

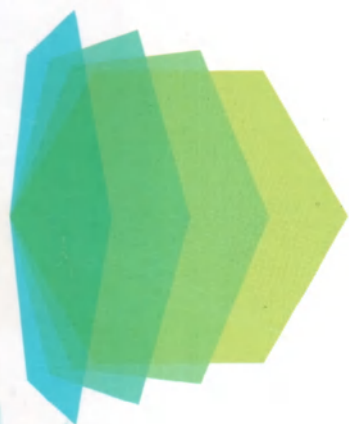
Національна академія медичних наук України  
Асоціація ендокринологів України

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ ІНСТИТУТУ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ТА ОБМІНУ РЕЧОВИН ІМ. В.П. КОМІСАРЕНКА НАМН УКРАЇНИ

# Ендокринологія

ДОДАТОК 1

ТОМ 17  
№ 1 / 2012



**МАТЕРІАЛИ ІІ КОНГРЕСУ**  
АСОЦІАЦІЇ ЕНДОКРИНОЛОГІВ  
УКРАЇНИ

Київ, 18-19 квітня 2012 р.

# ОСОБЕННОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С. В. Чернышев, С. Л. Шляхтыч, А. В. Боженко, О. Ю. Рощева,  
Л. О. Шупачинская, А. В. Мельник

Киевский городской центр эндокринной хирургии;  
ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ  
им. В. П. Комиссаренко НАМН Украины», г. Киев

Цитологическое заключение «фолликулярная неоплазия» не является редкостью при проведении пункционной биопсии инкапсулированного образования щитовидной железы. Как правило, после получения указанного заключения ТАПБ, пациенту предлагается проведение оперативного вмешательства в объеме гемитиреоидэктомии с последующей тщательной патогистологической оценкой удаленной опухоли. Основными критериями при постановке диагноза инкапсулированной формы папиллярной или фолликулярной карциномы, как известно, являются состояние капсулы опухоли, сосудистая инвазия и ядерные характеристики клеток. Поэтому бережное отношение к капсуле удаляемого образования является одним из условий постановки правильного диагноза.

Нами проведен сравнительный анализ 4 методов выполнения гемитиреоидэктомии: из стандартного 6 см доступа по Кохеру – 24 операции, из срединного 2 см доступа с видеоассистенцией (метод Р. Miccoli) – 2 операции, из запатентованного нами 3 см разреза (патент №54522 от 10.11.2010 г.) – 43 операции, и из бокового доступа 2 см с видеоассистенцией – 2 операции.

Во всех случаях дооперационное цитологическое заключение – «фолликулярная неоплазия». Опухоли инкапсулированные, размерами от 11 до 67 мм. Пациенты нормостенического телосложения, индекс массы тела до 30, расположение щитовидной железы типичное. Оценивалась сохранность капсулы опухоли после выполнения оперативного вмешательства.

Во всех случаях выполнения оперативного вмешательства из стандартного доступа капсула опухоли повреждена не была (24 случая, размер образования от 14 до 67 мм); в одном из двух случаев выполнения операции по Р. Miccoli произошел значительный разрыв капсулы опухоли размером 33 мм, что в последующем затруднило постановку окончательного диагноза; то же произошло в 3 случаях из 43 выполненных операций из бокового доступа (размеры образований 52, 60 и 63 мм); оба оперативных вмешательства из бокового доступа с видеоассистенцией прошли без повреждения капсулы образования (размеры 19 и 22 мм).

Таким образом, особенности морфологической диагностики фолликулярных опухолей щитовидной железы требуют сохранения целостности удаляемого образования, что, в свою очередь, определяет избирательность в подходах к тактике выполнения оперативного вмешательства в зависимости от телосложения пациента, расположения щитовидной железы и размера опухоли.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ДЕЙОДИНАЗИ 1 ТИПУ

К. А. Чимпой, Н. В. Пашковська

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

В останні роки завдяки науковим дослідженням вітчизняних та зарубіжних вчених встановлено, що певні алельні варіанти гена дейодинази 1-го типу (DIO1) можуть підвищувати ймовірність розвитку функціональних порушень щитоподібної залози. Проте досі не з'ясовано, яким чином поліморфізм даного гена впливає

на розвиток тиреоїдної дисфункції на тлі хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП).

Ми досліджували особливості показників тиреоїдного гомеостазу у хворих на ХДЗП в залежності від А/С поліморфізму гена DIO1. Нами було обстежено 50 хворих на ХДЗП (хронічні гепатити та цирози печінки). Хворі на хронічний гепатит та цироз вірусної етіології, хворобу Вільсона-Коновалова, вроджену недостатність  $\alpha$ 1-антитрипсину ( $\alpha$ 1-інгібітора протеїназ), ідіопатичний (генетичний) гемохроматоз, автоімунний гепатит у дослідження не включалися.

