

радіуса ($p < 0,01$) і діоптрійності рогівки ($p < 0,01$), діаметра зіниці ($p < 0,05$), сагітальній довжини склоподібного тіла ($p < 0,01$), довжини передньозадньої осі ока ($p < 0,01$) і ступеня міопії ($p < 0,01$), у порівнянні з РМ. При РМ достовірно вище середні значення офтальмотонусу ($p < 0,05$) і ширини кута передньої камери ($p < 0,01$), ніж при ОМ. Порівняння середніх значень глибини передньої камери і товщини кришталика між групами хворих з ОМ і РМ значущих відмінностей не виявило ($p > 0,1$).

Ключові слова: рефракційна міопія, осьова, змішана, комбінована міопія.

Резюме

Малиева Е.В., Бушуева Н.Н. Дифференциально-диагностические различия морфометрических показателей глаз у больных с рефракционной и осевой миопией.

Под наблюдением находилось 264 пациента (502 глаза) с миопией разной степени (среднее значение миопической рефракции -2,75 Дптр), средний возраст - 18,41 год. Пациенты выделены в группы по видам миопии: рефракционная (РМ) - 133 глаз, осевая (ОМ) - 217 глаз, смешанная - 91 глаз и комбинированная - 61 глаз. В результате сравнительной оценки выявлены существенные различия средних значений морфометрических показателей переднего отдела глаз, внутриглазного давления у пациентов с ОМ и РМ, что имеет практическое значение для раннего выявления и прогнозирования развития и темпа прогрессирования миопии у пациентов с характерными признаками того или иного вида миопии. Анализ данных показал, что при ОМ значительно большими являются средние значения диаметра ($p < 0,01$), радиуса ($p < 0,01$) и диоптрийности роговицы ($p < 0,01$), диаметра зрачка ($p < 0,05$), сагітальной длины стекловидного тела ($p < 0,01$), длины переднезадней оси глаза ($p < 0,01$) и степени миопии ($p < 0,01$), в сравнении с РМ. При РМ достоверно выше средние значения внутриглазного давления ($p < 0,05$) и ширины угла передней камеры ($p < 0,01$), чем при ОМ. Сравнение средних значений глубины передней камеры и толщины хрусталика между группами больных с ОМ и РМ значимых различий не выявило ($p > 0,1$).

Ключевые слова: рефракционная, осевая, смешанная, комбинированная миопия.

Summary

Maliyeva E.V, Bushuyeva N.N. Differential diagnostic of eye morphometric parameters in patients with refractive and axial myopia.

The observation involved 264 patients (502 eyes) with varying degrees of myopia (myopic refraction of -2.75 diopters), age - 18.41 year. Patients allocated to the group by type of myopia: refractive (RM) - 133 eyes, axial (AM) - 217 eyes, mixed - 91 eyes, and combined - 61 eyes. Morphometric parameters of the eye, intraocular pressure in patients with AM and RM have practical value for early detection and prediction of the development and progression of myopia in patients with the characteristics of the myopia. Analysis of the data showed that the AM is significantly larger average diameter ($p < 0,01$), the radius ($p < 0,01$) and dptr cornea ($p < 0,01$), pupil diameter ($p < 0,05$), length of the vitreous humor ($p < 0,01$), length axis of the eye ($p < 0,01$) and the degree of myopia ($p < 0,01$), compared with RM. There are in RM significantly higher mean values of intraocular pressure ($p < 0,05$) and the width of the anterior chamber angle ($p < 0,01$), than with axial myopia. Comparison of the mean values of anterior chamber depth and lens thickness between patients with AM and RM showed no significant differences ($p > 0,1$).

Key words: refractive, axial, mixed, combined myopia.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Петруня

УДК 616.24-002-085.23-06:616.379-008.64

МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАПИТАЛЬНИКІВ CAPSYM-12 ТА «ШКАЛА ОЦІНКИ НП» EL MOUSSAOUI R.

