

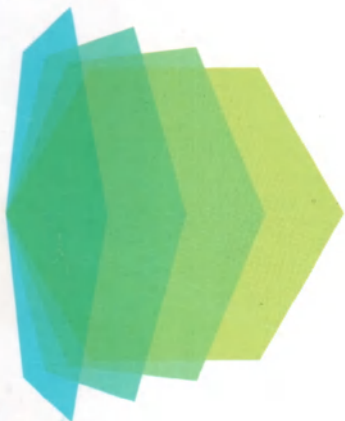
Національна академія медичних наук України
Асоціація ендокринологів України

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ ІНСТИТУТУ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ТА ОБМІНУ РЕЧОВИН ІМ. В.П. КОМІСАРЕНКА НАМН УКРАЇНИ

Ендокринологія

ДОДАТОК 1

ТОМ 17
№ 1 / 2012



МАТЕРІАЛИ ІІ КОНГРЕСУ
АСОЦІАЦІЇ ЕНДОКРИНОЛОГІВ
УКРАЇНИ

Київ, 18-19 квітня 2012 р.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЯМИ ЦИНКУ ТА ГЛІКОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Н. В. Охріменко, М. Д. Халангот, В. А. Ковтун,
В. І. Красніков, В. І. Кравченко*

*ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин
ім. В. П. Комісаренка НАМН України», м. Київ*

В Україні, як і в інших країнах, зростає захворюваність на цукровий діабет (ЦД). Однією з багатьох причин розвитку хвороби є порушення функції β -клітин, зменшення активності транспортера цинку (ZnT8), який було нещодавно ідентифіковано і виявлено зв'язок між мутацією його гена та порушенням толерантності до глюкози і ЦД 2 типу (ЦД-2). З літературних джерел відомо про зміни рівня Zn в сироватці крові хворих на ЦД, а також про існування негативного лінійного зв'язку між рівнями HbA1c та Zn і про зниження HbA1c у тих хворих, які на відміну від плацебо, щоденно отримували 30 мг Zn. Тому роль Zn у патогенезі цукрового діабету привертає увагу дослідників.

В даній розробці були проаналізовані дані, одержані при дослідженні біологічного матеріалу від обстежених 46 хворих на ЦД-1, що захворіли у віці до 30 років і для лікування отримують інсулін. Ці хворі є жителями м. Чернігова і м. Запоріжжя (кластер з максимальною поширеністю діабету) та м. Івано-Франківська і м. Чернівці (кластер з мінімальною поширеністю ЦД-1). Визначені рівні Zn, HbA1c та глюкози крові (G). Визначення рівня G, концентрації Zn в плазмі крові та HbA1c в клітинах крові проводили стандартними методами на повірених засобах виміральної техніки (автоматичний біохімічний аналізатор MicroLab 300, атомно-абсорбційний спектрофотометр С-115М ПК).

Результати показали, що середні значення (m) Zn, G та HbA1c становили 861,5(36,7) мкг/л, 12,2(1,1) ммоль/л та 7,6(0,24)%, відповідно. Встановлений негативний кореляційний зв'язок між рівнями Zn та HbA1c (коефіцієнт кореляції Пірсона $r = -0,4$). Лінійна кореляція може бути описана формулою $Zn = -60,81 \cdot HbA1c + 1322$, вірогідність становить $P = 0,006$; коефіцієнт детермінації 0,159. Проте середній рівень Zn в плазмі крові у хворих на ЦД-1 в кластері з максимальною поширеністю був вище, ніж в кластері з мінімальною поширеністю.

Виявлено збільшення ризику хворих на ЦД-1 та всіх обстежених осіб належати до кластеру з найбільшою поширеністю ЦД-1 з ростом рівня цинку. Стандартизація за рівнем гемоглобіну HbA1c та наявністю діабету не впливає на цей ризик, але моделі з урахуванням рівня глікованого гемоглобіну та наявності діабету вказують лише на статистичну тенденцію, що свідчить про необхідність додаткових досліджень для остаточного висновку.

ТІОКТАЦИД У ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

Л. Б. Павлович, І. І. Білоус, В. А. Масляно, В. В. Колесник

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Лікування діабетичних полінейропатій залишається однією з важливих проблем сучасної медицини. Нами було обстежено 78 хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД-2), які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 38 жінок та 40 чоловіків, вік хворих становив від 36 до 65 років. ЦД-2 середнього ступеня тяжкості спостерігався у 74 хворих, у 4 хворих – важкий. 14 хворих знаходилися в стані компенсації захворювання, 64 – в стані субкомпенсації. Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. – хворі на ЦД терміном до 1 року (29 хворих); II гр. – до 10 років (22 хворих); III гр. – понад 10 років (27 хворих). Додатково хворі були розподілені на дві підгрупи. I підгрупа – пацієнти, які отримували базисну терапію, яка включала діету № 9, манініл по 5мг двічі на добу або інсулінотерапію (2/3 добової дози вранці та 1/3 дози ввечері з розрахунку 0,7-1,0 Од/кг маси тіла), пентоксифілін 5 мл внутрішньовенно крапельно на 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вітаміни B6, B12 (42 хворих); II підгрупа – хворі, які на тлі базисного лікування

