ISSN 2306-4285

ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис
Заснований в 1994 році

Том 20 - число 3 - 2013

Міністерство
охорони здоров'я України
Івано-Франківський
національний медичний університет

Засновник та видавець
Івано-Франківський
національний медичний університет
Свідоцтво про державну реєстрацію
серія КВ №7296
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку
Вченою Радою
Івано-Франківського
національного медичного
університету
протокол № 10 від 29.08.2013 р.

Адреса редакції:
Україна,
76018 м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2
Медичний університет
Телефон: (0342) 53-79-84
факс (03422) 2-42-95
www.glvisnyk.if.ua
E-mail:glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і
верстка редакції журналу
"Галицький лікарський вісник"
Підписано до друку 01.10.2013 р.
Формат 60/88 $^{1}/_{2}$ Обсяг - 16 друк. арк.
Друк офсетний. Наклад 200
Тираж здійснено у видавництві
Івано-Франківського національного
медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої
продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор - М.М. Рожко

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)
Боцюрко В.І. (відповідальний секретар)
Вишиванюк В.Ю. (секретар)
Вірстюк Н.Г.
Волосянко А.Б.
Геращенко С.Б.
Гудз І.М.
Ерстенюк А.М.
Ємельяненко І.В
Заяць Л.М.
Ковальчук Л.Є.
Мізюк М.І.
Міщук В.Г.
Ожоган З.Р.
Середюк Н.М.
Яцишин Р.І.

Редакційна рада

Бальцер К. (ФРН, Мюльгейм)
Вагнер Р. (США, Джорджтаун)
Волков В.І. (Україна, Харків)
Волошин О.І. (Україна, Чернівці)
Геник С.М. (Україна, Івано-Франківськ)
Енк П. (ФРН, Тюбінген)
Ковальчук І.П. (Канада, Летбридж)
Ковальчук О.В. (Канада, Летбридж)
Поворознюк В.В. (Україна, Київ)
Скальний А.В. (Росія, Москва)
Швед М.І. (Україна, Тернопіль)

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Постанова Президії ВАК України від 10.11.2010 року, №1-05/7)

© Видавництво Івано-Франківського національного медичного університету, 2013
© Галицький лікарський вісник, 2013

ISSN 2306-4285

GALIC'KIJ LIKARS'KIJ VISNIK

GALICIAN MEDICAL JOURNAL

Quarterly scientific and practical journal
Established in 1994

Volume 20 - number 3 – 2013

The Ministry
of Public Health of Ukraine
Ivano-Frankivsk
National Medical University

Founder and publisher
Ivano-Frankivsk National
Medical University
Certificate of state registration
series KB № 7296 of 14.05.2003

Approved for publication by
the Scientific Council of
the Ivano-Frankivsk
National Medical University
Minutes № 10 of 29.08.2013

Address of the editorial office:
Medical University
Halytska Street, 2
Ivano-Frankivsk 76018
Ukraine
Tel: (0342) 53-79-84
fax (03422) 2-42-95
www.glvisnyk.if.ua
E-mail:glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Typesetting services
and layout by the editorial staff
of *Galician Medical Journal*.
Passed for printing 01.10.2013.
Format 60/88 $^{1}/_{2}$ Volume – 16 quires.
Offset printing. Circulation 200.
Printed in the publishing house
of the Ivano-Frankivsk National
Medical University.
Certificate of introduction of the publishing
entity into the State Register of Publishers,
manufacturers and distributors
of publishing products.
ДК №2361 of 05.12.2005.
Halytska Street 2,
Ivano-Frankivsk 76018.

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

Editor -in- Chief – M. M. Rozhko

Vakalyuk I.P. (Associate Editor)
Botsyurko V.I. (Executive Secretary)
Vyshyvanyuk V.Yu. (Secretary)
Virstyuk N.G.
Volosyanko A.B.
Gerashchenko S.B.
Gudz I.M.
Erstenyuk G.M.
Yemelyanenko I.V.
Zayats L.M.
Kovalchuk L.Ye.
Mizyuk M.I.
Mishchuk V.G.
Ozhohan Z.R.
Seredyuk N.M.
Yatsyshyn R.I.
Semotyuk O.V. (Ukrainian and Russian languages proofreader)
Chernova E.O. (Layout woman)

