между мужской популяцией в городе и селе, как и в женской популяции, значимо не различаются. При этом заболеваемость среди мужчин в возрасте старше 70 лет существенно выше, чем среди женщин, а в возрасте старше 70 лет – наоборот.

3. Среди факторов, провоцирующих развитие ИМ, наиболее значимы курение, АГ, стенокардия, сахарный диабет.

4. Регистр как система управления качеством оказания медицинской помощи позволяет получить данные, которые могут быть основой для совершенствования организации региональной медицинской помощи и принятия научно обоснованных решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Yusuf S., Hawken S., Volkova E.G. et al. // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 937–952.

Поступила 25.06.07.

УДК 616.441 – 002 – 08

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.В. Ворохобина, М. Я. Аль-Джадри, З.В. Крючкова, Е. А. Волкова, В.А. Кузьмина

Кафедра эндокринологии (зав. – проф. Н.В. Ворохобина) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

В последнее время наблюдается неуклонный рост заболеваемости подострым тиреоидитом (ПТ). По данным разных регионов, ПТ варьирует от 1 до 15% от числа всех заболеваний щитовидной железы [2]. Меняется клиническое течение заболевания: все чаще наблюдаются тяжелые, рецидивирующие формы заболевания и, наоборот, возникают стертые, часто не диагностируемые формы, которые в 0,3–1,7% случаев являются причиной ошибочной резекции щитовидной железы [2,5].

На основании исследований, проводимых на нашей кафедре, мы пришли к выводу, что ПТ развивается после перенесенной вирусной [3, 5, 6] или бактериальной инфекции по законам гранулемы, но не обычной, а антиген-опосредованной. Происходит так называемый срыв естественной иммунной толерантности. Однако врачами по-прежнему применяются традиционные методы лечения ПТ (нестероидные противовоспалительные препараты или синтетические аналоги кортикостероидов, способные вызвать серьезные побочные эффекты). Поэтому крайне актуальными представляются четкое описание клини-

THE EPIDEMIOLOGY OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS OF AN AGRICULTURAL DISTRICT

E.G. Volkova, A.A. Tarakanov, V.V. Meleshenko, O.P. Malihina

S u m m a r y

According to the acute myocardial infarction registry, data of the morbidity, mortality and the predisposing factors of its development have been studied throughout the 1996–2004 period in the Kurgan region, which is an agricultural district. The morbidity of acute myocardial infarction has elevated by 11% both in the urban and rural areas. The morbidity rate of males under 70 years of age is significantly higher than in women of the same age group, however in the age group older than 70 – visa versa. Amongst the predisposing factors of myocardial infarction development the most significant are: smoking, arterial hypertension, previous history of ischemic heart disease, diabetes mellitus. A big difference between the mortality from myocardial infarction in the urban and rural areas has been found.

ческого течения ПТ и разработка новых оптимальных методов его лечения.

Целью исследования являлись изучение клинических особенностей ПТ, сравнительная оценка различных методов его лечения в зависимости от тяжести заболевания.

В исследовании принимали участие 120 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. Больные были подразделены на четыре большие группы по виду проводимой терапии. Каждому из них назначался индивидуальный алгоритм лечения. Больные 1-й группы (31 чел.) получали преднизолон в малых дозах (10–15 мг) в сочетании с лазеротерапией, 2-й (32) – лазеротерапию в виде монотерапии, 3-й (26) – индометацин (0,75 г в сут) в сочетании с лазеротерапией, 4-й (31) – преднизолон в традиционных дозах (30–40 мг).

Для оценки тяжести состояния мы выбрали следующие основные критерии (табл.1).

Физикальные исследования состояли в осмотре передней поверхности шеи, пальпации щитовидной железы и лимфатических узлов, тонометрии, аускультации серд-

Таблица 1

Критерии тяжести ПТ

Степень тяжести	СОЭ, мм/час	Температура °С	Признаки воспаления	
			общие	местные
Легкая	до 35	до 37,5°	выражены мало	выражены мало
Средняя	35 – 50	до 38,5°	выражены умеренно	выражены умеренно
Тяжелая	выше 50	выше 38,5	ярко выражены	ярко выражены

ца и сосудов. Использовались данные УЗИ щитовидной железы (ЩЖ). Ультразвуковое сканирование ЩЖ мы проводили с помощью аппарата "SONOACE" и линейного датчика 5–9 МГц по стандартной методике. Биохимическими методами определяли уровень кальция, фосфора, холестерина, щелочной фосфатазы, активность ферментов печени, содержание глюкозы в крови. Тиреоидные гормоны – трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ), антитела к тиреоглобулину – исследовали с помощью иммуноферментного анализа. В редких случаях для уточнения диагноза мы использовали радиоизотопные исследования ЩЖ с J^{123} и тонкоигольную аспирационную биопсию [2]. Для подсчета и обработки применялся пакет "Статистика 5".

