

Дислипидемия и коронарный атеросклероз у лиц с ИБС и различным гормональным статусом щитовидной железы

Петрова Е.Б., доцент кафедры кардиологии и внутренних болезней, к.м.н., доцент, E-mail: Katrin.sk-81@tut.by
 Научный руководитель: Митьковская Н.П., заведующий кафедрой кардиологии и внутренних болезней, д.м.н., профессор

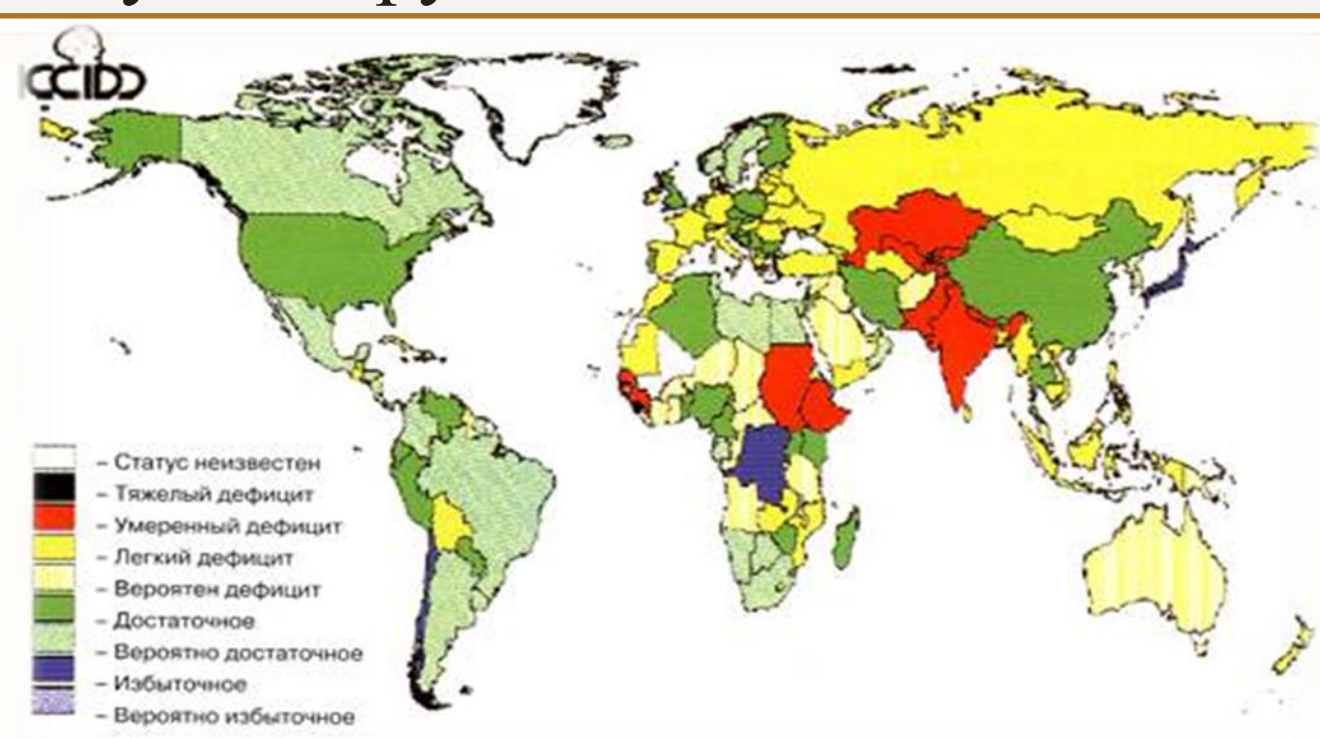


Рисунок 1. - ВОЗ: йодное обеспечение населения Земли к началу XXI века [IDD NEWSLETTER. 2003; 19 (2): 24 - 5]



Рисунок 2. – Радиактивное загрязнение территории Республики Беларусь йодом-131 на 10 мая 1986г. [rad.org.by]

Актуальность:

- Являясь регионами, эндемичными по недостатку йода с одной стороны (рисунок 1) и находящимся под воздействием последствий аварии на ЧАЭС с другой (рисунок 2), для Республики Беларусь, части территории России и Украины патология щитовидной железы имеет огромную важность.
- Изучение вклада различного функционального состояния ЩЖ в развитие коронарного атеросклероза и становление ишемической болезни сердца (ИБС) находится в фокусе приоритетных направлений современного здравоохранения.

