

тей усіх груп. Крім того, незалежно від наявності критеріїв МС, концентрація TGFβ1 мала певні статеві відмінності, що були характерні і для дітей з нормальною вагою. Його вміст у хлопців в усіх групах спостереження був вищим, ніж у дівчат.

Таким чином, результати дослідження свідчать про порушення фізіологічного статевого диморфізму вмісту цитокинів у дітей та підлітків з ожирінням, характер якого залежить від наявності метаболічних порушень. Отримані дані потребують подальшого вивчення для встановлення особливостей зв'язку імунних порушень з гормональним профілем у дітей з ожирінням.

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ОПРОМІНЕНОГО ВНУТРІШНЬОУТРОБНО ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

**В.М. Шпак<sup>1</sup>, Л.Ю. Зурнаджи<sup>1</sup>, Т.І. Богданова<sup>1</sup>, Л.О. Гулак<sup>2</sup>, В.П. Терещенко<sup>1</sup>, М.Д. Тронько<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України, м. Київ;

<sup>2</sup> Національний інститут раку, Національний Канцер Реєстр, м. Київ

Радіоактивний йод-131 (I-131) був головним компонентом Чорнобильського викиду і основним джерелом опромінення щитовидної залози (ЩЗ), що спричинило значне зростання захворюваності на рак ЩЗ серед опромінених у дитячому та підлітковому віці. Ембріон і плід також можуть бути чутливі до опромінення I-131, враховуючи невеликий розмір залози, проліферативну активність клітин щитовидної залози плода та високий рівень накопичення радіоактивного йоду з крові матері після 12 тижнів вагітності. Предметом дослідження є захворюваність на рак ЩЗ населення України, опроміненого внутрішньоутробно (пренатально) внаслідок аварії на ЧАЕС в період 1991-2010 рр., з метою оцінки величини додаткової захворюваності, її географічного розподілу і патоморфологічних характеристик виявлених раків ЩЗ для зазначеної популяції.

Аналіз ґрунтується на даних Клініко-морфологічного реєстру (Інститут ендокринології та обміну речовин) та Національного Канцер реєстру України (Національний інститут раку) про випадки раку ЩЗ, діагностовані в період 1991-2010 рр.

До порівняльного аналізу включено наступні групи населення (когорти) в Україні: (1) опромінені внутрішньоутробно (народжені в травні-грудні 1986 р.); (2) опромінені у віці до 2-х років (народжені в січні 1985 р. – квітні 1986 р.); (3) народжені після аварії в 1987-1988 рр., що не зазнали чорнобильського опромінення I-131. Когорта (3) використана для оцінки віково-статевої залежності спонтанного ризику. Для когорт (1) та (2) розраховано відносний додатковий ризик (excess relative risk, ERR). Проведено порівняння ERR для 6 найбільш радіоактивно забруднених та 21 відносно чистих регіонів (областей) України та значення ERR для когорт (1) та (2).

Серед опромінених внутрішньоутробно діагностовано 109 випадків раку ЩЗ, співвідношення випадків для чоловіків та жінок – 30:79. Захворюваність для даної групи монотонно зростала від 1-2 випадків на 1 млн. в період 1991-1999 рр. до понад 4 випадки на 100 тис. в 2010 році. Морфологічний аналіз 56 тиреоїдних карцином показав, що 89,3% з них складають папілярні карциноми, 7,1% - фолікулярні карциноми, 1,8% - медулярні карциноми та 1,8% - слабо диференційовані карциноми ЩЗ.

ERR для опромінених внутрішньоутробно в період 1991-2010 рр. оцінений 0,42 (95% ДІ: 0,06; 0,90), при цьому значення ERR для чоловіків 0,96 (95% ДІ: 0,08; 2,6) та для жінок 0,29 (95% ДІ: -0,07; 0,8). Географічно надлишкова захворюваність сконцентрована в регіонах, наближених до ЧАЕС (для 6 найбільш забруднених областей ERR=1,7), та демонструє суттєво нижче значення в менш забруднених регіонах (для решти 21 областей ERR=0,11).

Захворюваність серед опромінених внутрішньоутробно була значно меншою, ніж захворюваність серед опромінених у віці до 2-х років в період 1991-2000 рр., що вказує на можливо триваліший латентний період в когорті (1). Різниця в захворюваності на рак ЩЗ в когортах (1) и (2) зменшувалась в період 2001-2010 рр. В цілому, за період спостереження (1991-2010 рр.), ERR для опромінених в ранньому постнатальному віці (до 2-х років) приблизно в 3 рази перевищувала ERR для опромінених внутрішньоутробно.

Величина додаткової захворюваності, її географічний розподіл та морфологічні характеристики карцином вказують на ймовірну присутність радіогенної компоненти захворюваності на рак ЩЗ для населення України, опроміненого внутрішньоутробно (пренатально). Збільшення періоду спостереження за вказаною популяцією може дати важливу інформацію як про часову динаміку надлишкової захворюваності, так і про її абсолютну величину.

## ТЕНДЕНЦІЇ ЩОДО ВИКОНАННЯ ОРГАНО-ЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ВИПАДКАХ ПОТЕНЦІЙНО РАДІОІНДУКОВАНИХ ПАПІЛЯРНИХ КАРЦИНОМ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

**І.Р. Янчій, М.Ю. Болгов, Т.І. Богданова**

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

Папілярні карциноми (ПК) щитоподібної залози (ЩЗ) є найрозповсюдженішою формою тиреоїдної онкопатології і число їх випадків в усіх країнах щорічно зростає. В зв'язку з цим, питання їх своєчасної діагностики, адекватного хірургічного лікування та післяопераційного моніторингу є надзвичайно актуальними. Загальновизнаним «золотим стандартом» хірургічного лікуванні ПК ЩЗ є тотальна тиреоїдектомія. Проте в останнім часом багато хірургів намагаються аргументовано довести можливість виконання операцій органозберігаючого характеру при диференційованих тиреоїдних карциномах з низьким потенціалом агресивності – мікрокарциномах та інкапсульюваних ПК ЩЗ. Хоча в міжнародних рекомендаціях і відмічена можливість виконання менш радикальних операцій в таких випадках, факт радіоактивного опромінення в анамнезі пацієнта, у відповідності до тих самих рекомендацій, передбачає обов'язкове проведення тотальної тиреоїдектомії. Оскільки внаслідок аварії на ЧАЕС мешканці України постраждали від радіаційного опромінення, і найбільш чутливим контингентом виявилися пацієнти, що були дітьми та підлітками на час аварії на ЧАЕС, зазначену когорту розглядають як групу підвищеного ризику стосовно розвитку ПК ЩЗ.

Мета даної роботи – простежити динаміку виконання таких операцій саме у означеного контингенту хворих, проаналізувати об'єктивні та суб'єктивні причини такого лікування.