Editorial Council

Balzer K. (Dusseldorf,Germany)
Vagner R. (Georgetown, USA)
Volkov V.I. (Kharkiv, Ukraine)
Voloshyn O.I. (Chernivtsi, Ukraine)
Genyk S.M. (Ivano-Frankivsk, Ukraine)
Enk P. (Tubingen, Germany)
Kovalchuk I.P. (Lethbridge, Canada)
Kovalchuk O.V. (Lethbridge, Canada)
Povoroznyuk V.V. (Kyiv, Ukraine)
Skalniy A.V. (Moscow, Russia)
Shved M.I. (Ternopil, Ukraine)

The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of theses are allowed to be published (The Resolution of the Presidium the Higher Attestation Commission of Ukraine of 10.11.2010, № 1-05/7)

©Publishing House of Ivano-Frankivsk National Medical University, 2013
©Galician Medical Journal, 2013

Л.В. Распутіна // Астма та алергія. – 2012. - № 2. - С. 17-21.

4. Association of chronic lung disease with treatments and outcomes patients with acute myocardial infarction / J. R. Enriquez, J. A. Lemos, S. V. Parikh [et al.] // Am. Heart J. – 2013. –Vol. 165, № 1. – P. 43-49.

5. Comparison of brachial artery wall thickness versus endothelial function to predict late cardiovascular events in patients undergoing elective coronary angiography / A. Suessenbacher, J. Dцrler, J. Wunder [et al.] // Am. J. Cardiol. - 2013. – Vol. 111, № 5. – P. 671-675.

6. Effect of body mass index, physical activity, depression, and educational attainment on high-sensitivity C-reactive protein in patients with atrial fibrillation / J. Rommel, R. Simpson, J.P. Mounsey [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2013. – Vol. 111, № 2. – P. 208-212.

Тащук В.К., Амелина Т.М., Полянская О.С.

Регистр малых городов Украины - ишемическая болезнь сердца и хроническая обструктивная болезнь легких, взаимоотягощающее течение

Резюме. Выявлено, что у больных с сочетанным течением ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких взаимоотягощающее течение заключается в повышении интенсивности процессов свободнорадикального окисления липидов за счет увеличения уровня малонового альдегида ($p<0,05$) при пониженном функционировании системы антиоксидантной защиты (уменьшение активности каталазы ($p<0,05$), увеличение уровня церулоплазмина ($p<0,05$)), уменьшении лизиса низкомолекулярных протеинов ($p<0,05$) и колагенолитической активности плазмы крови ($p<0,05$). Доказано, что рост уровня эндотелина-1 является основным звеном выявленных патогенетических преобразований.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких.

V.K.Tashchuk, T.M. Amelina, O.S. Polianska

The Register of Small Cities of Ukraine - Coronary Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease, a Mutually Aggravating Course

Summary. It has been established that in patients with a combined course of coronary disease and chronic obstructive pulmonary disease a mutually aggravating course consists in an elevation of the intensity of the processes of a free radical lipid oxidation at the expense of an increase of the malonic aldehyde level ($p<0,05$) with a diminished functioning of the antioxidant defence system (a decrease of the catalase activity($p<0,05$), an increase of ceruloplasmin ($p<0,05$)), a decrease of the lysis of low molecular proteins ($p<0,05$) and the collagenolytic activity of the blood plasma ($p<0,05$). It has been proved that a growth of the level of endothelin–1 is the principal component of detected pathogenic transformations.

Keywords: coronary disease, chronic obstructive pulmonary disease.

Надійшла 15.04.2013 року.

УДК 616.127 – 005.8 – 06: 616.124.2 – 008.64 – 053 - 058

Тащук В.К., Ілащук Т.О., Турубарова-Леунова Н.А., Ілащук І.І.

Вікові та гендерні особливості пацієнтів, що перенесли гострий інфаркт міокарда, ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю, в умовах створення реєстрів малих міст України

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини (зав. каф. – проф. В.К.Тащук) Буковинського державного медичного університету

Резюме. В умовах створення реєстру малих міст України обстежено 368 хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю (ГЛШН) з метою вивчення ранніх маркерів розвитку та прогресування серцевої недостатності (СН). Всі пацієнти спостерігалися перші 28 діб перебування в стаціонарі та впродовж 1-го року постгоспітального амбулаторного етапу.

