

соціальний захист та допомогу з боку держави. У виникненні та прогресуванні ІХС провідне місце займають класичні фактори ризику, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя, а при необхідності з використанням фармакотерапії.

Мета. Провести аналіз первинного виходу на інвалідність хворих із ІХС та виявити наявні фактори ризику.

Обстежено 38 хворих із ІХС, які вперше в житті визнані інвалідами та проведено аналіз наявних факторів ризику (АГ, тютюнопаління, дисліпідемія, надмірна маса тіла або ожиріння) на момент настання стійкої втрати працездатності. Хворі з супутнім цукровим діабетом в дослідження не включались.

Із 38 хворих з ІХС, які вперше визнані інвалідами, 33 хворих (87%) були працездатного віку і тільки 5 хворих (13%) – пенсійного віку. Середній вік хворих працездатного віку на момент настання інвалідності склав $53 \pm 5,3$ років, середній вік хворих пенсійного віку був $63 \pm 2,1$ років. Із 38 хворих з ІХС у 36 хворих (95%) була виявлена АГ. Всі хворі були обізнані про наявність у них АГ, що свідчить про задовільну роботу дільничної мережі відносно виявлення хворих із АГ, та попередньо знаходились на диспансерному нагляді від 1 до 19 років. Однак 19 хворих (53%) не отримували призначене гіпотензивне лікування мотивуючи це задовільним суб'єктивним самопочуттям, 15 хворих (41%) приймали гіпотензивне лікування періодично при погіршенні самопочуття і тільки 2 хворих (6%) регулярно приймали призначене лікування з досягненням цільових рівнів артеріального тиску. Порушення ліпідного обміну на момент настання стійкої втрати працездатності були виявлені у всіх 38 хворих (100%). Надмірна маса тіла або ожиріння було виявлено у 24 хворих (63%). Палили 19 хворих (50%) від 0,5 до 1,5 пачки цигарок на добу.

На момент настання стійкої втрати працездатності у 9 хворих (24%) було виявлено наявність 2-х факторів ризику, у 18-ти хворих (47%) – поєднання 3-х факторів ризику, у 11-ти хворих (29%) були виявлені всі досліджувальні фактори ризику. Жодного хворого без факторів ризику не було виявлено.

Стійка втрата працездатності настала у 5-ти хворих (13%) після проведеного хірургічного лікування ІХС – аортокоронарного шунтування, у 25 хворих (66%) після

перенесеної найнебезпечнішої форми ІХС – інфаркту міокарда. Вперше було визнано інвалідами II групи 9 хворих (24%), III групи – 29 хворих (76%).

Таким чином, більшість хворих із ІХС, які вперше були визнані інвалідами, були працездатного віку, що зрозуміло, вимагає соціальної допомоги та захисту з боку держави та призначення пенсійного забезпечення по інвалідності. Всі хворі мали фактори ризику. Найбільш вагомий внесок належить дисліпідемії, на другому місці – АГ, яку дільнична мережа своєчасно виявляє, однак прихильність хворих до лікування залишається низькою. Це потребує активізації зусиль з боку медиків та держави відносно санітарно-освітньої роботи серед населення про вкрай несприятливі наслідки АГ аж до настання стійкої втрати працездатності. На третьому місці були надмірна маса тіла або ожиріння, на четвертому – паління. Всі хворі мали від 2-х до 4-х факторів ризику. Більше 70% хворих мали поєднання 3-х і більше факторів ризику. Така розповсюдженість факторів ризику значно більша ніж серед населення України та серед хворих з ІХС без стійкої втрати інвалідності. Вагомий внесок при настанні стійкої втрати працездатності належить найважчій формі ІХС – інфаркту міокарда: у більше половини випадків стійка втрата працездатності наставала після перенесеного інфаркту міокарда, менший внесок належить сучасному хірургічному методу лікування ІХС – аортокоронарному шунтуванню, яке покращує прогноз і перебіг захворювання, але веде до стійкої втрати працездатності.

Висновки:

1. Хворі із ІХС, які вперше були визнані інвалідами, мали від 2-х до 4-х факторів ризику. Більше 70% хворих мали поєднання 3-х і більше факторів ризику. Найбільш вагомий внесок належить дисліпідемії та артеріальній гіпертензії.

2. Наявність стійкої втрати працездатності потребує подальшого удосконалення системи реабілітаційних заходів – медичної, психологічної, професійної, соціальної тощо. При своєчасній корекції надмірної маси тіла та ожиріння, відмови від паління, дисліпідемії (при необхідності із залученням гіполіпідемічної терапії), збільшення прихильності хворих із АГ до лікування вірогідно можливо було б попередити настання стійкої втрати працездатності.

І.І. Канчі, Н.В. Іваньо, Т.В. Іваньо, Ю.В. Дейлик

Сучасні аспекти профілактики повторного інфаркту міокарда за допомогою подвійної антитромбоцитарної терапії

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Інфаркт міокарда (ІМ) – це одна із найважчих форм ішемічної хвороби серця (ІХС). Профілактика повторного ІМ залишається найбільш актуальною проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Пацієнти після перенесеного ІМ знаходяться в групі ризику через виникнення повторних

кардіоваскулярних подій. Правильно підібране лікування в гострому періоді та відновлення коронарного кровотоку має важливе значення в профілактиці повторного інфаркту міокарда. Ефективно проведена вторинна профілактика також сприяє зниженню повторних фатальних та нефатальних ІМ.

