

СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Рева Т.В.^{*}, Білоока І.О.^{**}

Науковий керівник - проф. М.Ю. Коломосць

^{*}Буковинський державний медичний університет,

кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб,

^{**}Чернівецький обласний ендокринологічний центр

Актуальність проблеми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) не викликає сумніву як у гастроентерологічній, так і в загальномедичній практиці. Розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення, за даними різних авторів, у середньому складає 40-50%. Погіршення екологічної ситуації в країні не сприяє зниженню кількості випадків ураження щитоподібної залози, а навпаки спостерігається стійка тенденція до збільшення поширення гіпотиреозу та аутоімунного тиреоїдиту у населення України. У структурі ендокринних захворювань гіпотиреоз посідає одне з провідних місць, поширеність цієї патології, за даними різних авторів, перебуває у межах від 1,3 до 10,3%. При цьому показник поширеності цієї патології серед населення України з року в рік зростає і становить 170,4 на 100 тис. населення. Тому поєднання ГЕРХ та гіпотиреозу набуває великого значення.

Мета дослідження: вивчити ліпідний обмін у хворих на ГЕРХ у поєднанні зі зниженою функцією щитоподібної залози.

Обстежено 99 хворих на ГЕРХ зі зниженою функцією щитоподібної залози. Серед обстежених було: 47 хворих на первинний ідіопатичний гіпотиреоз середнього і важкого ступеня, 36 хворих на первинний післяопераційний гіпотиреоз середнього і важкого ступеня, 16 хворих на аутоімунний тиреоїдит із проявами гіпотиреозу середнього ступеня тяжкості. Середній вік хворих склав 49,9 років. Чоловіків було 17 (17,2%), жінок – 82 (82,8%).

Діагноз ГЕРХ встановлювали на підставі скарг хворих, результатів ендоскопічного дослідження. Також проводилась рентгеноскопія шлунка та пролонгована рН-метрія стравоходу та шлунка впродовж 2-3 годин за допомогою рН-метра ИКЖ-2 (м. Кам'янець-Подільський, Україна). Гіпотиреоз діагностували за рівнем тиреотропного гормону гіпофізу, тиреоїдних гормонів (вільний Т₄ та Т₃). Всім хворим проводилось УЗД щитоподібної залози.

Всі пацієнти обстежені клінічним методом, проведені антропометричні вимірювання. Розраховувався індекс маси тіла (ІМТ), вимірювався обвід талії та визначалось співвідношення обводу талії та обводу стегон (ОТ/ОС). Нормальний ІМТ відмічався у 19 (19,2%) хворих, надлишкова маса (ІМТ 25,0-29,9 кг/м²) – у 27 (27,3%) хворих, 1-й ступінь ожиріння (ІМТ 30,0-34,9 кг/м²) – у 30 (30,3%) хворих, 2-й ступінь ожиріння (ІМТ 35,0-39,9 кг/м²) – у 10 (10,1%) хворих, 3-й ступінь ожиріння (ІМТ понад 40,0 кг/м²) – у 13 (13,1%) хворих. У 37 хворих було діагностовано ожиріння з абдомінальним типом відкладення жирової тканини (індекс ОТ/ОС від 0,89 до 1,11). У 16 пацієнтів відмічалась надлишкова маса тіла, проте тип розподілу жирових відкладень носив центральний характер (індекс ОТ/ОС від 0,86 до 1,04).

При вивченні ліпідного спектру крові було відмічено наявність дисліпідемії із зростанням вмісту проатерогенних ліпідів: загального холестерину в 1,6-1,8 раза (p<0,05), триацилгліцеридів у 1,8-2,0 раза (p<0,05), ліпопротеїдів низької щільності в 1,6-1,8 раза (p<0,05), та зниженням вмісту ліпопротеїдів високої щільності в 1,6-1,8 раза (p<0,05).

У хворих на ГЕРХ на тлі зниженої функції щитоподібної залози із прогресуванням ступеня важкості гіпотиреозу зростає рівень атерогенних ліпідів (загального холестерину, триацилгліцеридів та ліпопротеїдів низької щільності).