

10. Стрижаков Г.Н., Демаков А.Н., Корчагин Е.В. Реконструктивная и органосохраняющая хирургия рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 90-91.
11. Турунцева А.А. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области (без автономных округов) за период с 2001 по 2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 24-25.
12. Шаповал Е.В., Овчинников Д.В., Римденко Г.В. Восстановление ареолы при хирургическом лечении рака молочной железы центральной локализации // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 28-29.
13. Шаповал Е.В., Овчинников Д.В., Римденко Г.В. Методики первичной маммопластики у больных операбельным раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 17-18.

РАЗНОЕ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

В.Г. Елишев, Н.В. Аверина, Т.И. Шабалина

Тюменский ООД, г. Тюмень

Механизм действия радиоактивного йода (^{131}I) при диффузном токсическом зобе заключается в том, что он накапливается в щитовидной железе, излучает β -частицы, которые ее разру-

шают, и продукция тиреоидных гормонов снижается.

Радиойодтерапия – оптимальный из трех возможных методов лечения больных диффузным токсическим зобом (табл. 1).

Показания к лечению диффузного токсического зоба радиоактивным йодом:

- диффузный токсический зоб с тиреотоксикозом средней степени тяжести и тяжелым при отсутствии эффекта от длительного лечения антитиреоидными средствами;

- наличие сопутствующих заболеваний (инфаркт миокарда, недавно перенесенный инсульт, гипертонический криз и др.), когда оперативное лечение невозможно, а медикаментозное лечение неэффективно;

- рецидивы диффузного токсического зоба после оперативного лечения при отсутствии эффекта от правильно проведенной антитиреоидной терапии;

- категорический отказ от операции при отсутствии эффекта от правильно проведенной медикаментозной терапии.

Цель лечения: достижение гипотиреоза.

Методика лечения: за 3-6 дней до лечения проводится отмена тиреостатических препаратов; дозу радиоактивного йода назначают в зависимости от клиники и выраженности тиреотоксикоза.

Таблица 1

Показатель	Медикаментозный	хирургический	радиойодтерапия
эффективность	15-20%	80-90%	90-95%
длительность		2-3 недели	2-3 дня
осложнения	Часто	Опасные, тяжелые	Легкие, редкие

Опасности и осложнения при лечении радиоактивным йодом:

- гипотиреоз (профилактикой гипотиреоза можно считать дробный метод лечения радиоактивным йодом);

- тиреотоксический криз (возникает потому, что щитовидная железа под влиянием радиоактивного йода повреждается и кровь поступает сразу большое число тиреоидных гормонов); для профилактики тиреотоксического криза необходимо до назначения радиоактивного йода добиться эутиреоидного состояния антитиреоидными средствами, установить поддерживающую дозу и на фоне эутиреоза дать радиоактивный йод, после чего продолжить прием поддержи-

вающей дозы мерказолила в течение нескольких месяцев.

Противопоказания к лечению радиоактивным йодом: беременность и лактация.

В радиологическом отделении №3 Тюменского областного онкологического диспансера за период с 02.12.12 г. по 30.10.13 г. всего пролечено 62 человека. Все пациенты направлены в состоянии медицинской компенсации после отборочной врачебной комиссии эндокринологов. Критериями отбора были: тяжелое рецидивирующее течение тиреотоксикоза, увеличение объемов железы в динамике на фоне приема тиреостатиков. У некоторых пациентов – сложная сердечно - сосудистая патология, отказ или невозможность проведения оперативного лечения.

По возрасту – пациенты от 19 лет до 74 лет, находящиеся на диспансерном наблюдении и лечении у эндокринологов от 1 года до 8 лет, с объемом щитовидной железы от 9 до 67 мм³.

Основное количество пролеченных отделений пациентов отмечают улучшение в общем состоянии, в виде уменьшения или исчезновения симптомов тиреотоксикоза со стороны сердечно-сосудистой системы (нормализация сердечного ритма, стабилизация АД), стабилизация веса.

