

Реферати

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЙОДОДЕФИЦИТОМ В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Бобырева Л.Е., Городинская Е.Ю.

Статья посвящена изучению особенностей развития и течения аутоиммунного тиреоидита, обусловленного абсолютным и относительным дефицитом йода в Полтавской области. Проанализированы заболеваемость и распространенность патологии щитовидной железы в Украине и Полтавской области за 1980-2009 годы. В результате чего выявлена тенденция к росту уровня тиреоидной патологии и изменений ее структуры, в частности за последние 29 лет в Полтавской области удельный вес тиреоидитов вырос в 54,5 раз, в то время как по Украине – в 31,7. Оценивая экологическую ситуацию в Полтавской области можно отметить, что умеренный йододефицит, увеличение содержания фтора в воде, радионуклидное загрязнение обуславливает развитие аутоиммунного тиреоидита, что заканчивается развитием гипотиреоза.

Ключевые слова: йододефицит, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз.

Статья надійшла 15.04.2013 р.

FEATURES OF THE DEVELOPMENT AND COURSE OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS, WHICH IS DUE TO IODINE DEFICIENCY IN THE POLTAVA REGION

Bobyrova L.E., Gorodinskaya O.U.

This article is devoted to studying the features of the flow and autoimmune thyroiditis, which is caused by an absolute and a relative deficiency of iodine in the Poltava region. The incidence and prevalence of a thyroid gland pathology in Ukraine and Poltava region in 1980-2009 was analyzed. As a result, an increase in thyroid pathology and its structure changes was found. It's particularly so over the last 29 years when thyroiditis share increased 54.5 times, while in Ukraine - 31.7. Assessing the ecological situation in the Poltava region we may note that moderate iodine deficiency, an increase of fluoride in water and radionuclide pollution lead to the development of autoimmune thyroiditis, which results in the development of hypothyroidism.

Key words: iodine deficiency, autoimmune thyroiditis, hypothyroidism.

Рецензент Катрушов О.В.

УДК 612.172.2

С.В. Валутва

Українська військово-медична академія, м. Київ

УКРАЇНСЬКИЙ РЕЄСТР ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST «STIMUL»: РОЗРОБКА ШКАЛИ ПРОГНОЗУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ

В статті приведені етапи створення шкали оцінки ризику госпітальної летальності у хворих з гострими коронарними синдромами (ГКС) з елевацією сегмента ST на основі даних реєстру STIMUL. В шкалу госпітальної летальності увійшли 9 незалежних прогностичних факторів відповідно до їх ваги: вік, ознаки гострої серцевої недостатності (СН) за Killip при поступленні, рівень систолічного артеріального тиску, частота серцевих скорочень, швидкість клубочкової фільтрації, рівень гемоглобіну та кардіоспецифічних маркерів, проведення реперфузійної терапії та ознаки СН в анамнезі. Підсумовування балів дозволило визначити ризик госпітальної летальності у хворих з ГКС з елевацією ST. Відповідно, наявність $\leq 6,5$ балів визначали низький ризик летального наслідку в стаціонарі (1%), 7 – 11,5 балів – середній (4-5%), 12 – 16,5 – високий (25-30%), ≥ 17 – дуже високий ($\geq 85\%$). Критичним середнім значенням, при якому суттєво збільшувались шанси пацієнта з ГКС з елевацією ST померти в стаціонарі було 15,57 балів. При тестуванні шкали методом регресійного аналізу остання передбачала госпітальну летальність в 57,1% випадків. Площа під шкалою (c-statistic) склала 0,94 при 95% довірчих інтервалах 0,90-0,98 ($p < 0,001$) і свідчить про високу прогностичну значимість шкали госпітальної летальності STIMUL.

Ключові слова: гострий коронарний синдром, реєстр, шкала госпітальної летальності, Україна.

Виділення групи хворих з гострим ІМ високого ризику сприяє вчасному застосуванню більш агресивної тактики лікування і покращенню їх прогнозу. Тому, останнім часом значного поширення набула методика дещо спрощеної оцінки ризику хворих за допомогою шкал ризику [2,3,4,5,6,8].

