

Проведено порівняльний ретроспективний аналіз карт спостереження 53 хворих на ІМ, у яких вміст сечової кислоти в крові становив $(0,54 \pm 0,08)$ ммоль/л (І група), і 72 хворих на ІМ без гіперурикемії (ІІ група).

Встановлено, що у пацієнтів І групи у 4,7 рази частіше діагностували цукровий діабет і в 1,5 рази – артеріальну гіпертензію. Аналіз катамнезу і електрокардіограм показав, що у пацієнтів І групи у 1,7 рази частіше зустрічався повторний ІМ. Стосовно обсягу ішемічно-некротичних змін відмічена зворотна тенденція: у структурі ІМ хворих ІІ групи переважав дрібновогнищевий, в той час, як у ІІ групі – великовогнищевий і трансмуральний. Водночас у пацієнтів І групи частіше зустрічалися такі ускладнення як кардіогенний шок, набряк легень, порушення ритму і провідності.

Із співставлення ехокардіографічних параметрів випливає, що у хворих І групи спостерігається тенденція до збільшення величини лівого передсердя і, відповідно, помірне зменшення кінцевого діастолічного та систолічного розмірів, фракції викиду. Доплерокардіографічні дані вказують на достовірне ($p < 0,05$) порушення релаксації лівого шлуночка та збільшення його діастолічного резерву.

Таким чином, можна вважати, що гіперурикемія ускладнює перебіг ІМ.

ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ДИСЛІПОПРОТЕЇДЕМІЇ

Ж.М. Герасименко, О.В. Кантемир, Н.А. Ярина, Т.А. Лавренко (Харків)

Висока поширеність в популяції артеріальної гіпертензії (АГ) та дисліпопротеїдемії (ДЛП), недостатній рівень знань медиків з питань діагностики, профілактики, та лікування вказаної патології обумовили необхідність розробки оригінальної інформаційної системи, яка повинна забезпечити постійно високий рівень медичних працівників з зазначеної проблеми, сприяти оптимізації первинної і вторинної профілактики атеросклерозу та ішемічної хвороби серця.

Основними елементами системи є два статистико-інформаційні документи: "Картка обліку факторів ризику (ФР)" та "Картка корекції ФР". "Картка обліку", як складова частина карти амбулаторного хворого, передбачає реєстрацію основних ФР, в тому числі АГ і ДЛП, критерії їх діагностики та динаміку за роками спостереження, дозволяє моніторувати ризик розвитку ускладнень. "Картка корекції ФР" знаходиться у кожного медичного працівника, містить інформацію відносно ініціюючого впливу гіпертензії, ДЛП на розвиток патології, висвітлює перспективи покращення прогнозу за умов адекватного контролю АГ і ліпідних параметрів. В картці представлені сучасні підходи щодо немедикаментозної та фармакологічної корекції АГ,

ДЛП, надано інформацію відносно показань, протипоказань, можливих негативних ефектів основних груп фармакологічних засобів.

У відповідності з рекомендованою технологією карти заповнюються спеціально підготовленим середнім медичним працівником, він же починає мотиваційні заходи щодо корекції АГ, ДЛП та інших ФР. Приведена інформаційна система як елемент розробленої нами технології профілактики ХНІЗ проходить апробацію в закладах охорони здоров'я Харківської області, що дасть можливість її подальшого впровадження.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП ЦИРКУЛЯЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Л.А. Лапшина, О.С. Шевченко, Г.Ю. Панченко, О.В. Петюнина
(Харьков)

Пограничная артериальная гипертензия (ПАГ) характеризуется разными вариантами гемодинамических и гуморальных нарушений, что предполагает существование не только эпидемиологических, но и патогенетических маркеров прогрессирующего ее развития.

Целью настоящего исследования явилось определить прогностическую значимость показателей центральной и периферической гемодинамики у пациентов ПАГ как маркеров ее перехода в стабильную гипертензию по результатам двухлетнего наблюдения.

Обследовано 162 пациента с ПАГ, исследование гемодинамики включало тетраполярную грудную реографию и венозную окклюзионную плетизмографию. Математическая обработка проводилась методом анализа функции распределения плотности вероятности (ФРПВ).

Наблюдение в течение 2-х лет показало, что у 34,6 % пациентов АД нормализовалось, у 41,9 % АД оставалось на уровне пограничного, в 23,5 % случаев развилась стабильная гипертензия.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что гиперкинетический тип циркуляции (увеличение ЧСС, сердечного индекса (СИ)) с нормальным или сниженным удельное периферическое сопротивление (УПС) (снижение УПС, сопротивление в условиях реактивной гиперемии, увеличении кровотока в условиях реактивной гиперемии), более характерен для пациентов с ПАГ, у которых произошло прогрессирование в ГБ.

Патофизиологическими детерминантами гиперкинетического типа циркуляции, как фактора риска стабилизации АД у пациентов с ПАГ, является дисрегуляция автономной нервной системы: сочетание увеличенного симпатического тонуса со снижением парасимпатического, которые приводят к увеличению ЧСС, СИ, нормальному периферическому сопротивлению.

Таким образом, гиперкинетический тип циркуляции можно обоснованно считать важным фактором риска исхода ПАГ в ГБ.