

- использование Энтекавира оказалось эффективнее, по сравнению с Ламивудином, что связано с тем, что его дозировка была в 200 раз меньше, чем Ламивудина и в группе пациентов принимавших Ламивудин в 33,3% случаев развилась резистентность, что привело к ухудшению биохимических и серологических показателей крови через 6 месяцев после стационарного лечения.

## CHANGES IN BIOCHEMICAL AND SEROLOGICAL PARAMETERS OF BLOOD IN THE TREATMENT OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B, WHICH INCLUDES ENTECAVIR OR LAMIVUDINE.

Vanchugova N.N.<sup>1</sup>, Shishkina J.V.<sup>1</sup>, Pupyreva L.G.<sup>1</sup>, Zadorin A. S.<sup>2</sup>

Using Entecavir in complex treatment of chronic viral hepatitis B was more effective than Lamivudine and normalize the biochemical and serological parameters of blood of 22 patients and did not leads to development of resistance during 6 month.

## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ ТТГ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ У ЖЕНЩИН УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА

Ванчугова Н.Н.<sup>1</sup>, Нуртдаева А.Р.<sup>1</sup>, Забояркина Д.В.<sup>1</sup>, Вахитова И.Р.<sup>1</sup>, Оводкова Н.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, <sup>2</sup>ГКБ №1, г. Первоуральска

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) широко распространены и стоят в одном ряду с диабетом и заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Зачастую они связаны с недостатком потребления йода с пищей и водой, что может привести к снижению функционирования ЩЖ, т.е. к гипотиреозу. По данным ВОЗ 1994 г. более чем 1,5 млрд. жителей Земли испытывают йододефицит, у 665 млн. – диагностируется эндемический зоб, а у 43 млн. недостаток йода привел к выраженной умственной отсталости. Гипотиреоз встречается в 4-7 раз чаще у женщин, чем у мужчин, в ряде регионов достигает 10 случаев на 1000 человек в популяции, и если у молодого населения он выявляется у 1,5-2% женщин и у 0,2% мужчин, то в старших возрастных группах эти цифры увеличиваются до 6% и 2,5% соответственно [1]. Проблема гипотиреоза актуальна как для России в целом, так и для уральского региона, все население которого постоянно испытывает йододефицит. В основе развития гипотиреоза лежит длительный и выраженный дефицит действия тиреоидных гормонов, вызванный различными причинами, который приводит к снижению окислительных процессов и термогенеза. Основной обмен снижается на 15-25%, накапливаются токсичные продукты, вызывающие функциональные расстройства ЦНС, эндокринной, сердечно-сосудистой и других систем, развивается слизистый отек различных органов и тканей [2].

В настоящее время для оценки степени тяжести йододефицитных состояний, согласно рекомендациям ВОЗ, ЮНИСЕФ и МС от сентября 1993 г. определяются такие параметры как частота зоба в популяции (на основании пальпаторных и УЗИ обследований) и уровень ТТГ в сыворотке крови (метод ИФА). Общепризнанны, что измерения уровня ТТГ является наиболее чувствительным показателем при диагностике при заболеваниях ЩЖ. В связи с этим, его определению отдается предпочтение по сравнению с определением тиреоглобулина, самих тиреоидных гормонов и определению содержания йода в моче.

Заместительная гормонотерапия при гипотиреозе в основном проводится с использованием левотироксина (L-тироксина) перорально в разовой дозе из расчета 1,6-1 мкг/кг ИМТ. Рынок гормональных препаратов предлагает довольно большой ассортимент продукции: эутирокс, тиреотом, трийодтиронин, тиреокOMB и др., различающихся по составу. Одни содержат только Т<sub>3</sub> или Т<sub>4</sub>, другие комбинацию этих гормонов в различных соотношениях. В последние годы вновь возрос интерес к комбинированной терапии тиреоидными гормонами и препаратами йода [3]. В практической части нашей работы был использован L-тироксин Берлин-Хемн.

Целью нашей работы является сравнение эффективности применения L-тироксина при монотерапии и при использовании его в комплексе с йодидом калия для коррекции гипотиреоза у женщин уральского региона.

#### Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГКБ №1 г. Первоуральска, патронирующей район со взрослым населением 35 тыс. человек. Был проведен анализ статистических данных за 2007-2010 гг по частоте выявляемости заболеваний ЩЖ с использованием стандартных компьютерных программ (Excel), а также проанализировали истории болезни 20 пациенток в возрасте от 20 до 30 лет, находящихся на амбулаторном лечении в течение 3х лет и проходящих контроль в стационаре каждые полгода, включающий осмотр и опрос пациенток, УЗИ и измерение уровня ТТГ в сыворотке крови с использованием ИФА. Оценка компенсации проводилась по уровню ТТГ с референтным интервалом 0,4 – 4 мЕд/л. В случае стойкого эутиреоидного состояния дозировка гормона снижалась с 75 до 50 мкг/сут.

Все пациентки были разделены на 3 группы:

1 группе (7 чел.) была назначена монотерапия L-T<sub>4</sub> в дозе 75 мкг/сут перорально с профилактическим перерывом в 1 месяц каждые полгода.

