

БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Стяжкина С.Н.¹, Баданов С.В.², Киселева А.А.³, Мокина Е.А.⁴

¹Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры, кафедра факультетской хирургии;

²Баданов Сергей Владимирович – студент;

³Киселева Анастасия Анатольевна – студент;

⁴Мокина Елена Александровна – студент, лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск

Актуальность

Заболевания щитовидной железы являются одними из самых распространенных в мире и ставятся в один ряд с такими заболеваниями, как сахарный диабет и болезни сердечно-сосудистой системы. В России от 15 до 40 % населения страдают от тиреоидных патологий. В последнее время отмечается увеличение больных с болезнью Грейвса, проживающих в Удмуртской Республике.

Болезнь Грейвса – системное аутоиммунное заболевание, развивается вследствие выработки антител к рецептору тиреотропного гормона, клинически проявляется поражением щитовидной железы с развитием синдрома тиреотоксикоза в сочетании с экстратиреоидной патологией [1]. По данным исследования женщины болеют в 9 раз чаще по сравнению с мужчинами. Пик заболеваемости приходится от 40 до 55 лет. Распространенность тиреотоксикоза выше в таких районах как Завьяловский, Камбарский и в городах - Ижевск, Воткинск, Сарапул.

Избыточное количество тиреоидных гормонов, синтезируемых при диффузно-токсическом зобе, способствует развитию синдрома тиреотоксикоза. Кроме того, тиреоидные гормоны потенцируют активность симпатической нервной системы, повышая плотность адренорецепторов на клетках и увеличивая их чувствительность к катехоламинам. Симпатомиметический эффект повышает функциональную активность всех органов и систем: увеличивается частота дыхания, сердечных сокращений, активизируются процессы возбудимости и проводимости нервной системы, увеличивается почечная фильтрация [2]. Характерная неврологическая симптоматика в виде повышенной возбудимости, тревожности, психической лабильности, повышенной потливости наблюдается в 86% случаев. Сердечно-сосудистый синдром, характеризующийся тахикардией, сохраняющейся в состоянии покоя и ночное время выявляется в 96% случаев. Изменения со стороны пищеварительной системы характеризуются похуданием на фоне повышенного аппетита (58%). При исследовании гормонального профиля у пациентов с болезнью Грейвса обнаружено повышение уровня гормонов трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4), наряду со снижением уровня тиреотропного гормона (ТТГ). Средний показатель Т3 – 25 нмоль/л, Т4 – 44,75 нмоль/л; ТТГ 0,048 мМЕ/л. Кроме того в 60% случаев встречается повышенный уровень антител к рецептору ТТГ. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы выявляется увеличение тиреоидного объема, диффузное снижение эхогенности в 87% случаев за счет обильного кровоснабжения и повышенного кровотока. По данным УЗИ средний показатель увеличения щитовидной железы составляет 46,5 см³.

Для лечения болезни Грейвса используют медикаментозную терапию, хирургический метод и радиоiodотерапию. Тиреостатическая терапия может назначаться либо в плане подготовки пациента к другим методам лечения (операция), которые проводятся на фоне эутиреоза, либо в виде курса тиреостатической терапии продолжительностью от 12 до 18 месяцев. Эффективность консервативной терапии диффузного токсического зоба составляет около 30–35%, при прогрессировании заболевания применяется оперативное лечение. Показаниями для проведения оперативных вмешательств являются следующие: токсический зоб II – V степени – 77,5%; наличие узлов в токсическом зобе – 15%; загрудинная локализация зоба – 7,5%. В качестве оперативного лечения в 20% случаев проводилась тиреоидэктомия и в 80% – субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением тиреоидного остатка — это связано с тем, что при оперативном вмешательстве внутри фасциальной капсулы исключается повреждение возвратного гортанного нерва и кроме того оставляет неприкосновенными паращитовидные железы.

Вывод

Болезнь Грейвса является достаточно распространенным заболеванием в Удмуртии и наиболее эффективным методом лечения данной патологии является субтотальная резекция щитовидной железы, к которой следует прибегать во всех прогрессирующих случаях, не поддающихся консервативному лечению.

Список литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 368-369.
2. Кандрор В.И. Механизмы развития болезни Грейвса и действия тиреоидных гормонов. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2008. № 1. С. 26-43.