

ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ ХІРУРГІЇ»

30 ВЕРЕСНЯ — 1 ЖОВТНЯ 2021 РОКУ

Результати хірургічного лікування хворих на вузловий токсичний зоб

М. С. Гатія, С. М. Завгородній, М. А. Кубрак

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Мета роботи — порівняти результати діагностики та лікування хворих на вузловий токсичний зоб (ВТЗ) у ранній та віддалений період після резекційних операцій і тиреоїдектомії.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 54 пацієнти з ВТЗ. Середній вік хворих становив $51,7 \pm 12,9$ року.

Результати. Одновузлове ураження діагностовано у 12 (22,2 %) хворих, багатовузловий однобічний зоб — у 3 (5,6 %), двобічне вузлове ураження — у 39 (72,2 %). За результатами тонкогोलкової аспіраційної біопсії, у 47 (87,0 %) пацієнтів виявлено цитологічну картину пунктату другої категорії (Bethesda), у 7 (13,0 %) — третьої категорії. Явний гіпертиреоз діагностовано у 24 (44,4 %) випадках, субклінічний гіпертиреоз — у 30 (56,6 %). Рівень вільного трийодтироніну визначено лише у 15 (27,8 %) госпіталізованих, його підвищення — у 7 (46,7 %) з них. Гемітиреоїдектомію проведено 15 (27,8 %) хворим, субтотальну резекцію щитоподібної залози — 2 (3,7 %), тиреоїдектомію — 37 (68,5 %). Середня тривалість госпіталізації становила $9,0 (6,0; 10,0)$ діб.

Через 1,5 міс після операції за результатами визначення функціонального стану щитоподібної залози із 17 (31,5 %) пацієнтів, яким було проведено органозадні оперативні втручання, у 14 (82,4 %)

виявлено явища субклінічного гіпотиреозу, у решти рівень тиреотропного гормона відповідав верхній межі норми. Отримані результати потребували корекції із застосуванням препаратів левотироксину в середній дозі 50,0 (25,0; 50,0) мкг. Вивчення динаміки змін рівня тиреотропного гормона та вільного тироксину через 6 і 12 міс після хірургічного втручання показало, що у хворих після органозадних операцій зберігається потреба у постійному прийомі препаратів левотироксину в дозі 25,0 (25,0; 50,0) мкг навіть через рік після втручання.

Висновки. В структурі вузлового токсичного зоба переважали багатовузлові двобічні ураження щитоподібної залози (39 (72,2 %)), що стало приводом для виконання тиреоїдектомії. Однобічну вузлову патологію відзначено лише у 15 (27,8 %) хворих, яким було виконано органозадне оперативне втручання. Визначення вільного трийодтироніну дало змогу майже у половині пацієнтів (46,7 %) з вузловим токсичним зобом діагностувати ТЗ-тиреотоксикоз, який є важливим критерієм виявлення функціональної автономії вузлів. Виконання органозадного оперативного втручання у 17 (34,2 %) хворих з вузловим токсичним зобом потребувало замісної гормональної терапії препаратами левотироксину в середній дозі 25,0 (25,0; 50,0) мкг.

Ефективність ультразвукового дослідження при встановленні діагнозу автоімунного тиреоїдиту

К. О. Зимня, С. М. Завгородній, А. І. Рилов, М. Б. Данилюк

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Мета роботи — проаналізувати результати ультразвукового дослідження щитоподібної залози у пацієнтів з автоімунним тиреоїдитом та без нього з метою оцінки його інформативності в діагностиці цього захворювання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 120 історій хвороби пацієнтів клініки «ВІЗУС», у яких при ультразвуковому дослідженні в період із січня 2018 року до грудня 2020-го виявлено зміни паренхіми щитоподібної залози, притаманні для автоімунного тиреоїдиту.

Результати. Пацієнтів розділили на групи за результатами патоморфологічного дослідження. До основної було залучено 66 (55,0 %) хворих з підтвердженим діагнозом автоімунного тиреоїдиту, до групи порівняння — 54 (45,0 %) пацієнти, в яких захворювання не підтверджено. Під час ультразвукового дослідження збільшення об'єму щитоподібної залози виявлено у 29 (43,9 %) хворих основної групи та 21 (38,9 %) — групи порівняння ($U = 1692,0$, $p = 0,6368$). В основній групі при ультразвуковому дослідженні гетерогенність паренхіми щитоподібної залози зареєстровано у 54 (81,8 %) випадках, у групі порівняння — у 29 (52,7 %, $U = 1281,0$, $p = 0,0083$). Чутливість

