



**Т. І. Рудник, О. Н. Надашкевич, Б. М. Паращук,  
Я. О. Зайченко**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

## Функціональний стан щитоподібної залози у хворих на кропив'янку

**Вступ.** Відомо, що у 15,0–20,0 % населення земної кулі впродовж життя спостерігається хоча б один епізод кропив'янки, а тому вона належить до групи дерматозів соціального характеру. Значна поширеність, відсутність уніфікованих діагностичних алгоритмів, мультифакторність етіології, нерідко резистентність до лікування і реабілітаційних заходів зі суттєвим зниженням якості життя пацієнтів є причиною прискіпливої уваги до її вивчення [1–8]. Серед чинників, які ініціюють маніфестацію патологічного процесу, виділяють вогнища хронічної інфекції, захворювання шлунково-кишкового каналу, цукровий діабет, злаякісні новоутворення тощо [11–14]. Однак, незважаючи на те що можна було б припустити спільність патогенетичних механізмів алергодерматозів та уражень залоз внутрішньої секреції, зокрема, щитоподібної залози (ЩПЗ), сьогодні недостатньо уваги приділяється дослідженням ролі останньої у виникненні кропив'янки, не систематизовано інформацію про інформативність окремих критеріїв оцінки її стану, не окреслено вплив патологічних змін ЩПЗ на клінічний перебіг кропив'янки [9, 10, 15].

**Мета дослідження.** Дослідити функціональний стан ЩПЗ у хворих на кропив'янку та з'ясувати його залежність від ступеня важкості кропив'янки, її тривалості, а також довготривалості останньої клінічної ремісії.

**Матеріали і методи дослідження.** Спостерігали 86 пацієнтів із хронічною ідіоматичною кропив'янкою (34 чоловіки і 52 жінки) віком від 15 до 67 років. Група контролю – 20 здорових осіб. Тривалість захворювання коливалась від 5 місяців до 29 років. Легкий перебіг дерматозу діагностований у 31 (36,0 %) пацієнта, середній ступінь важкості – у 24 (28,0 %), важкий перебіг – у 31 (36,0 %). Функцію ЩПЗ оцінювали визначенням рівня тироксину, трийодтироніну і тироглобуліну у сироватці крові. Вміст тироксину досліджували за допомогою тест-набору РІО-Т4-ІПР (Республіка Бі-

лорусь), а трийодтироніну – РІО-Т3-ІПР (Республіка Білорусь). Результати виражали в наномолях на літр.

Рівень тироглобуліну визначали за допомогою тест-набору РІО-ТГ125І з використанням тироглобуліну, міченого йодом 125 (Республіка Білорусь). Результати виражали в нанограмах на мілілітр. Дослідження проводили на радіоімунному аналізаторі «Гамма-12».

Статистичне опрацювання отриманого фактично-го матеріалу проведено за критерієм Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Як свідчать результати наших досліджень, функція ЩПЗ у хворих на кропив'янку суттєво порушена (табл. 1).

Таблиця 1  
Результати оцінки функції щитоподібної залози  
у хворих на кропив'янку

Групи обстежених осіб	Показники		
	Тироксин (M±m, p), нмоль/л	Трийодтиронін (M±m, p), нмоль/л	Тироглобулін (M±m, p), нг/мл
Хворі на кропив'янку (n=86)	107,52±4,20*	1,33±0,06*	29,73±2,51*
Здорові особи (n=20)	78,43±3,65	1,52±0,04	20,16±1,34

**Примітка.** \* – p<0,05 порівняно з аналогічним показником здорових осіб.

Так, у обстежених спостерігається вірогідне зростання в сироватці крові вмісту тироксину – до 107,52±4,20 нмоль/л (у здорових осіб – 78,43±3,65 нмоль/л; p<0,05) і тироглобуліну – до 29,73±2,51 нг/мл (у здорових осіб – 20,16±1,34 нг/мл; p<0,05), що поєднується з пригніченням рівня трийодтироніну – до 1,33±0,06 нмоль/л (у здорових осіб – 1,52±0,04 нмоль/л; p<0,05).

З метою визначення зв'язку виразності наведених змін з клінічним варіантом перебігу хвороби досліджено значення показників функції ЩПЗ з урахуванням різних ступенів важкості проявів кропив'янки (табл. 2).

