

личения пройденной дистанции до и после реабилитации, а также перехода из более высокого функционального класса в более низкий. У 38,2% пациентов изменений не наблюдалось, однако по статистическим данным есть увеличение пройденной пациентами дистанции без изменения функционального класса, что говорит о том, что реабилитация дает эффект и необходима в курсе лечения пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Мы можем предположить, что различия в эффективности между группами зависят от локализации ИМ, а именно во второй группе у пациентов чаще наблюдается поражение нижней стенки, а также средний возраст пациентов 2 группы составляет 61 год, в то время как в первой этот показатель равен 54.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аронов, Д. М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца: рецепт для России / Д. М. Аронов // Лечащий врач. – 2007. – № 3. – С. 2–7.
2. Аронов, Д. М. Функциональные пробы в кардиологии / Д. М. Аронов, В. П. Лупанов. – М.: Медпресс, 2002. – 273 с.
3. Современный взгляд на проведение нагрузочных тестов и физическую реабилитацию пациентов с инфарктом миокарда / О. А. Суджаева [и др.] // Лечебное дело. – 2012. – № 3 (25). – С. 49–56.
4. Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда – современное состояние вопроса / Л. А. Бокерия [и др.]. – М.: Медицина, 2007. – С. 41–49.
5. Соколова, Н. Ю. Приверженность к терапии у пациентов со стабильной ИБС после различных реваскуляризирующих операций / Н. Ю. Соколова // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2019. – № 5 – С. 25–30.

УДК 616.12-008.331.1-052-08

Е. А. Ревенкова, А. А. Шупило

Научные руководители: к.м.н., доцент Л. С. Ковальчук, к.м.н., доцент П. Н. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания на протяжении многих десятилетий по-прежнему остаются во всем мире важной проблемой общественного здравоохранения, так как являются основной причиной смерти. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания в 2019 году были причиной смерти в мире в 32% случаев.

К сожалению, это закономерность продолжает сохраняться и предполагается, что к 2030 году сердечно-сосудистые заболевания унесут жизни 23 млн человек [1].

Среди сердечно-сосудистых заболеваний огромную роль играет артериальная гипертензия (АГ), способствующая развитию инсульта, инфаркта миокарда и составляет около 85% среди всех причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Повышение артериального давления (АД) может вызвать тяжелое поражение почек с развитием терминальной стадии и хронической болезни почек (ХБП), тяжелые поражения сердечного ритма, (иногда фатальные), особенно при выраженной гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ).

Человечество в XXI веке переживает настоящую пандемию АГ, 30–45% населения имеют АГ, а в возрасте старше 60 лет > 60% людей страдают АГ.

В настоящее время в мире насчитывается 1,28 млрд пациентов с АГ [2]. Ожидается, что к 2025 году каждый пятый житель планеты будет страдать АГ, а каждый десятый житель умрет от сердечно-сосудистых заболеваний вследствие неадекватного контроля артериального давления [3].

Согласно данным исследования «STEPS – распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний», проведенных МЗ РБ и ВОЗ у 44,9% взрослого населения Беларуси в возрасте 18–69 лет выявлено повышение АД [4]. Не только раннее выявление АГ, но и своевременная, адекватно подобранная терапия с учетом степени риска АГ, наличие сопутствующей патологии, пола, возраста и индивидуальных особенностей пациента, является залогом успешного ведения пациентов с данной патологией и определяет путь к снижению сердечно-сосудистых осложнений.

Величина АД является очень важным фактором, определяющим тяжесть АГ, ее прогноз и тактику лечения. Это требует индивидуального подхода антигипертензивной терапии (АГТ), более тщательного прохождения диспансерных и профилактических мероприятий (отказ от курения, уменьшение соли в рационе, увеличение физической активности и т. д.) [5].

Цель

Проанализировать и оценить особенности антигипертензивной терапии в амбулаторной практике и изучить соответствие назначенного лечения международным и национальным рекомендациям.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 150 медицинских амбулаторных карт пациентов с АГ на базе УЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 8» за 2023 год.

