

Патологоанатомическое заключение

У женщины 44 лет, перенесшей в 2004 г. резекцию щитовидной железы по поводу зоба, основным заболеванием следует считать эндомикардиальную (эозинофильную) болезнь. Больная была доставлена в РКБ, где после анализов выставлен диагноз: эндомикардит эозинофильный (эозинофилы 5–31 %). На аутопсии выявлено умеренно гипертрофированное сердце (масса 380 г при возрастной норме 280–320 г), очаговая воспалительная инфильтрация с большой примесью эозинофилов в стенке левого желудочка, в стенке коронарных артерий, мелкие некрозы. Также данная инфильтрация выявлена в легких, печени, селезенке, толстой кишке. Смерть больной наступила на 11-е сутки госпитализации от легочно-сердечной недостаточности.

Закключение: эозинофильный эндомикардит является редким заболеванием, приводящим к рестриктивному поражению миокарда и развитию клиники резистентной к лечению хронической сердечной недостаточности. В данной ситуации наиболее опасным осложнением являются фатальные нарушения ритма, такие, как фибрилляция желудочков, которая и послужила непосредственной причиной смерти пациентки.

Т.Е. Спасова, С.Ц. Доржиева, Н.Е. Александрова

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
МУЗ городская поликлиника № 1 (Улан-Удэ)*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) сегодня по праву считаются эпидемией, начавшейся в середине XX и продолжающейся в XXI веке. В течение последних десятилетий они являются ведущей причиной смерти населения индустриально развитых стран, в том числе и России, где от ССЗ ежегодно умирают около 1,2 млн. человек, что составляет 55 % в структуре общей смертности. Смертность от ССЗ в нашей стране в 2–4 раза выше, чем в странах Западной Европы, США, Канаде. Прослеживается весьма отчетливая тенденция к росту данного показателя, в то время как во многих экономически развитых странах отмечается его снижение. Указанное обстоятельство объясняется целым рядом факторов, связанных с изменением образа жизни: отказ от курения, здоровое питание, повышение физической активности. Кроме того, важную роль играют мероприятия, направленные на вторичную профилактику ССЗ [Европейские рекомендации..., 2008].

Подавляющее большинство ССЗ, лидирующих среди причин смерти, связаны с атеросклерозом. В основе их профилактики лежит концепция раннего выявления и устранения факторов риска (ФР). К основным и наиболее распространенным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний относятся курение, дислипидемия и артериальная гипертензия (АГ). ФР продолжают оказывать негативное воздействие и при наличии ССЗ, способствуя его прогрессированию и ухудшая прогноз. Именно поэтому коррекция ФР у больных ССЗ должна быть главной составной частью тактики лечения [Mancia G. et al., 2007].

Целью исследования явилась оценка ФР и мероприятий по их профилактике у больных, состоящих на диспансерном учете с АГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе городской поликлиники № 1 г. Улан-Удэ. Проанализировано 120 амбулаторных карт больных, состоящих на диспансерном учете по поводу АГ. Проведено распределение больных по полу, возрасту, степени АГ, количеству факторов риска, наличию поражения органов-мишеней, числу сердечно-сосудистых осложнений. Определена эффективность рекомендаций по профилактике ФР, достижению целевого уровня артериального давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследований установлено, что среди диспансерных больных, наблюдающихся по поводу АГ, преобладают женщины (76 %), средний возраст больных составил $54 \pm 3,54$ года, лица моложе 40 лет составили 13 % (15 человек), старше 70 лет — 18 % (22 человека).

Распределение больных по длительности АГ выглядело следующим образом: наибольшую группу составили больные с длительностью АГ от 5 до 10 лет — 56 человек (47 %), менее 10 лет — 38 человек (32 %) и более 10 лет — 26 человек (21 %). Средняя длительность АГ составила $8,4 \pm 0,78$ лет.

Подавляющее большинство больных имели АГ 3 степени — 74 % (88 человек), остальные 32 человека имели АГ 2 степени, лиц с АГ 1 степени не выявлено.

Наибольшее количество пациентов имели 4 степень риска — 95 человек (79 % от числа всех больных). Среди них имели сочетание таких ФР, как курение, отягощенная наследственность по ССЗ, ожирение,

гиперхолестеринемия, цереброваскулярная болезнь — 36 человек (30 %); ожирение, гипертрофия левого желудочка, цереброваскулярная болезнь, гиперхолестеринемия, протеинурия — 32 человека (26 %), гипертрофия левого желудочка, курение, ишемическая болезнь сердца, ожирение — 27 человек (22 %). У 23 (19 %) больных выявлены признаки метаболического синдрома — нарушение толерантности к глюкозе, ожирение 2, 3 степени, АГ.

