

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ

**В.О. Шідловський<sup>1</sup>, М.І. Шеремет<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль;

<sup>2</sup>Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Автоімунний тиреоїдит (АІТ) представляє собою автоагресивне захворювання, морфологічним субстратом якого є лімфоїдна і плазмоцитарна інфільтрація щитоподібної залози (ЩЗ) з подальшим її руйнуванням і заміщенням сполучною тканиною – процес, обумовлений автоімунізацією тиреоїдними антигеном. Автоімунний тиреоїдит відноситься до однієї з найважливіших і актуальних проблем сучасної ендокринології з недостатньою ясністю патогенетичних механізмів, відсутністю об'єктивних і надійних методів діагностики, включаючи імунологічні. На АІТ страждають 3-4% населення земної кулі. У патогенезі лежать порушення процесів імунологічного контролю і зміни в клітинах самих ендокринних залоз, які можуть бути генетично детерміновані або індукуватися зовнішніми факторами: погіршенням екологічних умов проживання; дефіцитом або надлишком йоду; радіоактивним забрудненням місцевості; наростаючою загальною алергізацією населення і інфікування його вірусами. Генетична схильність при АІТ доведена за результатами багаторічних спостережень за тисячами моно- та дизиготних близнюків у багатьох країнах світу.

На теперішній час, у хворих на автоімунний тиреоїдит (АІТ) визначено три групи показань до операції: онкологічні, хірургічні (які визначаються патогенетичним впливом гіпертрофованої щитоподібної залози (ЩЗ) на навколишні тканини) і показання, зумовлені декомпенсацією імунопатологічного процесу. Обсяг операцій у хворих на АІТ визначається показами до операції: онкологічні – тиреоїдектомію, хірургічні – резекція щитоподібної залози, а при декомпенсації – видалення максимально зміненої тканини органа. Корекція обсягу операцій проводиться на підставі результатів термінового дослідження мікропрепарату і морфології видаленої тканини щитоподібної залози.

Проведеними спостереженнями встановлено, що тиреоїдектомія, при декомпенсації імунопатологічного процесу, усуває або різко зменшує патогенний вплив локальної лімфоїдної інфільтрації тканини на загальну імунологічну реактивність організму хворого. Інші дослідники вважають, що хірургічне лікування пацієнтів з верифікованим діагнозом АІТ показано тільки у випадках наявності яскраво вираженого компресійного синдрому або довгострокового (що не піддається консервативному лікуванню) гіпертиреозу, а також наявності псевдотузловий форми автоімунного тиреоїдиту з ознаками найбільшої ймовірності малигнізації або неможливості проведення адекватних пункцій на доопераційному етапі з призначенням в подальшому замісних доз тиреоїдної терапії. Методом вибору в цих випадках вважають субтотальну резекцію ЩЗ.

Ми вважаємо, що хірургічне лікування АІТ необхідно проводити за наступними показаннями: збільшення щитоподібної залози з симптомами стиснення і звуження трахеї та стравоходу; наявність вузлів з компресією на органи ший; прогресуюче зростання зоба, незважаючи на проведену протягом 1-1,5 років консервативну терапію; підозра на злоякісне переродження, основане на даних біопсії. Операцією вибору вважаємо тиреоїдектомію. Ми наполягаємо на необхідності повного видалення щитоподібної залози, а не часткової резекції, що пояснюється наступними обставинами: автоімунний тиреоїдит є органоспе-

цифічним автоімунним захворюванням, а при видаленні органу-мішені (тобто щитоподібної залози) обривається автоімунна ланцюгова реакція. Після резекції ЩЗ часто спостерігаються рецидиви і гіпотиреоз. Останній потребує корекції препаратами тироксину за такою ж схемою як і після тиреоїдектомії.

## СТАТЕВА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ ВІД НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

**Н.В. Шляхова**

Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків

НАМН України, м. Харків

Зв'язок ожиріння з хронічним субклінічним запаленням, яке відіграє критичну роль в розвитку довготривалих його ускладнень, не викликає сумнівів. Між тим, патофізіологічні механізми асоціації ожиріння з інсулінорезистентністю і розвитком метаболічного синдрому (МС) та серцево-судинних захворювань ще не зовсім з'ясовані. Наявні в літературі дані свідчать, що метаболічне запалення пов'язано зі змінами продукції цитокінів та адипокінів. З іншого боку, концентрації багатьох цитокінів пов'язані з кількістю і розподілом жирової тканини, яка змінюється з ростом і розвитком дитини та має виражений статевий диморфізм, модульований гормонами надниркових залоз та статевими стероїдами.

Метою дослідження було вивчити статеві особливості цитокінового профілю у дітей та підлітків з ожирінням в залежності від наявності критеріїв МС.

Вміст сироваткових про- та протизапальних маркерів був досліджений у 157 дітей 10-17 років, індекс маси тіла яких перевищував 97% для їх віку та статі (93 хлопчиків та 64 дівчинки). За норму були прийняті показники 212 практично здорових однолітків (112 хлопчиків і 100 дівчаток). МС визначали за критеріями IDF, 2007.

Вміст цитокінів та адипокінів в сироватці крові вимірювали методом імуноферментного аналізу з використанням наборів для визначення інтерлейкінів (IL)1, IL6, IL2, IL4, IL10, фактора некрозу пухли α (TNFα), фактора росту ендотелію судин (VEGF) (ЗАТ «Вектор-Бест», Росія), трансформуючого фактора росту β1 (TGF β1), високочутливого С-реактивного протеїну (hsCRP) (DRG, США), адипонектину (BioVendor, Чехія).

Для встановлення відмінностей між групами проводили одномірний дисперсійний аналіз із залученням віку в якості коваріації з використанням пакету прикладних програм SPSS 19.0. Перевірку однорідності дисперсії проводили за допомогою критерія Левене.

Аналіз вмісту цитокінів показав, що рівні IL6 у дівчат з МС були вірогідно вищими, а вміст IL1 та TNFα – вірогідно нижчим за такі у хлопців ( $p < 0,05$ ), що не було характерним для дітей без МС та контрольної групи. У дівчат без МС було встановлено достовірне підвищення концентрації hsCRP та зниження вмісту IL10 відносно хлопців ( $p < 0,05$ ), тоді як у дітей контрольної групи спостерігалися лише тенденції до підвищення рівня hsCRP у дівчат ( $p = 0,07$ ) та вмісту IL10 – у хлопців ( $p = 0,08$ ). У дітей з МС підвищені концентрації hsCRP та IL10 ( $p < 0,05$ ) не залежали від статі. Рівень VEGF був вірогідно вищим як у хлопців, так і у дівчат з ожирінням порівняно зі здоровими однолітками ( $p < 0,05$ ) і залежав від наявності критеріїв МС, але не від статі. Між тим, у дітей з нормальною масою його вміст у хлопців був достовірно вищим за дівчат ( $p = 0,01$ ). Рівні IL2, IL4 та адипонектину не мали статевого диморфізму у ді-