

иммуноферментним методом при помощи наборов фирм "DRG" (США) и DIACLONE (Франция). Комплекс интима-медиа общих сонных артерий (КИМ ОСА) определяли методом доплерографии на аппарате SonoAce 6000 с (Medison).

Установлено, что у больных с гипотиреозом выявляются признаки субклинического воспаления – признанного фактора риска поражения сердечно-сосудистой системы, о чем достоверно свидетельствуют повышение, по сравнению с контрольной группой, уровня С-реактивного протеина (на 35,7%), особенно у больных с идиопатическим гипотиреозом. Отмечалось также достоверное повышение на 66,6% содержания интерлейкина-6 у больных гипотиреозом по сравнению со здоровыми лицами.

Кроме того, у пациентов с гипотиреозом наличие субклинического воспаления ассоциируется с существенными изменениями состояния сосудов, о чем, в частности, свидетельствуют изменения показателя КИМ ОСА. Корреляционный анализ подтвердил наличие достоверных прямых связей между показателями КИМ ОСА и содержанием С-реактивного протеина и интерлейкина-6 у больных гипотиреозом.

Полученные данные показали, что персистенция провоспалительных состояний является одним из факторов поражения интимы сосудов у больных гипотиреозом. Доля лиц с аберрантными уровнями С-реактивного протеина и интерлейкина-6 преобладает среди больных с идиопатическим гипотиреозом по сравнению с послеоперационным.

ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБИ З ДОЗОВАНИМ ФІЗИЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

М.В. Вернигородська, В.Ю. Забур'янова, О.В. Дзюняк

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету
імені Н.І. Пирогова, м. Вінниця

Доведено, що активний руховий режим при ЦД значно знижує небезпеку розвитку кардіоваскулярних порушень, сприяє нормалізації ліпідного обміну, згортувальної системи крові. Перед призначенням фізичних навантажень більшість авторів пропонують провести навантажувальне тестування за допомогою велоергометрії. Застосування діагностичних тестів підвищує виявлення коронарної патології при ЦД. Американська діабетична асоціація розглядає навантажувальні тести як обов'язковий компонент у діагностиці ішемічної хвороби серця.

Велоергометричне тестування проводили на апараті Kettler (Ergometer DX1-PRO) за ступінчастою зростаючою схемою з тривалістю кожного ступеня 3 хв. у положенні хворого сидячи зі швидкістю обертання педалей 60 об./хв. Навантажувальну пробу проведено 60 пацієнтам, у тому числі 25 хворим на ЦД 1 типу і 35 хворим на ЦД 2 типу.

Виявлено, що серед хворих на ЦД у 13,3% випадків виявлено діагностично значущу горизонтальну депресію ST, більшу ніж на 1 мм від ізолінії, хоча скарги на ангінозний біль були відсутні, що свідчить про наявність безбольової форми ішемічної хвороби серця. Більшою мірою ця патологія притаманна хворим на ЦД 2 типу, серед яких відсоток осіб з прихованою ІХС склав 20,0%, тоді як серед хворих на ЦД 1 типу прихована ішемія міокарда виявлена лише в 4,0%.

В дослідженні виявлено невідповідність між такими скаргами хворого, як больовий синдром за грудиною і ре-

зультатами клініко-інструментальних обстежень: у 10,0% хворих, що пред'являли скарги, не було зафіксовано «ішемічного» зміщення інтервалу ST (усі хворі – з ЦД 2 типу). Проба на ІХС у них була або негативною, або сумнівною (точка J знаходилась менше ніж на 1 мм від ізолінії). Це може вказувати на неадекватну оцінку хворими стану свого здоров'я і бажання бути визнаними інвалідами.

У 8,3% обстежених хворих на ЦД причиною припинення тесту було короткочасне підвищення артеріального тиску понад пороговий безпечний рівень без суб'єктивних проявів, причому воно спостерігалось однаково часто як серед осіб з ЦД 1 типу, так і серед осіб з ЦД 2 типу. Вказана причина свідчить про наявність прихованої артеріальної гіпертензії.

Проведене тестування дало змогу визначити групу фізичного стану у обстежених хворих. Серед хворих на ЦД 1 типу виявилось 40,0% осіб з 2 групою фізичного стану, що відповідає фізичній працездатності або пороговому навантаженню 900 кг м/хв (150 Вт). Частка таких осіб серед хворих на ЦД 2 типу виявилась набагато меншою – всього 20,0%. Решту склали хворі з 3 групою фізичного стану (600 кг м/хв – 100 Вт) і 4 групою (150-300 кг м/хв. – 25-50 Вт).