После проведенной радиоiodтерапии, пациентам рекомендовано продолжить диспансерное наблюдение у эндокринологов, прием тиреостатиков по прежней схеме – 10 дней, затем со снижением дозировки препарата до его полной отмены (под контролем специалиста). Находясь в пострадиационном гипотиреозе, пациентам проводится гормонозаместительная терапия L-тироксином.

По нашим наблюдениям рецидив возник у 3 пациентов, спустя 3 и 6 месяцев. Им проведены повторные курсы радиоiodтерапии через 8 месяцев, с положительным эффектом.

Контрольное обследование под наблюдением эндокринологов:

- анализ крови на гормоны щитовидной железы через 1, 3, 6 месяцев;
- УЗИ шеи, включая зоны региональных лимфоузлы, через 1, 3, 6, далее каждые 6 месяцев;
- рентгенография органов грудной клетки – обзорный снимок ежегодно;
- при сохранении проявлений ДТЗ – повторная радиоiodтерапия через 6-8 месяцев.

Заключение.

Радиоiodтерапия – эффективная технология мишенной терапии, позволяет получить в лечении тиреотоксикоза различного происхождения оптимальный результат с минимальным риском и возможностью последующего адекватного сопровождения.

Литература:

1. Болезни щитовидной железы. Под редакцией Л.И. Бравермана. – М.: Медицина, 2000.
2. Отдаленные результаты радиоiodтерапии тиреотоксикоза П.И. Гарбузов, А.Ю. Шуринов, ФГБУ МРНН МЗ. – Обнинск, 2004. – 64 с.

А.И. Кокошко, Н.А. Малтабарова,
Ж.Т. Смаилов, А.А. Шмидт, А.Ю. Зинков,
Б.Е. Капенов, Г.С. Бердиярова

Медицинский университет Астана, г. Астана, Казахстан
Центр амбулаторного гемодиализа ТОО «Фрезениус
Медикал Кейр Казахстан», г. Астана, Казахстан

В состоянии хронической уремии развивается особое поражение желудка и кишечника, именуемое «уремическая гастроэнтеропатия», характеризующееся дегенеративно-дистрофическими изменениями слизистой желудка и кишечника при минимальной воспалительной активности [1]. По данным различных авторов частота данной патологии у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью получающих заместительную почечную терапию достигает 70% [2]. При этом более половины из этих больных предъявляют жалобы на наличие диспепсических расстройств и хронического болевого синдрома различной интенсивности [3]. Боли в животе при хронических дегенеративно-дистрофических заболеваниях ЖКТ, как и при функциональных расстройствах, по механизму относятся к висцеральным [4]. Единый механизм болевого синдрома при функциональной и органической патологии органов пищеварения позволяет использовать один и тот же патогенетический фармакотерапевтический принцип для его купирования [5]. Висцеральные боли условно могут быть разделены на спастические, обусловленные спазмом гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, дистензионные, связанные с гипомоторной дискинезией гладкой мускулатуры и растяжением полого органа, перитонеальные, в основе которых лежит натяжение капсулы или висцерального листка брюшины, и сосудистые [6, 7]. Поскольку основным механизмом висцеральной абдоминальной боли является спазм гладкой мускулатуры, то группа препаратов спазмолитиков является основной в купировании болевого синдрома при абсолютном большинстве заболеваний органов пищеварения [8-10]. Все спазмолитики в соответствии с механизмом их действия можно подразделяют на 2 группы: миотропные и нейротропные [11].

Цель работы: сравнительная оценка клинического эффекта миотропного спазмолитика дротаверина и нейротропного спазмолитика гиосцина бутилбромид на

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИОТРОПНЫХ И НЕЙРОТРОПНЫХ СПАЗМОЛИТИКОВ В ТЕРАПИИ ДИСПЕПСИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ УРЕМИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОПАТИИ