

Цукровий діабет (ЦД) асоціюється з істотним підвищенням ризику виникнення інсульту, когнітивних розладів та деменції. Одним із можливих механізмів, що лежать в основі цих розладів, може бути зниження цереброваскулярної реактивності (ЦВР). Кардіоваскулярна автономна нейропатія (КАН) є основним фактором ризику виникнення інсульту у хворих на ЦД. Разом із тим, можливий вплив зниження ЦВР та наявності КАН вивчено недостатньо. Тому метою нашого дослідження було дослідити ЦВР у пацієнтів із довготривалим ЦД 1 типу (ЦД1) з та без КАН.

Обстежено 35 осіб – 7 із ЦД1 та КАН (середній вік $48,0 \pm 4,1$ роки, тривалість діабету $24,3 \pm 5,9$ року, глікозильований гемоглобін – $9,2 \pm 0,6\%$), 13 осіб, хворих на ЦД1 без КАН (середній вік $37,8 \pm 2,9$ року, тривалість діабету – $13,5 \pm 1,2$ року, глікозильований гемоглобін – $8,0 \pm 0,4\%$). Група контролю складалася з 15 відносно здорових осіб (середній вік $47,9 \pm 2,7$ року). В анамнезі хворі не мали цереброваскулярних захворювань. Обстежувані не приймали медикаментозних засобів, що можуть впливати на стан ЦВР. Діагноз КАН при дослідженні тестів Юінга, за допомогою яких оцінювалась варіабельність інтервалу R-R на електрокардіограмі хворого, був встановлений в осіб, які мали 2 відхилення. Церебральний кровообіг досліджували методом транскраніальної доплерографії та оцінювали швидкість кровотоку в середньо-мозковій артерії (СМА) до та після проведення функціональних проб. Гіперкапічна проба (Breath-Holding) полягає в короткочасній затримці дихання на 30-40 с, під час холодової проби кубики льоду прикладали протягом 5 секунд на область сонних артерій. ЦВР порахована, як зміна швидкості кровотоку в СМА після функціонального тесту відносно показника до проби, виражена у відсотках.

Зміна швидкості кровотоку в правій і лівій СМА при основних умовах не була достовірно нижчою у хворих на ЦД1 з та без КАН порівняно з контрольною групою. У пацієнтів із ЦД з або без КАН після проведення обох функціональних проб було виявлено вірогідне зменшення ЦВР порівняно з контрольною групою. Проте достовірної різниці ЦВР після функціональних тестів між групами хворих на ЦД з та без КАН не спостерігалось. ЦВР після гіперкапічної проби в правій СМА становила $17,2 \pm 1,81\%$, $14,8 \pm 1,49\%$ та $28,55 \pm 3,18\%$ і в лівій СМА – $16,2 \pm 2,9\%$, $14,0 \pm 1,66\%$ та $24,8 \pm 2,87\%$ у хворих з та без КАН і в контрольній групі ($p < 0,05$). Після холодової проби ЦВР була $17,7 \pm 2,48\%$, $19,6 \pm 1,65\%$ та $28,0 \pm 2,53\%$ у правій СМА та $19,6 \pm 4,37\%$, $17,6 \pm 2,69\%$ та $24,7 \pm 1,63\%$ у лівій СМА у хворих на ЦД з та без КАН та в контрольній групі ($p < 0,05$).

Можна зробити висновок, що ЦВР у хворих із довготривалим ЦД нижча, і це може впливати на патогенез розвитку цереброваскулярних захворювань у таких хворих. Проте наявність КАН може і не впливати на ці фактори.

Оптимізація оперативного приєма в ендокринній хірургії при примененні высокочастотной електросварочной технології

И.С. Сутрун

Отделение хирургии эндокринных желез

Поиск новых методик выполнения хирургических вмешательств, повышающих эффективность операций, привел к появлению нового направления – электрохирургии. Одним из наиболее значительных медико-технических достижений этого направления является высокочастотная электросварочная технология.

На сегодняшний день при помощи электросварочной технологии в клинике ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины» выполняются все виды хирургических вмешательств на эндокринных органах.

Цель. Сравнить результаты хирургического лечения заболеланий эндокринных желез при выполнении операций с применением высокочастотной электросварочной технологии и при традиционной методике оперирования.

Задачи исследования. Провести сравнительный анализ показателей оперативной техники и течения послеоперационного периода у пациентов с хирургическими заболеваниями эндокринных желез при выполнении операций с применением высокочастотной электросварки и при традиционной методике оперирования.

Материал и методы. С декабря 2011 г. по ноябрь 2012 г. при помощи электросварочной технологии мы провели 22 открытые адреналэктомии; 4 резекции надпочечника; 2 лапароскопических адреналэктомии; 20 тиреоидэктомий и 6 гемитиреоидэктомий. Контрольную группу составили аналогичные по объему операции, выполненные традиционным способом. В этих двух группах сравнивались: длительность оперативного вмешательства, кровопотеря, выраженность послеоперационного болевого синдрома, длительность послеоперационной госпитализации, интра- и послеоперационные осложнения, гистологические изменения в удаленных тканях.

Полученные результаты. Выполнение операций при помощи электросварочной технологии позволило сократить длительность оперативного вмешательства на 20-30%; сократить кровопотерю на 30-50%; снизить субъективную оценку пациентами послеоперационного болевого синдрома и расход анальгетиков в послеоперационном периоде на 20%; сократить длительность послеоперационной госпитализации на 1-2 койко-дней. В контрольной группе чаще возникали интраоперационные кровотечения; существенных различий в возникновении послеоперационных осложнений не выявлено. При изучении гистологических характеристик удаленных тканей было выявлено: в зоне электросварочного воздействия изменения были минимальны; в препаратах контрольной группы, в зоне воздействия диатермокоагуляции определялись обширные участки некрозов, тромбообразование, нарушения цито-ангиоархитектоники.

Выводы. Применение высокочастотной электросварочной технологии в эндокринной хирургии позволяет значительно снизить объем интраоперационных кровопотерь, уменьшить продолжительность хирургических вмешательств, избежать развитие интра- и послеоперационных осложнений, снизить травматичность вмешательств и улучшить послеоперационную реабилитацию пациентов.

Стан системи гормон росту/ІФР-1/ІФР-3Б-3 та вміст ліпідів у молодих дорослих із соматотропною недостатністю, не лікованих препаратами рекомбінантного гормону росту

Т.О. Ткачова

Відділення дитячої ендокринної патології

Гормон росту (ГР) є головним регулятором постнатального росту і має важливий вплив на метаболізм, зокрема ліпідів. ГР стимулює ліполіз незалежно від ІФР-1, посилює окислення ліпідів, зменшує жирову масу. Тоді як рістстимулювальний ефект має обмежений термін дії, метаболічна та кардіоваскулярна дія системи ГР/ІФР-1/ІФР-3Б-3 триває впродовж усього життя (Oliveira S.R. et al., 2012). Патологічно високий або патологічно низький рівень ІФР-1 однаково шкідливо впливають на серцево-судинну систему. Підтверджено складні взаємовідносини між ГР/ІФР-1 та серцево-судинною системою (Andreassen M., 2010).

Дефіцит гормону росту (ДГР) у молодих дорослих може виникати як у дорослому, так і в дитячому віці та може бути як ізольованим, так і сполучатися з дефіцитом інших гіпофізарних гормонів. Єдиним патогенетичним