цього показника — 81,8 %. В основній групі рідше виявляли гіпогенність (10 (15,2 %) та 23 (42,6 %) спостереження відповідно, $U = 1293,0$, $p = 0,0100$). Гіперехогенність зареєстрували з частотою у 4 (6,1%) хворих в основній групі та 2 (3,7 %) — у групі порівняння, $U = 1740,00$; $p = 0,8267$). Фіброзні включення виявлено у 40 (60,6 %) пацієнтів основної групи та 44 (81,5 %) — групи порівняння ($U = 1410,0$, $p = 0,05$). Специфічність таких змін — 18,5 %. При доплерівському дослідженні в режимі кольорового картування нерівномірну гіперваскуляризацію паренхіми щитоподібної залози відзначено відповідно у 18 (27,3 %) та 3 (5,6%) хворих ($U = 1395,0$, $p = 0,0415$). Оцінка васкуляризації щитоподібної залози мала специфічність 94,4 %.

Висновки. Ультразвуковий метод діагностики є недостатньо ефективним для виявлення автоімунного тиреоїдиту. За даними нашого дослідження, гетерогенність паренхіми щитоподібної залози, що виявляється при ультразвуковому дослідженні, має чутливість 81,8 % і точність діагностики 66 %. Неоднорідна гіперваскуляризація паренхіми щитоподібної залози в діагностиці захворювання має специфічність 94,4 %.

Сучасні підходи до діагностики та лікування первинного гіперпаратиреозу

Ю. І. Караченцев, В. М. Дубовик, В. В. Хазієв, М. Є. Сазонов,
Л. В. Герасименко, Н. Г. Філоненко

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського НАМН України», Харків

Нині первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) посідає третє місце за поширеністю серед ендокринопатій після захворювань щитоподібної залози та цукрового діабету. Поширеність ПГПТ залежить від особливостей діагностики. У країнах, в яких проводять рутинне визначення вмісту кальцію, захворюваність збільшилася в десятки та сотні разів і становить 1—2 % у популяції. Захворюваність на ПГПТ в Україні неможливо точно визначити через відсутність національного реєстру випадків, але, за попередніми даними, вона занижена не менше ніж у десятки разів. Частота виявлення нових випадків у країні не перевищує 200—300 на рік (на підставі кількості операцій). У подібних за кількістю населення розвинених країнах виявляють 50—60 тис. хворих на рік. Тому важливе значення мають аналіз динаміки захворюваності на ПГПТ та визначення особливостей його діагностики.

Мета роботи — оцінити динаміку та особливості виявлення первинного гіперпаратиреозу за період 2000—2019 рр.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороби 205 хворих на ПГПТ, прооперованих у клініці Інституту проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського НАМН України останніми роками, а також результати скринінгу на ПГПТ за даними аналізу крові на кальцій.

Результати. З метою своєчасного виявлення хворих на ПГПТ проведено аналіз результатів вмісту загального кальцію в крові у 500 осіб, які звернулися в поліклініку інституту з будь-яких причин за останніх 3 міс. Середнє значення вмісту кальцію становило 2,46 ммоль/л (мінімальне — 1,9 ммоль/л, максимальне — 2,96 ммоль/л). Із 30 осіб, у яких рівень

кальцію в крові становив від 2,5 до 2,75 ммоль/л, ПГПТ діагностовано в 1. Із 12 осіб з вмістом кальцію в крові від 2,5 до 2,96 ммоль/л ПГПТ підтверджено у 3. Поширеність ПГПТ становила 0,8 %. Із 64 хворих, прооперованих в клініці за останніх 3 роки, діагноз ПГПТ за даними УЗД запідозрено у 31 (48,4 %).

Із 2000 р. на базі хірургічного відділення клініки інституту проведено 17 599 втручань на органах ший, з них з приводу ПГПТ — 205 (1,16 %): від 0,43 % у 2000 р. до 3,4 % у 2019 р., що свідчить про суттєву позитивну динаміку. Лише 34 хворі були прооперовані у 2000—2009 рр., 171 — у 2010—2019 рр., 74 особи — за останніх 3 роки.

Пацієнтів розділили на дві групи. Перша група (n = 134) — хворі з малосимптомною клінічною картиною або особи, в яких захворювання виявлено вперше під час перебування в клініці чи профільній поліклініці, зокрема під час обстеження з приводу тиреоїдної патології. Друга група (n = 71) — хворі з вираженою клінічною симптоматикою (відповідно до тріади — «stones, bones, and abdominal groans»).