Среди 150 пациентов рассматриваемой группы было 87 (58%) женщин, мужчин – 63 (42%). Возраст пациентов на момент анализа варьировал от 41 до 85 лет. Средний возраст составил 63 года.

Распределение по стадиям и степени риска АГ составило: АГ 3 стадии риск 4 – 4,5%, АГ 2 стадии риск 4 – 38%, АГ 2 стадии риск 3 – 40,2%, АГ 2 стадии риск 2 – 7,2%, АГ 1 стадии риск 3 – 7,4%, АГ 1 стадии риск 2 – 2,7%.

Статистическая обработка полученных данных проводилась в программах Microsoft Office Exel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенной диспансеризации и согласно критериям отечественных клинических рекомендаций у каждого пациента с АГ оценивались факторы сердечно-сосудистого риска и поражение органов мишеней. Наиболее часто встречаемым фактором риска у обследуемых было абдоминальное ожирение, наблюдаемое у 117 (78%). Дислипидемия наблюдалась у 76 (50,7%), а гиперурикемия – у 35 (23,3%) пациентов. У 41 (27,3%) пациента наблюдалось снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл в минуту. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) по данным электрокардиографии и эхокардиографии выявлялась у 120 (80%) пациентов. Суточное мониторирование АД в данной исследуемой группе не проводилось.

Из сопутствующих заболеваний у 36 пациентов (24%) был перенесенный инфаркт миокарда, у 20 (13,3%) острое нарушение мозгового кровообращения, фибрилляция предсердий – 27 (18%) пациентов, 46 (30,6%) страдают сахарным диабетом второго типа (СД 2 типа). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 1 стадии определялась у 107 (71,3%) пациентов, 2А стадия – у 37 (24,7%), 2Б – 6 (4%) пациентов.

Согласно современным клиническим Европейским рекомендациям по АГ, Рекомендациям Международного общества АГ лечение АГ необходимо проводить с помощью комбинированной терапии как минимум двумя препаратами из разных групп. Результаты многоцентровых клинических исследований доказали преимущество комбинированной терапии перед монотерапией, что позволяет снизить количество побочных эффектов,

сердечно-сосудистый риск и достичь целевого уровня АД. Комбинации двух и более антигипертензивных препаратов (АГП) в фиксированных дозах в одной таблетке рекомендуются всем пациентам с АГ, так как уменьшение числа ежедневно принимаемых таблеток повышает приверженность лечению у пациентов с АГ, и с большей вероятностью достигается основная цель лечения – максимальное снижение общего риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Анализ карт амбулаторных пациентов показал, что монотерапия назначалась 22 (14,7%) пациентам с 1 стадией АГ. Двухкомпонентную комбинированную терапию получали 75 (50%) пациентов. Комбинированная терапия, состоящая из трех и более АГП 53 (35,3%) пациентам. Часто использовались комбинации ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) с блокаторами кальциевых каналов (БКК) – 34 (22,6%), иАПФ с диуретиками – 26 (17,3%), иАПФ с бетаблокаторами – 23 (15,3%), бетаблокаторы с БКК – 16 (10,6%). Остальные комбинации назначались реже. Обращает на себя внимание недостаточное назначение фиксированных комбинаций разных классов АГП. Из 150 пациентов АГ только у 51 (34%) были рекомендованы фиксированные комбинации. Эпизодов гипотонии на данной терапии у пациентов исследуемой группы не наблюдалось.

Препаратами в структуре назначений АГТ как при монотерапии, так и при комбинированной терапии, являлись иАПФ – 70%, БКК – 34,4% бетаблокаторы – 31,5% диуретики – 15,3%, блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) – 6,5% случаев. Препараты центрального действия (моксонидин) назначались в 12,8 % случаев.

Анализ структуры препаратов внутри класса иАПФ показал, что чаще назначаются Периндоприл, Лизиноприл. Реже – Эналаприл. Препаратами выбора среди бетаблокаторов были кардиоселективные средства: Бисопролол, Метопролол. Из числа БКК лидером был длительно действующий Амлодипин, хотя и коротко действующий Нифедипин назначался в 4,3%. Самым назначаемым диуретиком был Индапамид. Из группы БРА в основном назначался Лозартан, реже – Валсартан.

