

логічної патології проводили УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС, іригографію, вивчали копрограму. Діагноз функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГР) встановлювався у відповідності до Римських критеріїв III. Отримані дані статистично обробляли з використанням пакету прикладних програм STATISTICA 7,0 та Microsoft Excel 2007.

УЗД ЩЗ підтвердило наявність зоба при оцінці за стандартами ВООЗ 2001 року в $89,8 \pm 3,2\%$ (79/88) обстежених дітей, у яких під час скринінгового дослідження пальпаторно встановлено збільшення ЩЗ. При порівнянні з останніми рекомендаціями ВООЗ/МРКІДЗ/ЮНІСЕФ (2007 р.) збільшення ЩЗ встановлено в 100% (88/88) випадків. За нормативами ВООЗ від 2001 р., у $32,9 \pm 5,3\%$ (26/79) випадків мало місце збільшення ЩЗ в межах 30%, на 30-60% – $26,6 \pm 5,0\%$ (21/79), та на 60-100% – $35,4 \pm 5,4\%$ (28/79). Лише у $5,1 \pm 2,5\%$ (4/79) випадків тиреоїдний об'єм був збільшений більше ніж у 2 рази.

Рівень ТТГ в межах оптимальних значень (0,4-2,0 мОд/л) мали $47,7 \pm 5,3\%$ (42/88) обстежених дітей із ДНЗ. У $42,0 \pm 5,3\%$ (37/88) дітей встановлено ознаки мінімальної тиреоїдної дисфункції (підвищення ТТГ до 2,0-4,0 мОд/л), а $10,2 \pm 3,2\%$ (9/88) школярів знаходилися в стані субклінічного гіпотиреозу (рівень ТТГ вище 4,0 мОд/л при зниженні вл. T_4 до нижньої межі нормальних значень).

Гастроінтестинальні скарги мали місце у $92,0 \pm 2,9\%$ (81/88) дітей із зобом. Характер клінічних проявів та даних додаткових досліджень за Римськими критеріями III відповідав ФГР у $76,1 \pm 4,5\%$ (67/88) випадків. Симптоми відповідали діагнозу «функціональна диспепсія» (ФД) у $44,3 \pm 5,3\%$ (39/88) обстежених. Клінічні прояви мали характер постпрандіального дистрес-синдрому в $61,5 \pm 7,8\%$ (24/39) цих дітей та відповідали синдрому епігастрального болю в $38,5 \pm 7,8\%$ (15/39) випадків ($p=0,07$). Діагноз «синдром подразненого кишечника» (СПК) було встановлено у $25,0 \pm 4,6\%$ (22/88) обстежених дітей із зобом. В абсолютній більшості випадків СПК мав перебіг із закрепамми ($86,4 \pm 7,3\%$, 19/22). Симптоми функціональних розладів біліарного тракту (ФРБТ) спостерігалися у $68,2 \pm 4,9\%$ (60/88) дітей із зобом. Поєднання декількох ФГР мало місце в $70,5 \pm 4,9\%$ (62/88) випадків.

Характер гастроінтестинальних розладів у обстежених дітей залежав від функціональної активності ГТС. Так, ФД із постпрандіальним дистрес-синдромом (ПДС) частіше спостерігалася у дітей із мінімальною тиреоїдною дисфункцією – $43,2 \pm 8,1\%$ (16/37), ніж у обстежених із оптимальним функціонуванням ГТС – $16,7 \pm 5,8\%$ (7/42, $p=0,020$). СПК із закрепамми частіше мав місце у дітей із СГ ($88,9 \pm 10,5\%$, 8/9, $p<0,001$) та у пацієнтів із високо нормальними показниками ТТГ ($27,0 \pm 7,3\%$, 10/37, $p<0,001$).

Серед клінічних варіантів ФРБТ у дітей зі зниженою функціональною активністю ГТС переважали функціональні розлади жовчного міхура (ФРЖМ) за гіпокінетичним типом. У дітей із субклінічним гіпотиреозом останні мали місце у $66,7 \pm 15,7\%$ (6/9) випадків проти $26,2 \pm 6,8\%$ (11/42) серед дітей з нормальним рівнем ТТГ ($p=0,051$) та $45,9 \pm 8,2\%$ (17/37) – серед пацієнтів із мінімальною тиреоїдною дисфункцією ($p=0,458$).

