

ПИТАННЯ ДО СПКЕРІВ 3-4 БЕРЕЗНЯ 2021 р.

ПАНЬКІВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ (д.м.н., професор, Український НПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, керівник відділу, Заслужений лікар України)

Питання №1: Оцінка вузлів ЩЗ при УЗД за шкалою THIRADS.

Відповідь: Ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ в поєднанні з тонкогोलковою аспіраційною пункційною біопсією є єдиним достовірним методом діагностики вузлових утворень ЩЗ. Класифікація THIRADS заснована на даних УЗД та відображає диференціювання вузлів ЩЗ в залежності від онкологічного ризику.

THIRADS дозволяє стандартизувати протокол УЗД ЩЗ, мінімізувати суб'єктивний фактор в інтерпретації ультразвукової картини ВУ ЩЗ; виробити єдиний кодифікований підхід до вузлів ЩЗ з боку лікарів ультразвукової діагностики і клініцистів.

Використання THIRADS сприяє чіткому визначенню показань до проведення ТАПБ вузлів ЩЗ і хірургічного лікування, і, отже, скорочення кількості необґрунтованих малоінвазивних і оперативних втручань на ЩЗ.

Питання №2: Застосування тирозину у Вашій практиці?

Відповідь: З позицій доказової медицини недостатньо даних про його клінічні ефекти у певного пацієнта протягом визначеного періоду часу.

З повагою, Паньків В.І.

ПОЛОЗОВА ЛЮБОВ ГЕОРГІЇВНА (к.м.н, доцент, лікар вищої категорії, клініка ендокринології “Беркана”)

Питання №1: Які на Вашу думку мають бути призначені препарати для «прикриття» побічних дій при довготривалому прийомі глюкокортикоїдів?

Відповідь: З метою мінімізації ризику розвитку всіх ускладнень для довготривалого застосування (понад 5 діб) не рекомендується використовувати глюкокортикоїди (ГК) тривалої дії (наприклад, дексаметазон)!

Пацієнтам, які отримують ГК і неселективні нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), слід проводити гастропротекторну терапію або застосовувати альтернативне лікування селективними інгібіторами циклооксигенази-2. Також важливим у профілактиці гастроінтестинальних ускладнень при одночасному застосуванні ГК і НПЗЗ є використання найбільш безпечних засобів, зокрема метилпреднізолону.

З метою профілактики ГК-індукованого остеопорозу при початковій терапії преднізолоном в дозі вищій за 7,5 мг/добу та при тривалості лікування більше 3 місяців необхідно призначати препарати вітаміну D (в дозі від 4000 МО під контролем рівнів кальцію іонізованого та фосфору крові). Антирезорбтивна терапія бісфосфонатами повинна ґрунтуватися на оцінці факторів ризику, в тому числі на даних дослідження мінеральної щільності кісткової тканини.

Що стосується профілактики стероїдного діабету, рекомендовано харчування з обмеженням продуктів, що характеризуються високим глікемічним індексом (вище 70%), також у ряді випадків доцільне застосування препаратів метформіну (доза підбирається індивідуально).

З метою профілактики хронічної надниркової недостатності рекомендовано призначення системних ГК з урахуванням фізіологічної циркадності стероїдогенезу в корі надниркових залоз, тобто основна доза призначається рано вранці. При зниженні дози до фізіологічної (7,5 мг за

преднізолоновим еквівалентом) необхідне контрольне дослідження рівня кортизолу в крові. При зниженні показника нижче мінімального референсного значення - ведення пацієнта, як при вторинній наднирковій недостатності з контрольним дослідженням рівня кортизолу крові кожні 2 місяці.

І т.п....

Питання №2: Яка повинна бути тактика скасування ГК у пацієнтів з COVID-19, які отримували в стаціонарі (пульмонологічне відділення) дексаметазон?

Відповідь: Якщо тривалість терапії дексаметазоном більше 3 днів, рекомендовано поступове зниження дози: перехід на препарати більш короткої дії (наприклад, преднізолон в еквівалентній дозі), зниження дози кожні 7 днів на 5 мг. При зниженні дози до фізіологічної (7,5 мг за преднізолоновим еквівалентом) необхідне контрольне дослідження рівня кортизолу в крові. При зниженні показника нижче мінімального референсного значення - ведення пацієнта, як при вторинній наднирковій недостатності з контрольним дослідженням рівня кортизолу крові кожні 2 місяці.

Питання №3: Підкажіть, будь ласка, чи можливе призначення ГКС хворому з ковідною пневмонією, якщо після курсу а / б терапії на СКТ негативна динаміка і супутній цукровий діабет.

