

## ВЫВОДЫ

1. Частота нарушений углеводного обмена у больных с ИМ без ранее диагностированного СД может достигать 2/3 случаев через 3 месяца после выписки из стационара.

2. Больным с ИМ необходимы не только контроль уровня гликемии в периоде стационарного лечения, но и проведения орального глюкозотолерантного теста после выписки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Antman E.M., Anbe D.T., Armstrong P.W. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 44. – P. 671–719.
2. Apstein C.S., Opie L.H. // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 956–959.
3. Capes S.E., Hunt D., Malmberg K., Gerstein H.C. // Lancet. – 2000. – Vol. 355. – P. 773–778.
4. Cao J.J., Hudson M., Jankowski M. et al. // Am. J. Cardiol. – 2005. – Vol. 96. – P. 183–186.
5. Devos P., Chioloro R., Van den Berghe G., Preiser J.C. // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. – 2006. – Vol. 9. – P. 131–139.
6. Fava S., Aquilina O., Azzopardi J. et al. // Diabet Med. – 1996. – Vol. 13. – P. 80–83.
7. Garber A.J., Moghissi E.S., Bransome E.D.Jr. et al. // Endocr. Pract. – 2004. – Vol. 10. – P. 77–82.
8. Goyal A., Mahaffey K.W., Garg J. et al. // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1289–1297.
9. Kosiborod M., Rathore S.S., Inzucchi S.E. et al. // Circulation. – 2005. – Vol. 112. – P. 3078–3086.
10. Malmberg K., Ryden L., Efendic S. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 1995. – Vol. 26. – P. 57–65.
11. Malmberg K., Ryden L., Wedel H. et al. // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 650–661.

12. Mehta S.R., Yusuf S., Diaz R. et al. // J.A.M.A. – 2005. – Vol. 293. – P. 437–446.

13. Pinto D.S., Skolnick A.H., Kirtane A.J. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2005. – Vol. 46. – P. 178–180.

14. Stranders I., Diamant M., Van Gelder R.E. et al. // Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 164. – P. 982–988.

15. Svensson A., McGuire D.K., Abrahamsson P., Dellborg M. // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 1255–1261.

16. Van den Berghe G., Wouters P., Weekers F. et al. // N. Eng. J. Med. – 2001. – Vol. 345. – P. 1359–1367.

Поступила 12.01.07.

## THE PECULIARITIES OF CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDER IN PATIENTS WITH ACUTE STAGE OF MYOCARDIAL INFARCTION AND AFTER DISCHARGE FROM THE HOSPITAL

L.A. Ivanova

### Summary

310 patients with an acute myocardial infarction (154 with Q-wave and 156 without Q-wave) and without diabetes mellitus in anamnesis have been included in the study. During admission to hospital the glycemia level was measured, further on the glycemia profile and the glycosylated hemoglobin level was measured to diagnose diabetes mellitus. In 3 months time after being discharged from hospital an oral glucose tolerance test was performed. In the 3 months period of observation a carbohydrate metabolism disorder was registered in 2/3 of the observed patients. Besides the excluded 4,5% of patients with a first discovered diabetes mellitus during hospital treatment, in 3 months time in 30,9% of the patients an abnormality in glucose tolerance has been discovered and in 32,1% of patients - diabetes mellitus was discovered. Thereby patients with myocardial infarction without diabetes mellitus in anamnesis require glycemia control not only during hospital treatment, but also a glucose tolerance test after being discharged from the hospital.

УДК 616.127-005.8-058.9-036.2

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО РЕГИОНА

Э.Г. Волкова, А.А. Тараканов, В.В. Мелешенко, О.П. Мальхина

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, г. Челябинск, Областное государственное унитарное предприятие "Курорты Зауралья", санаторий "Лесники" (главврач – А.А. Тараканов), Курганский областной кардиологический диспансер (главврач – В.В. Мелешенко)

Целью данной работы являлось изучение эпидемиологии инфаркта миокарда (ИМ) в регионе, который можно отнести к типовому сельскохозяйственному, за период 1996–2004 гг.