Проводилася реєстрація всіх первинних та вторинних кінцевих точок (смерть пацієнта, рецидив та повторний ГІМ) упродовж 1-го року з моменту виникнення ГІМ, ускладненого ГЛШН з урахуванням гендерних та вікових особливостей даної категорії хворих.

Статевий та віковий аналіз групи госпітальної летальності показав, що серед померлих пацієнтів переважали чоловіки (72,34% проти 27,66% жінок). Згідно з отриманими даними, померлі пацієнти були в середньому на 9 років старшими від пацієнтів зі сприятливим виходом захворювання ($p<0,001$).

Аналіз клінічної картини через 1 рік спостереження за пацієнтами, що перенесли ГІМ, ускладнений різними класами ГЛШН, показав, що гендерний розподіл в групі з ознаками СН I класу за NYHA був наступний: 68,42% чоловіків та 31,58% жінок, в групі СН II класу та вище відповідно 69,27% та 30,73%.

Отже, отримані результати свідчать про те, що чоловіча стать та старший вік є незалежними предикторами у виникненні та прогресуванні СН у післяінфарктному періоді.

Ключові слова: інфаркт міокарда, гостра лівошлуночкова недостатність, госпітальна летальність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. В останні десятиріччя у більшості розвинених країн світу хвороби системи кровообігу (ХСК) за основними показниками медико-соціального навантаження посідають перше місце. В Україні лише за останні 15 років питома вага смертності від ХСК зросла з 56,5% до 62,5% [2].

Одним з найпоширеніших ускладнень ІХС, зокрема гострого інфаркту міокарда (ГІМ), є серцева недостатність (СН). Згідно з експертними оцінками поширеність симптоматичної СН в європейській популяції коливається від 0,4 до 3%, а у старшій віковій групі - 10%, що значно ускладнює перебіг захворювання. Серед осіб віком старше 65 років СН вважають новою епідемією серцево-судинної системи [3, 6, 7]. Спостерігається невпинне зростання смертності від СН у всіх вікових категоріях. Цей показник становить 44,5%, 76,5% та 87,6% через 1, 5 і 10 років відповідно [5]. З іншого боку цілий ряд дослідників [4, 12] відзначають наявність прямої кореляційної залежності між віком пацієнтів і частотою розвитку ускладнень ГІМ та летального виходу. Щодо гендерного розподілу аналітично-статистичні показники свідчать, що віддалений негативний ішемічний прогноз у жінок є доведеним фактом, що для ІХС складає в межах +10 років [4, 10]. Даний чинник з урахуванням загального постаріння населення формує одну з причин смертності та інвалідності серед чоловіків молодшого віку та жінок старшого віку, що обґрунтоване станом коронарного резерву в групах 31-60 та 61-80 рр. для чоловіків і жінок [9, 11].

Також, слід зазначити, що реєстри ГІМ, які використовуються в практиці, не завжди відображають відомості про віддаленні наслідки захворювання з урахуванням гендерного та вікового аспектів [1, 8, 13, 14]. Найбільшого застосування в питаннях прогнозування набув дизайн суцільного проспективного дослідження, що реалізується в рамках складання

реєстру захворювання. Одним з таких реєстрів є реєстр гострого коронарного синдрому (ГКС) GRACE [15]. За результатами даного реєстру, його автори запропонували використовувати для прогнозування 8 показників, що зареєстровані при поступленні пацієнта в стаціонар: вік, рівень систолічного артеріального тиску (АТ), кількість серцевих скорочень, рівень креатеніну, клас гострої лівошлуночкової недостатності (ГЛШН) за Killip, діагностично значиме підвищення маркерів некрозу, зміни сегмента ST, а також наявність епізоду зупинки серця. Перевага використання даних суцільного дослідження ГКС для створення прогностичної моделі в подальшому була багаторазово підтверджена. Зокрема, дискримінантна потужність моделі GRACE значно переважала над такою в умовах використання моделей, заснованих на результатах клінічних досліджень [15].

Поряд з цим перелік використаних в моделі GRACE змінних дозволяє припустити існування резерву для збільшення точності прогнозу за рахунок включення в неї цілого ряду біохімічних показників периферичної крові, а також більш детального розгляду змін ЕКГ та ЕхоКГ.

