

ИЗУЧЕНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ КБС

Дуйшеева Г., Леонтьева Н.С., Саткыналиева З.Т., Калиев Р.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Для изучения гипофункции щитовидной железы и результатов коронароангиографии (КАГ) у больных с коронарной болезнью сердца нами был проведен ретроспективный анализ данных историй болезней 34 пациентов. У всех пациентов был определен уровень тиреотропного гормона и проведена КАГ. Выявлено, что у пациентов с худшими результатами КАГ чаще отмечалось снижение функции щитовидной железы, что не отрицает роль ее гормонов в процессе атерогенеза.

Ключевые слова: коронарная болезнь сердца, факторы риска коронарной болезни сердца, щитовидная железа, субклинический гипотиреоз, коронароангиография.

ЖҮРӨКТҮН КОРОНАРДЫК ООРУСУ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫН ТИРЕӨИДДИК СТАТУСУН ЖАҢА КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯНЫН ЖЫЙЫНТЫГЫН ИЗИЛДӨӨ

Дуйшеева Г., Леонтьева Н.С., Саткыналиева З.Т., Калиев Р.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Коронароангиографиянын жыйынтыгы менен калкан безинин гипофункциясын изилдөө үчүн 34 бейтаптын оорусунун тарыхына ретроспективдуу анализ жүргүзүлгөн. Бардык бейтаптардын тиреотроптук гормондору изилденген. Калкан безинин кызматы сакталган бейтаптарга караганда, субклиникалык гипотиреоз менен ооругандардын КАГнын жыйынтыгы начар чыккан.

Негизги сөздөр: жүрөктүн коронардык оорусу, жүрөктүн коронардык оорусунун фактору риска, калкан без, субклиникалык гипотиреоз, коронароангиография.

THE RESEARCH ON THYROID STATUS AND CORONARY ANGIOGRAPHY RESULTS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Duisheeva G., Leontieva N., Satkynaliev Z.T., Kaliev R.R.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. For thyroid hypofunction studying and coronary angiography results in patients with coronary heart disease we conducted a retrospective study. We analyzed patients histories. In all patients thyroid stimulating hormone examination and coronary angiography was provided. We defined a correlation between the worse results of coronary angiography and low function of thyroid gland. Hence, these is an opportunity of participation of hypothyroidism in atherogenesis development.

Key words: coronary heart disease, the risk factors of coronary heart disease, thyroid, subclinical hypothyroidism, coronary angiography.

В последние годы в медицинской литературе большое внимание уделяется дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) [1].

Хорошо изучены эффекты гормонов ЩЖ в клетках миокарда и сосудистой стенке [2-4]. Так, в 2000 г. Роттердамское исследование

показало, что субклинический гипотиреоз (СТ) – это независимый фактор риска (ФР) инфаркта миокарда (ИМ) у пожилых женщин [5].

Как правило, при СТ выявляют снижение сердечного выброса, диастолическую дисфункцию миокарда левого желудочка, повышение общего периферического сосудистого

сопротивления и дисфункцию эндотелия [6-8].

Особенно много работ и дискуссий посвящено влиянию гипотиреоза на липидный обмен и кардиологические параметры [8, 9]. У больных СГ отмечено повышение уровня эндотелиальной дисфункции (маркера раннего развития атеросклероза), которая подвергается обратному развитию на фоне заместительной терапии левотироксином [9].

Следует отметить, что задача клинициста состоит в том, чтобы разумно соотнести возможную пользу и риск терапии препаратами тиреоидных гормонов, поскольку передозировки препарата трудно избежать [10, 11].

Данные коронароангиографии (КАГ) надежно отражают характер поражения коронарного русла [12]. Оценивая результаты КАГ, обычно учитывают количество пораженных коронарных артерий (КА) и наличие гемодинамически значимого стеноза (или процент сужения сосуда). К тяжелым поражениям относят стеноз основного ствола левой коронарной артерии, трехсосудистое поражение венечных артерий и наличие стенозов в них более 50% [13].

Как правило, тяжесть атеросклеротических изменений коррелирует с такими ФР КБС, как гиперлипидемия (ГЛ), наследственность, курение, избыточный вес [14]. Наличие у больного артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД) и перенесенный ИМ в анамнезе усугубляет патологический процесс [15].

Целью нашего исследования явилось изучение показателей функции щитовидной железы и результатов коронароангиографии у больных с коронарной болезнью сердца.

Материалы и методы исследования

В ретроспективный анализ были включены истории болезней 34 больных, средний возраст которых составил $55,94 \pm 9,52$ лет. Все пациенты находились на стационарном обследовании и лечении в отделении острого инфаркта миокарда ИЦКТ имени Академика Мирсаида Миррахимова в период с января по декабрь 2012 года.

