

Таким образом, исследование иммуномодулирующих свойств дерината у больных ОП выявило его достаточно высокую эффективность в отношении нарушенных показателей иммунного статуса, что делает этот препарат перспективным для применения в составе комплексной консервативной терапии при ОП.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ФНО- α И НЕОПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Озерова Е.А., Князева Л.И., Горайнов И.И.,
Князева Л.А., Мещерина Е.М., Мещерина Н.С.
*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) – одна из сложных проблем здравоохранения. Долгое время центральная роль в развитии ХСН отводилась нейрогормональной активации. В последние годы прогрессирование ХСН связывают также с изменением иммунной активности и системным воспалением. Изменение иммуновоспалительной активности проявляется увеличением продукции провоспалительных цитокинов – фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и интерлейкинов. В последние годы появились работы по исследованию уровня неоптерина как маркера активности клеточного иммунитета при различных заболеваниях. Целью настоящей работы явилось изучение динамики содержания ФНО- α и неоптерина в сыворотке крови больных ХСН в зависимости от особенностей фармакотерапевтического воздействия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: обследовано 85 больных в возрасте 42–65 лет с признаками ХСН I-II ФК (по NYHA). Контрольную группу составили 22 здоровых донора. ФНО- α в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург; неоптерин определяли иммуноферментным методом (BRAHMS, Германия). Все больные получали комплексную терапию с учетом ФК ХСН и были разделены на три группы. Лечение больных первой группы (n=40) включало ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)-эналаприл. Терапия больных второй группы (n=45) включала эналаприл и кардиоселективный бета-блокатор метопролол. Больным третьей группы (n=45) назначили эналаприл и бета-блокатор нового поколения с выраженной антиоксидантной и умеренной сосудорасширяющей активностью – карведилол. Эналаприл назначали в дозе 30±10 мг/сут, средняя доза метопролола составила 50±25 мг/сут, карведилол назначали в дозе 50±25 мг/сут

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Установлено, что в первой группе больных, отмечается значительное снижение уровня ФНО- α (с 380,2±19,8 до 155,2±13,2 пкг/мл $p<0,01$) и неоптерина (с 8,9±0,5 до 7,5±0,3 нмоль/л $p<0,01$). У больных второй группы выявлена аналогичная динамика без достоверных раз-

личий сравниваемых показателей, хотя и отмечается тенденция к их снижению, при этом уровень ФНО- α составил 149,2±11,3 пкг/мл ($p<0,01$), уровень неоптерина — 7,2±0,3 нмоль/л ($p<0,01$). Наиболее выраженное снижение изучаемых показателей достигнуто в группе больных, получавших терапию эналаприл+карведилол: уровень ФНО- α составил 115,2±14,3 пкг/мл ($p<0,01$), уровень неоптерина снизился до 6,3±0,3 нмоль/л ($p<0,01$).

Исследования показали, что эналаприл и карведилол обладают противовоспалительным действием при ХСН. При этом следует отметить, что метопролол не обладает подобной эффективностью. Корректирующее влияние эналаприла на уровень ФНО- α и неоптерина обусловлено снижением синтеза ангиотензина II-нейрогормона, стимулирующего выработку ФНО- α и снижением активности системы моноцитов-макрофагов. Эффективность карведилола обусловлена опосредованным влиянием на РААС систему, а также связана с уменьшением оксидативной активности при ХСН.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

Оленева И.Н., Ликстанов М.И., Зинчук С.Ф.
*Городская клиническая
больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемерово*

В последние годы отмечается неуклонный рост уровня тиреоидной патологии и тенденция к утяжелению ее течения. Распространенность узловых форм нетоксического зоба в йоддефицитных регионах России достигает уровня 23,8% от всей тиреоидной патологии. Оперативное лечение продолжает оставаться одним из самых востребованных при узловых поражениях щитовидной железы, число операций на щитовидной железе неуклонно возрастает. В связи с этим, врачу приходится чаще встречаться в своей практике с рецидивами зоба после оперативного лечения, частота которых, по данным различных авторов, составляет от 0,5 до 39 %, при этом повторно оперируются от 3,1 до 72 % больных, а также с развитием послеоперационного гипотиреоза, который является в 0,8 - 50 % случаев.