О.С. Махаринська, Н.І. Іманова

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ

Одну з провідних ролей у підвищенні частоти захворюваності та летальності від негоспітальної пневмонії (НП), не зважаючи на певні успіхи у її лікуванні, продовжує відігравати цукровий діабет 2 типу (ЦД). Наявність цього захворювання підвищує ризик несприятливих наслідків для пацієнтів, хворих на НП [1,4]. У сучасній світовій літературі існує багато моделей прогнозування клінічного кінця НП, однак жодна з них не включає дані запитальників, що оцінюють якість життя та динаміку симптомів НП.

Метою нашого дослідження було визначити чи існує можливість прогнозування клінічного кінця захворювання за допомогою результатів запитальників, що визначають якість життя та динаміку симптомів НП у хворих на ЦД 2 типу.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було обстежено 82 пацієнта у віці від 51 до 82 років, хворих на НП та супутній ЦД 2. Динаміку показників якості життя пацієнтів та динаміку симптомів НП оцінювали за допомогою обраних нами запитальників CapSym-12 та «Шкала оцінки НП» El Moussaoui R (ШОПН). Пацієнтів опитували в день госпіталізації (день «0»), через 48–72 години і 10 ± 2 днів після початку лікування. Пацієнти відповідали на запитальник самостійно або за допомогою лікаря, що призначав лікування. Запитальник CapSym-12 [5] було розроблено на англійській мові із застосуванням «золотих стандартів» і перекладено та валідизовано на 12-ти інших мовах згідно відповідної методології. За згодою пацієнтів в дослідженні використовувався російськомовний варіант запитальника. Він дозволяє вимірювати дванадцять пов'язаних з НП симп-

томів: кашель, біль у грудях, задишка, пітливість, остуда, головний біль, нудота, біль у м'язах, відсутність апетиту, здатність зосереджуватися, безсоння, втома. Пацієнтів просили самостійно або за допомогою лікаря оцінювати докучливість кожного симптому впродовж останніх 24 годин за допомогою 6-рівневої Likert-шкали (0 = у пацієнта не було симптому, 1 = симптом не турбував пацієнта, 2 = турбував трохи, 3 = помірно, 4 = дійсно турбував, 5 = дуже сильно турбував). Запитальник «Шкала оцінки НП» El Moussaoui R. (ШОПН) [6] був розроблений на англійській мові і перекладений на російську та українську мови; валідизовано співробітниками кафедри терапії ХМАПО [3]. Він дозволяє оцінити 8 пов'язаних з НП симптомів (наявність та тяжкість задишки, наявність та тяжкість кашлю, наявність та характер мокротиння, легкість його відхаркування при наявності) та 2 симптоми якості життя пацієнтів (чи вважає себе пацієнт здоровим та загальний стан здоров'я), ранжовані за допомогою Likert-шкали. За згодою пацієнтів в дослідженні використовувався російськомовний варіант запитальника. Відповіді пацієнтів на пункти запитальника були обчислені за допомогою Шкали оцінки НП (розділи: НП-показник, респіраторний показник та показник самопочуття).

Отримані результати та їх обговорення

За допомогою логістичної регресії нами було встановлено вибірку статистично важливих показників динаміки симптомів запитальників, прогностичну можливість котрих використали у нашому дослідженні задля оцінки стану здоров'я і динаміки симптомів НП у хворих на ЦД 2 і які дозволяють спрогнозувати результат лікування НП. Прогностична цінність тесту – вірогідність наявності (відсутності) захворювання під час відомого результату дослідження. Прогностична цінність позитивного результату – вірогідність наявності захворювання під час позитивного (патологічного) результату діагностичного тесту. Прогностична цінність негативного результату – вірогідність наявності захворювання під час негативного (нормального) результату діагностичного тесту. Прогностичність залежить від чуттєвості і специфічності методу діагностики розповсюдження захворювання в популяції, що вивчали. Чим чуттєвіший тест, тим вища прогностична цінність його негативного результату. Чим специфічніший є тест, тим вища прогностична цінність його позитивного результату [2].

