

Особливості ведення хворих з хронічною серцевою недостатністю коронарного генезу та структурними змінами щитовидної залози

Н.М. СИДОРОВА, А.В. ДИШЛОВА

Резюме. Представлені дані щодо обстеження 77 хворих на хронічну серцеву недостатність коронарного генезу із структурними змінами щитовидної залози за даними ультразвукового дослідження. Показано, що існує невідповідність між виявленими показами до визначення рівня гормонів щитовидної залози і тиреотропного гормону та дійсним контролем функції щитовидної залози, щодо якого існують чіткі рекомендації наказу МОЗ України № 436 та його доповнень. Запропоновано шляхи оптимізації надання медичної допомоги таким хворим.

Ключові слова: щитовидна залоза, порушення структури, хронічна серцева недостатність, гормони щитовидної залози, тиреотропний гормон.

Відомо, що порушення функції щитовидної залози (ЩЗ) може справляти вплив на перебіг кардіальної патології, зокрема хронічної серцевої недостатності (ХСН) [1–4]. Відповідно до наказу МОЗ України № 436 від 3.07.06 р. визначення рівнів гормонів ЩЗ (ГЩЗ) трийодтироніну (Т₃) та тироксину (Т₄), а також тиреотропного гормону (ТТГ) входить до обов'язкової програми обстеження хворих з фібриляцією (ФП) та тріпотінням передсердь, а також у межах додаткової програми обстеження – при екстрасистолії та шлуночкових порушеннях ритму, ХСН та дилататійній кардіоміопатії [5]. Відповідно до цього документу консультація ендокринолога, контроль рівнів ГЩЗ, ТТГ рекомендовані при вперше виявленій суправентрикулярній тахікардії (СВТ), а також кожні 6 міс при постійній терапії аміодароном [6]. В той же час мало відомо про особливості структурного та функціонального стану ЩЗ у хворих на ХСН коронарогенного генезу, тому метою нашого дослідження було визначення таких особливостей та пошук шляхів оптимізації діагностично-лікувальної допомоги хворим із супутньою патологією ЩЗ.

Матеріал і методи

Робота базується на результатах аналізу історій хвороб та амбулаторних карт 77 (чоловіки – 84,4%, жінки – 16,9%) хворих на ХСН коронарогенного генезу, середній вік яких складав 62,9±1,1 років. Хворі знаходилися на амбулаторному спостереженні або стаціонарному лікуванні у Головному військовому медичному клінічному центрі «ГВКГ» МО України у 2009 р. Відбір пацієнтів та документатії проводили шляхом суцільної вибірки.

Виконували аналіз клініко-епідеміологічної характеристики хворих на ХСН військовослужбовців із виявленими, відповідно до даних ультразвукового дослідження (УЗД), структурними змінами ЩЗ, частот та дозових

режимів призначення фармакологічних препаратів, зокрема БАБ та аміодарону; показники фізикальних і лабораторно-інструментальних досліджень, що відображають ефективність та безпечність лікування основного захворювання.

Методи дослідження включали клініко-епідеміологічний аналіз скарг, даних анамнезу та супутньої патології, лабораторних та інструментальних показників, особливостей обстеження та лікування. З метою оцінки структурного стану ЩЗ проводили аналіз її розмірів та структури під час проведення УЗД. Для верифікації ХСН коронарогенного генезу вивчали електрокардіографічні, ехокардіографічні (ЕХОКГ) показники. Результати проведеного аналізу стосовно частоти виявлених ознак представлено у відсотках до всіх випадків обстеження, для абсолютних величин показників розраховували середню величину показника із розрахунком середньої похибки за загальноприйнятою методикою.