В последние годы развернулась широкая дискуссия относительно целесообразности назначения тиреоидных гормонов после оперативного вмешательства на щитовидной железе для профилактики послеоперационного гипотиреоза и рецидива заболевания, продолжительности их приема и дозах. Неоднозначно оценивается характер рецидивирования зоба в зависимости от функциональной активности тиреоидного остатка, в том числе, в экспериментальных работах. Многие аспекты этой проблемы носят дискуссионный характер и требуют дальнейшей разработки.

Цель исследования.

Изучить течение послеоперационного периода у больных с узловым коллоидным зобом и оценить эффективность различных схем фармакологической профилактики послеоперационных осложнений

Материалы и методы исследования.

Объектом клинического исследования послужили 180 больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба (УКЗ), которые были включены в исследование методом случайного отбора. В послеоперационном периоде больные были разделены на 2 группы: I группу (основную) составили 120 больных в возрасте от 18 до 69 лет, из них 91,7 % женщины и 8,3 % мужчины, оперированных по поводу УКЗ, которым проводился комплекс послеоперационных реабилитационных мероприятий на фоне динамического наблюдения в течение 2 лет. II группа (контрольная) в составе 60 человек в возрасте от 21 до 72 лет, из них 88,9 % женщины и 11,1 % мужчины, не получала реабилитационных мероприятий, либо они проводились нерегулярно и в неполном объеме. Через 3 месяца после операции больные I группы разделены на 2 подгруппы. Больным 1 подгруппы назначено профилактическое медикаментозное лечение препаратом тироксина (L – тироксин фирмы «Берлин-Хеми») в дозе 25 -100 мкг/сут (n = 106), больным 2 подгруппы лечение препаратом калия йодида (Калия йодид фирмы «Берлин-Хеми») в дозе 200 мкг/сут (n = 14). Критерием для назначения медикаментозного лечения явился уровень тиреотропного гормона (ТТГ) через 3 месяца после операции и наличие сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца), ограничивающих необходимую дозу препарата тироксина. При нормальных значениях ТТГ назначался препарат йодида калия, при повышенном уровне ТТГ – препарат тироксина.

Через 1 год после операции сформирована третья подгруппа в I группе (n = 13), пациентам которой была назначена комбинированная терапия: препарат тироксина в дозе 50-100 мкг/сут и препарат калия йодида 100 мкг/сут. Критерием для перевода в данную подгруппу явились стойкий эутиреоз и отсутствие отрицательной динамики со стороны тиреоидного остатка в течение года после операции.

Больным обеих групп на различных этапах наблюдения проведено обследование: определение уровня ТТГ, тироксина (Т4), антител к микросомальной фракции (а/т к МФ) методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов реактивов «Тироид ИФА-ТТГ», «Тироид ИФА-Т4», «ИФА-а/т-МФ», ультразвуковое исследование щитовидной железы на приборе «Aloka SSD 1100».

Весь цифровой материал обрабатывался с помощью методов вариационной статистики. Для оценки статистической значимости полученных показателей использовали определения коэффициента достоверности Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05. В работе также использованы непараметрические методы: определение коэффициента корреляции Пирсона, критерия соответствия χ^2 .

Результаты исследований и обсуждение.

Согласно программе исследования, через 3 месяца после операции по поводу УКЗ проведена клинико-лабораторная оценка тиреоидного статуса у оперированных больных. Клинические признаки гипопункционального состояния щитовидной железы выявлены у 98 больных (54,4%), у 67 пациентов I группы (55,8 %) и у 32 пациента II группы (53,3 %). В обеих группах средний уровень ТТГ превышал нормальные показатели и статистически значимо ($p = 0,0037$ и $p = 0,0058$) отличался от исходных величин.

