

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е. С. Кесаева, О. О. Басиева

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Заболевания щитовидной железы занимают ведущее место в структуре эндокринной патологии. По данным ВОЗ, количество лиц с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ) превышает 300 млн человек, представляя самую распространенную неинфекционную патологию человека [1, 2]. Тенденция, очевидно, сохранится и в последующие годы, так как на данный момент отмечается неуклонное увеличение числа заболеваний щитовидной железы.

Нормальный уровень тиреоидных гормонов является необходимым условием гармоничного функционирования организма, в частности и ментальных процессов. Потому трудно переоценить вред, наносимый тиреоидной патологией состоянию здоровья и интеллектуальному потенциалу населения, что чаще наблюдается в йоддефицитных регионах [4].

Принято считать, что заболевания щитовидной железы относятся в основном к патологии взрослых людей. Тем не менее в последние десятилетия наблюдается рост числа данных заболеваний во всех возрастных группах, причем у женщин в 4 раза чаще по сравнению с мужчинами, составляя соответственно 3,5 и 0,8 случая на 1000 населения [5]. Заболеваемость может иметь региональные особенности.

Целью данного исследования явилось изучение распространенности и структуры заболеваний ЩЖ у лиц в возрасте 18–35 лет, проживающих в Республике Северная Осетия–Алания.

Материал и методы. Обследование проводилось скрининговым методом у лиц 18–35 лет обоего пола. Всего осмотрено 500 человек: мужчин 118 (23,6 %), женщин 382 (76,4 %) в возрасте от 18 до 35 лет. Диагноз устанавливали на основании пальпации щитовидной железы, ультразвуковых и лабораторных данных (ТТГ, Т4св, АТ-ТПО). Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования. При пальпации увеличение щитовидной железы выявлено у 216 (43,2 %) человек. В ходе исследования диагностированы: аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – 48 больных (9,6 %), диффузный нетоксический зоб – 65 больных (13 %), диффузный токсический зоб – 16 (3,2 %), узловой зоб – 20 (4 %) и гипотиреоз – 19 больных (3,8 %). 79 (15,8 %) пациентов имелиотягощенную наследственность по тиреопатиям. Первую степень зоба по классификации ВОЗ имели 114 больных (22,8 %), вторую – 48 (9,6 %). Повышение уровня антител к тиреопероксидазе выявлено в 61 случае (12,2 %), причем в 17 из них имелись

показатели более 1000 мЕд/л (норма до 30 мЕд/л). Среди лиц женского пола тиреопатии диагностированы в 3,5 раза чаще, чем у мужчин.

Ранее было доказано, что г. Владикавказ относится к регионам с природно-обусловленным легким дефицитом йода в окружающей среде и высоким уровнем антропогенной нагрузки [3]. Учитывая тот факт, что на формирование заболеваний щитовидной железы немаловажное влияние оказывают экологические загрязнители, провели разделение исследуемых по месту проживания (город, село). Распространенность патологии у обследованных, проживающих в сельской местности (10,4 %), была достоверно ниже, чем среди городского населения (32,8 %) ($p < 0,05$). Среди городских жителей встречались преимущественно аутоиммунные тиреопатии (11,6 %), подтверждая факт отрицательного влияния загрязнения окружающей среды на иммунную систему в частности. В целом из 500 обследованных патология щитовидной железы выявлена у 216 человек (43,2 %), следовательно, наличие тиреопатии возможно у каждого второго-третьего молодого человека, проживающего в республике.

Выводы

1. Впервые изучена распространенность заболеваний щитовидной железы у лиц молодого возраста по основным нозологическим единицам, установлено преобладание женского пола (более 75 %).
2. Количество заболеваний щитовидной железы, выявленных в процессе скрининга, выше первичной обращаемости в лечебные учреждения, что предположительно свидетельствует о значительном количестве недиагностируемой патологии.
3. Полученные данные свидетельствуют о росте патологии ЩЖ в республике, требующем проведения эпидемиологических исследований с определением триггерных факторов и разработки программ реабилитации больных.

Литература

1. Валдина, Е. А. Заболевания щитовидной железы / Е. А. Валдина. – СПб. : Питер, 2006. – С. 89–90.
2. Кандрю, В. И. Механизмы развития болезни Грейвса и действия тиреоидных гормонов / В. И. Кандрю // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2008. – Т. 4, № 1. – С. 26–34.
3. Мильдзихов, Т. З. Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды и природных ресурсов РСО-Алания в 2008 году» / Т. З. Мильдзихов, Т. Х. Цогоев, А. С. Гаглоев [и др.]. – Владикавказ, 2008.
4. Сарвилина, И. В. Междисциплинарные исследования в медицине / И. В. Сарвилина, В. Н. Карпищенская, Ю. В. Горшкова. – М. : Техносфера, 2007. – С. 112–122.
5. Фадеев, В. В. Диагностика и лечение при нарушениях функции щитовидной железы / В. В. Фадеев // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2008. – Т. 4, № 2. – С. 10–20.

Кесаева Екатерина Сосланбековна, аспирант кафедры факультетской терапии с ВПТ, эндокринологией и профессиональными болезнями Северо-Осетинской государственной медицинской академии, тел.: (8672)531130, 89188297520, e-mail: kattya_kesaeva@mail.ru.

Басиева Ольга Олеговна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии с ВПТ, эндокринологией и профессиональными болезнями Северо-Осетинской государственной медицинской академии, тел.: (8672)543060, 89194286218.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Е. С. КЕСАЕВА, О. О. БАСИЕВА

DISEASES
OF THYROID GLAND
IN YOUNG PEOPLE
KESAYEVA E. S., BASIYEVA O. O.

