

чаях имело место диффузное поражение миокарда.

Выгоды:

1. Неревматический, предположительно вирусный миокардит у молодых женщин протекает благополучно при очаговом поражении миокарда, с неосложненными проявлениями аритмий и НК I стадии.

2. Торпидным в отношении терапии является хроническое течение болезни, наличие мерцательной аритмии, частой желудочковой экстрасистолии, НК II A стадии при диффузном поражении миокарда.

3. Существенно значимых неспецифических лабораторных показателей воспаления не зарегистрировано у наблюдаемых больных.

4. Ультразвуковой метод диагностики информативен при диффузном поражении миокарда, гипертрофии стенок сердца.

5. Традиционная терапия очагового миокардита легкой степени эффективно в минимальные сроки (3 недели).

6. Целесообразно подключать подобного рода больным с хроническим течением болезни иммуностимулирующую терапию и пролонгированное амбулаторное лечение у врача-кардиолога.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Лаба В.В., к.м.н., доцент кафедры терапии СумГУ,
Мазурек А.В., студентка 304 гр., мед.фак.СумГУ

Регулярное лечение ГБ позволяет через 4-5 лет добиться снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на 15-20%, частоты мозговых инсультов на 40-70%. Прогрессирование ГБ наблюдается в 10-12 раз реже среди регулярно леченых больных, чем среди нелеченных. Мало того, непрерывным условием лечения АГ должно стать убеждение

врачами пациентов в необходимости и целесообразности непрерывной длительной, преимущественно на протяжении всей жизни, однако четко контролируемой медикаментозной терапии. Не стоит даже начинать лечение, если больной не согласен на длительную терапию.

Комитет экспертов ВОЗ (1986 г.) рекомендует начинать лечение больных с уровнем диастолического АД менее 100 мм рт.ст. с немедикаментозной терапией. При ее неэффективности в течение 4-х недель назначают медикаменты. Сразу же после выявления АД (любые уровни) следует начать медикаментозное лечение таких больных:

1) с высоким риском развития ИБС (мужчины, курильщики, лица с гиперлипидемией, больные сахарным диабетом);

2) с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям;

3) с АД и поражением органов-мишеней.

Для популяции в целом оптимальным является АД 105/60 - 135/85 мм рт.ст. Вопрос о том, насколько снижать АД, нужно решать в каждом случае индивидуально:

- при мягкой АГ (160-179/95-104 мм рт.ст.) стремиться к полной нормализации АД (менее 140/90 мм рт.ст.);

- при умеренной и среднетяжелой (180-200/105-114 мм рт.ст.) снижать диастолическое АД приблизительно на 10%;

- при тяжелой и злокачественной АГ (200-230/115-129 мм рт.ст. и выше) АД среднее в покое снижать на 25-30%.

Фармакологическое лечение подразумевает кроме немедикаментозной терапии (1 этап), лекарственную терапию (2 этап) согласно рекомендаций ВОЗ (1978 г.).

Первая ступень: диуретик или бета-блокатор (можно также использовать антагонисты кальция,

постсиналтические альфа-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ в качестве монотерапии).

Вторая ступень: диуретик и бета-блокатор, или к диуретику добавляют антиадренергические препараты (резерпин, метилдопа, клонидин), или замена использовавшегося раньше препарата другим.

Третья ступень: комбинирование бета-блокатора, диуретика и вазодилататора, или замена другого препарата.

Четвертая ступень: добавляют третий или четвертый препарат.

При АГ, преимущественно симпатикотонической (тахикардия, аритмия), лучше начинать с бета-блокаторов. При АГ, связанной с высокой активностью ренина (по эффективной пробе с каптоприлом 25 мг $per os$) эффективны ингибиторы АПФ.

У тучных больных, с признаками задержки жидкости, хорошее действие оказывают диуретики, к тому же у больных молодого возраста предпочтительнее применять бета-блокаторы и ингибиторы АПФ, у пожилых - диуретики и антагонисты кальция.

Таким образом, индивидуально подходу к каждому больному с АГ необходимо создать соответствующую программу медикаментозного воздействия.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Лаба В.В. - к.м.н., доцент кафедры терапии, СумГУ

Пилипенко В.И. - студент IV курса, ЗО4 гр.

СумГУ

С целью вторичной профилактики атеросклероза используется 4 основных класса гиполипидемических средств. Наиболее широко используются статины: ловастатин (левакар), правастатин (липостат), симvastатин (зокор), флувастатин (лескол). Так, ловастатин снижает уровень холестерина, блокируя его