Результати та їх обговорення

Відповідно до мети та завдань дослідження всі хворі групи мали ішемічну хворобу серця (ІХС): у 90,9% випадків визначали ознаки дифузного кардіосклерозу, післяінфарктний кардіосклероз виявлено у 22,1% випадків, стабільна стенокардія напруги була діагностована у 31,2% випадків. ХСН, відповідно до мети роботи, була присутня у всіх хворих: переважали І–ІІ функціональні класи відповідно до класифікації Нью-Йоркської асоціації серця (ФК) ХСН, які визначали у 58,4% випадків (45 хворих). Артеріальну гіпертензію (АГ) відмічали у 87% випадків, при цьому переважали І–ІІ клінічні стадії захворювання (64,9% випадків). Дисфункція лівого шлуночка (ЛШ) за даними ЕХОКГ була виявлена у 33 хворих на ХСН коронарогенного генезу (42,9% випадків). Аритмії були присутні у 54,6% випадків. Найчастіше відмічали постійну форму ФП – у 26% випадків, персистоуючу ФП виявляли у 16,9% випадків, пароксизмальну – у 5,2% випадків.

У переважній більшості УЗД ЩЗ було призначене не ендокринологом, а лікуючим лікарем. Лише у 10,4% випадків мала місце консультація ендокринолога. Середні величини розмірів часток ЩЗ та перешийка були в межах норми. Так, для правої частки середня величина глибини склала $18,6 \pm 0,5$ мм, ширини – $18,4 \pm 0,7$ мм, довжини – $44,0 \pm 1,1$ мм; для лівої відповідно $17,7 \pm 0,5$, $16,6 \pm 0,4$ та $42,5 \pm 0,9$ мм. Середня величина перешийка склала $3,6 \pm 0,2$ мм. Відповідно до отриманих нами даних, у хворих групи, що була обстежена, найбільш часто визначали вузлові утворення ЩЗ (39% випадків): частота поодиноких та множинних вузлових утворень була рівною (в обох випадках – 19,5%). У 22,1% випадків виявляли тиреоїдит. Гіперплазію ЩЗ діагностовано у 20,8% військовослужбовців, які приймали участь у дослідженні. Кистозне ураження ЩЗ зустрічали у 7,8% випадків: поодинокі та множинні кисти в однаковій кількості – по 3,9%.

У хворих на ХСН коронарогенного генезу військовослужбовців із структурними змінами ЩЗ, використання антиагрегантних препаратів було недостатнім, лише незначно перевищуючи 50% (ацетилсаліцилову кислоту призначали у 58,5% випадків (45 хворих). Малоімовірно, що у 42% хворих на ХСН та ІХС були суттєві протипоказання до призначення такої терапії. Інші антитромботичні або антитромбоцитарні засоби (клопідогрел або варфарин) не використовували, хоча ФП – основний показ до терапії непрямими антикоагулянтами мала місце у 48% випадків.

У 54,6% хворих призначали діуретики, переважно гідрохлоротіазид та спіронолактон. Враховуючи невисокий ФК ХСН у хворих, яких вивчали (переважно І–ІІ), таку діуретичну терапію можна вважати достатньою.

Більш ніж у половини хворих зазначеної групи використовували інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) – 58,5% випадків, що є недостатнім. Найчастіше причиною відміни або непризначення іАПФ є сухий кашель та стеноз ниркових артерій, але частота цих подій у популяції нижча за 42%. В той же час неадекватно високою була частота призначення антагоністів кальцію при лікуванні хворих на ХСН коронарогенного генезу військовослужбовців (22,1%). Переважно призначали амлодипін чи фелодипін (8 хворих, 10,4% випадків), які дозволено використовувати при певних показках у хворих на ХСН. Втім, досить часто (9 хворих, 11,7% випадків) призначали інші, не дозволені до використання при ХСН, антагоністи кальцію.

У 71,4% хворих призначали бета-адреноблокатор (БАБ) бісопролол (55 пацієнтів), середня величина добової дози якого склала $6,9 \pm 0,2$ мг, тобто в межах оптимальної терапевтичної.

Звертає на себе увагу обмежена інформація щодо функціонального стану ЩЗ у відповідній медичній документації – хворим із виявленою патологією ЩЗ вкрай рідко призначали та виконували аналіз крові для визначення рівнів ГЩЗ та ТТГ. В той же час виконання такого дослідження є обов'язковим для хворих із багатовузловими утвореннями та ознаками тиреоїдиту, частота виявлення яких у популяції вивчення склала 41,6%. Тобто майже у половині випадків визначення рівнів ТТГ, T_3 та T_4 було вкрай необхідним. В той же час лише у 2 випадках дані щодо результатів таких аналізів було наведено у медичній документації.

