

## МОНІТОРИНГ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Лаба В. В., Мандрика Н. Г.

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Фактори ризику (ФР) можна розподілити на зворотні (що піддаються модифікації), такі як паління, низька фізична активність, надлишкова маса тіла, тощо, та незворотні (що не піддаються модифікації), такі як вік, стать, сімейний анамнез. Часто їх дуже важко розділяти, оскільки артеріальна гіпертензія (АГ) або гіперхолестеринемія мають генетичне коріння, але можуть змінюватися під впливом дієти або медикаментозного лікування. В своїй роботі лікарю слід приділяти найбільшу увагу корекції модифікованим ФР.

**Метою дослідження** було вивчення контролю ФР серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих з АГ, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

**Матеріали та методи.** Методом випадкової вибірки обстежено групу постраждалих внаслідок аварії ( $n = 50$ ) з АГ – 42 чоловіки і 8 жінок віком 50–69 років (у середньому  $58,65 \pm 4,62$  року). Пацієнтів проанкетовано, всім визначено артеріальний тиск (АТ), індекс маси тіла, рівень загального холестерину (ЗХС), рівень глікемії, електрокардіограму (ЕКГ). Пацієнти були оглянуті невропатологом та окулістом. На підставі отриманих результатів проводили оцінку 10-річного ризику розвитку фатальних серцево-судинних подій за SCORE та облік інших ФР за стандартизованим протоколом.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед ФР з найбільшою частотою виявили підвищення маси тіла або ожиріння – 64 % обстежених, обтяжену спадковість – 56 %, підвищення рівня ЗХС понад 5,0 ммоль/л – 54 %, низький рівень фізичної активності – у 45 %, куріння – у 36 %, гіперглікемію – у 16 %. У обстежуваних хворих порушення з боку очного дна реєстрували у 80%, переважно ангіопатію сітківки, гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ) на ЕКГ виявлено у 54 %, що свідчить про тривалий перебіг АГ. На момент обстеження значення SCORE було більшим за 5 у 18 % пацієнтів, при проєкції на 60-річний вік – у 40 %, в середньому по групі, а у осіб чоловічої статі – у 100 %, що потребує активної корекції ФР. Вивчення медичної документації показало, що для корекції АТ більшості пацієнтів (82 %) призначали препарати з групи інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту (ІАПФ) і блокатори рецепторів ангіотензину-II (БРА-II) в комбінації з діуретиками – 56 % і  $\beta$ -блокаторами ( $\beta$ -Б) – 50 %, а також антагоністами кальцієвих каналів дигідроперидиновому ряду – 24%. Якщо при первинному огляді цільовий рівень АТ < 140/90 мм рт. ст. визначався лише у 20 % (10 з 50 обстежених), то при повторному огляді цільового рівня досягли 60 % обстежених. Для зниження рівня серцево-судинного ризику при дисліпідемії статини призначались у 48 % хворих при первинному огляді і 72 % при повторному.

**Висновок.** Впровадження стандартизованого моніторингу ФР дає можливість оцінити частоту їх виявлення і ефективність їх корекції.