

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.

В роботі проаналізовано випадки виконання органозберігаючих операцій у пацієнтів із групи підвищеного ризику за період з 1996 по 2012 рр.

Проведені дослідження встановили, що майже 40% пацієнтів, прооперованих в клініці Інституту впродовж 1996-2012 рр. з приводу ПК ЩЗ – це хворі із групи підвищеного ризику (діти та підлітки на момент аварії на ЧАЕС). При цьому, в 15,8% пацієнтів мало місце оперативне втручання органозберігаючого характеру. Переважно більшість (94,6%) недостатньо радикально прооперованих пухлин являли собою карциноми з низьким потенціалом злоякісності – мікрокарциноми та інкапсульвані ПК ЩЗ, частота яких останніми роками в Україні суттєво зростала зі збільшенням віку пацієнтів групи ризику та часу, що минув після аварії на ЧАЕС. Основна об'єктивна причина виконання органозберігаючих операцій – неможливість встановити факт наявності карциноми на передопераційному (ТАПБ) чи інтраопераційно-

му етапах діагностики. Не дивлячись на те, що ПК у групі спостереження були потенційно радіогенними, лише 33,5% пацієнтів погодилися на проведення повторної радикальної операції, решта категорично відмовилася, що обумовило основну суб'єктивну причину залишити оперативне втручання на органозберігаючому рівні. Важливим фактором, що впливав на рішення пацієнта стосовно проведення остаточної тиреоїдектомії, був розмір пухлини. Хворі, у яких розмір ПК перевищував 10 мм, в 3,6 рази частіше погоджувалися на повторну операцію порівняно з випадками мікрокарциноми. Таким чином, наведені дані свідчать про необхідність удосконалення системи післяопераційного спостереження за означеним контингентом хворих, тому що серед недостатньо радикально прооперованих пацієнтів з ПК регулярно обстежується лише 66,3%.

## АВТОРСЬКИЙ ПОКАЖЧИК

- А**  
Абрамов А.В. 307  
Антипків Ю.Г. 356  
Антропова О.В. 326  
Атраментова Л. 339
- Б**  
Бальон Я.Г. 271, 272  
Бегутова Т.М. 336  
Бельчина Ю.Б. 272  
Бережная И.Ю. 361  
Бєлих Н.А. 273, 322  
Білик Л.Я. 349  
Богданова Т.І. 274, 358, 366  
Боднар П.М. 274  
Боженко А.В. 361  
Божок Ю.М. 275  
Бойко А.І. 275  
Болгов М.Ю. 305, 353, 366  
Большова О.В. 276, 277  
Бондаренко В.О. 278, 318  
Бондаренко Л.О. 278, 351  
Борисенко Н.І. 349  
Боріков О.Ю. 286  
Боцюрко В.І. 279  
Бочарова Т.В. 351  
Бугаєнко О.О. 321  
Будрейко О.А. 279, 362  
Булат О.В. 280  
Булдігіна Ю.В. 329  
Бур І.Й. 291  
Бурко С. 274  
Бучко О.Ю. 281
- В**  
Вацеба Т.С. 350  
Вернигородская М.В. 281, 282
- Вернигородский В.С. 281, 282, 283  
Вишневська О.А. 276, 283  
Власенко М.В. 332  
Войцехівська Т.М. 283  
Волинець І.П. 289, 351  
Волкова Ю.В. 335  
Волощук Т.Р. 340  
Воскобойник Л.Г. 284
- Г**  
Гавловський О.Д. 301  
Ганчева О.В. 307  
Генделека А.М. 285  
Генделека Г.Ф. 285  
Герасименко Л.В. 302  
Геруш І.В. 285  
Гладких О.І. 314  
Глушкова О.В. 286, 309, 328  
Гойденко Н.І. 302  
Гончар І.В. 286  
Гончарова О.А. 301  
Гопкалова І.В. 302  
Горбенко Н.І. 286, 307  
Горшунська М.Ю. 288, 339  
Гуда Б.Б. 288, 353  
Гузик М.М. 289  
Гулак Л.О. 366  
Гулеватий С.В. 289, 298, 318, 351  
Гулий Т. 274  
Гулько Т.П. 356  
Гуріна Н.М. 290  
Гурська В.А. 291  
Гурський А.Й. 291
- Д**  
Дворник И.Л. 292  
Дегтярева Т. 274
- Дідушко О.М. 293  
Дзюняк О.В. 282  
Добридень Г.П. 311  
Дынник В.А. 293  
Донцова К.М. 322  
Дорош Е.Г. 312, 361  
Дубовик В.М. 302  
Дунаева Д.Д. 286, 309
- Е, Є**  
Ефимов А.С. 295, 296, 355  
Єльський В.М. 294
- Ж**  
Жадько С.И. 328  
Жердьева Н.М. 296
- З**  
Забур'янова В.Ю. 282  
Зак К.П. 255  
Замотаєва Г.А. 297, 352, 356, 357, 358  
Захарченко Т.Ф. 297  
Звінчук О.В. 356  
Зелінська Г.В. 298  
Зінич П.П. 305  
Зубатюк Т.О. 314  
Зубко М.И. 324  
Зубкова Г.А. 318  
Зубкова С.Т. 280, 299  
Зурнаджи Л.Ю. 274, 366  
Зябіцев С.В. 294
- И, І, Й**  
Ильина И.М. 301, 324  
Іванова О.В. 286, 307  
Іванько О.В. 349  
Іваськіва К.Ю. 330  
Йенсен Е. 288
- К**  
Казаков А.В. 324, 325  
Калинська Л.М. 299, 356  
Калініченко О.В. 326  
Капшитарь А.В. 300  
Караченцев Ю.І. 288, 301, 302  
Катеренчук В.І. 302, 303  
Кашкалда Д.А. 335  
Кашцев В. 274  
Кириллова Е.А. 303  
Кириллюк М.Л. 304  
Клеванова В.С. 354  
Клочкова В.М. 329, 351  
Кметь Т.І. 304  
Кобиляк Н.М. 274  
Коваленко А.В. 344  
Коваленко А.Є. 288, 305, 330  
Ковальська Л.Й. 311  
Ковальчук А.В. 306  
Ковальчук Н.Ф. 291  
Ковзун О.І. 272, 306, 316, 342, 356  
Ковтун В.А. 358  
Кожокару А.А. 349  
Козак Н. 339  
Козар В.В. 307  
Колесник Ю.М. 307  
Коломієць В.М. 332  
Коляса О.С. 271, 272  
Кондрацька І.М. 308  
Кононенко Е.А. 340  
Кордюм В.А. 356  
Король Б.А. 363  
Корпачев В.В. 306, 315  
Корпачева-Зінич О.В. 290, 306, 308, 315, 359  
Косик О.Г. 286, 309  
Косовцова Г.В. 309  
Костенко Т.П. 310