

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

УДК [616.441-006.5:612.017.4]-031.81-039.35-02-06:616.45-001.1//3:616/127-007.17]-07(045) Оригинальная статья

СТРЕССОГЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА С ПРИЗНАКАМИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ

Т.И. Родионова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующая кафедрой эндокринологии, профессор, доктор медицинских наук; **Н.Ю. Онюшкіна** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры эндокринологии,

STRESSOGENIC ASPECTS OF DIFFUSE TOXIC GOITER RELAPSE WITH SIGNS OF THYROTOXIC MYOCARDIAL DYSTROPHY

T.I. Rodionova – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Endocrinology, Professor, Doctor of Medical Science; **N.Yu. Onyushkina** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Endocrinology, Post-graduate.

Дата поступления – 14.03.2011 г.

Дата принятия в печать – 24.02.2011 г.

Родионова Т.И., Онюшкіна Н.Ю. Стрессогенные аспекты развития рецидива диффузного токсического зоба с признаками тиреотоксической миокардиодистрофии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1. С. 174-175.

Вероятность развития рецидива ДТЗ в течение ближайших двух лет после проведенного лечения определяется его результатами и уровнем стрессогенной нагрузки, определенной по методике Холмса и Раге. При удовлетворительных результатах лечения и уровне стрессогенной нагрузки >300 баллов риск рецидива ДТЗ достигает 68,5%.

Ключевые слова: уровень стрессогенной нагрузки, диффузный токсический зоб, рецидивы заболевания.

Rodionova T.I., Onyushkina N.Yu. Stressogenic aspects of diffuse toxic goiter relapse with signs of thyrotoxic myocardial dystrophy // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1. P. 174-175.

Probability of relapse development of diffuse toxic goiter during the nearest two years after treatment is determined by its results and stressogenic capacity level, which is defined by Holmes and Rage method. As long as satisfactory treatment results and level of stressogenic capacity are above 300 points, the risk of diffuse toxic goiter relapse run to 68,5%.

Key words: level of stressogenic capacity, diffuse toxic goiter, disease relapse.

Введение. Диффузный токсический зоб (ДТЗ) до настоящего времени остается одним из самых распространенных эндокринных заболеваний [1, 2]. Важно отметить тот факт, что у больных ДТЗ, несмотря на успешное лечение заболевания, в ряде случаев наблюдаются его рецидивы. В литературе имеется достаточно много сообщений о влиянии стрессогенных факторов на развитие ДТЗ [3-7]. Однако влияние стресса на вероятность развития рецидива заболевания не анализировалось.

Цель работы: изучить влияние стрессогенных факторов на развитие рецидивов диффузного токсического зоба с учетом результатов проведенного лечения.

Методы. Обследовано 53 больных с тяжелой формой ДТЗ, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении 9-й городской больницы г. Саратова. Пациенты с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией были исключены из исследования. Средний возраст больных, преимущественно женщин, составил 34,8±3,9 года. У всех пациентов, включенных в исследование, на фоне тяжелой формы ДТЗ регистрировались признаки тиреотоксической миокардиодистрофии. В ходе наблюдения методом иммуноферментного анализа определялись уровни T_3 , $свT_4$, ТТГ. Все пациенты получали стандартную тиреостатическую терапию, включающую тиамазол, β -адреноблокаторы, седативные препараты у части больных.

Оценка результатов лечения тиреотоксической миокардиодистрофии осуществлялась следующим образом. Перед началом лечения был произведен анализ встречаемости клинических симптомов тиреотоксической миокардиодистрофии среди нахо-

дившихся под наблюдением больных. Используя вероятностные значения встречаемости отдельных симптомов в качестве весовых значений признака, суммарную тяжесть миокардиодистрофии можно рассчитать по формуле (1).

$$S_n = \sum_1^n x_i, \quad (1)$$

где S_n – суммарная выраженность миокардиодистрофии; n – количество симптомов, x_i – весовые значения симптома.

С учетом полученных данных можно вычислить суммарную степень снижения выраженности клинических проявлений тиреотоксической миокардиодистрофии на любом этапе лечения по формуле (2).

$$F_i = \frac{\sum_1^n x_i - \sum_1^m x_j}{\sum_1^n x_i} \times 100, \quad (2)$$

где F_s – суммарная степень снижения выраженности клинической симптоматики от исходного уровня в процентах; x_i – симптомы заболевания перед началом лечения; x_j – симптомы заболевания на момент обследования; n – количество симптомов перед началом лечения; m – количество симптомов на момент обследования.

В настоящем исследовании хорошими результатами лечения тиреотоксической миокардиодистрофии считались случаи, когда выраженность суммарной симптоматики F_s снижалась на 70% и более, удовлетворительными – на 50-70%, неудовлетворительными – менее чем на 50% к концу шестой недели наблюдения.

Для изучения выраженности стрессогенной нагрузки применялась методика Холмса и Раге, позво-

Ответственный автор: Онюшкіна Наталья Юрьевна.
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
Тел.: 89276234798.
E-mail: onatalya@inbox.ru

Таблица 1

Частота встречаемости рецидивов у больных с тиреотоксической миокардиодистрофией с учетом результатов проведенной терапии

Результаты лечения	Общее количество и сроки развития рецидивов в течение двух лет наблюдения		
	количество (n)		сроки (мес.)
	абс.	%	
Хорошие	6	11,3	13,3±1,2
Удовлетворительные	13	24,7*	5,4±1,6*

Примечание: * – достоверность различий между группами (p<0,05).

