

інсулінотерапії, гіпоглікемії спостерігаються у 80,6% випадків, відповідно тяжких випадків гіпоглікемії – 27,2%. Однією з причин варіабельності гіпоглікемії може бути порушення техніки інсулінотерапії.

На базі кафедри діабетології було проведено опитування хворих стосовно техніки інсулінотерапії. Метою нашого дослідження було оцінити інформованість пацієнтів, хворих на ЦД, щодо техніки інсулінотерапії. В опитуванні взяли участь 100 хворих на ЦД 1 та 2 типів, що знаходяться на інсулінотерапії. З них ЦД 1 типу мали 24,0%, 2 типу – 76,0%. Середній вік пацієнтів склав  $51,88 \pm 1,81$  років. Середня тривалість захворювання –  $9,66 \pm 0,62$  роки (від 2 років до 20 років). Тривалість інсулінотерапії –  $6,55 \pm 0,45$  роки (від 1 до 15 років). Як відомо, у розпорядженні пацієнтів є голки довжиною від 12,7 мм до 5 мм. Найпопулярнішою стала голка 8 мм, нею користувались 89,0% пацієнтів. Довжину голки 10 мм використовували 11,0% хворих. На питання чи змінювалась довжина голки з тривалістю захворювання, позитивну відповідь дали 36,0% опитуваних. До того ж, пацієнти не враховували кут введення ін'єкцій в залежності від довжини голки і таким чином більше половини пацієнтів вводили інсулін внутрішньом'язово (більше половини хворих, використовуючи голки довжиною 8 мм, вводять її під кутом нахилу 90°), замість підшкірного введення. Таким чином, введений інсулін НПХ за тривалістю діяв як ультракороткий інсулін, що призводило до виникнення варіабельності гіпоглікемії. До того ж у 44,0% випадків виявляються ущільнені ділянки шкіри, які не обстежуються лікарями. З них 11,0% продовжують ін'єкції в змінені ділянки, а 22,0% роблять це іноді, що, в свою чергу, призводить до погіршення введення інсуліну і декомпенсації ЦД.

Отримані в ході дослідження дані дозволяють зробити висновок, що значна кількість пацієнтів припускаються значних помилок, виконуючи ін'єкції інсуліну. Порушення правил введення препарату не може сприяти покращенню вуглеводного обміну і призводить до декомпенсації захворювання.

## ДИНАМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО СКЛАДУ КРОВІ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ РАДІОІОДОТЕРАПІЇ

**Г.А. Замотаєва, Н.М. Степура**

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

Хоча терапія радіоактивним йодом давно і широко використовується в медичній практиці для лікування токсичного зоба та раку щитоподібної залози, інформація щодо побічних наслідків його впливу на інші органи і системи обмежена і досить суперечлива. До недавнього часу існувала думка, що через високу органотропність йоду-131 його радіаційний вплив на організм в цілому незначний. Дослідження останніх років змінили уявлення про повну безпеку проведення радіоїодотерапії (РІТ). Попередніми дослідженнями встановлено, що лікувальні та індикаторні активності йоду-131 спричиняють дозозалежні зміни в системі імунітету.

Метою даної роботи було визначення лейкоцитарного складу крові у хворих на рак щитовидної залози без віддалених метастазів в процесі лікування радіоактивним йодом.

Було обстежено 26 хворих на рак щитовидної залози обох статей у віці від 20 до 40 років (в середньому –  $29,3 \pm 1,1$ ). Лейкоцитарний склад крові визначали в динаміці: до прийому радіоїоду, через 6 днів, 1, 3 та 6 міс після РІТ. Контрольну

групу склали 17 практично здорових осіб у віці від 19 до 36 років (середній вік –  $29,2 \pm 1,4$ ). Загальну кількість лейкоцитів та лейкоцитарну формулу визначали загальноприйнятими методами. Мазки крові фарбували за Паппенгеймом. Диференційований підрахунок лейкоцитів різних типів проводили у 200 клітинах.

У хворих на рак щитовидної залози ще до лікування радіоїодом виявлені деякі зміни в складі лейкоцитів периферичної крові. Так, помірно, але статистично вірогідно ( $p < 0,05$ ) знижена відносна кількість сегментоядерних нейтрофілів; більш ніж у 2 рази збільшена відносна та абсолютна кількість базофілів; підвищена відносна кількість лімфоцитів.

Показано, що введення терапевтичних активностей йоду-131 призводить до змін лейкоцитарного складу периферичної крові. Так, вже на 6 добу після прийому радіоїоду спостерігається помірне зниження вмісту лейкоцитів, абсолютної та відносної кількості лімфоцитів та підвищення відносної кількості сегментоядерних нейтрофілів. Вочевидь, у ранні строки після РІТ зниження загальної кількості лейкоцитів відбувається за рахунок лімфоцитів, оскільки абсолютний вміст інших клітин крові не змінюється.

Найсуттєвіші порушення в лейкоцитарному складі крові хворих виявлені через місяць після РІТ. Встановлені такі вірогідні зміни в порівнянні з вихідними показниками: збільшення відносної кількості сегментоядерних нейтрофілів і моноцитів, зниження абсолютного вмісту еозинофілів, відносної і абсолютної кількості базофілів і лімфоцитів. Через місяць після РІТ середні показники відносної кількості лімфоцитів зменшуються на 25%, а їх абсолютний вміст – майже у 2 рази. Абсолютна кількість нейтрофілів знижується на 20% відносно вихідних показників і на 25% у порівнянні з нормою.

Через 3 місяці після РІТ ще виявляються зміни в складі клітин крові. Статистично зниженою залишається відносна і абсолютна кількість лімфоцитів, абсолютна кількість базофілів, збільшеною – відносна кількість сегментоядерних нейтрофілів. Саме в цей період виявлене істотне – у 2 рази – зменшення відносної й абсолютної кількості паличкоядерних нейтрофілів порівняно як з вихідними показниками, так і показниками контрольної групи. Через 4-5 місяців після РІТ спостерігається поступове відновлення показників крові і через 6 місяців статистично вірогідні зміни виявлені тільки в абсолютній і відносній кількості базофілів.

Проведені дослідження показали, що терапевтичні активності радіоїоду суттєво впливають на склад лейкоцитів периферичної крові хворих на тиреоїдний рак. Необхідні подальші дослідження для визначення особливостей змін кровотворної системи за умов РІТ залежно від віку хворих, наявності віддалених метастазів та кумулятивної активності радіоїоду.

## ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НК-КЛІТИН ТА НЕЙТРОФІЛІВ У ХВОРИХ ДИТЯЧОГО ТА ДОРОСЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ РАДІОІОДОТЕРАПІЇ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

**Т.Ф. Захарченко, Г.А. Замотаєва**

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

Прогноз виживаності хворих на диференційований рак щитовидної залози (ДРЩЗ) враховує багато чинників, зо-