

Критерии своевременного выявления больных туберкулезом

Критерии	Должная величина (%)	Величина показателей в Омской области (%)				
		2005	2006	2007	2008	2009
Охват населения проверочными флюорографическими осмотрами	60–70	62,6	73,1	73,1	86,0	94,3
Доля больных активным туберкулезом, выявленных при проверочных осмотрах, среди всех впервые взятых на учет	70–75	74,5	68,6	71,0	68,5	70,2
Доля больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких среди впервые выявленных больных	1–1,5	7,2	6,8	6,3	4,1	4,1
Доля больных, умерших от туберкулеза в первый год наблюдения, среди всех умерших от туберкулеза	–	18,1	18,1	21,3	24,8	17,6
Доля больных с посмертно установленным диагнозом среди всех впервые взятых на учет	1	3,3	2,4	2,4	2,7	1,9

регистрацию результатов флюорографического осмотра лиц из «декретированных контингентов» – по месту работы и по месту проживания, недостатки организации профилактических осмотров отдельных групп населения (домохозяек, пенсионеров, безработных, социально дезадаптированных слоев населения – именно они, как правило, составляют группу лиц, не обследованных флюорографически в течение 2 и более лет), отсутствие должного контроля за сроками дообследования флюороположительных лиц.

Заключение

На основании результатов проведенного исследования выявлены различия между величинами количественных и качественных показателей эффективности работы по своевременному выявлению туберкулеза. Основные причины низкого качества – дефекты переписи населения, двойная регистрация результатов флюорографического осмотра лиц из «декретированных контингентов» – по месту работы и по месту проживания, недостатки организации профилактических осмотров отдельных групп населения, отсутствие должного контроля за сроками дообследования флюороположительных лиц – должны определить главные направления деятельности медицинских работников первичного звена для улучшения качества существующей системы организации выявления туберкулеза у взрослых в муниципальных районах Омской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глумная Т. В. Влияние активного выявления и лечения больных туберкулезом на летальные исходы // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2006. – № 7. – С. 22–27.
2. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. – Новосибирск, 2008. – 65 с.
3. Основные эпидемиологические показатели противотуберкулезной деятельности в Омской области в 2009 году. – Омск, 2010. – 75 с.
4. Туберкулез в Российской Федерации. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2007. – 126 с.
5. Фтизиатрия: Национальное руководство / Под редакцией М. И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
6. Шилова М. В. Туберкулез в России в 2007 году: Монография. – М., 2008. – 152 с.
7. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и результаты противотуберкулезной работы в Омской области в 2008 году (2006–2008 гг.). – Омск, 2009. – 76 с.
8. Guidelines for establishing DOTS-PLUS pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis [MDR-TB]. – WHO. – 2000. – 95 p.
9. Jakubowiak W. M. Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions / W. M. Jakubowiak [et al] // The international journal of tuberculosis and lung disease. – 2007. – Vol. 11. № 1. – P. 46–53.

Поступила 22.12.2011

Л. А. ИВАНОВА¹, О. Н. РОСТОВЦЕВА¹, И. В. КОРОЛЬ¹, О. Н. БУВАНЕНКО²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИОКТАЦИДА-БВ В ЛЕЧЕНИИ ЗОБА ХАШИМОТО У ЖЕНЩИН

¹Кафедра эндокринологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета Минздравсоцразвития Российской Федерации,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +78612521744.
E-mail: endocrinkgmu @ mail. ru;
²ГУЗ краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского,
Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167, тел. +79184498038

25 женщин с эутиреоидным зобом Хашимото в возрасте от 18 до 65 лет принимали тиоктацид-БВ в дозе 600 мг в течение 6 месяцев (I группа). Контролем являлись 22 пациентки с зобом Хашимото, не получавшие медикаментозного лечения (II группа). Применение тиоктацида-БВ приводило к достоверному уменьшению объема щитовидной железы и уровня антител к тиреоидной пероксидазе. Положительное влияние на объем ЩЖ сохранялось у 88% пациенток через 6 месяцев после окончания лечения.

Ключевые слова: зоб Хашимото, объем щитовидной железы, тиоктацид-БВ.

