

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.43.441-008.64

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У ЖЕНЩИН В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуразакова Дилбар Содиковна

(PhD ассистент)

Камолдинов Рахимжон Камолдинович

(ассистент)

Нишанова Малика Санжаровна

(ассистент)

Умурзакова Рахилахон Закировна

(к.м.н доцент)

Республика Узбекистан

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Кафедра Госпитальной терапии и эндокринологии

АННОТАЦИЯ

Снижение уровня тиреоидных гормонов в органах и тканях ведет к развитию гипотиреоза. Узбекистан относится к региону с экологической недостаточностью йода. Проводятся мероприятия направленные профилактике йододефицитных заболеваний. Проведена работа по оценке встречаемости субклинического гипотиреоза (СГ) у женщин проживающих в Шахриханском районе (село Сохиобод) Андижанской области.

Среди женщин в возрасте от 18 до 65 лет показатель СГ составила 12 %, достоверно выше среди женщин старше 40 лет, чем среди молодых до 30 лет. В группе женщин с уровнем ТТГ >2,5мМЕ/л показатели антиТПО выше нормативных значений, выявлен у 32 % женщин, тогда как в группе обследованных с концентрацией ТТГ >4,05мМЕ/л таковых было 26 %. Избыточная масса тела была выявлена у 47 (30,8%), ожирением страдали 16 (10,2%) обследованных женщин.

Ключевые слова: свободный тироксин, распространенность, субклинический гипотиреоз, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны.

Актуальность.

Недостаточный уровень тиреоидных гормонов в органах и тканях ведет к развитию гипотиреоза – заболеванию, впервые описанному В. Галлом в 1873 г. Более 99% всех случаев гипотиреоза у взрослых приходится на первичный приобретенный гипотиреоз (вследствие патологии самой щитовидной железы ЩЖ). По степени тяжести гипотиреоз классифицируется :

субклинический - ТТГ повышен, свТ4 в норме, явный (манифестный) -ТТГ повышен, свТ4 снижен
Эпидемиологические исследования продемонстрировали, что общая распространенность манифестного гипотиреоза составляет 0,2 - 2%, субклинического - около 7 - 10%, а у лиц женского пола старших возрастных групп распространенность гипотиреоза достигает 12% [Vanderpump M.P. et al., 1995]. Фрамингемское исследование показало, что из 2139 наблюдаемых лиц (892 мужчин и 1256 женщин) старше 60 лет гипотиреоз в субклинической стадии отмечен в 5,9% случаев, причем у женщин встречался в 2 раза чаще – в 7,7% случаев против 3,3% у мужчин [Sawin C.T. et al., 1985; Cooper D. S. et al., 2012; Hennessey J.V. et al., 2015], что позволяет сделать вывод, что гипотиреоз представляет собой одно из самых распространенных эндокринных заболеваний.

Частота СГ в общей популяции может достигать 10-20% в зависимости от пола и возраста.

Unnikrishnan A. et al [2013] с целью изучения распространенности гипотиреоза среди взрослого населения проведено кросс-секционное, многоцентровое, эпидемиологическое исследование в 8 крупных городах Индии. Распространенность СГ (нормальный уровень fT₄ и ТТГ>5.50 μU/ml) составила 8,02%, повышенный уровень антител к тиреоидной пероксидазе (анти-ТПО) был выявлен в 21,85% случаев.

Узбекистан относится к региону с экологической недостаточностью йода. В мае 2007 г. был принят закон Республики Узбекистан “ О профилактике йододефицитных заболеваний в РУз” Андижанская область самая восточная область Узбекистана, занимающая восточную часть Ферганской долины, с высоким риском развития йододефицитных заболеваний ЙДЗ

(субклинического гипотиреоза)

Цель исследования: изучить распространенность

и клинико –биохимические аспекты субклинического гипотиреоза у женщин проживающих в Шахриханском районе Андижанской области.

Материалы и методы.

Обследовано 158 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст составил 35,1±0,68 лет (Ме

33,0; IQR 33,0-44,0) проживающих в Шахриханском районе Андижанской области.