Таблиця 2  
Функціональний стан щитоподібної залози у хворих на кропив'янку залежно від ступеня важкості перебігу дерматозу

Групи обстеження осіб	Тироксин (М±Т), нмоль/л	Трийодтиронін (М±Т), нмоль/л	Тироглобулін (М±Т), нг/мл
Хворі на кропив'янку (n=86)	107,52±4,20*	1,33±0,06*	29,73±2,51*
Хворі з легким перебігом кропив'янки (n=31)	103,04±2,80*	1,38±0,07*	25,42±1,73*
Хворі з середнім ступенем важкості перебігу кропив'янки (n=24)	106,23±3,94*	1,30±0,05*	28,91±2,27*
Хворі з важким перебігом кропив'янки (n=31)	109,87±4,15*	1,35±0,08*	31,06±2,42*
Здорові особи (n=20)	78,43±3,65	1,52±0,04	20,16±1,34

Примітка. \* –  $p < 0,05$  порівняно з аналогічним показником здорових осіб.

Як бачимо з табл. 2, у хворих на кропив'янку, незалежно від важкості клінічного перебігу захворювання, реєструються статистично достовірні зміни функціонального стану ЩПЗ. Зокрема, у хворих із легким перебігом патологічного процесу вміст тироксину зростав до  $103,04 \pm 2,80$  нмоль/л (у здорових осіб –  $78,43 \pm 3,65$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), а тироглобуліну – до  $25,42 \pm 1,73$  нг/мл (у здорових осіб –  $20,16 \pm 1,34$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). Рівень трийодтироніну, навпаки, зменшувався до  $1,38 \pm 0,07$  нмоль/л (у здорових осіб –  $1,52 \pm 0,04$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). У пацієнтів із середнім ступенем важкості значення цих показників досягли відповідно  $106,23 \pm 3,94$  нмоль/л (у здорових осіб –  $78,43 \pm 3,65$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ),  $28,91 \pm 2,27$  нг/мл (у здорових осіб –  $20,16 \pm 1,34$  нг/мл;  $p < 0,05$ ) і  $1,30 \pm 0,05$  нмоль/л (у здорових осіб –  $1,52 \pm 0,04$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). У разі важкого перебігу кропив'янки рівень тироксину збільшувався до  $109,87 \pm 4,15$  нмоль/л (у здорових осіб –  $78,43 \pm 3,65$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), тироглобуліну – до  $31,06 \pm 2,42$  нг/мл (у здорових осіб –  $20,16 \pm 1,34$  нг/мл;  $p < 0,05$ ), а вміст трийодтироніну пригнічувався до  $1,35 \pm 0,08$  нмоль/л (у здорових осіб –  $1,52 \pm 0,04$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ).

Отже, залежності функції ЩПЗ від важкості клінічного перебігу кропив'янки немає.

Результати характеристики функціонального стану ЩПЗ залежно від тривалості захворювання показані на рис. 1–3.

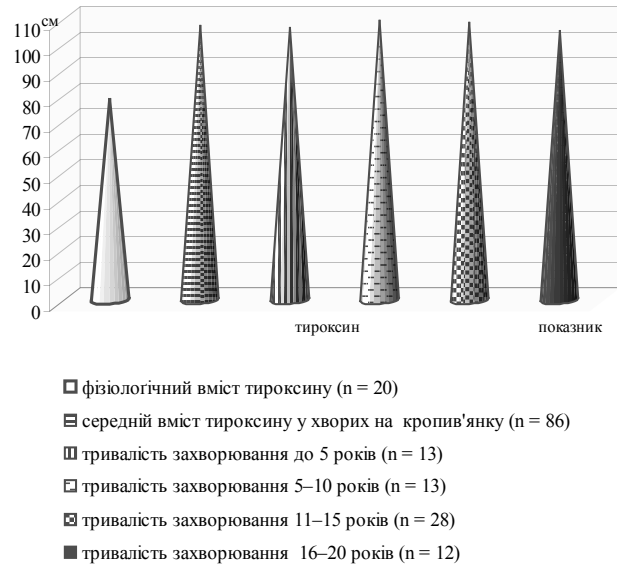


Рис. 1. Вміст тироксину залежно від тривалості захворювання у хворих на кропив'янку (1 см = 10 нмоль/л).

