УДК 612.43(075):616.43/.45
DOI: http://doi.org/10.30978/CEES-2020-4-90

ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ ХІРУРГІЇ»

(1—2 ЖОВТНЯ 2020 РОКУ)

Ефективність застосування емпагліфлозину у хворих на цукровий діабет 2 типу з нормальною та надмірною масою тіла

О. М. Дідушко, О. Я. Кобринська

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета — вивчити ефективність впливу емпагліфлозину на основні чинники серцево-судинного ризику у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з нормальною та надмірною масою тіла на тлі прийому метформіну.

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів із ЦД 2 типу, які отримували метформін не менше 6 міс, але не досягли цільового рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c), та 10 практично здорових осіб. Середній вік пацієнтів — (46,9 ± 3,2) року. Пацієнти не мали в анамнезі та за даними обстеження серцево-судинних захворювань, окрім артеріальної гіпертензії. У дослідження не залучали осіб зі швидкістю клубочкової фільтрації < 60 мл/(хв · 1,73 м2). Залежно від призначеного лікування хворих на ЦД 2-го типу рандомізували в 4 групи: ІА та ІІА — без ожиріння і ІБ та ІІБ — з ожирінням. Пацієнти груп ІА та ІІА отримували базове лікування — метформін в індивідуальній дозі, пацієнти груп ІБ та ІІБ — додатково до метформіну емпагліфлозин у дозі 10 мг/добу.

Вміст лептину визначали за допомогою набору «Diagnostics Biochem Canada Inc». Рівень ендогенного інсуліну — імуноферментним методом з використанням реактивів «DRG Diagnostics» (Німеччина). Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів варіаційної статистики (t-критерію Стьюдента).

Результати. Після 6-місячного курсу лікування із застосуванням емпагліфлозину відзначено позитивну статистично значущу динаміку основних показників серцево-судинного ризику. Динаміка показників артеріального тиску (АТ) була більш вираженою під впливом комплексного лікування порівняно з базовою терапією як у чоловіків, так і у жінок. Систолічний АТ зменшився на 11,82 % ($p < 0,05$) у групі ІБ та на 12,4 % ($p < 0,05$) — у групі ІІБ, діастолічний АТ — на 8,15 % ($p < 0,05$) та 8,3 % ($p < 0,05$) відповідно.

Під впливом курсу лікування спостерігали також позитивну динаміку показників вуглеводного обміну, яка була статистично значущою у хворих груп ІБ та ІІБ порівняно з пацієнтами груп ІА та ІІА: у хворих групи ІБ глікемія натще зменшилася на 27,19 % ($p < 0,05$), рівень HbA1c — на 10,13 % ($p < 0,05$), у хворих групи ІІБ — на 16,28 % ($p < 0,05$) та 11,1 % ($p < 0,05$) відповідно. На нашу думку, важливе значення має статистично значуще ($p < 0,05$) зниження на 41,9 % індексу HOMA IR у пацієнтів групи ІІБ, в інших групах статистично значущого змін не виявлено. Під час лікування у хворих груп ІА, ІІА та ІБ не спостерігали статистично значущого зменшення індексу маси тіла (ІМТ), лише у пацієнтів групи ІІБ цей показник знизився статистично значущо

($p < 0,05$) із (27,82 ± 0,35) до (25,1 ± 0,50) кг/м^2. Виявлено статистично значущий вплив емпагліфлозину на рівень лептину. У пацієнтів з нормальним ІМТ групи ІБ він знизився на 29 % ($p < 0,05$), а в групі пацієнтів із надмірною масою тіла ІІБ — на 39,5 % ($p < 0,05$). У хворих, які не приймали емпагліфлозину, статистично значущої динаміки рівня лептину не зафіксували.

Висновки. Застосування в комплексній терапії хворих на ЦД 2 типу з різною масою тіла емпагліфлозину підвищує ефективність лікування завдяки позитивній динаміці основних чинників серцево-судинного ризику (зниження маси тіла, обводу талії, АТ, вмісту лептину, показників вуглеводного обміну та інсулінорезистентності).