Виявлено, що збільшення загальної кількості хворих не змінювало співвідношення клінічних варіантів (малосимптомна та виразна клінічна картина) впродовж 20 років, яке становило приблизно 2 : 1.

Висновки. Відзначено чітку тенденцію до зростання кількості випадків ПГПТ. Підтверджено ефективність скринінгового дослідження рівня кальцію в крові щодо виявлення захворювання. Нині УЗД органів ший є доступним та ефективним методом діагностики ПГПТ. Частка хворих з маніфестним перебігом захворювання становить 34,63 %, що підтверджує факт несвоечасності діагностики ПГПТ.

Роль магнію в корекції післяопераційної гіпокальціємії

Д. М. Квітка, В. О. Паламарчук, С. В. Земсков, В. А. Смоляр

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

Післяопераційний гіпопаратиреоз залишається специфічним ускладненням у тиреоїдній хірургії. Частота його виникнення після тиреоїдектомії становить від 3,0 до 31,5 %. Зниження рівня паратгормона (ПТГ) призводить до запуску каскаду електролітичних змін. Не завжди загальноприйняті методи контролю та корекції гіпопаратиреозу дають змогу запобігти гіпокальціємії. Кальцій та магній беруть участь у проведенні нервових імпульсів по м'язових волокнах. Вивчення ролі магнію дає можливість коригувати вияви післяопераційного гіпопаратиреозу.

Мета роботи — вивчити залежність між післяопераційним гіпопаратиреозом, змінами у кальцій-магнієвому обміні та їхніми клінічними виявами; проаналізувати вплив гіпомагніємії на клінічні вияви гіпокальціємії; вивчити можливість корекції кальцій-магнієвого обміну у післяопераційний період.

Матеріали та методи. Вибірку утворено зі 145 пацієнтів, прооперованих з приводу захворювань щитоподібної залози. Хворих розподілили на дві групи: основну ($n = 73$), в якій пацієнти приймали препарати магнію у доопераційний період протягом 10—14 діб у дозі 1500—2000 мг/добу, та спостереження ($n = 72$), в якій хворі не отримували препара-

тів магнію. В обох групах хворим у доопераційний період та у першу добу післяопераційного періоду вимірювали показники паратгормона, іонізованого кальцію та магнію. Рівень ПТГ у першу добу післяопераційного періоду ранжували так: ≤ 1 , $1—5$, $5—10$ і ≥ 10 пг/мл. Клінічні вияви гіпопаратиреозу оцінювали за такими градаціями: невиразні, слабо виразні, виразні, різко виразні.

Результати. Виявлено наявність кореляційних зв'язків між післяопераційними рівнями магнію, іонізованого кальцію та паратгормона. В основній групі найбільшу кількість виразних та різко виразних виявів гіпокальціємії відзначено при ПТГ ≤ 1 пг/мл, у групі спостереження — при ПТГ ≤ 1 та $1—5$ пг/мл. В основній групі порівняно з групою спостереження загальна кількість клінічних виявів гіпокальціємії була меншою.

Висновки. Виявлено прямо пропорційні зв'язки між змінами рівня паратгормона, іонізованого кальцію та магнію. Доведено, що некоригована гіпомагніємія у ранній післяопераційний період може бути предиктором клінічних виявів гіпопаратиреозу. Корекція вмісту сироваткового магнію у більшості хворих зменшує клінічні вияви гіпокальціємії.

Можливість корекції рівня прозапальних цитокінів у хворих на цукровий діабет 2 типу

О. Я. Кобринська, О. М. Дідушко

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ

Мета роботи — вивчити вплив емплагліфлозину на рівень прозапальних цитокінів у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з ожирінням.

Матеріали та методи. На базі терапевтичного відділення № 1 Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні обстежено 100 пацієнтів із ЦД 2 типу, які отримували монотерапію метформіном не менше 6 міс, але не досягли цільового рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c) на момент залучення в дослідження ($> 7,5\%$, але $< 9,0\%$), а також 20 практично здорових осіб (контрольна група). Середній вік пацієнтів становив $(47,9 \pm 3,4)$ року. Пацієнти не мали в анамнезі та на момент обстеження серцево-судинних захворювань, крім артеріальної гіпертензії. У дослідження не залучали осіб, які мали швидкість клубочкової фільтрації < 60 мл/(хв $\cdot$ 1,73 м²), рідкісні спадкові порушення (дефіцит лактози, непереносність лактози, глюкозо-галактозна мальабсорбція), а також інші протипоказання до прийому емплагліфлозину, зазначені в інструкції з його застосування. Всім пацієнтам проведено загальноприйняте клінічне обстеження, зокрема вимірювання зросту, маси тіла, обводу талії, артеріального тиску. Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за формулою Кетле ($IMT = MT/P^2$), де MT — маса тіла, кг; P — зріст, м). Рівень інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) у сироватці крові визначали за допомогою набору тест-системи фірми Bender MedSystem (Австрія), С-реактивного білка (С-РБ) у сироватці крові — турбодиметричним методом з використанням реактивів BioSystems. Залежно від ІМТ пацієнтів рандомізували на 4 групи: I (n = 45) — $< 24,9$ кг/м², II (n = 46) — $25,0$ — $29,9$ кг/м², III (n = 47) — $30,0$ — $34,9$ кг/м², IV (n = 50) — $35,0$ — $39,9$ кг/м². Пацієнтів з ожирінням III ступеня в дослідження не залучали. Статистичне опрацювання матеріалу проведено за допомогою методів варіаційної та описової статистики з використан-