Все женщины были разделены на 4 возрастные группы. Большинство из них 60 (38,4%) - были до

30 лет, в возрастную категорию от 30 до 40 лет вошли 42 (26,4%), от 40 до 50 лет – 30 (19,0%) и старше 50 лет – 26 (16,2%) обследованных (Рис.1.).

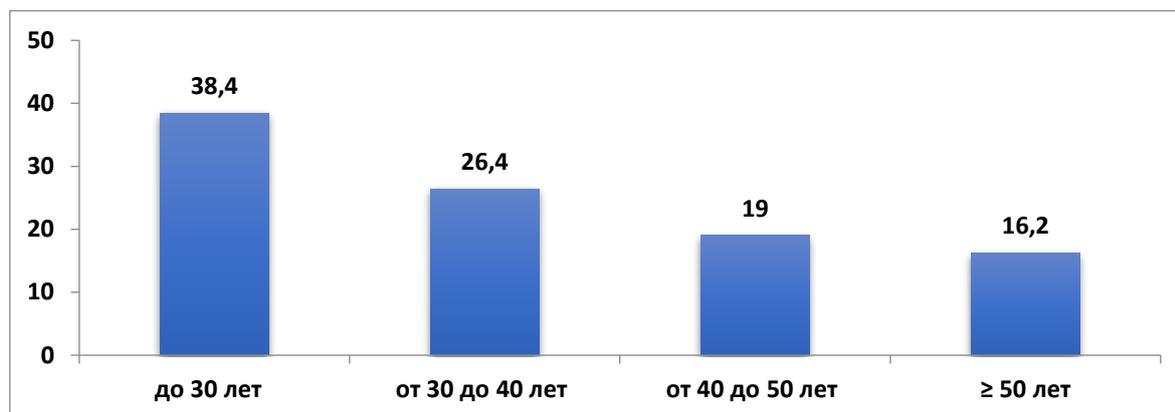


Рис.1. Распределение обследованных женщин в зависимости от возраста, %

По результатам антропометрии дефицит массы тела отмечался у 23 (14,6%) женщин, избыточная масса тела выявлена у 47 (30,8%), ожирением страдали 16 (10,2%) обследованных. Показатели тиреоидного статуса определялись на базе клиники Андижанского государственного медицинского института. Уровень ТТГ (норма 0,17– 4,05 мМЕ/л), fT4 (норма 11,5– 23,0 пмоль/л), антиТПО (норма <12МЕ/мл) определяли в сыворотке крови

Не включались в исследование: женщины, принимающие препараты влияющие на функцию щитовидной железы, женщины с тяжелыми соматическими и нервно-психическими заболеваниями, а также беременные, кормящие.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и Biostat. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Количественные значения представлены как Me, IQR (Me - медиана; IQR - 25 и 75 перцентили).

Результаты и обсуждение.

На основании проведенных исследований субклинический гипотиреоз установлен у 20 (12,4%) женщин, при этом средний уровень ТТГ составил $7,14 \pm 0,47$ мМЕ/л (Me 5,9; IQR 5,30-8,25), fT4 - $14,0 \pm 0,46$ пмоль/л (Me 13,4; IQR 11,9-15,3). При этом у четверти (25,6%) из них выявлен повышенный уровень антиТПО. В среднем уровень антиТПО составил $11,7 \pm 0,25$ МЕ/мл (Me 11,8; IQR 10,3-12,7)

У молодых женщин до 30 лет СГ встречался в 15,4% случаев, с увеличением возраста его частота увеличивалась, достигая 33,3% в возрастной группе ≥ 50 лет. Следует отметить, что в группе женщин старше 40 лет СГ встречается достоверно чаще, чем в группе до 40 лет (35,9% против 64,1% ОШ 3,19; 95%ДИ 1,26-8,04; P=0,02).

Изменение функции щитовидной железы может проявляться как в манифестной форме, так и принимать субклиническое течение. Независимо от

формы их можно диагностировать по уровню ТТГ и концентрации периферических гормонов щитовидной железы.

В ходе III Национального исследования здоровья и питания (NHANES III) у 13 344 здоровых людей в возрасте старше 12 лет было определено содержание ТТГ в крови. В результате установлен рекомендуемый уровень (2,5–97,5 перцентиле) гормона составил 0,45–4,12 мМЕ/л [Hollowell J., 2002].