2 группа (5 чел.) находилась на аналогичной заместительной терапии, но самопроизвольно прерывала курс лечения каждые полгода более чем на 3-4 мес.

3 группе (8 чел.) проводилась комбинированная терапия L-T<sub>4</sub> с йодидом калия (100 мкг/сут.), в связи с этим доза гормона была снижена до 25 мкг/сут.

#### Результаты исследований и их обсуждение

Анализ эпидемиологических данных показал, что наиболее распространенной патологией ЩЖ для данного региона является гипотиреоз, который был выявлен у 50% пациенток, проходящих обследование в ГКБ №1 г. Первоуральска за период с 2007 по 2010 г. Данные представлены на рис. 1

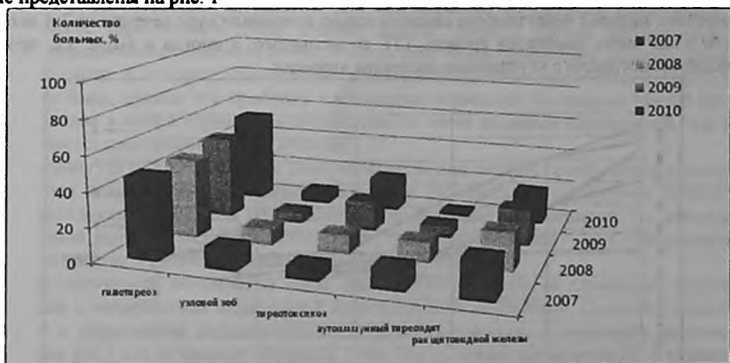
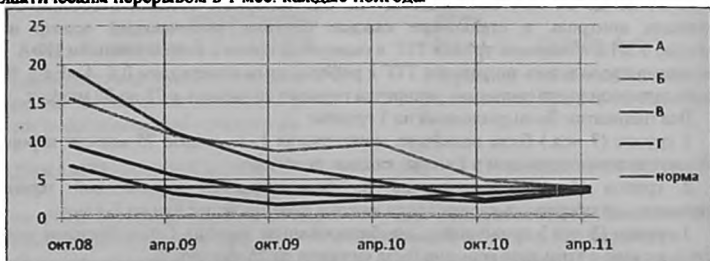


Рис. 1 Частота вновь выявленных заболеваний ЩЖ среди населения, состоявшего на учете в ГКБ №1 г. Первоуральска (на 35 тыс.чел.)

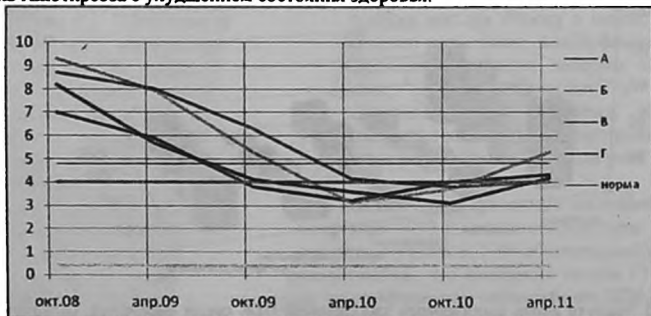
Так в 2008 г. на лечении в больнице находилось 120 пациентов(45%) с гипотиреозом, а в 2010 г. – 158 чел.(50%). Аналогичное незначительное повышение вновь выявленных заболеваний было отмечено для тиреотоксикоза. Число вновь выявленных случаев узлового зоба, напротив несколько снизилось с 31 ( %) в 2008 г. до 21( %) в 2010 г. аналогичная тенденция была отмечена и для аутоиммунных заболеваний. Количество пациентов с раком ЩЖ оставалось постоянным и составляло 20%. Причина роста случаев вновь выявленного гипотиреоза на наш взгляд может быть связана с улучшением методов ранней диагностики, а снижение узлового зоба и аутоиммунных заболеваний – со своевременным и эффективным лечением.

Согласно историям болезни у всех пациенток при первом обращении к врачу был повышен уровень ТТГ от 1,5 до 4,8 раз по сравнению с нормой и составлял 6-19 мЕд/л соответственно. Все пациентки жаловались на зябкость, быструю утомляемость, склонность к простудным заболеваниям. Всем им была назначена заместительная гормонотерапия L-T<sub>4</sub>, часть из них (3 группа) сочетала прием L-T<sub>4</sub> с йодидом калия. Через полгода у пациенток всех 3х групп было отмечено снижение уровня ТТГ в сыворотке крови, в ряде случаев до нормальных значений (см. графики 1 и 2), и всем было рекомендовано продолжить лечение с профилактическим перерывом в 1 мес. каждые полгода.



Граф. 1. Монотерапия левотироксином без прерывания лечения.

