

**Key words:** *girls with orthognathic bite, correlations, computed tomography, transversal dimensions of the upper and lower jaw, sagittal characteristics of the dental arch, odontometric and cephalometric indices.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Гунас І.В.  
Стаття надійшла до редакції 31.05.2017

Марченко Алла Володимирівна - к.мед.н., доцент, доцент кафедри терапевтичної стоматології ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"; +38(097)0719114; allamarchen@yandex.ru

© Моргун А.С., Суходоля А.І., Лобода І.В.

УДК: 617-089

**Моргун А.С.<sup>1</sup>, Суходоля А.І.<sup>2</sup>, Лобода І.В.<sup>3</sup>**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

### **ВПЛИВ ВІДКРИТОГО І ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ НА РІВЕНЬ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ ЗА УМОВИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

**Резюме.** *Наведені результати когортного, проспективного, нерандомізованого дослідження. Метою дослідження була оцінка й порівняння впливу відкритої з мінідоступу та відеолапароскопічної санації та дренивання черевної порожнини на рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), і можливість їх використання для корекції внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) при гострому панкреатиті (ГП). Встановлено, що відеолапароскопічне і відкрите дренивання черевної порожнини з мінідоступу знижують рівень ВЧТ при ГП. Найбільше ВЧТ знижується у групі важких ГП: з 15, 1 мм. рт. ст. в групі порівняння до 14, 2 мм. рт. ст. при відеолапароскопічному дрениванні черевної порожнини, і до 13, 4 мм. рт. ст. при відкритому дрениванні черевної порожнини з мінідоступу. Виявлено, що зниження ВЧТ більш виражене при відкритому дрениванні черевної порожнини з мінідоступу, хоча достовірної різниці ( $p < 0,05$ ) не відмічено в жодній з груп. Окрім цього відмічено, що при відеолапароскопічному дрениванні черевної порожнини в частини хворих (у 3 із 7) спостерігається відсутність зниження, і навіть незначне підвищення ВЧТ в першу добу після операції.*

**Ключові слова:** *гострий панкреатит, внутрішньочеревний тиск, внутрішньочеревна гіпертензія, корекція, лапароскопічне дренивання черевної порожнини, відкрите дренивання черевної порожнини з міні-доступу.*

#### **Вступ**

ГП належить до тяжких невідкладних захворювань органів черевної порожнини, за частотою звернення хворих по медичну допомогу посідає третє місце після апендициту і холециститу [1, 7]. Захворюваність на ГП в Україні, як і в світі, становить 102 на 100000 населення, загальна летальність - від 4 до 15%. У більшості пацієнтів (80%) відзначають легкий перебіг захворювання, летальність становить 0,2-3%, при гострому некротичному панкреатиті вона збільшується до 70% внаслідок формування поліорганної недостатності (ПОН) [3]. В останні роки збільшилася кількість пацієнтів, у котрих діагностують важкий ГП (до 15 - 30%), а також інфікованих форм захворювання (до 40-80% серед хворих з гострим некротичним панкреатитом), тяжкість стану яких і летальність визначає ПОН. Висока частота виникнення ПОН за тяжких форм ГП зумовлює актуальність проблеми хірургічного лікування хворих. ВЧГ є однією з причин розвитку і посилення ПОН при ГП. Тому ефективна профілактика і боротьба з ВЧГ дозволяє попередити ПОН при ГП, і, таким чином, знизити летальність [6, 9]. В реалізації цього завдання все ширше використовуються сучасні мінімально інвазивні інтервенційні технології. Однак, діапазон можливостей даних операційних способів та придатність їх до виконання при різних формах ГП вимагають остаточного з'ясування.

Корекція підвищеного ВЧТ при ГП залишається не-

вирішеною проблемою. Лікування ВЧГ є комплексним і може включати ряд напрямків, серед яких раціональна інфузійна терапія, покращення комплаєнсу черевної стінки, евакуація внутрішньопросвітненого вмісту і боротьба з парезом кишечника, евакуація внутрішньочеревних і позаочеревинних скупчень рідини [8, 10].