По мнению Wartofsky L. et al [2005] значение верхней границы ТТГ должно составлять 2,5 мМЕ/л, так как у большинства здоровых людей с эутиреозом (>95%) концентрация тиреотропного гормона находится в пределах от 0,3 до 2,5 мМЕ/л. Ранее Baloch Z. et al [2003] установили, что у 70-80% людей уровень ТТГ находится между 0,3 и 2 мЕд/л, при этом у 97% он составляет менее 5,0 мЕд/л. При исключении из общей выборки лиц, с повышенным уровнем антител к ЩЖ, у которых определяется зоб или есть ближайшие родственники с патологией ЩЖ, оказывается, что у 95% полученной выборки уровень ТТГ не превышает 2,5-3 мЕд/л.

Другие исследователи считают, что наличие двух диапазонов верхней границы нормы может привести к замешательству врачей [Brabant G., 2006; Surks M., 2007]. Surks M. et al [2000] предлагают ввести 2 формы СГ в зависимости от уровня ТТГ: легкую - при концентрации ТТГ 4,5 -9 mU/L и тяжелую - при уровне ТТГ ≥ 10 mU/L).

Нами изучена распространенность СГ в зависимости от уровня верхней границы нормы ТТГ. Полученные результаты разбили на 3 группы: 1-ая - ТТГ >4,05 мМЕ/л (n=39), 2-ая - ТТГ от 2,5 до 4,05 мМЕ/л (n=50) и 3-ья - ТТГ >2,5 мМЕ/л (n=89). Анализ показал, что при снижении верхней границы (>2,5 мМЕ/л) распространенность СГ достоверно увеличивается (28,3% против 12,4% - ОШ 2,79; 95%ДИ 1,84-4,22; P<0,0001) (Рис.3.).

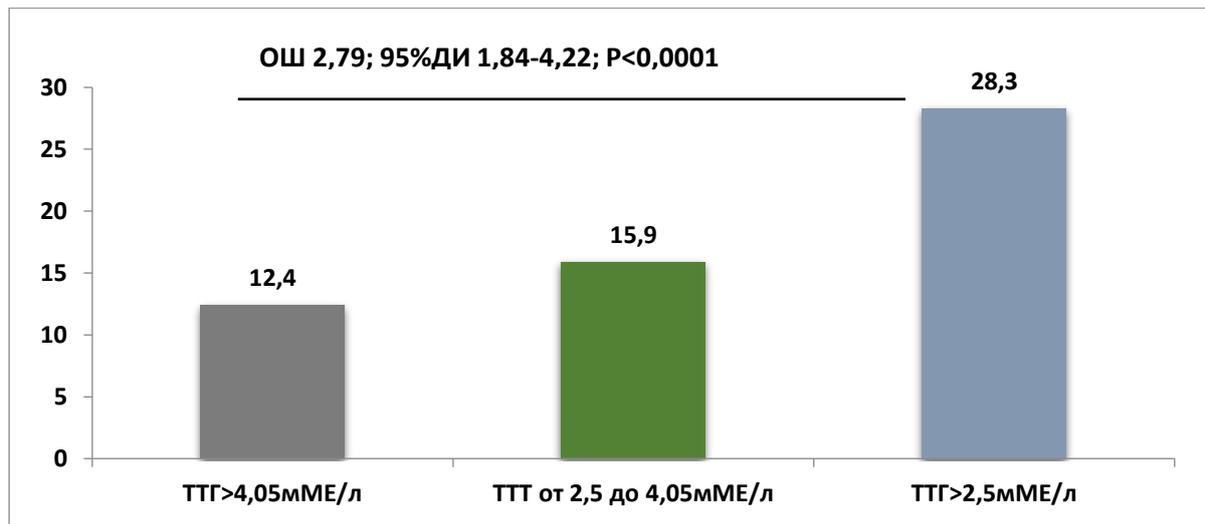


Рис.2. Распространенность субклинического гипотиреоза среди жительниц Андижанской области в зависимости от уровня ТТГ, %.