Проведенный анализ функционального состояния щитовидной железы через 1 и 2 года после начала лечебно-профилактических мероприятий при различных схемах ведения больных показал, что уровень концентрации ТТГ у больных во II группе (без медикаментозного лечения) через год после операции был статистически значимо выше ($p = 0,022$) по сравнению с больными I группы ($2,4 \pm 0,13$ мкМЕ/мл) и составил $3,2 \pm 0,43$ мкМЕ/мл. К концу 2 года наблюдения разница в уровнях ТТГ между I и II группой не только сохранялась статистически значимой, но и нарастала ($p = 0,0069$). Уровень ТТГ у больных в I группе был равен $2,0 \pm 0,13$ мкМЕ/мл, у больных во II группе – $3,7 \pm 0,58$ мкМЕ/мл.

При оценке эффективности различных схем медикаментозного лечения установлены следующие закономерности. Назначение через 3 месяца калия йодида оперированным больным, находящимся в состоянии эутиреоза, способствовало сохранению эутиреотропного состояния у больных через 1 и 2 года после оперативного вмешательства. При этом средний уровень ТТГ через 1 год был равен $1,97 \pm 0,21$ мкМЕ/мл, через 2 года – $1,73 \pm 0,14$ мкМЕ/мл, статистически значимо не отличаясь друг от друга. Прием препаратов тироксина в послеоперационном периоде позволил не только ликвидировать имеющийся у части больных послеоперационный гипотиреоз (средний уровень ТТГ через 3 месяца после операции $4,7 \pm 0,36$ мкМЕ/мл) и к концу 2 года лечения статистически значимо ($p = 0,0021$) улучшить показатели ТТГ ($2,1 \pm 0,31$ мкМЕ/мл), но и снизить число больных с диагностически значимым титром а/т к МФ с 21,2 % до 16,4 %. При ведении больных на комбинированной терапии (тироксин + калия йодид) у большинства больных сохранялся эутиреоз, средний уровень ТТГ составил в данной группе через 1 год после начала лечения $1,66 \pm 0,27$ мкМЕ/мл, что статистически значимо не отличается от исходного уровня.

Через 2 года после оперативного вмешательства на щитовидной железе общее количество больных, получающих препарат йодид калия или его комбинацию с препаратом тироксина, составило 37,5 %, на монотерапии препаратом тироксина осталось 62,5 % пациентов. Через 2 года после оперативного вмешательства средний уровень концентрации ТТГ в I группе оставался в пределах нормальных значений. Не выявлено статистически значимой разницы средних уровней ТТГ на различных схемах медикаментозного лечения.

Обращает на себя внимание более высокие показатели концентрации ТТГ в группе больных на монотерапии препаратами тироксина – $2,1 \pm 0,31$ мкМЕ/мл,

против $1,71 \pm 0,14$ мкМЕ/мл на монотерапии препаратом йодида калия и $1,66 \pm 0,27$ мкМЕ/мл на комбинированной терапии. Это связано с присутствием в первой подгруппе больных с ишемической болезнью сердца, получавших переносимую дозу тироксина, которая, однако, не являлась оптимальной для достижения эутиреоза, что в свою очередь привело к повышению среднего уровня ТТГ в данной подгруппе по сравнению с другими.

Эффективность различных схем ведения больных в плане профилактики послеоперационного гипотиреоза подтверждают также результаты исследования уровня Т4, проведенные через 1 год после операции. Средний уровень концентрации Т4 ($108,3 \pm 1,7$ нмоль/л) в I группе с высокой степенью значимости ($p = 0,0017$) выше уровня Т4 ($81,2 \pm 2,6$ мкМЕ/мл) в группе больных, не получающих медикаментозного лечения.

Проведенный анализ частоты возникновения рецидива узлового зоба в зависимости от факта медикаментозного лечения после операции показал более высокий процент рецидива заболевания во II группе больных (18,3 % против 10,8 % в I группе). Выявлена более тесная зависимость между рецидивом узлового зоба на фоне приема препарата калия йодида по сравнению с приемом препарата тироксина и комбинированной терапией.

