

УДК 616.43:616-008.9-07

ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л.Ю. ЗЮБИНА, Л.А. ПАНАЧЕВА, М.М. ШИЛИНА, Л.А. ШПАГИНА*

В группе терапевтических заболеваний метаболический синдром (МС) занимает особое место, что связано с высокой распространенностью среди населения (особенно в старших возрастных групп), трудностями лечения и серьезным клиническим прогнозом вследствие высокой частоты коронарного риска. По мнению М.Н. Мамедова [4], сочетание 3-х компонентов МС с большой вероятностью ассоциируется с синдромом инсулинорезистентности (ИР). У лиц с артериальной гипертензией (АГ) ≥5 лет, МС выявляется в 60% случаев, среди больных с сахарным диабетом 2 типа – в 90% [5,10]. Частота выявления симптомокомплекса у пациентов с мягкой АГ и избыточной массой тела составляет 86%, при этом у 69% из них он сопровождается лабораторными проявлениями нарушений углеводного обмена [6, 3]. Имеются также взаимосвязи изменений липидного обмена и ИР [1].

Возраст больных с заболеваниями ЩЖ и МС

Возраст, гг.	Больные с патологией ЩЖ и МС						Больные с патологией ЩЖ					
	М.		Ж.		Всего		М.		Ж.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	-	-	-	-	-	-	-	-	50	8,3	50	7,9
30-39	-	-	-	-	-	-	1	3,3	52	8,7	53	8,4
40-49	-	-	10	6,5	10	6,4	2	6,6	112	18,7	114	18,1
50-59	1	0,6	43	27,7	44	28,2	9	30,0	178	29,8	187	29,8
60-69	-	-	70	45,2	70	44,9	13	43,4	143	23,9	156	24,9
70-79	-	-	32	20,6	32	20,5	5	16,7	53	8,8	58	9,2
80-89	-	-	-	-	-	-	-	-	11	1,8	11	1,7
Итого:	1	0,6	155	99,4	156	100,0	30	4,8	599	95,2	629	100,0

Таблица 1

Возраст больных с компонентами МС и тиреоидной патологией

Возраст, гг.	Группа А		Группа Б		Группа В		Группа Г		Всего больных			
									М.		Ж.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
40-49	8	12,3	1	2,0	1	2,9	-	-	-	-	10	6,3
50-59	19	29,2	13	27,1	11	32,4	1	11,1	1	0,6	43	27,7
60-69	30	46,2	21	43,8	13	38,2	6	66,7	-	-	70	44,9
70-79	8	12,3	13	27,1	9	26,5	2	22,2	-	-	32	20,5
Итого:	65	100,0	48	100,0	34	100,0	9	100,0	1	0,6	155	99,4

Таблица 2

В формировании синдрома ИР принимают участие гормональные факторы, оказывающие выраженное влияние на липидный и углеводный обмены. При этом основные компоненты МС в большей степени связаны с функциональным состоянием ЩЖ. Доказано, в частности, что состояние тиреоидной недостаточности способствует развитию гиперлипидемии [12, 7] и более быстрому прогрессированию атеросклеротического процесса, ведущего к развитию ишемической болезни сердца и нарушению мозгового кровообращения [9,14, 11] – существует прямая связь между нарушениями липидного спектра крови и гипофункцией ЩЖ.

Исследования [2] показали, что у 67,6% больных с МС и нарушением жирового обмена имеются изменения структуры ЩЖ, а у 5% – явные проявления гипотиреоза. Авторами установлены прямые корреляционные связи между возрастом пациента и объемом тиреоидной ткани и обратные – с уровнем тиреотропного гормона и йодурей. В связи с изложенным, важным является изучение проявлений МС у больных с патологией ЩЖ.

Цель – изучение частоты МС при тиреоидной патологии в зависимости от ее нозологических форм и возраста больных.

В исследование включено 785 больных с заболеваниями ЩЖ, состоящих на диспансерном учете у районного эндокринолога. Среди них преобладали женщины (96,1%). Доминировала группа больных в возрасте 50 лет и старше (71,1%).

