

преобладал лёгочной процесс, по формам – диссеминированная и инфильтративная. Смерть наступала чаще от прогрессирования диссеминированного лёгочного процесса. У большинства больных не наблюдалось приверженности к специфическому противотуберкулёзному и антиретровирусному лечению.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД-ассоциированный туберкулёз.

#### CLINICAL COURSE AND CAUSES OF DEATH IN PATIENTS WITH HIV/AIDS-ASSOCIATED TUBERCULOSIS

A. S. Shalmin, E. N. Raznatovskaya, R. N. Yasinskiy, M. V. Bendus, T. I. Netkal, V. S. Logiyko, N. M. Nekrasova (Zaporozhye, Ukraine)

Zaporizhzhya medical university

It was determined that most of the patients with HIV/AIDS-associated tuberculosis were anti-social way of life. There were more causes of newly diagnosed tuberculosis and drug resistance tuberculosis among the dead cases of HIV/AIDS-associated tuberculosis. Tuberculosis more often had started after HIV-infection. In patients who died of co-infection disseminated and infiltrative forms of pulmonary tuberculosis were determined more often. Death came more often from progression of disseminated pulmonary tuberculosis. Most patients had no commitment to a specific anti-TB and antiretroviral treatment.

**Key words:** HIV/AIDS-associated tuberculosis.

---

## КОРПОРАТИВНА МЕДИЦИНА

---

УДК 615.22+616-08+616.127-005.8

Надійшла 28.12.2012

I. П. ВАКАЛЮК, Н. Б. ТИМОЧКО

### ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКАМЕТОЗНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КОРВАЗАНУ® У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА, З УРАХУВАННЯМ ЧИННИКІВ РИЗИКУ

Кафедра внутрішньої медицини 3 та медсестринства (зав. – проф. І. П. Вакалюк) Івано-Франківського національного медичного університету <dr.nt@mail.ru>

*Найважливішу роль смертності від серцево-судинних захворювань відіграють фактори ризику виникнення серцево-судинних подій. З метою визначення ефективності відновного лікування було обстежено 240 хворих, які перенесли інфаркт міокарда із супутніми чинниками ризику. Встановлено, що включення до стандартної терапії бета-адреноблокатора карведилолу в індивідуально підібраній дозі та залежно від чинника ризику виникнення серцево-судинних подій сприяє підвищенню функціональних резервів міокарда та збільшенню толерантності до фізичних навантажень.*

**Ключові слова:** інфаркт міокарда, серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, ожиріння, тредміл-тест, карведилол.

Серцево-судинні захворювання – основна причина смертності осіб середнього і похилого віку в багатьох країнах. Щорічно, за даними ВООЗ, помирають понад 17,5 млн людей. В Україні в 2010 р. кількість дорослих з хворобами системи кровообігу становила близько 25,9 млн. Водночас в Україні за останні 30 років поширення серцево-судинних захворювань серед населення збільшилось у 3,5 раза,

а рівень смертності від них – на 46 %. У зв'язку з цим серцево-судинні захворювання з їх значним впливом на важливі для людини функції стабільно посідають перше місце в структурі причин смертності та первинної інвалідності дорослого населення України [3]. Однією з найактуальніших соціально-медичних проблем вважають ішемічну хворобу серця (ІХС). Її особливістю є не тільки високі показники захворюваності, але й високий процент інвалідності та смертності осіб працездатного віку. Ключовими проблемами ведення хворих на ІХС є своєчасна і точна діагностика, оцінка ступеня ризику та прогнозу захворювання, призначення адекватного алгоритму лікування. Найважливіше значення у смертності від ІХС, зокрема від інфаркту міокарда (ІМ), мають такі фактори, як систолічний артеріальний тиск (АТ) (50 %), надлишкова маса тіла, підвищення рівня холестерину і ліпопротеїдів низької щільності (21 і 32 % відповідно), порушення вуглеводного обміну та серцева недостатність. Доведено, що чим триваліша дія будь-якого фактора на організм людини, тим вищий ризик виникнення серцево-судинних подій [2, 4]. Однією з важливих перешкод у зниженні серцево-судинного ризику є час – відстрочення діагностики і лікування спричинює зниження можливостей для реалізації всього потенціалу. Слід зосереджувати увагу спеціалістів на важливості стратифікації ступеня ризику гострого коронарного синдрому та визначення найбільш адекватної схеми лікування хворих, які належать до різних груп ризику. Таким чином, для реального зниження кардіоваскулярного ризику необхідно оцінити вплив різних факторів на вибір лікарем тактики обстеження та лікування хворих з високим серцево-судинним ризиком [1]. Найбільш інформативними діагностичними методами є навантажувальні проби (третіміль-тест та шестихвилинний тест ходьби), що достовірно точно характеризують прогноз ризику хворих після перенесеного ІМ. Нині однією із застосовуваних у лікуванні практично всіх серцево-судинних захворювань з груп препаратів є β-адреноблокатори [5].