Проблеми діагностики папілярного раку щитоподібної залози на тлі автоімунного тиреоїдиту

С. М. Завгородній, К. О. Зимня, А. І. Рилов, М. Б. Данилюк, М. А. Кубрак

Запорізький державний медичний університет

Мета — визначити у хворих на папілярний рак щитоподібної залози (ПРЩЗ) частоту автоімунного тиреоїдиту (АІТ) та його метастазування.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 63 історій хвороби пацієнтів з ПРЩЗ, які отримували лікування в хірургічному відділенні ТОВ «Візус» у період із січня 2018 р. до грудня 2019 р. Середній вік пацієнтів становив (53,1 ± 10,4) року. Серед хворих було 56 (88,9 %) жінок та 7 (11,1 %) чоловіків. Усім хворим виконано оперативне лікування — тиреоїдектомію з центральною лімфодисекцією. Латеральну лімфодисекцію з боку ураження щитоподібної залози проведено у 25 (39,7 %) пацієнтів з розміром пухлини понад 2 см та у хворих, в яких інтраопераційно підтверджено експрес-біопсією метастатичне ураження лімфовузлів шостої групи та/або югулярного лімфатичного колектору третьої групи. Критеріями залучення до основної групи (33 (52,4 %) пацієнти) було виявлення при патогістологічному дослідженні ПРЩЗ та АІТ. До групи порівняння залучено 30 (47,6 %) хворих з ПРЩЗ без АІТ.

Результати. Гіпотиреоз виявлено у 5 (15,2 %) осіб основної групи. Всі пацієнти групи порівняння перебували в стані еутиреозу, що підтверджує дані літератури про частіше порушення гормонального фону у пацієнтів з поєднанням АІТ та ПРЩЗ.

Підвищення рівня антитіл до тиреоїдної пероксидази щодо показника групи порівняння виявлено у 14 (42,4 %) осіб основної групи. Згідно з даними літератури, для встановлення діагнозу АІТ недостатньо лише результатів ультрасонографічного дослідження щитоподібної залози. Це підтверджено отриманими нами даними: ультрасонографічні ознаки АІТ виявлено у 13 (39,4 %) осіб основної групи та у 9 (30,0 %) — групи порівняння ($p = 0,3714$).

За результатами цитологічного дослідження пунктатів вузлів щитоподібної залози, фолікулярну неоплазію діагностовано у 6 (18,2 %) пацієнтів основної групи та у 2 (6,7 %) — групи порівняння ($p = 0,0473$).

Згідно з даними патогістологічного дослідження, метастазування в третю та четверту групи лімфовузлів частіше спостерігали у разі перебігу папілярного раку на тлі АІТ — у 18,2 % порівняно з 10,0 % пацієнтів з ПРЩЗ та без АІТ ($p = 0,0416$).

Нині немає одностайної думки щодо обсягу оперативного втручання, виконання центральної та латеральної лімфатичної дисекції.

Висновки. Результати ультразвукового дослідження, тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії та визначення рівня тиреоїдних гормонів у крові недостатньо інформативні для встановлення діагнозу АІТ. Зміни паренхіми щитоподібної залози, притаманні для АІТ, ускладнюють діагностику злоякісних новоутворень. Частота метастазування ПРЩЗ, який перебігає на тлі АІТ, статистично значущо вища, ніж у разі ПРЩЗ без АІТ ($p = 0,0416$). Отримані нами дані свідчать на користь агресивнішої тактики та збільшення обсягу оперативного втручання у пацієнтів з ПРЩЗ на тлі АІТ.

Низькотравматичні переломи у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу: частота і чинники ризику розвитку

М. А. Зайцев

Національний медичний університет імені О. О Богомольця, Київ

Ризик виникнення низькотравматичних переломів при цукровому діабеті (ЦД) 2 типу вищий, ніж у середньому в популяції. Дані щодо ризику компресійних переломів хребців нечисленні та суперечливі.

Мета — визначити частоту низькотравматичних переломів у пацієнтів з ЦД 2 типу порівняно з особами без ЦД, а також, які чинники можуть призводити до збільшення ризику переломів хребців у хворих на ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних 152 пацієнтів із ЦД 2 типу та 175 осіб без ЦД (контрольна група). Для діагностики компресійних переломів хребців проводили бічну рентгенографію хребта (Th4—L5). Про наявність в анамнезі позахребетних переломів досліджувані повідомляли під час опитування. Окрім віку та статі, аналізували наявність менопаузи у жінок та її тривалість, добове споживання кальцію з їжею, традиційні чинники ризику переломів (згідно із FRAX — Fracture Risk Assessment Tool) і кількість падінь протягом минулого року, а у хворих на ЦД 2 типу — також наявність ускладнень і рівень глікованого гемоглобіну.