ням стандартного пакета статистичних розрахунків Statistica 6.0, Foxbase, Excel 6.0.

Результати. У хворих усіх груп виявлено істотне підвищення рівня ІЛ-6 порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). У пацієнтів I групи (ЦД 2 типу без ожиріння) цей показник удвічі перевищував такий у контрольній групі ($(28,41 \pm 0,53)$ пг/мл), у пацієнтів груп II, III та IV — був статистично значущо ($p < 0,05$) вищим, ніж у групі I ($p < 0,05$) та контрольній групі, та зростав у міру збільшення маси тіла. Найвищі показники С-РБ були у пацієнтів групи IV, що свідчить про високу прозапальну активність у хворих на ЦД 2 типу та ожиріння.

Залежно від лікування хворих також рандомізували на 4 групи. Пацієнти груп IA—IVA отримували базове лікування — метформін в індивідуальній дозі, хворим груп IB—IVB додатково призначили емплагліфлозин у дозі 10 мг/добу. Пацієнти продовжували отримувати призначену раніше антигіпертензивну і гіполіпідемічну терапію протягом дослідження без корекції. У хворих, які отримували інгібітор натрій-глюкозного котранспортера 2 типу, статистично значущо ($p < 0,05$) знизився рівень ІЛ-6 незалежно від ІМТ (у групі IB — на $29,35\%$, у групі IIB — на $18,73\%$, у групі IIIB — на $22,59\%$, у групі IVB — на $27,37\%$). Вміст С-РБ також статистично значущо ($p < 0,05$) зменшився в усіх пацієнтів, які отримували емплагліфлозин, незалежно від ІМТ (у групі IB — на $19,14\%$, у групі IIB — на $21,99\%$, у групі IIIB — на $29,36\%$, у групі IVB — на $28,18\%$). У хворих, що отримували базову терапію, зниження показників було статистично не значущим.

Висновки. Застосування в комплексній терапії хворих на ЦД 2 типу з різною масою тіла препарату групи інгібітор натрій-глюкозного котранспортера 2 типу емплагліфлозину підвищує ефективність лікування завдяки зниженню рівня прозапальних цитокінів.

Можливості ультразвукового дослідження щодо виявлення метастазів папілярного раку щитоподібної залози в центральні лімфатичні вузли ший

П. О. Ліщинський, В. О. Паламарчук, Л. В. Стоцька,
Ю. Е. Чирков, О.А. Товкай

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

Ультразвукове дослідження (УЗД) центральних лімфатичних вузлів ший (ЦЛВШ) за наявності щитоподібної залози має низьку чутливість і специфічність.

Мета роботи — визначити можливості ультразвукового дослідження центральних лімфатичних вузлів ший щодо виявлення метастазів папілярного раку щитоподібної залози.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне моноцентрове дослідження можливостей УЗД щодо виявлення метастазів папілярного раку щитоподібної залози (ПРЩЗ) з використанням лінійного датчика частотою 3—12 МГц. Наявність метастазів у ЦЛВШ оцінено у 237 пацієнтів з діагнозом ПРЩЗ під час УЗД до операції (екстрафасціальна тиреоїдектомія, центральна дисекція ший, лімфаденектомія) та за результатами патогістологічного дослідження після операції. Визначали чутливість і специфічність УЗД щодо виявлення метастазів ПРЩЗ у центральний лімфатичний колектор. Розраховували прогностичну цінність позитивного результату (ПЦПР) і прогностичну цінність негативного результату (ПЦНР) УЗД та вірогідність виявлення метастазів ПРЩЗ залежно від їхнього розміру.