L. A. IVANOVA¹, O. N. ROSTOVTSEVA¹, I. V. KOROL¹, C. N. BUVANENKO²

EFFICACY OF THIOCTACID-HR IN THE TREATMENT OF HASHIMOTO'S GOITER ON FEMALE PATIENTS

¹Endocrinology department Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. +78612521744. E-mail: endocrinkgmu @ mail. ru;

²District hospital № 1 n. a. S. V. Ochapovsky,
Russia, 350086, Krasnodar, 1 May str., 167, tel. +79184498038

25 women with Hashimoto's goiter had taken thioctacid -HR, 600 mg 1 tablet once a day during 6 months (group I). 22 female patients with Hashimoto's goiter were as a control (group II). They had not taken thioctacid-HR. Thyroid volume, thyroid function, antibodies to thyroid peroxidase were investigated before and after 6 and 12 months by thioctacid-HR treatment. The use of thioctacid-HR has decreased validity of the thyroid volume, quantity of antibodies to thyroid peroxidase. Women were preserved these effects during 6 months after threatment.

Key words: Hashimoto's goiter, thyroid volume, thioctacid HR.

Зоб Хашимото – генетическое аутоиммунное заболевание щитовидной железы (ЩЖ). Результаты исследований последних лет показали, что апоптоз фолликулярных клеток ЩЖ является одним из ведущих механизмов развития хронического аутоиммунного тиреоидита [1].

Применение тиреоидных гормонов для уменьшения объема ЩЖ при зобе Хашимото ограничено у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, так как приводит к увеличению чувствительности бета-адренорецепторов к катехоламинам [3], особенно у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца, у лиц с синдромом дисплазии сердца (СДС). СДС встречается при аутоиммунных заболеваниях ЩЖ в 39,6–41% случаев [1, 4]. Лечение глюкокортикоидами имеет массу побочных явлений и не рекомендовано при аутоиммунных заболеваниях ЩЖ [2]. Отсутствие эффективного и в равной степени безопасного медикаментозного лечения эутиреоидного зоба Хашимото приводит в ряде случаев к прогрессирующему увеличению ЩЖ, может привести к развитию компрессионного синдрома и потребовать оперативного лечения. С учетом способности тиоктовой кислоты уменьшать апоптоз [5, 6, 9, 10] и лимфоидную инфильтрацию [8] в других органах и тканях исследование ее влияния на объем ЩЖ у пациентов с зобом Хашимото актуально.

Цель исследования – оценить влияние тиоктацида-БВ (THIOCTACID -HR, MEDA PHARMA GmbH & Co. KG, Швейцария) на объем ЩЖ у пациентов с зобом Хашимото.

Материалы и методы

В исследование были включены 25 женщин с эутиреоидным зобом Хашимото в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 47,1±2,8 года), которые принимали тиоктацид -БВ в дозе 600 мг ежедневно за 30 минут до завтрака в течение 6 месяцев (I группа). Контролем яв-

лялись 22 пациентки с зобом Хашимото (средний возраст 45,7±2,2 года), не получавшие медикаментозного лечения (II группа). Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, исходному объему ЩЖ и среднему уровню тиреоидных гормонов.

Диагностика зоба Хашимото проводилась с помощью ультразвукового (УЗИ) и гормонального исследования ЩЖ, которое включало определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (сТ4), свободного трийодтиронина (сТ3), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО). Использовали метод иммунохемилюминесцентного анализа и наборы «Хоффман Ла Рош». Нормы: ТТГ – 0,27–4,2 мМЕд/л, сТ4 – 12,6–21,0 пмоль/л, сТ3 – 3,93–7,7 пмоль/л, АТ-ТПО – 0–34 МЕ/мл.

Обследование пациентов проводили исходно, через 6 месяцев лечения, а затем повторяли через 6 месяцев после завершения медикаментозной терапии. УЗИ ЩЖ и эхокардиографическое исследование проводили по стандартной методике на ультразвуковом аппарате «Combison 420» (Австрия). Запись стандартной электрокардиограммы в 12 отведениях проводилась на регистраторе «Shiller AT 1» (Швейцария).

Критериями включения являлись:

1) высокий уровень АТ-ТПО, который должен был превышать верхнюю границу нормы минимум в 2 раза, что подтверждалось повторным исследованием не ранее чем через 6–12 месяцев;

2) наличие зоба по международным критериям: объем ЩЖ, рассчитанный по формуле Брунна, у женщин превышающий 18 мл;

3) женский пол;

4) информированное согласие пациента.

Критериями исключения являлись: наличие узлов, гипотиреоз.