Слід визнати, що числені новації в лікуванні ГІМ поки що не змогли принципово вплинути на частоту виникнення ГЛШН і прогноз виживання. Отже, проблема потребує подальшого доопрацювання та пошуку нових механізмів впливу на запобігання виникненню ускладнень та летальності. Більш глибоке вивчення цих механізмів дозволить прогнозувати подальший перебіг захворювання та запобігати розвитку небезпечних інцидентів.

Мета дослідження: вивчення ранніх маркерів розвитку та прогресування серцевої недостатності, а також створення прогностичних моделей перебігу гострого інфаркту міокарда з урахуванням гендерних та вікових особливостей в умовах створення реєстрів малих міст України.

Матеріал і методи дослідження

В умовах створення реєстру малих міст України обстежено 368 хворих на ГІМ, ускладнений гострою ГЛШН, які надійшли у блок кардіореанімації Чернівецького обласного кардіологічного диспансеру.

Всі пацієнти спостерігалися перші 28 діб перебування в стаціонарі та впродовж 1-го року постгоспітального амбулаторного етапу.

Серед обстежених пацієнтів було 259 (70,38%) чоловіків та 109 (29,62%) жінок. Середній вік обстежених хворих становив 59,6±1,76 років (від 22 до 93 років).

Проводилась реєстрація всіх первинних та вторинних кінцевих точок (смерть пацієнта, рецидив та повторний ГІМ) упродовж 1-го року з моменту виникнення ГІМ, ускладненого гострою СН.

У найгострішому періоді ІМ оцінювався стан гемодинаміки та клас гострої СН з використанням класифікації T. Killip (1967).

Наявність та тяжкість хронічної СН через 1 рік спостереження оцінювали за клінічними критеріями NYHA (Нью-Йоркської асоціації серця, 1964).

Об'єктивізація діагнозів проводилась на основі Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, з огляду на класифікацію серцево-судинних захворювань, що була прийнята на VI Національному конгресі кардіологів України (2000).

Вплив перемінної на ймовірність клінічної події визначався відношенням шансів та відповідним 95% довірчим інтервалом (ДІ)), що були розраховані методом бінарної логістичної регресії, як в однофакторному, так і в багатофакторному регресійному аналізі. Для статистичної обробки отриманих електронних баз даних застосовувалися пакети програм «Microsoft Excel 97» (Microsoft) та «Statistica for Windows v. 5.0» (StatSoft Inc., США). Вираховувалися середні значення, стандартні помилки середнього. Вірогідність різниці кількісних показників визначалася за перевіркою «нульової» гіпотези за допомогою t-критерію Стьюдента з рівнем значущості при p для t-критерію <0,05.

Результати дослідження

З метою вивчення клінічних особливостей перебігу ГІМ, ускладненого ГЛШН різних ступенів тяжкості в умовах створення реєстру малих міст України проводився аналіз результатів клінічного спостереження за обраною категорією пацієнтів з урахуванням класу гострої СН за T. Killip. Так, ознаки ГСН Killip I реєструвались у 117 (31,79%) пацієнтів, Killip II – у 115 (31,25%), Killip III – у 89 (24,19%) та Killip IV – у 47 (12,77%) хворих на ГІМ (рис. 1).

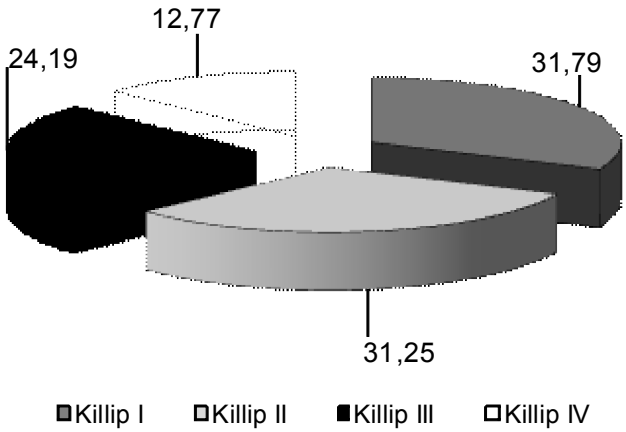

Рис. 1. Розподіл пацієнтів з ГІМ та ГСН залежно від класу за T. Killip

Серед 368 пацієнтів за весь період спостереження померло 123 (33,42%) особи, зокрема 94 (25,54%) хворих – упродовж 28 діб перебування в стаціонарі, а 29 (7,88%) – за рік спостереження. Таким чином, госпітальна летальність ускладненого ГІМ складала 25,54%, в той час як інші дослідники [12] вказують на те, що у пацієнтів з неускладненим ІМ госпітальна летальність не перевищує 12,1%.