Пациенты были в возрасте $43,74 \pm 1,7$ года. Соотношение числа мужчин и женщин составляло 1:5, что соответствует данным литературы. Большое внимание уделялось анализу жалоб больных при обращении. Общая слабость: легкая – у 2,5%, выраженная – у 60%, резко выраженная – у 37,5%; головные боли: легкие – у 24,17%, умеренно выраженные – у 62,5%, выраженные – у 13,33%; мышечная слабость: умеренная – у 20,83%, выраженная – у 52,5%, резко выраженная – у 26,67%; боли в одной доле ЩЖ: умеренные – у 20%, выраженные – у 40%, в обеих долях: умеренные – у 4,8%, выраженные – у 35%. Снижение массы тела до 5 кг имело место у 43,33%, отеки – у 23,33%, снижение памяти – у 16,67%, тремор – у 63,33%.

Продромальный период после перенесенной вирусной инфекции отмечался у 52,0% пациентов, после бактериальной – у 23,0%. У 45% больных никакой предшествующей инфекции в ближайшие месяцы установить не удалось.

Перенесенные инфекции мы определяли анамнестическим путем: 62 (52%) человека перенесли, по нашему мнению, вирусную инфекцию: 2 – инфекционный паротит, один – краснуху, одна – инфекционный мононуклеоз и остальные 58 чело-

век – аденовирусную инфекцию с субфебрильной температурой, насморком, кашлем, слезотечением.

28 (23%) человек переболели бактериальной инфекцией: 3 – острой пневмонией (бактериологически был выделен пневмококк и др.), одна – постинъекционным абсцессом (инъекции производились по поводу артроза тазобедренного сустава), 8 – лакунарной ангиной, 10 – фолликулярной ангиной, 5 – гнойным гайморитом и одна за 2 месяца до заболевания ПТ перенесла травматическую, инфицированную рану голени с гнойными выделениями.

Отягощенная наследственность констатирована у 45% пациентов. Среди заболеваний у ближайших родственников преобладали нетоксический зоб и аутоиммунный тиреоидит. Зоб Риделя был диагностирован у одного человека и рак ЩЖ – у 3.

Увеличение ЩЖ 3-й степени отмечалось у 28%, 4-й – у 84,5%, 5-й – у 7,5%. Средняя частота сердечных сокращений в 1 мин – $111,23 \pm 2,73$, САД – $141,77 \pm 2,39$ мм Hg, ДАД – $73,64 \pm 1,4$ мм Hg.

Степень тяжести заболевания: первая – у 31,67%, вторая – у 44,17%, третья – у 24,17%.

Функциональное состояние ЩЖ: легкий гипертиреоз – у 51,92%, выраженный – у 25,96% (всего 91 чел.), эутиреоз – у 18,27% (25), гипотиреоз – у 3,84% (4).

Средняя СОЭ составляла $49,11 \pm 2,44$ мм/ч. Кандидоз ротовой полости наблюдался у 7 (5,8%) человек.

Клинико-лабораторные данные представлены в табл. 2.

Больным 1-й группы назначали 20 сеансов лазеротерапии (плотность мощности – 0,25 ватт, время экспозиции – 2–3 мин на пораженную область, длина шага – 0,632 нм). В 1-й группе у 24 из 31 пациента имелись признаки гипертиреоза, выявленные клиническим и лабораторным путем, у 5 пациентов был эутиреоидный зоб, у 2 больных определялся легкий гипотиреоз. Средняя доза преднизолона составляла $12,5 \pm 0,108$ мг/сут. С учетом критериев тяжести эта группа являлась наиболее тяжелой, ибо в нее были включены больные только

