

тензию. Синдром ПТС служит показанием для обследования нервной и эндокринной системы: функции щитовидной железы, яичников, глюкозы крови; вегетативно-сосудистых расстройств гипоталамического генеза. Раннее выявление таких изменений позволяет повысить эффективность лечения.

Литература

1. Бабарина М.Б. Эндокринные аспекты синдрома «пустого» турецкого седла. Нейроэндокринология. Клинические очерки/ Под ред. Е.И. Маровой. – Ярославль. – 1999. – С. 331–352.
2. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней: Рук-во для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 488 с.
3. Лелюк С.Э., Лелюк В.Г. Основные принципы гемодинамики и УЗ-исследования сосудов / Под ред. В.В. Митькова. – Т. IV. М.: Видар, 1997. – С. 185–194.
4. Старкова Н.Т. Структурные изменения щитовидной железы. Причины возникновения, постановка диагноза, методы лечения // Проблемы эндокринологии. – 2002. – Т. 48, № 1.
5. Уордлоу Д. // Ж. неврол. и психиатр. – 2000. – № 8. – С. 35.
6. Фоякин А.В. и др. // Неврол. ж. – 2001. – № 5. – С. 12–15.
7. Фоякин А.В. и др. // Неврол. ж. – 2003. – № 1. – С. 10–13.
8. Эгарт Ф.М. Клиническая эндокринология: рук-во (3-е изд.) / Под ред. Н.Т. Старковой. – СПб: Питер, 2002. – С. 119–131.

УДК 616.12; 616.441-089.87

ПОКАЗАТЕЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТИРЕОИДНОМ СТАТУСЕ

М.Ю. СЕМЧЕНКОВА, О.А. КОЗЫРЕВ, Н.В. ГУРОВА, А.М. ИЗОТОВ*

Симптомы субклинических нарушений функции щитовидной железы (ЩЖ) в большинстве случаев не имеют никаких внешних проявлений. Проблемы, связанные с противоречивостью взглядов на раннюю диагностику и лечение этих нарушений, остаются в центре внимания исследователей и обсуждаются в оригинальных статьях и редакционных комментариях к ним. Определение уровня ТТГ является наиболее чувствительным тестом для оценки функции ЩЖ и маркером даже небольшого дефицита или избытка тиреоидных гормонов [1–3]. При значениях ТТГ от 0,4 до 2,0 мЕд/л определяется наиболее оптимальный уровень для деятельности ряда органов и систем [4–5]. Особенно чувствительна к изменению тиреоидного гомеостаза сердечно-сосудистая система [6–7], особенно у женщин [8]. Дефицит тиреоидных гормонов в организме обуславливает развитие серьезных нарушений обменных процессов [7, 9]. При любом заболевании, сопровождающемся энергетическим дефицитом клеток миокарда, в первую очередь происходит нарушение диастолической функции [10]. При первичном миокардиальном поражении нарушение диастолы предшествует нарушению систолической функции [6, 9]. Неоднократные исследования диастолической функции при снижении функции ЩЖ проводились при значениях ТТГ >4,0.

Цель работы – изучение структурно-функциональных показателей сердца у женщин репродуктивного возраста с различными тиреоидным статусом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 95 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, проживающих в г. Смоленске, считающих себя практически здоровыми и не принимающих каких-либо лекарственных препаратов. Оценка тиреоидного статуса включала определение базального уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (fT4).

УЗИ сердца выполнялась всем в соответствии со стандартами на аппарате «Sonos 4500» в В- и М-режимах, секторальным датчиком, работающим в режиме реального времени (3,5 МГц) в стандартных позициях. Применяли импульсно-волновой, постоянно-волновой и цветной доплеровские режимы. Программа следовала стандартной методике. Изучали состояние диастолической функции по трансмитральному диастолическому потоку. Определялись показатели: максимальная скорость трансмитрального кровотока в период раннего диастолического наполнения

ЛЖ (пик Е); максимальная скорость трансмитрального кровотока в период позднего диастолического наполнения (пик А); их соотношение Е/А; время замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT_E, deceleration time); время изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT, isovolumic relaxation time).

