

употреблять легкоусвояемые углеводы, около 50% не помнили в каких продуктах содержится больше клетчатки, а 27% не знали, какие продукты не повышают уровень глюкозы крови. Настораживает тот факт, что 29% больных не умели купировать гипогликемию (см. таблицу).

№	Вопросы	Да	Нет
1	Контроль уровня сахара в крови	79%(41 чел.)	21%(11 чел.)
2	Контроль АД	86%(45 чел.)	14%(7 чел.)
3	Знание уровня холестерина	77%(40 чел.)	23%(12 чел.)
4	Правильный прием пищи	94%(49 чел.)	6%(3 чел.)
5	Употребление быстроусвояемых углеводов	25%(25 чел.)	75%(27 чел.)
6	Приготовление пищи без жира	79%(41 чел.)	21%(11 чел.)
7	Следят за калорийностью и за содержанием жиров в продуктах	60%(31 чел.)	40%(21 чел.)
8	Знают, в каких продуктах больше клетчатки	48%(25 чел.)	52%(27 чел.)
9	Продукты, которые можно есть без ограничений	73%(38 чел.)	27%(14 чел.)
10	Умеют купировать гипогликемию	72%(37 чел.)	29%(15 чел.)

Исходя из этого, 25% (13 чел.) опрошенных справились с заданием на «отлично», 38% (20 чел.) на «хорошо», 29% (15 чел.) показали удовлетворительные результаты, а 8% (4 чел.) неудовлетворительные. В связи с полученными результатами, разработан алгоритм эндокринологического приема пациентов с сахарным диабетом:

1. Анкетирование пациентов с сахарным диабетом до врачебного приема и оценка знаний.

2. Измерение роста, веса, окружности талии, определение ИМТ, вклеивание результатов тестирования и анализов в амбулаторную карту (п.1 и 2 проводится медицинской сестрой)

3. Прием врача.

С пациентами, справившимися с вопросами на «хорошо» и «удовлетворительно» проводится беседа в соответствии с выявленными «проблемами» в знаниях, выдается обучающая литература. С пациентами, не справившимися с заданиями, проводится беседа и они направляются на повторное обучение в школу самоконтроля.

**Выводы:**

1. Доврачебное анкетирование позволяет выявить «выживаемость знаний» у пациентов с сахарным диабетом по своему заболеванию, а балльная система оценки, помогает определить дальнейший алгоритм обучения пациента.

2. Разработка принципов командного подхода позволяет экономить время приема и улучшает качество оказания медицинской помощи больным с сахарным диабетом.

## **НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ СУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ЛЕВОТИРОКСИНОМ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Соколова А.Ю., Киселева Т.П.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития России, Екатеринбург

**Актуальность:** По данным контролируемых исследований, назначение ТТГ — супрессивных доз левотироксина у пациентов после первичного лечения дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ) имеет преимущества по сравнению с обычной заместительной терапией. [Мельниченко Г.А. и соавт., 2008] Ретроспективные исследования [Baldini V. и др., 2008, Heemstra K.A. и др., 2006, Ito M. и др., 2006] показали, что осложнения минимальны при правильно подобранной дозе тиреоидных препаратов.

Основными осложнениями длительной супрессивной терапии левотироксином являются симптомы тиреотоксикоза, развитие сердечно-сосудистых нарушений и остеопороза, особенно у женщин в постменопаузальном периоде. [Baldini V. и др., 2007, 2008, Faber J. и др., 1994, Шульпина В.Ю. и соавт., 2008, Карась А.С. и соавт., 2009]. Однако, экспериментальных работ [Kliernek I.P. и соавт., 2009] показано влияние тиреоидных гормонов на увеличение продукции глюкозы печенью. В свою очередь, в практической деятельности врача-эндокринолога довольно часто выявляются нарушения углеводного обмена у пациентов, получающих супрессивную терапию левотироксином, что диктует необходимость изучения данного вопроса с целью разработки профилактических и корреперирующих мероприятий.

Целью данного ретроспективного когортного исследования является выявление частоты нарушений углеводного обмена у пациентов, получающих ТТГ-супрессивную терапию после первичного лечения по поводу ДРЩЖ.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 56 амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном учете в поликлинике прикрепленного населения МАУ ГКБ№40, получивших первичное лечение по поводу ДРЩЖ (хирургическое или сочетанное — хирургическое и лечение радиоактивным йодом) и принимающих супрессивные дозы левотироксина более 1 года. Истории болезни пациентов, с диагностированным ВДРЩЖ на фоне имеющихся нарушений углеводного обмена, а также больных, получающих заместительную гормональную терапию тиреоидными гормонами после хирургического лечения по поводу ВДРЩЖ, были исключены из обработки.

