

УДК 611.441.018

Процак Т.В., Забродська О.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Морфологічне становлення щитоподібної залози

Розглядаються особливості ембріогенезу щитоподібної залози (ЩЗ) в пре- та постнатальному періодах розвитку, оскільки, відштовхуючись від специфічних властивостей розвитку ЩЗ, можна навести чіткі паралелі щодо її еволюції в подальшому та пояснити закономірності тієї чи іншої вади розвитку.

Зачаток органа виникає в зародка ще на 3–4-му тижні ембріогенезу у вигляді вип'ячування стінки глотки між 1–2 зябровими кишнями, яке росте вздовж цих кишень у вигляді епітеліального тяжу. На рівні 3–4-ї пари зябрових кишень дане утворення зазнає біфуркації і тим самим дає початок правій і лівій часткам майбутньої залози. У подальшому первинний епітеліальний тяж атрофується і його залишком є перешийок ЩЗ, який з'єднує праву й ліву частки. З п'ятого тижня розвитку зачаток, який представлений епітеліальними клітинами, набуває порожнинної форми. Із ротоглоткою зародка ця порожнина пов'язана щитоподібно-язиковою протокою. На початковій стадії розвитку зачаток залози виглядає як група ентодермальних клітин, яку оточує мезенхіма й первинна капілярна сітка. Клітини епітелію швидко проліферують, і на восьмому тижні в залозі міститься тканина, що поділяє її на фрагменти. Цікаво, що на 10–11-му тижні внутрішньо-утробного розвитку, коли плід має довжину близько 7 см, можна спостерігати початок первинної секреції ЩЗ. Під її капсулою з'являються фолікули, у яких вже є фолікулярні клітини або клітини типу А.

Звичайно, менше виявляється клітин типу В. Це пояснюється тим, що в обох типів клітин є власні стовбурові компоненти, що мають властивість переходити один в одне. З 12-го тижня розвитку права частка залози має фолікулярну структуру, а ліва стане такою ж через 2 тижні. З 16-го тижня гестаційного періоду ендокринний апарат плода є диференційованим і сформованим повністю.

Відповідно, майже увесь перший триместр і декілька тижнів другого триместру ЩЗ ще не виконує

своїєї функції, а синтезує відповідні гормони материнський організм. Тому з настанням вагітності секреція гормонів зростає, щоб компенсувати вимоги жінки та виношування плода. У момент з 18-го по 20-й тиждень у ЩЗ знаходяться переважно фолікули середніх розмірів і починають формуватись великі фолікули. Починаючи вже з 21-го по 32-й тиждень вагітності ЩЗ відзначається підвищеною функціональністю, а саме: її фолікулярний шар зростає до великих розмірів, а епітелій починає відшаровуватись, виникає резорбція колоїдної речовини. Так стрімко працює залоза до 35-го тижня внутрішньоутробного розвитку, а з 36-го тижня у майбутньої дитини починають проявлятися перші симптоми гіпофункції ЩЗ. У цей момент паренхіма органа складається вже з великих фолікулярних клітин, які стягнуті гомогенним колоїдом.

Інтерфолікулярний шар розташовується груповими скупченнями, сполучна тканина строми сформована помірно. Представлений етап є підготовчим періодом до постнатального функціонування ЩЗ. Протягом цього часу зберігається закономірність функціонування правої частки. У випадку невдалого формування залози, або її непередбаченого розташування виникає низка різноманітних аномалій.

Здебільшого у вищих ссавців також атрофується й проксимальний відділ залози, який знаходиться зазвичай у ділянці кореня язика. Зачатки часток стрімко розростаються, утворюючи пухкі плетива епітеліальних клітин, які своїми кінцями галузяться. Пізніше ці клітини метаморфують у Т-тиреоцити. Останні об'єднуються у фолікули, між якими росте мезенхіма з кровоносними судинами та нервами.

Таким чином, однією із найголовніших і найнеобхідніших залоз внутрішньої секреції можна вважати ЩЗ. Здавна її вважають ще й посередником між емоціями та думками. Продукуючи важливі гормони, залоза заслужено названа «замковим каменем ендокринної арки».

УДК 616.89-008:616.1/.4]-036.1-07-08

Русіна С.М., Карвацька Н.С., Нікоряк Р.А.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Коморбідність у психіатричній практиці

Останніми роками лікарі різних спеціальностей дедалі більше уваги приділяють особливостям діагностики, лікуванню та веденню пацієнтів із поєднанням двох і більше захворювань. Безсумнівний

і виправданий інтерес дослідників до питань поліморбідності та коморбідності при психічних захворюваннях зберігається протягом декількох десятиліть.

