

ВИЗНАЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ

Ю.І. Караченцев, В.М. Дубовик, Н.І. Гойденко,
В.В. Хазієв, І.В. Гопкалова, І.О. Лях, Л.В. Герасименко

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

Мета роботи – визначення експресії імуногістохімічних маркерів: тиреоїдного чинника транскрипції-1 (ТТФ-1), галектину-3 та натрій/йод симпортеру (NIS) при диференційній діагностиці гістологічних форм папілярного раку ЩЗ (ПРЩЗ).

Імуногістохімічні дослідження проведені на кафедрі патологічної анатомії ХМАПО під керівництвом д.мед.н., проф. І. Яковцової. Досліджено видалену тиреоїдину тканину 50 хворих на папілярний рак ЩЗ.

Жоден з представлених в нашому дослідженні випадків фолікулярного варіанта та мікроскопічного ПРЩЗ не експресував ТТФ-1. Однак, була виявлена слабка і помірна експресія у двох папілярних карциномах ЩЗ із оксифільних клітин. В одній із вивчених нами папілярних карцином ЩЗ з наявністю капсули виявлена слабка експресія ТТФ-1. Неоднозначна експресія ТТФ-1 була виявлена в ПРЩЗ із циліндричних клітин. У 10 з 23 вивчених випадків карцином він не експресувався взагалі, а в інших 13 (56,5%) випадках експресія ТТФ-1 була виявлена. Папілярна аденокарцинома експресувала ТТФ-1 в 13 з 17 випадків (76,5%), в 4 випадках (23,5%) експресія виявлена на 80-100% поверхні препарату пухлини, в 7 випадках (41,2%) – на 50-70% площі та у 2 випадках (11,8%) експресія зафіксована лише на 10-20% площі. Інтенсивність світіння в 4 з 17 випадків (23,5%) була помірною (++) , в 7 випадках – слабкою («+»), і в 3 випадках – інтенсивною («+++»). Експресія галектину-3 (Gal3) у нашому дослідженні була виявлена в усіх гістологічних варіантах ПРЩЗ. В папілярній аденокарциномі вона спостерігалася в 94,1% (16 з 17 випадків) карцином. Вивчені два випадки фолікулярного варіанту ПРЩЗ продемонстрували виразну імунореактивність (+++) на Gal3 в 100%. Визначалася інтенсивна експресія маркера на всій площі карциноми (95-100%). Галектин-3 було виявлено в 100% випадків при ПРЩЗ з циліндричних клітин. У зразку ПРЩЗ з наявністю капсули слабка (+) експресія Gal3 була виявлена на 50% площі карциноми. У двох карциномах ПРЩЗ з оксифільних клітин була виявлена неоднозначна експресія Gal3: слабка (+) експресія на 10% площі карциноми і сильна (+++) – на 60%. Експресія NIS спостерігалася у всіх вивчених нами гістопатологічних формах папілярного раку ЩЗ з помірною або слабкою експресією. В папілярній аденокарциномі експресія NIS була виявлена в 87,5% випадків. Вивчені 2 зразки фолікулярного варіанту ПРЩЗ продемонстрували помірну експресію (++) на NIS в 100% випадків на 50% площі карциноми. Експресія NIS була виявлена в 86,4% випадків при ПРЩЗ з циліндричних клітин, інтенсивна експресія маркера (+++) визначалася лише в 9,2% зразків (2 із 22), помірна (++) – в 54,5% (12 випадків) і слабка (+) – в 22,7% (в 5 зразках). В одному зразку мікроскопічного ПРЩЗ NIS експресувався на 70% поверхні карциноми с помірною інтенсивністю (++) . У зразку ПРЩЗ с наявністю капсули слабка (+) експресія NIS була виявлена на 20% площі карциноми. В двох карциномах ПРЩЗ з оксифільних клітин була виявлена неоднозначна експресія NIS:

слабка (+) експресія на 10% площі й помірна (++) – також на 10%.

В результаті проведеного аналізу показано, що кожна з патогістологічних форм ПРЩЗ має свій унікальний спектр експресії імуногістохімічних маркерів. Вважаємо, що запропонований підхід до використання комплексу маркерів може мати цінність для диференційної діагностики різних форм ПРЩЗ.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИКОНВУЛЬСАНТІВ ТА ІНГІБІТОРІВ ЗВОРОТНОГО ЗАХОПЛЕННЯ СЕРОТОНІНУ У ПАЦІЄНТІВ З БОЛЬОВОЮ ФОРМОЮ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ

В.І. Катеренчук

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Больова форма діабетичної нейропатії (БДН) є одним з основних симптоматичних ускладнень цукрового діабету (ЦД). Патогенетична терапія БДН досить часто не є ефективною, що вимагає призначення симптоматичної терапії. На сьогодні протоколи надання допомоги пацієнтам з БДН передбачають застосування препаратів антиконвульсантів та антидепресантів (інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, ІЗЗС) у якості першої-другої лінії терапії.

