

Ключевые слова: ревматические, приобретенные пороки сердца, артериальная гипертензия, ренин-ангиотензин-альдостероновая система, калликреин-кининовая система, моноаминоксидаза.

O.V. Bobrova, N.V. Bortniak

Rheumatic and acquired heart disease in conjunction with hypertension: the state of humoral regulatory substances

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Khmelnysky City Hospital

Aim. To identify the frequency, determine the status and role of humoral regulatory substances in formation and development of hypertension in patients with HD. **Materials and methods.** We observed 125 patients with HD. **Methods:** general clinical and laboratory: testing activity of renin, angiotensin II, aldosterone concentration by radioimmunoassays, activity of kallikrein, kalikreinogena - by spectrophotometry by G.S. Paskhina and A.V. Krymska (1974), MAO concentration - by Me biva in D.M. Aharonov and Z.M. Kiseleva's modifications (1971), instrumental – 12-channal ECG, comprehensive echocardiographic examination in the M-and B-modes and Doppler with the use of «Aloka 550-650», chest X-ray, excretory urography and radionuclide methods when indicated.

Results. Interaction of pressor and depressor humoral systems in HD in relation to the different forms of hypertension is shifted to the activation in favor of pressor loop and depression in the depressor system. Heart failure was the additional independent factor in rise in levels of pressor agents. The most significant increase in the RAAS activity was demonstrated to occur in symptomatic hypertension and in chronic rheumatic heart disease, especially in its active phase.

Key words: rheumatic, acquired heart disease, hypertension, renin-angiotensin-aldosterone system, kallikrein-kinin system, monoamine oxidase.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

I.M. Гідзинська, Г.З. Мороз, А.М. Кравченко, М.В. Безугла

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА КОРЕКЦІЇ ФАКТОРІВ СЕР-ЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІ-АЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

Вступ. Пацієнти з метаболічним синдромом (МС) відносяться до групи високого ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Ефективний контроль факторів ризику у хворих з МС потребує активної участі як лікарів, так і пацієнтів, а також запровадження медико-організаційних заходів.

Мета. Узагальнити результати моніторингу факторів ризику у пацієнтів з МС, які проходили обстеження в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС за програмою впровадження локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД) хворим на артеріальну гіпертензію (АГ).

Методи. Методом випадкової вибірки відібрано 65 хворих на АГ II стадії віком 35–65 років: чоловіків – 31, жінок – 34. Проведено клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження на початку дослідження і через рік, а також опитування з використанням спеціально розробленої анкети. Програму моніторингу завершило 59 пацієнтів. Результати внесені до бази даних з їх математичною обробкою.

Результати. Засвідчена позитивна динаміка у досягненні цільового рівня показників: збільшилась частка пацієнтів з цільовим рівнем АТ з 63,33% до 80% та достовірно знизився середній рівень систолічного АТ – з $(143 \pm 16,9)$ мм рт.ст. до $(136,4 \pm 11,091)$ мм рт.ст.; зменшилась частка пацієнтів з гіперглікемією натще $(\geq 6,1)$ ммоль/л з 36,67% до 23,33%, з гіпертригліцеридемією $(\geq 1,7)$ ммоль/л з 92,0% до 57,14%, та зросла частка пацієнтів з нормальним рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності з 42,86% до 75% серед осіб чоловічої статі, з 21,43% до 70% – жінок. Підвищення поінформованості хворих з питань немедикаментозної корекції ФР мало позитивний вплив на модифікацію стилю життя: збільшилась частка пацієнтів, які мають достатній рівень фізичної активності та вживають більше 400 г овочів і фруктів.

Висновки. Запровадження стандартизованих підходів, зокрема ЛПМД хворим на АГ, обумовило позитивний вплив на корекцію факторів серцево-судинного ризику у пацієнтів з МС.

Ключові слова: фактори ризику, метаболічний синдром, артеріальна гіпертензія.