Результати. Медіана віку хворих на ЦД 2 типу становила 62 роки (від 46 до 84 років). Статистично значущої різниці за віком, співвідношенням кількості чоловіків та жінок і частотою компресійних переломів хребців між групами не виявлено. За даними рентгенографії, компресійні переломи мали місце у 27 (17,8 %) пацієнтів із ЦД 2 типу і 24 (13,7 %) осіб контрольної групи. Кількість позахребцевих переломів у хворих на ЦД 2 типу була статистично значущо більшою. Про наявність низькотравматичних позахребцевих переломів повідомили 39 (25,7 %) пацієнтів із ЦД 2 типу і 27 (15,4 %) осіб контрольної групи ($p = 0,037$). Поєднані переломи також частіше відзначали пацієнти з ЦД 2 типу (14 (9,2 %), у контрольній групі — 4 (2,3 %), $p = 0,014$). При аналізі чинників ризику виявлено, що пацієнти з ЦД 2 типу з переломами хребців в анамнезі за останній рік падали статистично значущо частіше, ніж особи з ЦД 2 типу без переломів хребців ($p = 0,039$). У них також частіше виникали поєднані переломи ($p < 0,001$). Не вдалося виявити статистично значущої залежності частоти переломів від віку, статі, наявності ускладнень ЦД 2 типу, рівня глікованого гемоглобіну і креатиніну, швидкості клубочкової фільтрації, а також від класичних чинників ризику переломів за FRAX.

Висновки. Частота позахребцевих остеопоротичних переломів у пацієнтів з ЦД 2 типу була статистично значущо вищою, ніж у контрольній групі. Не виявлено статистично значущих відмінностей за частотою компресійних переломів хребців між групами. Чинниками ризику переломів хребців при ЦД 2 типу були схильність до падінь і наявність інших множинних переломів.

Хірургічне лікування холедохолітіазу з механічною жовтяницею у хворих на цукровий діабет 2 типу

О. В. Іванько

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

За даними літературних джерел, в Україні на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) страждає близько 20 % дорослого населення, з яких у 8—20 % є холедохолітіаз. Серед хірургічної патології у дорослого населення Європи 30 % припадає на ЖКХ, яка в 15—30 % випадків ускладнюється холедохолітіазом. За даними деяких авторів, у хворих на ЖКХ із супутнім холедохолітіазом можна успішно застосовувати одномоментні оперативні втручання. Інші хірурги використовують лише двохетапні втручання, особливо у пацієнтів похилого віку. Проблему лікування механічної жовтяниці (МЖ) при холедохолітіазі між першим та другим етапом вважають складним завданням у зв'язку зі зміною стінок жовчних протоків. Таким чином, проблема вибору одно- або двохетапного лікування пацієнтів з холедохолітіазом, ускладненим МЖ, особливо за наявності цукрового діабету (ЦД) є складною і актуальною.

Мета роботи — поліпшити якість лікування хворих на холедехолітіаз з МЖ та ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Досліджено 48 пацієнтів із ЦД 2 типу з холедохолітіазом та МЖ. За тяжкістю фізіологічного стану пацієнти за класифікацією ASA належали до III групи. Причиною холедохолітіазу та МЖ у всіх пацієнтів була ЖКХ. Усім пацієнтам до операції проводили стандартне обстеження (лабораторні та ультразвукове дослідження, езофагогастродуоденоскопію, комп'ютерну томографію органів черевної порожнини). Пацієнтів розподілили на дві групи: у першій (n = 21) виконували одноетапне хірургічне втручання (лапароскопічну холецистектомію з холедохолітоекстракцією), у другій (n = 27) застосовували двохетапне оперативне втручання (перший етап — ендоскопічна папілосфінктеротомія з холедохолітоекстракцією, другий етап — лапароскопічна холецистектомія). Всі пацієнти після оперативного втручання отримували стандартне консервативне лікування з урахуванням супутньої соматичної патології. Показники якості життя оцінювали за шкалою SF-36.

Результати. Середній час оперативного втручання у першій групі становив (119,7 ± 16,2) хв. У другій групі перший етап тривав (78,2 ± 7,4) хв, другий — (51,3 ± 4,6) хв. Середній термін перебування в стаціонарі пацієнтів першої групи становив (4,3 ± 1,2) доби, осіб другої групи — (7,8 ± 1,3) доби. У пацієнтів першої групи ускладнень під час операції та в післяопераційний період не спостерігали. У 2 хворих другої групи під час папілосфінктеротомії виникла кровотеча, в 1 пацієнта в післяопераційний період — гострий панкреатит. Через місяць після операції були задоволені проведеним оперативним втручанням 18 (85,7 %) пацієнтів першої групи і 14 (51,9 %) — другої. Показник фізичного компонента здоров'я в першій групі через місяць після операції становив (91,4 ± 2,3) бала, в другій групі — (75,7 ± 1,4) бала, показник психічного компонента здоров'я — відповідно (88,3 ± 1,7) та (64,9 ± 1,6) бала.

Собівартість стаціонарного лікування пацієнтів першої групи становила (11387,2 ± 254,5) грн, осіб другої групи — (18627,4 ± 308,2) грн.

Висновки. Одноетапне хірургічне втручання у пацієнтів з холедохолітіазом та МЖ і супутнім ЦД 2 типу є безпечним, ефективним та економічно доцільним методом лікування.

