

КОМПЛЕКСНИЙ ЗВ'ЯЗОК ЛІПОКАЛІНУ-2 З ПРО-/АНТИАТЕРОГЕННИМИ ЧИННИКАМИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

М.Ю. Горшунська¹, Ю.І. Караченцев^{1,2},
Н.С. Красова², Е. Йенсен³

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків;

²Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України, м. Харків;

³Національний інститут охорони здоров'я та довкілля, м. Білтовен, Нідерланди

Ліпокалін-2 (Лк2) або нейтрофільний, асоційований із желатиназою, ліпокалін являє собою нещодавно ідентифікований адипокін, задіяний у процесах апоптозу та запалення. Останнім часом з'явилися повідомлення щодо можливої подвійної ролі Лк2 за умов ожиріння та інсулінорезистентності (ІР), але конкретні механізми залишаються невизначеними. Метою дослідження було виявлення зв'язків між рівнями Лк2 та широким спектром про- та антиатерогенних чинників у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2).

Обстежено 61 хворого на ЦД2 віком $53,93 \pm 1,20$ років з тривалістю захворювання $6,29 \pm 0,67$ років, суб- та декомпенсованого за глікемією ($8,97 \pm 0,37$ ммоль/л; HbA_{1c} $7,06 \pm 0,18\%$) та ліпідним профілем (тригліцериди $3,78 \pm 0,80$ ммоль/л), з надлишковою масою тіла або ожирінням (індекс маси тіла $32,68 \pm 0,77$ кг/м²) та артеріальною гіпертензією (сист./діаст. тиск $143,22 \pm 3,10/89,56 \pm 2,04$ мм рт. ст.). Контрольну групу (К) склали 12 здорових осіб відповідного віку. Біохімічні параметри були визначені за використанням імуноферментних та ферментативних методів відповідно до інструкцій виробника (RayBiotech, Norcross, США; ALPCO Diagnostics, США; DRG, Німеччина; Randox Laboratories Ltd, Велика Британія). Статистичний аналіз проведено з використанням тесту Колмогорова-Смірнова, непарного t-тесту та рангової кореляції Спірмана.

У обстежених хворих на ЦД2 виявлені дещо знижені рівні загального Лк2 ($48,03 \pm 2,27$ проти $59,06 \pm 3,85$ мкг/л у К, $p < 0,05$), які прямо та тісно корелювали з рівнями проатерогенної матричної металопротеїнази-9 (ММП-9, $r = 0,733$, $p < 0,00001$), що циркулює у комплексі з Лк2. В свою чергу, ММП-9 була від'ємно асоційована з таким потужним антиатерогенним адипоцитокіном, як адипонектин високої молекулярної ваги (АВМВ, $r = -0,347$, $p = 0,0227$). Привертає увагу відсутність аналогічного достовірного зв'язку з АВМВ у Лк2 ($p = 0,155$), що може свідчити на користь думки відносно антиатерогенного характеру вільної форми Лк2 у хворих на ЦД2. Інші визначені значні асоціації (прямі – з інсуліном ($r = 0,353$; $P = 0,025$), резистинном ($r = 0,531$; $P < 0,001$), обернені – із загальним ($r = -0,319$; $P = 0,006$), відновленим ($r = -0,237$; $P = 0,045$) та окисненим глутатионом ($r = -0,379$; $P = 0,001$)), скоріше за все, пов'язані з активним синтезом Лк2 у нейтрофілах за умов ІР, системного запалення та оксидативного стресу.

Одержані результати засвідчують подвійний ефект ліпокаліну-2 щодо патогенетичних аспектів атерогенезу, а саме – проатерогенний вплив, обумовлений комплексом з ММП-9, та антиатерогенні властивості вільної форми ліпокаліну-2 у хворих на ЦД2. Вищезазначене обумовлює необхідність подальшого дослідження метаболічної ролі вільної форми ліпокаліну-2 та її частки у загальному пулі цього адипокіну за умов ЦД2.

МОЖЛИВОСТІ РАДИКАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ІНТРАТИРЕОЇДНИХ ПАПІЛЯРНИХ КАРЦИНОМ МЕТОДОМ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ

Б.Б. Гуда, Ю.М. Таращенко, А.Є. Коваленко

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

Широке впровадження ультразвукової цитологічної діагностики призвело до збільшення кількості папілярних тиреоїдних карцином, які виявляються на ранніх стадіях розвитку. Вимоги сучасної хірургії полягають не тільки в адекватності та радикальності хірургічного втручання, але й у тому, щоб мінімізувати наслідки оперативного лікування та прискорити процес одужання і реабілітації пацієнтів.

Розроблено метод радикального оперативного лікування інтра tireoїдних папілярних карцином із мінімально інвазивного доступу довжиною 3-3,5 см, який здійснюється по передній поверхні шиї. Із такого мінідоступу проводиться екстрафасціальна тиреоїдектомія, дисекція лімфовузлів центрального відсіку. Дана довжина розтину створює не тільки косметичний, а і психологічний комфорт для пацієнтів чоловічої та жіночої статі усіх вікових категорій, прискорює післяопераційну реабілітацію.

За період з 2012 по 2014 рр. оперовано 47 хворих (чоловіків – 4, жінок – 43) з приводу папілярного раку щитоподібної залози рТ1-2NxMx із використанням розробленої методики. Вік пацієнтів коливався від 16 до 62 років. Розміри пухлини становили від 0,5 до 3,5 см. Використовували мінірозтин шиї довжиною в середньому 3,0-3,5 см, нижче перешийка щитоподібної залози, розтинали платизму та розводили претиреоїдні м'язи. Виділяли пірамідальну частку та проводили екстрафасціальну тиреоїдектомію. Обов'язковим етапом операції були візуалізація та виділення зворотних гортанних нервів та прищитоподібних залоз по ходу видалення щитоподібної залози з пухлиною. Потім виконувалася центральна лімфодисекція (VI група). За показаннями проводилась ревізія та дисекція у бокових колекторах шиї. Післяопераційну рану дренивали «вакуум»-аспіратором, м'язи зшивали вікриловими нитками, на шкіру накладали внутрішньошкірний косметичний шов.

Тривалість операцій з мінідоступами складала 75 ± 15 хвилин. У жінок довжина розтину становила від 2,7 до 4,0 см (у середньому $3,5 \pm 0,1$). У чоловіків – від 3,5 до 4,0 см ($3,9 \pm 0,1$). Одностороннє пошкодження зворотного гортанного нерва трапилось в однієї жінки (2,1%) та мало транзиторний характер з повним відновленням фонації за 3 місяці. У 5 (10,6%) пацієнтів відмічено транзиторну гіпокальціємію тривалістю від 1 до 2 міс, після чого у них наступала стабілізація кальцієвого обміну без додаткової медикаментозної корекції. Ліжкодень становив в середньому 3 ± 1 день.

За даними гістологічного дослідження, у 15 хворих (31,9%) визначалися метастази папілярного раку у центральному колекторі (VI група), а у 3 (6,4%) ще й в югулярних колекторах лімфовідтоку. Всі пацієнти досліджуваної групи пройшли радіоїодне лікування та ультрасонографічний контроль, а також протестовані на вміст ТТ в крові у термін від 1 до 3 місяців після оперативного втручання. Рецидивів захворювання не було виявлено.

Отже, співставляючи наші дані з даними літератури, можна зазначити, що запропонована методика мінідоступу у випадках високодиференційованих форм раку щитоподібної залози є ефективним та безпечним методом лікування.