

бассейне позвоночной и внутренней сонной артерий. Выявленные изменения были наиболее выраженными у больных с ДЭ II стадии.

По данным нейровизуальных методов исследования – КТ и МРТ головного мозга и МРА, у больных с АГ I и II степени выявлены легкая атрофия лобной у 28(19%) человек, теменной области у 21(14%) человека, внутренняя гидроцефалия у 43(30%), гипоплазия позвоночных артерий у 17(12%) человек.

Проведенное исследование выявило ряд неврологических расстройств у больных молодого возраста, страдающих АГ I и II степени. Показаны наиболее характерные клинические проявления хронических цереброваскулярных нарушений при ДЭ I и II стадий. Выявлена распространенность и степень тяжести когнитивных нарушений и психоэмоциональных изменений у обследуемых больных. В основе выявленных неврологических нарушений лежали изменения церебральных сосудов и не грубые нейровизуальные изменения. Таким образом, пациентам молодого возраста, страдающим АГ, показана профилактика цереброваскулярной патологии на самых ранних стадиях развития данной патологии.

Литература

1. Ан Р.Н. Прогностическая значимость артериальной гипертензии в формировании гипертонической болезни у юношей // Военно-мед. журнал. – 2—3. - № 3. – С. 41-43.
2. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Особенности эмоционально-когнитивной оценки ощущений у больных с неврологическими заболеваниями. // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. - № 3. – С. 15-22.
3. Дадашева М.Н., Касаткин Д.С., Вишнякова Т.И и др. Когнитивные расстройства у больных артериальной гипертензией: ранняя диагностика, возможности оптимизации фармакотерапии // Consilium medicum. - 2011. - Том 13. № 9. – С. 32-36.
4. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение: метод. реком. – М., 2005. – 43с.
5. Кадыков А.С. Особенности нарушений мозгового кровообращения в молодом возрасте // Рос. мед. журнал. - 2006. - № 4. – С. 254-257.
6. Чуканова Е.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения хронической ишемии мозга у больных с артериальной гипертензией // Consilium medicum. - 2012. - Том 13. № 2. – С. 58-63.
7. O'Brien J.T., Erkinjuntti T., Reisberg B. et al. Vascular cognitive impairment // Lancet Neurology. – 2003. - № 2. – p. 89-98.

Лейнова Е.В.¹, Жилина А.Н.²

¹Врач-эндокринолог, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД», городской эндокринологический центр, ²ассистент, кандидат медицинских наук, Ярославская государственная медицинская академия, кафедра терапии педиатрического факультета

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ, И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Аннотация

Оценка частоты встречаемости фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточности при тиреотоксикозе в разных возрастных группах пациентов, при разной длительности течения тиреотоксикоза, и возможности обратного развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при данной патологии щитовидной железы.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, сердечно-сосудистые осложнения, фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность

Leynova E.V.¹, Zhilina A.N.²

¹Endocrinologist, MSH Road Clinical Hospital of Art. Yaroslavl OJSC "Russian Railways", Endocrinology city center, ²Assistant Professor, PhD, Yaroslavl State Medical Academy, Department of Pediatric Therapy Department

FACTORS CONTRIBUTING TO THE DEVELOPMENT OF CHANGES IN CARDIO - VASCULAR SYSTEM IN THYROTOXICOSIS, AND HOW TO CORRECT THEM

Abstract

Estimation of the incidence of atrial fibrillation, congestive heart failure in thyrotoxicosis in different age groups of patients with different duration of flow of hyperthyroidism, and the possibility of the return of complications of the cardiovascular system in this pathology of the thyroid gland.

Keywords: hyperthyroidism, cardiovascular complications, atrial fibrillation, congestive heart failure

Сердечно – сосудистая патология до сих пор является самой частой причиной смерти, инвалидности, изменения качества жизни людей в мире и в России в частности. Фибрилляция предсердий (ФП) и хроническая сердечно – сосудистая недостаточность (ХСН) – являются самыми сложными в лечении и профилактике, а также одни из самых экономически затратных среди сердечно-сосудистых заболеваний. В работах, посвященных изучению ФП, эта патология описана, как новая сердечно – сосудистая эпидемия [8], указывается, что за последние 50 лет частота распространения увеличилась в 2,5 раза. По данным Фремингемского исследования у пациентов с ФП в 1,5 - 2 раза более высокий риск смерти по сравнению с общей популяцией, у 5% ежегодно возникают нарушения мозгового кровообращения (в 2 – 7 раз чаще, чем у лиц без ФП). Выявление ФП наиболее часто происходит при наличии ее устойчивых клинически явных форм, а транзиторные и асимптоматические случаи часто не диагностируются из – за отсутствия явных клинических симптомов. По международной классификации болезней (МКБ от 1995 г.) изменения сердечно – сосудистой системы при тиреотоксикозе трактуются, как «тиреотоксическая болезнь сердца» (кардиомиопатии при болезнях, классифицируемых в других рубриках, I.43.8). Именно осложнения при тиреотоксикозе со стороны сердечно-сосудистой системы определяют в большинстве случаев прогноз, тяжесть данного состояния, трудоспособность пациентов. Эпидемиология тиреотоксического поражения сердца до сих пор изучена недостаточно. Так по данным ЭНЦ[6] распространенность тиреотоксического поражения сердца 6,1%, ФП – 4,8%. По данным других авторов ФП при тиреотоксикозе (Т) встречается до 15 % случаев, ХСН – от 7 до 25. Хорошо изучено, что при Т создаются все условия для изменения структуры сердца с развитием его дистрофии, изменения диастолической функции, изменение размеров полостей сердца, а затем и с дисфункцией левого желудочка.