Рівень фізичного здоров'я було оцінено як низький у 38,3% обстежених, середній – у 40,0%, нижче середнього – у 20,0%, вище середнього – у 1,7%. Осіб з високим рівнем фізичного здоров'я не виявлено. В групі хворих на ЦД 1 типу переважали хворі із середнім рівнем фізичного здоров'я, а в групі хворих на ЦД 2 типу – з низьким і нижче середнього.

Висновки. Проба з дозованим фізичним навантаженням у хворих на ЦД є необхідною для визначення групи фізичного стану і рівня фізичного здоров'я з метою вдосконалення медико-соціальної експертизи і планування програми фізичних тренувань, зниження рівня глікемії та профілактики серцево-судинних ускладнень.

Різні рівні толерантності до фізичного навантаження у хворих на ЦД 1 і 2 типу мають враховуватись при розробці індивідуальної програми реабілітації. Належні енергозатрати протягом робочого дня повинні відповідати групі функціонального стану кожного хворого.

Своєчасне виявлення прихованої коронарної недостатності і артеріальної гіпертензії під час проведення велоергометрії дозволяє відповідно коригувати лікувальний процес, що підвищує ефективність реабілітаційних заходів при цукровому діабеті.

ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

В.С. Вернигородський, В.Ю. Забур'янова, М.В. Вернигородська, О.В. Дзюняк

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету
імені Н.І. Пирогова, м. Вінниця

За даними Комітету експертів ВООЗ, в усьому світі зареєстровано більше 300 мільйонів чоловік, які страждають на цукровий діабет (ЦД), і кількість хворих подвоюється кожні десять років. Проблема ЦД, в силу її масштабності, необхідності витрат значних коштів для її вирішення, значної питомої ваги осіб молодого віку переросла з суто медичної в медико-соціальну.

Досліджувалась медико-експертна документація хворих та інвалідів внаслідок цукрового діабету в 23 областях України, АР Крим, міст Києва та Севастополя за 2007-2011 роки.

Вивчення статистичних даних центрів та бюро медико-соціальної експертизи АР Крим, 23 областей України, міст Київ та Севастополь за 2007-2011 рр. показало, що рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу в середньому по областях України за роки спостереження склав 1,17 на 10 000 населення, низившись від 1,22 до 1,09; найвищим він був серед осіб молодого віку. Рівень первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу був нижчим порівняно з ЦД 1 типу (0,9) і значно коливався по областях і також низився з 0,96 до 0,85%.

Темп приросту рівня первинної інвалідності осіб у віці від 18 до 39 років при ЦД 1 типу в Україні за п'ятирічний період склав 10,4%, тоді як рівень інвалідності старших вікових груп зменшився на 14,9%.

Величина темпу приросту рівня первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу серед населення молодого віку по областях коливалася в значних межах: від +157,14% до -53,7%, що може свідчити про недоліки медико-соціальної експертизи.

В структурі первинної інвалідності внаслідок ЦД 1 типу спостерігалось збільшення питомої ваги інвалідів молодого віку та зменшення старших вікових груп.

В динаміці, за 5 років відзначалось зменшення важкості інвалідності внаслідок ЦД 1 типу, що підтверджувалось збільшенням частки інвалідів III групи (з 54,2% до 61,5%) та зменшенням частки інвалідів I-II групи. Важкість інвалідності при ЦД 2 типу більша порівняно з ЦД 1 типу.

В структурі первинної інвалідності внаслідок ЦД 2 типу за віком питома вага інвалідів у віці 18-39 років невелика – 6,11-7,18%.

Рівень повторної інвалідності внаслідок ЦД склав в середньому 6,32 на 10 000 населення і перевищував рівень первинної інвалідності в 3,05 разів.

Основна причина інвалідності і при ЦД 1 типу, і при ЦД 2 типу – інвалідність внаслідок загального захворювання, проте при ЦД 1 типу велике значення має також інвалідність дитинства.

