

Результаты:

Исследования показали, что по данным заключений ЭКГ, гипертрофия левого желудочка имела место в 82% случаев. При оценке заключений ЭХОКГ гипертрофия миокарда левого желудочка определялась в 97% случаев в анализируемой группе. Структура распределения типов геометрии сердца была следующей: нормальная геометрия ЛЖ – 5,0%, концентрическое ремоделирование (КР) ЛЖ – 3,3%, эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) ЛЖ – 58,3%, концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ – 33,4%. Мы проанализировали распространенность факторов неблагоприятного прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений в группах больных с различными типами ремоделирования сердца. Распространенность такого фактора неблагоприятного прогноза как стресс в анализируемой группе больных преобладала среди пациентов с КГ ЛЖ, избыточное употребление жирной пищи – у больных с ЭГ. Между типом ремоделирования левого желудочка и курением, избыточным употреблением соли и жирной пищи, как факторами неблагоприятного прогноза, была выявлена тесная взаимосвязь. Малоактивный образ жизни вели преимущественно пациенты с ЭГ ЛЖ. В анализируемой группе больных как при ЭГ, так и при КГ ЛЖ большинство пациентов имели избыточную массу тела (85% и 73,5%) соответственно. Оценка корреляционной зависимости подтвердила тесную связь гипертрофии ЛЖ с длительностью анамнеза РА, величиной индекса массы тела, скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка, что подтверждается достоверными величинами коэффициентов корреляции $r=0,72-0,98$. Проведенный анализ факторов риска показал, что больные анализируемых групп с КГ и ЭГ ЛЖ имеют наибольшее число и частоту встречаемости факторов неблагоприятного прогноза в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с больными, имеющими НГ ЛЖ.

Заключение:

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о прогностической ценности выявления различных вариантов ремоделирования сердца для определения риска сердечно-сосудистых осложнений у больных РА и АГ. Полученные данные обосновывают необходимость учета показателей структурно-функционального состояния сердца при оценке кардиоваскулярного риска в данной категории больных, а также коррекции модифицируемых факторов риска с целью профилактики и обратного развития патологических типов геометрии левого желудочка при АГ в сочетании с РА.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Раупова Ш. А., Махмудов Н. С., Усмонова Н. А.
Согдийский областной кардиологический центр,
г. Худжанд

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертония (АГ) – это самое распространенное заболевание всей сердечно-сосудистой системы, которое является фактором риска заболеваемости и смертности во всех развитых странах. По данным различных авторов терапия антигипертензивными препаратами намного снижает этот риск, но большинство больных с артериальной гипертензией часто не выполняют рекомендации врача и имеют плохую приверженность к лечению. Это связано с такими причинами как: 1) бессимптомность течения заболевания; 2) возникновение побочных эффектов при приеме гипотензивных препаратов; 3) низкий социальный уровень некоторых больных. Целью нашего исследо-

вания была оценка уровня знаний больных о своем заболевании и адекватность терапии больных с артериальной гипертензией, выявление возможных причин неадекватности мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы:

Проведен анамнестический анализ группы из 220 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении артериальной гипертонии Согдийского областного кардиологического центра по поводу артериальной гипертонии II - III степени, риск 3-4 в возрасте от 30 до 70 лет. У всех больных имелась артериальная гипертензия. Основное внимание было уделено факторам риска, вопросам лечения (препараты, следование советам врача) и профилактики (регулярности и правильности измерения артериального давления, образу жизни) артериальной гипертонии.

Результаты:

Средний возраст 220 отобранных для анализа больных составил 56,5 лет. Мужчин было 36%, женщин 64%. Средний уровень систолического АД составил 170,5 мм.рт.ст., диастолического - 105 мм.рт.ст. При оценке эффективности лечения больных с АГ выявлено, что все больные получали гипотензивные препараты. Анализ анамнестических данных показал, что только 55% больных регулярно принимали препараты, 38% - только при повышении АД, 7% - считали правильным курсовое лечение. При выборе лекарственных препаратов, снижающих АД, 72% больных с АГ лечились ингибиторами АПФ, 15% - бета-адреноблокаторами, 8% - антагонистами кальция, 5% - диуретиками. Подавляющее большинство пациентов (75%) в качестве лечения использовали монотерапию, остальные 25% - комбинированную. Для измерения АД больные в домашних условиях использовали различные типы аппаратов и имели аппарат дома только 65% больных. О правильности измерения АД в домашних условиях судить не представляется возможным. Только у 15% анализируемых отмечено, что больные измеряли АД 2-3 раза в сутки, 19% - 1 раз в сутки, остальные - один или 2 раза в неделю в основном при появлении головной боли. У 56% больных отмечалось превышение массы тела и только 17% опрошенных знали о повышении холестерина в крови. Большинство больных (83%) при поступлении в стационар не знали свой уровень холестерина и соответственно не получали лекарственные препараты, снижающие уровень липидов крови. 85% пациентов не курили, более 90% не употребляли алкоголь или употребляли изредка.

Заключение:

Анализ обследуемых больных показал, что большинство больных не получали должных врачебных рекомендаций по лечению артериальной гипертонии или же имели низкую приверженность к лечению. Зачастую врачи и пациенты недооценивали гиперлипидемию, как одного из основных факторов риска заболеваемости и смертности от ССЗ и не использовали гиполипидемические препараты в терапии АГ. У больных, регулярно измерявших АД, получавших комплексное лечение и ведущих здоровый образ жизни, были достигнуты положительные результаты.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПАРАМЕТРОВ ТУРБУлЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Алейникова Т. В.

Гомельский Государственный Медицинский Университет

Введение (цели/ задачи):

Одной из наиболее актуальных проблем современной медици-