Як бачимо з рис. 1, у хворих на кропив'янку відсутня вірогідна залежність вмісту тироксину від тривалості захворювання. Зокрема, в усіх інтервалах часу він не відрізнявся від середнього значення. Так, якщо тривалість захворювання до 5 років, рівень гормону становив  $106,92 \pm 3,17$  нмоль/л (середній –  $107,52 \pm 4,20$  нмоль/л,  $p > 0,05$ ), 5–10 років –  $109,71 \pm 4,13$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ), 11–15 років –  $108,02 \pm 3,74$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ) і 16–20 років –  $105,43 \pm 2,86$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ).

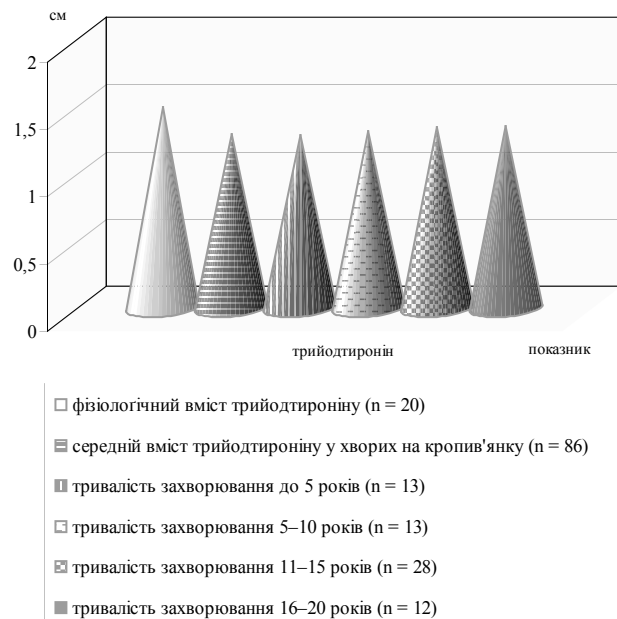


Рис. 2. Вміст трийодтироніну залежно від тривалості захворювання у хворих на кропив'янку (1 см = 0,5 нмоль/л).

У пацієнтів із кропив'янкою не спостерігається статистично достовірної залежності рівня трийодтироніну від тривалості захворювання (рис. 2). Так, за тривалості кропив'янки до 5 років він сягав  $1,29 \pm 0,04$  нмоль/л (середнє значення показника –  $1,33 \pm 0,06$  нмоль/л;  $p > 0,05$ ), 5–10 років –  $1,32 \pm 0,05$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ), 11–15 років –  $1,35 \pm 0,03$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ) і 16–20 років –  $1,36 \pm 0,02$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ).

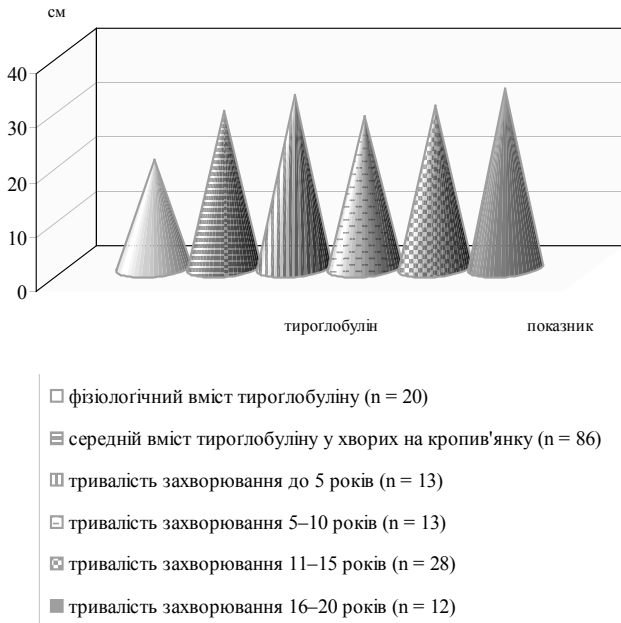


Рис. 3. Вміст тироглобуліну залежно від тривалості захворювання у хворих на кропив'янку (1 см = 0,5 нг/мл).

