

ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ГИПОТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Куренева Т.С.*, кандидат медицинских наук,
Романенко И.А., доктор медицинских наук,
Будникова Н.В., кандидат медицинских наук

Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

* Ответственный за переписку: тел.: 8-906-617-33-04

Актуальность проблемы тщательного метаболического контроля сахарного диабета 2 типа (СД 2) определяется очень высокими темпами роста заболеваемости и большим числом случаев его несвоевременного выявления. Более половины пациентов, страдающих СД 2, остаются неучтенными, поскольку они не знают о своем заболевании, не обращаются за помощью. При запаздывании диагностики, отсутствии адекватной терапии, необходимой коррекции углеводного и липидного обменов, артериальной гипертензии у больных быстро прогрессируют кардиоваскулярные осложнения, которые являются основной причиной их перехода на инвалидность и смерти.

Под нашим наблюдением находились 106 больных в возрасте 36–65 лет (26 мужчин и 80 женщин) с длительностью СД 2 от нескольких месяцев до 15 лет. Время дебюта заболевания у них установить было трудно, так как большинство пациентов (70%) обращались к врачу уже с наличием осложнений (микро-, макроангиопатии, нейропатии и др.). У 90% больных имелось абдоминальное ожирение 1 и 2 степени (индекс массы тела в среднем составил 36,5 кг/м²), у 85% – артериальная гипертензия, у 60% – дистальная сенсорная нейропатия с расстройством болевой, тактильной, температурной чувствительности по типу «носков», «перчаток», у 15% – нефропатии в стадии микроальбуминурии.

Кроме классических составляющих метаболического синдрома, у 38% обследованных (28 женщин и 12 мужчин) были выявлены симптомы гипотиреоза: нарастание сухости кожных покровов, зябкости, гипотермии, снижения памяти, мнестико-интеллектуальных функций, запоры – которые до поступления в стационар расценивались врачами разных специальностей как «возрастные изменения». При этом гипотиреоз была верифицирован у 18 больных (повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) до 7,0–11,2 мЕд/л и содержание свободного тироксина (Т₄) ниже 8,5 пмоль/л), а субклинический гипотиреоз – у 22 больных (показатели ТТГ – в пределах 5,5–6,2 мЕд/л при нормальных значениях свободного Т₄). При этом

объем щитовидной железы (по данным УЗИ) и уровень антител к тиреопероксидазе находились в пределах возрастных норм.

У всех больных в процессе лечения изучались показатели гликемии, уровня гликированного гемоглобина, липидного обмена, системы свертывания крови, реовазографии. Проводилось ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей, консультации невролога, офтальмолога. Лечение включало рациональную низкокалорийную диету (1600 ккал/сут), курс лечебной физкультуры, адекватную сахароснижающую терапию (метформин, препараты сульфонилмочевины, а при отсутствии компенсации – добавление инсулина средней продолжительности действия или полный перевод на интенсивную инсулинотерапию). При наличии гипотиреоза применялся эутирокс с начальной дозой 25 мкг/сут. Лицам старше 60 лет избегали назначения больших доз тиреоидных препаратов, учитывая наличие нарушений в состоянии сердечно-сосудистой и костной систем в постменопаузальном периоде. Для достижения целевых показателей артериального давления (не выше 130/80 мм рт. ст.) все больные получали бета-адреноблокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина II, ингибиторы АПФ, при необходимости – в комбинации с индапамидом, кардиоцитопротекторами, аспирином. При сочетании СД 2 с артериальной гипертензией, избыточной массой тела у женщин после наступления менопаузы хороший гипотензивный эффект достигался назначением физиотенза. Для улучшения показателей липидного обмена (уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов) помимо статинов в ряде случаев применялся фенофибрат.