На основе данных регистра ОИМ по Курганской области изучены заболеваемость, смертность от ИМ в зависимости от возраста, пола, факторов риска за период с 1996 по 2004 г. Курганская область относится к сельскохозяйственным регионам и численностью населения 1080000 чело-

век. В крупных городах области проживают около полумиллиона человек. Большая часть населения занята производством продуктов питания и проживает в сельской местности. Загрязнение территории промышленными токсикантами незначительное. В последние годы снизилась загрязненность пестицидами и в сельских районах. Вместе с тем следует упомянуть о социально-бытовом неблагополучии жителей сельских районов, связанном, в част-

Таблица 1

Заболееваемость ОИМ среди взрослого населения Курганской области за 1996–2004 гг. (на 1000 человек)

| Регион  | Годы  |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|         | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
| Город   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| мужчины | 1,90* | 1,80* | 2,00* | 2,10* | 1,70* | 1,20* | 1,40* | 1,64* | 1,73* |
| женщины | 0,80  | 0,90  | 0,80  | 0,80  | 0,80  | 1,30  | 1,20  | 1,18  | 1,24  |
| Село    |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| мужчины | 2,00* | 2,20* | 1,90* | 1,60* | 1,60* | 3,00* | 2,10* | 2,22* | 2,32* |
| женщины | 0,50  | 0,40  | 0,50  | 0,60  | 0,60  | 0,90  | 0,50  | 0,60  | 0,68  |

\* Достоверность различий между группами мужчин и женщин за одинаковый (годовой) период.

Таблица 2

Заболееваемость ОИМ среди городских и сельских жителей на 1000 населения в зависимости от возраста (средние значения показателя) за период 1996–2004 гг.

| Регион  | Возраст, лет |            |            |            |            |
|---------|--------------|------------|------------|------------|------------|
|         | 31–40        | 41–50      | 51–60      | 61–70      | старше 71  |
| Город   |              |            |            |            |            |
| мужчины | 0,38±0,05*   | 1,65±0,05* | 0,22±0,14* | 2,75±0,11* | 1,60±0,14  |
| женщины | 0,02±0,001   | 0,25±0,02  | 0,56±0,04  | 1,7±0,09   | 2,15±0,06* |
| Село    |              |            |            |            |            |
| мужчины | 0,37±0,04*   | 1,67±0,05* | 2,2±0,11*  | 2,7±0,06*  | 1,40±0,05  |
| женщины | 0,01±0,001   | 0,22±0,02  | 0,68±0,03  | 1,9±0,1    | 2,29±0,1*  |

\* Достоверность различий между группами мужчин и женщин в одинаковых по возрасту группах в городских и сельских популяциях.

ности, с избыточным употреблением алкоголя среди мужской половины населения.

Заболееваемость ОИМ с 1996 по 2004 г. выросла на 11,3% (с 1,27 до 1,43 на 1000 населения) как в городской (11,0%; с 1,60 до 1,76 на 1000 населения), так и в сельской популяциях (11,2%; с 1,00 до 1,16 на 1000 населения). При сравнении заболееваемости ОИМ отдельно среди мужчин и женщин (табл. 1) отчетливо видно, что как в городской, так и в сельской популяции заболееваемость среди мужчин достоверно выше, чем среди женщин. Однако сельские мужчины болеют ИМ значительно чаще, чем горожане мужского пола. Так, средняя частота развития ОИМ за 9 лет у сельских мужчин составила  $2,10 \pm 0,13$ , а среди городских –  $1,72 \pm 0,10$  ( $p=0,048$ ), в то время как среди городских женщин заболееваемость ИМ существенно превышает таковую среди сельских (соответственно  $1,00 \pm 0,04$  и  $0,58 \pm 0,05$ ,  $p=0,03$ ).

При анализе частоты развития ОИМ в зависимости от возраста (табл. 2) установлено, что достоверных различий в частоте случаев ОИМ как между группами

мужчин в городе и селе, так и среди женщин в городе и селе в аналогичных по возрасту группах не отмечается. В то же время констатирована достоверно большая частота возникновения ОИМ среди мужчин как городской, так и сельской популяции в возрасте до 70 лет. В возрасте же 70 лет и старше частота развития ИМ среди женщин оказалась достоверно выше, чем среди мужчин, как в городской, так и в сельской популяции. Эти важные факты, предостерегающие от некорректных выводов при анализе показателей вне зависимости от возраста, и, следовательно, структуры населения, еще раз подтверждают необходимость применения принципов научной обоснованности при изучении исходной эпидемиологической ситуации.

По данным Курганского регистра установлены основные непосредственные причины и условия развития ОИМ. Так, в покое, без каких либо отягощающих факторов ОИМ возник в 55,8% случаев, необычной физической нагрузки – в 11,63%, сильного нервного напряжения – в 4,27%, эмоциональной беседы – в 0,98%, во вре-

мя сна – в 7,85%, вследствие злоупотребления алкоголем – в 0,84%, прочих причин – в 19,35%.