ВСТУП

Концепція факторів ризику, розроблена при проведенні Фремінгемського дослідження, змінила підходи до розуміння захворювань серцево-судинної системи і визначила новий етап розвитку кардіології. Загальна кількість факторів серцево-судинного ризику, які виявлено на теперішній час, складає більше сотні [6]. З практичної точки зору, доцільним є розподіл основних факторів ризику на ті, що піддаються корекції – гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, гіподинамія, ожиріння, порушення вуглеводного обміну, психосоціальні стреси – та на ті, що не модифікуються – чоловіча стать, вік, обтяжена спадковість. Особливої уваги потребують фактори, що модифікуються, тому що їх корекція значно знижує ризик розвитку серцево-судинних захворювань і їх ускладнень. Серед хворих високого ризику розвитку серцево-судинних захворювань особливе місце займають пацієнти з метаболічним синдромом (МС), для яких характерна комбінація абдомінального ожиріння, підвищення артеріального тиску, порушення обміну глюкози та ліпідів [2, 4, 7]. Наявність МС подвоює ризик розвитку серцево-судинних захворювань упродовж найближчих 5-10 років та у 3-6 разів збільшує ризик виникнення цукрового діабету II типу. Крім того, у таких пацієнтів збільшується рівень смертності від ССЗ [7]. Виявлення пацієнтів з МС в клінічній практиці є важливим заходом тому, що практично всі його компоненти піддаються модифікації – за допомогою як медикаментозних, так і немедикаментозних заходів корекції [2, 8]. Ефективний контроль факторів ризику у таких пацієнтів потребує активної участі як лікарів, так і пацієнтів, а також запровадження медико-організаційних заходів, які відповідають вимогам доказової медицини. Практична реалізація такого підходу в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами здійснюється шляхом впровадження Локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД).

Мета: узагальнити результати моніторингу факторів ризику у пацієнтів з МС, які проходили обстеження в Державній науковій установі «Науково-практичний центр

профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС) по програмі впровадження ЛПМД хворим на артеріальну гіпертензію (АГ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Методом випадкової вибірки відібрано 65 хворих на АГ II стадії віком 35-65 років (середній вік – $53,5 \pm 4,6$ років; чоловіків – 31, жінок – 34). Відповідно до програми впровадження ЛПМД хворим на АГ проведено клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження всіх пацієнтів на початку дослідження та через рік. Всі пацієнти пройшли опитування з використанням спеціально розробленої анкети, до якої були включені питання щодо об'єктивізації рівня фізичного навантаження, а також – питання для самооцінки виконання рекомендацій лікаря щодо дотримання засад здорового способу життя. На першому прийомі пацієнти отримали «Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією», обговорили з лікарем особливості перебігу АГ і необхідні заходи немедикаментозної корекції і медикаментозного лікування. Для підвищення обізнаності пацієнтів з питань немедикаментозного та медикаментозного лікування АГ, їм пропонували ознайомитись з інформацією, розміщеною на веб-сайті ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС (<http://clinic-1.gov.ua>, розділ «Довідник пацієнта» Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)). Програму моніторингу по впровадженню ЛПМД завершило 59 пацієнтів. При аналізі результатів пацієнти, які завершили програму, були розподілені на дві групи: 36 пацієнтів, у яких діагностовано МС за критеріями АТР III (I група), та група порівняння, яку склали 23 пацієнти без МС (II група).

Результати досліджень внесені в сформовану базу даних. Первинна підготовка таблиць та проміжні розрахунки проводились на персональному комп'ютері з використанням програмного пакету Microsoft Excel. Математична обробка виконувалась з використанням стандартних статистичних пакетів STATISTICA 6.0. Для змінних шкали відношень первинна обробка включала розрахунок середніх арифметичних (M), середніх квадратичних відхилень (y) та помилок середніх арифметичних (m). Для змінних найменувань та рангових змінних первинна обробка включала в себе розрахунок відсотків (P). Для оцінки відмінностей між групами застосовували непараметричні методи з визначенням критерію Вілкоксона, для якісних показників – оцінку за дихотомічною шкалою, що допускає 2 типи відповідей – «так» та «ні». Проводили визначення критерію χ^2 square McNemare, який обчислювали за допомогою програми graphpad.com в режимі on-line (режим посилення – <http://graphpad.com/quickcalcs/mcNemar2/>). Зміни вважали достовірними при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективне лікування хворих на АГ та МС передбачає поєднання немедикаментозних і медикаментозних методів за умови активної участі пацієнта в процесі лікування та виконання рекомендацій лікаря. Основними складовими немедикаментозного лікування є нормалізація маси тіла та підвищення фізичної активності [2, 8, 9]. Фізична активність є фізіологічним механізмом підвищення чутливості тканин до інсуліну, що призупиняє прогресування МС [1].

