

раційного періоду, а отже розширити показання до їх безпечного видалення з мінімальною травматизацією та незначною кількістю ускладнень. Поруч із цим широке впровадження сучасних візуалізуючих методів діагностики значно поліпшило діагностику гормонально неактивних пухлин надниркових залоз і пухлин із субклінічною гормональною активністю, кількість яких останніми роками збільшилася. Так, на 11% збільшилася діагностика безсимптомних феохромоцитом, на 6% — субклінічного гіперкортицизму.

Мета дослідження — оцінити досвід хірургічного лікування пацієнтів із пухлинами надниркових залоз.

Матеріали та методи. До дослідження увійшли пацієнти з пухлинами надниркових залоз, яким проводили топічну діагностику з оцінкою рентгенологічного фенотипу пухлини, визначення гормональної активності пухлини. Загальна кількість пацієнтів склала 1129, із них 991 пацієнт оперовані традиційним торакофренолюмботомічним доступом, а 138 — лапароскопічним способом.

Результати та їх обговорення. У хірургічно-муділі Інституту перед впровадженням відеоендоскопічної технології щорічно виконувалось близько 50 адреналектомій на рік. Починаючи з 2012 року, коли було впроваджено відеоендоскопічну технологію, середня кількість операцій на надниркових залозах збільшилася на 44% і склала в середньому 72 операції на рік. З набуттям досвіду поступово збільшується кількість лапароскопічних втручань і зменшується число операцій традиційного «відкритого» типу. Так, якщо 2012 року кількість лапароскопічних втручань складала лише 7,7% від загального числа операцій на надниркових залозах, то 2013 р. — 25%, 2014 р. — 33,3% а 2014 року — вже 73,1%. Крім того, об'єм інтраопераційної крововтрати зменшився зі $163 \pm 26,5$ мл в операціях «відкритим» способом до $73 \pm 8,7$ мл в лапароскопічних операціях, а тривалість перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні зменшилася на 40%.

Висновок. Отримані дані свідчать про переваги мінімально інвазивного способу операції перед традиційним торакофренолюмботомічним доступом.

РОЛЬ ДОПЛЕРОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРЕДКЛІНІЧНОГО ПОРУШЕННЯ НИРКОВОГО КРОВОБІГУ В ОЦІНЦІ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ

К.О. Шишкань-Шишова, Ю.Б. Журавльова,
О.В. Корпачева-Зінич, Н.М. Кушнарьова, А.В. Ковальчук,
О.В. Прибила

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренко НАМН України»

Відомо, що зміни показників периферичного судинного опору, які виявляються у ході ультразвукової доплерографії, виникають раніше клінічної маніфестації захворювання, тому важливою є оцінка початкових змін ниркового кровотоку з метою попередження прогресування ураження нирок.

Мета роботи — дослідити передклінічні маркери порушення ниркової гемодинаміки в пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2) залежно від стадії захворювання, віку та фенотипових особливостей (ІМТ і товщина підшкірно-жирової клітковини).

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних доплерометрії ниркових судин у 20 пацієнтів із ЦД2 (14 чоловіків і 6 жінок) із середньою тривалістю захворювання $8 \pm 4,1$ року. Пацієнтів розподілили за віком (40-59 р., 60-74 р.) та ІМТ ($< 29,9$ кг/м² 10 осіб і ≥ 30 кг/м² 10 осіб). Групу контролю склали 27 осіб без порушень вуглеводного обміну, групу предіабет — 18 осіб. Усі групи були порівнянними за віком пацієнтів.

Результати та їх обговорення. У групі пацієнтів віком 60-74 років виявлено вірогідне підвищення індексів периферичного опору (RI, PI) на рівні ниркової артерії порівняно з показником осіб віком 40-59 років. Виявлено підвищення RI на рівні ниркової артерії у хворих на ЦД2 порівняно із показником групи контролю ($p < 0,05$). Не продемонстровано вірогідних змін показників периферичного судинного опору (RI, PI), крім підвищення пікової (систолическої) швидкості кровотоку (V_{max}) на рівні середньої сегментарної артерії правої нирки у хворих на ЦД2 порівняно з характеристиками групи осіб із предіабетом. Встановлено підвищення швидкості кровотоку на рівні нижньої сегментарної артерії у хворих на ЦД2 з ожирінням порівняно з показниками в осіб із нормальною та надмірною масою тіла ($p < 0,05$). Не отримано вірогідної різниці показників ниркового кровотоку залежно від товщини вісцерального жиру. Натомість спо-

Актуальна інформація

стерігалось вірогідне підвищення V_{\max} у чоловіків із товщиною підшкірно-жирової клітковини $\geq 8,6$ мм.