В процессе лечения в эндокринологическом стационаре ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» у большинства больных (88%) удалось снизить массу тела, достичь компенсации СД и эутиреоидного состояния, стабилизировать артериальное давление и улучшить изучаемые лабораторные показатели. Гликемия у большинства пациентов в начале лечения составляла

12 ± 1,8 ммоль/л, а при выписке из стационара – 6,0 ± 0,2 ммоль/л; уровень общего холестерина – соответственно 7,6 ± 0,4 и 5,9 ± 0,5 ммоль/л; содержание холестерина ЛПВП в процессе лечения повысилось с 1,3 ± 0,4 до 1,7 ± 0,3 ммоль/л; триглицеридов – с 3,2 ± 0,5 до 1,9 ± 0,4 ммоль/л, ТТГ у всех пациентов был ниже 4,2 мЕд/л. У обследуемых с гипотиреозом и железодефицитной

анемией выявлена положительная динамика количества эритроцитов: с 2,9 ± 0,4 до 3,4 ± 0,2 · 10¹²/л, гемоглобина – с 85 ± 9,3 до 110 ± 6,3 г/л.

Таким образом, у значительной части больных с метаболическим синдромом (38% обследованных) кроме СД 2 выявлено снижение функции щитовидной железы, взаимосвязанное с обменными нарушениями.

АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сухорослова Т.А.,
Рачкова С.А.,
Романчук С.В., кандидат медицинских наук

ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 32-57-11

Цель работы – оценить эффективность лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), находящихся на диспансерном наблюдении в течение года. Оперативные методы лечения ИБС: стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование (АКШ), чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика (ЧТБКА) – сегодня играют важную роль в лечении стенозирующего коронаросклероза, а коронаровентрикулография (КВГ) является перспективным современным методом диагностики ИБС. Однако консервативная тактика ведения пациентов с ИБС на практике показывает не меньшую эффективность.

Всего в 2009 г. под диспансерным наблюдением в ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова находились 572 пациента с ИБС. Мужчины в возрасте 40–60 лет составили 80,8%, женщины 50–69 лет – 19,2%. Работающих пациентов было 69%, пенсионеров – 14,5%, безработных и инвалидов соответственно по 8,2%.

Под наблюдение взяты 360 больных с инфарктом миокарда (ИМ), из них оперированы 51,7%. Преобладали крупноочаговые ИМ задней локализации (47,1% случаев) и мелкоочаговые ИМ передней локализации (54,1%). В 66,3% случаев проведено экстренное стентирование, в 16,6% – плановое, в 7,5% – ЧТБКА, в 4,3% – АКШ. При КВГ в 70% случаев выявлялось двух- и трехсосудистое поражение.

Под диспансерное наблюдение взято 163 пациента со стабильной стенокардией и высокой степенью коронарной недостаточности по данным нагрузочного тестирования, у 77% из них при ле-

чении применены инвазивные методы. Двух- и трехсосудистое поражение выявлено у 89% больных. При плановой КВГ проводилось 61,3% операций реканализации коронарных сосудов. Доля АКШ составила 20,9%.

Стабильная стенокардия с высокой степенью коронарной недостаточности после плановых операций сохранялась у 30,2% пациентов, перенесших ИМ, стенокардия I–II функционального класса (ФК) – у 52,8%. По результатам нагрузочного тестирования стенокардия отсутствовала у 17% больных.

После экстренных операций по поводу ОКС высокая степень коронарной недостаточности выявлена в 15,4% случаев, стенокардия I–II ФК – в 54,5%, стенокардия отсутствовала у 30,1% пациентов.

Повторный ИМ в течение года зарегистрирован в 4,3% случаев. Потребность в повторной КВГ составила 18,8%.

После плановых операций стенокардия III ФК сохранялась у 29,8% больных, II ФК – у 41,9%, I ФК – у 17,3%. Стенокардия отсутствовала только у 11% пациентов. В течение периода наблюдения острый ИМ выявлен в 3,7% случаев, рестенозы стентов при повторной КВГ – у 5,5% больных.

Средний срок временной нетрудоспособности пациентов, перенесших крупноочаговый ИМ, составил 83,3 дня, мелкоочаговый ИМ – 68,1 дня, стабильную стенокардию – 47 дней. Необходимо отметить, что в указанные сроки проводилось оперативное и санаторно-курортное лечение. В