Проведений нами аналіз результатів анкетного опитування, зокрема, відповідей пацієнтів про виконання ними рекомендацій лікаря щодо здорового способу життя, засвідчив, що частка пацієнтів, які «переважно виконують» та «виконують завжди» ці рекомендації зростає з 73,33% до 93,33% в I групі, і з 66,67% до 93,33% в II групі, що можна оцінити як результат заходів, спрямованих на підвищення поінформованості пацієнтів щодо

КАРДІОЛОГІЯ

факторів ризику. Позитивні результати були отримані, перш за все, в питаннях підвищення фізичної активності та корекції дієти.

Проведене нами анкетне опитування з використанням оцінки в балах дозволило об'єктивізувати рівень фізичних навантажень і динаміку змін, а також – налаштувати пацієнта на підвищення фізичної активності. Оцінка фізичної активності проводився за такою градацією:

- а) 18 балів і більше: Ви дуже активні і здорові фізично;
- б) 12–17 балів: Ви достатньо активні і дотримуєтесь розумного ставлення до питань збереження фізичної форми;
- в) 8-11 балів: Вам бажано більше займатися фізичними вправами;
- г) 7 балів і менше: рівень Вашої фізичної активності недостатній, фізичні вправи Вам просто необхідні.

Результати дослідження показали, що при повторному анкетуванні через рік збільшилась кількість пацієнтів з сумою балів 12-17, тобто, з достатнім рівнем навантаження, як в групі пацієнтів з МС так і без МС (табл. 1). При цьому середній рівень навантаження в балах змінився з $11,5 \pm 2,03$ до $13,0 \pm 2,0$ ($p < 0,01$) та з $12,3 \pm 2,31$ до $13,5 \pm 2,42$ ($p < 0,01$) в I та II групі, відповідно.

Підвищення рівня фізичної активності у пацієнтів з МС було визначено у 57,14% осіб чоловічої статі та 62,5% пацієнтів жіночої статі, у пацієнтів без МС – у 66,67% та 50,0% відповідно.

Таблиця 1

Самооцінка пацієнтами рівня фізичного навантаження

Сума балів	Кількість відповідей, %			
	Пацієнти з МС		Пацієнти без МС	
	До участі в програмі	Через рік	До участі в програмі	Через рік
Менше 7	0	0	0	0
8-11	56,67	36,67	46,67	20,0
12-17	43,33	63,33	46,67	73,33
18 та більше	0	0	6,67	6,67
Всього	100	100	100	100

У переважній більшості пацієнтів з МС збільшення рівня фізичної активності відбувалось внаслідок збільшення повсякденної фізичної активності: тривалості ходьби – 50% чоловіків, 70% жінок, зменшення користування ліфтом – 87,5% чоловіків та 60,0% жінок, активного відпочинку – 62,5% чоловіків та 60,0% жінок. Лише 33,33% чоловіків та 40,0% жінок з МС почали більш активно відвідувати спортивні секції. Серед пацієнтів без МС збільшення рівня фізичної активності за рахунок організованих занять фізичною культурою та спортом спостерігалось лише у жінок – їх кількість зросла з 33,33% до 66,67%.

Корекція дієти є обов'язковою складовою модифікації способу життя і передбачає контроль енергетичної цінності їжі, зменшення вживання жирів та простих вуглеводів та збільшення вживання овочів і фруктів [8, 9, 3]. За результатами анкетного опитування було визначено, що за рік участі в програмі впровадження ЛПМД збільшилась частка пацієнтів, які щоденно вживають більше 400 г овочів і фруктів – як в підгрупі пацієнтів з МС, так і без МС (табл.2).

Зменшення маси тіла і обхвату талії у пацієнтів з МС потребує обов'язкової уваги як лікарів, так і пацієнтів. Результати нашого дослідження показали, що впродовж року індекс маси тіла зменшився у 56,67% пацієнтів з МС, проте були і ті, у кого цей показник збільшився, що обумовило незначні зміни середньої величини показника в групах обстежених як чоловічої, так і жіночої статі.