Відповідь: Згідно з варіативними рекомендаціями ВООЗ за призначенням ГК від 2 вересня 2020 р. ГК призначаються тільки при важкому і вкрай важкому перебігу COVID-19 (категорії тяжкості захворювання представлені в цих рекомендаціях на стор. 14). Тобто, якщо перебіг захворювання у Вашого пацієнта розцінюється як неважкий, ГК не призначаються навіть при негативній СКТ - динаміці. І, відповідно, якщо важкий або вкрай важкий перебіг, ГК обов'язково призначаються навіть пацієнтам з ЦД.

З повагою, Полозова Л.Г.

СИМОНОВА ОЛЕНА ВІТАЛІЇВНА (к.м.н., ст.н.с. від. мініінвазивних ендоскопічних втручань та інструментал. діагностики, лікар-ендоскопіст вищ. кат. ДУ “Інститут гастроентерології НАМНУ”, м. Дніпро)

Питання №1: Проведення хромоскопії є необхідними для вище викладених патологій?

Відповідь: Проведення хромоскопії (частіше з використанням розчину оцтової кислоти і / або індигокарміну зазвичай використовується для виявлення поліпів, які важко виявити, для більш чіткої візуалізації їх меж, для визначення рельєфу слизової оболонки товстої кишки. При запальних змінах, у т.ч. інфекційного генезу, зазвичай ця методика не використовується.

Питання №2: Діагностика герпесу і цитомегловірусу кишечника ---- ПЛР?

Відповідь: Діагностика герпесу (ВПГ) включає ПЛР (виявлення вірусу) та ІФА (виявлення антитіл), цитомегаловірусні пораження ІФА, ПЛР, імуногістохімічне дослідження біопсійного матеріалу.

Питання №3: Чи робиться в якомусь місті аналіз калу на стронгілоїдоз?

Відповідь: Аналіз калу на стронгілоїдоз проводять в лабораторіях Eurolab (<https://eurolab.clinic/uk>), Unilab (<https://www.unilab.com.ua/index.php/ua/>)

Питання №4: Які особливості обробки та дезінфекції ендоскопів при COVID-19?

Відповідь: Особливостей обробки ендоскопічного обладнання щодо інфекції COVID-19 немає. Тут головне - захист персоналу.

ГОНЧАРОВА ОЛЬГА АРКАДІЇВНА (д.м.н., професор, професор кафедри ендокринології, ХМАПО)

Питання №1: Яка оптимальна частота моніторингу 25(ОН)D у пацієнтів з призначеним вітаміном Д3 для контролю лікування?

Відповідь: Контроль рівня 25-ОН D 1 раз в 1,5 -2 місяці.

Питання №2: Для якої категорії пацієнтів показана доза віт. Д3 4000? Чи доцільно призначити таку дозу при незначному зниженні показника, але з переломами кісток у анамнезі?

Відповідь: Доза 4000 МО або 5600 МО показана для пацієнтів з дефіцитом віт. Д, тобто рівень віт. Д нижче 20 нг/мл. При переломі кісток в анамнезі бажано перевірити рівень паратгормону, кальцію крові і віт. Д, а потім вирішувати питання терапії.

Питання №3: Особливості диспансеризації вагітних з дисфункцією щитоподібної залози.

Відповідь: Вагітним на 12 і 32 тижні обов'язково проводити скринінг тиреоїдних гормонів і рівня антитиреоїдних антитіл. При тиреотоксикозі і гіпотиреозі контроль тиреоїдного статусу кожного місяця диспансеризація в терміні 12 і 32 тижнів.

З повагою, Гончарова О.А.

ОЛІЙНИК МАРІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА (к.м.н., асистент кафедри внутрішньої медицини №3 та ендокринології Харківського НМУ, лікар-ревматолог)

Питання: Яка профілактична доза ІПП, при тривалому прийомі НПЗЗ? Як довго профілактично можна приймати ІПП?

Відповідь: Профілактична доза підбирається індивідуально, зазвичай це середня доза ІПП, але є дані, що подвійна доза є більш ефективною. Препарати приймаються тривало, під контролем за можливими побічними явищами, як з боку НПЗЗ, так і ІПП.

З повагою, Олійник М.О.

СЕРГІЄНКО ОЛЕНА ІВАНІВНА (д.м.н., професор кафедри гастроентерології ХМАПО, м. Харків)

Питання №1: Чи є прогнози ускладнень найближчі з часом, так як період спостереження статистично недостатній.

Відповідь: Для прогнозування ускладнень коронавірусної інфекції ще недостатньо даних, оскільки інфекція нова і ще триває уточнення спектру клінічних проявів. Ймовірно припустити, що частіше ускладнення виникають у пацієнтів з хронічними супутніми захворюваннями.

З повагою, Сергієнко О.І