Диагностика МС велась по международным критериям [13]. МС включает абдоминальное ожирение (объем талии у мужчин >102 см, у женщин >88 см, индекс Кеттелла >30 кг/м²), АГ >130/85 мм рт. ст., уровень триглицеридов >1,7 ммоль/л (или 150 мг/дл), низкий уровень холестерина ЛПВП (<1 ммоль/л у мужчин и 1,3 ммоль/л у женщин (или <39/50 мг/дл), уровень глюкозы в плазме крови натощак >6,1 ммоль/л (110мг/дл). Диагноз МС установлен на основании трех и более различных сочетаний АГ и нарушений жирового, липидного и углеводного обменов.

Результаты работы показали, что частота МС у больных с тиреоидной патологией составила 19,9% (у 156 из 785 человек). Сравнительный анализ групп пациентов с тиреоидной патологией и МС (1 группа) и при отсутствии последнего (2 группа) свидетельствует, что в 1 группе женщин было больше (соответственно 99,4% и 95,2%), а мужчин меньше (0,6% и 4,8%). МС на фоне заболеваний ЩЖ (1 группа) значительно чаще диагностирован среди женщин 60 лет и старше, тогда как во 2 группе пациентов этого же возраста было меньше (65,8% и 34,5%) (табл. 1).

Наиболее часто среди больных с тиреоидной патологией встречались следующие компоненты МС – сочетание АГ, абдоминального ожирения и нарушение липидного обмена – у 65 человек (41,7%, группа А); сочетание АГ, абдоминального ожирения и изменений углеводного обмена – 48 (30,8%, группа Б); реже диагностированы 4 компонента МС (АГ, абдоминальное ожирение, нарушение липидного и углеводного обменов – 34 (21,8%, группа В) и в 9 случаях (5,7%) – сочетание АГ и нарушение липидного и углеводного обменов (группа Г). Больные группы А и Б мало различались между собой. Среди больных группы А в 6,2 раза чаще наблюдались лица в возрасте 40-49 лет (соответственно 12,3% и 2,0%), а в группе Б больше было пациентов 70-79 лет (27,1% и 12,3%). В группе В по сравнению с предыдущими группами несколько больше было лиц в возрасте 50-59 лет (соответственно 32,4%, 29,2% и 27,1%) и меньше – в возрасте 60-69 лет (38,2%, 46,2% и 43,8%). В то же время среди больных, составивших группу Г, преобладали лица 60-69 лет (66,7%), а трудоспособного возраста – всего 11,1% (табл. 2).

АГ преимущественно III степени имели 85,7% больных с сочетанной патологией. Длительность заболевания у 46,9% варьировалась от 1 до 10 лет и у 53,1% была свыше 10 лет. Большинство из них имели абдоминальное ожирение I степени (53,1%), реже – II (29,3%) и III (17,6%).

Наиболее часто проявления МС наблюдались у больных с диффузно-узловым нетоксическим зобом (ДУНТЗ) – 32,8% и аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) – 21,9%, реже – при многоузловом зобе (МУЗ) – 11,6%, послеоперационном гипотиреозе (10,9%) и диффузном нетоксическом зобе (ДНТЗ) – 9,6%. При других заболеваниях тиреоидной системы клиника МС выявлялась в 13,2% случаев. Однако при анализе нозологических форм тиреоидной патологии и сочетаний компонентов МС выявлены определенные различия. Среди больных, составивших группу А, частота ДУНТЗ и АИТ различалась незначительно (соответственно 29,3% и 27,8%). Среди лиц групп В и Г частота ДУНТЗ была 44,2% и 44,5%, а число больных АИТ различалось в 1,6 раза (в группе В – 20,6%, группе Г – 33,3%). Среди пациентов группы Б частота ДУНТЗ также была наиболее высокой (27,1%). В этой группе выявлена наиболее высокая частота лиц с МУЗ (18,8%) и ДНТЗ (18,8%). Частота первичного гипотиреоза у больных с различными вариантами МС варьировалась от 2,0% до 7,7%, при этом он отсутствовал у пациентов группы Г. Частота послеоперационного гипотиреоза была минимальной среди лиц группы В (2,9%), в других группах варьировала от 11,1% до 14,6%. Частота кист ЩЖ была минимальной (2,9%-6,2%). В ряде случаев у больных с различными компонентами МС наблюдались узловые образования ЩЖ (ДНТЗ, ДУНТЗ и МУЗ) в сочетании с первичным гипотиреозом, что составило 0,6%-1,9% (табл. 3).