**Мета дослідження** – підвищення ефективності відновного лікування хворих, які перенесли гострий коронарний синдром, на основі клініко-патогенетичної оцінки та медикаментозної корекції забезпечення фізичних навантажень у відновному періоді після ІМ.

**Матеріали і методи.** В процесі дослідження обстежено 240 хворих віком від 40 до 75 років, які перенесли Q та Non-Q ІМ, із супутньою серцевою недостатністю, ожирінням, гіпертонічною хворобою та сукупністю факторів ризику. Кожну з груп розподілено на чотири підгрупи по 60 осіб, з яких 30 становили контрольну та 30 дослідну підгрупи. Хворі отримували стандартне лікування: статини, аспірин, антикоагулянти, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), контрольна підгрупа – β-адреноблокатор метопролол, дослідна – карведилол, який призначали по 3,125 мг/доба; методом титрування дозу коректували до 25–50–100 мг/доба залежно від факторів ризику серцево-судинних подій. В подальшому потреби в призначенні додаткових лікарських засобів не виникало. Період спостереження тривав 12 міс. Хворих обстежували на початку лікування, через 1; 3; 6 та 12 міс.

Виконували дозовані фізичні навантаження на апараті третіміль Full Vision Ins. (TMX 425, USA), у хворих всіх груп оцінювали такі показники: тривалість фізичного навантаження, об'єм спожитого кисню за час фізичного навантаження ( $VO_2$ ), за формулою

$$VO_2 = 2,68 \cdot V + 0,483 \cdot V \cdot G + 3,5,$$

де  $V$  – швидкість руху третімілю;  $G$  – кут нахилу бігової доріжки, а також максимальну потребу в кисні (МПК) за формулою

$$МПК = 14,8 - (1,379 \cdot T) + (0,451 \cdot T^2) - (0,012 \cdot T^3),$$

де  $T$  – повна тривалість фізичного навантаження, метаболічні одиниці (МЕТ) за формулою  $МЕТ = VO_2/3,5$  та депресію сегмента  $ST$  у відведеннях  $V_4$ ,  $V_5$ . Критеріями досягнення порогового навантаження була поява ангінального болю та/або

горизонтальна чи косовисхідна депресія сегмента  $ST > 1$  мм тривалістю не менше 0,08 с. Критеріями виключення були абсолютні або відносні протипоказання до проведення навантажувальних тестів, складні порушення ритму серця, хронічні обструктивні захворювання легень, облітеруючий атеросклероз та варикозне розширення вен нижніх кінцівок, онкологічні захворювання. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали за програмою «Microsoft Excel Access». Розраховували середні значення показників, їх відсоткові частки та критерії Стьюдента. Зіставляли величини даних осіб дослідної та контрольної підгруп, а також значення всередині кожної групи на різних етапах дослідження. Статистично достовірними вважали різницю значень при  $P < 0,05$ .

**Результати та їх обговорення.** Аналіз результатів показав, що за середніми величинами показники MET у хворих всіх груп до лікування практично не різнилися і були значно знижені порівняно із здоровими (табл. 1).

Таблиця 1. Показники тредміл-тесту у хворих після перенесеного інфаркту міокарда з урахуванням чинників ризику ( $M \pm m$ )