Таблица 1

Исходная характеристика пациенток с зобом Хашимото (M±SD)

Показатель	Группа I, n=25	Группа II, n=22
Возраст, годы	47,1±2,8	45,7±2,2
Средний объем ЩЖ (мл)	23,3±2,9	22,9±2,1
ТТГ, мМЕд/л	2,68±0,15	2,84±0,17
сТ4, пмоль/мл	14,15±1,07	14,15±1,04
сТ3, пмоль/мл	3,04±0,07	3,09±0,11
АТ-ТПО, МЕ/мл	322,1±65,8	403,2±71,1

Примечание: здесь и далее: ТТГ – тиреотропный гормон, сТ4 – свободный тироксин, сТ3 – свободный трийодтиронин, АТ-ТПО – антитела к тиреоидной пероксидазе.

Таблица 2

Сердечно-сосудистые заболевания у пациенток, включенных в исследование, n (%)

Показатель	Группа I, n=25	Группа II, n=22
Инфаркт миокарда в анамнезе	9 (36,0)	8 (36,4)
Хроническая фибрилляция предсердий	4 (16,0)	2 (9,0)
Дисплазия сердца	8 (32,0)	8 (36,4)
Хроническая сердечная недостаточность	14 (56)	12 (54,5)
Желудочковая экстрасистолия	3 (12)	2 (9,0)
Гипертоническая болезнь	4 (16,0)	2 (9,0)

Таблица 3

Влияние тироктацида-БВ на объем ЩЖ и тиреоидный статус (M±SD)

Показатель	Группа I, n=25		Группа II, n=22	
	Исходно	Через 6 мес.	Исходно	через 6 мес.
Объем ЩЖ, мл	23,3±2,9	15,6±3,1*	22,9±2,1	21,1±1,9
ТТГ, мМЕд/л	2,68±0,15	2,36±0,14	2,84±0,17	2,84±0,17
сТ4, пмоль/мл	14,15±1,07	14,15±1,07	14,15±1,04	14,15±1,04
сТ3, пмоль/мл	3,04±0,07	3,04±0,07	3,09±0,11	3,09±0,11
АТ-ТПО, МЕ/мл	322,1±65,8	151,5±54,2*	403,2±71,1	409,5±74,3

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с контролем.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью электронной программы «Statistica for Windows версия 6.0». Количественные данные в тексте и таблицах представлены средними арифметическими величинами и их стандартным отклонением (M±SD). Критический уровень значимости (p) принимали равным $< 0,05$.

Клинико-гормональная характеристика пациентов приведена в таблицах 1 и 2.

Результаты исследования

В результате лечения тироктацидом-БВ в дозе 600 мг в сутки в течение 6 месяцев отмечалось достоверное уменьшение объема ЩЖ у 22 (88%) ($p=0,013$) пациенток I группы в среднем на 7,7 мл (33%). Средний уровень АТ-ТПО достоверно снижались – на 170,6 МЕ/мл (53,0%; $p=0,002$) за 6 месяцев лечения. В контрольной группе объем ЩЖ ($p=0,655$) и уровень АТ-ТПО ($p=0,963$) существенно не изменялись (табл. 3), равно как уровни ТТГ, сТ4 и сТ3 в обеих группах ($p>0,05$).

Через 6 месяцев после окончания лечения тироктацидом-БВ эффект положительного влияния на объем ЩЖ сохранялся у 19 (86,4%) пациенток (табл. 4).

Побочные эффекты в виде ощущения легкого жжения в эпигастральной области наблюдали у 2 пациентов, получавших тироктацид-БВ. Это не потребовало отмены препарата.

Обсуждение

В доступных нам источниках литературы положительные эффекты тироктацида-БВ у больных с зобом Хашимото не описаны. Однако упоминается о благоприятном влиянии α -липоевой кислоты на апоптоз в других органах и тканях. Например, доказана способность тироктацида-БВ модулировать содержание NO в тканях мозга [7], предотвращать апоптоз в гиппокампе диабетических крыс [9], в ткани левого желудочка сердца [5, 6, 10], снижать выраженность лимфоидной инфильтрации островкового аппарата бета-клеток при СД 1-го типа [8].