Цель работы. Оценить частоту встречаемости ФП, ХСН при Т в разных возрастных группах, при разной длительности течения Т, возможность их обратного развития.

Материалы и методы. В исследование были включены 340 пациентов в возрасте от 21 года до 68 лет (23,8% муж. - 81/340, 76,2% жен. -259 /340). Временной срез – 2007-2010гг. Все пациенты жители г. Ярославля и Ярославской области. Анализ проводился на основании данных амбулаторных карт, историй болезни, при общении с пациентами. Критерии включения: наличие Т в результате болезни Грейвса - Базедова (ГБ), узлового токсического (УТЗ) или многоузлового токсического зоба (МТЗ). Критерии исключения: инфаркт миокарда, другие ССЗ в анамнезе (ревматическая болезнь сердца, дилатационная кардиомиопатия), другие состояния, сопровождающиеся Т (подострый тиреоидит, ятрогенный тиреотоксикоз в результате избыточного приема тиреоидных гормонов), злоупотребление алкоголем. Из лабораторных методов использовался иммуноферментный метод определения уровня гормонов : св. Т4(норма 10 – 27 пмоль/мл), св. Т3(норма 2,2 – 6,4пмоль/мл), ТТГ (норма 0,32 – 5,0 МкМе/мл), УЗИ щитовидной железы, эхокардиоскопия проводились на ультразвуковом сканере «Philips En Visor», оценивались размеры левого предсердия (ЛП) (норма до 40 мм), наличие диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) оценивалась на основании

максимальной скорости пика Е, максимальной скорости предсердной систолы А, соотношения Е/А, время замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ – ДТ, время изоволюметрического расслабления ЛЖ – IVRT. На основании американской и европейской ассоциации кардиологов использовалась классификация ФП, при оценке степени ХСН использовалась классификация сердечной недостаточности Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA от I до IV функционального класса). Объем щитовидной железы по рекомендациям ВОЗ (норма до 18 мл у женщин и до 25 мл у мужчин).

В ходе лечения пациенты получали стандартную тиреостатическую терапию (тирозол, мерказолил в дозе от 30 до 40 мг/сутки), при наличии ХСН и ФП только кардиоселективные β – блокаторы и ингибиторы АПФ (иАПФ)/или антагонисты рецепторов ангиотензина2). Обследование пациентов проводилось при обращении по поводу Т и через 1 год наблюдения (в течение этого времени пациенты находились в состоянии медикаментозного эутиреоза, подтвержденного данными гормонального исследования). При статистическом анализе определялись медиана (Ме), 25 и 75 процентиля, данные считались достоверными при $p < 0,05$. Пациенты были распределены по возрасту: 1 группа – молодые в возрасте 29 лет [24,41] - 80 чел. Из них 23,75%, (n=19) мужчин, 76,25% (n=61) женщин. В данной группе у 92,5% (n=74) выявилась синусовая тахикардия и/или суправентрикулярная экстрасистолия без признаков ХСН. У 7,5% (n=6) не было выявлено изменений по данным эхокардиографии или ЭКГ, данные пациенты были исключены из исследования. 2 группа – пациенты среднего возраста - в возрасте 46 лет [43,53] n=132 чел. Из них 24,24% (n=32) мужчин, 75,76% n=100 женщин. 3 группа 128 пациентов в возрасте 59 лет [55,67] пожилого и старческого возраста. Из них 23,43% (n=30) - мужчины, 75,56% (n=98) - женщины. В 2 и 3 группах оценивались частота ФП, частота встречаемости разной степени тяжести ХСН, размеры (ЛП), наличие диастолической дисфункции ЛЖ.

