МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ЕНДОКРИННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ENDOCRINE DISEASES

Редакционна колегия

*проф. д-р **М. Боянов**, д.м.н., гл. редактор,*
*доц. д-р **Цв. Танкова**, д.м., доц. д-р **И. Цинликов**, д.м.*

Оригинални статии, литературни обзори, консенсуси, препоръки и реферати
на чуждестранни научни медицински публикации в областта на:
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА

Списанието се обработва в БД
БЪЛГАРСКА МЕДИЦИНСКА ЛИТЕРАТУРА

Ендокр. забол.
Endokr. zabol.

Год. XLII **2013** **Брой 1**

ИМА ЛИ ВРЪЗКА МЕЖДУ ВИСОКОНОРМАЛНАТА ФУНКЦИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И РИСКА ОТ ПРЕДСЪРДНО МЪЖДЕНЕ?

S e l m e r , C. et al. Does High-Normal Thyroid Function Increase Risk for Atrial Fibrillation? – Clin. Thyroidol., **25**, 2013, 1, 6-7.

Известно е, че при пациентите със субклиничен и явен хипертиреоидизъм рискът от поява на предсърдно мъждене е повишен. Този риск обаче досега не е оценяван в много голяма популация с нормална функция на щитовидната жлеза. През периода 2000-2010 год. C. Selmer и сътр. проследяват 586 460 възрастни пациенти, лекувани от общопрактикуващи лекари в Дания, на средна възраст 50,2 год., 61% от които са жени. От проучването са изключени всички с предсърдно мъждене, получаващите лечение за някаква тиреоидна дисфункция и всички, които някога са приемали амиодарон, дигоксин или витамин К. Данните относно придружаващите заболявания на изследваната популация са взети от датския национален регистър. Главната цел на проучването била да се пресметне броят на нововъзникналите случаи на предсърдно мъждене в тази популация, като авторите отново се позовават на датския регистър, този път на броя нововъведени кодове по МКБ-10, отговарящи на диагнозата предсърдно мъждене (т.е. отчетени са само доказаните с ЕКГ случаи в болнични условия). Използваните в проучването референтни граници за тиреостимулиращия хормон (ТСХ) са 0,2 – 5,0 mIU/L. При ниво на ТСХ < 0,2 mIU/L и повишен свободен тироксин (FT4) е прието, че се касае за явен, а при ниво на ТСХ < 0,2 mIU/L и нормален FT4 – за субклиничен хипертиреоидизъм. По същия начин при ТСХ > 5,0 mIU/L и нисък FT4 е прието, че се касае за явен, а при ТСХ > 5,0 mIU/L и нормален FT4 – за субклиничен хипотиреоидизъм. При обработка на резултатите от проучването е отчетено влиянието на факторите пол, възраст, индекс на коморбидност, социалноикономически статус, промяна в тиреоидния статус по време на проучването и започнато ли е съответното лечение,

както и съществували ли са рискови фактори за предсърдно мъждене – артериална хипертония, сърдечна недостатъчност, миокарден инфаркт, клапна сърдечна болест и диабет, при съответния индивид.

Резултатите от проучването са следните. В началото 96% от пациентите са еутиреоидни, 0,3% имат явен хипертиреоидизъм, 2% – субклиничен хипертиреоидизъм. С хипотиреоиден статус са 2,7%, от които 0,7% – с явен и 2% – със субклиничен хипотиреоидизъм. Проследяването е продължило 5,5 години. За този период 17 154 (2,9%) получават диагноза предсърдно мъждене. Резултатите от анализа показват, че рискът за поява на предсърдно мъждене е повишен при пациентите с явен и субклиничен хипертиреоидизъм, както и при тези от изследваните, които имат високонормална функция на щитовидната жлеза, дефинирана като ТСХ 0,2-0,4 mIU/L при нормално ниво на FT4. Рискът от предсърдно мъждене бил малко по-нисък в групата с хипотиреоидизъм, в сравнение с еутиреоидната група. Лечението на субклиничния и на явния хипертиреоидизъм довежда до лек спад на риска от предсърдно мъждене, но не повлиява съществено крайните резултати на проучването.

Проучването демонстрира линейна зависимост между понижаващата се стойност на ТСХ и възникването на предсърдно мъждене. Дори сред индивидите с нормална функция на щитовидната жлеза рискът от предсърдно мъждене значително се повишава, ако стойността на ТСХ се намира близо до долната референтна граница на нормата.

Популационната извадка, изследвана в проучването, е много голяма – 586 460 възрастни пациенти. Това е и голямото предимство на проучването. Важен недостатък обаче е, че съобщените резултати се базират на броя поставени диагнози по МКБ-10. Освен това заключенията, направени за датската популация, може да не са валидни за хората, живеещи в други региони на света. Въпреки че в бъдеще едва ли ще бъдат изследвани по-големи групи от хора, това би могло да отговори на много незасегнати в проучването въпроси, като какво е

влиянието на тиреоидните антитела, ИТМ, пушенето и др. върху риска от предсърдно мъждене.

В заключение, най-важният въпрос, който се нуждае от по-детайлно проучване, е какъв точно би бил ефектът от лечението на субклиничния хипертиреоидизъм върху риска от предсърдно мъждене.

М. Ванкова