Прямий вплив на рівень ВЧТ має евакуація патологічного вмісту черевної порожнини та заочеревинного простору (ексудат при ферментативному перитоніті, панкреатичні і парапанкреатичні рідинні скупчення, псевдокісти) [11, 12]. Відомо, що перебіг ГП, особливо його важких форм, часто супроводжується наявністю різного ступеня вираженості перитонеальної ексудації (так званого ферментативного перитоніту). Загальноприйнятою є точка зору, що евакуація перитонеального ексудату при ГП має значний терапевтичний ефект, оскільки значно зменшує вираженість інтоксикації та частоту ПОН. Оперативне лікування ферментативного перитоніту через "традиційний" лапаротомний доступ з санацією і дрениванням черевної порожнини має лише історичний інтерес, оскільки лікувальний ефект операції (зниження інтоксикації) нівелюється додатковою операційно травмою. Крім цього доведено, що відкриті операції в ранньому періоді перебігу ГП достовірно збільшують вірогідність інфікування некротичного ГП в пізньому періоді. Загальноприйнятим є застосування для

евакуації перитонеального ексудату при ГП мінімально інвазивних інтервенційних технологій, зокрема відеолапароскопічної або відкритої з мінідоступу санації й дренажу черевної порожнини [1, 4]. Але є недостатньо даних про вплив дренажу черевної порожнини на динаміку ВЧТ в ранньому періоді перебігу ГП.

*Метою* дослідження є оцінка і порівняння впливу відеолапароскопічної та відкритої з мінідоступу санації та дренажу черевної порожнини на рівень ВЧТ, і можливість їх використання для корекції ВЧГ при ГП.

### Матеріали та методи

Проведене дослідження було когортним, проспективним, нерандомізованим. Проаналізовано результати обстеження і лікування 26 пацієнтів з ГП, які перебували на стаціонарному лікуванні у Хмельницькій міській лікарні у період 2015-2016 років. До дослідження були включені пацієнти з діагнозом "гострий панкреатит", котрі поступили в стаціонар впродовж перших 24-72 годин з моменту початку захворювання. Вік пацієнтів становив від 25 до 83 років (у середньому  $43 \pm 1,4$  роки). Чоловіків було 18 (69%), жінок - 8 (31%). Набряковий ГП діагностовано у 13 хворих (50%), панкреонекроз - у 13 хворих (50%). Легка форма ГП діагностована у 13 хворих (50%), середньої важкості ГП - у 10 хворих (38%), важка форма ГП - у 3 хворих (12%). Серед етіологічних причин переважали алкогольний і алиментарний ГП, значно рідше - біліарний та ідіопатичний.

Усім хворим проведені загальноклінічні обстеження (анамнез, фізикальні дані), лабораторні обстеження (загальний аналіз крові і сечі, цукор крові, біохімічне обстеження крові, діастаза сечі), виконані рентгенографія грудної клітки і черевної порожнини, ультразвукове дослідження в динаміці, КТ ОЧП (за показами), а також моніторинг ВЧТ впродовж всього часу перебування хворого в стаціонарі з інтервалом у 6 годин. Важкість стану хворих визначалась клінічно, за наявністю локальних (гострі панкреатичні і парапанкреатичні накопичення рідини, ферментативний перитоніт, механічна жовтяниця, псевдокісти) і системних (синдром системної запальної відповіді, органна недостатність) ускладнень, а також за допомогою інтегральних шкал оцінки стану хворих APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) та Ranson з використанням розроблених реєстраційних карт обстеження хворих. Важкість стану за шкалою Ranson оцінювалась при поступленні і через 48 годин інтенсивної терапії, за шкалою APACHE II на 1, 2, 3, 5, 7 і 10 дні перебування хворого в стаціонарі. Всім пацієнтам проведена загальноприйнята інтенсивна терапія. Пацієнтам, у яких по даних обстежень діагностовано наявність інтраперитонеального ексудату (ферментативний перитоніт), додатково проведено лапароскопічне або відкрите з міні-доступу в правій або лівій здухвинній ділянці дренажу черевної порожнини.

