

дітей. Показники ТТГ від 2,0 до 4,0 мОд/л – 52/118 (44,1±4,5%) обстежених. Рівень ТТГ більше 4,0 мОд/л був у 32/118 (27,1±4,1%). Найбільш виразне напруження функціонування гіпофізарно-тиреоїдної системи спостерігалось у дітей із синдромом затримки стато-кінетичного та передмовленневого розвитку (19/58, 32,7±6,1%, $p < 0,05$). У групі дітей з синдромом затримки стато-кінетичного та передмовленневого розвитку медіана ТТГ склала 3,59 мОд/л [QR: 2,43; 4,80], що вище, ніж у групі дітей із синдромом рухових порушень – 2,91 мОд/л [QR: 1,65; 4,50], пацієнтів із синдромом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості – ТТГ 2,83 мОд/л [QR: 1,82; 3,70] та у дітей без порушення функціонування нервової системи – 2,33 мОд/л [QR 2,16; 3,93].

Кореляційний аналіз за Спірменом дозволив встановити наявність зворотного кореляційного зв'язку між рівнем ТТГ та коефіцієнтом нервово-психічного розвитку ($\rho = -0,68$) та прямий кореляційний зв'язок між рівнем вільного тироксину та коефіцієнтом нервово-психічного розвитку ($\rho = 0,52$).

Таким чином, напружене функціонування та затримка дозрівання гіпофізарно-тиреоїдної вісі негативно впливає на нервово-психічний розвиток та неврологічний статус дітей раннього віку. В дітей із відносно високим рівнем ТТГ у сироватці крові достовірно частіше спостерігається синдром затримки стато-кінетичного психічного та передмовленневого розвитку.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Б.М. Маньковський, В.І. Ткаченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Цукровий діабет на сьогодні набув масштабів «неінфекційної епідемії». Поширеність, захворюваність і смертність від цукрового діабету 2 типу зростає в Україні щороку. З метою стандартизації та підвищення якості діабетологічної допомоги за нашою участю було створено уніфікований клінічний протокол з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу (Наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 №1118).

Мета нашого дослідження – проаналізувати результати впровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу (Наказ МОЗ України від 21 грудня 2012 №1118) в практику лікарів ендокринологів шляхом анкетування.

Нами було проведено групове роздаткове анкетування 74 лікарів-ендокринологів з різних областей України за допомогою спеціально розробленої анкети щодо оцінки впровадження основних положень уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу. Вік респондентів складав 41,5±1,3 років, стаж роботи за фахом – 13,9±1,2 роки, з них 30 (40,5%) лікарів працюють у стаціонарі та 44 (59,5%) – у поліклініці; 71 лікарів (95,9%) працюють у міських закладах. Статистичний аналіз був проведений за допомогою програм Excel 2007, SPSS.

Дані нашого анкетування показали, що в умовах реформування лікарів-ендокринологів надають допомогу 83,5±7,4 пацієнтам на тиждень, серед яких відсоток пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу складає 51,1±3,1%. Через рік після впровадження уніфікованого клінічного протоколу 66 (89,2%) лікарів-ендокринологів вказали, що знають про існування і ознайомились з цим документом, не ознайомились – 8

(10,8%) ендокринологів, з них 5 (6,7%) – тому, що «не було часу чи необхідності» та 3 (4,1%) – тому, що «не знають про існування протоколу». При цьому майже всі лікарі-ендокринологи (100%) вказали, що пропонують і проводять навчання з самоконтролю цукрового діабету та мають доступ до офтальмолога і невропатолога в межах закладу, отже, можуть забезпечити міждисциплінарну командну структурізовану допомогу хворим на цукровий діабет 2 типу. 100% лікарів-ендокринологів призначають і проводять корекцію лікування пероральними цукрознижувальними засобами, але інсулінотерапію самостійно призначають 63 (85,1%) ендокринолога. Щодо знання ендокринологами основних положень протоколу було відмічено, що рекомендований протоколом цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну $\leq 7\%$ правильно вказали 44 (59,5%), артеріального тиску АТ $\leq 140/80$ мм.рт.ст. – 12 (16,2%) лікарів. Рівень досягнення цільових показників пацієнтами в процесі лікування також був низьким. Так, лікарі вказали, що лише 59,3±2,1% пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу досягають в процесі лікування цільового рівня $HbA_{1c} \leq 7\%$; лише 38,4±2,6% пацієнтів мають артеріальний тиск $\leq 140/80$ мм.рт.ст., з них отримують лікування антигіпертензивними засобами 72,4±2,9%; рівень холестерину $\leq 4,5$ ммоль/л мають 30,2±2,6% пацієнтів, і 51,7±3,6% з них отримують гіполіпідемічні препарати. Але виявлені нами дані вказують на подібну до інших країн світу ситуацію в досягненні цільових рівнів показників пацієнтами в умовах впровадження нових протоколів.

Отже, дотримання основних положень уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу, оцінене на ранній стадії його впровадження, є недостатнім, що частково пов'язано з недостатнім знанням лікарями цих положень. Ситуація потребує подальшого аналізу, вдосконалення і пошуку шляхів оптимізації.

ГІПЕРЕСТРОГЕНІЯ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ЖІНОК ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ РЦЗ

В.В. Марков, Т.М. Кученко

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

Естрогени в організмі жінки необхідні для нормального функціонування репродуктивної системи, формування та підтримання вторинних статевих ознак. Естрогени виробляються яєчниками, наднирковими залозами та представлені в організмі трьома формами: естрадіолом, естроном та естріолом. Основні естрогенні ефекти притаманні естрадіолу. Гіперестрогенія – стан, за якого вміст естрогенів може бути недостатнім, нормальним або підвищеним при одночасному дефіциті прогестерону. У відповідь на гіперестрогенію у молочних залозах розвивається мастопатія (ДФАМ) внаслідок генетичних факторів, захворювань щитовидної залози, печінки, яєчників, інших органів, а також факторів зовнішнього середовища та стилю життя. Провідну роль у виникненні раку молочної залози також відіграє тривала гіперестрогенія. В ретроспективних та проспективних дослідженнях у хворих на рак молочної залози найчастіше діагностувалась фонова мастопатія.

За даними багатьох досліджень встановлено, що гіперестрогенія викликає спочатку функціональні (мастодінії), а потім морфологічні зміни в молочних залозах (реакція сполучної тканини, формування кіст, проліферація епітелію). Особливе значення в розвитку доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози належить патологічному