отримували тіоктацид 600 Т внутрішньовенно крапельно на 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду 1 раз на добу впродовж двох тижнів (36 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті Нейро-МПВ-4 (Нейрософт, Росія). Визначали амплітуду М-відповіді ліктьового нерва шляхом проведення стимуляційної ЕНМГ. У хворих I групи відмічалось зниження амплітуди М-відповіді n. ulnaris на 18,1% порівняно з контролем ($P>0,05$). В міру збільшення тривалості захворювання амплітуда прогресивно знижувалася. Так, у хворих II групи амплітуда М-відповіді знизилася на 26,3% ($P>0,05$), а у пацієнтів з тривалістю ЦД більше 10 років відмічалось зменшення амплітуди М-відповіді n. medianus на 29,2% порівняно з контролем ($P<0,05$). При проведенні ЕНМГ дослідження в динаміці виявлено, що у хворих I групи амплітуда М-відповіді після базисного лікування майже не змінилася ($P>0,05$), після додаткового призначення тіоктациду 600 Т зросла на 14,9% ($P>0,05$). У пацієнтів з тривалістю ЦД до 10 років відмічалось збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 6,8% ($P>0,05$); після додаткового призначення тіоктациду 600 Т – на 23,5% ($P<0,05$). У хворих III групи після базисного лікування амплітуда М-відповіді підвищилася на 6,1% ($P>0,05$); після додаткового призначення тіоктациду Т – на 20,9% ($P<0,05$).

Таким чином, у хворих із вперше виявленим ЦД та при незначній тривалості захворювання вже спостерігається зниження амплітуди М-відповіді, що свідчить про аксональне ураження периферичних нервів. Прогресування ДПН супроводжується подальшим зниженням амплітуди М-відповіді. Оптимальний результат лікування відмічається при початкових стадіях діабетичної полінейропатії, а також за тривалості ЦД до 10 років, що свідчить про необхідність проведення лікувальних заходів до розвитку виражених структурних змін у периферичних нервах.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ОДНОБІЧНИХ ПАРАЛІЧІВ ГОРТАНІ

В. О. Паламарчук, Р. Г. Іванівський

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

Метою роботи було оцінити можливість і результати реіннервації гортані при однобічних паралічах поворотного гортанного нерва (ПГН) під час повторних операцій на щитоподібній залозі.

Обстежено пацієнтів з хірургічною патологією щитоподібної залози, що проходили лікування в хірургічному відділі УНПЦЕХ і мають супутні ушкодження у вигляді унілатеральних ятрогенних паралічів гортані. Були відібрані 2 основні групи: 1-а група пацієнтів із інтраопераційним пошкодженням ПГН при місцево-поширених формах високодиференційованого раку щитоподібної залози (4 особи) і 2-я група пацієнтів (6 осіб) з рецидивними формами хірургічної патології щитоподібної залози і з вже існуючими після першої операції нейропатичними стенозами гортані, порушенням фонотворної та розділової функції гортані. Середній термін існування паралічу гортані становив 11 місяців. Десятьом пацієнтам виконані різні види реіннервації ПГН. Контрольна група складалася з 14 пацієнтів з перманентними формами однобічних паралічів голосової складки, яким проводилася тільки консервативна корекція дисфонічних розладів.

На доопераційному та післяопераційному етапах виконувалася відеоларінгоскопія, оцінювалися акустичні параметри (спектральний аналіз фонемі «і», співвідношення гармоніка/шум (СГШ), максимальний час фонації (МЧФ), ступінь охриплості), обстежена самооцінка пацієнтом якості голосу (VHI-анкетування, телефонне опитування).

Всього обстежено 24 пацієнта, 10 пацієнтам виконана відеоларінгоскопія як на доопераційному, так і в ранньому післяопераційному періоді, а також через 6 і 12 місяців після реіннервації. Анастомоз ПГН був виконаний 10 пацієнтам, які склали основну групу (4 пацієнта з анастомозом ansa cervicalis – ПГН і 6 пацієнтів з анастомозом ПГН – ПГН). Середній післяопераційний період спостереження склав 12 місяців, а середній час до перших ознак реіннервації склав $4,5\pm 2,9$ місяців. В післяопераційному періоді в усіх хворих основної групи були присутні непрямі ознаки реіннервації голосових складок. Відеоларінгоскопічний аналіз неповного змикання голосової щілини показав зміну (особливо при анастомозі ansa cervicalis – ПГН) від $2,25\pm 0,86$ мм до $0,65\pm 0,67$ мм ($P < 0,01$), появу обмеженої рухливості в черпакоподібному суглобі, тонусу голосової складки. Акустичний аналіз виявив найефективнішу реіннервацію анастомозом ansa cervicalis – ПГН, зі зміною середнього СГШ від $12\pm 3,7$ dB до $24\pm 2,4$ dB, середнього МЧФ від $7\pm 1,22$ сек до $16\pm 3,52$ сек ($P < 0,01$). Аналіз суб'єктивного сприйняття голосоутворення показав поліпшення в усіх групах, особливо в основній. Контрольна група склала 14 осіб, у яких було діагностовано після-