Внутрішньочеревний (ВЧТ) вимірювали за методикою Kron (1984) згідно рекомендацій WSACS шляхом

уведення в сечовий міхур катетера Фолея, через котрий до порожнього сечового міхура вводили 25 мл стерильного фізіологічного розчину. Катетер перетискували дистальніше місця виміру та за допомогою голки приєднували прозору трубку від системи. Рівень тиску в черевній порожнині вимірювали щодо нульової відмітки - I. axillaris media; вимірний рівень тиску в сантиметрах водного стовпа переводили у міліметри ртутного стовпа [5].

Всіх хворих було розділено на 3 групи. В першій групі (групі порівняння, 10 хворих) пацієнти отримували базове лікування згідно з Клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим із ГП (інфузійна терапія, знеболюючі, спазмолітики, антисекреторна терапія, антибіотики за показами - Наказ МОЗ України №297 від 2.04.2010 р.).

Пацієнтам другої групи (n=7) додатково корегували виявлену ВЧГ за допомогою лапароскопічної санації та дренажу черевну порожнину під загальним ендотрахеальним наркозом у перші 24-48 год з моменту госпіталізації. При цьому в залежності від кількості та переважної локалізації ексудату встановлювали від одного до чотирьох дренажів, котрими дренажували порожнину малого тазу, підпечінковий простір, правий і лівий фланки черевної порожнини. Дренажі утримували впродовж від 1 до 4 діб.

У третій групі (n=9) хворим додатково проводили корекцію виявленої ВЧГ за допомогою відкритої санації й дренажу черевної порожнини через мінідоступ у правій або лівій здухвинній ділянках під місцевою інфільтраційною анестезією 0,5% розчином новокаїну в перші 24-48 год з моменту госпіталізації. При цьому два дренажі встановлювали в порожнину малого тазу і утримували впродовж від 1 до 4 діб.

Хворим усіх груп моніторили ВЧТ кожні 6 год впродовж всього часу перебування в стаціонарі. Статистичний аналіз проводили з використанням t-критерію Стюдента (для оцінки безперервних величин) та U-критерія Манна-Уїтні-Вілкоксона (для категоризованих показників) [2].

### Результати. Обговорення

Нами детально вивчена динаміка ВЧТ при різних ступенях важкості ГП і вплив на неї запропонованих методів корекції ВЧГ (табл. 1).

Аналізуючи наведені результати досліджень слід відмітити, що ВЧГ досить часто супроводжує перебіг ГП. В досліджуваній групі ВЧГ відмічена у 15 хворих (58%). Якщо розглядати рівень ВЧТ в динаміці, то найвищі його цифри спостерігаються в перші 2-4 доби перебігу хвороби для легких і середньоважких ГП, а при прогностично важкому ГП високі цифри ВЧТ утримуються 4-6 діб, а потім поступово знижуються. В подальшому у деяких хворих з незрозумілих причин іноді спостерігається короточасний підйом рівня ВЧТ, який поступово вирівнюється до фонових величин.

Таблиця 1. Динаміка ВЧТ за умови різного ступеня важкості ГП у досліджуваних групах.

День хвороби	Група 1, базове лікування, n=10 (рівень ВЧТ, мм.рт.ст)			Група 2, лапароскопічне дренування черевної порожнини, n=7 (рівень ВЧТ, мм.рт.ст)			Група 3, відкрите дренування черевної порожнини з міні-доступу, n=9 (рівень ВЧТ, мм.рт.ст)		
	Легкий ГП	ГП середньої важкості	Важкий ГП	Легкий ГП	ГП середньої важкості	Важкий ГП	Легкий ГП	ГП середньої важкості	Важкий ГП
1.	10	14	17	10	14	17	10	13	15
2.	9	13	18	10	16	17	8	12	15
3.	9	14	17	8	12	16	8	13	16
4.	8	12	16	8	11	15	8	12	14
5.	8	11	17	7	10	15	7	10	14
6.	7	10	15	7	10	13	7	10	13
7.	8	11	14	7	10	14	6	9	13
8.	7	10	14	8	9	13	7	9	12
9.	8	10	12	7	10	11	7	9	11
10.	7	10	11	6	8	11	6	8	11
Серед. рівень ВЧТ (M±m)	8,1±0,33	11,5±0,55	15,1±0,78	7,8±0,44	11,0±0,8	14,2±0,73	7,4±0,39	10,5±0,61	13,4±0,57