За медицинской помощью до одного часа обратились 9,1% человек, от одного до 3 часов – 30,1%, от 3 до 6 – 12%, от 6 до 12 – 11,3%, от 12 до 24 – 8,7% и более суток – 28,8%.

В 2004 г. в журнале Lancet [1] были опубликованы результаты исследования InterHeart. В этом глобальном международном исследовании участвовали 52 страны, около 30 тысяч пациентов были включены в исследование случай-контроль. Россию в этом исследовании представлял Челябинский центр. Основные результаты исследования показали, что 91% всех случаев ИМ во всех странах мира ассоциируются с 9 факторами риска (курение, ненормальное отношение ApoB/ApoA, артериальная гипертензия, сахарный диабет, стресс, абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, малое потребление фруктов и овощей, полное воздержание от алкоголя) [1].

По данным Курганского регистра, курение предшествовало развитию ОИМ в 58,30% случаев среди мужчин и в 34,27% среди женщин, АГ – соответственно в 31,83% и в 24,6% сахарный диабет – в 3,07%, 6,6%, стенокардия – в 31,45%, 19,94%.

Приведенные данные еще раз убеждают в том, что плохая информированность пациентов о заболевании, отсутствие адекватных профилактических мероприятий со стороны медицинских работников играют важную роль в развитии заболевания и его профилактике.

Общая летальность от ОИМ за период с 1996 по 2004 г. составила в среднем  $13,75 \pm 2,16\%$  ( $7,71 \pm 1,42\%$  среди мужчин и  $6,04 \pm 2,06\%$  среди женщин). При этом основными непосредственными причинами летальности были острая и хроническая сердечная недостаточность (53,9%), кардиогенный шок (8,9%), вторичная фибрилляция желудочков (20,0%), первичная фибрилляция (8,53%), тромбоэмболические осложнения (2,53%), разрывы миокарда (6,11%). Летальность – показатель, зависящий от многих фактов и прежде всего от индивидуального статуса больных (возраст, тяжесть ОИМ, наличие сопутствующих заболеваний, время обращения за медицинской помощью и время госпитализации).

Более независимый показатель – смерт-

ность от ОИМ. Данные регистра позволили определить общую смертность от ОИМ, которая за исследуемый период составила в среднем 18,43 на 100 тысяч населения. Представляет интерес анализ показателя смертности в зависимости от пола и возраста.

В возрасте 21–30 лет смертности от ОИМ не было, от 31 до 40 лет среди мужчин составляла  $2,52 \pm 0,08$ , среди женщин –  $1,26 \pm 0,06$ , общая –  $1,89 \pm 0,12$ , от 41 до 50 лет – соответственно  $14,05 \pm 1,60$ ,  $1,13 \pm 0,5$ ,  $7,46 \pm 2,77$ , от 51 до 60 лет –  $50,35 \pm 2,78$ ,  $10,96 \pm 2,03$ ,  $28,81 \pm 2,90$ , от 61 до 70 лет –  $109,4 \pm 9,16$ ,  $34,58 \pm 5,62$ ,  $65,20 \pm 7,86$ , старше 70 лет –  $122,9 \pm 12,60$ ,  $84,79 \pm 10,50$ ,  $98,59 \pm 13,53$ .

При сравнении показателей смертности в одинаковых по возрасту и полу группах между городским и сельским населением установлено, что в возрасте 41–50 лет смертность среди городских мужчин составляла  $3,5 \pm 1,08$ , в сельской местности –  $55,3 \pm 7,17$ , от 51 до 60 – соответственно  $69,03 \pm 11,20$  и  $97,7 \pm 10,64$ , от 61 до 70 лет –  $97,05 \pm 10,57$  и  $214,3 \pm 14,62$  и старше 70 лет  $294,4 \pm 23,00$  и  $164,98 \pm 17,10$ . В женской популяции от 61 до 70 лет в городе –  $54,33 \pm 9,88$ , в сельской местности –  $60,1 \pm 7,16$ , старше 70 лет – соответственно  $190,2 \pm 17,10$ ,  $103,8 \pm 10,52$ .