Большинство лиц с тиреоидной патологией и проявлениями МС относились к возрастной группе 60-69 лет (44,9%), что соответствует результатам популяционных исследований. Сочетание

* Новосибирский ГМУ, Россия, г. Новосибирск, e-mail: mkb2_adm@mail.ru

патологии ЩЖ с МС, характеризующимся АГ, нарушениями жирового, липидного и углеводного обменов, чаще диагностировались у больных трудоспособного возраста (29,1–41,5%), что определяет более серьезный прогноз и необходимость индивидуальной реабилитационной программы и динамического наблюдения этих пациентов. Наиболее часто у лиц с заболеваниями ЩЖ выявлялись проявления МС, включающие АГ, нарушение жирового и липидного обменов (41,7%), а среди заболеваний тиреоидной системы – ДУНТЗ (32,8%) и АИТ (21,9%).

УДК 616.248-08:616.12-008.331

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА СЕВЕРЕ

В.Ф. УШАКОВ, Э.А. ИЛЬИНА, Т.Г. КОЛЕСНИК, О.В. МАСАЛЁВА, В.А. СЛАВНОВ, О.В. ШЕВЧЕНКО*

Усовершенствование технологии диспансеризации больных бронхиальной астмой с сочетанной артериальной гипертензией заключается в увеличении частоты амбулаторных осмотров с коррекцией лечения, в регулярном использовании симбиокорта, спиривы, микардиса, адаптогенов, антиоксидантов, курсов небулайзерной терапии, методики БОС.

Таблица 3

Частота заболеваний тиреоидной системы при различных вариантах МС

Заболевания ЩЖ	Группа А		Группа Б		Группа В		Группа Г		Всего больных	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ДНТЗ	4	6,2	9	18,8	2	5,9	–	–	15	9,6
АИТ	18	27,8	6	12,5	7	20,6	3	33,3	34	21,9
Гипотиреоз первичный	5	7,7	1	2,0	2	5,9	–	–	8	5,1
Гипотиреоз послеоперационный	8	12,3	7	14,6	1	2,9	1	11,1	17	10,9
ДУНТЗ	19	29,3	13	27,1	15	44,2	4	44,5	51	32,8
МУЗ	5	7,7	9	18,8	4	11,8	–	–	18	11,6
ДТЗ	1	1,5	–	–	–	–	–	–	1	0,6
Киста(ы)	2	3,0	3	6,2	1	2,9	–	–	6	3,8
ДНТЗ и гипотиреоз первичный	–	–	–	–	1	2,9	–	–	1	0,6
ДУНТЗ и гипотиреоз первичный	2	3,0	–	–	–	–	1	11,1	3	1,9
МУЗ и гипотиреоз первичный	1	1,5	–	–	–	–	–	–	1	0,6
Рак ЩЖ	–	–	–	–	1	2,9	–	–	1	0,6
Итого:	65	100,0	48	100,0	34	100,0	9	100,0	156	100,0

Полученные данные сопоставимы с результатами исследований других авторов [8], говорящих о преобладании в структуре тиреоидной патологии АИТ и узловых образований ЩЖ. Проведенные исследования позволяют рекомендовать больным с МС обязательное исследование функции тиреоидной системы.

Литература

1. Агеева В.В. и др. // Тер. архив.– 2002.– Т.74, № 10.– С. 12.
2. Ануфриенко Е.В. и др. // Актуальные вопросы современной медицины: Тезисы докладов XII научно-практической конференции врачей.– Новосибирск, 2002.– С. 225.
3. Кобалава Ж.Д. и др. // Кардиол.– 2005.– Т.45, № 4.– С. 37.
4. Мамедов М.Н. // Кардиол.– 2005.– Т.45.– № 5.– С. 92–96.
5. Мамедов М.Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома.– М., 2005.– С. 13–24; 59–65.
6. Оганов Р.Г. и др. // Кардиол.– 2005.– Т.45.– № 7.– С. 27.
7. Петренко О.В. и др. // Компенсаторно-приспособительные процессы: фундаментальные, экологические и клинические аспекты: Мат-лы Всерос. конф.– Новосибирск, 2004.– С. 153–154.
8. Сошникова Н.В. и др. // Актуальные вопросы современной медицины: Тезисы докладов XIV научно-практической конференции врачей.– Новосибирск, 2004.– С. 49–50.
9. Триль В.Е. и др. // IV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тезисы докладов.– М., 2002.– С. 555.
10. Хадипаш Л.А. и др. // Проблемы эндокринологии.– 2001.– Т.47.– № 4.– С. 30–34.
11. Cappola A.R. et al. // J. clin. endocrinol. and metabolism.– 2003.– Vol. 88.– No. 6.– P. 2438–2444.
12. Caraccio N. et al. // J. clin. endocrinol. and metabolism.– 2002.– Vol. 87.– No. 4.– P. 1533–1538.
13. Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive summary of the third report of the national cholesterol education program // JAMA.– 2001.– №285.– P. 3.
14. Mya M.M. et al. // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.– 2002.– Vol. 57.– P. 658–659.