Порівнявши дані про рівень ВЧТ в залежності від використаних способів його корекції слід відмітити, що використання як лапароскопічного дренування черевної порожнини, так і відкритого дренування черевної порожнини з міні-доступу, знижують рівень ВЧТ порівняно з контрольною групою хворих. При цьому зниження відмічається як при легких ГП, так і при середньоважких і важких ГП. Найбільше ВЧТ знижується у групі важких ГП: з 15,1 мм. рт. ст. в групі порівняння до 14,2 мм. рт. ст. при лапароскопічному дренуванні черевної порожнини, і до 13,4 мм. рт. ст. при відкритому дренуванні черевної порожнини з міні-доступу. Для груп легкого і середньоважкого ГП зниження ВЧТ несуттєве. Порівнюючи між собою ефективність лапароскопічного і відкритого дренування черевної порожнини з міні-доступу виявлено, що зниження ВЧТ більш виражене при відкритому дренуванні черевної порожнини з міні-доступу, хоча достовірної різниці ( $p < 0,05$ ) не відмічено в жодній з груп. Окрім цього відмічено, що при лапароскопічному дренуванні черевної порожнини в частини хворих (у 3 з 7) спостерігається відсутність зниження, і навіть незначне підвищення ВЧТ в першу добу після операції, що вірогідно пов'язане з наявністю залишкового карбоксиперитонеуму.

Ми не спостерігали ускладнень при жодному з наведених способів дренування черевної порожнини.

Таким чином, можна зробити висновок, що як відкрите дренування черевної порожнини з міні-доступу, так і лапароскопічне дренування є недостатньо ефективними для зниження ВЧТ при розвитку ВЧГ у хворих з ГП як самостійні заходи. Використання їх повинно бути комплексним поряд з іншими заходами для зниження ВЧТ (боротьба з парезом кишечника, покращення комплаєнсу черевної стінки). В той же час, безсумнівно користь дренування черевної порожнини для бороть-

би з ендогенною інтоксикацією при ГП. Кожен із цих методів має як свої переваги, так і недоліки. Так, лапароскопічне дренування дозволяє чітко верифікувати діагноз (наявність серозного чи геморагічного ексудату в черевній порожнині, вогнища стеатонекрозу на очеревині, вибухання сальникової сумки, набряк в ділянці кореня мезоколон) при наявності труднощів у диференційній діагностиці захворювання і визначити поширеність некротичного процесу в черевній порожнині. Недоліками його є потреба в загальному знеболенні, неможливість накладання пневмоперитонеуму при високому вихідному рівні ВЧТ (понад 20 мм. рт. ст.). Відкрите дренування черевної порожнини краще переноситься хворими, оскільки не потребує загального знеболення, може бути застосоване при будь-якому вихідному рівні ВЧТ, значно дешевше економічно. Головним недоліком відкритого дренування черевної порожнини з міні-доступу є його обмежені діагностичні можливості. В цілому на нашу думку при легких ГП за умови підвищення ВЧТ і при відсутності потреби в диференційній діагностиці перевагу слід надавати відкритому дренуванню черевної порожнини з міні-доступу. При середньоважких ГП методом вибору є лапароскопічне дренування черевної порожнини. При важких ГП вибір способу дренування черевної порожнини повинен бути індивідуальним у залежності від вихідного рівня ВЧТ і стану хворого.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. При ГП найвищі цифри ВЧГ спостерігаються в перші 2-4 доби при легких і середньоважких ГП, а при важкому ГП високі цифри ВЧТ утримуються 4-6 діб, а потім поступово знижуються.