Проведено оцінку ефективності терапії больового синдрому у 89 пацієнтів з ДПН. Діагностику невропатичного генезу больового синдрому проводили за допомогою опитувальної шкали (Uta, NSS, TSS). 56 пацієнтів мали ЦД типу 1, 33 – ЦД типу 2. Чоловіків було 58, жінок – 31. Середня тривалість ЦД складала 8,7 років (9,4 – у пацієнтів з ЦД типу 1 та 7,5 – при ЦД типу 2). Пацієнтів було розподілено на дві групи. Одна група отримувала в якості терапії габапентин у дозі 900 мг/д (47 пацієнтів), інша група – пароксетин 20 мг/д або серталін 50 мг на добу (42 пацієнти). Оцінку ефективності терапії проводили за спеціальними шкалами (NPRS, PGICS, VPI-DN, QOL-DN) інтенсивності больового синдрому на початку та через 4 тижні лікування. За недостатньої динаміки виразності больового синдрому (менше 50% порівняно з початковим) проводили заміну терапії на варіант іншої групи з подальшою оцінкою ще через 4 тижні.

Обидва варіанти симптоматичної терапії виявилися достатньо ефективними у лікуванні невропатичного больового синдрому. Зниження виразності болю більш ніж на 50 відсотків було досягнуто у 76,6% пацієнтів, які отримували терапію габапентином та у 73,8% пацієнтів, які отримували ІЗЗС. Ефективність застосування пароксетину та серталіну була подібною, тому обидва варіанти терапії були об'єднані в одну групу. Пацієнтам, у яких не було досягнуто достатнього ефекту, провели заміну терапії. Після заміни габапентину на ІЗЗС терапевтичний ефект було досягнуто у 60% хворих, резистентних до терапії антиконвульсантом. Заміна ІЗЗС на габапентин виявилася ефективною у 63,6% пацієнтів, резистентних до терапії ІЗЗС. Таким чином, сумарний позитивний ефект терапії після застосування, там де це необхідно, двох варіантів лікування був досягнутий у 91% пацієнтів.

Відзначалися певні статеві відмінності в ефективності різних видів терапії – жінки краще реагували на початкову терапію антидепресантами (87,5%) порівняно з чоловіками (65,4%). Ефективність застосування габапентину у чоловіків та жінок не відрізнялася. Окрім того, застосування антидепресантів супроводжувалося зменшенням депресивної та астеничної симптоматики у пацієнтів. Доцільним вважаємо

оцінку виразності депресії за однією з загальнодоступних шкал (Бека, Гамільтона) перед призначенням терапії БДН з метою вибору оптимального засобу.

Терапія больового синдрому при БДН вимагає диференційованого підходу. Препарати ІЗЗС та габапентин є ефективними засобами у терапії БДН, раціональне їх застосування дозволяє зменшити виразність больового синдрому більше ніж наполовину у 91% пацієнтів.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТФОРМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА ОЖИРІННЯМ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА МОНОТЕРАПІЇ ІНСУЛІНОМ

В.І. Катеренчук

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Значна частина пацієнтів з цукровим діабетом типу 2 (ЦД-2) потребує інсулінотерапії (ІТ) в якості лікування. В рутинній клінічній практиці у більшості випадків призначення ІТ супроводжується припиненням вживання оральних гіпоглікемізатів. Проте монотерапія інсуліном у таких пацієнтів досить часто не забезпечує достатнього глікемічного контролю. До того ж, з часом відбувається зниження ефективності ІТ, прогресує інсулінорезистентність та зростають дози інсуліну.

Проведено спостереження за 26 пацієнтами з ЦД-2 віком від 44 до 68 років, які перебували на монотерапії інсуліном терміном від 4 до 7 років ($5,8 \pm 0,48$), тривалість діабету складала при цьому $12,7 \pm 0,96$ років. На час початку спостереження всі пацієнти перебували на інтенсифікованому режимі ІТ. Усі пацієнти мали ожиріння: 13 – першого, 9 – другого та 4 – третього ступеня. ІМТ склав в середньому $37,4 \pm 0,68$ кг/м². В усіх пацієнтів мала місце недостатня компенсація діабету ($HbA_{1c} - 8,8 \pm 0,49\%$) за застосування інсуліну у середній дозі $124,6 \pm 4,4$ Од. на добу або $1,12 \pm 0,4$ Од./кг. В усіх пацієнтів відмічене постійне зростання дози інсуліну, яке протягом останнього року склало $7,4 \pm 0,5$ Од. Динаміка зростання маси тіла протягом останнього року становила $4,6 \pm 0,2$ кг.