Статевий аналіз показав, що кількість чоловіків переважала в усіх чотирьох групах, причому у співвідношенні чоловіки / жінки число чоловіків збільшувалося зі зростанням класу ГСН. Так, в групі Killip I чоловіки складали 61,54% й 38,46% – жінки; Killip II – 71,31% припадав на чоловіків, 28,69% – на жінок; Killip III – 73,04% та 26,96%; Killip IV – 85,11% та 14,89% чоловіків та жінок відповідно (рис 2).

Віковий аналіз показав, що в групі Killip I середній вік пацієнтів складав 59,3±0,96 років, Killip II – 61,7±0,67 років, Killip III – 63,7±0,78 та Killip IV – 65,5±0,93 років.

З метою створення прогностичних моделей ГІМ, перебіг якого ускладнився ГЛШН, всіх пацієнтів розділено на дві групи: група 1 – пацієнти зі сприятливим виходом ГІМ та група 2 – пацієнти з летальним виходом.

Загальна характеристика пацієнтів 1 та 2 груп наведена в таблиці 1.

Привертає увагу той факт, що померлі пацієнти були в середньому на 9 років старшими від пацієнтів зі сприятливим виходом захворювання. Серед них переважали чоловіки (p<0,001). Результати однофакторного регресійного

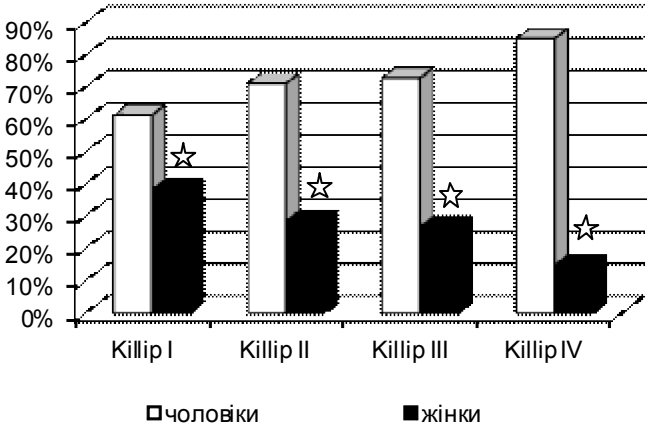

Рис. 2. Статевий розподіл пацієнтів з ІМ та ГСН залежно від класу за T. Killip

Таблиця 1. Загальна характеристика пацієнтів з ГІМ та ГЛШН

Ознака	Госпітальний вихід, % пацієнтів		p
Всього, абс.	Сприятливий (група 1) n=245	Летальний (група 2) n=123	
Вік, роки	57,66±1,74	66,87±1,88	p<0,01
Чоловіки	42,04%	69,92%	p<0,001

Таблиця 2. Предиктори летальної події у пацієнтів з ГІМ, ускладненим ГЛШН (результати однофакторного регресійного аналізу)

Ознака	Відношення шансів (95% ІД)
Вік, + 5 років (після 50)	1,5 (1,4; 1,8)
Killip, + 1 клас	2,0 (1,2; 2,9)

аналізу вказують на те, що ризик виникнення летальної події збільшувався з віком: на кожні 5 років після 50 припадало збільшення ризику в 1,5 разів. Також ризик виникнення летальної події збільшувався в 2 рази з кожним збільшенням класу ГЛШН за Killip, в 1,02 рази при збільшенні ЧСС надходження на 10 уд/хв після 60 уд/хв (табл. 2).

Таким чином, можна зробити висновок, що старший вік пацієнтів та чоловіча стать є незалежними предикторами виникнення летальної події у пацієнтів з ГІМ та ГЛШН.

Наявність та тяжкість хронічної СН через 1 рік спостереження оцінювали за клінічними критеріями у відповідності з класифікацією NYHA.

