

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, знизившись 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 знизився 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. Вишневська**

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-