

Выводы. Спонтанный пневмоторакс характерен для лиц молодого возраста. Изученные случаи спонтанного пневмоторакса распространены преимущественно среди лиц с дефицитом массы тела (в большей степени).

Также выявлены признаки дисплазии соединительной ткани, что проявляется пролапсами клапанов и снижением уровня холестерина. Данные наблюдения говорят о вероятном наличии связи между спонтанным пневмотораксом и наследственной дисплазией соединительной ткани, что требует дальнейшего изучения.

Чур В.В., Лущик М.Л., Исачкина О.Н., Данилова Л.И.
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь
10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь
Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, Минск,
Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РЕЦИДИВА БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

Введение. Тиротоксикоз – клиничко-лабораторный симптомокомплекс, формирующийся в результате избытка биологического действия тироидных гормонов в организме различной этиологии. В зависимости от этиологического фактора выделяют иммунный и неиммунный тиротоксикоз. Болезнь Грейвса является основной причиной иммунного тиротоксикоза, в основе патогенеза которой ведущая роль принадлежит стимулирующим антителам к рецептору тиротропного гормона. Предрасположенность к развитию заболевания определяется сочетанием иммунного механизма, генетики, факторов окружающей среды и конституциональных факторов. Клиническая картина в большинстве случаев определяется стойким тиротоксикозом, склонностью к постоянному прогрессированию. Остаются противоречивыми данные о проценте выхода на перманентную ремиссию в результате медикаментозной тиростатической терапии. Обсуждается важность непрерывной тиростатической терапии. По данным клинических наблюдений зарубежных авторов, установлено, что у 30-50% пациентов, получающих анти tiroидные препараты в течении года, наступает период ремиссии (в зависимости от этнической вариабельности). Однако у 30% пациентов, у которых первоначально наступила ремиссия, развивается рецидив и только у 15-20%, получивших тиростатики, развивается стойкая ремиссия. Наиболее высокая частота рецидивов отмечается преимущественно через 6 месяцев, поэтому оптимальная продолжительность тиростатической терапии составляет от 12 до 18 месяцев, в то время как продление тиростатической терапии после 18 месяцев не ассоциировано с улучшением исходов. Мы проанализировали случаи рецидива иммунного тиротоксикоза у пациентов, поступавших в эндокринологическое отделение 10 ГКБ в течение года.

Цель. Изучить клинические случаи рецидива болезни Грейвса у пациентов эндокринологического отделения 10 ГКБ.

Материалы и методы. Клинический осмотр, анализ анамнестических данных и ретроспективный анализ историй болезни пациентов с болезнью Грейвса. В исследовании не включались пациенты с аутоиммунной офтальмопатией.

Диагноз БГ устанавливался в медицинских учреждениях по месту жительства, где и начинали медикаментозное лечение анти tiroидными препаратами. Во всех случаях использовали метимазол/тирозол. Интервал от появления клинических симптомов тиротоксикоза до верификации диагноза колебался от 1 до 4-х месяцев. У 4/12 пациентов имела место транзиторная фибрилляция предсердий. На старте тиростатической терапии суточная доза тирозола составляла 30 мг/сутки у 10/12 пациентов, у 2/12 – 40 мг/сутки. Продолжительность интервала от старта тиростатической терапии до рецидива тиротоксикоза варьировала от 5 до 24 месяцев. Перерывы в приеме тиростатиков в течение первого года приема имели место у 6/12 пациентов, в том числе у 4/6 по инициативе пациента. Обучение в Школе тироидного пациента на амбулаторном этапе не проводилось. Пациенты не имели знаний об этиологии БГ, рисках курения, возможностях патогенетического лечения в 5/12 случаях. Продолжали курить на фоне БГ 4/6 мужчин.

Рецидивы тиротоксикоза чаще развивались в течение 1 года после прекращения терапии тиростатиками.

Медикаментозное лечение тиротоксикоза включало монотерапию тиамазолом 12/12. Старт постепенного снижения суточной дозы тиамазола ранее 1 месяца терапии до поддерживающей дозы 5-2,5 мг/сутки имел место у 5/12 пациентов, никто из пациентов схему «блокируй-замещай» не получал до поступления в стационар.

У всех пациентов с рецидивом иммунного тиротоксикоза отмечались концентрации антител к рецептору ТТГ типа ТВII выше диагностического порога. В 1/12 случаев имел место преимущественно Т3 тиротоксикоз. Анамнез медикаментозного гипотироза имел место у 4/12 пациентов. У этих же пациентов отмечалось сочетание процессов по типу аутоиммунного тироидита и БГ с колебаниями тироидного статуса от тиротоксикоза до медикаментозного гипотироза. При титрации дозы тиростатиков на амбулаторном этапе во всех анализируемых случаях проводили определение как свободных фракций тироидных гормонов, так и ТТГ.

Выводы. Представленный анализ клинических случаев свидетельствует о важности прогнозирования колебаний тироидного статуса на фоне тиростатической терапии и применения схемы «блокируй/замещай» до проведения патогенетического лечения. Проведение Школы тироидного пациента или Школы Болезни Грейвса для специалистов и пациентов позволит минимизировать случаи рецидива тиротоксикоза и рационализировать объемы лабораторных исследований.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025