Причина такого недостатнього рівня обстеження, вірогідно, обумовлена непостійною можливістю виконувати такі дослідження у військових медичних закладах та високою вартістю лабораторного обстеження у приватних лабораторіях. Відповідно до отриманих нами даних, принаймні 51% хворих групи, що була обстежена, потребували обов'язкового визначення рівня ГЩЗ та ТТГ за протоколами наказу № 436 МОЗ України від 3.07.06 з обстеження хворих із ФП та СВТ. Нами було виявлено суттєві можливості для поліпшення надання медичної допомоги хворим на ХСН зі структурними змінами ЩЗ.

Призначення БАБ є патогенетично обґрунтованим у хворих не тільки з клінічними ознаками стабільного перебігу ХСН, але також ІХС та АГ, особливо за умов недостатнього контролю АГ, симпатикотонії та аритмій, які були виявлені в цій групі хворих. Напевне, долучення до схем лікування хворих на ХСН коронарогенного генезу та АГ БАБ дозволить покращити результати лікування та зменшити ризик пацієнта щодо розвитку серцево-судинної події. Вибір бісопрололу у лікуванні хворих на ХСН коронарогенного генезу із структурними змінами у ЩЗ є виправданим, оскільки саме для бісопролола доведена відсутність впливу на процес перетворення Т₄ на активну форму Т₃ [7].

В той же час у зазначеної групи хворих використовували препарати, що здатні впливати на функцію ЩЗ, зокрема аміодарон. Відповідно до отриманих нами даних, у лікуванні хворих на ХСН коронарогенного генезу аміодарон використовували у 29,9% випадків. При цьому середня добова доза аміодарону складала 327,3±22,3 мг. В той же час безпека тривалого використання аміодарону доведена лише для дози 200 мг на добу [8]. Зазначені хворі потребують регулярного контролю ГЩЗ (Т₃ та Т₄), а також ТТГ – відповідно до національних рекомендацій кожні 6 міс.

Висновки

1) Існує невідповідність між виявленими показниками до визначення рівня ГЩЗ і ТТГ та дійсним контролем функції ЩЗ, щодо якого існують чіткі рекомендації наказу МОЗ України № 436 [5] та його доповнень [6]. Це особливо важливо у категорії хворих з виявленими під час УЗД структурними змінами у ЩЗ.

2) Задля своєчасного виявлення клінічних ознак дисфункції ЩЗ у хворих на ХСН коронарогенного генезу із структурними змінами ЩЗ, які приймають препарати, здатні впливати на функцію ЩЗ, нами розроблена анкета для пацієнта, яка дозволяє оптимізувати процес діагностики дисфункції ЩЗ та своєчасну її корекцію.

