

Особенности течения и терапии болезни Грейвса-Базедова у детей в разных возрастных группах

Бахар Анна Валерьевна, Ключникова Татьяна Васильевна

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) – доктор медицинских наук, профессор Солнцева

Анжелика Викторовна, Белорусский государственный медицинский университет, Минск,

Мерааи Галина Фадиевна, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение

Болезнь Грейвса-Базедова (БГБ) является наиболее частой причиной гипертиреоза у детей. Своевременная диагностика и адекватно подобранная терапия позволяют оптимизировать сроки медикаментозного выхода на ремиссию, улучшить прогноз заболевания.

Цель исследования

Определить клинико-лабораторные особенности и оценить эффективность медикаментозного лечения БГБ у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы

Обследовано 35 детей с БГБ (м/д=4/31): 1 группа (Таннер 1) n=4, средний возраст $7,5 \pm 0,65$ лет; 2 (Таннер 2-4) n=22, $12,32 \pm 0,31$ лет; 3 (Таннер 5) n=9, $15,56 \pm 0,24$ лет. Проанализированы данные анамнеза, лабораторного обследования (тироксин свободный (Т4св.), тиреотропный гормон (ТТГ), антитела к тиреоидной пероксидазе (АТкТПО), к рецепторам ТТГ (АТрТТГ)), ультразвукового исследования щитовидной железы (УЗИ ЩЖ). Статистическая обработка проведена с помощью Microsoft Excel 2013.

Результаты

У детей с БГБ отмечено увеличение объема ЩЖ: 1 группа – $172,75 \pm 19,52\%$, 2 – $169,59 \pm 13,2\%$, 3 – $117,74 \pm 6,89\%$, $p < 0,05$. Выявлено в сравнении с референтными нормами повышение показателей Т4св. (1 – $95,51 \pm 27,61$ пмоль/л, 2 – $57,9 \pm 5,97$ пмоль/л, 3 – $71,94 \pm 22,57$ пмоль/л, $p < 0,01$), АТкТПО (1 – $168,75 \pm 78,89$ Ед/мл, 2 – $477,79 \pm 105,25$ Ед/мл, 3 – $827,57 \pm 178,3$ Ед/мл, $p < 0,05$), АТрТТГ (1 – $15,65 \pm 2,5$ Ед/мл, 2 – $18,47 \pm 1,28$ Ед/мл, 3 – $12,53 \pm 0,61$ Ед/мл, $p < 0,05$), снижение значений ТТГ (1 – $0,03 \pm 0,01$ мкМЕ/мл, 2 – $0,04 \pm 0,01$ мкМЕ/мл, 3 – $0,03 \pm 0,01$ мкМЕ/мл, $p < 0,01$). Применялась схема медикаментозной терапии «блокируй». Стартовая доза тиреостатика (тиамазол) (в сутки): 1 – $0,86 \pm 0,06$ мг/кг, 2 – $0,55 \pm 0,05$ мг/кг, 3 – $0,43 \pm 0,04$ мг/кг, $p < 0,05$. Поддерживающая доза тиамазола (в сутки): 1 – $0,22 \pm 0,04$ мг/кг, 2 – $0,19 \pm 0,02$ мг/кг, 3 – $0,12 \pm 0,02$ мг/кг, $p < 0,05$. Продолжительность терапии: 1 группа – $3,25 \pm 0,85$ лет, 2 – $2,89 \pm 0,32$ лет, 3 – $1,33 \pm 0,24$ лет, $p < 0,05$. Контрольные цифры показателей Т4св. (1 – $13,33 \pm 1,68$ пмоль/л, 2 – $15,32 \pm 3,34$ пмоль/л, 3 – $15,58 \pm 1,25$ пмоль/л, $p < 0,01$), ТТГ (1 – $3,75 \pm 0,98$ мкМЕ/мл, 2 – $3,32 \pm 0,64$ мкМЕ/мл и 3 – $2,6 \pm 0,68$ мкМЕ/мл, $p < 0,01$), АТрТТГ (1 – $1,4 \pm 0,21$ Ед/мл, 2 – $2,26 \pm 0,16$ Ед/мл, 3 – $2,36 \pm 0,4$ Ед/мл, $p < 0,05$). Найдена обратная взаимосвязь между возрастом пациента и дозой тиамазола ($r = -0,39$; $p < 0,05$).

Выводы

Установлено: 1) использование более высоких доз тиреостатиков в период манифестации и медикаментозной ремиссии заболевания у пациентов допубертатного возраста в сравнении с детьми 2-5 стадии по Таннеру; 2) наиболее длительный срок медикаментозной терапии до выздоровления у допубертатных пациентов в сравнении с детьми пубертатного возраста.