Результаты. Основные параметры сердечной деятельности у пациентов среднего возраста (группа 2) представлены в таблице 1, данные параметры группы 3 (пациенты пожилого и старческого возраста) – таблица 2

Таблица 1 - Основные параметры сердечной деятельности у пациентов группа 2

Признак	На момент выявления n=132 чел.	Через 1 год наблюдения n=132 чел.
ФП	13,64% (18 чел.)	11,36% (15 чел.)
Без ФП	86,36% (114чел.)	88,64% (117 чел.)
Размеры ЛП (M±m)	44 мл ± 2 мл	42 мл ±1,5 мл
ХСН I ФК NYHA	15,91% (21 чел.)	7,58% (10 чел.)
ХСНII ФК NYHA	10,61% (14 чел.)	11,36 % (15 чел.)
ХСНIIIФК NYHA	2,27% (3чел.)	0% (0 чел.)
ХСНIVФК NYHA	0,76% (1 чел.)	0% (0 чел.)
Всего с ХСН	29,55% (39 чел.)	18,94% (25 чел.)
Диастолич. дисфунк. сердца	15,91% (21 чел.)	7,58 % (10 чел.)

ФП – фибрилляция предсердий, ЛП – левое предсердие, $p < 0,05$.

Таблица 2 - Основные параметры сердечной деятельности у пациентов группа 3

Признак	На момент выявления n=128 чел.	Через 1 год наблюдения n=128 чел.
ФП	21,88% (28чел.)	18,75% (24 чел.)
Без ФП	78,12% (100 чел.)	81,25% (104 чел.)
Размеры ЛП (M±m)	44 ± 2 мл	42 ± 2 мл
ХСН I ФК NYHA	24,22% (31 чел.)	18,75% (24 чел.)
ХСНII ФК NYHA	16,41% (21 чел.)	20,31% (26 чел.)
ХСНIIIФК NYHA	6,25% (8 чел.)	0%(0 чел.)
ХСНIVФК NYHA	4,69% (6чел.)	0% (0 чел.)
Всего с ХСН	51,56% (66 чел.)	39,06% (50 чел.)
Диастолич. дисфунк. сердца	24,22% (31 чел.)	18,75% (24 чел.)

$p < 0,01$

При анализе данных выявлено, что частота ФП составляет 13,64% в 2 группе и 21,88% - в 3 группе ($p < 0,01$). В обеих группах наблюдения размеры ЛП были выше нормы и не изменялись через 1 год наблюдения. В 2 группе наблюдения значительно уменьшилось количество пациентов с проявлениями ХСН 4% через 1 год наблюдения, также уменьшилось количество пациентов с проявлениями диастолической дисфункции ЛЖ (табл.1) . Количество пациентов с ХСН было достоверно выше в 3группе по сравнению со 2 группой (51,56% и 29,55% соответственно). При оценке группы пациентов с сохраняющейся ФП было выявлено, что прогностическими факторами являются длительность течения недиагностируемого Т ($p < 0,001$), возраст ($p < 0,05$) размеры ЛП (более 40 мл – при $p < 0,05$) (ДИ – 95%). При выявлении причин длительно недиагностируемого Т оказалось, что 49% пациентов

длительно не обращались за медицинской помощью, 30 % пациентов имели долго не диагностированное заболевание, 21 % пациентов не выполняли и/или недостаточно выполняли врачебные рекомендации в следствие различных факторов.

Выводы: В процессе данного исследования выявлено, что частота встречаемости ФП при тиреотоксикозе зависит от возраста. Сохранение ФП на фоне компенсации тиреотоксикоза достоверно зависит от размеров ЛП (при нормальных размерах до 40 мл – обратимы, при больших – нет). Одной из основных причин отсутствия обратимых изменений со стороны ССС является длительность недиагностируемого Т. В качестве факторов раннего выявления Т является привлечение пациентов и врачей широкого профиля к данной проблеме, разработка скринингов для более раннего выявления этой патологии.

Литература

1. Аметов А.С., Кониева М.Ю., Лукьянова И.В. Сердечно-сосудистая система при тиреотоксикозе. Consilium medicum, Том 05, №11, 2003, с.34-38
2. Быстрова Т.В., Трошина Е.А., Абдулхабирова Ф.М. Состояние сердечно-сосудистой системы при субклиническом тиреотоксикозе. Consilium medicum, Том 01, №3, 2006.
3. Котова Г.А., Лившиц Г.Я. О поражении миокарда при гипер- и гипотиреозе. Проблемы эндокринологии №1, 1992.
4. Шустов С. Б., Кицышин В.П. Особенности суточного распределения нарушений ритма у больных с эндокринными кардиомиопатиями. Consilium medicum. Том 1, №3, 2006.с. 23-30
5. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН, ФП (третий пересмотр). Москва, 2010г.
6. Biondi B. Cardiovascular effects of mild hypothyroidism. Thyroid. 2007 Jul;17(7):625-30.
7. Fazio S, Palmieri EA, Lombardi G, Biondi B. Effects of thyroid hormone on the cardiovascular system. Recent Prog Horm Res. 2004;59:31-50.
8. Sawin C.T., Geller A., Wolf P.A. et al. Low serum thyrotropin concentrations as a risk factor for atrial fibrillation in older persons. N. Engl. J. Med. 1994. Vol. 331; 1249-1252.