Показник	Здорові ( $n = 30$ )	Чинники ризику			
		СН ( $n = 75$ )	АГ ( $n = 75$ )	ожиріння ( $n = 75$ )	всі чинники ризику ( $n = 75$ )
$VO_2$	$77,69 \pm 0,14^*$	$14,76 \pm 0,42^*$	$13,53 \pm 0,58^*$	$24,40 \pm 0,75^*$	$10,62 \pm 0,37^*$
MET	$22,19 \pm 0,11^*$	$4,44 \pm 0,14^*$	$3,72 \pm 0,15^*$	$7,03 \pm 0,18^*$	$3,02 \pm 0,12^*$
МПК	$71,93 \pm 0,21^*$	$21,60 \pm 0,61^*$	$17,37 \pm 0,71^*$	$35,31 \pm 0,75^*$	$17,62 \pm 0,58^*$
Депресія $ST V_4$	$0,00 \pm 0,01^*$	$1,26 \pm 0,03^*$	$0,73 \pm 0,04^*$	$1,10 \pm 0,02^*$	$1,33 \pm 0,03^*$
$ST V_5$	$0,00 \pm 0,01^*$	$1,16 \pm 0,02^*$	$0,58 \pm 0,03^*$	$1,06 \pm 0,03^*$	$1,25 \pm 0,04^*$

\*  $P < 0,05$ . \*\*  $P > 0,05$

Після лікування рівень MET достовірно підвищився у хворих всіх груп ( $P_1 < 0,05$ ), більш виражена тенденція спостерігалась у хворих, яким призначали карведилол ( $7,15 \pm 0,46$ ) порівняно з метопрололом ( $4,86 \pm 0,43$ ), особливо на 3-му місяці лікування, коли практично у всіх хворих методом титрування препарату досягнуто максимального терапевтичного ефекту. Так, у групі хворих, які перенесли ІМ у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ), при включенні до стандартної терапії карведилолу спостерігалось достовірне збільшення  $VO_2$  ( $41,95 \pm 0,78$ ) мл/(хв · кг) порівняно із стандартною групою ( $28,75 \pm 0,92$ ) мл/(хв · кг). У більшості хворих даної групи до лікування виявлено ІІІ ФК ІХС, проте через 12 міс лікування у більшості досягнуто І ФК ІХС; рівень MET –  $3,77 \pm 0,34$  та  $22,40 \pm 0,42$  відповідно. Застосування  $\beta$ -адреноблокатора карведилолу в комплексі медикаментозної терапії відновного періоду після ІМ дозволяє контролювати рівень АТ та частоту серцевих скорочень (ЧСС), гальмується розвиток тахіаритмії, відмічено антиішемічний ефект. Крім того, карведилолу властивий м'який  $\alpha$ -блокуючий ефект та антиоксидантний вплив, що, в свою чергу, сприяє позитивному впливу на стан мікроциркуляції периферичного кровотоку і метаболічних процесів. Опосередковано карведилол коригує через вплив на синтез реніну активність ренін-ангіотензинової системи. Середня добова доза карведилолу, за нашими результатами, становить 20,2 мг. Що стосується хворих із серцевою недостатністю (СН), які перенесли ІМ, то рекомендована їм терапевтична доза становила 37,5–50 мг/доба, яку було досягнуто практично у всіх хворих на 3-му місяці лікування. Ефективність даної терапії підтверджено під час тредміл-тесту достовірним збільшенням  $VO_2$ , MET та зменшенням депресії сегмента  $ST V_4$ ,  $V_5$  порівняно з вихідними значеннями (табл. 2). Застосування карведилолу, який блокує небажані при СН ефекти гіперактивації симпатoadреналової системи, та його одночасна периферична вазодилатація й антиоксидантний вплив забезпечують сприятливий перебіг відновного періоду після ІМ і збільшення толерантності до фізичних навантажень, зменшуючи при цьому ризик прогресування СН. Карведилол запобігає розвитку життєво небезпечних аритмій, володіє антиангі-