Результати лікування НП у хворих ми оцінювали як: одужання, поліпшення, невдача, неможливо оцінити. Одним із математичних

методів оцінки діагностичної цінності і співвідношення між чуттєвістю і специфічністю тесту є побудування характеристичних ROC-кривих і обчислення площі під характеристичною кривою. ROC-крива відображає залежність між чуттєвістю і специфічністю методу аналізу, площа під ROC-кривою визначає об'єктивний показник якості класифікатору, який дозволяє порівнювати криві між собою.

Під час оцінки впливу показників запитальників в день госпіталізації, через 48-72 години і через 10±2 від початку лікування значимих результатів отримано не було. Однак оцінюючи вплив динаміки результатів запитальників впродовж періоду лікування нами було визначено позитивний значимий прогностичний зв'язок динаміки індексу НП та респіраторної шкали запитальника ШОПН між днем «через 48-72 години» від початку лікування та днем госпіталізації (день «0») на результат лікування НП «одужання». Також спрогнозувати «одужання» хворих на НП із супутнім ЦД 2 дозволяє і динаміка індексу НП запитальника ШОПН між днями спостереження «через 10±2 від початку лікування» і днем госпіталізації (табл. 1.).

Негативні результати запитальника CAP-Sym-12 в таблиці пояснюються тим, що в динаміці під час поліпшення стану хворого сумарний бал запитальника знижується, тоді як у випадку запитальника ШОПН з поліпшенням стану хворого на НП зростає і показник запитальника. У таблицях 1 і 2 представлено «кінцеві значення» («cut-off points») показників запитальників, що дозволяють спрогнозувати результат лікування НП у хворих на ЦД 2.

Таблиця 1

Вплив динаміки показників запитальників на результат лікування НП «одужання» у хворих на ЦД 2 (M±m)

Динаміка показників в строки, що порівнюються	Шкали запитальників	Видужання (n=28)	Негативний результат (n=54)	p
через 48-72 години -день «0»	Індекс НП	23,3±3,4	13,1±2,6	0,02
	Респіраторна шкала	26,5±5,0	14,6±2,9	0,02
	Шкала самопочуття	23,5±4,3	18,9±2,6	
	CAP-Sym-12	-7,8±1,7	-6,9±1,3	
через 10±2 доби -день «0»	Індекс НП	43,1±3,7	33,8±2,8	0,04
	Респіраторна шкала	45,1±4,9	36,2±3,4	
	Шкала самопочуття	37,2±4,1	28,1±3,5	
	CAP-Sym-12	-13,5±1,8	-12,6±1,3	

В табл. 2 за негативний вважали результат лікування хворих як «невдача», так і «поліпшення». Жодний з показників запитальників не був достовірно пов'язаний зі змінною «результат лікування поліпшення». Змінна «результат лікування невдача» за даними проведеного аналізу була пов'язана із показниками запитальника CAP-Sym-12 через 48-72 години від початку лікування і динамікою запитальника CAP-Sym-12 між днем «через 48-72 години від початку лікування» та днем «0», а також динамікою шкали самопочуття запитальника ШОНП між днем «через 10±2 доби від початку лікування» та днем «0» (табл. 2). При умові, що за позитивний вважали результат лікування хворих як «одужання», так і «поліпшення».

Таблиця 2

Вплив динаміки показників запитальників на результат лікування НП «невдача» у хворих на ЦД 2 типу (M±m), p<0,05

Динаміка показників між	Запитальники	Позитивний результат лікування (n=68)	«Невдача» (n=14)	P
Через 48-72 години	Індекс НП	44,8±2,2	41,6±4,9	0,03
	Респіраторна шкала	49,0±2,8	46,6±5,4	
	Шкала самопочуття	44,2±2,1	37,1±4,3	
через 48-72 години - день «0»	Індекс НП	17,9±2,4	10,1±5,1	0,03
	Респіраторна шкала	19,7±2,9	13,9±6,1	
	Шкала самопочуття	22,4±2,2	11,0±7,4	
через 10 ± 2 доби - день «0»	Індекс НП	38,8±2,5	28,2±5,0	0,03
	Респіраторна шкала	41,0±3,2	30,4±5,4	
	Шкала самопочуття	33,8±2,7	18,6±8,4	
	CAP-Sym-12	-13,4±1,1	-10,7±2,7	