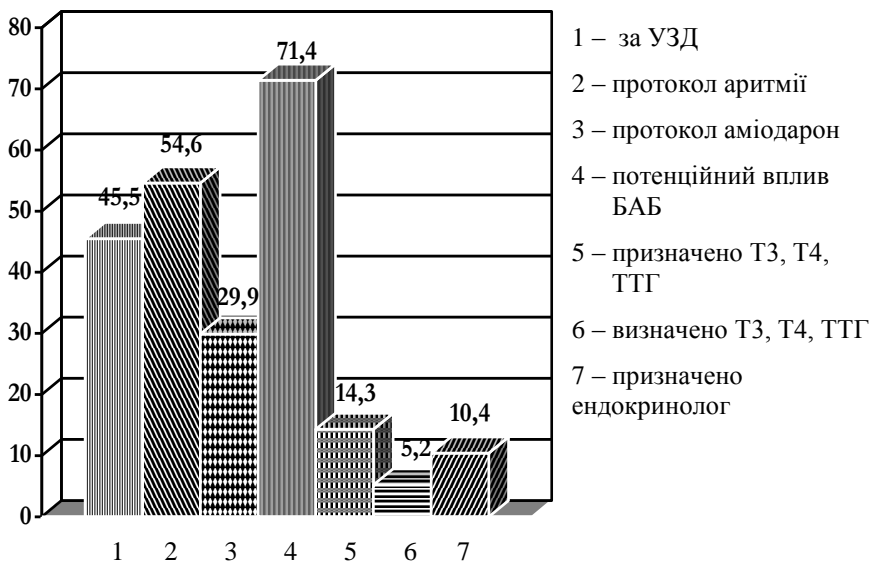


Рис. Співвідношення між показами до визначення функції ЩЗ та консультації ендокринолога у хворих на ХСН коронарогенного генезу із структурними змінами ЩЗ та виконанням цих заходів

Примітка:

УЗД – ультразвукове дослідження; БАБ – бета-адреноблокатори; Т3 – трийодтиронін; Т4 – тироксин; ТТГ – тиреотропний гормон.

Література

1. Петунина Н.А. Сердечно-сосудистая система при заболеваниях щитовидной железы / Н.А. Петунина // Сердце. – 2003. – Т. 2. – № 6. – С. 270–279.
2. Старкова Н.Т. Клиническая эндокринология / Н.Т. Старкова // М.: Медицина, 2003. – С. 365.
3. Телкова И.Л. Роль тиреоидных гормонов в регуляции сердечной деятельности / И.Л. Телкова, Р.С. Карпов // Клиническая медицина. – 2004. – № 1. – С. 12–17.
4. Нарушение функционального состояния сердечно-сосудистой системы при субклиническом гипотиреозе / Ю.Г. Сыч, В.Ю. Калашников, А.Л. Сыркин, Г.А. Мельниченко // Клиническая медицина. – 2003 – № 11 – С. 4–9.
5. Наказ МОЗ України № 436 від 3.07.06 р.
6. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / за редакцією проф. В.М. Коваленка, проф. М.І. Лутая, проф. Ю.М. Сіренка. – К., 2007. – 128 с.

7. Pharmacokinetics of bisoprolol and influence on serum thyroid hormones in hyperthyroid patients / P. Pfannenstiel, E. Rummeny, Th. Baew-Christow et al. // J Cardiovasc Pharmacol. – 1986. – V. 8 (Suppl. 11). – P. 100–105.

8. Дисфункция щитовидной железы на фоне длительного приема амиодарона. Связь антиаритмической эффективности амиодарона с действием препарата на функцию щитовидной железы / С.Е. Сердюк, С.А. Бакалов, С.П. Голицын и др. // Кардиология. – № 1. – 2005. – С. 22–27.

Особенности ведения больных с хронической сердечной недостаточностью коронарогенного генеза и структурными изменениями щитовидной железы

Н.Н. СИДОРОВА, А.В. ДЫШЛОВАЯ

Резюме. *Представлены данные обследования 77 больных с хронической сердечной недостаточностью коронарогенного генеза и структурными изменениями щитовидной железы по данным ультразвукового исследования. Показано, что существует несоответствие между выявленными показаниями к определению уровня гормонов щитовидной железы и тиреотропного гормона и существующим контролем функции щитовидной железы, в отношении чего существуют четкие рекомендации приказа МЗ Украины № 436 и его дополнений. Предложены пути оптимизации оказания медицинской помощи таким больным.*

Ключевые слова: *щитовидная железа, нарушение структуры, хроническая сердечная недостаточность, гормоны щитовидной железы, тиреотропный гормон, амиодарон.*

Features of the management of patients with coronary genesis congestive heart failure and structural changes of thyroid

N.N. SYDOROVA, A.V. DYSHLOVA

Summary. *Represented data from examination of 77 patients with congestive heart disease of coronary genesis and changes in structure of thyroid by ultrasound examination. It has been shown that there was some mismatch between indications for measure levels of thyroid hormones and thyroid-stimulating hormone established during the study and current function of thyroid controlling, as it clearly recommended in Order by Ministry of Public Health of Ukraine and its supplements. There made some offers for optimization of health care for those patients.*

Key words: *thyroid, changes in structure, congestive heart failure, thyroid hormones, thyroid-stimulating hormone.*