Таблиця 2

Самооцінка пацієнтами кількості вживання овочів і фруктів

Кількість овочів і фруктів, що вживалися (денна норма)	Кількість відповідей, %			
	Пацієнти з МС		Пацієнти без МС	
	До участі в програмі	Через рік	До участі в програмі	Через рік
400 г та більше	36,67	76,67*	33,33	73,33
Менше 400 г	63,33	23,33	66,67	26,67
Всього	100	100	100	100

Примітка: *- $p < 0,05$.

Середнє значення зменшення маси тіла у пацієнтів з АГ та МС було незначним – $3,06 \pm 2,92$ кг, лише у 23,53% зменшення становило 5 та більше кг, у однієї пацієнтки – 12 кг. Середнє значення зменшення маси тіла у пацієнтів без МС становило $1,6 \pm 0,89$ кг.

Обхват талії – показник абдомінального типу ожиріння – у відповідності до даних доказової медицини, має більший вплив на ризик розвитку серцево-судинних ускладнень, ніж величина індексу маси тіла [4]. Результати дослідження показали, що впродовж року обхват талії зменшився у 60% обстежених з МС та у 44,4% без МС, проте були пацієнти, у яких цей показник збільшився, або не змінився. Зміна середнього значення обхвату талії була незначною як в групі пацієнтів з МС (з $106,00 \pm 7,25$ см до $105,1 \pm 7,55$ см у пацієнтів чоловічої статі та з $99,9 \pm 10,2$ до $99,59 \pm 11,88$ у жінок), так і в групі пацієнтів без МС (у пацієнтів чоловічої статі – без змін – $86,5 \pm 4,95$ см, у жінок – зменшення з $88,1 \pm 11,9$ см до $86,6 \pm 15,4$ см).

Ефективне лікування хворих на АГ та МС передбачає досягнення цільового рівня артеріального тиску [2, 8, 9]. Через рік участі у програмі у пацієнтів з АГ та МС достовірно знизився систолічний артеріальний тиск – в середньому по групі, з $143 \pm 16,9$ мм рт.ст. до $136,4 \pm 11,091$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Частка пацієнтів з МС, що досягли цільового рівня артеріального тиску збільшилась – з 63,33% до 80,0%, у пацієнтів з АГ без МС – з 77,8% до 100%. Динаміка показників не була однонаправленою – були пацієнти, у яких артеріальний тиск в процесі спостереження підвищився. Отримані результати вказують на необхідність контролю рівня артеріального тиску лікарем в процесі моніторингу та підтримання прихильності пацієнтів до лікування.

В процесі лікування пацієнтів з МС зменшилась частота виявлення гіперглікемії натще ($\geq 6,1$ ммоль/л) – з 36,67% до 23,33%. Середній рівень глікемії натще достовірно знизився – з $6,1 \pm 1,57$ ммоль/л до $5,8 \pm 1,24$ ммоль/л ($p < 0,01$). Важливим фактором, який впливає на прогноз у пацієнтів з АГ та МС, є корекція дисліпідемії [8, 5, 9].

Кількість пацієнтів з МС, у яких рівень тригліцеридів становив 1,7 ммоль/л та більше, зменшилась з 92,00% до 57,14%. В середньому по групі рівень ТГ зменшився з $2,3 \pm 0,66$ до $1,71 \pm 0,52$ ($p < 0,01$).

Ми також проаналізували динаміку величини рівня загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Середній рівень загального холестерину достовірно знизився – з $6,06 \pm 1,21$ до $5,69 \pm 1,04$ ммоль/л ($p < 0,05$), частка пацієнтів з АГ та МС, у яких його рівень становив 5,0 ммоль/л та більше, зменшилась з 81,48% до 71,43% (статини були призначені 83,33% обстежених пацієнтів). Серед можливих причин недостатньої ефективності корекції показників ліпідного обміну необхідно проаналізувати фактори дози статинів та прихильності пацієнтів до лікування.

Середній по групі рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності збільшився з $1,12 \pm 0,2$ до $1,44 \pm 0,3$ ($p < 0,01$). Кількість пацієнтів чоловічої статі з низьким рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності ($\leq 1,03$ ммоль/л) зменшилась з 57,14 % до 25,0 %, а кількість пацієнтів жіночої статі з низьким рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності ($\leq 1,29$ ммоль/л) зменшилась з 78,57 % до 30,0%. Ми можемо констатувати збільшення частки пацієнтів з нормальним рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності в цілому по групі хворих на АГ та МС.