Медіана ТТГ у дітей із зобом та ФД була вищою при наявності ПДС, ніж при клінічних проявах, що відповідали синдрому епігастрального болю: $2,43$ мОд/л [QR: 2,08-2,81] проти $1,24$ мОд/л [1,01-1,37], $p=0,09$. При гіпокінетичному варіанті ФРЖМ медіана ТТГ також була вищою, ніж при гіперкінетичному типі: $2,49$ мОд/л [QR: 1,59-3,53] проти $1,75$ мОд/л [QR: 1,47-2,46], $p=0,05$. Найвищою була медіана ТТГ у дітей із зобом, що мали СПК із закрепамми: $3,53$ мОд/л [QR: 2,99-4,64], $p=0,377$.

Виходячи з отриманих результатів, можна дійти наступ-

них висновків: зниження функціональної активності ЩЗ у дітей із зобом підвищує шанси на розвиток функціональної патології біліарного тракту (OR=2,64, $p=0,066$) переважно за рахунок ФРЖМ за гіпокінетичним типом (OR=3,55, $p<0,001$), синдрому подразненого кишечника із закрепамми (OR=26,36, $p<0,001$). Ризик розвитку СПК із закрепамми сягає максимуму в дітей із субклінічним гіпотиреозом – відношення шансів 328,0 у порівнянні з дітьми із оптимальним функціональним станом ГТС ($p<0,001$). Зниження функціональної активності щитовидної залози до рівня мінімальної тиреоїдної дисфункції також підвищує шанси на розвиток ФД, переважно із постпрандіальним дистрес синдромом (OR=3,81, $p=0,019$).

ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ГІПОФІЗАРНО-ТИРЕОЇДНОЇ СИСТЕМИ НА НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ТА НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

М.Є. Маменко, Г.О. Шлеєнкова, Н.А. Бєлих,
К.М. Донцова

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ

Формування ендокринної та нервової систем плода та дитини раннього віку відбувається у тісному взаємозв'язку. В ембріональному періоді розвитку тиреоїдні гормони (ТГ) впливають на процеси нейрогенезу, міграції нейронів, дозрівання аксонів та беруть участь у рості дендритів. Після народження дитини від рівня тиреоїдного гормонотенезу залежать завершення дозрівання структур ЦНС та її функціональна активність.

Мета роботи – вивчити взаємозв'язок між рівнем нервово-психічного розвитку, неврологічним статусом та функціональним станом гіпофізарно-тиреоїдної системи дітей раннього віку.

У первинному обстеженні взяли участь 123 дитини віком від 2 до 3,5 місяців (безперервна суцільна вибірка), які надійшли на виховання до будинку дитини в період з 2010 до 2012 року як діти, позбавлені батьківського піклування. Після виключення дітей із вродженими аномаліями розвитку (5/123, $4,1 \pm 1,7\%$) під спостереженням залишилось 118 вихованців будинку дитини: 56 дівчаток ($47,5 \pm 4,6\%$) та 62 хлопчика ($52,5 \pm 4,6\%$). Оцінку неврологічного статусу проводили на підставі неврологічного огляду. Психомоторний розвиток дітей оцінювали згідно з наказом МОЗ України № 149 про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років. З метою детальнішого аналізу нервово-психічного розвитку та визначення психічного статусу використовували графік нервово-психічної оцінки малюка (тест "ГНОМ", Г.В. Козловська, 2007 р.). Функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи вивчали за допомогою визначення рівня тиреотропіну (ТТГ), вільного тироксину, T_4 , та вільного трийодтироніну, T_3 , в сироватці крові. Статистичну обробку даних проводили із використанням стандартних програм Microsoft Excel 2007 и Statistica 7.0.

При первинному огляді дітей показники психомоторного розвитку відповідали віку лише в $4,1 \pm 1,7\%$ (5/118) випадків. За результатами клінічного неврологічного обстеження, $94,1 \pm 2,2\%$ (111/118) дітей, що надійшли на виховання до будинку дитини, мали симптоми перинатального ураження нервової системи. Вивчення функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи дозволило встановити, що рівень ТТГ у сироватці крові $0,4-2,0$ мОд/л мали 34/118 ($28,8 \pm 4,1\%$)

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