Висновок. Хоча за роки спостереження і відбулось збільшення частки осіб, яким була запропонована індивідуальна програма реабілітації, ця робота потребує подальшого вдосконалення. В середньому по областях в 2011 р. рекомендації з медичної реабілітації були визначені в 91,92% випадків; рекомендації з працевлаштування – в 55,1%, з професійного навчання – в 9,62%; рекомендації з соціальної реабілітації стосувались 47,31% інвалідів внаслідок ЦД.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З НИЗЬКОРОСЛІСТЮ

О.А. Вишневіська

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

Затримка росту в дитинстві може мати багато причин. Низькорослість, яка не пов'язана з ендокринними порушеннями, може бути конституціональною, генетичною, внутрішньоутробною, спричиненою голодуванням, а також різними хронічними захворюваннями серцево-судинної, легеневої, ниркової, шлунково-кишкової систем. До ендокринних причин низькорослості відносяться ідіопатична недостатність гормону росту (ГР) у зв'язку зі зниженням секреції ГРРГ, дисплазії, травми, пухлин гіпофіза та гіпоталамуса, дефект рецепторів ГР (карликовість Ларона), первинна недостат-

ність ІФР-1, низькорослість пігмеїв, низькорослість, індукована глюкокортикоїдами, резистентність до ІФР-1. Причиною вродженої недостатності ГР можуть бути дефекти генів PIT1, PROP1, GHN, GRE.

Стандартним методом оцінки секреції ГР у дітей є визначення реакції гормону в сироватці крові на введення інсуліну та інших стимуляторів (аргінін, леводопа, глюкагон). Для підтвердження діагнозу дефіциту ГР рекомендується дві стимуляційні проби. Раніше діагноз соматотропної недостатності базувався на визначенні піка концентрації ГР в сироватці крові до 5 нг/мл, але сьогодні багато клініцистів вважають патологічним пік концентрації нижче 10 нг/мл. Проте із-за того, що методи оцінки біодоступності ГР до кінця не стандартизовані, діагноз соматотропної недостатності має базуватись також на визначенні низького зросту дитини за допомогою стандартного відхилення (більше 2,5 SD (SD - стандартне відхилення) нижче середнього зросту для здорових дітей того ж віку), затримки кісткового дозрівання, низької швидкості зростання (нижче 25-ї перцентилі). Іншими маркерами секреції ГР є концентрація інсулінподібного фактора росту-1 (ІФР-1) та зв'язуючого інсулінподібний фактор росту білка-3 (ІФР-ЗБ-3). Для підтвердження діагнозу недостатності ГР може бути проведено пробне лікування препаратами ГР протягом 3-6 місяців. При визначенні діагнозу недостатності ГР треба враховувати вік дитини. Так, в препубертатному віці секреція ГР нижче, ніж в період пубертатного розвитку. Тому дітям в період пубертатії рекомендується перед проведенням стимуляційних проб для оцінки секреції ГР вводити естрогени дітям віком старше 8 років і тестостерон – хлопчикам старше 10 років для виключення діагностичних помилок.

З 1985 року для лікування дітей з дефіцитом ГР застосовується тільки рекомбінантний ГР (рГР). Цей препарат за амінокислотним складом (191 амінокислотний залишок) повністю відповідає природному ГР. Діти з дефіцитом ГР в період активного росту потребують дози препарату ГР 0,3 мг/кг на тиждень, яка розподіляється рівномірно на кожний день і вводиться підшкірно. Діти пубертатного віку потребують удвічі більших доз ГР. Чим молодше пацієнт і чим більш виражений ступінь дефіциту ГР, тим більша ростова відповідь на замісну терапію. При генетично детермінованій низькорослості рекомендована доза препаратів рГР становить 0,375мг/кг на тиждень. Лікування ГР потребує постійного контролю швидкості зростання і оцінки кісткового віку пацієнтів. Також потрібен контроль концентрації ІФР-1 і ІФР-ЗБ-3 впродовж лікування. Дослідження показали, що титрування дози препаратів рГР за рівнем ІФР-1 призводить до менших побічних ефектів при хорошій клінічній ефективності.

Таким чином, застосування ГР є ефективним у дітей з низькорослістю в якості замісної терапії і потребує ретельного контролю.

ПОЄДНАННЯ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ДИСГОРМОНАЛЬНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Т.М. Войцеховська, В.С. Вернигородський

Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр, м. Вінниця

За останні десятиріччя в структурі ендокринних захворювань невинно прогресують захворювання щитоподібної залози (ЩЗ). Функція ЩЗ тісно пов'язана з системою гі-