

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, И.М. Ильина, И.П. Романова, А.В. Казаков, М.И. 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, имеющих индекс массы тела на уровне нормальных значений, сочетается с ранним развитием сахарного диабета (СД), сердечно-сосудистой патологии и смертности 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