Можливості застосування ультразвукової енергії в лікуванні хворих на хронічний геморой III та IV стадії з цукровим діабетом 2 типу

О. В. Іванько, Аль-Хадраві Раад Абдулсад

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Хронічний геморой (ХГ) — одне з найпоширеніших захворювань у світі. Тенденції до зниження його частоти не спостерігається. Пацієнти з III та IV стадією ХГ підлягають оперативному лікуванню. Стандартною операцією в світі для таких пацієнтів є операція за Ferguson. Однак результати використання традиційної техніки гемороїдектомії при операції Ferguson у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу не задовольняють ані пацієнтів, ані хірургів.

Мета роботи — поліпшити якість надання медичної допомоги пацієнтам з III та IV стадією ХГ з ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 43 пацієнти із ХГ III та IV стадії і ЦД 2 типу. Всіх хворих прооперовано за методикою Ferguson. Залежно від способу обробки та висічення гемороїдального вузла пацієнтів розподілено на дві групи. В контрольну групу залучено 32 пацієнти, в яких операцію виконано традиційно, в основну — 31 пацієнта, яким проведено операцію за допомогою ультразвукових ножиць «Harmonic ACE» (Ethicon) виробництва ETHICON part of the JOHNSON&JOHNSON family of companies. Статистично значущої різниці між групами за середнім віком, співвідношенням статей, тривалістю захворювання не виявлено.

Результати. Тривалість оперативного втручання у пацієнтів контрольної групи в середньому становила (37,9 ± 1,6) хв, а у хворих основної групи – (15,2 ± 1,5) хв ($p < 0,05$). Післяопераційний біль турбував пацієнтів відповідно протягом (7,9 ± 0,4) та (3,1 ± 0,2) доби ($p < 0,05$). У пацієнтів контрольної групи наркотичні засоби знеболювання використовували протягом (2,3 ± 0,1) доби, ненаркотичні — (6,8 ± 0,3) доби. У пацієнтів основної групи наркотичних анальгетиків не застосовували, а ненаркотичні використовували протягом (3,5 ± 0,2) доби. За інтенсивністю болю за візуальною аналоговою шкалою виявлено значну різницю між групами. В першу добу після оперативного втручання у пацієнтів контрольної групи рівень больового синдрому становив (9,4 ± 0,4) бала, в осіб основної групи — (3,8 ± 0,3) бала ($p < 0,05$). Підвищений рівень болю у пацієнтів контрольної групи потребував призначення додатково протягом (2,3 ± 0,2) доби наркотичних анальгетиків. Середня післяопераційна тривалість перебування пацієнта в стаціонарі становила в контрольній групі (4,5 ± 0,4) доби, в основній — (2,9 ± 0,3) доби ($p < 0,05$). Реабілітаційний період і тимчасова втрата працездатності в контрольній групі становили (21,3 ± 1,3) та (25,6 ± 1,8) доби відповідно, в основній — (11,6 ± 1,1) та (14,8 ± 1,3) доби ($p < 0,05$).

Об'єм крововтрати під час гемороїдектомії у пацієнтів контрольної групи становив у середньому (114,6 ± 17,1) мл, тоді як у хворих основної групи крововтрати майже не було.

Протягом одного року після операції (період спостереження) у пацієнтів основної групи ускладнень не зафіксовано, у хворих контрольної групи зафіксовано дві лігатурні нориці, в одному випадку — кровотечу з післяопераційної рани. Летальних наслідків у групах не було.

Висновки. Застосування ультразвукових ножиць дало змогу у пацієнтів основної групи скоротити час оперативного лікування та середній термін перебування пацієнта в стаціонарі. Рівень больового синдрому після оперативного втручання у пацієнтів основної групи в першу добу був значно нижчим, ніж в осіб контрольної групи. В післяопераційний період у пацієнтів основної групи не використовували наркотичних анальгетиків, тоді як в осіб контрольної групи їх застосовували протягом 2,3 доби.

Основний фактор росту фібробластів при пролапсі мітрального клапана у хворих на цукровий діабет 1 типу

О. Є. Ніколенко

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Одним з найпоширеніших виявів дисплазії сполучної тканини є пролапс мітрального клапана (ПМК). Його поширеність серед осіб молодого віку становить 0,4—35,0 %. За наявності цукрового діабету (ЦД) 1 типу значно зростає вірогідність міксоматозної дегенерації мітрального клапана, що є прогностично несприятливою ознакою. Останнім часом як маркер діабетичної дегенерації мітрального клапана досліджують рівень факторів росту фібробластів, зокрема основного (FGF-2).