У пацієнтів із кропив'янкою не відбувається вірогідних змін вмісту тироглобуліну залежно від тривалості захворювання (рис. 3). Так, якщо тривалість хвороби до 5 років, рівень сполуки становив  $32,41 \pm 1,44$  нг/мл (значення показника у всього контингенту хворих –  $29,73 \pm 2,51$  нг/мл;  $p > 0,05$ ), 5–10 років –  $28,94 \pm 1,95$  нг/мл;  $p > 0,05$ ), 11–15 років –  $30,68 \pm 2,15$  нг/мл ( $p > 0,05$ ) і 16–20 років –  $33,12 \pm 2,35$  нг/мл ( $p > 0,05$ ).

Проаналізовано залежність показників функціонального стану ЩПЗ залежно від довготривалості останньої клінічної ремісії.

Зафіксоване вірогідне зростання вмісту тироксину порівняно з середніми значеннями показника у всього контингенту пацієнтів (рис. 4): за відсутності ремісій – до  $114,75 \pm 1,32$  нмоль/л (середні значення –  $107,52 \pm 4,20$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) і тривалості ремісій до 3 місяців – до  $113,98 \pm 1,45$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). У разі тривалості ремісій 3–6 місяців та 7–12 місяців рівні тироксину суттєво не відрізнялись від середніх і склали відповідно  $108,37 \pm 4,02$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ) і  $104,63 \pm 3,98$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ).

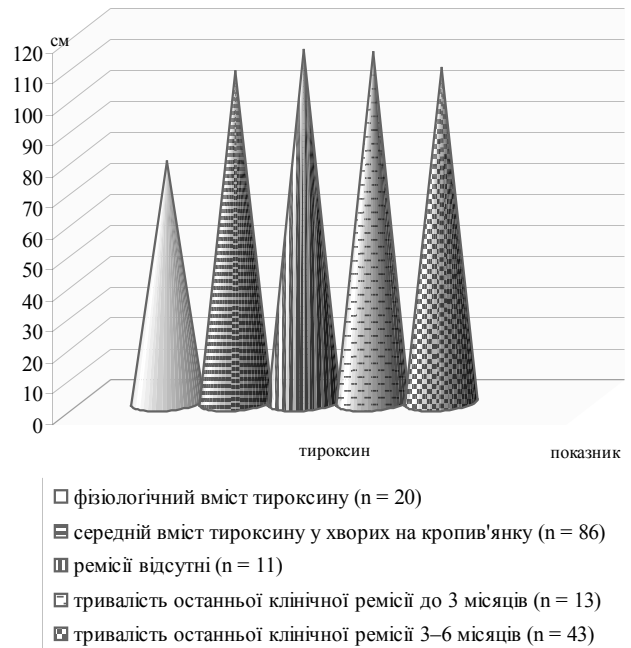


Рис. 4. Вміст тироксину залежно від тривалості останньої клінічної ремісії у хворих на кропив'янку (1 см = 10 нмоль/л).

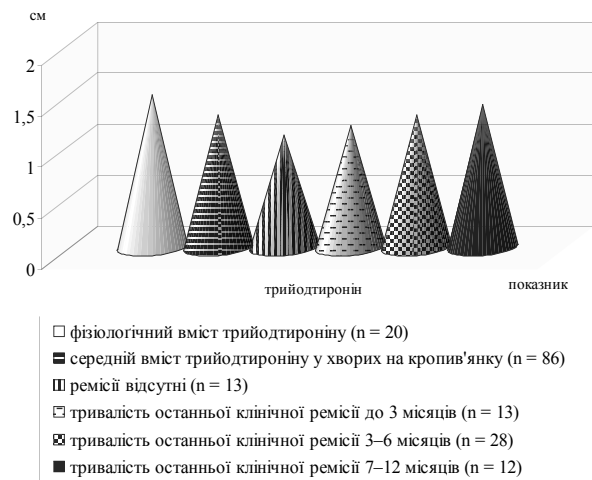


Рис. 5. Вміст трийодтироніну залежно від тривалості останньої клінічної ремісії у хворих на кропив'янку (1 см = 0,5 нмоль/л).

Як бачимо з рис. 5, вміст трийодтироніну вірогідно пригнічувався, порівняно з середніми значеннями показника у всієї групи хворих, за відсутності ремісій і тривалості ремісії до 3 місяців і склав відповідно  $1,15 \pm 0,03$  нмоль/л (середні значення –  $1,33 \pm 0,06$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) і  $1,20 \pm 0,04$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). У часових інтервалах ремісій 3–6 місяців і 7–12 місяців рівні гормону істотно не відрізнялись від середніх значень і становили відповідно  $1,32 \pm 0,05$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ) і  $1,38 \pm 0,07$  нмоль/л ( $p > 0,05$ ).

