

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

БАЙКУЗИЕВ У.К.

*Ферганский филиал РЦЭНМП, г. Фергана. Узбекистан*

**Цель работы.** Сравнить частоту встречаемости факторов риска у больных инфарктом миокарда в зависимости от исхода заболевания.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ факторов риска (ФР) 191 истории болезни больных мужчин с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от исхода заболевания все больные были распределены на 2 группы: 1-я группа с благоприятным исходом ( $n=157$ ,  $61,1 \pm 0,52$  год) и 2-я группа с неблагоприятным исходом ( $n=34$ ,  $61,4 \pm 1,17$  год). Данные группы были сопоставимы по возрасту, частоте встречаемости первичного и повторного ИМ, ИМ с зубцом Q, локализации очага некроза (чаще всего встречался ИМ передней стенки). Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета статистических данных за 2015 год.

**Результаты исследования.** Анализ данных показал, что в 1-й группе по частоте убывания факторы риска распределились в следующем порядке: артериальная гипертензия (84%), курение (сигареты и носой) (23%), ожирение (17%), сахарный диабет 2 типа (13%), злоупотребление алкоголем (5%). Во 2-й группе – артериальная гипертензия (95%), курение (сигареты и носой) (23%), ожирение (18%), сахарный диабет 2 типа (5%),

злоупотребление алкоголем (3%). Как таковых значимых межгрупповых различий по частоте встречаемости ФР не было найдено. При анализе структуры осложнений ИМ обнаружено следующее. В 1-й группе преобладали перикардит (9%), аневризма сердца (8%), тромбоэндокардит (5%), острая сердечная недостаточность (ОСН, 45%, из них 21% ОСН I по Killip), тогда как во 2-й группе – ОСН (86%, из них 50% ОСН IV по Killip), нарушение сердечного ритма (77%), психоз (3%), разрыв миокарда (3%). По всей видимости, выявленные особенности осложнений заболевания связаны с несовершенством постинфарктного репаративного фиброза, модификация которого обусловлена влиянием ФР, как патогенетического фактора.

**Выводы.** При сравнении частоты встречаемости ФР в группе больных ИМ и умерших не выявлено межгрупповых различий. По-видимому, развитие более тяжелых форм осложнений во 2-й группе, наряду с другими причинными факторами, связано с модификацией репаративного фиброза. Своевременный мониторинг репаративного фиброза позволит предупредить развитие осложнений, тем самым снизить частоту летальных исходов.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СУТОЧНЫМ КОЛЕБАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

БЕКМЕТОВА Ф.М., МАХКАМОВА Н.У., ХОШИМОВ Ш.У.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель и задачи исследования.** Изучить влияние изменений суточного профиля артериального давления на ремоделирование экстракраниальных сосудов у больных с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Обследованы всего 218 больных обоего пола АГ, осложненной хроническими цереброваскулярными заболеваниями (ХЦЗ) – дисциркуляторной энцефалопатией I, II, III стадий. Средний возраст составил  $54,4 \pm 9,2$  лет, средняя длительность заболевания –  $10,5 \pm 7,3$  лет. Контрольную группу составили 59 здоровых лиц, сопоставимых по возрастной категории. Диагноз ХЦЗ устанавливался по градациям стадий дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), основыва-

ясь на классификацию, предложенную Е.В. Шмидтом и соавт. (1971), НИИ неврологии РАМН (Шток О.С., 2006, Кадыков А.С., 2006). Проводились анамнестические, клинико-лабораторные исследования липидного метаболизма, суточное мониторирование артериального давления, оценка толщины комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий методом дуплексного сканирования.

