

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. 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-

поталамус-гіпофіз-яєчники, перш за все, завдяки наявності загальних центральних механізмів регуляції. В свою чергу, стан репродуктивної системи має вплив на функцію ЩЗ.

Порушення функції ЩЗ можуть стати причиною передчасного або пізнього статевого дозрівання, розладів менструального циклу, неплідності, дисгормональних гіперплазій молочних залоз. В гінекологічній практиці не завжди приділяється належна увага оцінці функції ЩЗ, що призводить до неправильної діагностики, неадекватної тактики лікування, і як наслідок – до відсутності ефекту від застосованої терапії.

Мета дослідження полягала у вивченні закономірності поєднання патології ЩЗ з дисгормональною гіперплазією молочних залоз у жінок репродуктивного віку.

У Вінницькому обласному клінічному високоспеціалізованому ендокринологічному центрі обстежено 25 жінок у віці 25-50 років з різними патологіями ЩЗ: 15 випадків вузлового та багатовузлового зоба в стані еутиреозу; 6 випадків гіпотиреозу аутоімунного генезу та 4 випадки аутоімунного тиреоїдиту без порушення функції ЩЗ. Всім пацієнткам проведені гормональні дослідження (ТТГ, вТ₄, Т₃, ФСГ, ЛГ, естрадіол), визначено титр антитіл до тиреопероксидази та проведена біопсія ЩЗ при вузлових формах зоба; ультразвукове обстеження ЩЗ, мамографію чи ультразвукове обстеження молочних залоз.

В процесі дослідження було виявлено, що 93% жінок, поряд із патологією ЩЗ, мають ту чи іншу форму мастопатії – аденоз, фіброаденоматоз, фіброзно-кістозну мастопатію. Разом з тим, в контрольній групі, тобто у жінок без патології ЩЗ, мастопатію виявили у 40%.

Найбільш часто поєднання патології молочних залоз відмічалось у жінок з вузловими формами зоба (91%), аутоімунним тиреоїдитом (78%) та гіпотиреозом (69%).

Отримані нами дані мають важливе практичне значення як для лікарів-ендокринологів, так і лікарів-гінекологів. Якщо у жінок виявляють ту чи іншу патологію ЩЗ, вони потребують обов'язкового обстеження молочних залоз, і, навпаки, жінки з мастопатією потребують додаткового обстеження структури та функції ЩЗ. Це дасть можливість більш раннього виявлення патології ЩЗ або молочних залоз і призначити своєчасну адекватну терапію.

Отже поєднання патології щитоподібної залози з різними формами мастопатії достовірно частіше зустрічаються (93%) порівняно з жінками з нормальною функцією та структурою щитоподібної залози (40%).

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КОГДА ОНИ ЭФФЕКТИВНЫ?

Л.Г. Воскобойник

Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренка НАМН Украины, г. Киев

Выявление папиллярной карциномы (ПК) щитовидной железы (ЩЖ) на до- или интраоперационном этапах является очень важным, поскольку позволяет хирургам сразу провести радикальное хирургическое вмешательство, а пациентам – избежать повторной операции. Основным методом дооперационной диагностики тиреоидных опухолей явля-

ется тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ), результативность которой очень высока – по данным литературы, эффективность выявления ПК ЩЖ составляет от 70 до 90%. Тем не менее, в 10-30% случаев ПК ЩЖ остаются на этом этапе не идентифицированными. Кроме того, в приведенной статистике учитываются не только заключения «папиллярная карцинома», но и «подозрение на карциному». Вместе с тем, последняя формулировка является абсолютным поводом для проведения операции, но не тотальной тиреоидэктомии. В таких случаях обоснованным является проведение интраоперационных экспресс-гистологических исследований (ЭГИ), однако, как показывает реальная практика, они не всегда эффективны.

При выявлении ПК полезными могут быть интраоперационные цитологические исследования (ИЦИ), поскольку при их проведении, в отличие от ТАПБ, цитолог видит макроструктуру, что позволяет всегда получать адекватный информативный материал. По сравнению с ЭГИ преимущества ИЦИ таковы: материал не замораживается, поэтому ядерные характеристики клеток не искажаются. Мы оценили результативность ИЦИ, проанализировали, в каких случаях они наиболее эффективны и дополняют ли данные ТАПБ и ЭГИ.

Рассмотрены 163 случая опухолей ЩЖ, в которых были проведены и ТАПБ, и ИЦИ, и ЭГД. При окончательных гистологических исследованиях большая часть из них (63,8%) оказались ПК ЩЖ. Наличие ПК ЩЖ на этапе ИЦИ было установлено в 45% случаев. Ложно-положительных заключений не было. Условно ложно-положительные диагнозы «подозрение на ПК» имели место в 7 случаях (4%). В целом, эффективность ИЦИ составила: чувствительность – 42,7%; специфичность – 100% и точность – 61,3%.

При сопоставлении результатов ТАПБ и ИЦИ выяснилось, что в 64,3% случаев, в которых по ТАПБ было отмечено «подозрение на карциному», с помощью ИЦИ она была идентифицирована. При других заключениях ТАПБ («атипия», «фолликулярная неоплазия» (ФН) и «доброкачественная пункция») эффективность ИЦИ была значительно ниже – 7,5% (в группе «атипия» – 9,5%, «ФН» – 0, «доброкачественная пункция» – 11,1%).

Таким образом, результативность ИЦИ достаточно высока. Вместе с тем, актуальным остается вопрос – дополняют ли ИЦИ результаты ЭГИ, или же они их просто дублируют. Сопоставление результатов ИЦИ и ЭГИ показало, что в 39% случаев наличие ПК ЩЖ было зафиксировано и ЭГИ, и ИЦИ, т. е. фактически ИЦИ дублировали результаты ЭГИ. Еще в 17% случаев ПК ЩЖ была выявлена исключительно с помощью ЭГИ. Вместе с тем, в 6% случаев факт наличия ПК был установлен только с помощью ИЦИ (заключения ЭГИ: «подозрение на карциному» (2%) и «ФН» (4%)). При этом важно отметить, что в случае инкапсулированных ПК ЩЖ ИЦИ уступали в точности ЭГИ (в 74% ПК ЩЖ ИЦИ лишь дублировали ЭГИ, а в 21% карциномы были идентифицированы исключительно с помощью ЭГИ). Вместе с тем, в 9% инкапсулированных ПК ЩЖ карцинома была выявлена исключительно с помощью ИЦИ.

Таким образом, наши данные показали, что проведение ИЦИ может быть эффективным при инкапсулированных образованиях ЩЖ, в которых, по результатам ТАПБ, отмечено подозрение на карциному. В 10,8% таких случаев (4 из 37) была идентифицирована ПК ЩЖ. При остальных заключениях ТАПБ («фолликулярная неоплазия», «атипия», «доброкачественная пункция») ИЦИ дополняли ЭГИ лишь в 1,2% (1 из 86).