Оцінка ризику за цими шкалами має бути точною і доступною, пов'язаною з найменшими витратами. Протягом останнього десятиріччя запропоновано кілька шкал оцінки ризику для хворих з ГКС, але більшість з них розроблено на базі даних клінічних досліджень (TIMI-STEMI, In-TIME II, GUSTO та ін.), в які входили хворі певних категорій [3,6]. Тому, під час валідації деяких шкал з'ясувалося, що їхня інформативність обмежена. Останнім часом широко застосовують шкалу TIMI-STEMI, розроблену для прогнозування 30-добової смертності у хворих після тромболізу [3]. Але, шкала виявилася непридатною для оцінки ризику хворих, яким не проводили реперфузію. На сьогодні, однією з найточніших вважають шкалу GRACE, яку було розроблено на базі міжнародного реєстру ГКС [4]. Однак, шкала є 263 бальною, що дещо ускладнює її використання в клінічній практиці.

Метою роботи було створення моделі стратифікації ризику госпітальної летальності у хворих із гострим коронарним синдромом (ГКС) з елевацією сегмента ST на основі даних реєстру STIMUL.

Матеріал та методи дослідження. В дослідження були включені 1103 хворих з ГКС з елевацією сегмента ST віком 18 років і більше, які були госпіталізовані в кардіологічні та кардіохірургічні стаціонари м. Вінниця та м. Хмельницький (3 центри) за період від січня 2008 до червня 2011 років протягом перших 24 год з моменту розвитку симптомів [1].

Умови реєстру передбачали аналіз даних усіх пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST, які задовільняли критеріям включення, виключення та дали усну інформовану згоду на участь в дослідженні. За основу протоколу був взятий протокол другого реєстру ГКС, який проводився Європейським товариством кардіологів у 2004 році [7]. Включення пацієнтів в дослідження не повинно було впливати на стратегію його лікування в стаціонарі.

Критерії включення: типовий больовий синдром (ангінозний біль ≥ 20 хв, задишка, синкопе, зупинка кровообігу та ін.); зміни на електрокардіограмі (підйом сегмента ST ≥ 1 мм як мінімум в двох суміжних відведеннях чи ймовірно нова повна блокада лівої ніжки пучка Гіса) [9].

3. При тестуванні шкали STIMUL остання передбачала госпітальну летальність в 57,1 % випадків, методом дискримінантного аналізу – в 78,4 %.
4. Площа під кривою ROC для шкали госпітальної летальності (c-statistic) склала 0,94 при 95% довірчих інтервалах 0,90-0,98 ($p < 0,001$) і свідчить про високу прогностичну значимість шкали.

Література

1. Валуєва С.В. Пілотний реєстр гострих коронарних синдромів з елевацією сегмента ST «STIMUL»: характеристика хворих, організація медичної допомоги на госпітальному етапі лікування / С.В. Валуєва, В.І. Денисюк // Укр. кардіол. журн. -2012. - № 3.
2. Эрлих А.Д. Шкала для ранней оценки риска смерти и развития инфаркта миокарда в период пребывания в стационаре больных с острыми коронарными синдромами (на основе данных регистра РЕКОРД) / А.Д. Эрлих // Кардиология. – 2010. - №.10. – С. 11-15.
3. Antman E.M. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: a method for prognostication and therapeutic decision making / E.M. Antman, M. Cohen, P.J. Bernink [et al.] // JAMA. – 2000. – Vol. 284. – P. 835–842.
4. Grander C.B. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events / C.B. Grander, R.J. Goldberg, O. Dabbous [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2345-2353.
5. Lenzenl M.J. Management and outcome of patients with established coronary artery disease: the Euro Heart Survey on coronary revascularization / M.J. Lenzenl, E. Boersma, M.E. Bertrand [et al.] // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 1169–1179.
6. Morrow D.A. The InTIME II Trial / D.A. Morrow [et al.] // Circulation. – 2000. – Vol. 102. – P. 2031-2037.
7. Mandelzweig L. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean basin in 2004 / L. Mandelzweig, A. Battler, V. Boyko [et al.] // Eur. Heart J. – Vol. 27(19). – P. 2285–2293.
8. Roques F. The logistic EuroSCORE / F. Roques, P. Michel, A.R. Goldstone [et al.] // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24 (9). – P. 882-883.
9. Van De Werf F. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology / F. Van De Werf, J. Bax, A. Betriu [et al.] // Eur. Heart J. – 2008. - Vol. 29. - P. 2909–2945.

Реферати

УКРАЇНСЬКИЙ РЕГИСТР ОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ С ЕЛЕВАЦІЕЙ ST «STIMUL»: РАЗРАБОТКА ШКАЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Валуєва С.В.