Цель исследования: оценить выраженность атеросклеротического поражения коронарного русла у пациентов с ишемической болезнью сердца и различным гормональным статусом щитовидной железы

Материалы и методы: обследовано 82 пациента трудоспособного возраста с ИБС и различным гормональным статусом ЩЖ: 32–с гипотиреозом, 20–с гипертиреозом, 30–без дисфункции ЩЖ.

Группы сопоставимы по полу, возрасту, наличию вредных привычек и степени артериальной гипертензии (Таблица 1). Для оценки состояния коронарного бассейна выбрана селективная коронароангиография (КАГ).

Изучены лабораторные показатели липидного спектра, высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), уровень тиреотропного гормона и трийодтиронина. Дизайн исследования: ретроспективное, сравнительное.

Основные результаты.

У пациентов с лабораторными признаками гипотиреоза выше был удельный вес лиц с:

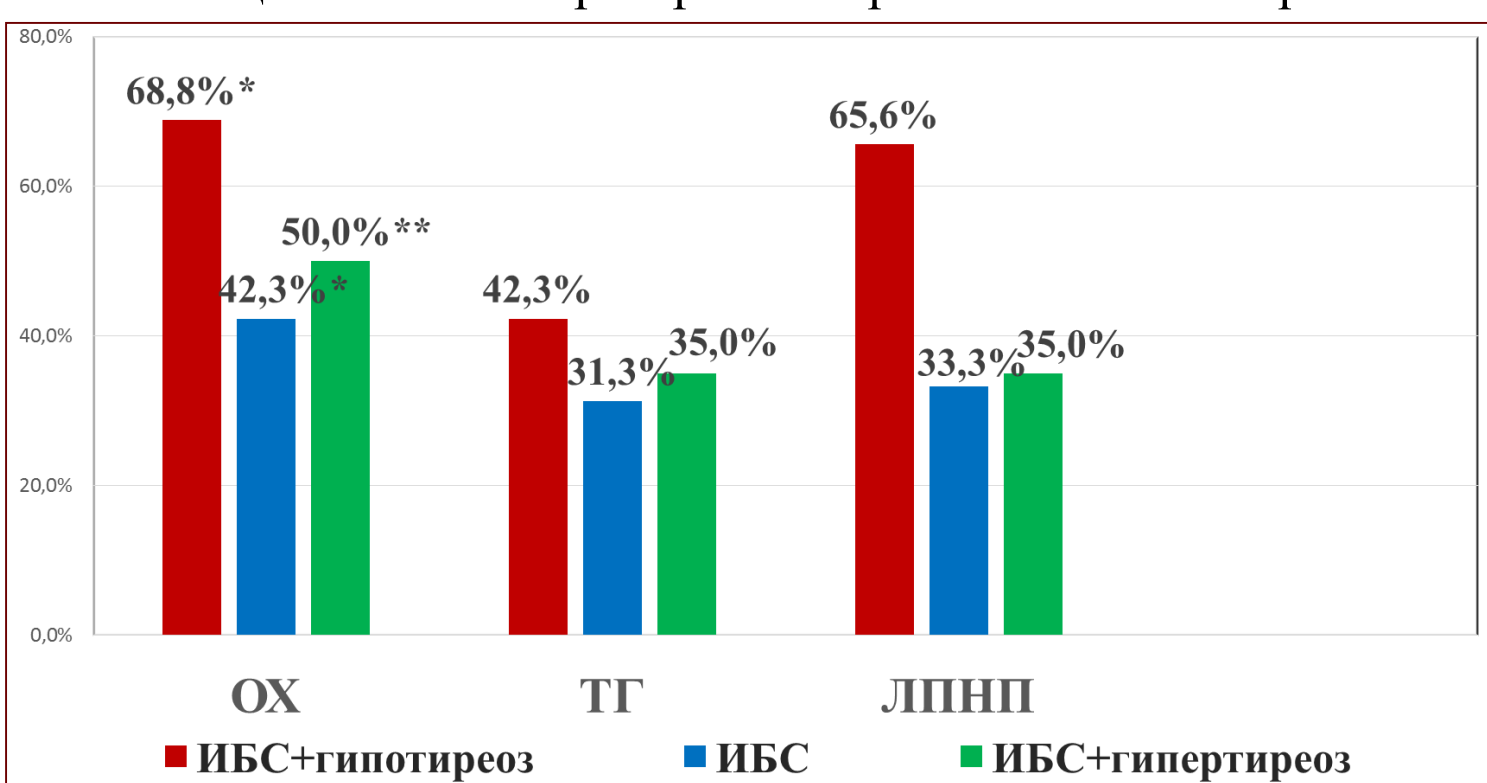


Рисунок 3. – Оценка липидного спектра у лиц с ИБС и различным гормональным статусом щитовидной железы

Примечание: * - достоверность различия показателей при сравнении с группой ИБС без дисфункции щитовидной железы при $p < 0,05$, ** - при $p < 0,01$