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що в процесі динамічного спостереження за пацієнтами з АГ та МС визначена позитивна динаміка щодо корекції факторів ризику: збільшилась частка пацієнтів з цільовим рівнем артеріального тиску – з 63,33% до 80%, зменшилась частка пацієнтів з гіперглікемією натще ($\geq 6,1$ ммоль/л) – з 36,67% до 23,33% та гіпертригліцеридемією ($\geq 1,7$ ммоль/л) – з 92,0 % до 57,14 %, збільшилась частка пацієнтів з нормальним рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності – з 42,86% до 75% серед осіб чоловічої статі та з 21,43% до 70% серед осіб жіночої статі. Зросли показники фізичної активності та збільшилась частка пацієнтів, які щоденно вживають більше 400 г овочів і фруктів. Проте ці пацієнти потребують подальшого динамічного спостереження та підтримання мотивації щодо корекції факторів ризику.

ВИСНОВКИ

• Комплексний аналіз корекції факторів ризику у пацієнтів з метаболічним синдромом, які обстежуються по програмі впровадження Локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, засвідчив позитивну динаміку щодо досягнення цільового рівня показників: збільшилась частка пацієнтів з цільовим рівнем артеріального тиску з 63,33% до 80% та достовірно знизився середній рівень систолічного артеріального тиску – з $143 \pm 16,9$ мм рт.ст. до $136,4 \pm 11,091$ мм рт.ст.; зменшилась частка пацієнтів з гіперглікемією натще ($\geq 6,1$ ммоль/л) з 36,67% до 23,33%, з гіпертригліцеридемією ($\geq 1,7$ ммоль/л) з 92,0 % до 57,14 % та зросла частка пацієнтів з нормальним рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності з 42,86% до 75% серед осіб чоловічої статі, з 21,43% до 70% серед осіб жіночої статі.

• Підвищення поінформованості пацієнтів з питань немедикаментозної корекції факторів ризику мало позитивний вплив на модифікацію стилю життя: збільшилась частка пацієнтів, які мають достатній рівень фізичної активності та вживають більше 400 г овочів і фруктів.

Література

1. Братусь В.В., Талева Т.В., Шумаков В.А. Ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром: фундаментальные и клинические аспекты. К.: Четверта хвиля. 2009.

2. Мітченко О.І., Карпачов В.В. Рекомендації асоціації кардіологів України та асоціації ендокринологів України «Діагностика і лікування метаболічного синдрому, цукрового

діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань». Серцево-судинні захворювання: рекомендації з діагностики, профілактики та лікування. За ред. В.М.Коваленка, М.І. Лутая. Київ: Моріон. 2011: 68-79.

3. Профілактично-лікувальне харчування при хворобах системи кровообігу: посібник для медичних працівників. Під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. К.: ЗАТ "ВІПОЛ". 2006.

4. T. Coutinho, G. Kashish, D. Corra de S6 et al. Central Obesity and Survival in Subjects With Coronary Artery Disease. A Systematic Review of the Literature and Collaborative Analysis With Individual Subject Data. J.Am. Coll. Cardiol. 2011, 57: 1877-1886.

5. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias / The Task Forces for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur. Heart J. 2011, 32: 1769-1818.

6. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur. Heart J. 2012, 33: 1635-1701.

7. Grundy S. M. A changing paradigm for prevention of cardiovascular disease: emergence of the metabolic syndrome as a multiplex risk factor. Eur. Heart J. 2008, 10 (Suppl. B): B16-B23.

8. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur. Heart J. 2007, 28 (1): 88-136.

9. Guidelines for the management of arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J. 2007, 28: 1462-1536.

И.Н. Гидзинская, Г.З. Мороз, А.Н. Кравченко, М.В. Безугла

Комплексная оценка коррекции факторов сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами

Введение. Пациенты с метаболическим синдромом (МС) относятся к группе высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Эффективный контроль факторов риска у больных с МС требует активного участия как врачей, так и пациентов, а также внедрения медико-организационных мероприятий.