В якості терапії усім пацієнтам додатково до інсуліну призначали метформін у дозі 2000 мг на добу. За задовільної стерпності та при масі тіла понад 100 кг дозу метформіну збільшували до 3000 мг на добу.

Протягом року кожні три місяці проводили контрольне обстеження хворого, яке включало: оцінку маси тіла, окружності талії, контроль глікемії та HbA_{1c} , біохімічне дослідження крові.

Додавання метформіну до інсулінотерапії справляло позитивний вплив на перебіг діабету у хворих. Зниження рівня HbA_{1c} відмічене у 22 (84,6%) хворих. Показники HbA_{1c} становили $7,9 \pm 0,45\%$, $8,1 \pm 0,52\%$ та $7,8 \pm 0,41\%$ через 3, 6 та 12 міс відповідно. Окрім того, у 21 хворого відмічалось зниження маси, в середньому на $4,2 \pm 0,2$ кг, яке не було статистично значимим у групі загалом, однак відрізнялося за направленістю від попереднього зростання.

Окрім того, спостерігався позитивний вплив додавання метформіну на показники ліпідного обміну. 18 пацієнтів на час початку участі у дослідженні отримували терапію статинами, у 6 пацієнтів такої потреби не було. Протягом року гіполіпідемічна терапія не змінювалася. Не зважаючи на те, що на початку дослідження у пацієнтів були суб- або нормальні показники ліпідного обміну, через рік після додавання метформіну рівні загального холестерину та тригліцеридів були

вірогідно ($p < 0,05$) нижче початкових. Оцінку змін артеріального тиску не проводили, оскільки у значної частини пацієнтів антигіпертензивна терапія протягом року змінювалася.

Загалом позитивну реакцію на терапію було отримано у 22 (84,6%) хворих. Лише у 15,4% пацієнтів не відмічалось позитивної динаміки у показниках вуглеводного та ліпідного обміну, маси тіла. Додавання метформіну до інсуліну добре переносилося, побічних явищ, тяжких гіпоглікемії не було.

Висновок: додавання метформіну до терапії інсулінорезистентним пацієнтам з цукровим діабетом типу 2, які перебувають на інсулінотерапії, дозволяє поліпшити якість глікемічного контролю, сприяє зменшенню маси тіла та має ряд інших позитивних впливів, зокрема на показники ліпідного обміну.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ, СТРАДАЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е.А. Кириллова

Институт охраны здоровья детей и подростков

НАМН Украины, г. Харьков

Сахарный диабет – эндокринное заболевание, в основе которого лежит абсолютная или относительная инсулиновая недостаточность, при которой нарушается углеводный обмен веществ в организме. Особенно тяжелы последствия этого заболевания для сосудистой системы, зрения, почек. Это тяжелое хроническое заболевание, требующее совершения ежедневных медицинских процедур (инъекций инсулина). Сахарный диабет характеризуется пожизненно протекающими патологическими процессами, пациент никогда не становится полностью здоровым и никогда не сможет делать все, как раньше.

Осознание этого является критической ситуацией для подростка, понимание своей «неполноценности» приводит к развитию эмоционального стресса, который может подпитываться страхом отвержения сверстниками. Как следствие – велика вероятность развития психологических трудностей в общении, закомплексованности и появления невротических состояний. Поэтому для облегчения психо-эмоционального состояния подростков, страдающих сахарным диабетом, работа должна быть направлена на адекватное осознание своего состояния, признание болезни, овладение своими эмоциями, формирование навыков достижения компенсации. Преодолеть возникающие у подростков психологические проблемы помогает не только консультирование врачом-эндокринологом и психологом, но и участие подростка и его семьи в многоуровневых психокоррекционных программах.

Психокоррекционные программы должны включать не только обеспечение информационно-просветительской компоненты, сбалансированность психоэмоционального статуса, но и развитие внутренней мотивации к повышению контроля за своим состоянием (самоконтроля) и формированию поведенческой компоненты, включающей распознавание и практические навыки по купированию гипогликемических состояний.

Для десенсибилизации негативных эмоций, снятия внутреннего напряжения, проработки фобических мыслей и состояний используются различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (гештальт-терапия, символ-драма, телесно-ориентированная терапия, аутотренинг). Но основные акценты при работе с такими пациентами в условиях стационара должны быть направлены на формирование са-