

В учасників Проекту було виявлено 3777 випадків основних нозологічних одиниць тиреоїдної патології, серед яких злоякісні новоутворення становили 171 випадок, фолікулярна аденома – 58, дифузний нетоксичний зоб – 2386, дифузний токсичний зоб – 5, нетоксичний вузловий зоб – 1095, автоімунний тиреоїдит – 196, післяопераційний гіпотиреоз – 19 і набутий гіпотиреоз – 4.

Таким чином, проведення Проекту дозволило охопити комплексним обстеженням стану ЩЗ значну частину мешканців найбільш радіаційно забруднених районів Житомирської, Київської та Чернігівської областей, надати їм висококваліфіковану консультативну та медичну допомогу, а також отримати наукові дані, які при подальшому тривалому спостереженні за учасниками Проекту дозволять встановити залежність захворювань щитовидної залози (в першу чергу, злоякісних новоутворень) від дози опромінення йодом-131.

РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ УКРАЇНИ ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

**М.Д. Тронько, В.П. Терещенко, Т.І. Богданова,
В.А. Олійник, Г.А.Замотаєва, В.М. Шпак,
Л.В. Чайковська, І.П. Пастер**

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

Сьогодні не викликає сумніву той факт, що негативний вплив Чорнобильської катастрофи на здоров'я людини насамперед реалізувався у зростанні захворюваності на рак щитовидної залози у осіб, які на момент аварії на ЧАЕС були в дитячому або підлітковому віці. Про це свідчить динаміка цього захворювання: якщо протягом 1986-1988 рр. вона становила 0,1 випадки на 100000 дітей України, то в 1990 р. вона збільшилася до 0,4 випадків на 100000 дитячого населення. Усі наступні роки захворюваність продовжувала збільшуватися і в 2012 р. вона склала 6,1 випадки на 100000 дітей України.

Така ж динаміка захворюваності на рак щитовидної залози спостерігається і у підлітків України: у 1986-1989 рр. вона була на рівні 0,4 випадки, а в 2012 р. цей показник дорівнював 6,3 випадки на 100000 підлітків.

Зв'язок збільшення захворюваності на рак щитовидної залози з Чорнобильською катастрофою підтверджує і той факт, що її рівень в осіб, які були у дитячому та підлітковому віці на момент аварії і проживали на території шести найбільш постраждалих північних регіонів України протягом 1990-2012 рр. був у кілька разів вище, ніж в інших 21 регіоні країни.

На користь зв'язку аварії на ЧАЕС зі зростанням захворюваності на рак щитовидної залози свідчить також наявність залежності рівня цієї патології від дози опромінення залози: у більшості дітей, прооперованих з приводу тиреоїдного раку, ця доза була більша 100 сГр. Крім того, частота виявлення захворювання була значно вище в регіонах України з високим дозовим навантаженням на залозу: Прип'ять, Народичі, Чернігів.

Безсумнівним доказом зв'язку збільшення захворюваності на рак щитовидної залози з Чорнобильською катастрофою у дітей України є також її рівень у дітей, які народилися після аварії, починаючи з квітня 1987 року, коли чорнобильський радіоактивний йод на щитовидну залозу вже не діяв. Цей рівень був значно нижче, ніж у дітей та підлітків, опромінених радіоізотопами йоду.

Захворюваність тиреоїдним раком в осіб дитячого і підліткового віку на момент Чорнобильської катастрофи станом на 1 січня 2012 р. ще не зменшилася, незважаючи на те, що чорнобильський радіоактивний йод через 2 місяці після аварії розпався і вже не впливав на щитовидну залозу, проте наслідки його дії продовжують проявляти себе. Тому дуже важливо щорічно проводити скринінгове медичне обстеження цих людей для своєчасного виявлення раку щитовидної залози.

РІВНІ ГЛЮКОЗИ, ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДІАБЕТУ ТА ПРЕДІАБЕТУ У МЕШКАНЦІВ ЛІТНЬОГО ВІКУ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ УКРАЇНИ. ПОПЕРЕДНІ ДАНІ

**М.Д. Халангот¹, В.І. Кравченко¹, Ю.М. Писаренко²,
Н.В. Охріменко¹, Н.Г. Лерман³, В.А. Ковтун¹**

¹Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ;

²Макарівська центральна районна лікарня МОЗ України;

³Андріївська медична амбулаторія Макарівського центру первинної медико-санітарної допомоги загальної практики сімейної медицини