Висновок. Встановлено зв'язок між доплерометричними показниками периферичного судинного опору та фенотиповими особливостями, що може бути використано в передклінічній оцінці початкових порушень ниркового кровотоку з метою вчасного запобігання прогресуванню нефропатії.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПІЛЯРНИХ КАРЦИНОМ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЇХ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ

І.Р. Янчій

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

Загально визнаним стандартом хірургічного лікування папілярних карцином (ПК) щитоподібної залози (ЩЗ) є тиреоїдектомія. Проте в міжнародних рекомендаціях відзначається можливість виконання менш радикальних операцій у випадках карцином із низьким потенціалом агресивності (мікрокарциноми, інкапсульовані ПК ЩЗ), натомість факт радіаційного опромінення пацієнта в анамнезі передбачає виконання тотальної тиреоїдектомії. Пацієнтів, які були дітьми та підлітками на час аварії на ЧАЕС прийнято вважати групою підвищеного ризику щодо розвитку ПК ЩЗ, а карциноми, що в них виникли — потенційно радіаційноіндукованими.

Мета даної роботи — проаналізувати частоту, причини, динаміку виконання органозберігаючих операцій (ОЗО), а також віддалені результати лікування пацієнтів із групи підвищеного ризику.

Матеріали та методи. У роботі проаналізовано випадки виконання ОЗО у пацієнтів із ПК ЩЗ із групи підвищеного ризику за період з 1996 по 2012 роки.

Встановлено, що майже 40% операцій із приводу ПК виконують пацієнтам із вказаної групи, і таке співвідношення зберігається практично незмінним впродовж двох останніх десятиріч. Причому кожному шостому хворому (16% випадків) виконують операцію органозберігаючого характеру. Крім того, як абсолютна кількість, так і частка таких операцій щорічно збільшують-

ся, що підтверджується чітким зростаючим лінійним трендом, який свідчить, що і наступними роками кількість ОЗО буде зростати.

Серед таких недостатньо радикально прооперованих ПК переважали мікрокарциноми та інкапсульовані ПК (94,7% випадків), які в усьому світі розглядають як пухлини з низьким потенціалом агресивності. Натомість залишається питанням, чи можна їх розцінювати як такі, враховуючи можливий радіаційний генез.

Основна причина виконання ОЗО — складнощі в постановці діагнозу на перед- та інтраопераційних етапах, а враховуючи тенденцію до збільшення числа окультних (випадково виявлених) карцином та інкапсульованих пухлин, які створюють певні складнощі для діагностики, можна стверджувати, що кількість органозберігаючих операцій буде і далі зростати.

Лише третина пацієнтів (33% випадків — як правило, з пухлинами діаметром понад 2 см) після виконаної ОЗО дають згоду на проведення остаточної тиреоїдектомії.

За солітарних мікрокарцином та інкапсульованих ПК ЩЗ у випадку ОЗО частота рецидивів була дуже низькою (1,2%), пухлинні локусів у протилежній частці мали місце в менше від 10% спостережень (8,7%), а віддалені метастази та летальні випадки були відсутніми, причому не було статистично значущої різниці між даними показниками для різних алгоритмів хірургічного лікування пацієнтів (ОЗО, ОЗО з наступною остаточною тиреоїдектомією або тотальна тиреоїдектомія).

Отже, солітарні мікрокарциноми та інкапсульовані ПК ЩЗ, що виникли в людей, які були дітьми та підлітками на час аварії на ЧАЕС, варто розцінювати як пухлини з низьким потенціалом агресивності, незважаючи на їх можливий радіаційний патогенез. Виходячи з цього, можна розглядати можливості менш радикального підходу в їх лікуванні, принаймні у вирішенні питання про виконання остаточної тиреоїдектомії у випадках виявлення таких пухлин після первинної ОЗО.

За множинних потенційно радіаційноіндукованих пухлин частота ознак багатофокусного росту в протилежній частці залози та рецидивів значно збільшувались (у 3,5 і 6 разів відповідно) порівняно з солітарними утвореннями. Тому виявлені патологом ознаки багатофокусного росту ПК ЩЗ в аналізі біопсійного матеріалу після ОЗО є прямим та обов'язковим показанням для остаточної тиреоїдектомії.