Бронхиальная астма (БА) является широко распространенным, социально-значимым заболеванием. По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 100-150 миллионов человек (5-15 % населения), страдающих данной патологией [1, 2, 11]. Каждый 12-й житель России страдает бронхиальной астмой. За последние десятилетия количество заболевших БА на урбанизированном Севере увеличилось в 3-4 раза [5]. При этом в данном регионе БА, особенно в сочетании с двумя-тремя сопутствующими заболеваниями, протекает тяжело, с высоким риском летального исхода [8–10]. Определенное влияние на течение БА оказывает артериальная гипертензия [6, 7]. При сочетании ХОБЛ, БА с АГ, происходит отягощение обоих заболеваний, чаще развивается сердечная недостаточность, безболевая форма инфаркта миокарда, аритмии сердца, хроническая дыхательная недостаточность [4, 8]. По данным этих авторов у больных АГ в сочетании с БА происходит суммирование вазоконстриктивных и ослабление депрессорных факторов, проводящих к усугублению и прогрессированию заболеваний. В то же время технологические аспекты при диспансеризации больных БА с сопутствующей АГ недостаточно разработаны, ингаляторы для лечения БА ряда фирм несовершенны, неудобны при использовании. Клинические особенности течения сочетанных заболеваний в климатоэкологических условиях Севера недостаточно изучены, что затрудняет проведение их вторичной профилактики.

Блокаторы ИАПФ – каптоген, каптоприл, эналаприл – являются препаратами выбора данной группы пациентов. Одним из побочных явлений ИАПФ являются признаки бронхообструктивного синдрома [4, 6–7]. Роль новых технологий в устранении данных побочных явлений не изучена.

Цель исследования – изучение технологических аспектов усовершенствования диспансеризации больных бронхиальной астмой с сопутствующей артериальной гипертензией на Севере.

Материал и методы исследования. Проанализированы обращения (за период 6 лет) приезжих в г. Сургут 308 больных экзогенной бронхиальной астмой (БА) (282 больных БА средней степени тяжести и 26 больных БА тяжелой степени тяжести), средний возраст 45,4 ± 2,2 лет, с сопутствующей артериальной гипертензией II ст, НК- I и II А стадии в 3 поликлиниках города по поводу обострения БА. Наряду с этим для проведения сравнительного анализа эффективности ведения (в течение 1-2 лет) больных БА с сочетанной АГ подразделили на группы в зависимости от методов амбулаторного лечения.

В условиях консультативно-диагностической поликлиники СОКБ и поликлинике «Нефтяник» г. Сургута проведен анализ результатов комплексных клинических, функциональных, рентгенологических, биохимических, иммунологических исследований выполненных у 110 больных (96 женщин и 14 мужчин в возрасте от 24 до 72 лет) БА среднетяжелого течения (БАСТ) (n=67) и тяжелой (n=43) течения (БАТТ). Средний возраст составил 47,8±3,1 лет. Контрольную группу практически здоровых людей в возрасте от 20 до 67 лет (средний возраст 42,0 ± 3,8 года) составили 20 человек. 18 больным 1 группы (12 лиц с БАСТ и 6 пациентов БАТТ) было обеспечено контрольное динамическое обследование (с ежемесячным осмотром, изучением спирометрических показателей) и коррекции ступенчатой терапии (10-16 раз в году) с использованием симбиокорта (160/4,5) 2-5 вдохов 2 раза в день, спирава 1-2 вдохов в день, ИАПФ (энала-

* Сургутский государственный университет, 628400, г.Сургут, Тюменской области, ул.Энергетиков,14. тел. 52-73-72