс.

Минимальный период послеоперационного наблюдения составил 2 года, максимальный – 9 лет. На послеоперационном этапе оценивалась функция щитовидной железы, наличие или отсутствие хронического тиреоидита в оставшейся ткани, ее объем, наличие или отсутствие рецидива узлообразования.

Рецидив узлообразования был зафиксирован у 18 пациентов из 93 (19,4%). В 9 случаях из 18 была произведена ТАПБ образования и получено заключение о наличии доброкачественного процесса. Ни в одном из случаев повторное оперативное вмешательство пациенту предложено не было.

Необходимость в заместительной терапии левотироксином, ввиду развития гипотиреоза, была установлена у 32 пациентов из 93 (34,4%). При этом у 14 пациентов объем оставленной ткани был меньше 3 см , у 15 – выявлены увеличение титра антитиреоидных антител и ультразвуковая картина хронического тиреоидита, у 3 имело место сочетание всех перечисленных признаков.

Таким образом, сохранение части доли (не менее 3 см3) при двустороннем доброкачественном узловом поражении щитовидной железы без сопутствующего тиреоидита является целесообразным в связи с невысоким процентом возникновения рецидивов и отсутствием показаний для заместительной гормонотерапии у большинства пациентов.

АКТИВНОСТЬ Т-РЕГУЛЯТОРНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

И.В. Чернявская, Е.Г. Дорош, Н.А. Кравчун

Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского НАМН Украины, г. Харьков

Увеличение заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2 типа в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) является медико-социальной проблемой на современном этапе. Изменения в иммунной системе при СД 2 типа выражаются в дефиците или функциональной недостаточности CD8+ регуляторных Th-клеток. Установлено, что Th1-лимфоциты способствуют повышению восприимчивости клеток к цитотоксическому воздействию со стороны CD8+-лимфоцитов. Th2-клетки индуцируют продукцию аутоантител В-лимфоцитами, что приводит к развитию воспаления и аутоиммунной агрессии, усиливающейся в условиях цитокинового дисбаланса при ожирении. Изучение механизмов развития аутоиммунной реактивности в условиях метаболических изменений при СД 2 типа в сочетании с НАЖБП будет способствовать развитию новых диагностических и клинических направлений в эндокринологической практике.

Цель исследования: изучение характера изменений в иммунной системе у больных с СД 2 типа в сочетании с НАЖБП.

Обследовано 17 пациентов с СД 2 типа и 19 больных с СД 2 типа в сочетании с НАЖБП. Средний возраст пациентов обеих групп составил (57,6±1,7) лет. Продолжительность