Дослідження поширеності цукрового діабету (ЦД) та порушеної толерантності до глюкози (ПТГ) серед сільського населення України останні 20 років не проводилися, хоча критерії діагнозу діабету та умови життя людей суттєво змінилися. Представлені дані є результатами обстеження населення на наявність ЦД, ПТГ, порушеної глікемії натще (ПГН) та виявлення факторів ризику ЦД, проведеного у співпраці із закладами охорони здоров'я Київської області. У 99 осіб, випадково вибраних із загальної популяції 540 осіб віком понад 53 роки, що постійно проживають в одному сільському населеному пункті і не були зареєстрованими хворими на ЦД, проведено тест толерантності до глюкози за критеріями ВООЗ (1999) з визначенням рівнів глюкози у плазмі венозної крові та антропометричні вимірювання: артеріальний тиск, зріст та вага з визначенням індексу маси тіла (ІМТ), окружність талії, стегон, шиї. У 13,1% з досліджених виявлено ЦД, у 19,2% – ПТГ, у 12,1% – ПГН. Раніше ЦД був відомий у 4,4% місцевих мешканців цієї вікової категорії, тобто реальна поширеність хвороби може бути утричі вища

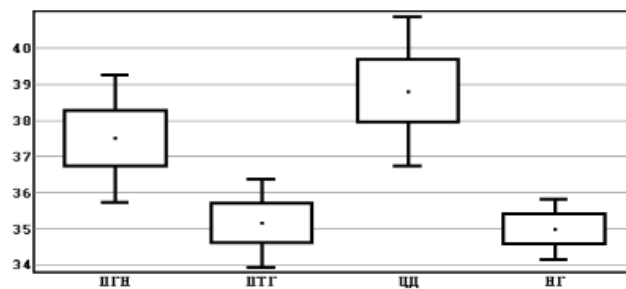


Рисунок. Окружність шиї у жінок, що належать до різних категорій глікемії. ПГН – порушена глікемія натще; ПТГ – порушена регуляція глюкози; ЦД2 – цукровий діабет 2 типу; НГ – нормальна глікемія. Наведені середні значення (центри чотирикутників); середні похибки (відстань від центра до горизонтальної сторони чотирикутників); 95% СІ (лінії, що виступають зверху та знизу поза фігурами).

за відому. Антропометричні порівняння серед жінок виявили зв'язок між збільшенням ІМТ, окружностей талії, стегон, шиї та приналежністю до групи ЦД. Дані про окружність шиї у жінок, що належать до різних категорій глікемії, наведені на рисунку. Ризик ЦД (за відношенням шансів – OR та його 95% конфіденційними інтервалами – CI), що пов'язаний з кожним 1 см окружності шиї, оцінений за моделлю логістичної регресії та стандартизований за статтю та віком дорівнює $OR = 2,0$ (95% CI 1,4-3,0), $p < 0,001$.

Таким чином, окрім традиційних факторів ризику (збільшення ІМТ, ОТ та співвідношення ОТ/ОС), в різних категоріях глікемії вперше в Україні оцінена ОШ та показана значимість збільшення цього показника у осіб з ЦД. Раніше значимість ОШ була доведена лише як фактор ризику метаболічного синдрому (Zhou, et al., 2013).

НЕГАТИВНІ ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОЯВИ У ХВОРИХ НА ЦД 2 З ОЖИРІННЯМ

В.В. Ховака, Л.В. Корпачева-Зінич

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

Дані багатьох досліджень свідчать, що у людей, які страждають від ЦД, часто зустрічається низка психологічних проблем і психічних розладів. Такі порушення не тільки викликають страждання, але також впливають на перебіг лікування та визначають його результативність. Це робить актуальним дослідження негативних психосоматичних проявів у хворих на ЦД. Багато хворих на ЦД 2 типу мають підвищену масу тіла. Через це в нашому дослідженні ми поставили завданням дослідити особливості негативних психосоматичних проявів у хворих на ЦД 2 з ожирінням.

Всього було обстежено 48 хворих на ЦД 2, з них 28 жінок та 20 чоловіків. Пацієнти були розподілені за значеннями ІМТ на дві основні групи: без ожиріння (ІМТ в межах від 25 до 30 kg/m^2) та осіб з ожирінням (ІМТ більше 30 kg/m^2). Пацієнтів з ожирінням було 56,25% (серед жінок – 60,71%, серед чоловіків – 50%). Обстежені, хворі на ЦД 2, знаходилися на пероральній цукрознижувальній терапії.

