

## Терапія

### ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТАЗОЙ

*О.О. Ефремова (Харьков)*

Электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое (Эхо-КГ) исследования заняли прочную позицию в кардиологии и являются чувствительными и специфичными методами диагностики инфаркта миокарда (ИМ). Высокая летальность от этого заболевания была снижена в последние годы благодаря применению новых лекарственных средств, в число которых входят и фибринолитики. Целью работы явилось изучение влияния стрептазола на ЭКГ показатели в остром периоде инфаркта миокарда, изучение Эхо-КГ особенностей и корреляционных связей между этими показателями.

Обследовано 100 больных (39 женщин и 61 мужчина) в возрасте  $63,7 \pm 10,9$  лет ( $M \pm s$ ) с Q-ИМ. 1-ая группа (33 человека) получали базисную терапию, которая включала нитраты, гепарин, аспирин, по показаниям бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики. Во 2-ой - (66 чел.) больные кроме вышеперечисленных средств получали стрептазол. При анализе ЭКГ отмечено, что в 1-ой группе интервал  $rQ$  составил  $0,13 \pm 0,06$ мс (при  $0,16 \pm 0,04$ мс в 2-ой группе,  $p < 0,05$ ). Достоверно отмечено увеличение интервала QT в 1-ой группе ( $0,38 \pm 0,04$ мс) и  $0,34 \pm 0,05$ мс в 2-ой, при  $p < 0,005$ . Приведенные данные свидетельствуют о некотором замедлении атриовентрикулярной проводимости и об удлинении электрической систолы желудочков в обеих группах; более выраженной в 1-ой, что может быть свидетельством более выраженных кардиосклеротических нарушений в группе больных, не принимающих стрептазол. При УЗИ также были выявлены различия у больных с различным исходом. Так, диаметр аорты у больных с благоприятным исходом был достоверно больше, чем у больных с неблагоприятным исходом, хотя по группам достоверных различий здесь не отмечалось.

### ГІПЕРУРИКЕМІЯ – КРИТЕРІЙ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

*Р.Я. Боднар (Тернопіль)*

Встановлено, що гіперурикемія виступає як незалежний фактор ризику розвитку та прогресування ІХС. Проте, на сьогоднішній день не встановлено роль цього фактору в патогенезі інфаркту міокарда (ІМ) та його перебігу (В.К. Гринь, 1998).

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,