А/С поліморфізм гена DIO1 та Pro197Leu - гена GPX1 вивчали шляхом виділення геномної ДНК з лейкоцитів периферичної крові із наступною ампліфікацією поліморфної ділянки за допомогою полімеразної ланцюгової реакції на програмованому ампліфікаторі «Amplify-4L» («Biosom», Москва) з індивідуальною температурною програмою для праймерів кожного гена. Екстракцію ДНК проводили за допомогою реактивів «ДНК-сорб-В» варіант 100 (ФГУН ЦНИИЭ, Росія) згідно з інструкцією. Проби для ПЛР готували за допомогою набору «АмплиСенс-200-1» (ФГУН ЦНИИЭ, Росія). Для дискримінації алелей гена DIO1 використовували ендонуклеазу рестрикції Bcl I, фірми «СибЭнзим» (Росія). В залежності від дистрибуції А/С поліморфізму гена DIO1 пацієнтів поділено на три групи: носії АА-генотипу – 17 пацієнтів, АС-генотипу – 24 обстежених та АС-генотипу – 8 хворих. Особливості тиреоїдного гомеостазу вивчали за вмістом в сироватці крові вільного тироксину ( $vT^4$ ), вільного трийодтироніну ( $vT^3$ ) та тиреотропного гормону (ТТГ) із використанням реактивів «ИммуноФА-ТТГ», «ИФА-СвТ<sup>3</sup>» та «ИФА-СвТ<sup>4</sup>-1» (ЗАО «НВО ИммуноТех»), а також обчисленням коефіцієнта периферичної конверсії вільних тиреоїдних гормонів ( $vT^3/vT^4$ ).

Результати дослідження показали, що рівень ТТГ в сироватці крові хворих на ХДЗП не зазнавав вірогідних змін в залежності від дистрибуції поліморфізму гена DIO1. У носіїв СС-генотипу встановлено вірогідно вищий, ніж у пацієнтів із АА- та АС-генотипом, рівень  $vT^3$  – на 46,6% ( $P<0,001$ ) та 31,6% ( $P<0,01$ ), відповідно. Вміст  $vT^4$  в сироватці крові хворих із гомозиготним носійством А-алеля гена DIO1 вірогідно перевищував на 31,3% ( $P<0,05$ ) відповідний показник у пацієнтів із СС-генотипом. Показник  $vT^3/vT^4$  також статистично значуще змінювався в залежності від поліморфізму гена DIO1. В групі хворих із СС-генотипом він у 1,5 рази ( $P<0,05$ ) перевищував значення у пацієнтів із АА-генотипом та у 1,3 ( $P<0,05$ ) рази – носіїв АС-генотипу.

Отже, носійство С-алеля гена DIO1 пов'язано з підвищенням функції дейодинази 1-го типу, що проявляється зростанням показника співвідношення  $vT^3/vT^4$  та рівня  $vT^3$ , а також зниженням  $vT^4$ . Встановлено асоціацію між зниженням пропорції  $vT^3/vT^4$ , значенням показника  $vT^3$ , зростанням рівня  $vT^4$  у сироватці крові хворих на ХДЗП та А-алелем гена DIO1.

## ВИКОРИСТАННЯ ПОПРАВНИХ КОЕФІЦІЄНТІВ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ОБ'ЄМУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБЛАДНАННЯ З ЕЛЕКТРОННИМИ ЛІНІЙНИМИ ДАТЧИКАМИ МАЛОЇ ДОВЖИНИ

Є. А. Шелковой, С. І. Матящук

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

Для ехографічного вимірювання об'єму щитоподібної залози (ЩЗ) загальноприйнятим у світі є метод, який був запропонований J. Brunn у 1981 р:  $V = A \cdot B \cdot C \cdot 0,479$ , де А, В, С – взаємоперпендикулярні розміри частки ЩЗ. За даними J. Brunn, середня похибка вимірювання об'єму ЩЗ запропонованого методу становила  $\pm 16\%$ . Незважаючи на широке використання та практичну значимість вимірювання об'єму ЩЗ за методом J. Brunn, дотепер існують різні точки зору щодо величини поправочного коефіцієнта, необхідного для розрахунку об'єму за цим методом. Так, значення коефіцієнта за даними різних авторів коливається від 0,479 до 0,554. Слід зазначити, що, за даними літератури, застосування поправочних коефіцієнтів не враховує залежність похибки вимірювання від об'єму ЩЗ та ультразвукового обладнання, на якому проводилося дослідження.

Обстежено 201 хворого (27 чоловіків та 174 жінки) віком від 35 до 76 років, які були направлені на хірургічне лікування з приводу вузлової, дифузної та змішаної патології ЩЗ. Всім хворим виконувалося передопераційне УЗД. Об'єми цільних часток ЩЗ – лівої, правої та перешийка, що були видалені при оперативному втручанні, вираховували шляхом вимірювання об'єму витісненої дистильованої води. Передопераційне УЗД виконувалося одним