ИБС без дисфункции щитовидной железы при $p < 0,05$, ** - при $p < 0,01$

Характеристика атеросклеротического поражения коронарных артерий у лиц с ИБС и различным гормональным статусом щитовидной железы по данным селективной коронароангиографии

➤ у пациентов с гипофункцией ЩЖ удельный вес лиц с гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением коронарного русла и наличием многососудистого поражения был выше в сравнении с группой без дисфункции ЩЖ: 62,5% (n=20) против 23,3% (n=7) ($\chi^2=13,68$; $p < 0,001$) и 43,8% (n=14) против 16,7% (n=5) ($\chi^2=5,34$; $p < 0,05$).

➤ у пациентов с гиперфункцией ЩЖ в сравнении с группой лиц без эндокринной патологии достоверного различия по вышеуказанным лабораторным характеристикам, масштабам атеросклеротического поражения коронарного русла (25% (n=5) против 23,3% (n=7) ($\chi^2=0,02$; $p > 0,05$)) получено не было (Таблица 2), (Рисунок 6).

Выявлена прямая, средней силы связь между лабораторно подтвержденной гипофункцией ЩЖ и наличием гемодинамически значимого атеросклеротического процесса в коронарном бассейне ($r=0,44$; $p < 0,01$), многососудистого атеросклеротического поражения коронарных артерий ($r=0,54$; $p < 0,01$) (Рисунок 7).

