

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

підвищенню вмісту пролактину, особливо в нічний період, що не завжди виявляється при стандартному гормональному обстеженні. Останнім часом з'являється все більше даних про вплив надлишку простагландинів на виникнення ДФМ (спонукання вазодилатації, набряку, ексудації, сенсibiлізації рецепторів та зниження порогу больової чутливості).

Для оцінки стану молочних залоз у жінок репродуктивного віку після лікування раку щитовидної залози нами було обстежено 18 пацієнок відділення радіоїодтерапії. Групу порівняння склали 14 жінок репродуктивного віку без патології ЩЗ. За нашими даними, у 12 (60%) жінок виявлялись УЗ-ознаки ДФМ з різко вираженим аденозним компонентом, з них у 4 (32%) жінок діагностовано листовидні фіброаденоми, двом жінкам проведено оперативне втручання; у 8 (66%) жінок виявлено множинні кісти; 1 (8%) призначено цитологічний контроль за результатами проведеної ТАПБ. У групі порівняння було виявлено ДФМ з аденозним компонентом у 3 (18%) жінок. Таким чином, можна констатувати, що серед жінок репродуктивного віку після лікування раку ЩЗ та на тлі прийому супресивної терапії відсоток проліферативних змін в молочних залозах в 4-5 разів вищий, ніж в загальній популяції та в контрольній групі.

Враховуючи виявлені порушення та оцінку репродуктивної сфери, жінкам з виявленими проявами мастопатії було призначено лікування гормональними та негормональними препаратами та проведено динамічне спостереження періодом 1 рік. Відмічено відсутність прогресування мастопатії та покращення самопочуття у більше 70% жінок.

Таким чином, враховуючи високий ризик гіперестрогенії у пацієнок після лікування раку ЩЗ в результаті прийому супресивної терапії, їм рекомендовано постійний УЗ-контроль за станом молочних залоз та репродуктивної системи, спостереження гінеколога-ендокринолога та корекція виявлених порушень для попередження розвитку дифузних та вогнищевих змін в молочних залозах.

ТЕРИТОРІАЛЬНА Й ЧАСОВА ВАРІАТИВНІСТЬ ПОШИРНОСТІ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ В УКРАЇНІ

К.В. Мартопляс, М.П. Кульбіда

Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України, м. Одеса

Обговорюються причини нерівномірності територіального розподілу частот виявлення діабетичної ретинопатії (ДРП) і темпів їхнього приросту у зв'язку із особливостями вірогідності моніторингу захворюваності на цукровий діабет 2 типу та його офтальмологічних проявів за умови запровадженням єдиного реєстру пацієнтів, хворих на цукровий діабет.

Поширеність ДРП на території України в період 2001-2010 рр. оцінювали за даними річних звітів головних фахівців адміністративно-територіальних одиниць (АТО) про надання офтальмологічної допомоги дорослому населенню.

В середньому по Україні частота виявлення ДРП зростала: 2001 р. – 19,5; 2005 р. – 24,3; 2010 р. – 31,5 випадків на 10 тис. дорослого населення. Таким чином, у порівнянні з 2001 роком середній рівень виявлення ДРП по Україні в 2010 р. виріс в 1,6 рази.

В усі роки спостережень поширеність ДРП по АТО варіювала в широких межах: в 2001 р. – 1,9-56,9; в 2005 р. – 9,1-58,2; в 2010 р. – 1,9-89,5 випадків на 10 тис. дорослого населення.

У 2001 році значне перевищення середнього рівня спостері-

галось в Тернопільській (56,9), Одеській (50,4), Сумській (41,7) областях; нижче середнього – в Івано-Франківській (1,9), Запорізькій (1,8), Хмельницькій (6,2) і Ровенській (7,7) областях.

У 2005 р. високі рівні виявлення ДРП спостерігали в м. Севастополі (25,4), Харківській (26,3), Львівській (30,0), Донецькій (30,2), Ровенській (35,3), Одеській (39,6), Чернігівській (44,7) і Сумській (48,6) областях. Максимальний рівень в Тернопільській області в 2005 р. склав 58,2 на 10 тис. дорослого населення. Нижче середнього рівень поширеності спостерігався в Івано-Франківській (1,9), Хмельницькій (6,0), Миколаївській (9,1) областях та в м. Києві (9,8).

У 2010 р. найвищий рівень зберігався в Тернопільській (89,5), Чернігівській (58,6), Сумській (54) та Одеській (43,2) областях. Значно зросли показники в Чернівецькій (42,0), Харківській (40,0), Львівській (38,6), Вінницькій (35,3), Житомирській (33,4) областях і АР Крим (40,3). Рівні показників нижче середнього зберігалися в Івано-Франківській (1,9), Хмельницькій (6,1) областях і м. Києві (11,3).

Також значно варіюють в АТО темпи приросту частоти виявлення ДРП. За період 2001-2010 р. в низці АТО спостерігалися набагато вищі темпи приросту частоти виявлення ДРП, ніж у середньому по Україні (в 1,6 разів за 10 років). Особливо високі темпи спостерігаються в таких АТО: АР Крим – в 3,15, Житомирська область – в 3,09, Закарпатська – в 3,06, Херсонська – в 3,05 рази. Вражаюче різке зростання частоти виявлення ДРП – у 16,3 рази за період 2001-2010 рр. – виявлене в Запорізькій області.

Помірний ріст частоти виявлення ДРП (близько 30%) спостерігається в Івано-Франківській, Сумській, Полтавській, Вінницькій і Чернігівській областях. У Волинській, Черкаській, Миколаївській, Кіровоградській, областях спостерігається слабке зростання частоти виявлення ДРП – від 8,8% до 18,0% за 10 років спостережень. У ряді областей (Хмельницька, Донецька, Луганська) за 10 років рівень ДРП практично не змінився – у межах від -1,6% до +2,9%.

Тільки у двох АТО спостерігається зниження рівня звернень із приводу ДРП – це м. Київ (зниження на 30,2%) і Одеська область (зниження на 20,0%) за 10 років.

ЧАСТОТА АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕННЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ХАРЬКОВА

Е.В. Мисюра, І.М. Ільїна, І.П. Романова, А.В. Казаков, М.І. Зубко, Н.А. Кравчун

Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України, г. Харків

На сьогоднішньому етапі розвитку медицини доказано, що абдоминальне ожирення (абОЖ) даже у лиц, існуючих індекс маси тела на рівні нормальних значень, сочетаетя с ранним розвитием сахарного діабета (СД), сердечно-судинної патології і смертності от нее, что обуславливает необходимость проведения профилактики не столько ожирения вообще, сколько абдоминального его типа. Как известно, проведение адекватных профилактических программ невозможно без точной информации о частоте патологии в конкретном регионе и группах населения.

Целью данного исследования стал анализ частоты разной степени абдоминального ожирения с учетом половых особенностей среди лиц, обратившихся в поликлинические учреждения г. Харькова.

Из 1059 жителей г. Харькова старше 45 лет, не состоявших на учете по поводу хронической эндокринной патологии, активно посетивших поликлинические учреждения, были сформированы две выборки: выборка мужчин (м; n=225) и выборка женщин (ж; n=834), у которых абОЖ диагностировалось двумя