нальним ефектом, нормалізує серцевий ритм, контролює рівень АТ, функцію ендотелію. Аналізуючи результати тредміл-тесту серед хворих з ожирінням, які перенесли ІМ, ми спостерігали суттєве збільшення навантаження в осіб, яким до стандартної терапії включали β-адреноблокатор карведилол, що відповідало кількості сходинок: до лікування –  $3,86 \pm 0,24$ , на 3-му місяці –  $5,73 \pm 0,17$ , на 12-му місяці –  $8,00 \pm 0,22$  порівняно з хворими, яким призначали метопролол: до лікування –  $3,93 \pm 0,13$ , на 3-му місяці –  $4,42 \pm 0,21$ , на 12-му місяці –  $5,90 \pm 0,13$ . Терапевтичного ефекту досягнуто у хворих, у яких доза карведилолу становила 75–100 мг/доба, за рахунок антиатерогенної дії, знижувався ризик виникнення повторних небажаних подій та збільшувалась толерантність до фізичних навантажень. Особливу увагу слід звернути на хворих із поєднанням вищезазначених факторів ризику, які перенесли ІМ. Спостерігаючи за негативним впливом кожного з них на перебіг відновного лікування хворих після перенесеного ІМ, аналізували вплив поєднання факторів ризику на відновний період та толерантність до фізичних навантажень на фоні лікування карведилолом і метопрололом. Відмічено чітку тенденцію до підвищення толерантності до фізичних навантажень за рахунок збільшення показників MET від  $3,24 \pm 0,22$  до лікування до  $7,15 \pm 0,46$  на 3-му і до  $16,89 \pm 0,64$  на 12-му місяці лікування, що відповідає II та I ФК ІХС, на відміну від хворих, які одержували стандартну терапію. Середньодобова доза карведилолу у хворих з високим серцево-судинним ризиком, які перенесли ІМ у поєднанні з усіма факторами ризику, становила 50 мг/доба. Її вважають терапевтично ефективною за рахунок зменшення серцевого викиду, потреби міокарда в кисні, пригнічення збудливості та провідності, що забезпечує гіпотензивну, антиішемічну, антиаритмічну та антиатерогенну дію на відновний період після перенесеного ІМ.

Таблиця 2. Динаміка показників тредміл-тесту у хворих після перенесеного інфаркту міокарда та загальної групи в процесі відновного лікування карведилолом ( $M \pm m$ )

Показник	Термін, міс				
	до лікування	1-й	3-й	6-й	12-й
Стандартна терапія хворих із СН ( $n = 30$ )					
VO <sub>2</sub> , мм/(кг · хв)	14,58 ± 0,96*	17,33 ± 0,92*	19,97 ± 1,20*	22,65 ± 1,04*	28,12 ± 1,10*
MET	4,16 ± 0,26*	4,90 ± 0,34*	5,70 ± 0,56*	6,40 ± 0,23*	8,03 ± 0,34*
Депресія ST V <sub>4</sub> , мм	1,400 ± 0,058*	1,30 ± 0,04*	1,10 ± 0,03*	1,00 ± 0,04*	0,80 ± 0,02*
Стандартна терапія + карведилол хворих із СН ( $n = 30$ )					
VO <sub>2</sub> , мм/(кг · хв)	15,72 ± 0,84*	19,78 ± 0,92*	28,02 ± 1,10*	36,3 ± 0,9*	46,47 ± 1,09*
MET	4,49 ± 0,62*	5,65 ± 0,51*	8,00 ± 0,23*	10,37 ± 0,34*	13,27 ± 0,42*
Депресія ST V <sub>4</sub> , мм	1,30 ± 0,06*	1,00 ± 0,04*	0,50 ± 0,05*	0,30 ± 0,02*	0,20 ± 0,02*
Стандартна терапія хворих з АГ ( $n = 30$ )					
VO <sub>2</sub> , мм/(кг · хв)	13,93 ± 0,75*	20,05 ± 1,10*	28,75 ± 0,92*	29,83 ± 1,10*	42,69 ± 1,09*
MET	3,98 ± 0,29*	5,73 ± 0,31*	8,21 ± 0,56*	8,52 ± 0,21*	12,19 ± 0,62*
Депресія ST V <sub>4</sub> , мм	1,16 ± 0,09*	1,00 ± 0,08*	0,80 ± 0,08*	0,73 ± 0,06*	0,52 ± 0,05*
Стандартна терапія + карведилол хворих з АГ ( $n = 30$ )					
VO <sub>2</sub> , мм/(кг · хв)	13,22 ± 0,84*	20,78 ± 0,92*	41,95 ± 0,78*	62,52 ± 0,96*	78,43 ± 1,01*
MET	3,77 ± 0,34*	5,93 ± 0,55*	11,98 ± 0,23*	17,86 ± 0,35*	22,40 ± 0,42*
Депресія ST V <sub>4</sub> , мм	1,21 ± 0,09*	1,09 ± 0,09*	0,60 ± 0,08*	0,22 ± 0,06*	0,01 ± 0,06*
Стандартна терапія хворих з ожирінням ( $n = 30$ )					
VO <sub>2</sub> , мм/(кг · хв)	24,26 ± 0,88*	26,20 ± 0,94*	28,84 ± 1,10*	35,22 ± 1,05*	45,77 ± 1,14*
MET	6,93 ± 0,42*	7,48 ± 0,54*	8,24 ± 0,56*	10,06 ± 0,38*	13,07 ± 0,66*
Депресія ST V <sub>4</sub> , мм	1,20 ± 0,06*	1,10 ± 0,04*	1,00 ± 0,05*	0,90 ± 0,04*	0,60 ± 0,02*
Стандартна терапія + карведилол хворих з ожирінням ( $n = 30$ )					
VO <sub>2</sub> , мм/(кг · хв)	24,94 ± 0,92*	28,84 ± 0,98*	43,68 ± 0,84*	60,11 ± 0,96*	71,37 ± 1,11*
MET	7,12 ± 0,58*	8,24 ± 0,61*	12,48 ± 0,24*	17,17 ± 0,35*	20,39 ± 0,46*
Депресія ST V <sub>4</sub> , мм	1,10 ± 0,08*	1,00 ± 0,06*	0,60 ± 0,03*	0,20 ± 0,02*	0,10 ± 0,02*