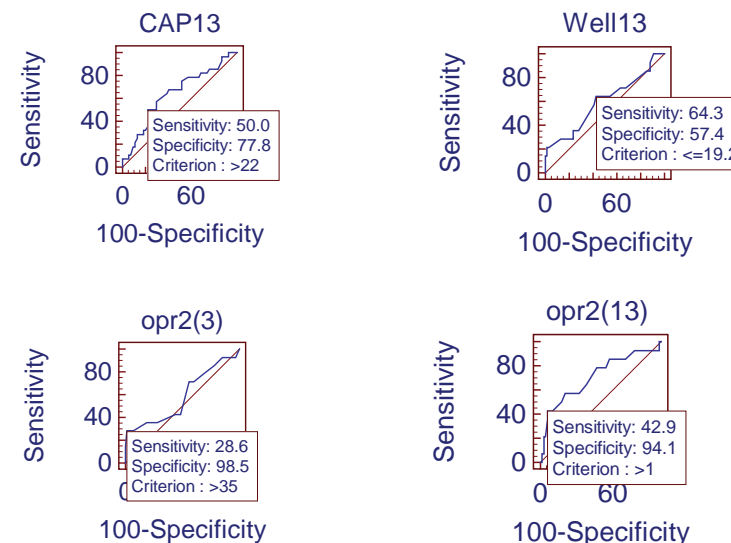
Розраховані у нашому дослідженні ROC-криві для результату лікування «невдача» подані у малюнках, що наведені нижче, де:

CAP13 – ROC-крива індексу НП запитальника ШОНП між днями спостереження: «через 48-72 години від початку лікування» та днем «0»; площа ROC-шкали 0,64, p<0,037;

Well13 – ROC-крива шкали самопочуття запитальника ШОНП між днями спостереження: «через 10±2 доби від початку лікування» та днем «0»; площа ROC-шкали 0,59, p<0,05;

opr2(3) – ROC-крива запитальника CAP-Sym-12 в день спостереження: «через 48-72 години від початку лікування»; площа ROC-шкали 0,59, p<0,03;

opr2(13) – ROC-крива результатів запитальника CAP-Sym-12 між днями спостереження: «через 48-72 години від початку лікування» та днем «0»; площа ROC-шкали 0,71, p<0,05.



Клінічне спостереження

Хворий К., 69 років, перебував на лікуванні в терапевтичному відділенні (т/в) МКБЛ № 25 м. Харкова з 24.12.2007 по 09.01.2008 рр. (тривалість лікування склала 16 днів) з діагнозом: Правобічна нижньодольова негоспітальна пневмонія, середньої тяжкості ЛН I ст. Цукровий діабет 2 типу, середньої тяжкості, компенсований. ІХС: дифузний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба 2 ст., ризик 3. СН ІА ст., ІІ ФК згідно NYHA.

До госпіталізації хворів впродовж 1 тижня, діагноз було встановлено дільничним лікарем, за його призначенням приймав β-лактами перорально. Лікування позитивного ефекту не мало: температура підвищилася до 39°C, розпочався сильний кашель. Був госпіталізований до т/в МКБЛ № 25 м. Харкова.

На цукровий діабет страждає з 2002 року, приймає регулярно «гліклізид», проходить обстеження у ендокринолога за місцем проживання.

Під час госпіталізації скаржився на підвищення температури тіла, наявність кашлю з виділенням мокротиння, загальну слабкість. В день госпіталізації стан хворого був середньої тяжкості. Температура тіла 37,6°C. Шкіра звичайного кольору, чиста. Під час аускультативної над легенями вислуховували жорстке дихання, в нижніх відділах з правого боку – крепітація. ЧД 20 за хвилину. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС – 84 за хвилину. АТ 140/50 мм рт. ст. Живіт під час пальпації м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний. Набряків немає.