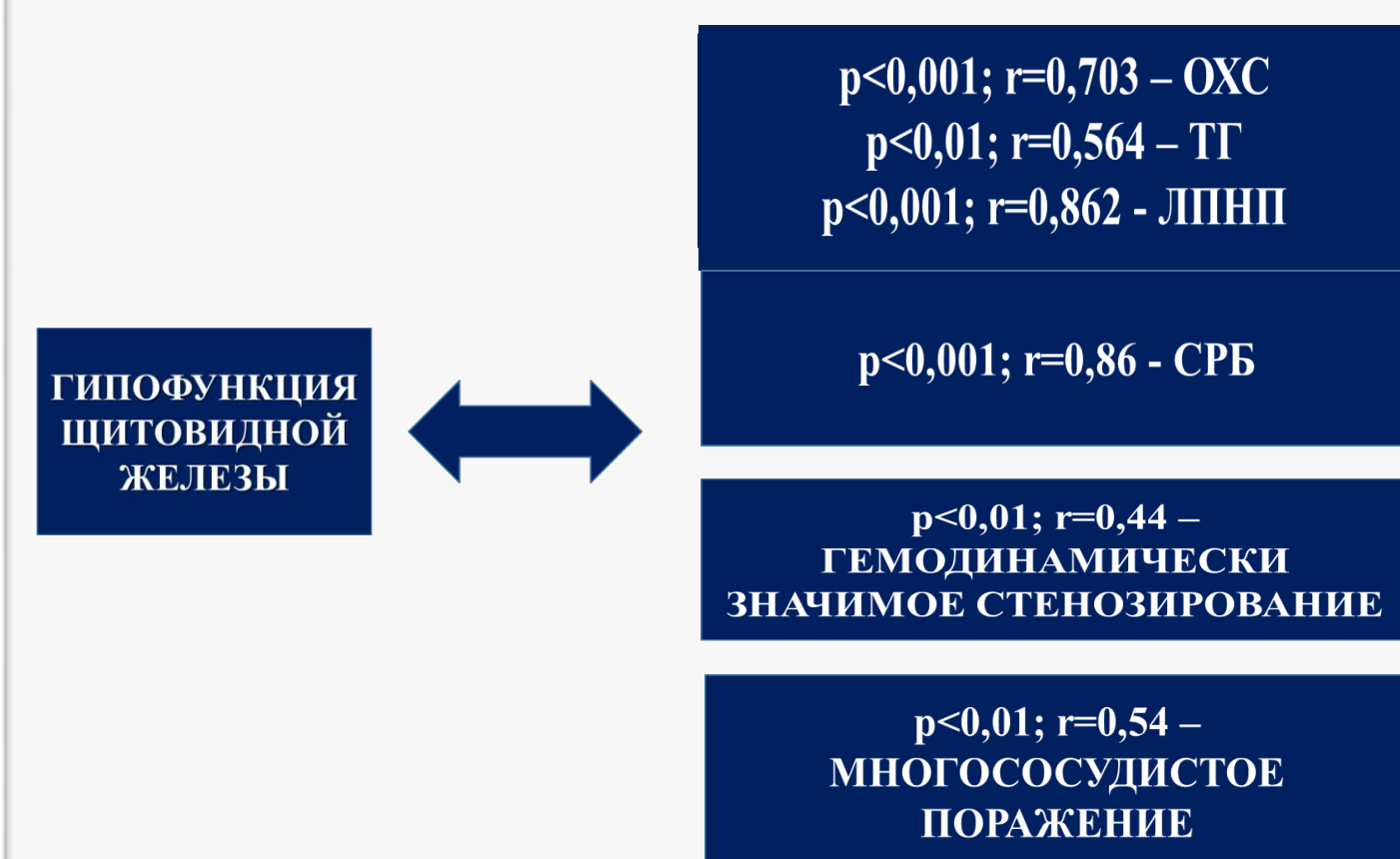


Рисунок 7. – Корреляция между гипофункцией ЩЖ и коронарным атеросклерозом

ВЫВОДЫ. У пациентов с гипофункцией щитовидной железы статистически значимо выше удельный вес лиц с гемодинамически значимым многососудистым атеросклеротическим поражением коронарного русла, а ишемическая болезнь сердца протекала на фоне повышения высокочувствительного С-реактивного белка, общего холестерина и атерогенных фракций-ХС ЛПНП.