Аналіз клінічної картини через 1 рік спостереження за пацієнтами, що перенесли ГІМ, ускладнений різними класами ГЛШН, показав, що ознаки СН I класу за NYHA зафіксовано у 34,67% пацієнтів, СН II – у 25,18%, СН III – 22,63% та СН IV – у 17,52% пацієнтів, що вижили.

Для зручності аналізу в подальшому пацієнти з СН I класу за NYHA були об'єднані в групу А, а пацієнти з клінічними ознаками ХСН (СН II, СН III та IV класів за NYHA), що виявлені через 1 рік спостереження, були об'єднані в групу В.

Віковий аналіз груп показав, що середній вік пацієнтів групи А становив 58,24±0,96 року, а в групі В – 64,46±0,87 рокув. Отже, з віком спостерігається більш виражене прогресування ХСН у пацієнтів з ГІМ в анамнезі. Статевий розподіл пацієнтів показав, що в групі А співвідношення чоловіків та жінок було наступним: 68,42% чоловіків та 31,58% жінок, а в групі В – 69,27% чоловіків та 30,73% жінок. Таким чином, в обох групах кількісно переважали чоловіки, як і в цілому в вибірці, але абсолютна кількість жінок була більшою в групі В.

Обговорення

Статевий та віковий аналіз групи госпітальної летальності показав, що серед померлих пацієнтів переважали чоловіки (72,34% проти 27,66% жінок), середній вік померлих хворих становив 67,24±1,92 року. В багатьох дослідженнях доведений вплив статі на розвиток і прогресування ІХС [6, 11]. Дослідження, що вивчали вплив гендерного розподілу на етапі верифікованого діагнозу, свідчили про відсутність суттєвих розбіжностей при проведенні коронарографії при ГІМ у статевому аспекті, однак жіноча стать одночасно з віком, ефектом реперфузійної терапії, попередніми ГІМ і реваскуляризаціями, більш високим класом серцевої недостатності за Killip згідно з комбінованою кінцевою точкою має негативний вплив на перебіг кардіальної патології [4]. Окрім того, жіноча стать є незалежним несприятливим короткостроковим прогностичним критерієм в умовах перенесеного ГІМ [7]. З іншого боку, цілий ряд дослідників [8, 12] відзначають наявність прямої кореляційної залежності між віком пацієнтів і частотою розвитку ускладнень ГІМ та летального виходу, що повністю підтверджує отримані нами дані.

Окрім того, спостерігається тенденція до більш тяжкого перебігу ГСН в осіб старшого віку, що збігається з даними інших дослідників [5, 10, 11], які в процесі створення клініко-інструментальної моделі несприятливого перебігу госпітального періоду ГІМ вказують на те, що прояви ГСН упродовж госпітального періоду здебільшого виникали у пацієнтів віком понад 65 років, а при проведенні регресійного аналізу було встановлено, що старший вік пацієнтів (понад 65 років) є незалежним предиктором виникнення ГСН в госпітальний період.

Отже, отримані нами дані свідчать про те, що старший вік є незалежними предикторами у виникненні та прогресуванні СН у післяінфарктному періоді.

Висновки

1. Чоловіча стать та старший вік є незалежними предикторами більш важкого перебігу гострої лівошлуночкової недостатності та прогресуванні серцевої недостатності у післяінфарктному періоді.

2. Старший вік пацієнтів та більш високий клас гострої лівошлуночкової недостатності є незалежними предикторами виникнення летальної події в пацієнтів з гострим інфарктом міокарда й гострою лівошлуночковою недостатністю.

Перспективи подальших досліджень

Не викликає сумнівів необхідність подальшого вивчення найближчих і віддалених виходів ГІМ, а також вдосконалення діагностичних підходів під час госпітального й позагоспітального періоду, що дасть змогу поліпшити лікувальну тактику та віддаленні наслідки захворювання.

Література

1. Гафаров В. В. Программы ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда", "MONICA": треть века (1977 - 2006 гг.) эпидемиологических исследований инфаркта миокарда в популяции высокого риска/ В.В. Гафаров, А.В. Гафарова //Терапевтический архив. - 2011. - № 1. - С. 38-45.

2. Коваленко В.М. Динаміка стану здоров'я народу України та регіонарні особливості. / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький // Аналітично-статистичний посібник. – Київ, 2012. – 211 с.