Рентгенографія ОГК від 25.12.2007: Справа в нижній і середній долях – інфільтрація легеневої тканини середньої інтенсивності. Корні легень розширені. Висновок: негоспітальна пневмонія в нижній долі.

Аналіз крові клінічний 24.12.2007 р.: еритроцити - $5,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити - $5,0 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 5 мм/год, паличкоядерні нейтрофіли - 1%, сегментоядерні нейтрофіли - 69%, лімфоцити - 25%, моноцити - 4%, еозінофіли - 1%.

Глікемічний профіль впродовж лікування: 11,0 - 12,0 - 5,5 ммоль/л.

Аналіз мокротиння клінічний від 27.12. і 28.12. 2007 р.: характер – слизисто-гнійний, лейкоцити – небагато, еритроцити – 1-2 в п/зору, МБТ – не має.

УЗД від 26.12. 2007 р. Висновок: Атеросклероз аорти. ФВ-54%. Дилатація лівого передсердя. Гіпертрофія лівого шлуночка 1 ст. Фіброз аортального і мітрального клапанів. Гіпертрофія правого шлуночка. Фіброз підшлункової залози. Кісти ниркового синусу зліва. Нефроангіосклероз.

За шкалою CRB-65 хворий під час госпіталізації отримав 2 бали (вік >65 років, ДАТ < 60 мм.рт.ст).

Хворому було призначено АБТ: респіраторний фторхінолон лівофлоксацин 500 мг в/в крапельно з 24.12 по 30.12. 2007р. Супутня медикаментозна терапія: лізінопріл, кеторолак, амброксол, аторвастатін.

Через 48-72 години стан хворого залишався без позитивної динаміки. Хворий скаржився на сильну загальну слабкість, кашель з виділенням мокротиння жовто-зеленого кольору. Температура тіла хворого становила 38,4°C. Аускультативно в легенях вислуховували жорстке дихання, в нижніх відділах з правого боку – крепітація. ЧД 22 за хвилину. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС – 78 за хвилину. АТ 130/60 мм рт. ст. Живіт без особливостей. Набряків немає. До лікування додали β-лактаму цефподоксиму проксетіл 200 мг

2 рази на добу перорально з 26.12.07. по 06.01.2008 р. Сумарна тривалентність АБТ становила 14 діб.

Аналіз крові клінічний 28.12.2007 р.: еритроцити - $5,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити - $3,0 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 78 мм/год, паличкоядерні нейтрофіли - 9%, сегментоядерні нейтрофіли - 68%, лімфоцити - 28%, моноцити - 3%, еозінофіли - 1%.

Через 10±2 доби від початку лікування стан хворого значно покращився. Хворий скаржився на загальну слабкість, рідкий кашель з виділенням жовтуватого мокротиння. Температура тіла - 37,4°C. Аускультативно в легенях вислуховували жорстке дихання, в нижніх відділах з правого боку – крепітація. ЧД 20 за хвилину. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС – 82 за хвилину. АТ 140/80 мм рт. ст. Живіт без особливостей. Набряків немає.

Рентгенографія ОГК від 08.01.2008: Справа в сегменті S9 інфільтрація легеневої тканини в стадії зворотнього розвитку. Висновок: залишкові явища негоспітальної нижньодольової пневмонії.

Через 15 діб стан хворого поліпшився, скарги на рідкий кашель з виділенням слизового мокротиння. Температура тіла - 36,4°C. Аускультативно в легенях вислуховували жорстке дихання. ЧД 18 за хвилину. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС – 68 за хвилину. АТ 130/80 мм рт. ст. Живіт без особливостей. Набряків немає. Хворого було виписано із відділення під нагляд дільничного терапевта. Результат лікування хворого визначено як «невдача». Комбіноване лікування нетяжкої НП за допомогою β-лактаму та респіраторного фторхінолона в Україні є досить розповсюдженим [7].