Таблица 1. – Характеристика обследованных групп

Признак	ИБС + гипотиреоз (n=32)	ИБС (n=30)	ИБС + гипертиреоз (n=20)
Женщины, % (n)	53,1 (n=17)	46,7 (n=14)	55,0 (n=11)
Мужчины, % (n)	46,9 (n=15)	53,3 (n=16)	45,0 (n=9)
Возраст, лет	56,3 ± 4,04	56,8 ± 6,17	54,2 ± 4,13
Курение, % (n)	15,6 (n=5)	20,0 (n=6)	15,0 (n=3)
Артериальная гипертензия			
АГ 1, % (n)	15,6 (n=5)	13,3 (n=4)	15,0 (n=3)
АГ 2, % (n)	56,3 (n=18)	53,4 (n=16)	55,0 (n=11)
АГ 3, % (n)	28,1 (n=9)	33,3 (n=10)	30,0 (n=6)

Примечание: * - достоверность различия показателей при сравнении с группой ИБС без гипотиреоза при $p < 0,05$

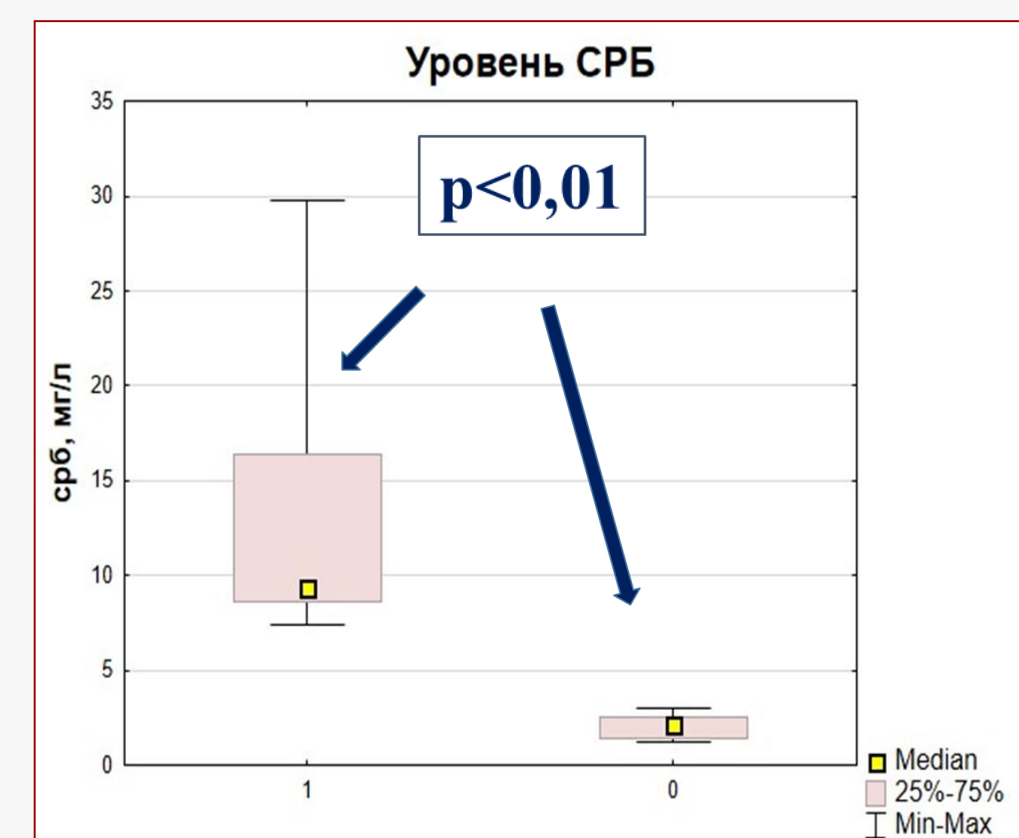


Рисунок 4,5. – Оценка воспалительного компонента

Таблица 2. - Характеристика атеросклеротического поражения по данным коронароангиографии

Показатель	ИБС + гипотиреоз (n=32)	ИБС (n=30)	ИБС+гипертиреоз (n=20)
Наличие признаков атеросклеротического поражения коронарных артерий, % (n)	100 (25)	100 (20)	100 (20)
Наличие гемодинамически значимого стенозирования (> 75%), % (n)	62,5 (20) **	23,3 (7)	25,0 (5)
Наличие многососудистого поражения (2 сосуда и более), % (n)	43,8 (14) *	16,7 (5)	15,0 (3)