Корнетов Н.А.¹, Царгородская² А.О.

Профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой ФПК и ППС; студент, Сибирский Государственный медицинский университет

ВАРИАбельность психической адаптации студентов университета с различным уровнем мобильности суставов

Аннотация

Представлены данные исследования психической адаптации среди студентов раннего периода обучения. В связи с концепцией о соединительно-тканых дисплазиях был проведен сравнительный анализ уровней психического приспособления с различиями в мобильности суставов. Отмечены существенно низкие уровни психической адаптации студентов независимо от субсиндромальной гипермобильности. Полученные данные определяют необходимость организации психологической помощи студентам начального периода обучения для профилактики психической дезадаптации.

Ключевые слова: стресс, психическая адаптация, мобильность суставов.

Kornetov N.A.¹, Tshargorodskaya² A.O.

Professor, Doctor Medical Science, Head of Department of Psychiatry postgraduate students; Student, Siberian State Medical University.

VARIABILITY MENTAL ADAPTATION OF UNIVERSITY STUDENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF JOINT MOBILITY

Abstract

The article is considered researches of mental adaptation among students of the early period of studying. The comparative analysis of levels of the mental adaptation with distinctions in mobility of joints was carried out in according of the concept about connective tissue dysplasia. There are low levels of mental adaptation of students in spite of subsyndromal hypermobility of joints. It's necessary to organize psychological care of students for prevention mental disadaptation and disorders

Keywords: stress, mental adaptation, mobility of joints.

Вопросы профессионального роста и развития, здоровья и личностного благополучия студентов высшей школы, а также их психологической адаптации, взаимоотношений в последние десятилетия привлекают все больше внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей. [4,5,7]. Особенно актуальна эта проблема выявляет себя у студентов раннего периода обучения. [8] Приспособление к новой окружающей среде и к новым социальным отношениям, высокая интенсивность умственной работы, связанная с большим объемом новой информации, являются факторами, которые могут приводить к состоянию длительного напряжения – стрессу, и при психо-физических перегрузках вызывать дистресс – страдание, которое сопровождается нарушением психической адаптации. При этом, известно, насколько тесно связаны тревога, депрессия, уровень психического напряжения между собой, которые в совокупности или самостоятельно могут определять тот или иной уровень адаптивного процесса к учебе, быту, социальному функционированию., успешность адаптации между собой. Поэтому значительные и длительные нарушения адаптации могут приводить не только к развитию собственно дезадаптации, проявляющейся в форме интрапсихических конфликтов, в снижении эффективности социально-психологической адаптации и расстройств психофизиологических функций, но и являться основой для развития более тяжелых психических нарушений, крайней степенью проявления которых является суицидальное поведение.

Известно, что рост суицидов в России практически за последние 20 лет у мужчин 18-34 лет увеличился на 80%; у женщин за этот же период на 54% [2].

В связи с проблемой стрессовых состояний, разных уровней психической адаптации следует выделить основные дефиниции, связанные с этой проблемой. Некоторые из терминов и понятий носят не совсем точный и употребляются в разных значениях. [6]. Определим некоторые понятия, которые с одной стороны связаны со стрессом, включая нагрузки и экзамены на первых курсах обучения, с другой – определяют вариативность психической адаптации студентов с их вариабельностью конституциональных характеристик и психотипологических особенностей.

В настоящее время термин «стресс» в неизменной форме используется для описания аверсивных раздражителей чрезмерной интенсивности, физиологических, поведенческих и субъективных реакций на них или контекстуальных событий, в котором происходит столкновение индивидуума со стрессогенными стимулами. Иногда термином «стресс» определяют все перечисленные явления. Таким образом, значение этого термина имеет широкий и несколько размытый характер, поэтому употреблять его следует строго в отношении тех событий, которые он может определять. Продемонстрируем данное положение в следующих его обозначениях.

Стрессовое событие жизни. Любое внешнее событие, требующее от индивидуума изменений в непрекращающемся процессе адаптации в жизни и напряжения механизмов психической и физической адаптации. Примерами могут служить перемена места жительства, поступление в школу или ее окончание, экзаменационный период, изменение места работы или неудачи в ее поиске, значимые расставания, рождение или смерть членов семьи. Эти события могут являться необходимыми, но недостаточными