3. Оцінка ризику несприятливого перебігу ішемічної хвороби серця у хворих з гострим інфарктом міокарда / О.М. Пархоменко, О.С. Гур'єва, О.В.Шумаков [та ін.] // Укр. кардіол. журн. - 2008. - №8. - С. 4-10.

4. Рыжова Т.А. Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда у женщин пожилого и старческого возраста / Т.А. Рижова, Н.А. Бичан // Кардиология – 2012. - Том 2, № 12. – С. 24 – 27.

5. Acute heart failure registry from high-volume university hospital ED: comparing European and US data / J. Karasek, P. Widimsky, P. Ostadal [et al.] // Am. J. Emerg. Med. – 2011. - Vol. 47, № 4. - P. 337-349.

6. Association of race and sex with risk of incident acute coronary heart disease events / M.Safford , Brown TM, Muntner PM [et al.] // JAMA.- 2012. - Vol. 308, № 17. - P. 1768-1774.

7. Axente L. Heart failure prognostic model / L.Axente, C. Sinescu, G. Bazacliu // J. Med. Life. - 2011. - Vol 15, № 2. – P.210-225.

8. Comparison of Characteristics, Management Practices, and Outcomes of Patients Between the Global Registry and the Gulf Registry of Acute Coronary Events /H.H. Awad, M. Zubaid, A.A. Alsheikh-Ali [et al.] // / Am. J. Cardiol. – 2011. – Vol. 162, № 1.- P 32-39.

9. Female gender: an independent factor in ST-elevation myocardial infarction / J. Triqo, J. Mimoso, P. Gaqo [et al.] // Rev. Port. Cardiol. – 2010. – Vol. 29, № 9. – P. 1383 – 1394.

10. Gender impact on prognosis of acute coronary syndrome patients treated with drug-eluting stents/ F. Fath-Ordoubadi , Y. Barac, E. Abergel [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2012. - Vol. 100, № 5. - P. 636-642.

11. Gender-specific aspects in primary and secondary prevention of cardiovascular disease / G. Mercuro, M. Deidda, A. Biana [et al.] / / Curr. Pharm. Des. – 2011. – Vol. 17, № 11. – P. 1082-1089.

12. Long-term trends in short-term outcomes in acute myocardial infarction / H.L. Nquyen, J.S. Saczynski, J.M. Gore [et al.] // Am. J. Med. – 2011. – Vol. 124, № 10. – P. 936 – 946.

13. Management of acute coronary syndromes in Maghreb countries: The ACCESS (ACute Coronary Events - a multinational Survey of current management Strategies) registry /A. Moustaghfir, M.Haddak,

R. Mechmeche [et al.] // Arch. Cardiovasc. Dis. - 2012. - Vol. 105, № 11. - P. 566-577.

14. Presenting symptoms of myocardial infarction predict short- and long-term mortality: The MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry / I. Kirchberger, M.Heier, B.Kuch [et al.] // Am. Heart J. – 2012 – Vol.164, № 6. – P.856 -861.

15. Tang E.W. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome / E.W.Tang, C.K. Wong, P. Herbison // Am. Heart J. – 2007. – Vol. 153, № 1. – P. 29-35.

Тащук В.К., Илащук Т.А., Турубарова-Леунова Н.А., Илащук И.И.

Возрастные и гендерные особенности пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда осложненный острой левожелудочковой недостаточностью в условиях создания регистров малых городов Украины

Буковинский государственный медицинский университет (Черновцы)

Резюме. В условиях создания регистра малых городов Украины обследовано 368 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН) с целью изучения ранних маркеров развития и прогрессирования сердечной недостаточности (СН). Все пациенты наблюдались первые 28 суток пребывания в стационаре и в течение 1-го года постгоспитального амбулаторного этапа.

Регистрировались все первичные и вторичные конечные точки (смерть пациента, рецидив и повторный ОИМ) в течение 1 года с момента возникновения ОИМ, осложненного ОЛЖН с учетом гендерных и возрастных особенностей данной категории больных.

Анализ группы госпитальной летальности показал, что среди умерших пациентов преобладали мужчины (72,34% против 27,66% женщин). Согласно полученным данным, умершие пациенты были в среднем на 9 лет старше от пациентов с благоприятным исходом заболевания. (P <0,001).