У пациентов было учтено наличие следующих ФР КБС: пол, возраст, ГЛ, нарушение жирового обмена, а также изучен анамнез в отношении АГ, СД, курения и наследственность, а также был отмечен ранее перенесенный ИМ.

Также у всех больных была взята кровь из локтевой вены для определения общего холестерина (ОХ) и тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови.

Всем больным проводилась КАГ по методике Ch. Dotter и M. Judkins (1964) [12, 13]. Контрастное вещество (омнипак/ультравист) в КА вводили в количестве 5 мл.

Характеристика обследуемых больных представлена в табл. 1.

Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программного обеспечения «Statistica 8». Признаки были подвергнуты статистической обработке путем подсчета среднего арифметического, стандартного отклонения. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. В качестве достоверных различий между независимыми группами использовали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от атеросклеротического поражения коронарного русла все обследуемые нами больные были разделены на три группы:

- I группу составили 9 пациентов без поражений КА;
- во II группу вошли 9 больных с одно-двухсосудистым поражением КА;
- III группа – 16 пациентов с поражением трех и более сосудов.

Все исследуемые в группах были распределены также в зависимости от гендерной принадлежности (диаграмма 1):

Из диаграммы 1 следует, что как среди мужчин, так и среди женщин около 50% имели многососудистое поражение КА.

Далее в группах исследования проводилось сравнение по ряду клинических признаков, результаты отражены в табл. 2:

Как видно из табл. 2, у пациентов в группе III отмечался достоверно более высокий уровень ОХ, чем у больных без поражения КА и с одно-/двухсосудистым поражением коронарного русла ($5,34 \pm 1,33$ против $3,99 \pm 1,0$ и $5,29 \pm 0,94$ соответственно, $p < 0,03$).

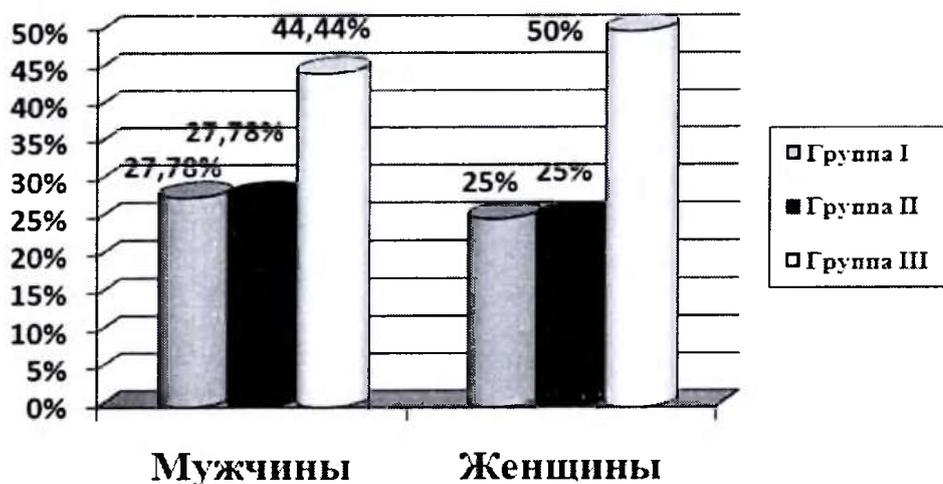
Уровень ТТГ у больных III группы был значительно выше, чем в группах I и II ($4,8 \pm 1,07$ против $3,53 \pm 1,37$ и $2,91 \pm 1,35$ соответственно, $p < 0,05$). Аналогичные результаты о взаимосвязи

Таблица 1
Характеристика обследованных больных

Параметр	Число больных	
	абс.	%
Распределение по полу:		
мужчины	18	52,95
женщины	16	47,05
Возраст, годы	55,94±9,52	
ФР КБС:		
курение	8	23,53
АГ	26	76,47
гиперхолестеринемия	17	50
СД	6	17,65
отягощенная наследственность	3	8,82
ИМ в анамнезе	8	23,53
Локализация пораженных КА:		
ствол	2	5,88
ПНА	13	38,24
ДВ	6	17,65
ОВ	10	29,41
ПКА	10	29,41

Примечание: ПНА – передняя нисходящая артерия, ДВ – диагональная ветвь, ОВ – огибающая ветвь, ПКА – правая коронарная артерия.

Диаграмма 1. Распределение пациентов в группах I и II по половой принадлежности



Примечание: при сравнении групп данные оказались недостоверными ($p > 0,05$).