Примечание: * - достоверность различия показателей при сравнении с группой ИБС при $p < 0,05$ и ** - при $p < 0,001$

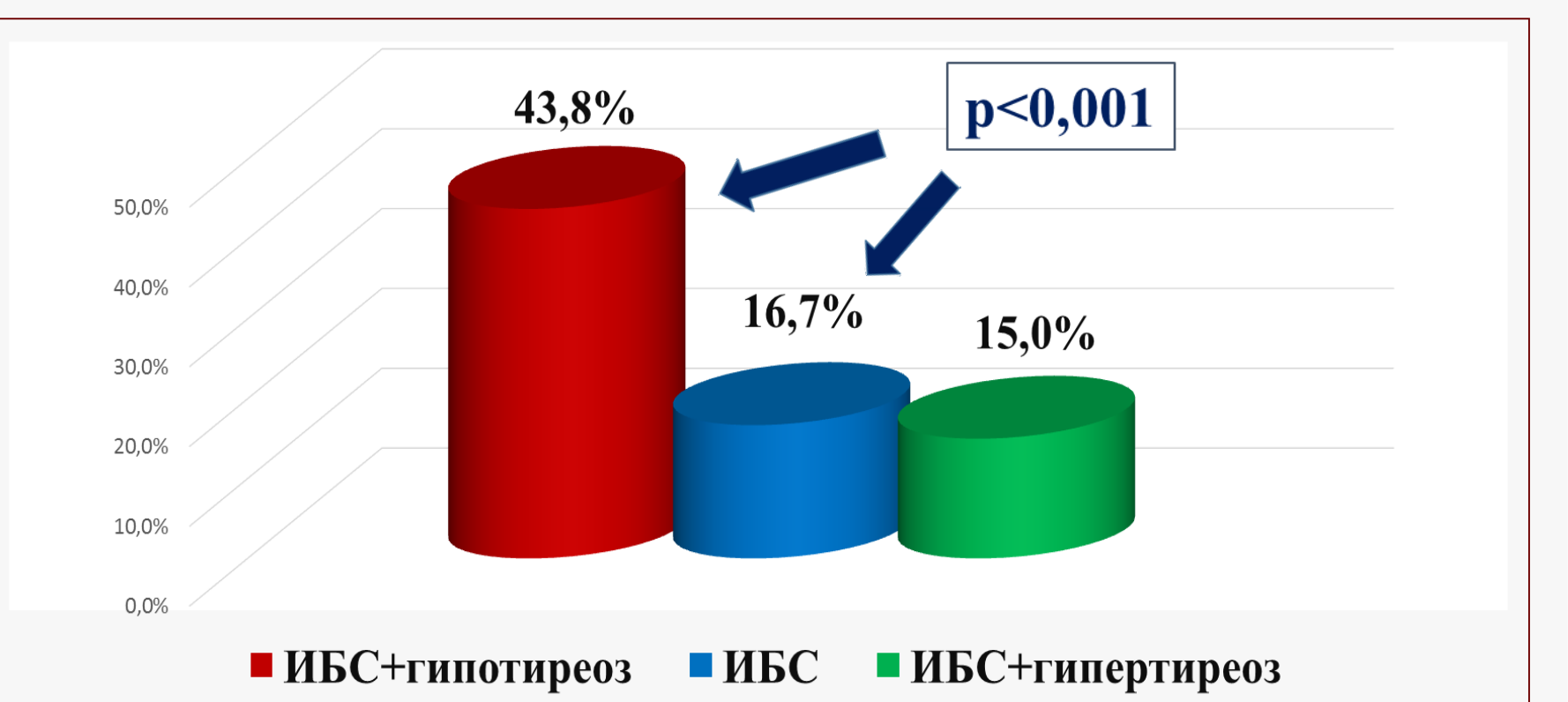


Рисунок 6. - Удельный вес лиц с наличием многососудистого атеросклеротического поражения по данным КАГ