Fatourech V. et al [2005] на базе клиники Мэйо в Рочестере (США) был проведен анализ распространенности гипотиреоза среди 75882 пациентов. При этом в качестве верхнего норматива уровня ТТГ были приняты 3,0 мЕд/л и 5,0 мЕд/л. Авторами установлено, что при снижении верхнего норматива ТТГ с 5,0 мЕд/л до 3,0 мЕд/л распространенность гипотиреоза увеличится более, чем в 4 раза: с 4,6% до 20%.

Уровень ТТГ больше 3 мЕд/л определялся примерно у 15% пациентов моложе 50 лет.

Нами при изучении распространенности СГ в различных возрастных группах в зависимости от уровня верхней границы нормы ТТГ выявлено, что независимо от концентрации ТТГ частота СГ достоверно выше среди лиц старше 40 лет, чем среди молодых (Таблица 1.).

Таблица 1.

Влияние изменение верхнего норматива уровня ТТГ на распространенность СГ

Возраст	ТТГ		
	>4,05мМЕ/л	от 2,5 до 4,05мМЕ/л	>2,5мМЕ/л
до 30 лет, n=60	5,0	13,2	18,2
от 30 до 40 лет, n=42	9,6	12,0	21,7
от 40 до 50 лет, n= 30	20,0*	13,3*	33,3
ОШ; 95%ДИ; P	4,79; 1,7-13,5; 0,004	2,97; 1,15-7,69; 0,04	2,25; 1,11-4,57; 0,04
≥ 50 лет, n=26	25,5*	31,4*	56,9
ОШ; 95%ДИ; P	6,56; 2,33-18,5; 0,0001	3,0; 1,36-6,62; 0,01	5,93; 2,88-12,2; 0,0001

Установлено, что снижение верхней границы норматива ТТГ приводит к прогрессивному увеличению распространённости СГ независимо от возраста обследованных женщин. При уровне ТТГ >2,5мМЕ/л субклинический гипотиреоз 2,2 раза чаще встречается в группе женщин ≥ 50 лет и 3,6 раз чаще среди обследованных моложе 30 лет. Наши данные согласуются с результатами Fatourech V. et al [2005] которые показали, что при снижении верхней границы нормы ТТГ гипотиреоз в 3,8 раз чаще регистрируется среди женщин старше 70 лет и в 4,8 раз чаще среди пациенток моложе 50 лет.

В группе с уровнем ТТТ >2,5мМЕ/л повышенный уровень антиТПО выявлен у 31,5% женщин, тогда как в группе обследованных с концентрацией ТТГ >4,05мМЕ/л таковых было 25,6% (ОШ 1,33; 95%ДИ 0,57-3,10; P=0,65).

По данным Vanderpump M. et al [2002] вероятность развития явного гипотиреоза у лиц с повышенным уровнем АТ-ТПО составляет 4,5% в

год, у лиц без АТ-ТПО риск составляет около 2% в год.

Выводы.

1. СГ (ТТГ >4,05мМЕ/л и fT4 – норма) среди женщин проживающих в Шахриханском районе (село Сохибод) в возрасте от 18 до 65 лет составила 12 %.

2. Независимо от уровня верхней границы нормы ТТГ частота СГ достоверно выше среди женщин старше 40 лет, чем среди молодых до 30 лет.

3. В группе женщин с уровнем ТТТ >2,5мМЕ/л показатели антиТПО выше нормативных значений, выявлен у 32 % женщин, тогда как в группе обследованных с концентрацией ТТГ >4,05мМЕ/л таковых было 26 %.

4. Избыточная масса тела была выявлена у 47 (30,8%), ожирением страдали 16 (10,2%) обследованных женщин.

Литература

1. Гаспарян Э. Г., Осташко Г. А., Гаспарян А. А., Дымнова С. Е. Особенности лечения гипотиреоза

у лиц пожилого возраста//Лечащий врач.- 2012.- №11.- С.25-29.

2. Демидова Т.Ю., Галиева О.Р. К вопросу лечения субклинического гипотиреоза у больных ожирением//Клиническая и экспериментальная тиреоидология.- 2008.- Т.4,№1.- С.48-52.

