9,1% у жінок), з інсультом – жінки (9,2 проти 6,4%).

Середній вік пацієнтів першої групи на час дослідження становив 59,4 року проти 64,7 року в другій групі та 62,4 року в третій групі хворих. Не зареєстровано жодного пацієнта віком до 40 років у другій та третій групах, а мінімальний вік у першій групі більш ніж удвічі нижчий за аналогічний показник у другій та третій групах (20 років проти 43–48 років).

Частка пацієнтів з соціально незахищених верств населення у першій групі становить 71,4%, у другій та третій групах цей показник перевищує 80% (81,1 та 82,6% відповідно), найвище у жінок по всіх трьох групах (81,2; 86,5 та 87,8% відповідно). Більшість хворих по всіх трьох групах проживає у містах-мегаполісах (60,8%), а також у депресивних у соціально-економічному плані регіонах (21,8%) та на підконтрольній території окупованих регіонів (4,9%). Повторний ІМ було зареєстровано у 3% хворих на ЦД, особливо у жінок (3,4% проти 2,7% у чоловіків). Більш ніж утричі частіше за повторний ІМ траплявся повторний інсульт (9,7%), удвічі частіше у жінок (12,2% проти 6,2% у чоловіків). Частка хворих на ІМ серед хворих на інсульт удвічі вища за аналогічний показник серед усіх хворих на ЦД (20,7 та 10,1% відповідно), насамперед за рахунок чоловіків (33,9 проти 10,9% серед усіх пацієнтів), частота ІМ у жінок третьої групи незначно більше за такий показник по першій групі – 11,1 та 9,1% відповідно. Частка хворих на інсульт серед пацієнтів з ЦД та ІМ удвічі більше за аналогічний показник серед усіх хворих на ЦД (15,5 проти 7,8% відповідно), утричі частіше

у чоловіків (17,9 проти 6,4% відповідно), незначно більше у жінок (12,5 та 9,2% відповідно). Середній рівень глікованого гемоглобіну по всіх трьох групах фактично на одному рівні (у першій групі – 9,0, другій групі – 9,1, третій групі – 8,9) та відповідає декомпенсації ЦД, найбільше у жінок по всіх групах (9,2; 9,3 та 9,1 відповідно).

Висновки. Встановлено суттєві відмінності між частотою ЦД і частотою ІМ та інсульту у цих хворих залежно від статі пацієнта. Середній вік хворих на ЦД з ІМ та інсультом та середня тривалість захворювання на ЦД вищі порівняно з загальною популяцією хворих на ЦД. Переважну більшість становлять соціально-незахищені верстви населення. Повторні захворювання на ІМ та інсульт у хворих на ЦД частіше у жінок. Частота перехресних захворювань (ІМ у хворих на ЦД та інсульт, інсульт у хворих на ЦД та ІМ) удвічі перевищує показники частоти ІМ та інсульту серед хворих на ЦД, втричі частіше у чоловіків.

Ключові слова: цукровий діабет, інсульт, інфаркт, особливості перебігу.

ЛІТЕРАТУРА

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th ed. Brussels: IDF, 2017.
2. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. Diabetes Care. 2018; 41(Suppl. 1):S1-S2. doi: 10.2337/dc18-Sint01.
3. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nat Rev Endocrinol. 2018 Feb;14(2):88-98. doi: 10.1038/nrendo.2017.151.

Дата надходження до редакції 23.10.2018 р.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150178](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150178)

АНАЛІЗ 22-РІЧНОГО ДОСВІТУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

М.В. Кунатовський, О.А. Товкай, С.О. Тарасенко, О.О. Єфімова

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації
ендокринних органів і тканин МОЗ України*

Вступ. Хірургія надниркових залоз (НЗ) завжди вважалася одним із найбільш ризикованих і технічно складних втручань через поєднання особливих топографо-анатомічних умов, необхідності виконання великого й травматичного операційного

доступу незалежно від його виду (лапаротомічного, люмботомічного, торако-люмботомічного), власної структури органа, наявності у багатьох пацієнтів ендокринних системних змін, що створюють додаткові перешкоди. Розвиток нових хірургічних

технологій дозволив суттєвим чином змінити підходи до хірургічного лікування патології НЗ починаючи з 1990-х років, коли було розроблено загальні засади виконання лапароскопічних адреналектомій (ЛА), перше повідомлення про які з'явилося 1992 року. Починаючи з 2000 року, ЛА визнано «золотим стандартом» для лікування доброякісних пухлин і пухлин розміром менше 6–8 см. Ендоскопічна (трансперитонеальна або ретроперитонеальна) операція, за даними численних повідомлень, має значну перевагу перед відкритими втручаннями в аспекті швидкості відновлення нормальних функцій, менших травматизму та крововтрати, меншого больового синдрому та ліпших косметичних наслідків.