Результати запитальників пацієнта:

Динаміка показників	Запитальники	Різниця між показниками запитальника у хворого
Через 48-72 години	САР-Sym-12	показник = 27,0
День «0» - через 48-72 години	Індекс НП	6,0
	Респіраторна шкала	33,4
	Шкала самопочуття	15,3
День «0» - через 10 ± 2 доби	САР-Sym-12	-5
	Індекс НП	9,5
	Респіраторна шкала	11,1
	Шкала самопочуття	5,7
	САР-Sym-12	-11

Таким чином, ще до закінчення періоду лікування за результатами запитальників CAP-Sym-12 і ШОНП та аналізу динаміки показників можна було припустити негативний результат лікування НП у хворого на супутній ЦД 2 згідно до табл. 2: високий показник CAP-Sym-12 на початку лікування (cut-off point = 28,4 балів), незначна динаміка його між днем госпіталізації і через 48-72 години від початку лікування (< 8,2); невисока динаміка шкали самопочуття запитальника ШОНП впродовж періоду лікування (<18,9 через 48-72 години від початку лікування і < 28,1 через 10 ± 2 доби).

Висновки

Таким чином, комплексний аналіз клінічної картини захворювання, доповнений даними анамнезу захворювання і результатами сучасних запитальників на НП, є раціональним підходом до рішення питань оцінки результату лікування НП у хворих на ЦД 2.

Література

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / Российское респираторное общество. – Москва, 2010. – 106 с.
2. Колосов В.П. Внебольничная пневмония (клиническое течение, прогнозирование исходов) / В.П. Колосов, Е.Ю. Кочегарова, С.В. Нарышкина. – Благовещенск, 2012 – 124 с.
3. Махаринська О.С. Застосування та валідація короткого запитальника для хворих на негоспітальну пневмонію в Україні / О.С. Махаринська, М.М. Лебединська, І.Г. Березняков // *Болезни и антибиотики*. – 2012. – № 1(6). – С.51-58.
4. Almirall J. New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study / J. Almirall, I. Bolibar [et al.] // *Eur Respir J*. – 2008. – Vol. 31. – P. 1274-1284.
5. Lamping D.L. The community-acquired pneumonia symptom questionnaire: a new, patient-based outcome measure to evaluate symptoms in patients with community-acquired pneumonia / Donna L. Lamping, Sara Schroter, Patrick Marquis [et al.] // *Chest*. – 2002. – Vol. 122. – P. 920-929.
6. Moussaoui E.R. Long-term symptom recovery and health-related quality of life in patients with mild-to-moderate-severe community-acquired pneumonia / Rachida el Moussaoui, Brent C. Opmeer, Corianne A.J.M. de Borgie [et al.] // *Chest*. – 2006. – Vol. 130. – P.1165-1172.
7. Wilson B.Z. Comparison of two guideline-concordant antimicrobial combinations in elderly patients hospitalized with severe community-acquired pneumonia / B.Z. Wilson, A. Anzueto, M.I. Restrepo [et al.] // *Crit Care Med*. – 2012. – Vol. 4. – P.293-299.

Резюме

Махаринська О.С., Іманова Н.І. *Можливості прогнозування результатів лікування негоспітальної пневмонії у хворих на цукровий діабет 2 типу за допомогою запитальників CapSym-12 та «Шкала оцінки НП» El Moussaoui R.*