3. Исмаилов С.И, Рашитов М.М. Прогресс в области профилактики йододефицитных заболеваний в Республике Узбекистан (1998-2016)/ Клиническая и экспериментальная тиреоидология – 2016.№ 3, Том 12

4. Исмаилов С.И, Рашитов М.М. Результаты эпидемиологических исследований распространенности йододефицитных заболеваний в Республике Узбекистан./ Международный эндокринологический журнал.- 2017. № 3, Том 13

5. Baloch Z., Carayon P., Conte-Devolx B. et al., Guidelines Committee, National Academy of Clinical Biochemistry. Laboratory medicine practice guidelines. Laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease//Thyroid. - 2003. – Vol.13. – P.3-126.

6. Brabant G., Peck-Peccoz P., Jarsab B., Laurberg P., Wiersinga W. Is there a need to redefine the upper normal limit of TSH?//Eur J Endocrinol.- 2006.- Vol.154.- P.633–637.

7. Canaris G., Manowitz N., Mayor G., Ridgway E. The Colorado thyroid disease prevalence study//Arch Intern Med. – 2000.- Vol.160.- P.526-534.

8. Cooper D. Subclinical hypothyroidism//N Engl J Med. – 2001.- Vol.345(4).- P.260-265.

9. Fatourechi V., Klee G., Grebe S. et al. Effects of reducing the upper limit of normal TSH values//JAMA. – 2003. - Vol.290. – P. 3195-3196.

10. Hollowell J., Staehling N., Flanders W. et al. Serum TSH, T4 and thyroid antibodies in the United

States population (1988–1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)//J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2002. – Vol. 87. –P.489-499.

11. Mahato R., Nepal A., Gelal B., Poudel B., Yadav B., Lamsal M. Spectrum of thyroid dysfunction in patients visiting Kantipur Hospital, Kathmandu, Nepal//Mymensingh Med J. – 2013.- Vol.22(1).- P.164-169.

12. Nakajima Y., Yamada M. Subclinical thyroid disease//Nihon Rinsho. – 2012.- Vol.70(11).- P.1865-1871.

13. Surks M., Ortiz E., Daniels G., Sawin C., Col N., Cobin R. et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management//JAMA.- 2004.- Vol.291.- P.228-238.

14. Surks M., Hollowell J. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism//J Clin Endocrinol Metab. – 2007.- Vol.92(12).- P.4575-4582.

15. Unnikrishnan A., Kalra S., Sahay R., Bantwal G., John M., Tewari N. Prevalence of hypothyroidism in adults: An epidemiological study in eight cities of India//Indian J Endocrinol Metab. – 2013.- Vol.17(4).- P.647-652.

16. Vanderpump M., Tunbridge W. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism//Thyroid. - 2002.- Vol.12. -P.839–847.

17. Wartofsky L., Dickey R. Controversy in clinical endocrinology: the evidence for a narrower thyrotropin reference range is compelling//J Clin Endocrinol Metab.- 2005.- Vol.90.- P.5483–5488.

18. Yadav R., Magar N., Poudel B., Yadav N., Yadav B. A prevalence of thyroid disorder in Western part of Nepal//J Trace Elem Med Biol. – 2013.- Vol.27(2).- P.122-125.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Иванов Михаил Анатольевич
курсанты

ФГК ВОУ ВО "Военный университет им. Князя Александра Невского"
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Научный руководитель: *Лямзин Евгений Николаевич*

преподаватель
ФГК ВОУ ВО "Военный университет им. Князя Александра Невского"
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Последние несколько десятилетий изучение феномена эмоционального выгорания было важной темой в психологии. В настоящее время привлекает внимание проблема выгорания как разновидности многофункциональной трансформации современного человека в жизни и профессиональной деятельности.

Действительно, возрастающая интенсивность современной жизни проявляется в увеличении частоты негативных эмоций и стрессов, что приводит к ухудшению профессиональной деятельности и эмоциональному истощению, что является одним из симптомов выгорания. Эта тема требует особого внимания, поскольку проанализированные в исследованиях негативные последствия психического выгорания отражаются не только на работе отдельного сотрудника, но и всей организации.

Данный синдром предполагает собой ответную реакцию на продолжительные рабочие стрессы межличностного общения исходя из чего он, как правило, характерен специалистам «коммуникативных» профессий, предъявляющих высокие условия к психологической стабильности сотрудника в обстановках делового общения.