Мета роботи — оцінити рівень FGF-2 та провести порівняльний аналіз цього показника у пацієнтів із ПМК, ЦД 1 типу та при їх поєднанні.

Матеріали та методи. З використанням загальноклінічних, лабораторних та інструментальних методів обстежено 86 осіб віком 18—33 роки, з них 49 (56,9 %) жінок та 37 (43,1 %) чоловіків, які перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні Харківської обласної клінічної лікарні. Серед обстежених 24 особи віком 18—28 років були студентами старших курсів Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Пацієнтів розподілили на три групи: з ПМК без супутньої патології (перша група, n=24, середній вік — (23,9 ± 1,3) року), 29 хворих на ПМК та ЦД 1 типу (друга група, середній вік — (26,5 ± 1,1) року), 33 особи із ЦД 1 типу без ПМК (третя група, середній вік — (27,2 ± 1,6) року). До контрольної групи залучено 20 практично здорових осіб, порівнянних за середнім віком і співвідношенням статей. Діагноз ЦД 1 типу встановлювали згідно з міжнародними рекомендаціями, діагноз ПМК — за ехокардіографічними критеріями (L. Freed et al., 2002). Визначення концентрації FGF-2 у плазмі крові проводили імуноферментним методом з використанням набору реагентів Quantikine (Human FGF basic Immunoassay, R&D Systems, Inc., США) на напівавтоматичному аналізаторі Immuno Chem 2100 (США).

Результати. Наявність ПМК супроводжувалася підвищенням рівня FGF-2 порівняно з контрольною групою ((18,1 ± 2,1) і (14,2 ± 1,2) пг/мл, $p < 0,05$). У хворих другої групи цей показник був ще вищим — (23,8 ± 1,7) пг/мл ($p < 0,01$). Збільшення вмісту FGF-2 при поєднаній патології може свідчити про посилення інтенсивності росту і диференціації фібробластів з подальшим впливом на характер фібрилогенезу. Поєднання ПМК, при якому спостерігаються вроджені дефекти обміну речовин, та ЦД 1 типу, котрий зумовлює вторинні метаболічні порушення обміну протеогліканів, потенційно підвищує ризик морфофункціональних процесів деградації стулок мітрального клапана. Це може впливати на клінічний перебіг ПМК. При ЦД 1 типу без супутнього ПМК відмінність рівня FGF-2 від показника контрольної групи не була статистично значущою — (15,3 ± 0,9) і (14,2 ± 1,2) пг/мл ($p > 0,1$).

Висновки. Найбільші відмінності показників порівняно з контрольними відзначено при поєднанні ПМК та ЦД 1 типу, що може свідчити про вплив спричинених ЦД метаболічних процесів на подальші структурні зміни мітрального клапана, маркером яких є FGF. Менші розбіжності за вмістом FGF-2 виявлено при порівнянні групи з ізольованим ПМК та контрольної групи. У хворих на ЦД 1 типу без ПМК відмінність від показника контрольної групи не була статистично значущою.

Діагностика і тактика лікування первинного гіперальдостеронізму

А. О. Никоненко [1], І. В. Зубрик [1], І. В. Русанов [2], С. О. Вільховой [1]

[1] *Запорізький державний медичний університет*
[2] *Запорізька медична академія післядипломної освіти*

Мета — проаналізувати результати диференційованого підходу до вибору методів лікування хворих на первинний гіперальдостеронізм (ПГА).

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів діагностики та лікування 56 пацієнтів із ПГА, з них 34 (60,7 %) жінки та 22 (39,3 %) чоловіки. Середній вік становив (52,2 ± 13,2) року. Діагностику ПГА виконували згідно з клінічними рекомендаціями з діагностики та лікування ПГА. Додатково досліджували внутрішньонирковий кровообіг за допомогою доплерівського ультразвукового сканування ниркових артерій. Хворих розподілили на три групи: перша — 26 (46,4 %) пацієнтів, яким проведено оперативне лікування за допомогою ендоскопічних методик (лапароскопічних), друга — 16 (28,6 %) пацієнтів, котрим виконано ендоваскулярне лікування (рентгенендоваскулярна деструкція надниркової залози), третя — 14 (25,0 %) пацієнтів, які одержували симптоматичне лікування. Оцінку результатів хірургічного лікування проводили відповідно до критеріїв PASO, результатів симптоматичного лікування — з урахуванням рівня артеріального тиску (АТ), каліємії та кількості препаратів, які приймали хворі для корекції артеріальної гіпертензії. Статистичний аналіз віддалених результатів лікування ПГА виконано через 12 міс після лікування.