Клинико-лабораторные данные у больных ПТ

Обследованные группы	Средняя t тела °С	СОЭ, мм/час	Т3, нмоль/л	Т4, нмоль/л	ТТГ, мМЕ/мл	Антитела к тиреоглобулину
1-я (n=31)	38,33±0,16*	45,9±56*	2,21±0,19	169,81±11,24	1,48±0,17	139,47±15,63
2-я (n=32)	37,9±0,07*	38,14 2,48*	2,48 0,22	157,31± 8,1	1,18±0,25	329,48±4,81
3-я (n=26)	37,75±0,06*	42,8±1,21*	2,81±0,1	182,61±7,75	5,143±0,79	156,65±45,36
4-я (n=31)	38,44±0,12*	49,11±2,44*	2,42±0,17	172,23±10	0,97±0,12	577,84±108,78

* p<0,05.

со 2 и 3-й степенями тяжести. Субъективное улучшение состояния пациентов наблюдалось на 3-й день. Четкое улучшение (снижение температуры тела, уменьшение болезненности ЩЖ и общих симптомов) наступало на 5-й день наблюдения. По данным литературы [1, 4], эффект лазеротерапии проявляется обычно на 5–6-й день. Болевой синдром полностью исчезал на 7–8-й день. ЩЖ постепенно уменьшалась в объеме, становилась мягче, ранее пальпировавшиеся узлы не определялись. Постепенно снижалась СОЭ. Изменялась картина УЗИ (исчезали облаковидные участки экзогенности). Дозу преднизолона снижали очень медленно, первое снижение составляло в среднем 0,5 таблетки, далее по 0,25 таблетки в сутки один раз в 5–7 дней. Через 30 дней у 28 женщин ЩЖ практически не отличалась от нормы. У 3 пациентов ЩЖ оставалась уплотненной, причем у 2 из них до лечения был диагностирован легкий гипотиреоз. После лечения все больные стали эутиреоидными. Положительный результат лечения наблюдался у 95% больных. Из побочных явлений лечения в двух случаях отмечалось обострение гиперацидного гастрита.

Больным 2-й группы проводилась только лазеротерапия (№ 20, плотность потока мощности – 0,25 ватт, время экспозиции – от 2 до 3 мин на пораженную область, длина шага – 0,632 нм).

В этой группе у 23 из 32 пациентов выявлены признаки гипертиреоза, у 7 больных был эутиреоидный зоб и у 2 исходно выявлен гипотиреоз. Лазеротерапия как монотерапия является эффективной при легком и среднетяжелом течении заболевания [1], поэтому для данной группы пациентов была избрана именно лазерная монотерапия. У 7 больных некоторое улучшение наступило на 3-й день регистрации заболевания. На 5-й день клинически отмечалось отчетливое улучшение у всех пациентов 2-й группы (положительный результат наблюдался в 96% случаях). Побочных явлений не было. В данной

группе исходя из положения, что ПТ относится к антиген-опосредованным гранулематозным заболеваниям, мы проводили патогенетически обусловленное лечение, основанное на уникальной способности низких, "субпороговых" доз лазерного излучения, кроме противовоспалительного действия, активизировать угнетенные биохимические процессы с последующей их мягкой и плавной коррекцией.

Больным 3-й группы проводили лазеротерапию (№ 20, плотность мощности – 0,25 ватт, время экспозиции – 2–3 мин на пораженную область, длина шага – 0,632 нм), сочетанную с индометацином (средняя доза – 3,10±0,05 мг в сут). Низкочастотная лазерная терапия (НЛТ) совместима со всеми методами лечения, потенцируя при этом их действие. Комплексное применение НЛТ с медикаментозной терапией в 2–3 раза снижает потребление медикаментов за счет активации рецепторного аппарата пациента. У 21 из 26 больных имелись признаки гипертиреоза, 5 человек оставались эутиреоидными. Больных ПТ с признаками гипотиреоза в данной группе не выявлено. Положительный результат лечения достигнут у 78% больных 3-й группы. Побочных эффектов не было.

Больных 4-й группы лечили преднизолоном по общепринятой методике. У 23 из 31 больного определялись признаки гипертиреоза, у 8 состояние оставалось эутиреоидным. Больных ПТ с признаками гипотиреоза в данной группе не выявлено. Средняя доза преднизолона составляла 30–40 мг/сут. Положительный результат наблюдался у 100% пациентов. Однако в процессе лечения преднизолоном наблюдался ряд побочных явлений: у 2 развился гиперацидный гастрит, у одной – высокая гипертензия, у 2 – впервые выявлен сахарный диабет.