Результати. Чутливість УЗД ЦЛВШ — 0,49 (95 % довірчий інтервал (ДІ) 0,43; 0,55), специфічність методу — 0,96 (95 % ДІ 0,92; 0,98), ПЦПР —

0,92 (95 % ДІ 0,88; 0,95), ПЦНР — 0,64 (95 % ДІ 0,58; 0,70). Результати свідчать про низьку чутливість і високу специфічність УЗД щодо виявлення метастазів у ЦЛВШ. Якщо розмір метастазу $\geq 1,2$ см, то вірогідність його виявлення — 95 %. У більшості спостережень (76,2 %) розмір метастазів ПРЩЗ був $< 0,6$ см, вірогідність їхнього виявлення за допомогою УЗД — 0,47.

Висновки. Чутливість УЗД щодо виявлення метастазів у ЦЛВШ низька — 0,49. Це зумовлено тим, що 76,5 % метастазів мали розмір $< 0,6$ см, вірогідність їхнього виявлення не перевищувала 0,47. Специфічність УЗД висока — 0,96. Якщо метастаз виявлено, то з 95 % вірогідністю він буде розпізнаний. Якщо розмір метастазу в ЦЛВШ $\geq 1,2$ см, то вірогідність його виявлення за допомогою УЗД — 95 %. ПЦПР — 0,92 (0,88; 0,95), тобто якщо метастаз ПРЩЗ виявлено під час УЗД, це зазвичай підтвердиться гістологічно. ПЦНР — 0,64 (0,58; 0,70), тобто негативний результат УЗД часто є помилковим. Оскільки вірогідність виявлення більшості метастазів у ЦЛВШ за допомогою УЗД становить 0,47, необхідно застосовувати новітні технології ультразвукової візуалізації та виконувати центральну лімфодисекцію ший з експрес-гістологічним дослідженням усім хворим з підозрою або доведеним ПРЩЗ.

Прогностичні чинники мультифокального росту папілярного раку щитоподібної залози

О. В. Мазур¹, В. О. Паламарчук¹, О. А. Товкай¹, В. В. Куц^{1,2}

¹Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

²Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України, Київ

Папілярна карцинома — найпоширеніше злоякісне захворювання щитоподібної залози. Наявність одного фокусу папілярного раку щитоподібної залози (ПРЩЗ) не завжди заперечує можливість наявності додаткового процесу в контралатеральній частці. Частота недіагностованої мультифокальності за допомогою ультразвукового дослідження, за даними Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, становить 6,2 %. Виявлення додаткових фокусів ПРЩЗ впливає на прийняття рішення щодо проведення тиреоїдектомії чи гемітиреоїдектомії для запобігання персистенції захворювання.

Мета роботи — встановити основні предиктори наявності додаткових фокусів папілярного раку щитоподібної залози.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування основної групи (109 пацієнтів, яким було виконано оперативне лікування в обсязі тиреоїдектомії із центральною дисекцією з приводу багатофокусного ПРЩЗ із категорією злоякісного процесу T1-3mN0Mx). Середній вік пацієнтів — $(47,6 \pm 12,9)$ року. Контрольну групу утворено із 50 пацієнтів, яким було проведено оперативне лікування в такому самому обсязі, із верифі-

кованим однофокусним ПРЩЗ та категорією злоякісного процесу T1-3N0Mx). Середній вік пацієнтів — $(41,4 \pm 13,0)$ року. Остаточний діагноз в обох групах встановлювали за результатами патогістологічного дослідження видалених біологічних матеріалів. Аналізували такі показники, як ехогенність вузлів, їхній розмір, форма, контури, наявність кальцинатів, фібринозних змін та кістозної дегенерації в межах тканини щитоподібної залози.

Результати. В результаті аналізу чітких предикторів багатофокусності ПРЩЗ у групах виявити не вдалося. Однак фіброзні зміни щитоподібної залози, що візуалізуються під час ультразвукового дослідження, можна розглядати як один із чинників можливої наявності додаткового фокусу ПРЩЗ за умови верифікованого монофокусу.

Висновки. Не встановлено чітких предикторів мультифокального ПРЩЗ на доопераційному етапі. Доцільно поліпшувати якість проведення ультразвукового дослідження та використання височастотних ультразвукових датчиків для мінімізації діагностичних помилок і акцентувати увагу на однофокусному ПРЩЗ у пацієнтів із фібринозними змінами щитоподібної залози при нормальному рівні тиреотропного гормону.