Статистическая обработка велась с использованием не- и параметрических методов статистического анализа. Зависимости изучали с вычислением коэффициента корреляции Спирмена. Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$, что соответствует медико-биологическим критериям.

Результаты исследования. В нашем исследовании значения ТТГ >2,0 мЕд/л рассматривается как минимальная тиреоидная дисфункция. По уровню тиреотропного гормона исследуемые женщины были разделены на две группы: 1 гр – 75 чел – ТТГ = 0,6–2,0 мЕд/л ($1,22 \pm 0,38$), Т4св = $15,92 \pm 2,09$ нг/дл; 2 гр (20 чел.) – ТТГ = 2,0–4,0 мЕд/л ($2,62 \pm 0,59$), Т4св = $15,91 \pm 1,87$ нг/дл. Референтные значения для fT4 = 10,9–23,2 пмоль/л. Группы сопоставимы по возрасту, весу и числу курящих женщин.

При анализе показателей диастолической функции ЛЖ у женщин 1 и 2 групп различия в показателях пика Е не получено. Ср. скорость пика А во 2 группе выше ($62,71 \pm 2,39$ и $59,65 \pm 1,06$ соответственно, $p = 0,044$). Различия в отношении Е/А между группами не получено ($p = 0,54$). У женщин с функцией щитовидной железы с ТТГ >2,0 мЕд/л, время замедления кровотока раннего диастолического наполнения (DT_E) выше, по сравнению с женщинами с ТТГ 0,5–2,0 мЕд/л ($185,0$ мс и $170,0$ мс соответственно, $p = 0,023$). Более низкие показатели времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) у женщин 1-й группы ($65,0$ и $70,0$ мс соответственно, $p = 0,017$). Более высокие показатели диастолической функции у женщин 2 группы могут быть признаком диастолической дисфункции при ТТГ >2,0 мЕд/л. Корреляционный анализ связей между ТТГ и свТ4 и показателями трансмитрального потока статистически значимой связи не выявил.

Выводы. У женщин при уровне ТТГ >2,0 мЕд/л имеются начальные признаки нарушения диастолической функции левого желудочка. Предпочтительным для деятельности сердца является уровень ТТГ в пределах 0,5–2,0 мЕд/л.

Литература

1. Телкова И., Карпов Р. // Клин. мед. – 2004. – № 1. – С. 12.
2. Терещенко И., Голдырева Т. // Клин. мед. – 2000. – № 1. – С. 28.
3. Терещенко С.Н. и др. // Consil.-medic. – 2000. – № 2. – С. 15.
4. Фадеев В.В. // Клин. тиреолог. – 2004. – Т. 2, № 3. – С. 5–10.
5. Biondi B. et al. // Ann. Intern. Med. – 2002. – № 137. – P. 904.
6. Dagre A.G. et al. // Int J Cardiol. – 2005. – Vol. 103, № 1. – P. 1–6.
7. Demers L.M., Spencer C.A. NACB: Laboratori Support for the Diagnosis and Monitoring of Thyroid Disease / By the National Academy of Clinical Biochemistry. – 2002.
8. Iqbal A. et al. // J Intern. Med. – 2006. – Vol. 260, № 1. – P. 53–61.
9. Luboshitzky R. et al. // Thyroid. – 2002. – Vol. 12, № 5. – P. 421.
10. Wiersinga W.M. // Ned Tijdschr Geneesk. – 2003. – Vol. 147, № 24. – P. 1156–1158.

УДК 612.8; 616.891.4

ВОЗМОЖНОСТИ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Е.В. ЛЫСЕНКО*

Особого внимания заслуживает изучение влияния малых доз ионизирующего излучения на нервную систему, воздействию которых подверглась большая часть ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС. Много работ в неврологии посвящено изучению влияния малых доз ионизирующего излучения (МДИИ) на центральную нервную систему (ЦНС), в то время как их влияние на ПНС изучено мало, имеются противоречивые данные, нет сведений о динамике функционального состояния ПНС у ЛПА на ЧАЭС. Наиболее чувствительным методом обнаружения функ-

* Смоленская ГМА; Клиническая больница скорой медицинской помощи; Отделенческая больница ст. Смоленск ОАО «РЖД»

* Курский государственный медицинский университет Росздрава