25 пациентов (21 %) имели 3 степень риска. Среди них у 19 человек (15,8 %) отмечено сочетание гиперхолестеринемии, наследственности, гипертрофии левого желудочка, у 6 человек (5 %) — гиперхолестеринемия, протеинурия и курение.

Следовательно, наиболее часто встречающиеся ФР, по данным амбулаторных карт диспансерных больных, — это ожирение (встречалось у 94 человек — 78 %), гиперхолестеринемия (у 91 пациента — 75 %) и гипертрофия левого желудочка (76 больных — 63 %).

Коррекция гиперхолестеринемии является неотъемлемым условием эффективной профилактики сердечно-сосудистых осложнений и является обязательной при определении тактики лечения АГ. Дислипидемия оказывает непосредственное влияние на вариабельность АД у больных АГ и является независимым фактором риска нарушения циркадных ритмов АД. При коррекции дислипидемии выявлено достоверное снижение абсолютного и относительного сердечно-сосудистого риска, причем количественное улучшение показателей сопровождается улучшением профиля риска за счет перехода больных из групп высокого и очень высокого риска в группы среднего или низкого риска.

В нашем исследовании среди больных, имеющих гиперхолестеринемию, коррекция уровня общего холестерина (к сожалению, остальные показатели липидного спектра определялись у ограниченного числа больных) достигнута в 67 % случаев (78 человек). При этом назначались в основном такие препараты, как симvastатин (симвор, симвастол) и аторvastатин (аторис), что, по-видимому, объясняется их более низкой ценовой категорией. В 3 случаях назначен розувастатин (крестор). Рекомендации по диете и образу жизни, в том числе отказ от вредных привычек, согласно данным амбулаторных карт, даны лишь в 34 % случаев (в 41 амбулаторной карте). Остальным больным или не было рекомендовано немедикаментозное лечение (здоровое питание, отказ от вредных привычек, повышение физической активности), или их не отразили в амбулаторной карте.

У 15 человек, несмотря на то, что им были назначены статины, уровень общего холестерина не снизился. Возможными причинами этого могут быть низкая приверженность к лечению и несоблюдение диеты, поэтому необходимо проведение мероприятий по повышению информированности населения о негативном влиянии ФР на сердечно-сосудистую систему, более активное проведение школ здоровья, профилактических бесед, лекций.

Выявлена высокая частота поражений органов-мишеней у лиц, имеющих очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Так, ангиопатия сетчатки встречалась у всех больных с 4 степенью риска.

Цереброваскулярные осложнения, такие, как острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и транзиторная мозговая атака (ТИА), в анамнезе отмечены у 35 % больных (33 человека) с 4 степенью риска. У больных с 3 степенью риска они отмечены лишь в 3 % случаев (7 человек).

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) перенесли в анамнезе 17 человек (18 %) из группы очень высокого риска, в 3 группе риска таких больных не отмечено. При этом все больные, перенесшие ОИМ, имели высокий уровень общего холестерина ($6,7 \pm 0,8$ ммоль/л), согласно последнему имеющемуся в амбулаторной карте результату анализа, а также гипертрофию левого желудочка, согласно результатам ЭхоКГ. Коррекция уровня общего холестерина у этих больных не была достигнута, несмотря на назначенные липидснижающие препараты (симvastатин, аторvastатин).

Одним из основных сердечно-сосудистых факторов риска является гипертрофия левого желудочка, регресс которой считают важным критерием эффективности антигипертензивной терапии [Blood Pressure..., 2003]. Традиционно считается, что наиболее выраженное влияние на массу миокарда оказывают блокаторы ренин-ангиотензиновой системы. По данным амбулаторных карт установлено, что ингибиторы АПФ назначались как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими гипотензивными средствами, в 47 % случаях (56 человек). Больные, перенесшие инфаркт миокарда, получали ИАПФ в 78 % случаев (13 человек). Также назначались как в комбинации с другими препаратами, так и в качестве монотерапии бета-блокаторы (35 %) и антагонисты кальция (28 %). Оценить их влияние на массу миокарда было невозможно, поскольку неизвестна приверженность пациентов лечению, не проводилась ЭхоКГ в динамике.