Гіпоандрогенні стани та жіноча сексуальна дисфункція у жінок раннього репродуктивного віку на прегравідарному етапі

Л. М. Семенюк, А. О. Белебеєва, Л. С. Чернуха

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

Гіпоандрогенізм у жінок з неплідністю негативно впливає на відновлення повноцінності овуляторного циклу. Зниження рівня андрогенів у жіночому організмі клінічно маніфестує зниженням лубрикації та жіночою сексуальною дисфункцією (ЖСД). Загальновідоме зниження дегідроепіандростерону з віком при гіпоандрогенізмі супроводжується генетичними поліморфізмами, зміненою експресією та ферментативною недостатністю стероїдогенних білків або їхніх вищих регуляторів. Поєднання цих чинників підсилює різницю у метаболізмі андрогенних стероїдів у жіночому організмі та їхній вплив на дозрівання фолікулів. Тому у таких пацієнток доцільно в концепті прегравідарної підготовки заперечити поліморфізм фолатно-метіонінового циклу, оскільки це має вагомий вплив на настання та безпечний перебіг майбутньої вагітності. Успішність раннього гравідарного процесу потребує рівня гомоцистеїну 5,6 мкмоль/л (рекомендований рівень цього показника у невагітних жінок — 7,7 мкмоль/л).

Мета роботи — з'ясувати частоту поліморфізму генів фолатно-метіонінового циклу у жінок раннього репродуктивного віку з наявністю гіпоандрогенних станів і жіночої сексуальної дисфункції у концепті прегравідарної підготовки.

Матеріали та методи. Проведено імуногістохімічне дослідження щільності андрогенових та естрогенових рецепторів у дистальному відділі вагінального тракту жінок репродуктивного віку із гіпоандрогенним забезпеченням їхнього гормонального тла. Для імуногістологічного дослідження отримано біоптат нижньої третини слизової оболонки вагіни за допомогою дермопанча діаметром 3 мм у 20 жінок із ЖСД та андрогенним дефіцитом. Контрольну

групу утворено із 20 жінок раннього репродуктивного віку (середній вік — $(26,1 \pm 8,1)$ року) без виявів ЖСД та порушень гормонального тла. Також проведено дослідження поліморфізму генів фолатного циклу у 20 жінок раннього репродуктивного віку з наявністю гіпоандрогенних станів у концепті прегравідарної підготовки.

Результати. У пацієнток діагностовано підвищення рівня гомоцистеїну ($> 10\text{—}12$ мкмоль/л). У всіх жінок рівень ДГЕА-сульфату був зниженим утричі порівняно з контрольною групою. Зареєстроване також зменшення вмісту вільного тестостерону, рівень естрогенів був на нижній межі норми, сексзв'язувальний глобулін — у межах норми. У 12 (60 %) пацієнток виявлено мутацію генів щодо метилентетрагідрофолатредуктази MTHFR, C677T, у подальшому в третини жінок цієї групи — тромбофілії високого ризику в поєднанні із цитотоксичністю. Наявність кількох патогенних проблем при синдромі невиношування призводить до генетичної сприйнятливості до венозного тромбозу. Оскільки підвищений рівень гомоцистеїну може спричинити пошкодження ендотеліальних клітин, він може завдати шкоди плацентарним судинам при майбутній вагітності, що призведе до синдрому невиношування.

Нами виявлено підвищення рівня прозапальних цитокінів, зокрема фактора некрозу пухлини- α , та гомоцистеїнемії у 16 жінок. У пацієнток з генотипами MTHFR, 677CC або 677CT відзначено нижчу експресію вітаміну D порівняно з жінками, які мали генотип MTHFR, 677TT. Виявлено вищий рівень гомоцистеїну та підвищену цитотоксичність клітин природних кілерів (NK) у жінок з генотипами MTHFR, 677CC або 677CT.

За 3 міс лікування, проведеного мультидисциплінарною командою спеціалістів (гінеколог, гематолог, імунолог), нормалізувалися показники імунограми, коагулограми, рівень вітаміну D, гомоцистеїну. Застосовували препарати метилфолатів у дозі 800 мкг/добу, вітаміну D у дозі 5600 ОД/добу, «Аспірин® Кардіо» у дозі 75 мг, препарати сулодексиду в дозі 600 ОД/добу впродовж 10 днів внутрішньом'язово, далі — по 250 ОД двічі на добу в таблетованій формі, для зниження рівня НК-цитотоксичності та антитироїдних антитіл — імуностимулятори і ліпопротеїни.

Для лікування ЖСД використовували препарати на рослинній основі, що містять стероїдні сапоніни в поєднанні з препаратами оксиду азоту для зменшення активації й адгезії лейкоцитів і тромбоцитів

до ендотелію судин. Завдяки проведеній терапії відновлено фертильність у 75 % жінок.

