

СУПРЕСИВНА ТЕРАПІЯ ЛЕВОТИРОКСИНОМ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ ТИРЕОІДЕКТОМІЇ ТА РАДІОІОДТЕРАПІЇ

Т.К. Сovenko, С.В. Гулеватий, В.А. Олійник, В.М. Ключкова, І.П. Волинець

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

Незважаючи на успіхи в лікуванні хворих на рак щитоподібної залози (тиреоїдектомія, абляція та супресивна терапія), частота виникнення рецидивів все ж залишається високою: 15-30% при диференційованих карциномах (ДРЩЖ). Одним з факторів, що впливає на появу рецидивів, є неадекватна супресивна гормонотерапія.

Сучасні підходи щодо інтенсивності та тривалості супресивної терапії базуються на основі її потенційної ефективності в різних групах клінічного ризику рецидиву високодиференційованих форм раку щитоподібної залози та груп ризику розвитку побічних ефектів від терапії даного виду.

Мета супресивної гормонотерапії – корекція гіпотиреоїдного стану і пригнічення ТТГ-залежного росту ракових клітин шляхом зниження рівня ТТГ $\leq 0,1$ мМО/л, що особливо важливо для пацієнтів групи «високого ризику».

Відповідно до існуючих Європейських клінічних рекомендацій по веденню хворих з ВДРЩЗ, вибір тактики лікування здійснюється з урахуванням клінічного ризику рецидиву/прогресування захворювання, згідно з яким виділяють 3 групи клінічного ризику: низького, помірного та високого.

До групи низького ризику рецидиву належать пацієнти зі стадією первинної пухлини T1aN0M0 за відсутності агресивного гістопатологічного варіанту пухлини.

До групи помірного ризику належать пацієнти з T1b–T2N0M0 або за наявності мультифокусного росту пухлини.

До групи високого ризику належать пацієнти з T₃₋₄ або при будь-якому T з N1 чи M1 з вираженим інвазивним ростом пухлини.

Препаратом вибору вважається левотироксин (L-тироксин). Доза L-тироксину після проведеної тотальної тиреоїдектомії орієнтовно становить від 2,0 до 3,0 мкг/кг/добу. Пацієнтам похилого віку з патологією серцево-судинної системи іноді немає змоги призначити необхідну для супресії дозу гормону.

Ефективність та корекція дози L-тироксину контролюється безпосередньо вимірюванням рівня ТТГ через 6-8 тижнів від початку гормонального лікування. Одночасно проводиться визначення рівня вільних T₃ і T₄.

Хворим з високим ризиком рецидиву, з персистенцією захворювання, а також з рівнем ТГ, що визначається (≥ 2 нг/мл), пацієнтам з групи високого ризику рецидиву при відсутності ознак персистенції/рецидиву захворювання протягом 3-5 років після досягнення ремісії доза L-тироксину повинна знижувати рівень ТТГ до показника $\leq 0,1$ мМО/л за нормальних значень вільного T₃ та зазвичай дещо підвищеного рівня вільного T₄.

Хворим з групи помірного ризику рецидиву доцільно використовувати індивідуальний підхід.

У пацієнтів групи низького ризику за відсутності ознак персистенції/рецидиву захворювання рівень ТТГ може знаходитись в межах нижнього рівня референтних значень (0,4-1,0 мМО/л).

Нами було проведено аналіз 250 пацієнтів з ВДРЩЗ віком від 7 до 40 років. Термін спостереження за цими хворими складав до 5 років. Враховуючи клініко-морфологічну характеристику, дані сканування всього тіла після радіоїодтерапії та дані подальшого динамічного спостереження, хворих було

поділено на 3 групи клінічного ризику.

Група «низького ризику» налічувала 85 пацієнтів, група «помірного ризику» – 75 і група «високого ризику» – 90 пацієнтів. В усіх клінічних групах було доведено позитивний вплив супресивної терапії левотироксином на показники безрецидивного виживання. Так, повної ремісії в групі «низького ризику» було досягнуто у 85 пацієнтів (100%), в групі «помірного ризику» – у 71 (94,6%), в групі «високого ризику» – у 85 (94,4%) пацієнтів.

Враховуючи вищевикладене, обґрунтованість супресивної терапії у пацієнтів з ВДРЩЗ різних клінічних груп ризику рецидиву, а також у пацієнтів з персистенцією чи рецидивом захворювання не викликає сумнівів і свідчить про її ефективність.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЕЛЕЗЕНКЕ КРОЛИКОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ДЛИТЕЛЬНОГО КРУГЛОСУТОЧНОГО ОСВЕЩЕНИЯ

И.В. Сорокина, Т.В. Бочарова, Л.А. Бондаренко

Харьковский национальный медицинский университет

Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України, г. Харьков

Стресс запускает в организме человека цепочку интегрированных реакций нервной, эндокринной и иммунных систем, что находит свое отражение в изменениях морфофункционального состояния крупнейшего лимфатического органа, которым является селезенка. Ее развитие сопровождается сложным взаимодействием различных клеточных популяций. Изменения этих взаимодействий при стрессе приводят впоследствии к нарушениям иммунного ответа. Одним из стрессовых факторов, способных вызвать нарушения интеграции нервной, эндокринной и иммунной систем, может рассматриваться длительная световая нагрузка. Доказано, что длительное круглосуточное освещение вызывает развитие признаков преждевременного старения сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Целью исследования явилось изучение структурных особенностей селезенки, как периферического органа иммунной системы, в условиях длительного круглосуточного освещения.

Эксперимент проводился на молодых половозрелых самцах кроликов породы «шиншилла». Кролики контрольной группы содержались в условиях естественной смены дня и ночи, подопытные – в условиях длительного освещения (днем – естественный дневной свет, ночью – электрический). Интенсивность освещения в клетках составляла 30-40 люкс. Длительность эксперимента составила 6 месяцев. Проведено макроскопическое исследование селезенки с обязательным определением массы органа и процентным отношением к массе кролика. Кусочки ткани селезенки подвергали парафиновой проводке, после чего изготавлялись серийные срезы, толщиной 5-6 мкм, которые окрашивались гематоксилин-эозином и пикрофуксином по методу Ван-Гизон.

После 2-3 месяцев круглосуточного освещения у кроликов определялось незначительное увеличение массы селезенки и процентного отношения массы селезенки к массе кролика, по сравнению с контрольными животными. При этом микроскопически обнаружены признаки гиперплазии белой пульпы с увеличением клеточности во всех зонах. Определялось большое количество крупных фолликулов с выраженными светлыми центрами, что практически не наблюдалось в группе контроля. Соединительно-тканый ком-