Закінчення табл. 2

Показник	Термін, міс				
	до лікування	1-й	3-й	6-й	12-й
Стандартна терапія хворих з поєднанням факторів ризику ( $n = 30$ )					
$VO_2$ , мм/(кг · хв)	$0,41 \pm 0,58^*$	$14,47 \pm 0,75^*$	$17,02 \pm 1,12^*$	$26,26 \pm 1,31^*$	$33,18 \pm 1,22^*$
МЕТ	$2,97 \pm 0,24^*$	$4,11 \pm 0,33^*$	$4,86 \pm 0,43^*$	$7,48 \pm 0,52^*$	$9,48 \pm 0,61^*$
Депресія $ST V_4$ , мм	$1,84 \pm 0,08^*$	$1,75 \pm 0,08^*$	$1,53 \pm 0,07^*$	$1,32 \pm 0,08^*$	$1,15 \pm 0,06^*$
Стандартна терапія + карведилол хворих з поєднанням факторів ризику ( $n = 30$ )					
$VO_2$ , мм/(кг · хв)	$11,34 \pm 1,03^*$	$16,85 \pm 1,35^*$	$25,05 \pm 1,85^*$	$40,53 \pm 2,55^*$	$59,14 \pm 3,01^*$
МЕТ	$3,24 \pm 0,22^*$	$4,81 \pm 0,39^*$	$7,15 \pm 0,46^*$	$11,58 \pm 0,51^*$	$16,89 \pm 0,64^*$
Депресія $ST V_4$ , мм	$2,15 \pm 0,08^*$	$1,52 \pm 0,07^*$	$1,26 \pm 0,06^*$	$0,75 \pm 0,05^*$	$0,22 \pm 0,07^*$

\* Достовірність різниці показників порівняно з величинами до лікування.

**Висновки.** 1. Включення до стандартної терапії  $\beta$ -адреноблокатора карведилолу в індивідуально підібраній дозі та залежно від чинника ризику виникнення серцево-судинних подій сприяє підвищенню функціональних резервів міокарда. 2. Застосування карведилолу достовірно підвищує толерантність до фізичного навантаження за рахунок вираженої тенденції до збільшення  $VO_2$  та достовірного приросту величин МПК і МЕТ порівняно із стандартною терапією.

## Список літератури

1. Брайн Вільямс. Стратегии снижения глобального кардиоваскулярного риска // Здоров'я України. – 2010. – Вип. 231, № 2. – С. 5–6.
2. Іатов А. В., Дроздова І. В., Лисунець О. М. та ін. Хвороби системи кровообігу як основна причина інвалідизації // Укр. терапевт. журн. – 2011. – № 4. – С. 121–125.
3. Коваленко В. М., Корнацький В. М. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України: Аналітично-статистичний посібник. – К., 2011. – С. 42–74.
4. Мамедов Ш. М. Аналіз показників смертності від ішемічної хвороби серця серед населення Дніпропетровської області // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2002. – № 1. – С. 102–103.
5. Радченко О. Бета-адреноблокатори: стандарти та перспективи. – К.: Синопис, 2011. – С. 127.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОРВАЗАНА®  
В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С УЧЁТОМ ФАКТОРОВ РИСКА

И. П. Вакалюк, Н. Б. Тимочко (Ивано-Франковск)

Наиболее важную роль в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний играют факторы риска возникновения сердечно-сосудистых событий. С целью определения эффективности восстановительного лечения было обследовано 240 больных, перенесших инфаркт миокарда с сопутствующими факторами риска. В результате исследования установлено, что включение в стандартную терапию  $\beta$ -адреноблокатора карведилола в индивидуально подобранной дозе и в зависимости от фактора риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний способствует повышению функциональных резервов миокарда и увеличению толерантности к физическим нагрузкам.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, ожирение, тредмил-тест, карведилол.