Висновки. Визначення рівня гомоцистеїнемії є обов'язковим у жінок з гіпоандрогенними дисфункціями на прегравідарному етапі. Алгоритм персоналізованого підходу до відновлення фертильності у жінок з поліморфізмом гена MTHFR ґрунтується на особливостях виявленого генотипу. У жінок з гіпоандрогенією та ЖСД доцільно до схеми лікування додавати сапоніни на рослинній основі. Результати роботи мають практичне значення для акушерів-гінекологів та лікарів сімейної практики зокрема щодо збільшення ймовірності позитивного результату при плануванні вагітності та під час вагітності, особливо у жінок з гіпоандрогенізмом.

Прогностичні показники відновлення функцій гортані при односторонньому ураженні поворотного гортанного нерва в хірургії щитоподібної залози

Н. В. Соломеннікова, Ю. В. Деєва, В. О. Паламарчук, В. В. Куц

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

Ураження поворотного гортанного нерва (ПГН) є серйозним ускладненням під час операції на щитоподібній залозі. Вибір методів консервативної чи хірургічної корекції цього ускладнення залежить від форми ураження нерва (транзиторна, перманентна). Проведено мало досліджень щодо прогнозування розвитку захворювання при ураженні ПГН. Це має важливе значення для лікарів первинної ланки, які спостерігають хворих з такою патологією, але не мають можливості провести весь спектр діагностичних досліджень. Вони мають своєчасно обрати оптимальну тактику лікування або дообстеження залежно від прогнозу захворювання. Одним із найсучасніших та інформативних методів дослідження гортані, який дає змогу отримати прогностичну інформацію при ураженні ПГН та застосувати хірургічне лікування приблизно через 2 міс після ураження нерва, є електроміографія гортані з використанням голко-

вих електродів. З огляду на технічні труднощі виконання, інвазивність і складність з інтерпретацією результатів у більшості медичних закладів України його не застосовують, попри велику кількість пацієнтів із зазначеною патологією.

Мета роботи — проаналізувати ларингоскопічні ознаки при парезах і паралічах гортані в хірургії щитоподібної залози та виділити основні з них, які в сукупності можуть бути прогностичними критеріями відновлення чи відсутності відновлення рухливості гортані.

Матеріали та методи. Проведено проспективне одноцентрове дослідження 164 пацієнтів з післяопераційним порушенням руху голосової складки (ГС) у 2018—2021 рр. Хворих розподілили на дві групи: з паралічем гортані (n = 33) та парезом гортані (n = 131). Проведено фоніатричний огляд і виділено 18 ларингоскопічних та загальних ознак, за

якими проведено аналіз відновлення рухливості гортані. Отримані результати оброблено методом кутового перетворення Фішера.

Результати. Із 18 ларингоскопічних та загальних ознак виділено 11 основних (предикторів), які впливають на наявність або відсутність паралічу гортані: елементи рухливості паралізованої ГС, змикання ГС при фонації, натягнутість медіанного краю ГС, обмеження руху паралізованої ГС, «флотація» нерухомої ГС, положення нерухомої ГС, рівень розташування ГС у вертикальній площині, рухливість черпакувато-го хряща, синхронність руху ГС, товщина нерухомої ГС. У більшості випадків для математичного прогнозу паралічу достатньо двох чинників: рухливість черпакувато-го хряща «паралізованої» ГС (наявна — 0 балів, незначна рухливість — 1 бал, відсутня рухливість — 2 бали); безсистемні коливання нерухомої ГС у вертикальній площині за рахунок потоку повітря, так звана флотація ГС (відсутня — 0 балів, незнач-

но виразна — 1 бал, значно виразна — 2 бали). Кожний з них має 3 градації — 0, 1 та 2, відповідно сума балів цих чинників для пацієнта може становити 0, 1, 2, 3 або 4.

Якщо обирати поріг для прогнозу паралічу > 1 (сума балів двох чинників), то чутливість тесту становитиме 72,7 %, специфічність — 84,0 %, загальна діагностична ефективність — 81,7 %.

Висновки. Для прогнозу розвитку захворювання при ураженні ПГН можна використовувати два критерії ларингоскопічної картини (рухливість черпакувато-го хряща «паралізованої» ГС та безсистемні коливання нерухомої ГС у вертикальній площині за рахунок потоку повітря ГС), кожен з яких має три градації. При загальній сумі балів двох прогностичних критеріїв >1 велика вірогідність розвитку паралічу гортані, тому рекомендовано дообстеження пацієнта (ларингостробиоскопія, електроміографія) для вибору тактики лікування.