Мета: проаналізувати дані 22-річного досвіду спеціалізованого ендокринологічного центру хірургічного лікування пухлин НЗ.

Матеріали та методи. Проаналізовані історії хвороби, перебіг периопераційного періоду у 1 256 пацієнтів з пухлинами НЗ, у тому числі 255 осіб з феохромоцитомою, яким виконані адреналектомії за період 1995–2017 років в УНПЦЕХТЕОІТ. Середні дані наведені в форматі $M \pm \sigma$.

Результати та обговорення. При аналізі оперативного доступу відмічено, що з 1 256 операцій на НЗ 255 (20,3%) було виконано відкритим, лапаротомічним чи люмболапаротомічним доступом, а 1 001 (79,7%) операція – методом ЛА. У пацієнтів з феохромоцитомою НЗ 81 (31,8%) операція на НЗ була виконана відкритим, лапаротомічним чи люмболапаротомічним доступом, а 174 (68,2%) операцій – методом ЛА. За гендерним показником чоловіків було 334 (26,6%), жінок – 922 (73,4%), а серед пацієнтів з феохромоцитомою НЗ – 80 (31,4%) чоловіків, 175 (68,6%) жінок. Середній вік прооперованих на НЗ дорослих пацієнтів становив $47,7 \pm 14,6$ року. Середня крововтрата при відкритих доступах становила $357,5 \pm 192,7$ мл, при ЛА – $42,2 \pm 31,6$ мл (достовірна різниця ($p < 0,05$) за критерієм Уїлкоксона). Тотальна внутрішньовенна анестезія при відкритих методах застосована

була в 93,3%, а при ЛА в 73,0% пацієнтів. Сучасна мультимодальна анестезія на основі інгалаційного анестетика севофлурану була застосована при відкритих операціях та ЛА в 6,7% та 27,0% випадків відповідно (достовірна різниця ($p < 0,05$) за критерієм χ^2 -квадрат Пірсона). Тривалість втручання становила $130,3 \pm 46,9$ хв. та $63,1 \pm 19,2$ хв. при відкритих операціях та ЛА відповідно (достовірна різниця, $p < 0,05$). Тривалість стаціонарного перебування при ЛА становила $7,3 \pm 4,9$ доби, при відкритих доступах – $12,3 \pm 6,9$ доби (достовірна різниця, $p < 0,05$). Застосування наркотичних анальгетиків при відкритих доступах тривало в середньому $4,2 \pm 2,7$ доби, при ЛА – $1,2 \pm 0,9$ доби (достовірна різниця, $p < 0,05$). Середня доза морфіну становила при відкритих втручаннях $94,5 \pm 41,3$ мг, при ЛА – $24,5 \pm 11,3$ мг (достовірна різниця, $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, впровадження лапароскопічних методів хірургічного втручання при пухлинах надниркових залоз сприяє швидшому відновленню пацієнтів, скороченню періоду перебування в стаціонарі, супроводжуються меншою крововтратою, менш виразним больовим синдромом.

Ключові слова: пухлини надниркових залоз, адреналектомія, загальна анестезія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Conzo G, Pasquali D, Della Pietra C, et al. Laparoscopic adrenal surgery: ten-year experience in a single institution. BMC Surg. 2013; 13(Suppl 2): S5.
2. Павловський М.П. 50-річний досвід діагностики та лікування хворих із пухлинами надниркових залоз / М.П. Павловський, Н.І. Бойко, Я.І. Гаврик // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2008. – № 3(24). – С. 31–34. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.3\(24\).2008.118470](https://doi.org/10.24026/1818-1384.3(24).2008.118470).
3. Черенько С.М. Лапароскопічна адреналектомія: досвід перших 300 операцій у клініці ендокринної хірургії / С.М. Черенько, О.С. Ларін // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2010. – № 3(32). – С. 3–8. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.3\(32\).2010.96396](https://doi.org/10.24026/1818-1384.3(32).2010.96396).

Дата надходження до редакції 24.10.2018 р.