**Результаты.** По данным СМАД среднесуточные САД и ДАД увеличивались по нарастанию тяжести ДЭ. Статистически значимые различия САД наблюдались между I и III стадиями ДЭ. Наблюдалась тенденция нарастания САД при высоких градациях ДЭ. Среди больных ЦВЗ значительно

чаще наблюдались «нон-дипперы» (130–59,6%; ОШ 7,79; 95%ДИ 4,0–15,1;  $p=0,0000$ ), чем «дипперы» (39–17,9%), «найт-пиккеры» (41–18,8%) и «овер-дипперы» (8–3,7%). При анализе этого показателя по степени ДЭ выявлено преобладание «нон-дипперов» во всех группах: ДЭ 1 (56,9%), ДЭ 2 (59,6%) и ДЭ 3 (62,0%). При ультразвуковом исследовании среди больных у 50,5% обнаружены гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки (АСБ), у здоровых старших возрастных категорий – 11,9%. Толщина КИМ сонных артерий у всех больных достоверно выше, чем у здоровых. В сравнительном аспекте между стадиями ДЭ выявили тенденцию к увеличению значения КИМ с нарастанием стадии ДЭ. Так, толщина КИМ в группе ДЭ III стадии значимо выше, чем в группах ДЭ I и ДЭ II. Сравнительный анализ показателей ремоделирования магистральных ар-

терий головы и мозгового кровотока в группах с различной степенью снижения ночного АД выявил большую выраженность атеросклеротических изменений у больных с меньшей степенью снижения ночного АД «нон-дипперов». Так, у этих пациентов значительно чаще обнаруживали атеросклеротические бляшки, регистрировали достоверно большую частоту стенозов сонных артерий, а также деформаций сонных артерий.

**Заключение.** Выявлена взаимосвязь степени ремоделирования сонных артерий с изменениями суточного профиля артериального давления преимущественно с недостаточным снижением в ночное время. Следовательно, нарушение нормального суточного профиля АД способствует прогрессированию недостаточности мозгового кровообращения и развитию цереброваскулярных расстройств.

## СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*БЕРИДЗЕ Р.М., КОНЮШЕНКО А.А.*

*Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель. Республика Беларусь*

**Цель.** Описать клинический случай 16-летнего мальчика с повышенным АД, а также провести анализ клинических проявлений, диагностических методов, определить уровень различных видов тревожности у пациента.

**Материал и методы исследования.** Клинический случай 16-летнего мальчика с повышенным АД. При исследовании тревожности использовалась шкала личностной тревожности А.М. Прихожан.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Дмитрий Е., 16 лет, поступил в кардиологическое отделение Гомельской областной детской клинической больницы с жалобами на повышение АД до 140/100 мм рт.ст., головокружение, боли в затылочной области. Из анамнеза известно, что заболевание началось месяц назад с резкого подъема АД до 160/100 мм рт.ст. и последующей потерей сознания. Наследственность по ССЗ не отягощена. При осмотре у пациента выявлен астеновегетативный синдром, эмоциональная лабильность, АД 130/85 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 104 уд./мин.

По данным ЭКГ электрическая ось сердца нормальная, ЧСС – 79 уд./мин., ритм среднепредсердный. По данным суточного мониторирования АД (СМАД) выявлена нормотензия систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), недостаточное снижение САД и ДАД в ночное время. По данным эхокардиографии органической патологии не обнаружено.

По данным кардиоинтервалографии (КИГ) и активной клиноортостатической пробы (АКОП) у

пациента зарегистрированы ваготония на фоне гиперсимпатической вегетативной реактивности и избыточное вегетативное обеспечение. Учитывая стабильно повышенное АД на фоне яркой вегетативной симптоматики пациенту назначены эналаприл, фенибут и экстракт валерианы.

При оценке уровня тревожности отмечены несколько повышенные показатели, которые являются необходимыми для адаптации и продуктивной деятельности; выявлена очень высокая школьная тревожность, что позволяет внести пациента в группу риска развития тревожных заболеваний.

Данный аспект может явиться ключевым в развитии повышенного АД у мальчика и требует индивидуального подхода в ведении пациента и необходимости не только медикаментозной коррекции, но и участия психолога или психотерапевта.

### **Выводы:**

1. Данный клинический случай свидетельствует о наличии у мальчика артериальной гипертензии, в основе которой лежат вегетативный дисбаланс и повышенная тревожность.

2. По данным клинического обследования у пациента выявлены избыточные вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение на фоне лабильных цифр АД, что свидетельствует о патологической реакции ВНС в ответ на стрессовые факторы.

3. Повышение уровня тревожности у пациента требует разработки индивидуальных программ лечения с участием врача, школьного психолога и психотерапевта.