У сучасній світовій літературі існує багато моделей прогнозування клінічного кінця негоспітальної пневмонії (НП), однак жодна з них не включає дані запитальників для хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД). Метою нашого дослідження було визначити чи існує можливість прогнозування клінічного кінця захворювання за допомогою результатів запитальників, що визначають якість життя та динаміку симптомів НП у хворих на ЦД 2 типу. Для досягнення поставленої мети було обстежено 82 пацієнта у віці від 51 до 82 років, хворих на НП та супутній ЦД 2. Динаміку показників якості життя пацієнтів та динаміку симптомів НП оцінювали за допомогою обраних нами запитальників CapSym-12 та «Шкала оцінки НП» El Moussaoui R (ШОНП). Пацієнтів опитували в день госпіталізації (день «0»), через 48-72 години і 10±2 днів після початку лікування. Пацієнти відповідали на запитальник самостійно або за допомогою лікаря, що призначав лікування. За допомогою логістичної регресії нами було встановлено вибірку статистично важливих показників динаміки симптомів запитальників, прогностичну можливість котрих використали у нашому дослідженні задля оцінки стану здоров'я і динаміки симптомів НП у хворих на ЦД 2 і які дозволяють спрогнозувати результат лікування НП. Результати лікування НП у хворих ми оцінювали як: одужання, поліпшення, невдача, неможливо оцінити. Одним із математичних методів оцінки діагностичної цінності і співвідношення між чуттєвістю і специфічністю тесту є побудування характеристичних ROC-кривих і обчислення площі під характеристичною кривою. Розраховані у нашому дослідженні ROC-криві дозволили спрогнозувати результат лікування «невдача» у хворих на ЦД 2, що були госпіталізовані із діагнозом НП. Таким чином, комплексний аналіз клінічної картини захворювання, доповнений даними анамнезу захворювання і результатами сучасних запитальників на НП, є раціональним підходом до рішення питань оцінки результату лікування НП у хворих на ЦД 2.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, цукровий діабет 2 типу, запитальники, прогноз, ROC-крива.

Резюме

Махаринская Е.С., Иманова Н.И. *Возможности прогнозирования результатов лечения внебольничной пневмонии у больных сахарным диабетом 2 типа с помощью вопросников CapSym-12 и «Шкала оценки ЧП» El Moussaoui R.*

В современной мировой литературе существует много моделей прогнозирования клинического исхода внебольничной пневмонии (ВП), однако ни одна из них не включает данные результатов вопросников для больных с сахарным диабетом 2 типа (СД). Целью нашего исследования было определить существует ли возможность прогнозирования клинического исхода заболевания с помощью результатов вопросников, определяющих качество жизни и динамику симптомов ВП у больных с СД 2 типа. Для достижения поставленной цели было обследовано 82 пациента в возрасте от 51 до 82 лет, больных ВП и сопутствующим СД 2 типа. Динамику показателей качества жизни пациентов и динамику симптомов ВП оценивали с помощью выбранных нами вопросников CapSym-12 и «Шкала оценки ВП» El Moussaoui R (ШОВП). Пациентов опрашивали в день госпитализации (день «0»), через 48-72 часа и 10 ± 2 дня после начала лечения. Пациенты отвечали на вопросник самостоятельно или с помощью врача, который назначал лечение. С помощью логистичес-

кой регресії нами було встановлено вибірку статистически важних показателів динаміки симптомів опросників, прогностическую можливість яких використовували в нашому дослідженні для оцінки стану здоров'я і динаміки симптомів ВП у хворих з СД 2, які дозволяли прогнозувати результат лікування ВП. Результати лікування ВП у хворих ми оцінювали як: выздоровлення, покращення, невдача, неможливо оцінити. Одним з математических методів оцінки діагностическої цінності і співвідношення між чутливістю і специфічністю тесту являється побудова характеристических ROC-кривих і вирахування площі під характеристическою кривою. Вирахувані в нашому дослідженні ROC-криві дозволили спрогнозувати результат лікування «невдача» у хворих з СД 2, які були госпіталізовані з діагнозом ВП. Таким чином, комплексний аналіз клініческої картини захворювання, доповнений даними анамнезу захворювання і результатами сучасних опросників по вивченню якості життя і динаміки симптомів ВП, являється раціональним підходом до рішення питань оцінки результату лікування ВП у хворих з СД 2.

Ключеві слова: внебольничная пневмония, сахарный диабет 2 типа, вопросы, прогноз, ROC-кривая.