Негативні психосоматичні прояви досліджувалися шляхом анкетування за шкалою DS-14 з метою виявлення особистості типу D (дистрес-особистості): вона визначалася у разі наявності у пацієнта одночасно значних проявів негативної емоційності та соціального стримування. У жінок, хворих на ЦД 2 з ожирінням, спостерігалися більші суми балів за шкалою наявності особистості типу D, ніж у пацієнток без ожиріння – відповідно $29,55 \pm 2,13$ та $20,63 \pm 3,27$ балів ($p < 0,05$). У пацієнток з ожирінням відзначалися також більші значення суми балів за шкалою негативної емоційності – відповідно $17,09 \pm 1,12$ та $11,75 \pm 1,98$ балів ($p < 0,05$). У чоловіків, хворих на ЦД 2 з ожирінням, спостерігалися більші суми балів за шкалою наявності особистості типу D, ніж у пацієнтів без ожиріння – відповідно $25,75 \pm 1,28$ та $16,27 \pm 1,12$ балів ($p < 0,001$). За шкалою негативної емоційності у пацієнтів з ожирінням відзначалися також більші значення суми балів – відповідно $14,25 \pm 0,70$ та $8,18 \pm 1,08$ балів ($p < 0,001$).

Аналіз розподілу пацієнтів за результатами анкетування за шкалою DS-14 у відсотках виявив наступне. Відсоток пацієнтів з наявністю особистості типу D серед жінок з ожирінням був більшим, ніж у жінок без ожиріння – відповідно 72,73 та 37,50%. Це стосувалося відсотку пацієнтів з виразною нега-

тивною емоційністю – у жінок з ожирінням він був більшим, ніж без ожиріння – відповідно 100,0 та 50,0%. Відсоток пацієнток з виразним соціальним стримуванням за наявності ожиріння також був більшим – відповідно, 72,73 та 37,5%.

Відсоток пацієнтів з наявністю особистості типу D серед чоловіків з ожирінням був більшим, ніж у чоловіків без ожиріння (відповідно 62,5 та 9,1%). Така ж закономірність спостерігалася щодо пацієнтів з виразною негативною емоційністю: серед чоловіків з ожирінням її відсоток був більшим, ніж у пацієнтів без ожиріння – відповідно 75,0 та 36,36%. Відсоток пацієнтів з виразним соціальним стримуванням за наявності ожиріння також був більшим (62,5 та 27,27% відповідно).

Хворі на ЦД 2 були також обстежені шляхом анкетування за шкалою депресії. У жінок, хворих на ЦД 2 з ожирінням, спостерігалися вищі суми балів за шкалою депресії, ніж у пацієнток без ожиріння – відповідно $58,64 \pm 2,03$ та $48,00 \pm 2,65$ балів ($p < 0,01$). У хворих на ЦД 2 з ожирінням чоловіків також спостерігалися більші суми балів за шкалою депресії, ніж у пацієнтів без ожиріння – відповідно $56,29 \pm 1,96$ та $46,11 \pm 1,97$ балів ($p < 0,01$).

Загалом слід відзначити, що у більшості хворих на ЦД 2 виявлялися негативні психосоматичні прояви, і значну різницю вони мали за наявності ожиріння, особливо це стосувалося жінок.

ДИСГОРМОНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ І БЕРЕМЕННОСТЬ

З.Б. Хоминская

Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, г. Київ

В последние годы наблюдается постоянная тенденция к росту частоты дисгормональной патологии репродуктивной системы, которая у женщин детородного возраста достигает 60-80%. Лейомиома матки (ЛМ), как и доброкачественная патология молочных желез, наблюдается у каждой 2-3-й женщины репродуктивного возраста. Ведущая роль в патогенезе доброкачественных дисгормональных заболеваний репродуктивной системы женщины вне беременности принадлежит абсолютной и/или относительной гиперэстрогении в сочетании с абсолютной или относительной прогестероновой недостаточностью, а также системной или локальной гиперпролактинемии. Определённую роль играют и другие факторы, в частности, психоэмоциональный стресс и воспалительные процессы гениталий.

В период беременности эндокринная система женщины претерпевает существенную перестройку с увеличением уровня женских половых гормонов в крови в десятки раз, что необходимо для создания оптимальных условий для развития плода, течения беременности и родов, подготовки молочных желез к лактации. В то же время, влияние дисгормональных заболеваний репродуктивной сферы женщины на течение беременности изучено недостаточно.

Гормональный статус в динамике беременности исследован у 190 женщин с лейомиомой матки и 84 женщин с доброкачественной дисплазией молочных желез (ДДМЖ) (основная группа). 30 здоровых женщин с физиологическим течением беременности составили контрольную группу.

Осложнённое течение беременности имело место у подавляющего большинства женщин основной группы. Наиболее