2. Лапароскопічне і відкрите дренування черевної порожнини з міні-доступу знижують рівень ВЧТ при ГП:

при важкому ГП на 6% та 11% відповідно, при легкому і середньоважкому ГП на 4% і 9% відповідно. Отже, при ГП зниження ВЧТ більш виражене при відкритому дренаванні черевної порожнини з міні-доступу в порівнянні з лапароскопічним дренаванням.

3. Відкрите дренавання з міні-доступу і лапароскопічне дренавання черевної порожнини є недостатньо

ефективними для зниження ВЧТ при розвитку ВЧГ у хворих з ГП як самостійні заходи. Використання їх повинно бути комплексним поряд з іншими заходами для зниження ВЧТ.

Вважаємо за доцільне у подальших дослідженнях вивчити комплексний вплив вказаних способів корекції ВЧТ у схемах лікування гострого панкреатиту.

### Список посилань

1. Копчак, В.М., Хомяк, І.В., Шевченко, В.М., Кіт, О.В., & Хомяк А.І. (2014). Алгоритм хірургічного лікування гострого панкреатиту. *Клінічна хірургія*, 9,2, 21-24.
2. Гланц С. (1998). Медико-біологічна статистика. М.: Практика.
3. Копчак, В.М., Хомяк, І.В., & Копчак К.В. (2013). Диференційоване індивідуалізоване хірургічне лікування гострого панкреатиту. *Здоров'я України*, 2, 46-47.
4. Русин, В.І., & Філін С.С. (2012). Дренавальні оперативні втручання з приводу невідмежованого інфікованого ретроперитонеонекрозу. *Клінічна хірургія*, 10, 8-13.
5. Савельев, В.С. (ред.) (2008). Синдром інтраабдомінальної гіпертензії: Методические рекомендации. Новосибирск: Сибирский университет, Партнеры Сибири.
6. Хомяк, І.В., & Кіт, О.В. (2014). Внутрішньочеревний тиск, компартмент синдром в хірургічному лікуванні тяжкого гострого панкреатиту. *Клінічна хірургія*, 4, 56-59.
7. Beger, H.G., Matsuno, S., & Cameron, J.L. (2008). *Diseases of the Pancreas*. Berlin: Springer-Verlag.
8. De Waele, J.J. Management of Abdominal Compartment Syndrome in Acute Pancreatitis. *Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base*, DOI: 10.3998 / panc. 2015.29.
9. Banks, P.A., Bollen, T.L., Dervenis, C., Gooszen, H.G., Johnson, C.D., Sarr, M.G., & Vege, S.S. (2013). Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 62(1), 102-111. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302779.
10. De Waele, J.J., Eijke, J.C., Leppilniemi, A., De Keulenaer, B.L., De Laet, I., Kirkpatrick, A.W. ... Malbrain, M.L. (2015). Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in pancreatitis, paediatrics, and trauma. *Anaesthesiol Intensive Ther*, 47, 219-227.
11. Hunt, L., Frost, S.A., Hillman, K. & Davidson P.M. (2014). Management of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: a review. *Journal of Trauma Management & Outcomes*, 8(2), 1-8.
12. Svorcan, P., Stojanovic, M., Stevanovic, P., Karamarkovic, A., Jankovic, R., & Ladjevic, N. (2017). The influence of intraabdominal pressure on the mortality rate of patients with acute pancreatitis. *Turk. J. Med. Sci*, 47(3), 748-753.