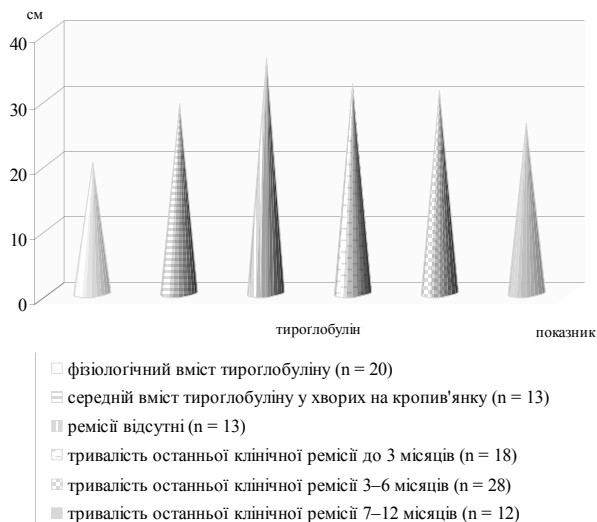


Рис. 6. Вміст тироглобуліну залежно від тривалості останньої клінічної ремісії у хворих на кропив'янку (1 см = 10 нг/мл).

Як бачимо з рис. 6, вірогідне зростання рівня тироглобуліну, порівняно зі середнім значенням показника у всього контингенту хворих, реєструється лише за відсутності ремісій –  $35,49 \pm 1,65$  нг/мл (се-

редні значення –  $29,73 \pm 2,51$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). У разі тривалості останньої клінічної ремісії до 3 місяців, 3–6 місяців і 7–12 місяців вміст сполуки суттєво не відрізнявся від середніх значень і становив відповідно  $32,04 \pm 1,09$  нг/мл ( $p > 0,05$ );  $31,64 \pm 2,19$  нг/мл ( $p > 0,05$ ) і  $26,74 \pm 2,50$  нг/мл ( $p > 0,05$ ).

Отже, проведені дослідження дають змогу стверджувати, що у хворих на кропив'янку існує залежність функції ЩПЗ від наявності й тривалості останньої ремісії – достовірні підвищення рівнів тироксину та зниження трийодтироніну у крові хворих із безперервним перебігом кропив'янки й тривалістю останньої ремісії до 3 місяців, та вірогідне підвищення рівня тироглобуліну у хворих без ремісії.

**Висновки.** Кропив'янка супроводжується дисфункцією ЩПЗ, яка полягає у достовірному зростанні в сироватці крові вмісту тироксину і тироглобуліну та зниженні рівня трийодтироніну. Виразність зазначених змін залежить від клінічного перебігу патологічного процесу, а саме – від наявності й тривалості останньої клінічної ремісії.

Доцільним є подальше вивчення залученості ЩПЗ до аутоімунних процесів у хворих із дерматозами.