В статье приведены этапы создания шкалы оценки риска госпитальной летальности у пациентов с острыми коронарными синдромами (ОКС) с элевацией ST на основе данных регистра STIMUL. В шкалу госпитальной летальности вошли 9 независимых прогностических факторов соответственно их весу: возраст, признаки острой (СН) по Killip при поступлении, уровень систолического АД, частота сердечных сокращений, скорость клубочковой фильтрации, уровень гемоглобина и кардиоспецифических маркеров, проведение реперфузионной терапии, признаки СН в анамнезе. Суммирование баллов даёт возможность определить риск госпитальной летальности у пациентов с ОКС. Соответственно, наличие $\geq 6,5$ баллов соответствует низкому риску летального исхода в стационаре (1 %), 7 – 11,5 баллов – среднему (4-5 %), 12 – 16,5 – высокому (25-30 %), ≥ 17 – очень высокому ($\geq 85\%$). Критическим значением, при котором существенно увеличивались шансы пациента с ОКС умереть в стационаре было 15,57. При тестировании шкалы методом регрессионного анализа последняя предсказывала госпитальную летальность в 57,1 % случаев. Площадь под кривой ROC шкалы (c-statistic) составила 94 % при 95% доверительных интервалах 0,90 – 0,98 ($p < 0,001$) и свидетельствует о высокой прогностической значимости шкалы госпитальной летальности STIMUL.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, регистр, шкала госпитальной летальности, Украина.

Стаття надійшла 07.04.2013 р.

UKRAINIAN REGISTRY ACUTE CORONARY SYNDROMES WITH ST SEGMENT ELEVATION «STIMUL»: RISK PREDICTING MODEL OF IN- HOSPITAL MORTALITY

Valueva S.V.

In this article we discuss the process of development of risk predicting model of in-hospital mortality at patients with acute coronary syndromes with ST segment elevation derived from the Ukrainian registry «STIMUL». This model uses the weighted risk score being derived from a summation based on the presence or absence of 9 adverse risk factors were advanced age, higher Killip class, lower systolic blood pressure and haemoglobin, higher heart rate and serum creatinine, not having reperfusion, elevated serum cardiac markers (≥ 8 ng/dl), history of heart failure. A risk predicting model validate in-hospital mortality on low (1 %; $\leq 6,5$ points), middle (4 - 5 %; 7 – 11,5 points), high (25 - 30 %; 12 – 16,5 points) and very high risk score ($\geq 85\%$; ≥ 17 points). This model found to have a good discrimination among pts with STEMI (c-statistic = 0,94).

Key words: acute coronary syndromes, survey, risk predicting model of in-hospital mortality, Ukraine.

Рецензент Запорожець Т.М.

УДК: 616.89-008.441.13

А.В. Гайдабрус

Державна установа "Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України"

АНАМНЕЗ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЗВІЛЬНЕНИХ У ЗАПАС, ЩО МАЮТЬ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД АЛКОГОЛЮ

Проаналізовані 104 історій хвороб ОВС що лікувалися з приводу алкогольної залежності в стаціонарі клініки психіатрії і наркології Військово-медичного клінічного центру Північного регіону з 1996 по 2009 рік.

Результатом дослідження хворих ОВС що лікувалися з приводу алкоголізму уперше і повторно була різниця в тривалості перебування хворих в запасі. Менший термін перебування в запасі був у хворих з вторинною госпіталізацією, що свідчить про можливість розвитку захворювання під час перебування на службі. У групах хворих із запійними формою алкоголізму (80 історій хвороб) і безперервній формі алкоголізму (23 хворих) була однакова тривалість алкогольного стажу. Вік хворих, стаж служби і термін перебування у відставці був великим у хворих з БФА, добова доза алкоголю більше у хворих із ЗФА. Беручи це до уваги, ми можемо зробити висновок, що з віком збільшується ризик формування БФА.

Показана відмінність анамнезу хворих ОВС від цивільних хворих. Цивільні хворі мали велику тривалість алкогольного стажу, а також тривалість запоїв. Переважно більшість ОВС мали вища військова освіта, тоді як цивільні хворі переважно мали середню спеціальну освіту. Серед ОВС переважали хворі з табакокурінням, що також впливає на виникнення і течію супутніх захворювань. Істотну різницю у віці хворих, здобутій освіті, особливостях перебігу захворювання, кратності і тривалості госпіталізації, супутніх шкідливих звичок отримали порівнюючи ОВС і цивільних хворих. Отримані дані необхідно враховувати для проведення первинних профілактичних заходів у військовослужбовців.