Аденому паращитоподібної залози визначено у 7 (2,8 %) випадках, утворення підшлункової залози (інсуліному) — у 2 (0,8 %) випадках.

Висновки. Комп'ютерна томографія — інформативний метод візуалізації утворень НЗ, який на підставі характерних радіологічних патернів дає можливість визначити гістологічний тип пухлини. За допомогою КТ можна заперечити/підтвердити поліорганні ураження ендокринної системи. Їх діагностика відіграє важливу роль на етапі передопераційного планування.

Ключові слова: гормонально активні утворення надниркових залоз, синдром множинної ендокринної неоплазії.

КЛІНІЧНА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

Акромегалія: аналіз клінічних випадків

М. Л. Кирилюк, О. Е. Третяк, Д. Г. Когут, Т. І. Дашук, Г. А. Кидалова

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

Вступ. Акромегалія — це орфанне захворювання нейроендокринної системи, зумовлене надмірною продукцією соматотропного гормону (СТГ), що має негативний вплив на всі органи і тканини організму людини після завершення статевого дозрівання. Найчастіше акромегалію спричиняє аденома гіпофіза (соматотропінома) або змішана пухлина, яка продукує бо тільки СТГ, або одночасно і СТГ, і пролактин (ПРЛ). Рідше етіологічним чинником акромегалії є пухлини, які продукують СТГ (гангліоцитома, нейроцитома, карциноїд легень або підшлункової залози, дрібноклітинний бронхогенний рак легенів та ін.). Серед усіх прооперованих пухлин гіпофіза на соматотропіному припадає 14 % випадків. Поширеність соматотропіноми — 5—10 випадків на 1 млн населення.

Мета роботи — проаналізувати 10 клінічних випадків акромегалії.

Матеріали та методи. У відділі нейроендокринології та загальної едокринології УНПЦЕХ,ТЕОіТ проведено обстеження 10 пацієнтів (6 жінок та 4 чоловіків, середній вік — від 50 до 54 років) із клінічними ознаками акромегалії. Використовували такі методи: магнітно-резонансну томографію, рентгенографію кінцівок та хребта, ультразвукове дослідження щитоподібної залози, органів черевної порожнини, ехокардіографію, лабораторні (визначення концентрації гормонів, соматомедину С та кальцію у крові). Результати та обговорення. У 8 (80 %) пацієнтів діагноз акромегалії вперше встановлений, 2 (20 %) хворих – прооперовані, один з яких — двічі, у 6 (60 %) виявлено макроаденому гіпофіза. У хворих на акромегалію спостерігалися такі ускладнення: у двох жінок (20 %) — дисменорея, у 5 (50 %) пацієнтів — вузловий зоб, у 4 (40 %) — хіазмальний синдром, у 1 (10 %) — гіпопітуїтаризм, у 1 (10 %) — деформуючий остеоартроз колінних суглобів, у 2 (20 %) — вторинна (компресійна) гіперпролактинемія, в одного (10 %) — ЦД 2 типу. Рівень СТГ — 14,9—107,0 нг/мл, рівень інсуліноподібного фактора росту 1 — 515—1130 нг/мл. Prolongatio morbi за даними клініко-лабораторних досліджень встановлено у двох прооперованих пацієнтів (100 %). Після оперативного втручання променеву терапію проводили в одному випадку. Резистентність до каберголіну була у 2 хворих (100 %). Ділянок продукції СТГ поза межами гіпофіза у хворих не виявлено.

Акромегалія внаслідок розвитку тяжких ускладнень є причиною тривалої прогресуючої інвалідизації, скорочення тривалості життя пацієнтів, підвищеного ризику смерті порівняно із загальною популяцією. Частота смертності від акромегалії перевищує у 4—5 разів таку у загальній популяції. Приблизно 50 % нелікованих хворих помирають у віці до 50 років. Основними предикторами смертності таких пацієнтів є несвоєчасна діагностика захворювання, старший вік, наявність у хворого

артеріальної гіпертензії та цукрового діабету, а також підвищений рівень СТГ залежно від терміну після проведеного лікування.

Висновки. Більшість пацієнтів з акромегалією виявляють пізно, коли у них вже розвинулись тяжкі прогресуючі ускладнення. Тому у лікуванні таких хворих необхідно використовувати комплексний підхід.

Ключові слова: акромегалія, соматотропний гормон, клінічні випадки.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кирилюк МЛ, Коновалов СВ. Акромегалия: случай из практики. Здоровье женщины. 2006;3(27):282-284.
2. Кирилюк МЛ. Акромегалия в ассоциации с синдромом «пустого» турецкого седла. Наукове видання «Очерки клинической эндокринологии». Х., 2011:195-199.
3. Кирилюк МЛ. Акромегалия и сахарный диабет в ассоциации с синдромом «пустого» турецкого седла: методология разбора случая из практики. Ліки України. 2011;6(152):47-51.
3. Кирилюк МЛ. Акромегалия: современные подходы к диагностике и лечению. Клиническая лекция. Ендокринологія. 2014;1(19):70-80.
4. Katznelson L, Atkinson J, Cook D et al. AACE Acromegaly Guidelines Task Force, AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of acromegaly. Endocr Pract. 2011; 17(4):636–646.

Оцінка серцево-судинного ризику у хворих на цукровий діабет 2 типу з ожирінням та порушенням толерантності до глюкози

О. М. Дідушко [2], О. Я. Кобринська [1], І. В. Чернявська [1]

[1] Івано-Франківський національний медичний університет

[2] Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня

Актуальність проблеми. Прямі економічні витрати на лікування цукрового діабету (ЦД) становлять близько 8 % усього бюджету охорони здоров'я, з них 80 % спрямовуються на терапію його ускладнень. Захворюваність серцево-судинною патологією істотно збільшується серед хворих діабетом. За оцінками ВООЗ, щороку серцево-судинні захворювання (ССЗ) стають причиною смерті 17 млн осіб (30 % усіх летальних випадків). У розвитку та прогресуванні ССЗ значущу роль відіграють фактори ризику.

Мета роботи — оцінити серцево-судинний ризик у хворих на цукровий діабет 2 типу з ожирінням та порушенням толерантності до глюкози, а також вивчити вплив емпагліфлозину на фактори серцево-судинного ризику у цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи. На базі терапевтичного відділення № 1 Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні проведено обстеження 40 пацієнтів із ЦД 2 типу (за критеріями ВООЗ 1999 року) та ожирінням (середній вік — 46,9 ± 3,2 років) та 45 пацієнтів із порушенням толерантності до глюкози (за критеріями ВООЗ 1999 року) та високим серцево-судинним ризиком за Фремінгемськими критеріями (середній вік — 45,8 ± 3,7 років).

Усім пацієнтам проведено загальне клінічне обстеження, яке включало: вимірювання зросту, маси тіла, індексу маси тіла (ІМТ), окружності талії (ОТ), артеріального тиску (АТ). Вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) у сироватці крові визначали ферментативним методом. Рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою W. T. Frietdewald. Стан обміну вуглеводів оцінювали за рівнем глюкози та глікованого гемоглобіну (HbA1c) у крові.

Для статистичної обробки отриманих даних використовували методи варіаційної статистики (t-критерій Стьюдента).

У всіх пацієнтів проводили додаткову оцінку серцево-судинного ризику за стандартизованими шкалами SCORE та PROCAM. Окрім цього, згідно з рекомендаціями Європейського товариства з вивчення