Таким образом, общий показатель смертности без учета возраста и пола не дает достоверной клинико-эпидемиологической картины об ИМ и только при анализе по возрасту и полу позволяет воспроизвести точную картину и сделать достоверные выводы. Так, показатель смертности в мужской популяции остается чрезвычайно высоким, особенно в старших возрастных группах. Особенно высок этот показатель в сельской местности (превышает аналогичный показатель в городе в возрасте 41–50 лет более чем в 15 раз ( $p < 0,001$ ), в возрасте от 51 до 60 лет – в 1,5 раза ( $p < 0,05$ )), что безусловно свидетельствует о недостаточном качестве оказания медицинской помощи больным ОИМ в сельской местности.

## ВЫВОДЫ

1. Заболеваемость ОИМ, оцененная по данным регистра, увеличилась на 11% за период 1996–2004 гг. как в городской, так и в сельской популяции.

2. Стратифицированные по возрасту и полу показатели заболеваемости ОИМ

между мужской популяцией в городе и селе, как и в женской популяции, значимо не различаются. При этом заболеваемость среди мужчин в возрасте старше 70 лет существенно выше, чем среди женщин, а в возрасте старше 70 лет – наоборот.

3. Среди факторов, провоцирующих развитие ИМ, наиболее значимы курение, АГ, стенокардия, сахарный диабет.

4. Регистр как система управления качеством оказания медицинской помощи позволяет получить данные, которые могут быть основой для совершенствования организации региональной медицинской помощи и принятия научно обоснованных решений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Yusuf S., Hawken S., Volkova E.G. et al. // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 937–952.

Поступила 25.06.07.

УДК 616.441 – 002 – 08

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

*Н.В. Ворохобина, М. Я. Аль-Джадри, З.В. Крючкова, Е. А. Волкова, В.А. Кузьмина*

*Кафедра эндокринологии (зав. – проф. Н.В. Ворохобина) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования*

В последнее время наблюдается неуклонный рост заболеваемости подострым тиреоидитом (ПТ). По данным разных регионов, ПТ варьирует от 1 до 15% от числа всех заболеваний щитовидной железы [2]. Меняется клиническое течение заболевания: все чаще наблюдаются тяжелые, рецидивирующие формы заболевания и, наоборот, возникают стертые, часто не диагностируемые формы, которые в 0,3–1,7% случаев являются причиной ошибочной резекции щитовидной железы [2,5].

На основании исследований, проводимых на нашей кафедре, мы пришли к выводу, что ПТ развивается после перенесенной вирусной [3, 5, 6] или бактериальной инфекции по законам гранулемы, но не обычной, а антиген-опосредованной. Происходит так называемый срыв естественной иммунной толерантности. Однако врачами по-прежнему применяются традиционные методы лечения ПТ (нестероидные противовоспалительные препараты или синтетические аналоги кортикостероидов, способные вызвать серьезные побочные эффекты). Поэтому крайне актуальными представляются четкое описание клини-

## THE EPIDEMIOLOGY OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS OF AN AGRICULTURAL DISTRICT

*E.G. Volkova, A.A. Tarakanov, V.V. Meleshenko, O.P. Malihina*

#### S u m m a r y

According to the acute myocardial infarction registry, data of the morbidity, mortality and the predisposing factors of its development have been studied throughout the 1996–2004 period in the Kurgan region, which is an agricultural district. The morbidity of acute myocardial infarction has elevated by 11% both in the urban and rural areas. The morbidity rate of males under 70 years of age is significantly higher than in women of the same age group, however in the age group older than 70 – visa versa. Amongst the predisposing factors of myocardial infarction development the most significant are: smoking, arterial hypertension, previous history of ischemic heart disease, diabetes mellitus. A big difference between the mortality from myocardial infarction in the urban and rural areas has been found.

ческого течения ПТ и разработка новых оптимальных методов его лечения.

Целью исследования являлись изучение клинических особенностей ПТ, сравнительная оценка различных методов его лечения в зависимости от тяжести заболевания.

В исследовании принимали участие 120 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. Больные были подразделены на четыре большие группы по виду проводимой терапии. Каждому из них назначался индивидуальный алгоритм лечения. Больные 1-й группы (31 чел.) получали преднизолон в малых дозах (10–15 мг) в сочетании с лазеротерапией, 2-й (32) – лазеротерапию в виде монотерапии, 3-й (26) – индометацин (0,75 г в сут) в сочетании с лазеротерапией, 4-й (31) – преднизолон в традиционных дозах (30–40 мг).

Для оценки тяжести состояния мы выбрали следующие основные критерии (табл.1).

Физикальные исследования состояли в осмотре передней поверхности шеи, пальпации щитовидной железы и лимфатических узлов, тонометрии, аускультации серд-