CHARACTERISTICS OF MEDICAL USE OF KORVAZAN®  
FOR RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION,  
COUNTING THE RISK FACTORS

I. P. Vakaliuk, N. B. Tymochko (Ivano-Frankivsk, Ukraine)

Ivano-Frankivsk National Medical University

The largest contribution to mortality from cardiovascular diseases belongs risk factors for cardiovascular events. In order to determine the effectiveness of rehabilitation patients undergoing



examined 240 patients with myocardial infarction with concomitant risk factors. The study found that the inclusion in the standard therapy of beta-blocker carvedilol in individually selected dose and depending on the risk factor of cardiovascular events helps increase myocardial functional reserves and increasing tolerance to physical exertion.

**Key words:** myocardial infarction, heart failure, hypertension, obesity, treadmill test, carvedilol.

УДК 616.44–08:614.876

Поступила 06.08.2013

А. В. КАМИНСКИЙ<sup>1</sup>, И. А. КИСЕЛЁВА<sup>2</sup>, Е. В. ТЁПЛАЯ<sup>1</sup>

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПЧАТКИ БЕЛОЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

<sup>1</sup> ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины»;  
<sup>2</sup> Киевский городской клинический эндокринологический центр <endocriner@gmail.com>

*В статье систематизированы данные о влиянии различных микроэлементов на метаболизм йода и функционирование щитовидной железы (ЩЖ). Рассмотрены перспективные возможности фитотерапии в лечении и профилактике заболеваний ЩЖ. Проведён систематический анализ результатов трёх независимых открытых клинических исследований с использованием фитопрепарата Альба® (экстракт корня лапчатки белой), выполненных в соответствии с требованиями доказательной медицины. Приведены терапевтические возможности применения Альба® при различной патологии ЩЖ.*

**Ключевые слова:** щитовидная железа, гипертиреоз, гипотиреоз, диффузный токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит, лапчатка белая, фитопрепарат Альба®.

Патология щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время занимает одно из главных мест в структуре заболеваемости, в работе эндокринологов и врачей других специальностей в связи с распространённостью и высокой обращаемостью больных за медицинской помощью [4, 5, 9, 12, 20, 24, 30].

На диспансерном учёте в Украине по состоянию на январь 2010 г. находилось 1,8 млн больных с заболеваниями ЩЖ, что составляет 47,3 % всей эндокринной патологии [7, 9]. Вместе с тем проведение целенаправленных ультразвуковых и аутопсийных исследований с применением современных стандартов диагностики позволяет выявить патологию ЩЖ у 44–76 % населения [7, 9, 24]. При этом распространённость патологии ЩЖ среди лиц старших возрастных групп (70–80 лет) достигает 95–100 % [7, 9].

Структура заболеваемости представлена различными нозологическими формами: чаще всего (66,2 % случаев) развивается диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) I–III степени; узловые формы зоба диагностируют у 12,7 % больных; аутоиммунный тиреоидит – у 8,4 %; гипотиреоз – у 7,9 %; диффузный токсический зоб (ДТЗ) – у 2,9 %; рак – у 1,7 % больных [7, 9]. Несмотря на значительные достижения диагностических и лечебных методов, включая хирургические, гормональные, иммуномодулирующие и химиотерапевтические средства, данная проблема остаётся актуальной [4, 5, 9, 24].

Развитие дисфункции ЩЖ – мультифакториальный процесс, связанный как с генетическими, так и со средовыми фенотипическими факторами, играющими роль триггеров и способствующими активации определённых генов [4, 22–27, 29, 30, 32]. Заболевания ЩЖ чаще выявляют у женщин, при этом соотношение лиц женского и мужского пола составляет 15:1, что связано с влиянием генетических и гормональных факторов [19, 26, 31]. В настоящее время расшифрован ряд генетически детерминированных механизмов, провоцирующих патологию ЩЖ: