

О.Л. Фучко, А.Я. Бульба, В.М. Києнко

Типи тиротропних ефектів бальнеотерапії на курорті Трускавець та супутні зміни ліпідного спектру плазми

Відділ експериментальної бальнеології Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України

Ключові слова: тиротропні і ліпотропні ефекти бальнеотерапії

В попередніх дослідженнях (Бульба А.Я., 2007) показано, що вплив бальнеотерапії на курорті Трускавець на тироїдний статус жінок дітородного віку із гіперплазією щитовидної залози має поліваріантний характер. В іншому дослідженні виявлено поліваріантний вплив бальнеотерапії на ліпідний статус пацієнтів курорту (Попович І.Л. та ін., 2005). З огляду на існування тісних зв'язків між параметрами тироїдного та ліпідного статусів, ми поставили перед собою мету вивчити сумісні зміни під впливом бальнеотерапії параметрів обидвох статусів.

Під спостереженням знаходились 87 жінок віком від 23 до 53 років із гіперплазією щитовидної залози на тлі хронічного безкамінного холециститу, котрі лікувалися на курорті Трускавець.

Об'єктом дослідження були параметри тироїдного статусу, а саме: рівень в плазмі ТТГ, Т3 і Т4, визначуваних методами імуноферментного аналізу на аналізаторі "Текан" (Австрія), а також ліпідного профілю плазми: вміст холестерину в складі пре-бета-, бета- і альфа-ліпопротеїдів із обчисленням класичного холестеринового коефіцієнту атерогенності Клімова. Тестування проводили при поступленні та наприкінці курсу бальнеотерапії. Референтні величини отримані при обстеженні 30 здорових жінок аналогічного віку, жителів Трускавця.

На першому етапі аналізу отриманих результатів обстежений контингент було розділено на три групи – за скерованістю змін Т3 і Т4. Констатовано, що у 25% жінок рівень Т3 підвищується із нижньої межі діапазону норми ($1,34 \pm 0,22$ нМ/л) до її середньої зони ($2,30 \pm 0,22$ нМ/л), тобто має місце активуючий тиротропний бальнеоефект. У 60% хворих аналогічний нижньопограничний рівень трийодтироніну закономірно не змінюється ($1,26 \pm 0,08$ і $1,27 \pm 0,08$ нМ/л напочатку і наприкінці відповідно), тобто бальнеоефект квазінульовий. Натомість у 15% обстежених має місце інгібуючий тиротропний ефект – зниження рівня головного тироїдного гормону від середньої зони норми ($2,06 \pm 0,22$ нМ/л) до нижньої ($1,46 \pm 0,20$ нМ/л).

Інший тироїдний гормон – тироксин – фізіологічна активність якого в еквімолярних величинах в 4 рази нижча від такої трийодтироніну, проявляє, в принципі, таку ж динаміку.

Початково підвищені рівні тиротропного гормону знижувалися за активуючого ефекту від $5,2 \pm 0,7$ до $4,6 \pm 0,7$ мМО/л, за квазінульового – від $3,7 \pm 0,3$ до $1,3 \pm 0,1$ мМО/л, за активуючого – від $4,0 \pm 0,7$ до $2,1 \pm 0,3$ мМО/л.

Отже, нами підтверджено виявлену раніше поліваріантність тиротропних ефектів бальнеотерапії на курорті Трускавець у жінок з гіперплазією щитовидної залози.

На наступному етапі аналізу нами з'ясовано супутні зміни вмісту холестерину в складі ліпопротеїдів різної щільності, які, як відомо, підлягають регуляторному впливу тироїдних гормонів. Виявлено, що вміст холестерину в складі пре-бета-ліпопротеїдів суттєво підвищений у всьому контингенту обстежених жінок приблизно однаковою мірою і практично не підлягає бальнеотерапії, коливаючись в інтервалі 176-148% середньої статево-вікової норми (ССВН).

Рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності за активуючого тиротропного бальнеоефекту знижується від $90 \pm 6\%$ до $76 \pm 6\%$ ССВН, а за інгібуючого ефекту спостерігається протилежна динаміка – підвищення від $82 \pm 8\%$ до $88 \pm 5\%$ ССВН. Разом з тим, квазінульовий тиротропний ефект асоціюється із стабільним нормальним рівнем даного ліпідного показника ($102 \pm 2\%$ ССВН напочатку і наприкінці лікування).

Стосовно антиатерогенної фракції ліпопротеїдів виявлено, що активуючий тиротропний ефект супроводжується незначним підвищенням її рівня від $77 \pm 5\%$ до $87 \pm 6\%$ ССВН, квазінульовий ефект характеризується стабільністю даної фракції ($81 \pm 2\%$ і $82 \pm 2\%$ ССВН відповідно), натомість інгібуючий тиротропний ефект асоціюється із несприятливою динамікою, хоч і в межах норми (зниження від $104 \pm 7\%$ до $92 \pm 6\%$ ССВН).

Класичний холестериновий коефіцієнт атерогенності Клімова, тобто відношення холестерину пре-бета- і бета-ліпопротеїдів до холестерину альфа-ліпопротеїдів, суттєво підвищений у жінок першої групи ($155 \pm 13\%$ ССВН), під впливом бальнеотерапії знижується до $123 \pm 12\%$ ССВН. У жінок із відсутністю закономірних змін початково зниженого тироїдного індексу коефіцієнт атерогенності залишається підвищеним ($151 \pm 5\%$ і $149 \pm 5\%$ ССВН відповідно). Нарешті, інгібуючий тиротропний ефект супроводжується негативною проатерогенною динамікою ліпідного профілю, але в межах норми (підвищення від $100 \pm 1\%$ до $118 \pm 9\%$ ССВН).

Отже, різноскеровані зміни під впливом бальнеотерапії на курорті Трускавець тироїдного статусу супроводжуються закономірними реципрокними змінами атерогенності плазми у жінок з гіперплазією щитовидної залози на тлі хронічного безкам'яного холециститу.