Особливості поєднання папілярного раку щитоподібної залози і автоімунного тиреоїдиту

Н. Г. Філоненко, Ю. І. Караченцев, В. В. Хазієв, В. М. Дубовик,
М. Є. Сазонов, Л. В. Герасименко, С. С. Соколова

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського НАМН України», Харків

Поєднання раку щитоподібної залози (РЩЗ) з доброякісною тиреоїдною патологією зумовлює труднощі діагностики і нерідко перешкоджає вибору адекватної лікувальної тактики. Варті уваги випадки поєднання високодиференційованих форм РЩЗ з автоімунним тиреоїдитом (АІТ), які трапляються у 43 % випадків. Досі не визначено патогенетичного впливу лімфоплазмозитарної інфільтрації на виникнення та перебіг папілярного раку щитоподібної залози (ПРЩЗ). Не з'ясовано, АІТ — це передпухлинне захворювання чи реакція на злоякісну пухлину внаслідок автосенсибілізації до тиреоїдних антигенів. У патогенезі РЩЗ провідну роль відіграють генетичні чинники. Підтверджено дані, що точкова мутація Т1796А гена BRAF у хворих на ПРЩЗ може бути маркером метастазування.

Мета роботи — визначити особливості поліморфізму Т1796А гена BRAF при поєднанні папілярного раку щитоподібної залози і автоімунного тиреоїдиту.

Матеріали та методи. Проаналізовано операційний матеріал 178 хворих на ПРЩЗ, які були прооперовані у хірургічному відділенні клініки Інституту проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського НАМН України у 2017—2019 рр. Матеріал класифіковано відповідно до Pathology and genetics of tumours of endocrine organs (2009). Фарбування гематоксиліном і еозином використовували для загальної оцінки стану досліджуваних тканин, фарбування фуксином на еластичні волокна за Вейгертом з дофарбовуванням пікрофуксином за методом Ван-Гізона — для виявлення і диференціювання сполучнотканинних структур. Визначення

поліморфізму T1796A гена BRAF проведено у 59 зразках (29 зразків ПРЩЗ без фонові тиреоїдної патології, 30 зразків ПРЩЗ із супутнім АІТ) із використанням рестриктази TspRI (New England Biolabs, Велика Британія). Обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів параметричної та непараметричної статистики.

Результати. Виявлено, що частота ПРЩЗ у жінок у 4,5 разу вища, ніж у чоловіків (87,7 та 12,3 % відповідно). Статистично значущих статевих особливостей віку не встановлено. Виділено 3 основні форми ПРЩЗ: папілярний мікроскопічний рак (42; 23,60 %), папілярна аденокарцинома (106; 59,55 %), фолікулярний варіант папілярного раку (30; 16,85 %). При аналізі поєднання ПРЩЗ з іншими захворюваннями ЩЗ виявлено, що у 51 (28,65 %) хворого папілярні карциноми були самостійним захворюванням на тлі інтактної паренхіми. У 33,14 % випадків ПРЩЗ фоновим захворюванням був АІТ, який статистично значущо ($p < 0,05$) частіше реєстрували при аденокарциномах.

Мутацію гена BRAF^{V600E} виявлено у 6 (20,69 %) хворих на ПРЩЗ без автоімунної тиреоїдної пато-

логії та 8 (26,67 %) із супутнім АІТ без статистично значущої різниці ($\chi^2 = 0,016$, $p = 0,898$). Дані про зв'язок BRAF мутації з клінічною картиною злоякісних пухлин ЩЗ суперечливі. Результати кількох досліджень показали існування взаємозв'язку між мутацією BRAF^{V600E} та екстратиреоїдним поширенням пухлини, стадією захворювання і метастазуванням у регіонарні лімфовузли та віддалені органи. Нами встановлено, що серед 8 хворих на ПРЩЗ із супутнім АІТ і мутацією гена BRAF^{V600E} лише 2 (25,0 %) мали метастази в лімфатичні вузли ший, тоді як у групі хворих без АІТ таких було 4 (66,67 %) пацієнти ($p < 0,05$).

Висновки. Автоімунний тиреоїдит визначено як фонову патологію у 33,14 % випадків ПРЩЗ. Найчастішою патоморфологічною формою ПРЩЗ була папілярна аденокарцинома (59,55 %). Частота мутації гена BRAF^{V600E} не залежала від фонові автоімунної патології, але виявлено статистично значуще переважання частоти метастазування в лімфатичні вузли ший у випадках без супутнього АІТ, що підтверджує гіпотезу про його протекторний вплив на перебіг ПРЩЗ.