Пациентки 1ой группы, соблюдавшие рекомендации достигли устойчивой нормализации гормонального статуса, отметили улучшение общего состояния здоровья, хотя после перерыва в приеме гормона у них отмечалась незначительное повышение уровня ТТГ, и им была снижена доза L-T<sub>4</sub> до 50 мкг/сут. Пациентки 2ой группы при улучшении общего состояния здоровья через полгода самостоятельно прерывали курс лечения на 3-4 мес., после чего у них вновь повысился уровень ТТГ до исходного, а иногда и выше, т.е. произошел рецидив гипотиреоза с ухудшением состояния здоровья.



Граф. 2. Комбинированное лечение левотироксином с применением препаратов йода

Как видно из граф.2, у пациенток 3ей группы, которым проводился курс заместительной гормонотерапии в комбинации с йодидом калия, было отмечено более плавное снижение уровня ТТГ и нормализация его в более короткие сроки (2-3 мес.). Профилактическое прерывание курса на 1 мес. не вызывало достоверного повышения ТТГ, который оставался в пределах нормы, т.е. происходила нивелировка феномена отмены L-T<sub>4</sub> за счет йодида калия, который предотвращал снижение интратиреоидного йода, возникающего при гормональной монотерапии.

Таким образом, в результате проведенных исследований было установлено, что при лечении гипотиреоза у женщин уральского региона, испытывающих йододефицит следует использовать L-T<sub>4</sub> в сочетании с йодидом калия. Это позволит поддерживать постоянный

нормальный уровень ТТГ с помощью более низкой дозы гормона как во время курса лечения, так и во время профилактических перерывов. Доза гормона может быть снижена по сравнению с монотерапией в 2-3 раза. Следует также отметить, что пациенткам с гипотиреозом необходимо строго соблюдать рекомендации эндокринолога и прерывать курс лечения на небольшие сроки под наблюдением врача. В противном случае, длительные неупорядоченные перерывы в лечении делают его бесполезным, приводят к рецидиву гипотиреоза и не позволяют снизить дозу L-T<sub>4</sub>.

**THE MEDICAL CORRECTION OF TSH LEVEL WHEN CURING  
HYPOTHYROIDISM OF FEMALE IN THE URAL REGION**  
Vanchugova N. N., Nurtidinova A. R., Zaboyarkina D. V., Vahitova I. R.,  
Ovodkova N. K.

The treatment hypothyroidism by L-thyroxine in complex with iodine kalii was more effective than monotherapy with hormones only and allows to decrease the dose of L-thyroxine. The long breaking of treatment without doctor's control leads to regress of disease.

**Keywords:** hypothyroidism, L-thyroxine.

**ПРИМЕНЕНИЕ УТРОЖЕСТАНА И ДЮФАСТОНА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ  
НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Ванчугова Н.Н.<sup>1</sup>, Киршина О.В.<sup>1\*</sup>, Бостанова Э.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, <sup>2</sup> МУ ЦГКБ №24

К числу наиболее приоритетных направлений современного здравоохранения относится охрана здоровья матери и ребёнка. В настоящее время во всём мире проводятся широкомасштабные исследования по изучению причин нарушения репродуктивной функции и разработке методов, восстанавливающих фертильность. В условиях демографического кризиса в России особенно актуальной для современного акушерства стала проблема невынашивания беременности (НБ). Раннее начало половой жизни, распространение инфекций, передающихся половым путём, а также рост числа беременных женщин старших возрастных групп, у которых генитальные и экстрагенитальные заболевания встречаются значительно чаще, делают эту проблему чрезвычайно серьёзной. По данным МЗ СР РФ за 2010 г. ежегодно в нашей стране практически каждая пятая желанная беременность, т.е. 15-23% завершается самопроизвольным абортom.

Причины НБ многочисленны и разнообразны. К ним относят гипофункцию яичников, плацентарную недостаточность, гиперандрогению и урогенитальные инфекции. В 17-23% случаев репродуктивные потери обусловлены эндокринными нарушениями, т.е. связаны с неполноценной лютеиновой фазой (НЛФ) – 40%, с гиперандрогенией – 35%, заболеваниями щитовидной железы – 13% и сахарным диабетом – 10% [1].

Недостаточность лютеиновой фазы, как правило, связана со снижением функции жёлтого тела и неадекватной секреторной трансформации эндометрия. Снижение секреции эстрадиола и образование неполноценного фолликула приводят к снижению продукции прогестерона (ПГ). По механизму обратной связи это вызывает повышение ЛГ и снижение ФСГ, что, в свою очередь, и приводит к прерыванию беременности. Выкидыш может спровоцировать также и повышенный уровень окситоцина [2].

При лечении женщин с высокой степенью риска прерывания беременности, связанного с НЛФ и сниженной продукцией прогестерона, в клиниках России в настоящее время используют два препарата: прогестерон микронизированный (Утрожестан) в виде капсул, применяемых перорально или вагинально и дидрогестерон (Дюфастон), применяемый перорально в виде таблеток [3]. Структура препаратов представлена на рис. 1. Препараты отличаются по химической структуре, и если Утрожестан является структурным аналогом прогестерона, то Дюфастон отличается от него противоположно направленной ориентацией атомов водорода у С<sub>9</sub> и метильной группы у С<sub>10</sub>, а также дополнительной двойной (π) связью между С<sub>6</sub> и С<sub>7</sub> [4].