Для коррекции сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска чаще использовались статины – 41,9%, ацетилсалициловая кислота – 35,1%, Клопидогрел – 13,9%. Количество пациентов, достигших целевого уровня АД, зафиксированного в дневниках амбулаторной карты пациенты через 3–6 месяцев от начала лечения составило 74 (49,3%).

Недостаточная эффективность АГТ может быть связана с коморбидностью пациентов, что подтверждается результатами многоцентровых исследований за последние 10 лет. У пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе эффективность АГТ была самой низкой [4,5]. У пациентов, принимающих фиксированные комбинации разных групп АГП через 3 месяца от начала лечения был достигнут уровень систолического АД (САД) ниже 140 мм.рт.ст. и диастолического АД (ДАД) ниже 90 мм рт. ст.

Выводы

1. В результате статистического исследования в данной группе пациентов установлен наибольший удельный вес АГ у женщин (58%), наименьший – у мужчин (42%).

2. Использование фиксированных комбинаций АГП способствует достижению целевых уровней АД, повышению эффективности контроля АГ.

3. Применение в лечении АГ фиксированных комбинаций разных групп АГП в одной таблетке является безопасным и хорошо переносится пациентами без риска эпизодов гипотонии, что способствует высокой приверженности пациентов к лечению.

4. Проведенное исследование позволяет нам составить «портрет пациента с АГ, работе с которым необходимо уделять особое внимание с целью дальнейшего усовершенствования рационального использования АГТ и улучшения комплаентности пациентов АГ к их постоянному приёму в амбулаторной практике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией / В. Williams [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 23(12). – С. 143–228.
2. Бондаренко Н. Н., Писарик В. М. Выборочное обследование распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний.
3. Пристром, А. М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: пособие для врачей / А. М. Пристром, А. В. Пырочкин. – Минск : Ковчег, 2022. – 55 с.
4. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants / B Zhou [et al.] // Lancet. – 2021. – Vol. 398. – P. 957–980.
5. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association / S. S. Virani [et al.] // Circulation. – 2021. – Vol. 143(8). – P. 254–743.
6. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / S. Lim Stephen [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 2224–2260.

УДК 616.126.3+616.132.2]-089-77-6

С. В. Сабреков

Научный руководитель: доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОСТКАРДИОТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ И АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Введение

Наиболее частым послеоперационным осложнением является посткардиотомический синдром (ПКТС), развивающийся в рамках неспецифической системной воспалительной реакции организма (SIRS) после кардиохирургического вмешательства [1].

Впервые клинические проявления ПКТС описаны L. Soloff и соавт. в 1953 г. у пациента, перенесшего открытую митральную комиссуротомию. В последующем отмечено развитие подобной симптоматики после коррекции врожденных пороков сердца, а также других типов хирургического вмешательства на открытом сердце [2].

Диагностические клинические критерии для ПКТС: 1) повышение температуры тела в течение первых 7 дней после операции без признаков общего или локального воспалительного процесса; 2) плевральная боль в грудной клетке; 3) шум трения; 4) плевральный выпот; 5) появление признаков увеличения перикардального выпота.

Диагноз может быть выставлен при наличии не менее двух перечисленных признаков. При своевременной диагностике и лечении прогноз ПКТС благоприятный. Однако возможно рецидивирующее течение, а также развитие таких осложнений, как тампонада сердца и ранняя окклюзия шунтов с клиникой нестабильной стенокардии [3].

Цель

Выявить особенности течения послеоперационного периода пациентов после аортокоронарного, маммокоронарного шунтирования (АКШ, МКШ) и протезирования клапанов с учетом развития посткардиотомического синдрома, находящихся на стационарном лечении в УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр».

Материал и методы исследования

Был осуществлен ретроспективный анализ 70 медицинских карт стационарного пациента с АКШ, МКШ и протезированием клапанов сердца, находившихся на лечении в учреждении «Гомельский клинический кардиологический центр» в период с 2020