

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, сенсibiliзації 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 информация 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

способами: а) по величине ОТ (в соответствии с критериями АТР III (Adult Treatment Panel), в т. ч., выраженное в соответствии с рекомендациями Международной федерации по изучению СД (IDF) (2005)); б) по значению соотношения ОТ/ОБ (в соответствии с критериями ВОЗ (1997)). Пациенты с наличием в анамнезе СД к исследованию не привлекались. Сравнение долей проведено с помощью ω -преобразования. Статистическую значимость разницы оценивали с помощью критерия Фишера F.

В соответствии с критерием ОТ более 3/4 (83%) обследованного населения (877 человек) имело абОЖ, более половины (56%) – выраженное (588 человек). При оценке соотношения ОТ/ОБ абОЖ обнаружено у 47% пациентов (494 человека), что на уровне значимости $p < 0,001$ отличается от величины этого показателя, диагностированного с помощью показателя ОТ, и на уровне значимости $p < 0,05$ от частоты выраженного абОЖ. Объясняется это тем, что у 36% обследованных лиц наличие ОТ, соответствующего абОЖ, в т. ч. у 8% – выраженного, сочеталось со значительным накоплением жировой ткани в области бедер, ассоциирующееся, по результатам последних исследований, с более благоприятным сердечно-сосудистым профилем, даже в сравнении с лицами, имеющими нормальную массу тела.

При анализе половых особенностей частоты абОЖ получены следующие данные: среди женщин абОЖ в соответствии с критерием ОТ диагностировано у 705 из них (85%), (у 494 (59%) – выраженное), с критерием ОТ/ОБ – у 424 (51%). Для мужчин соответствующие показатели составили, соответственно, 170 (76%), (94 (42%) и 70 (31%). Таким образом, абОЖ, в т. ч. и выраженная его форма, вне зависимости от способа диагностирования встречается среди женщин чаще, соответственно, в 1,2; 1,4 и 1,6 раз ($p < 0,05$), чем среди мужчин.

Исходя из полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. При разработке региональных профилактических программ необходимо учитывать, что 85% горожан старше 45 лет, не состоявших на учете по поводу хронической эндокринной патологии, обратившихся в поликлинические учреждения, имеют повышенный риск развития сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии, 56% – нуждаются в активной их профилактике.

2. Женщины старше 45 лет, посетившие поликлинические учреждения г. Харькова, в 1,4 раза чаще мужчин имеют выраженное абдоминальное ожирение, сопряженное с повышенным риском развития сопутствующей патологии.

3. Существует необходимость в проведении исследований с целью уточнения сопутствующих патологий, состояния углеводного и липидного метаболизма у лиц, имеющих накопление жировой ткани в области талии в объеме, соответствующем значительному риску развития сопутствующих патологий, при еще более выраженном одновременном накоплении ее и в области бедер, как основы для уточнения прогностической значимости различных критериев абдоминального ожирения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ В УКРАИНЕ

Е.В. Мисюра, А.В. Казаков, Н.А. Кравчун

Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского НАМН Украины, г. Харьков

Ожирение (ОЖ) за последнее десятилетие превратилось в серьезную проблему современного человечества, являющуюся не только причиной значительной доли общего бремени

болезней и смертности, но и обуславливающую огромные экономические потери. Как известно, снизить последние возможно только при проведении адекватных профилактических программ, для разработки которых необходима точная информация о распространенности этой патологии в конкретном регионе. Одним из основных источников информации о распространенности ОЖ в нашей стране служат данные ежегодных отчетов о работе эндокринологических служб областей главных внештатных специалистов Департаментов и Главных управлений здравоохранения областных государственных администраций, предоставляемых профильным научным центрам НАМН Украины, осуществляющих кураторскую деятельность над эндокринологическими службами этих регионов, в частности, ГУ «ИПЭП им. В.Я. Данилевского НАМН Украины» (Приказ МЗ и АМН Украины от 28.03.2006 р. № 175/23).

Целью работы стал анализ показателей распространенности ожирения среди взрослого населения Днепропетровской, Донецкой, Запорожской, Кировоградской, Луганской, Николаевской, Сумской и Харьковской областей, курируемых ГУ «ИПЭП», за период 2000–2013 гг. на основании данных, предоставленных учреждению-куратору главными внештатными специалистами.

За период 2000–2013 гг. в восьми из девяти вышеуказанных областей регистрировался более выраженный рост распространенности ОЖ среди взрослого населения, чем в среднем по Украине. Для сравнения, распространенность ОЖ в целом по Украине за этот период возросла в 1,9 раза (с 642,1 до 1232,0 на 100 тыс. населения), а по Днепропетровской и Донецкой областям в 2,4 раза (соответственно, с 397,0 до 962,0 и с 430,0 до 1031,0 на 100 тыс. населения); по Кировоградской и Херсонской в 2,5 раза (с 541,0 до 1326,0 и с 265,0 до 653 на 100 тыс. населения, соответственно); по Сумской в 2,6 раза (с 654,0 до 1697,0 на 100 тыс. населения); по Николаевской в 2,8 раза (с 327,0 до 907,0 на 100 тыс. населения); по Запорожской в 3,7 раза (с 231,4 до 866,0 на 100 тыс. населения) и максимально по Харьковской в 6,3 раза (с 234,0 до 1697,0 на 100 тыс. населения).

Это привело к тому, что, если в 2000 г. данный показатель для взрослого населения был выше (в 1,02 раза) среднеукраинского только в одной Сумской области (653,9 против 642,1 на 100 тыс. нас.), то на 1.01.2014 г. – уже в трех из девяти: Сумской (в 1,4 раза), Харьковской (в 1,2 раза) и Кировоградской (в 1,1 раза) (1697,0; 1482,0; 1326,0 против 1232,0 на 100 тыс. нас., соответственно).

Наименьший прирост распространенности ОЖ в 2013 г. по отношению к данному показателю в 2000 г. зарегистрирован в Луганской области (в 1,4 раза). И это при том, что распространенность ОЖ в ней остается в 2,0 раза ниже среднего государственной, в 2,7 раза – уровня Сумской области и в 2,4 раза – территориально соседствующей с ней Харьковской области.

Выводы:

1. Значительный рост количества больных с ожирением в Сумской, Харьковской и Кировоградской областях обуславливает необходимость разработки в указанных областях региональных профилактических программ.

2. Актуально проведение эпидемиологических исследований с целью уточнения причин значительных отличий в распространенности ожирения в различных регионах, в первую очередь, в таких соседних областях как Луганская и Харьковская.

3. В связи с неуклонным ростом числа больных ожирением и необходимостью в будущем их длительного поэтапного лечения имеет смысл детализация протоколов их наблюдения в разрезе распределения обязанностей между специалистами первичного и вторичного звеньев оказания медицинской помощи.