Ключевые слова: щитовидная железа, заболевания, региональные особенности

Key words: diseases of thyroid gland, regional peculiarities

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.36-002-08

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ

А. В. Ткачёв, А. С. Макаренко, Т. А. Девликамова, З. Х. Яндиева
Ростовский государственный медицинский университет

Алкогольная болезнь печени является важной медицинской и социальной проблемой. Актуальным остаётся разработка и внедрение новых препаратов, направленных на различные звенья патогенеза этой патологии [1, 2, 3]. Представляет интерес применение нового антиоксиданта Тиотриазолина (морфолиний-метил-триазиоли-тиоацетат). Показана высокая эффективность препарата при использовании у больных с различными видами поражения печени: вирусными и токсическими при гепатитах, циррозе печени [4, 5].

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность препарата Тиотриазолин у больных острым алкогольным гепатитом.

Материал и методы. В исследование были включены 67 больных (47 мужчин и 20 женщин в возрасте $52,25 \pm 12,03$ и $54,82 \pm 10,14$ лет соответственно) с диагнозом острого алкогольного гепатита. Пациенты были разделены на 2 группы. Больные основной группы ($n = 35$) получали традиционное лечение и тиотриазолин. Лечение начинали с инъекционной формы: 4 мл 2,5 % раствора тиотриазолина разводили в 150–250 мл 0,9 % раствора натрия хлорида, полученный раствор вводили внутривенно со скоростью 20–30 капель в минуту 1 раз в день. С 6-го по 21-й день от начала лечения тиотриазолин пациенты получали per os по 200 мг 3 раза в день. В составе традиционной терапии пациенты получали преднизолон 40 мг/сут (при индексе Мэддрей > 32) с последующим снижением, а также инфузии кристаллоидных/коллоидных растворов, диуретики, антибиотики (метронидазол, ципрофлоксацин, цефалоспорины III, IV).

Больные группы сравнения ($n = 32$) получали стандартную базисную терапию: S-аденозилметионин 400 мг в/в (5 дней), затем per os 400 мг/сутки, УДХК

Ткачев Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)504174, 89185571173, e-mail: tkachev@aanet.ru.

Макаренко Артем Сергеевич, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)504174, 89289094444, e-mail: makarenko_doctor@mail.ru.

Девликамова Татьяна Александровна, кандидат медицинских наук, заведующая терапевтическим отделением МБУЗ «Городская больница № 20 г. Ростова-на-Дону», ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)719700, e-mail: devlikamova56@mail.ru.

Яндиева Зарема Хусейновна, ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)504174, 89281708058, e-mail: tkachev@aanet.ru.

15 мг/кг/сутки, преднизолон 40 мг/сутки (при индексе Мэддрей > 32) с последующим снижением, пентоксифиллин 400 мг в/в (5 дней), затем per os 400 мг 3 раза в сутки. При необходимости назначали инфузии кристаллоидных/коллоидных растворов, диуретики, антибиотки (метронидазол, ципрофлоксацин, цефалоспорины III, IV).

Обследование больных проводили трижды: до лечения, на 6-е и 21-е сутки от начала лечения. Выполняли общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, из которого были отобраны в исследование показатели щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), общего белка (ОБ) и альбумина (Ал), билирубина общего и его фракций.

Инструментальные методы включали ультразвуковое исследование печени, селезёнки, жёлчного пузыря и поджелудочной железы, эзофагогастродуоденоскопию. По показаниям выполняли компьютерную томографию и МРТ-исследование.

Результаты исследования. К 21-му дню лечения у большинства больных обеих групп отмечали улучшение состояния. Так, выраженность болевого синдрома в группе тиотриазолина при поступлении больных в отделение в среднем составляла $2,56 \pm 0,58$ балла, к 6 дню – $1,82 \pm 0,64$, а к 21-у дню – $0,72 \pm 0,68$ балла ($p < 0,05$). При базисной терапии также наступало заметное улучшение – динамика боли в процессе 3-недельного лечения была следующей: $2,50 \pm 0,51$, $1,95 \pm 0,5$ и $0,83 \pm 0,54$ ($p < 0,05$) балла, соответственно сроку исследования. Диспептический и астенический синдромы, оцениваемые в баллах, выраженные в начале лечения ($2,26 \pm 0,69$ и $1,84 \pm 0,81$ – в группе тиотриазолина и $2,04 \pm 0,73$; $2,42 \pm 0,56$ – в группе базисной терапии), к концу лечения в обеих группах беспокоили больных значительно меньше. Так, в группе пациентов, получавших тиотриазолин, эти показатели составили $0,64 \pm 0,66$ ($p < 0,05$) и $0,5 \pm 0,64$ ($p < 0,05$) балла, а в группе базисной терапии – $0,6 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) и $0,88 \pm 0,59$ ($p < 0,05$) балла соответственно. Интенсивность кожного зуда при лечении тиотриазолином снизилась с $2,0 \pm 0,77$ балла до $0,55 \pm 0,89$ ($p < 0,05$), а при базисной терапии – с $1,92 \pm 0,7$ до $0,43 \pm 0,52$ ($p < 0,05$) балла. Выраженность желтухи в группе пациентов, получавших тиотриазолин, снизилась с $2,16 \pm 0,62$ до $0,83 \pm 0,64$, в группе базисной терапии – с $1,86 \pm 0,8$ до $0,67 \pm 0,68$ ($p < 0,05$) балла. Со стороны лабораторных показателей к концу третьей недели в обеих группах отмечалась положительная динамика. Более выраженное снижение активности цитолитических процессов отмечалось в группе больных с включением в базисную терапию препарата тиотриазолин. Так, в основной группе актив-