Диагноз сахарного диабета, нарушения толерантности к глюкозе (НТГ) и нарушения гликемии натощак (НГН) устанавливался на основании критериев ВОЗ (1999 год). В исследовании концентрация глюкозы определялась по плазме венозной и капиллярной крови колориметрическим методом, по показаниям проводился оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с 75г. сухой глюкозы. Диагноз избыточная масса тела/ожирение ставился при наличии индекса массы тела (ИМТ)  $\geq 25/30$  кг/м<sup>2</sup>. Исследование уровня ТТГ проводилось методами иммуноферментного, радиоиммунного или люминесцентного анализа, различие методик зависит от давности наблюдений и обследования пациента в разных лабораториях. В исследовании использовались результаты ультразвукового исследования щитовидной железы, гистологических и цитологических исследований.

**Основные результаты:** Проанализировано 56 амбулаторных карт пациентов, после хирургического или комбинированного (хирургическое и лучевое) лечения по поводу ДРЩЖ (с 1967 по 2010 г.г.), получающих или принимавших в прошлом супрессивные дозы левотироксина (55 женщин/ 1 мужчина). Возраст на момент первичного оперативного лечения был от 22 до 74 лет: до 45 лет — 24 чел. (42,9%), старше 45 лет — 32 чел. (57,1%). По морфологической форме доля папиллярного рака составила 0,73 (41 чел., из них у 29 человек описан как папиллярный процесс, в 12 случаях как фолликулярно-папиллярный), а доля фолликулярного рака — 0,27 (15 чел.). Супрессивная терапия проводилась от 1 года до 10 лет, показания к данному виду лечения и длительность с 2006

года определялись в соответствии со стратификацией категорий риска после первичного лечения с учетом рекомендаций европейского консенсуса по диагностике и лечению ДРЩЖ из фолликулярного эпителия (2006 г). Постоянное подавление уровня ТТГ менее 0,1 мМЕ/л после первичного лечения на протяжении длительного времени наблюдалось лишь у 4 пациентов (7,14%), чаще уровень ТТГ был в пределах 0,4 мМЕ/л или имела место «периодическая» супрессия уровня ТТГ. Это связано с возникновением непереносимости лечения в виду появления симптомов тиреотоксикоза и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, выявлением кардиальной патологии, а также низкой приверженности к лечению у некоторых больных.

Послеоперационные рецидивы ДРЩЖ возникли у 8 человек (14,28%), а у 8 человек (14,28%) обнаружены рецидивы других узловых форм зоба. У этой группы пациентов не было подавления уровня ТТГ менее 0,1 мМЕ/л или имела место «периодическая» супрессия. При длительном подавлении уровня ТТГ ниже 0,1 мМЕ/л рецидивов ДРЩЖ и узлового зоба не наблюдалось.

В данной группе нарушения углеводного обмена проявились у 32 человек, что составило 57,1% от общего количества больных: сахарный диабет 2 типа выявлен у 15 чел. (26,8%), у 6 чел. — НТГ (10,7%), НГН имеют 11 чел. (19,6%). У 25 человек (78,1%) с нарушениями углеводного обмена имеет место ожирение от I до III степени или избыточная масса тела, в 7 случаях (21,9%) наблюдается нормальная масса тела. Нарушения углеводного обмена выявлялись на протяжении первого года от начала проведения супрессивной терапии до 40 лет после первичного лечения ДРЩЖ. У всех больных диагноз сахарный диабет 2 типа установлен на основании проведения ОГТТ.

#### **Выводы:**

1. Высокий процент выявления преддиабетических состояний и сахарного диабета (57,1%) при проведении супрессивной терапии левотироксином после первичного лечения по поводу ВДРЩЖ связано: во-первых, с более тщательным контролем за данной группой пациентов; во-вторых, с возможным влиянием длительных супрессивных доз левотироксина как контринсулярного гормона.

2. Пациенты, получающие супрессивную терапию левотироксином с выявленными нарушениями углеводного обмена, в большем проценте случаев имели ожирение или избыточную массу тела, что является фактором риска сахарного диабета 2 типа.

3. Имеющее место нарушение углеводного обмена при супрессивной терапии тиреоидными гормонами требуют дальнейшего изучения, а также разработки профилактических и корректирующих мероприятий.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Таскаева Н.М., Нелаева А.А., Антонова Е.В., Иванова Н.П., Мельник О.А., Савина Н.И.  
ГЛПУ ТО «Эндокринологический диспансер», Тюмень

**Актуальность.** Обеспечение доступной и качественной специализированной медицинской помощью населения Тюменской области, совершенствование и развитие методов профилактики, в том числе социально-значимых заболеваний, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью, снижение смертности от