Результати. Середній показник систолічного артеріального тиску становив (171,53 ± 18,56) мм рт. ст., діастолічного артеріального тиску — (103,24 ± 9,37) мм рт. ст. Концентрація альдостерону в плазмі крові дорівнювала в середньому 386,3 (266,4—550,7) пг/мл. У 76 % спостережень зафіксовано порушення внутрішньониркового кровообігу, більш виражене — у випадках аденом надниркових залоз. Аналіз результатів хірургічного лікування хворих виявив статистично значуще зниження показників артеріального тиску, вмісту альдостерону та реніну, величини альдостерон-ренінового співвідношення і підвищення рівня каліємії (p — 0,05). Отримані результати узгоджуються з даними інших авторів, які вивчали віддалені результати хірургічного лікування ПГА. Поліпшення показників внутрішньониркової гемодинаміки корелювало з рівнем діастолічного артеріального тиску. Статистично значущої різниці за результатами біохімічного та клінічного дослідження між групами хірургічного лікування не встановлено, що свідчить про ефективність рентгенендоваскулярної деструкції надниркової залози, порівнянну з такою ендоскопічних методів оперативного лікування.

Висновки. Використання диференційованого підходу до вибору методу хірургічного лікування ПГА сприяло повній нормалізації біохімічних показників у 71,4 % пацієнтів та повному клінічному одужанню у 57,1 % осіб. Симптоматична терапія дає змогу досягти оптимального результату корекції артеріального тиску лише у 28,5 % пацієнтів.

Профілактика та лікування гіпокальціємії після тиреоїдектомії з приводу різних захворювань щитоподібної залози

В. І. Паньків, В. Я. Кашперська

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

Мета роботи — розробити диференційовану схему профілактики та лікування післяопераційного гіпопаратиреозу і визначити оптимальну терапію гіпокальціємії після тиреоїдектомії при різних захворюваннях щитоподібної залози (ЩЗ).

Матеріали та методи. У проспективному дослідженні 77 пацієнтів після тиреоїдектомії з приводу різних захворювань ЩЗ проведено динамічне клініко-лабораторне спостереження впродовж 6 міс з регулярною оцінкою показників фосфорно-кальцієвого обміну. Вивчали ефективність різних схем терапії залежно від початкових показників і виразності гіпокальціємії. Пацієнтів розподілили на три групи залежно від вмісту 25(OH)D до операції та рівня паратгормону (ПТГ) після операції. У 35 хворих першої групи рівень ПТГ < 10 пг/мл, 25(OH)D < 20 нг/мл. Ці хворі отримували дві схеми терапії — комбіновану з використанням препаратів кальцію і аналога активного метаболіту вітаміну D (альфакальцидол) (n = 19) або лише карбонат кальцію (n=16). Хворі другої групи (n = 28) (ПТГ < 10 пг/мл, 25(OH)D > 20 нг/мл) отримували три схеми терапії: препарати кальцію і альфакальцидол (n = 11), лише альфакальцидол (n = 7), лише карбонат кальцію (n = 10). У третій групі (n = 14) (ПТГ — 10—15 пг/мл, 25(OH)D < 20 нг/мл) використовували дві схеми терапії: карбонат кальцію і альфакальцидол (n = 6) та лише альфакальцидол (n = 8).

Результати. Після тиреоїдектомії у пацієнтів із захворюваннями ЩЗ мають місце порушення обміну кальцію та фосфору незалежно від виду основного захворювання. Отримані нами результати свідчать, що доопераційний дефіцит 25(OH)D у сироватці крові є важливим чинником ризику розвитку гіпокальціємії після тиреоїдектомії та підвищує ризик як транзиторного, так і стійкого гіпопаратиреозу.

Відсутні дослідження, в яких оцінювали ізольовану терапію аналогом активного метаболіту вітаміну D після тиреоїдектомії. Ми дійшли висновку, що таку терапію можна призначати пацієнтам із безсимптомною гіпокальціємією і рівнем ПТГ > 10 пг/мл, особливо з наявністю дефіциту вітаміну D.

Висновки. Оптимальною схемою корекції післяопераційної гіпокальціємії є комбіноване призначення препарату кальцію і аналогів активного метаболіту вітаміну D, що забезпечує швидку позитивну динаміку основних показників обміну кальцію та фосфору із досягненням стійкого ефекту. Всім пацієнтам із захворюванням ЩЗ під час доопераційної підготовки рекомендовано проводити визначення 25(OH)D для використання цього показника як прогностичного чинника розвитку післяопераційної гіпокальціємії. При низьких його значеннях доцільно проводити медикаментозну корекцію з досягненням рівня ≥ 30 нг/мл, щоб зменшити ризик розвитку післяопераційної гіпокальціємії.