Мета: проаналізувати ефективність та оцінити частоту виникнення побічних реакцій у пацієнтів при використанні двох методів профілактики повторного інфаркту міокарда із залученням тікагрелору та клопідогрелю в склад подвійної антитромбоцитарної терапії.

Були проаналізовані історії хвороб 112 пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда протягом останнього року. До I групи увійшли 49 хворих (середній вік складав $66 \pm 16,5$ років), які приймали в складі подвійної антитромбоцитарної терапії тікагрелор у дозі $90 \text{ мг} \times 2 \text{ р/д}$, а до II групи – 53 хворих, (середній вік – $64 \pm 15,2$ років), які приймали клопідогрель $75 \text{ мг} \times 1 \text{ р/д}$. Обидві групи хворих паралельно приймали ацетилсаліцилову кислоту в дозі 75 мг/добу , а також іншу медикаментозну терапію з метою вторинної профілактики ІМ згідно усталених стандартів. Збір матеріалу проводився на базі Ужгородської РЛ та УМП.

У I групі хворих протягом року не було зареєстровано жодного випадку повторного ІМ, а в II групі у 2-ох хворих (3,77%) розвинувся повторний інфаркт міокарда: у 1-го пацієнта (1,89%) був зареєстрований фатальний ІМ, 2-ий хворий (1,89%) переніс повторний нефатальний інфаркт міокарду. У I групі було зареєстровано 8 випадків (16,3%) побічних реакцій, у II групі – 4 випадки (7,5%). У I групі зареєстровані наступні побічні реакції: задишка була виявлена у 2-ох пацієнтів (4,1%), шкірні гематоми – у 2-ох хворих (4,1%),

лейкопенія – в 1-го хворого (2,04%), гіперурикемія – у 2-ох хворих (4,1%), підвищення рівня креатиніну – в 1-го хворого (2,04%). У II групі: шкірні гематоми – у 1-го пацієнта (1,89%), лейкопенія – у 3-ох пацієнтів (5,66%). Задишка, гіперурикемія й підвищення рівня креатиніну не було зареєстровано в жодного хворого II групи. В обох групах не спостерігались прояви малих або великих кровотеч, а також не було випадків затьмарення свідомості, парестезії, абдомінальних болів, закрепу, тромбоцитопенії.

Висновки: обидва методи профілактики повторного інфаркту міокарда з використанням в складі подвійної антитромбоцитарної терапії тікагрелора й клопідогреля – ефективні. Кращі результати отримали в групі хворих, які приймали тікагрелор (жодного випадку повторного інфаркту міокарда).

При використанні тікагрелору були виявлені більш часті побічні реакції. Найбільш частими ускладненнями при прийомі тікагрелору були поява задишки, шкірних гематом, рідше реєструвалася лейкопенія. Важливим є факт виявлення гіперурикемії та підвищення рівня креатиніну тільки в групі хворих, які приймали тікагрелор. При прийомі клопідогрелю кількість зареєстрованих побічних реакцій були значно меншими. У пацієнтів частіше виникала лейкопенія, рідше – шкірні гематоми. В обох групах хворих випадків появи малих або великих кровотеч не реєструвалось.

М.О. Корабельщикова, М.М. Росул, Н.В. Іваньо

Особливості виникнення гострого інфаркту міокарда в осіб молодого віку

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є провідною причиною смерті дорослого населення у всіх країнах світу та в Україні. За останні роки ця патологія стала частіше виникати у пацієнтів молодого віку, спричиняючи значну захворюваність, психологічні наслідки, фінансові обмеження та нерідко втрату працездатності.

Метою нашого дослідження отримати інформацію про особливості виникнення та перебігу ГІМ в осіб молодого віку.

Обстежено 50 хворих із ГІМ, у яких були проведені та проаналізовані дані загально-клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Особливу увагу надавали виявленню розповсюдження факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань у хворих молодого віку. Проведена статистична обробка отриманих даних.

В залежності від віку хворі були розділені на дві групи: 1 група – особи молодого віку до 45 років (25 хворих), 2-га група – хворі старшого віку від 46 до 70 років (25 хворих). Серед хворих молодого віку 92% були особи чоловічої статі та тільки 8% – жіночої, тоді як в старшій віковій групі особи чоловічої статі становили 48%,

жіночої – 52%. Таким чином, в молодому віці серед хворих на ГІМ переважали чоловіки (92%), а в старшому віці збільшувалась частка жінок (52%). У 65,6% хворих із ГІМ молодого віку одночасно виявлялись 4–5 ФР, особливо несприятливим було поєднання таких ФР, як артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, цукровий діабет 2 типу, обтяжена спадковість та паління, що спостерігалось нами у 21,8% хворих. У хворих старшого віку паління мало місце майже удвічі рідше (у 12,3%), ніж в осіб молодого віку, проте надлишкова вага, гіподинамія та цукровий діабет 2-го типу виявлялися у два рази частіше (у 67,2%), ніж у осіб 1-ї групи. Порушення ліпідного обміну спостерігалось у всіх пацієнтів старшої вікової групи (100%), тоді як в молодому віці – у 87,6% випадків.

Аналіз даних ехокардіоскопічного дослідження свідчить про значно рідшу наявність ознак гіпертрофії відділів серця, зон акінезії та дискінезії, а також дисфункції лівого шлуночка у осіб молодого віку на відміну від хворих старшого віку, у яких ці зміни виявлялись частіше та були більш значимими (відповідно, 11,2%, 37,4%, 21,8% проти 38,5%, 57,6%, 42,3%, $p < 0,01$).

Аналіз даних коронарографії дозволив виявити відмінності кінетики міокарда: у хворих молодого віку в