Шестимесячный курс приема тироктацида-БВ в дозе 600 мг в сутки приводил к достоверному уменьшению

Наблюдение через 6 месяцев после окончания лечения тиоктацидом-БВ (M±SD)

Показатель	Группа I, n=25		Группа II, n=22	
	Через 6 мес.	Через 12 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Объем ЩЖ, мл	15,6±3,1	15,9±3,2	21,1±1,9	21,7±1,5
ТТГ, мМЕд/л	2,36±0,14	2,53±0,15	2,84±0,17	2,86±0,19
сТ4, пмоль /мл	14,15±1,07	14,05±1,05	14,15±1,04	14,01±1,01
сТ3, пмоль /мл	3,04±0,07	3,11±0,07	3,09±0,11	3,01±0,09
АТ-ТПО, МЕ/мл	151,5±54,2	149,5±48,1	403,2±71,1	409,5±74,3

объема ЩЖ у женщин с последующим сохранением достигнутого результата. Такой способ лечения может рассматриваться как альтернативная медикаментозная терапия зоба Хашимото, сопоставимая по эффективности с тиреоидными гормонами, но не обладающая отрицательным влиянием на сердечно-сосудистую систему.

Можно предположить, что достоверное уменьшение концентрации АТ-ТПО связано с уменьшением активности процесса апоптоза в ЩЖ. Но мониторинг уровня АТ-ТПО, проведенное нами с научной целью, не является обязательным в рутинной клинической практике и не является целью лечения зоба Хашимото. В настоящее время мы не можем влиять на образование АТ-ТПО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Л. А., Король И. В. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани и эндокринная патология // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 5 (104). – С. 63–68.
2. Балаболкин М. И., Клебанова Е. М., Кремницкая В. М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. – М.: Медицина, 2002. – 752 с.
3. Петунина Н. А. К вопросу о состоянии сердечно-сосудистой системы при нарушении функции щитовидной железы // Фарматека-2007. – № 3. – С. 51–56.
4. Терещенко И. В., Голдырева Т. П. Состояние сердца у больных гипотиреозом по данным эхокардиографии // Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 28–30.
5. Cameron N. E. et al. Effect of alpha-lipoic acid on vascular responses and nociception in diabetic rats // Free radic. biol. med. – 2001. – Vol. 31. – P. 125–135.
6. Dicter N., Madar Z., Tirosh O. Alpha-lipoic acid inhibits glycogen synthesis in rat soleus muscle via its oxidative activity and the uncoupling of mitochondria // J. nutr. – 2002. – Vol. 132. – P. 3001–3006.
7. Gross S. S., Wolin M. S. Nitric oxide: pathophysiological mechanisms // Ann. rev. physiol. – 1995. – Vol. 53. – P. 737–769.
8. Faust A., Burcart V. et al. Effect of lipoic acid on cyclophosphamide-induced diabetes and insulinitis in non-obese diabetic mice // Int. j. immunopharmacol. – 1994. – Vol. 16 (1). – P. 61–66.
9. Piotrowski P., Wierzbicka K., Smialek M. Neuronal death in the rat hippocampus in experimental diabetes and cerebral ischemia treated with antioxidants // Folia neuropathol. – 2001. – Vol. 39. – P. 147–154.
10. Bojunga J., Nowak D. et al. Antioxidative treatment prevents activation of death-receptor- and mitochondrion-dependent apoptosis in the hearts of diabetic rats // Diabetologia. – 2004. – Vol. 47. – P. 2072–2080.

Поступила 19.05.2011

А. Х. КАДЕ, А. И. ТРОФИМЕНКО, С. А. ЗАНИН, А. В. БУРЛАКОВ

МОДЕЛИРОВАНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПОСРЕДСТВОМ ПЕРЕВЯЗКИ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У КРЫС

Кафедра общей и клинической патофизиологии
ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4,
тел. (861) 262-40-31. E-mail: zanin77@mail.ru

В литературе, посвященной созданию церебральной ишемии, описываются весьма рутинные и дорогостоящие модели. Целью данной работы было создание удобной и легкоуправляемой модели церебральной ишемии у крыс для проведения хронического эксперимента.

Ключевые слова: церебральная ишемия у крыс, средняя мозговая артерия у крысы.

A. H. KADE, A. I. TROFIMENKO, S. A. ZANIN, A. V. BURLAKOV

MODELLING OF THE CEREBRAL ISCHEMIA BY MEANS OF BANDAGING
OF THE AVERAGE BRAIN ARTERY AT RATS