При виявленні гіпокальціємії після тиреоїдектомії рекомендовано розпочати комбіновану терапію препаратами кальцію і аналогами активного метаболіту вітаміну D незалежно від нозології патології ЩЗ та обсягу операції, однак слід індивідуально підбирати дозу під контролем основних показників обміну кальцію і фосфору.

Індекс інсулінорезистентності — маркер взаємозв'язку вуглеводного і ліпідного метаболізму в осіб з дисглікемією

І. В. Паньків

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Тригліцерид-глюкозний індекс — простий та доступний опосередкований маркер для встановлення інсулінорезистентності, придатний для скринінгового застосування.

Мета роботи — вивчити взаємозв'язки індексу інсулінорезистентності (тригліцериди/глюкоза) з клініко-лабораторними показниками в осіб з різним станом вуглеводного обміну.

Матеріали та методи. За рівнем глікованого гемоглобіну (HbA1c) 67 жінок (середній вік — (54,0 ± 5,7) року) розподілили на три групи. До першої групи залучили 26 осіб з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (HbA1c — (7,6 ± 0,9) %), до другої — 22 жінки з предіабетом (HbA1c — (6,1 ± 0,3) %), до третьої — 19 осіб з нормоглікемією (HbA1c — (5,4 ± 0,3) %). Визначали обвід талії (ОТ), індекс маси тіла (ІМТ), рівень глікемії натще (ГН), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїнів високої (ЛПВГ) і низької (ЛПНГ) густини, тиреотропного гормону (ТТГ) і С-реактивного білка (С-РБ), розраховували індекс ТГ/ГН за формулою Ln (ТГ(мг/дл) · ГН (мг/дл) : 2). Статистичний аналіз проводили за допомогою програм SPSS (версія 14.0). Розраховували середнє арифметичне, стандартне відхилення, медіану, міжквартильний розмах (25 %; 75 %), коефіцієнт кореляції Спірмена. Статистичну значущість відмінностей оцінювали за критерієм Манна—Уітні.

Результати. Величина індексу ТГ/ГН у групі 1 перевищувала ($p \leq 0{,}001$) аналогічні показники в групах 2 і 3 і становила 8,46 (8,16; 8,78), 7,73 (7,57; 7,95) і 7,63 (7,52; 7,97). Індекс ТГ/ГН у групі 3 прямо пропорційно корелював з ІМТ ($r = 0{,}44$, $p = 0{,}038$) і ОТ ($r = 0{,}64$, $p = 0{,}002$), обернено пропорційно — з ЛПВГ ($r = -0{,}54$, $p = 0{,}006$), у групі 1 прямо пропорційно — з ОТ ($r = 0{,}32$, $p = 0{,}034$), обернено пропорційно — з ЛПВГ ($r = -0{,}48$, $p = 0{,}005$). Виявлені кореляції індексу ТГ/ГН з ГН і С-РБ у групах 2 ($r = 0{,}62$, $p = 0{,}017$ і $r = 0{,}58$, $p = 0{,}014$) і 3 ($r = 0{,}58$, $p = 0{,}004$ і $r = 0{,}56$, $p = 0{,}003$), у групі 1 втрачали статистичну значущість. Рівень С-РБ був у межах референсних значень (у групі 1 застосовували метформін і похідні сульфонілсечовини): 2,57 (1,32, 3,64), 2,24 (1,53, 3,04) і 1,83 (1,17, 2,74) у групах 1, 2 та 3 відповідно (усі $p > 0{,}05$). Цей показник корелював з ІМТ у групах 2 і 3 ($r = 0{,}69$, $p = 0{,}003$ і $r = 0{,}54$, $p = 0{,}007$ відповідно). У групах 2 і 3 ІМТ прямо пропорційно корелював з ОТ ($r = 0{,}85$ і $r = 0{,}72$, p—0,005). Рівень ТГ у групі 2 прямо пропорційно корелював з ІМТ ($r = 0{,}52$, $p = 0{,}041$), у групі 3 — з масою тіла ($r = 0{,}47$, $p = 0{,}027$). Наявність кореляцій вмісту С-РБ у групах 2 і 3 з ІМТ, а також з рівнем ТГ та ЛПВГ у групі 3 ($r = 0{,}52$, $p = 0{,}008$ і $r = -0{,}31$, $p = 0{,}024$) з урахуванням надлишкової маси тіла свідчить про стимулювальний вплив на інсулінову відповідь вісцерального ожиріння як чинника інсулінорезистентності. У хворих на ЦД 2 типу ці кореляційні зв'язки нівельовані. Серед причин можна припустити як варіанти цукрознижувальної терапії, так і прогресуючий характер захворювання. При ROC-аналізі виявлено точку відсікання для індексу ТГ/ГН, що відображує підвищення ризику розвитку ЦД 2 типу в групах 2 і 3. Вона становить 7,6 і 8,1 (чутливість 0,936 та 0,896) у групі 1.