## Список літератури

1. Андрашко Ю. В. Топічний інгібітор кальційневрину такролімус та вузькосмугова УФВ-фототерапія (311 нм) як сучасна патогенетично обґрунтована тактика лікування хворих на вітиліго / Ю. В. Андрашко, К. М. Хобзей, І. Й. Шарнак // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2011. – № 1. – С. 65–70.
2. Белий Л. И. Природные факторы в терапии аллергодерматозов / Л. И. Белий // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2005. – № 1–2. – С. 133–147.
3. Голяченко Г. Б. Клініко-епідеміологічна характеристика поширеності хронічних дерматозів / Г. Б. Голяченко // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2008. – № 3–4. – С. 133–138.
4. Денисенко О. І. Вплив ритмічної діяльності щитоподібної залози на стан оксидантної та антиоксидантної систем крові у хворих на алергодерматози: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.20 «Шкірні та венеричні хвороби» / О. І. Денисенко. – К., 2007. – 38 с.
5. Иванов О. Л. Место препаратов Урьяж в комплексной терапии атопического дерматита / О. Л. Иванов, Н. Г. Кочергин, Г. В. Кондрашов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2004. – № 5. – С. 13–16.
6. Каденко О. А. Антигистаминный препарат нового поколения «L-Цет» в лечении больных острой и хронической крапивницей, аллергическим контактным дерматитом / О. А. Каденко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. – № 1. – С. 50–54.
7. Кошевенко Ю. Н. Фототерапия витилиго. Обоснование, особенности, клинический эффект / Ю. Н. Кошевенко // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. – № 3. – С. 58–66.
8. Полищук Д. С. Переносимость и эффективность левоцетиризина в комплексной терапии аллергодерматозов / Д. С. Полищук, С. И. Полищук, С. А. Бондарь // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2011. – № 3. – С. 32–35.
9. Ткач В. Є. Ураження шкіри при внутрішній патології (клінічна лекція) / В. Є. Ткач // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2010. – № 1–2. – С. 154–159.
10. Шкільна М. І. Характеристика хворих на кропив'янку в поєднанні з лямбліозною інвазією / М. І. Шкільна // Матеріали регіональної науково-практичної школи «Проблеми дерматології та ПСШ від дитячого до похилого віку». – К.: НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2011. – С. 88–90.
11. Abdulla S. J. Treatment of vitiligo with narrow-band ultraviolet B: advantages and disadvantages / S. J. Abdulla, J. P. Desgroseilliers // J. Cutan. Med. Surg. – 2008. – Vol. 12, N 4. – P. 174–179.
12. Antonello C. Photoreactions between furocoumarins: the molecular basis of the photo chemotherapy of psoriasis / C. Antonello, F. Vaccichetti, C. Carbassareta // Med. Biol. Environ. – 2000. – Vol. 28, N 1. – P. 157–167.
13. Lachapelle J. M. Desloratadine 5 mg once daily improves the quality of life of patients with chronic idiopathic urticarial / J. M. Lachapelle, J. Deeroix, A. Henri Jeaneta // J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol. – 2006. Vol. 20, N 1. – P. 288–292.
14. Yaig P. Epidemiology of urticaria in Spain / P. Yaig, M. Olona, D. Munoz Lejarazueta // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. – 2004. – Vol. 14, N 3. – P. 214–220.
15. Zuberbier T. Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy / T. Zuberbier, M. Maurer // Acta Dermatol. Venerol. – 2007. – Vol. 87, N 2. – P. 196–205.

Стаття надійшла до редакції журналу 10.06.2013 р.

## Функціональний стан щитоподібної залози у хворих на кропив'янку

Т. І. Рудник, О. Н. Надашкевич, Б. М. Паращук, Я. О. Зайченко

Досліджували функціональний стан ЩПЗ у хворих на кропив'янку з метою з'ясувати його залежність від ступеня важкості кропив'янки, її тривалості, а також довготривалості останньої клінічної ремісії. Під спостереженням перебувало 86 пацієнтів з хронічною ідіопатичною кропив'янкою (34 чоловіки і 52 жінки) віком 15–67 років. До групи контролю входили 20 здорових осіб. Визначали рівні тироксину, трийодтироніну і тироглобуліну в сироватці крові. З'ясовано, що кропив'янка супроводжується дисфункцією ЩПЗ, яка полягає у достовірному зростанні в сироватці крові вмісту тироксину й тироглобуліну та зниженні рівня трийодтироніну. Виразність зазначених змін залежить від клінічного перебігу патологічного процесу, а саме – від наявності й тривалості останньої клінічної ремісії.

**Ключові слова:** кропив'янка, щитоподібна залоза, автоімунні розлади.

## Functional State of the Thyroid Gland in Patients with Urticaria

T. Rudnyk, O. Nadashkevich, B. Parashchuk, Y. Zaychenko

The aim of the research is to explore the functional status of the thyroid gland in patients with urticaria and to determine its dependence on the severity of urticaria, its duration and the progression of the last clinical remission. 86 patients with chronic idiopathic urticaria aged 15–67 were observed (34 of them were men and 52 – women). 20 healthy individuals formed the control group. The levels of thyroxine, triiodothyronine and thyroglobulin in the blood serum were determined. It was found that urticaria is accompanied by the dysfunction of the thyroid gland which lies in a certain growth of thyroxine and thyroglobulin and in the reduction of triiodothyronine level in the blood serum. The intensity of the changes mentioned above depends on the clinical course of the pathological process, specifically from the presence and progression of the last clinical remission.

**Keywords:** urticaria, thyroid gland, autoimmune disorders.