У пациентов, получавших в качестве монотерапии и в комбинации с другими препаратами ИАПФ, сердечно-сосудистые осложнения отмечены в анамнезе в 13 случаях (22 % от числа сердечно-сосудистых осложнений), бета-блокаторы — в 16 случаях (28 %), антагонисты кальция — в 12 случаях (21 %). Установлено, что наиболее часто назначалась комбинация препаратов ИАПФ + бета-блокаторы — 48 человек (40 %).

ВЫВОДЫ

1. Наибольшее количество больных, состоящих на диспансерном учете с АГ, имеют очень высокую степень риска сердечно-сосудистых осложнений.

2. В подавляющем большинстве случаев встречались такие факторы риска, как ожирение, гиперхолестеринемия, гипертрофия левого желудочка.
3. Коррекция гиперхолестеринемии достигнута в 67 % случаев.
4. У всех больных с 4 степенью риска развилась ангиопатия сетчатки разной степени выраженности.
5. Все больные, имеющие в анамнезе ОИМ, относились к очень высокой группе риска, при этом имели некорригированную гиперхолестеринемию и гипертрофию левого желудочка.
6. Подавляющее большинство больных, перенесших ОНМК или ТИА, относилось также к группе очень высокого риска с некорригированной гиперхолестеринемией.
7. Наиболее часто назначались ИАПФ, а также выявлена самая частая комбинация гипотензивных препаратов — ИАПФ + бета-блокаторы. Разницы в частоте возникновения сердечно-сосудистых осложнений среди больных, получавших ИАПФ, бета-блокаторы и антагонисты кальция, не отмечено.

Т.Е. Спасова, С.Ц. Доржиева, Н.Е. Александрова

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

**Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
МУЗ городская поликлиника № 1 (Улан-Удэ)**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) во многих странах мира, в том числе и в нашей стране, остается самой распространенной среди заболеваний системы пищеварения.

Заболеваемость среди населения в мире, по данным ВОЗ (2004), составляет 5 — 10 %. Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки встречается от 4 до 13 раз чаще язвенной болезни желудка. Женщины болеют в 2—7 раз реже мужчин. Ежегодно под диспансерным наблюдением находится около 3 млн. больных язвенной болезнью, из них в течение года временно теряют трудоспособность 77,9 % мужчин и 82,0 % женщин, свыше трети пациентов пользуются больничными листами повторно (Циммерман Я.С. с соавт., 2004).

Несмотря на большие достижения современной фармакологии, медикаментозная терапия и другие методы лечения ЯБ не прерывают хронического течения и не всегда приносят положительный результат.

Цель исследования — оценка эффективности медикаментозной терапии ЯБЖ и ДПК на амбулаторном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе городской поликлиники № 1 г. Улан-Удэ. Проведен анализ 48 амбулаторных карт больных, состоящих на диспансерном учете по ЯБ. Оценивались пол, возраст, степень тяжести заболевания, локализация язвы, сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), осложнения, средние сроки лечения и временной нетрудоспособности (ВН), показатели периферической крови. Проведен сравнительный анализ используемых схем эрадикационной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди исследуемых больных, находящихся на диспансерном учете с ЯБ, преобладали мужчины (75 %) и лица в возрастных группах 40—49 лет (21 %) и 50—59 лет (25 % от числа всех исследуемых). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались хронический холецистит (43 % случаев) и гастро-эзофагальнорефлюксная болезнь (ГЭРБ) (37 % случаев), из других заболеваний следует отметить острый панкреатит (14 %), хронический энтероколит (6 %).

Установлено, что у обследуемых больных на 45 % чаще встречалась ЯБ ДПК, чем ЯБЖ, при этом преобладали язвенные дефекты средней степени тяжести (диаметр 0,8—1,0 см).

У половины больных наблюдались изменения показателей периферической крови, а именно снижение уровня гемоглобина, соответствующее в 23 % случаев легкой степени и в 17 % — средней степени тяжести анемии, а также незначительное увеличение СОЭ до 20 мм/ч. у 38 % больных и умеренный лейкоцитоз (37 % случаев). По имеющимся данным из амбулаторных карт характер анемии определить не представлялось возможным.

При анализе применяемых схем эрадикационной терапии, по данным амбулаторных карт, выявлена наиболее часто применяемая комбинация препаратов: квамател 0,02 г 2 р./сут. 7 дней, омез 0,02 г 2 р./сут. 10 дней, трихопол 0,25 г 3 р./сут. 10 дней, кларитромицин 0,5 г 2 р./сут. 7 дней, которая встречалась в 26 % случаев (8 человек). Уменьшение клинических симптомов болезни в группе больных, получавших данную