Возрастная и клиническая характеристика исследуемых пациентов

Признак	Группа I, n=9	Группа II, n=9	Группа III, n=16	P
ОХ	3,99±1,0	5,29±0,94	5,34±1,33	0,02* и 0,03**
ТТГ	3,53±1,37	2,91±1,35	4,8±1,07	0,05** и 0,003***

* – $p < 0,05$ при сравнении с групп I и II

** – $p < 0,05$ при сравнении с групп I и III

*** – $p < 0,05$ при сравнении с групп II и III

между уровнем ТТГ и гиперхолестеринемией были получены и во многих других исследованиях [16]. Возможно, это связано с тем, что у обследованных нами пациентов отмечалось тяжелое течение КБС. За последние несколько лет в ряде работ было показано, что у больных гипотиреозом достоверно чаще встречается многососудистое поражение венечных артерий [17, 18]. Вероятно, снижение функции ЩЖ способствует индукции и прогрессированию КБС и определяют плохой прогноз.

Важно отметить, что у 1/3 обследуемых нами пациентов отмечалось повышение уровня ТТГ сыворотки крови. Аналогичные результаты представлены также в некоторых зарубежных работах последних лет. Так, в Роттердамском исследовании СГ выявлен у 11% больных с коронарной патологией, ассоциированной с перенесенным ИМ и атеросклерозом КА [5]. Возможно высокий показатель встречаемости СГ в Кыргызстане связан с эндемичностью нашего района. Еще исследованиями, проведенными более 50 лет назад Ахунбаевым И.К., установлена значительная распространенность эндемического зоба среди населения Кыргызской Республики [19].

Таким образом, по результатам обследования больных нами сделаны следующие выводы:

1. У больных с тяжелым поражением коронарных артерий по данным коронарографического исследования достоверно чаще встречается снижение функции щитовидной железы.

2. Результаты работы показывают необходимость определения уровня ТТГ у всех больных с коронарной патологией в Кыргызской республике.

Литература:

1. Воронцов В. Л., Смирнова О. И. Особенности течения атеросклероза у больных, страдающих гипотиреозом // Клинический вестник 1997; 2: 64–67.
2. Браверман Л.И. Болезни щитовидной железы// М.: Медицина, 2000.
3. Cooper D.S. Subclinical hypothyroidism// Clin. Pract. 2001; 345: 260-265.
4. Kahaly G.J., Dillmann W.H. Thyroid hormone action in the heart// Endocr. Rev. 2005; 26 (5): 704-728.
5. Hak A. E., Pols H. A. P., Visser T. J. et al. Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam study// Ann. Intern. Med. 2000; 132: 270–278.
6. Rodondi N., Newman A.B., Vittinghoff E. et al. Subclinical hypothyroidism and risk of heart failure, other cardiovascular events, and death// Arch. Intern. Med. 2005; 165 (21): 2460-2466.
7. Rodondi N., Aujesky D., Vittinghoff E. et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis// Amer. J. Med. 2006; 119 (7): 541-551.
8. Walsh J.P., Bremner A.P., Bulsara M.K. et al. Subclinical thyroid dysfunction as a risk factor for cardiovascular disease// Arch. Intern. Med. 2005; 165 (21): 2467-2472.
9. Michalaki M.A., Vagenakis A.G., Leonardou A.S. Thyroid function in humans with morbid obesity// Thyroid. 2006; 16 (1): 73-78.
10. Surks M.I., Ortiz E., Daniels G.H. et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management// JAMA 2004; 291 (2): 228-238.
11. Bastenie P. A., Vanhaelst L., Bonnyns M. et al. Preclinical hypothyroidism: a risk factor for coronary heart-disease// Lancet 1971; 30 (1): 205–

206.

12. Scanlon P.J., Faxon D.P., Audet A.M. et al. ACC/AHA guidelines for coronary angiography// J. Amer. Coll. Cardiol. 1999; 33: 1756-1824.

13. Weissman N.J., Adelman G.A. Cardiac Imaging secrets// Philadelphia: Hanley and Belfus, 2003.

14. Muller B., Zulewski H., Huber P. et al. Impaired action of thyroid hormone associated with smoking in women with hypothyroidism// N. Engl. J. Med. 1995; 333: 964-969.

15. Perk M., O'Neill B. J. The effect of thyroid hormone therapy on angiographic coronary artery disease progression// Can. J. Cardiol. 1997; 13: 273-276.

16. Ito M., Arishima T., Kudo T. et al. Effect of

Levo-Thyroxine Replacement on Non-High-Density Lipoprotein Cholesterol in Hypothyroid Patients// Clin. Endocrinol. Metab. 2007; 92 (2): 608-611.

17. Волкова А.Р., Дора С.В., Бадмаева М.И. и др. Выраженность коронарного атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца с различными функциональными состояниями щитовидной железы// Вестник Санкт-Петербургского университета 2008; 3: 7-13.

18. Kahaly G.J., Dillmann W.H. Thyroid hormone action in the heart// Endocr. Rev. 2005; 26 (5): 704-728.

19. Ахунбаев И.К. Изученность эндемического зоба в Киргизии и пути его ликвидации// Тр. КГМИ (I съезд хирургов). Фрунзе, 1969; 57: 27-31.