**Моргун А.С., Суходоля А.І., Лобода І.В.**

### ВЛИЯНИЕ ОТКРЫТОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА УРОВЕНЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Резюме.** Приведены результаты когортного, проспективного, нерандомизированного исследования. Целью исследования была оценка и сравнение влияния открытой из минидоступа и видеолапароскопической санации и дренирования брюшной полости на уровень внутрибрюшного давления, и возможность их использования для коррекции внутрибрюшной гипертензии при остром панкреатите. Установлено, что видеолапароскопическое и открытое дренирование брюшной полости из мини-доступа снижают уровень внутрибрюшного давления при остром панкреатите. Больше всего внутрибрюшное давление снижается в группе тяжелых острых панкреатитов: с 15,1 мм. рт. ст. в группе сравнения до 14,2 мм. рт. ст. при видеолапароскопическом дренировании брюшной полости, и до 13,4 мм. рт. ст. при открытом дренировании брюшной полости с мини-доступа. Выявлено, что снижение внутрибрюшного давления более выражено при открытом дренировании брюшной полости из минидоступа, хотя достоверной разницы ( $p?0,05$ ) не отмечено ни в одной из групп. Кроме этого отмечено, что при видеолапароскопическом дренировании брюшной полости у части больных (у 3 из 7) наблюдается отсутствие снижения, а также незначительное повышение внутрибрюшного давления в первые сутки после операции.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, внутрибрюшное давление, внутрибрюшная гипертензия, коррекция, лапароскопическое дренирование брюшной полости, открытое дренирование брюшной полости с мини-доступа.

**Morgun A.S., Sukhodolya A.I., Loboda I.V.**

### THE EFFECT OF OPEN AND LAPAROSCOPIC DRAINAGE OF THE ABDOMINAL CAVITY ON THE LEVEL OF INTRAABDOMINAL PRESSURE FOR ACUTE PANCREATITIS

**Summary.** The results of a cohort, prospective, non-randomized study are presented. The aim of the study was to evaluate and compare the effect of an open mini-access and videolaparoscopic sanitation and drainage of the abdominal cavity on the level of intra-abdominal pressure, and the possibility of using them to correct intraperitoneal hypertension in acute pancreatitis. It has been established that videolaparoscopic and open drainage of the abdominal cavity from the mini-access reduces the level of intra-abdominal pressure in acute pancreatitis. Most of all intra-abdominal pressure decreases in the group of severe acute pancreatitis: from 15.1 mm. Hg. in the comparison group up to 14.2 mm. Hg. with videolaparoscopic drainage of the abdominal cavity, and up to 13.4 mm. Hg. with open drainage of the abdominal cavity with a mini-access. It was found that the decrease in intra-abdominal pressure is more pronounced with open drainage of the abdominal cavity from the mini-access, although no significant difference ( $p?0.05$ ) was observed in any of the groups. In addition, it was noted that with videolaparoscopic drainage of the abdominal cavity, in some patients (in 3 out of 7) there is no decrease, as well as a slight increase in intra-abdominal pressure in the first day after the operation.

**Key words:** acute pancreatitis, intra-abdominal pressure, intraperitoneal hypertension, correction, laparoscopic drainage of the abdominal cavity, open drainage of the abdominal cavity with mini-access.

Рецензент - д.мед.н., проф. Козак І.О.

Стаття надійшла до редакції 23.06.2017

Моргун Андрій Степанович - аспірант кафедри хірургії факультету післядипломної освіти ВНМУ ім. М.І. Пирогова, лікар-хірург Хмельницької міської лікарні; +38(067)6469256; morgun.as@gmail.com  
Суходоля Анатолій Іванович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургії ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова, головний хірург Хмельницької області; +38(067)6616503; suhodolya@mail.ru  
Лобода Ірина Василівна - к.мед.н., асистент кафедри хірургії ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(067)3843289; iloboda15@gmail.com

© Потапенко А.В.

УДК: 616.441-008.64-037:616.36-003.826:616.1

**Потапенко А.В.**

ДУ "Національний інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України" (пр. Л.Т. Малої, 2-а, м. Харків, 61039, Україна)

## ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ В ОСІБ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЇ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ З РІЗНИМ РІВНЕМ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