Висновки. Індекс ТГ/ГН, його асоціації та виявлені точки відсікання дозволяють встановити прогресування розвитку порушень вуглеводного обміну в осіб з ознаками метаболічного синдрому через феномен ліпоглюкотоксичності. Індекс ТГ/ГН як опосередкований маркер інсулінорезистентності можна застосовувати як доступний скринінговий метод для виявлення пацієнтів, котрі потребують детальнішого вивчення стану вуглеводного обміну та його корекції.

Гормональний статус і тривожні розлади у жінок із загрозою переривання вагітності

І. Ю. Романенко

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Київ

В антенатальному періоді підвищена схильність до розвитку тривоги і депресії, які є найбільш поширеними психічними розладами під час вагітності та після пологів. Їх симптоми можуть відрізнятися від легкого до тяжкого ступеня, що становить серйозну проблему для громадського здоров'я в усьому світі. Загроза переривання вагітності (ЗПВ) — найпоширеніше ускладнення вагітності, яке виникає в 15—20 % випадків вагітності та пов'язане з передчасними пологами, низькою масою тіла при народженні, прееклампсією, передчасним розривом плодових оболонок, відшаруванням плаценти.

Мета роботи — вивчити взаємозв'язок тривожних розладів та гормонального статусу вагітних із ЗПВ у І триместрі для вдосконалення лікувально-профілактичних заходів та запобігання акушерським і перинатальним ускладненням у таких жінок.

Матеріали та методи. Обстежено 24 жінки у І триместрі вагітності, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ЗПВ (основна група). До контрольної групи залучено 14 вагітних із необтяженим анамнезом та фізіологічним перебігом вагітності аналогічного гестаційного терміну. Проведено комплексне клініко-акушерське обстеження з використанням тесту Спілбергера—Ханіна для оцінки рівня реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ), загальноклінічні дослідження, визначення концентрації естрадіолу (Е2), прогестерону, пролактину, кортизолу, загального тестостерону, дегідроепіандростерону сульфату (ДГАС) імуноферментним методом. Статистичну обробку даних здійснено з використанням програми SPSS 17.0 та Microsoft Excel for Windows (2013). Оцінювали статистично значущі відмінності за допомогою непараметричного тесту Манна—Уїтні для незалежних вибірок, проводили аналіз рангових кореляцій за Спірменом. За критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез приймали 0,05.

Результати. Медіана віку жінок основної групи становила 27,50 (22,00—33,25) року, контрольної групи — 25,50 (23,50—30,70) року (p = 0,260). Індекс маси тіла — 21,62 (20,75—24,18) і 21,90 (20,11—26,52) кг/м^2 відповідно (p=0,731). Показники РТ та ОТ у жінок основної групи були статистично значущо вище, ніж у в осіб контрольної групи: РТ — 37,00 (29,00—43,00) і 27,50 (25,75—30,00) бала (p = 0,000), ОТ — 41,50 (30,00—44,00) і 28,50 (24,00—30,00) (p = 0,000) бала відповідно.

В обстежених групах статистично значущо не відрізнялися середні концентрації Е2 (1964,57 (1044,51—2231,90) і 2284 (1664,80—2727,25) пг/мл, p = 0,062), загального тестостерону (4,05 (2,39—5,89) і 3,14 (1,59—4,34) мМО/мл, p = 0,135), ДГАС (0,73 (0,50—0,85) і (0,55 (0,41—0,77)) мкг/мл, p = 0,245 відповідно). В основній групі зареєстровано статистично значуще більший вміст пролактину (3370,92 (1073,52—4770,44) і (1171,88 (891,19—2516,74) мМО/л, p = 0,029), кортизолу (303,38 (227,61—414,66) і 253,65 (202,69—292,25) нмоль/л, p = 0,027) та нижчий рівень прогестерону (82,31 (52,70—98,14) і (99,14 (81,19—105,74) нмоль/л, p = 0,043) відповідно).

В основній групі виявлено статистично значущий обернено пропорційний зв'язок між концентрацією загального тестостерону і показниками РТ (r= –0,412, p = 0,046) та ОТ (r = –0,454, p = 0,026), прямо пропорційний — між показником РТ і концентрацією кортизолу (r = +0,422, p = 0,040), а також між концентраціями пролактину та Е2 (r = +0,490, p = 0,015).

Висновки. Вагітні із ЗПВ характеризувалися статистично значущо вищими показниками реактивної та особистісної тривожності, зростанням концентрації кортизолу і пролактину, що є виявом емоційної реакції на стресову ситуацію, а також зниженням рівня прогестерону.