У загальній структурі терапевтичної патології поліморбідні та коморбідні стани посідають провідне місце. Поширеність поєднаної патології у терапевтичних і психіатричних пацієнтів постійно зростає. Сьогодні пацієнтів, які б страждали від одного захворювання і особливо у класичному варіанті його перебігу, практично немає. Однією з головних особливостей сучасної клінічної медицини є той факт, що більшість захворювань дедалі частіше втрачають свій мононозологічний характер і набувають статусу коморбідності.

Нами проведено дослідження коморбідності серед пацієнтів психіатричної клініки. Аналіз 130 історій хвороби пацієнтів жіночого відділення психіатричної лікарні, які протягом 2017–2018 рр. перебували на стаціонарному лікуванні, виявили таку тенденцію, а саме: у 60 % (78) осіб були наявні дві хвороби (психічна й соматична). Наявність коморбідності була більш характерною для жінок вікової категорії 40–60 років.

Фізіологічне старіння організму та психологічний стрес стають причинами появи соматичних, судинних, ендокринних порушень, які приєднуються до вже наявної психічної патології чи є причиною появи психічної патології на тлі соматичної внаслідок тривожних очікувань перебігу вже наявних захворювань.

За даними дослідників, найбільш ранні порушення обміну білків, жирів, вуглеводів і водно-мінерального балансу при психічних розладах маніфестують змінами нейровегетативної регуляції, які обумовлюють зміну характеру адаптивних реакцій, тобто можливість виникнення та перебіг психічних і соматичних захворювань. Серед останніх актуальні серцево-судинна, неврологічна, дихальна, ендокринна, інфекційна, паразитарна, онкологічна патологія. Великий вплив на перебіг виявляють такі поширені у хворих фактори ризику, як надмірна маса тіла й ожиріння, підвищення рівня холестерину сироватки крові, паління, малорухливий спосіб життя, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет.

Проведені дослідження підтверджують визначення декількох ключових напрямів для подальшого вивчення концепції поліморбідності в психіатричній практиці, яка дозволить повернути медичне співтовариство від психічної хвороби до хворого як єдиного цілого.

З метою профілактики коморбідних розладів у хворих рекомендовано застосовувати комплекс диференційованих реабілітаційних заходів, що позитивно впливає на функціональний стан організму та його адаптаційні механізми, перебіг захворювання й запобігає його прогресуванню.

УДК 616.891-02:616.441

Савка С.Д.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Коморбідні психічні порушення при захворюваннях щитоподібної залози

На початку ХХ століття були описані психічні симптоми у пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ), а саме порушень когнітивних функцій, поведінки, порушення емоції та настрою, збільшення або зниження апетиту та рухової активності, м'язова слабкість і серцебиття.

Метою дослідження була оцінка виникнення різних психіатричних розладів у пацієнтів, які страждають від захворювання щитоподібної залози.

Матеріали та методи. Для виявлення розладів настрою використано психодіагностичні методики, зокрема шкали Гамільтона для оцінки депресії та тривоги, а з метою оцінки стану пам'яті, втомлюваності та активності уваги використовували методику А.Р. Лурія заучування 10 слів.

Результати. При гіпотиреозі діагностовано депресивні розлади із симптомами втоми, ангедонією, збільшенням маси тіла та порушенням сну, а також когнітивними порушеннями. При депресивних розладах у клінічній картині домінували знижений настрій, порушення вітальних функцій, розлади сну, зниження працездатності, звуження кола інтересів і бажань. Прояви астеничного регі-

стру виявлялись ослабленням активної уваги, вираженою стомлюваністю при проведенні обстежень. За методикою А.Р. Лурія про виснаженість уваги пацієнтів свідчила крива запам'ятовування, що утворювала плато. А про нестійкість уваги та її коливання свідчила крива запам'ятовування, що мала зигзагоподібний характер.

Надлишок гормонів ЩЗ прискорює метаболізм, що може викликати тривогу, емоційну лабільність, фобічні, панічні, obsесивно-компульсивні розлади, розлади настрою у вигляді гіпоманії та депресії, дисфорії. При тривожних розладах хворі пред'являли скарги на тривогу, знижений настрій, головний біль, серцебиття. У клінічній картині пацієнтів тривога проявлялася у вигляді моторного напруження: тремтіння, відчуття ознобу, неможливості розслабитись, почуття хвилювання, головного болю; а також вегетативної гіперактивності: тахікардії, пітливості, слабкості, запаморочення, епігастральних розладів.

Висновки. При захворюваннях ЩЗ найчастіше діагностовано розлади настрою та когнітивні порушення.