Анализ клинической картины через 1 год наблюдения за пациентами, перенесшими ОИМ, осложненный различными классами ОЛЖН, показал, что гендерное распределение в группе с признаками СН I класса по NYHA был следующий: 68,42% мужчин и 31,58% женщин, в группе СН II класса и выше соответственно 69,27% и 30,73%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что мужской пол и старший возраст являются независимыми предикторами в возникновении и прогрессировании СН в постинфарктном периоде.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, острая левожелудочковая недостаточность, госпитальная летальность.

V.K. Tashchuk, T.O. Ilashchuk, N.A. Turubarova-Leunova, I.I. Ilashchuk

Age and Gender Peculiarities of the Patients with Acute Myocardial Infarction Complicated by Acute Left Ventricle Failure Under the Conditions of Creating the Register of Ukrainian Small Towns

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Summary. Under the conditions of creating the register of Ukrainian small towns there have been examined 368 patients with acute myocardial infarction (AMI) complicated by acute left ventricular heart failure (ALVHF) with the purpose of studying early markers of the heart failure (HF) development and progressing. All the patients were observed during the first 28 days after having been hospitalized and during 1 year of the postinfarction period. All the primary and secondary endpoints (death of patient, recurrence and secondary myocardial infarction) within 1 year after AMI complicated by acute HF in depends from age and gender features were recorded.

Gender and age analysis of hospital mortality showed that among patients with lethal outcome prevailed males (72,34% male and 27,66% female). According to the results, patients with lethal outcome were 9 years older than patients with a favorable exit condition (P <0,001).

Clinical analysis of 1 year observation period of the patients with different classes of ALVHF showed that gender distribution in the group with symptoms of HF according NYHA class I were following: 68,42% male and 31,58% female: in the group of class II of HF and higher - 69,27% and 30,73%.

The results show that male and older age are independent predictors of the onset and progression of HF in the postinfarction period.

Keywords: myocardial infarction, acute left ventricle heart failure, hospital mortality.

Надійшла 27.05.2013 року.

УДК: 616.351-006-022-089

Терен Т.І.

Лікувальний патоморфоз, індукований неоад'ювантною хіміопроменевою терапією у хворих на резектабельний рак ободової кишки

Курс онкології (зав. курсом - доц. Крижанівська А.Є.) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Метою дослідження було вивчення ефективності внутрішньовенного введення 5-фторурацилу і одночасного опромінення пухлини великими по 5 Гр фракціями в неоад'ювантному режимі дистанційної гама-терапії у хворих на резектабельний рак ободової кишки за результатами оцінки лікувального патоморфозу, який є достовірним критерієм оцінки ефективності хіміопроменевої терапії. Застосування хіміопроменевого компонента лікування на доопераційному етапі викликає множинні парціальні некрози в пухлині, а також субтотальні і тотальні незворотні зміни в ній, що сприяє абластичності проведення операції, зменшує ризик місцевого рецидиву захворювання.

Досліджувана нами схема доопераційного лікування включала компонент крупнорфракційного опромінення з наступним видаленням пухлини. У зв'язку з цим променевий патоморфоз оцінювали на клітинному (дистрофія та поліморфізм клітин, зниження мітотичної активності) і на тканинному рівні, оскільки за цей час чіткіше виступають зміни гістологічної структури пухлини.

Співставлення морфологічних проявів лікувального патоморфозу з клінічними даними показало, що ступінь їх вираженості співпадала з об'єктивно реєстрованим клінічним ефектом. Таким чином, за морфологічними ознаками стало можливим судити про чутливість пухлини до передопераційного хіміопроменевого лікування.

Ключові слова: рак ободової кишки, неоад'ювантна хіміопроменева терапія, патоморфоз.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Однією з найпоширеніших пухлин згідно канцер-реєстру є колоректальний рак і в тому числі рак ободової кишки (РОК), захворюваність на який останніми роками невпинно зростає і в загальній структурі онкологічної захворюваності у світі займає четверте місце. У структурі смертності від злоякісних новоутворень в Україні колоректальний рак займає одне із провідних місць, після раку легень, раку шлунка і молочної залози і складає 41,2 на 100 000 чол. населення. Прийнятий в якості стандарту метод хірургічного лікування РОК з наступною хіміотерапією у більшості випадків не гарантує запобігання місцевого рецидиву або виникнення віддалених метастазів [10]. В літературі є окремі публікації стосовно застосування у хворих на колоректальний рак на