В течение года в 1-й группе произошел один рецидив ПТ через 4 месяца (0,83% от всех больных), во 2-й – два через 6 месяцев (1,67%), в 3-й – три через 4 месяца

(2,5%), в 4-й – десять (4 – через 4 месяца и 6 – через год).

Таким образом, нами констатированы следующие клинические особенности подострого тиреоидита: болевой синдром имел место у всех больных, причем одностороннее поражение ЩЖ – только у 60%, двустороннее – у 40%. Продромальный период возникал как после перенесенной вирусной инфекции (55,83%), так и после перенесенной бактериальной инфекции (21,67%). У 22,5 больных какой-либо инфекции в ближайшие месяцы не было. Эти данные подтверждают, что ПТ в этиологическом плане гетерогенен. Отягощенная наследственность заболеваниями ЩЖ наблюдалась у 45% пациентов. Уточнено функциональное состояние ЩЖ в разгаре заболевания. Обнаружено преобладание у больных тиреотоксикоза (77,88%), что подтверждает наше мнение об изменении клинического течения ПТ в последние годы. Кроме того, судя по количеству рецидивов заболевания (8,33%) и осложнений у больных получавших большие дозы преднизолона, можно полагать, что от этого метода лечения в большинстве случаев стоит воздерживаться, так как даже при правильно проведенном лечении мы рискуем грубо вмешиваться в систему иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристархов В.Г., Кириллов Ю.В., Аристархов Е.В., Угольникова Е.В. Материалы Всероссийского конгресса эндокринологов – 2004 – С. 262.
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. – М., 2002.
3. Гаспарян Э.Г., Крючкова З.В. Сборник научных трудов. – Л., 1992. – С. 22–28.
4. Крючкова З.В., Азов Б.С. Тезисы докладов I Всероссийской конференции. – М., 1991. – С. 94–95
5. Хмельницкий О.К., Елисеева О.К., Крючкова З.В. // Амбулаторн. хир. – 2001. – № 4. – С. 14–16
6. Aniszewski J. P., Fatourechi G. Z. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2003. – Vol. 88. – P. 2100–2105.

Поступила 25.04.07.

THE CLINICAL PECULIARITIES OF
SUBACUTE THYROIDITIS AND ITS
TREATMENT METHODS

N. V. Vorohobina, M. Ya. Al' Djadri,
Z. V. Kruchkova, E. A. Volkova, V. A. Kuzmina

S u m m a r y

The clinical peculiarities of subacute thyroiditis have been described in 120 patients in the age from 18 to 70 years with different severity of the illness. It was shown that subacute thyroiditis etiologically is heterogenic. The functional state of the thyroid gland in the height of the disease has been specified. A high percent of thyrotoxicosis was shown at the beginning of the illness. A high incidence of recurrences has been found, especially during treatment of patients by traditional methods. A comparative evaluation of different treatment methods with the use of laser therapy has been conducted.

УДК 577 : 616. 12 : 614. 1 : 313. 12

СВЯЗЬ ГОДОВЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ С РИСКОМ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.В. Фомина, С.С. Алтарев, О.Л. Барбараиш

*Кафедра факультетской терапии (зав. – проф. О.Л. Барбараиш)
Кемеровской государственной медицинской академии*

В России, как и в других развитых странах, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться основной причиной смерти взрослого населения. В их структуре ведущее место занимают заболевания, обусловленные атеросклерозом, и в первую очередь ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярная болезнь. Эпидемиологические исследования выявили наиболее важные факторы, влияющие на заболеваемость и смертность от болезней атеросклеротического генеза, – это артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, абдоминальное

ожирение и др. [17]. Среди нетрадиционных факторов, влияющих на течение ССЗ, особое место занимает биоритмологический. Биологические ритмы характеризуются большой устойчивостью к действию разнообразных внешних факторов и могут во многом определять течение ряда заболеваний внутренних органов [2]. Известны факты сезонных колебаний уровня липидов в крови [13], содержания в ней тромбоцитов и фибриногена, возрастающих в зимнем периоде [10], что, по мнению исследователей, является причиной повышения частоты развития острых коронарных катастроф.