Таблица 2

Частота встречаемости рецидивов диффузного токсического зоба с признаками тиреотоксической миокардиодистрофии на фоне различных результатов лечения и уровня стрессогенной нагрузки

Уровень стрессогенной нагрузки по Холмсу и Раге	Частота встречаемости рецидивов с учетом результатов лечения			
	хорошие		удовлетворительные	
	абс.	%	абс.	%
<100 баллов	-	-	1	6,3
100-200 баллов	-	-	3	12,8
200-300 баллов	2	18,7	4	22,4
>300 баллов	4	26,3	6	68,5

ляющая по наличию в жизни человека различных неблагоприятных ситуаций (смерть близких людей, неблагоприятная обстановка в семье и на работе и т.д.) в баллах оценить уровень психоэмоционального напряжения. Статистическая обработка результатов наблюдений проводилась с помощью специального пакета программ Statistica (StatSoft, USA), а также электронных таблиц Excel (Microsoft, USA).

Результаты. На фоне лечения 53 больных ДТЗ через шесть недель хорошие его результаты при оценке по предложенной методике были получены у 29 (54,7%) обследованных, удовлетворительные – в 30,1% случаев и неудовлетворительные – у 8 больных, что составило 15,2%. В дальнейшем все больные находились под нашим наблюдением в течение двух лет. Больные с неудовлетворительными результатами лечения были исключены из исследования.

Как следует из табл. 1, частота встречаемости рецидива у больных с удовлетворительными результатами лечения тиреотоксической миокардиодистрофии значительно ниже, чем при хороших результатах лечения. На фоне хороших результатов терапии рецидивы зарегистрированы у 11,3% больных, при удовлетворительных – 24,7% случаев (различия статистически значимы, p<0,05). Сроки возникновения рецидива заболевания также зависели от результатов лечения. В группе больных с хорошими результатами терапии рецидивы возникали в среднем через 13,3±1,2 месяца, с удовлетворительными результатами – через 5,4±1,6 месяца.

С учетом сделанного предположения о том, что вероятность развития рецидива ДТЗ определяется не только результатами лечения, но и психоэмоциональным напряжением больного, у всех пациентов были определены уровни стрессогенной нагрузки. Анализ представленных в табл. 2 данных показывает, что с увеличением уровня стрессогенной нагрузки риск развития рецидива ДТЗ с признаками тиреотоксической миокардиодистрофии возрастает. При хороших результатах лечения на уровне стрессогенной нагрузки <200 баллов не зарегистрировано ни одного случая рецидива тиреотоксической миокардиодистрофии. При нагрузке от 200 до 300 баллов рецидивы отмечены у 18,7% больных, при 300 баллах и выше – в 26,3% случаев.

Важно отметить тот факт, что сочетание удовлетворительных результатов лечения тиреотоксической миокардиодистрофии с высоким уровнем стрессогенной нагрузки служит наиболее неблагоприятным фактором для развития рецидивов. Если при хороших результатах лечения на фоне низкого уровня стрессогенной нагрузки (<200 баллов) не отмечено ни одного случая рецидива ДТЗ, то при удовлетворительных результатах при аналогичных значениях стрессогенной нагрузки рецидивы зарегистрированы у 12,8% больных.

Обсуждение. Предложен новый количественный подход к оценке тяжести тиреотоксической миокардиодистрофии и результатов ее лечения. В ходе анализа вероятности развития рецидива ДТЗ в течение ближайших двух лет установлено, что она находится в прямой зависимости от результатов проведенной терапии и уровня стрессогенной нагрузки.

Заключение. При хороших результатах лечения ДТЗ и уровне стрессогенной нагрузки <100 баллов вероятность рецидива заболевания практически равна нулю. При удовлетворительных результатах лечения и уровне стрессогенной нагрузки >300 баллов риск рецидива ДТЗ достигает 68,5%.

Библиографический список

1. Эутироидная болезнь Грейвса: новый взгляд / А.Ф. Бровкина, Т.Л. Толстухина, Г.Ф. Александрова [и др.] // Вестник офтальмологии. 2001. № 4. С. 34-36.
2. Касаткина Э.П. Диффузный нетоксический зоб: вопросы классификации и терминологии // Проблемы эндокринологии. 2001. № 4. С. 3-6.
3. Мельниченко Г.А. Современное лечение заболеваний щитовидной железы: лекции для практикующих врачей // Диагностика и лечение в терапевтической клинике. М.: Здоровье человека, 2006. С. 93-102.
4. Мкртумян А.М. Секреция кальцийрегулирующих гормонов при диффузном токсическом зобе // Рус. мед. журн. 2005. № 6. С. 371-376.
5. Сыч Ю.П., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Естественное течение субклинического гипотиреоза // Клини. и эксперим. тиреологическая. 2005. № 1. С. 43-47.
6. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Болезнь Грейвса // Рус. мед. журн. 2005. № 6. С. 253-256.
7. Шилин Д.Е. Рост заболеваемости диффузным токсическим зобом у детей, подвергшихся облучению в результате аварии на Чернобыльской АЭС // Проблемы эндокринологии. 2002. № 1. С. 31-37.