Summary

Makharynska O.S., Imanova N.I. *The possibility of predicting outcomes community-acquired pneumonia in patients with type 2 diabetes using questionnaires CapSym-12 and CAP El Moussaoui R.*

In the modern world literature there are many models, using that can to predict clinical end of CAP, but none of them includes the data results of the questionnaires for patients with type 2 diabetes. The aim of our study was to determine there is a possibility of predicting clinical outcome of the disease with the help of questionnaires, the results of which determine the quality of life and the dynamics of the symptoms of CAP in patients with type 2 diabetes. To achieve this goal were examined 82 patients with type 2 diabetes aged 51 to 82 years, which were hospitalized with CAP. The dynamics of indicators of quality of life and the dynamics of symptoms was assessed using the CAP we selected questionnaires CapSym-12 and CAP El Moussaoui R. Patients were interviewed at the day of admission (day «0»), after 48-72 hours and 10±2 days after treatment. Patients answered a questionnaire on their own or with the help of a doctor who administered the treatment. Using logistic regression, we established a statistically significant sample of the dynamics of symptoms questionnaire, predictive capability that used in our study to assess the health and dynamics of the symptoms of CAP in patients with type 2 diabetes and are predictive of treatment outcome for patients with CAP. The results of the treatment of CAP patients we evaluated as cure, improvement, failure and can not be estimated. We used the mathematical methods to assess the diagnostic value and the ratio between the sensitivity and specificity of the test is to construct a characteristic ROC-curves and calculating the area under the ROC curve. Calculated in our study, ROC-curves are allowed to predict the outcome of the treatment of 'failure' in patients with type 2 diabetes who were hospitalized with a diagnosis of CAP. Thus, a comprehensive analysis of the clinical picture of the disease, complete case history of the disease and the results of modern questionnaires to study the quality of life and symptoms and signs to the CAP, is a rational approach to issues of evaluation of the treatment of CAP in patients with type 2 diabetes.

Key words: community-acquired pneumonia, diabetes type 2, questionnaires, forecast, ROC-curve.

Рецензент: д.мед.н., проф. І.Г.Березняков

УДК 616.441 – 006.5:616.34

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБУ ТА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ ЗА ВИКОРИСТАННЯ МЕТЕОСПАЗМІЛУ ТА КАРВЕДИЛОЛУ

І.І. Москалюк

Буковинський державний медичний університет

Вступ

Підвищення інтересу до проблеми тиреоїдної патології за останні роки спричинене її зростаючою поширеністю серед населення України, високою частотою тимчасової і стійкої непрацездатності, що визначає соціальну значущість захворювань. Так, у структурі ендокринних захворювань основне місце належить саме патології щитоподібної залози (ЩЗ) (47,3 %) [6,7]. В Україні нараховують близько 15 млн хворих з патологією ЩЗ [1]. Серед усіх захворювань ЩЗ на перший план за розповсюдженістю виступають токсичні форми зобу (ТФЗ). Тиреотоксикоз, як синдром підвищеного вмісту тиреоїдних гормонів, трапляється у 3% жінок і 0,3% чоловіків у районах навіть із нормальним йодним забезпеченням [6]. Поширеність синдрому тиреотоксикозу в Україні (станом на 1.01.2012 р.) становила 117,9 на 100 тис. населення, захворюваність населення України на тиреотоксикоз у 2011 р. становила 13,6 на 100 тис. населення [7].

Тиреотоксикоз має патологічний вплив на всі органи та системи організму, особливо на діяльність травної системи [1,3]. Ентеральні розлади трапляються у 60% хворих на ТФЗ, однак, здебільшого, залишаються поза увагою клініцистів [3,5,8]. Проблема поєднаної патології – перебіг синдрому подразненого кишечника (СПК) на тлі тиреотоксикозу вивчена недостатньо різнобічно. Майже не досліджено взаємовплив різних гормонів та біологічно активних речовин на перебіг захворювання [4]. Не до кінця розкриті механізми впливу серотоніну та вегетативного дисбалансу на скоротливу здатність кишечника [2]. Це все затруднює розробку патогенетично обґрунтованого лікування хворих на ТФЗ із СПК.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана згідно з планом науково-дослідної роботи кафе-