Установлена статистически значимая связь ($r = +0,48$; $p = 0,0068$) рецидива узлового зоба с функциональным состоянием тиреоидного остатка. В 48,2 % случаев рецидив узла возникал на фоне послеоперационного гипотиреоза. При этом выявлена статистически значимая зависимость ($r = +0,37$; $p = 0,023$) между уровнем ТТГ через 3 месяца после операции и рецидивом узлового зоба через 2 года у больных, не получавших профилактического медикаментозного лечения, которая, однако, нивелируется его назначением.

Через 2 года от начала исследования было оценено влияние лечебно-профилактических мероприятий на возникновение послеоперационных осложнений в целом. В группе больных, получавших медикаментозное лечение, рецидив узлового зоба составил 10,8 %, что меньше показателя II группы – 18,3 %, однако при расчете критерия согласия χ^2 не является статистически значимым различием ($r = -0,10$; $p = 0,12$) и может рассматриваться лишь как тенденция к возможному развитию рецидива заболевания при отсутствии факта профилактического медикаментозного лечения.

Развитие послеоперационного гипотиреоза в I группе зарегистрировано в 11,6 % случаев (скрытый гипотиреоз у больных с ишемической болезнью сердца), во II группе - в 25 % случаев (явный и скрытый гипотиреоз), что является статистически значимой разницей ($r = -0,34$; $p = 0,019$) и говорит о влиянии лечебно-профилактических мероприятий на предупреждение возникновения послеоперационного гипотиреоза.

Таким образом, комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий оказался достаточно эффективным, особенно у пациентов среднего возраста без сопутствующей патологии сердечно-сосудистой систе-

мы. Эффективность мероприятий проявлялась в уменьшении частоты развития рецидивного узлового зоба и послеоперационного гипотиреоза, улучшении течения послеоперационного периода. Результаты исследования показали возможность применения различных схем лечебно-профилактических мероприятий и проведение их в возможно ранние сроки после оперативного вмешательства под наблюдением хирурга и эндокринолога.

Выводы

1. Течение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба и не получавших профилактического медикаментозного лечения, осложняется развитием послеоперационного гипотиреоза в 25 % случаев и рецидивом узлового зоба в 18,3 % случаев.

2. Сравнительное изучение вариантов медикаментозного лечения в послеоперационном периоде выявило более высокую эффективность схем, включающих препараты тироксина.

3. Применение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий снижает риск развития послеоперационного гипотиреоза в 2,2 раза и рецидива заболевания в 1,7 раза.

ОЦЕНКА ЭНДОКСИКОЗА ПРИ ГРИППЕ

Оразаев Н.Г.

*Кабардино-Балкарский
государственный университет,
Нальчик*

Основным показателем, позволяющим оценить степень тяжести у больных гриппом, является выраженность синдрома интоксикации. Синдром эндогенной интоксикации сопутствует многим заболеваниям и патологическим состояниям, определяя их тяжесть и прогноз (Н.П. Метальникова с соавт., 1990).

Под наблюдением находилось 39 больных неосложненным гриппом, у 5-х больных – легкой формы, у 20 – среднетяжелой и 6 – тяжелой формы. Все больные лечились в клинике инфекционных болезней г. Нальчика во время эпидемической вспышки гриппа в декабре 2003 и в январе 2004 года. Диагноз ставился на основании клинико-лабораторных данных и при нарастании титра антител в 4 и более раза в РТГА. Для определения уровня концентрации молекул средней массы в плазме крови был использован скрининговый метод В.В. Николайчика и соавт. (1991) в модификации М.И. Габриловича (1998). Определение содержания среднемолекулярных пептидов проводили в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и перед выпиской больных из стационара.

При неосложненном гриппе в первые 1-4 дня болезни, т.е. в периоде разгара заболевания отмечено значительное и достоверное возрастание содержания СМП в плазме крови, причем это возрастание СМП было наиболее существенным в периоде разгара заболевания. На 4-ые дни болезни уровень СМП снижался параллельно положительной динамике заболевания, т.е. при уменьшении синдрома интоксикации. На 7-12 день, т.е. в периоде ранней реконвалесценции про-