**Резюме.** Мета роботи: оцінити ризик розвитку субклінічного гіпотиреозу (СГ) у пацієнтів неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) з різним ризиком серцево-судинних ускладнень, а також виявити зв'язок між високим рівнем ризику розвитку СГ і основними кардіоваскулярними факторами (КВ). До одномоментного клінічного дослідження були включені 298 чоловік з НАЖХП з наявністю одного і більше КВ факторів ризику (артеріальна гіпертонія, куріння, гіперхолестеринемія) і різним рівнем КВ факторів ризику за шкалою SCORE. Всі пацієнти були опитані за стандартною анкетой і опитувальником HRQ, проведено дослідження тиреоїдного статусу. Пацієнти були розподілені на три групи за рівнем сумарного КВ ризику по SCORE: 33,9% мали низький/помірний КВ ризик, 41,9% - високий і 24,2% - дуже високий КВ ризик. Більшість досліджуваних виявилися у вікових групах 50-59 та 60-69 років. У віковій групі 40-49 років 22,2% пацієнтів мали високий КВ ризик, у 28% у віці 50-59 років виявлено помірний КВ ризик, тоді як у 49,7% старшого віку виявлявся дуже високий КВ ризик. За результатами опитування за опитувальником HRQ у 34,9% виявлено низький ризик розвитку СГ, у 48,9% - помірний ризик, високий ризик виявлений у 16,1% пацієнтів. У осіб з дуже високим КВ ризиком за шкалою SCORE також є високий ризик розвитку СГ за опитувальником HRQ. Серед пацієнтів з наявністю одного і більше вищезазначених КВ факторів ризику необхідно виявляти ранні маркери порушень тиреоїдного статусу і оцінювати ризик розвитку СГ. Подібна тактика сприяє адекватній оцінці ризику СГ у пацієнтів НАЖХП і розробці методів первинної профілактики.

**Ключові слова:** субклінічний гіпотиреоз, неалкогольна жирова хвороба печінки, ранні порушення тиреоїдного статусу, кардіоваскулярний ризик.

### Вступ

Підвищений інтерес до субклінічної гіпотиреозу (СГ) обумовлений тим, що поширеність цього захворювання набагато вище, ніж поширеність маніфестного гіпотиреозу [4]. СГ - це стан, при якому виявляють підвищений рівень тиреотропного гормону (ТТГ) і нормальний рівень тиреоїдних гормонів (Т3 і Т4). Будь-які специфічні для гіпотиреозу симптоми зазвичай відсутні [1]. Є нечисленні публікації про те, що наявність СГ у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП), з одного боку, може посилювати її перебіг, а, з іншого, НАЖХП сприяє підтримці гіпофункції щитовидної залози, тим самим беручи участь у формуванні кардіоваскулярних ризиків (КВР) у цієї категорії пацієнтів.

Думки з приводу активного скринінгу СГ експертів різних спільнот суперечливі. Одні схиляються до поведінки агресивної тактики в проведенні скринінгу, починаючи з 35 років, кожні 5 років серед груп високого ризику, інші, такі, як Королівський коледж лікарів і U.S. Preventive Services Task Force, обмежуються тим, що недостатньо даних за або проти скринінгу, в зв'язку з чим не рекомендують проведення активного скринінгу [3].

У зв'язку з відсутністю великих рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) по оцінці клінічних

наслідків СГ, наявні рекомендації по скринінгу та лікуванню ґрунтуються на даних обсерваційних і невеликих клінічних досліджень, а також на думках експертів. Проспективні дослідження продемонстрували збільшення ризику серцево-судинних коронарних подій, серцевої недостатності і серцево-судинної смертності серед пацієнтів з СГ, що обумовлює актуальність вивчення даної проблеми.

Традиційно для виявлення ранніх порушень функції щитовидної залози проводиться дослідження тиреоїдних гормонів. Однак, в останні роки для виявлення ранніх маркерів порушення функції щитовидної залози (скринінгу) пропонується застосування опитувальників.

У зв'язку з цим, метою цього дослідження була оцінка ризику розвитку СГ у пацієнтів НАЖХП з різним ризиком серцево-судинних ускладнень, а також виявлення зв'язку між високим рівнем ризику розвитку СГ і основними факторами КВР.

### Матеріали та методи

В основу дослідження покладено результати анкетування та клінічного обстеження 298 осіб у віці 40-69 років, котрі звернулися до поліклініки НІТ НАМНУ з будь-якого приводу з обов'язковим зазначенням в анамнезі наявності НАЖХП. Дослідження складалося з декількох