Цель. Обобщить результаты мониторинга факторов риска у пациентов с МС, которые проходили обследования в ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД по программе внедрения локальных протоколов медицинской помощи (ЛПМД) для больных артериальной гипертензией (АГ). Методы. Методом случайной выборки отобрано 65 больных АГ II стадии в возрасте 35-65 лет: мужчин - 31, женщин - 34. Проведено клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в начале исследования и через год, а также опрос с использованием специально разработанной анкеты. Программу мониторинга завершило 59 пациентов. Результаты внесены в базу данных с последующей их математической обработкой.

Результаты. Отмечена положительная динамика в достижении целевого уровня показателей: увеличилась доля пациентов с целевым уровнем АД с 63,33% до 80% и достоверно снизился средний уровень систолического АД - с $(143 \pm 16,9)$ мм рт.ст. до $(136,4 \pm 11,091)$ мм рт.ст.; уменьшилась доля пациентов с гипергликемией натощак ($\geq 6,1$ ммоль / л) с 36,67% до 23,33%, с гипертриглицеридемией ($\geq 1,7$ ммоль / л) с 92,0% до 57,14%, и возросла доля пациентов с нормальным уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности с 42,86% до 75% среди лиц мужского пола, с 21,43% до 70% – у женщин. Повышение осведомленности больных о немедикаментозной коррекции ФР имело положительное влияние на модификацию образа жизни: увеличилась доля пациентов, имеющих достаточный уровень физической активности и употребляющих более 400 г овощей и фруктов.

Выводы. Введение стандартизированных подходов, в частности ЛПМД для больных АГ, обусловило положительное влияние на коррекцию факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с МС.

Ключевые слова: факторы риска, метаболический синдром, артериальная гипертензия.

I.M.Hidzyn's'ka, G.Z. Moroz, A.M. Kravchenko, M.V.Bezugla

Complex assessment of cardiovascular risk factors correction in patients with arterial hypertension and metabolic syndrome

State Scientific Institution "The Scientific and Practical Center of Prophylactic and Clinical Medicine" of State Management of Affairs

Introduction. The patients with metabolic syndrome (MS) are at high risk of developing cardiovascular diseases. The effective control of risk factors in patients with metabolic syndrome requires the active participation of both doctors and patients and the introduction of medical and organizational activities.

Aim. To summarize the results of the monitoring of risk factors in patients with MS, who were examined in State Scientific Institution "The Scientific and Practical Center of Prophylactic and Clinical Medicine" of State Management of Affairs according to the program of implementation of local clinical protocols (LCP) for patients with hypertension (AH).

Methods. There were randomized 65 patients with AH of stage II at the age of 35-65 years (31 men, 34 women). A clinical, laboratory and instrumental examination was performed at the beginning of investigation and one year after. The specially designed questionnaire was used during the survey. 59 patients have completed the monitoring program. The results were added to the database with their subsequent mathematical processing.

Results. There is a positive dynamics in achieving of the target level indicators: the number of patients with the target blood pressure levels increased from 63.33% to 80% and mean systolic blood pressure significantly reduced from $(143 \pm 16,9)$ mm Hg to $(136,4 \pm 11,091)$ mm Hg. The amount of patients with fasting hyperglycemia decreased from $(\geq 6,1$ mg/L) 36.67% to 23.33%; with hypertriglyceridemia ($\geq 1,7$ mmol / l) from 92.0% to 57.14%, and increased the proportion of patients with normal levels of high density lipoprotein cholesterol from 42.86% to 75% among men, from 21.43% to 70% among women. Raising awareness of patients about non-pharmacological correction of risk factors had a positive influence on lifestyle modification: increased the number of patients, who have a sufficient level of physical activity and consume more than 400g of vegetables and fruits per day.

Conclusions. The introduction of standardized approaches, LCP in particular, for patients with hypertension caused a positive impact on the correction factors of cardiovascular risk in patients with MS.

Key words: risk factors, metabolic syndrome, hypertension.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

И. В. Дроздова*, О. Н. Мацуга**, М. В. Демченко*,
К. А. Суганяк*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*ГУ «Украинский государственный институт медико-социальных проблем
инвалидности МЗ Украины», Днепропетровск,
**Днепропетровский национальный университет
имени О. Гончара

Вступление. Исследование качества жизни позволяет оценить все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование.

Цель. Изучить качество жизни больных и инвалидов с врожденными пороками сердца в отдаленные после хирургической коррекции сроки.

Материалы и методы. У 256 больных с врожденными пороками сердца (ВПС) изучалось качество жизни с использованием опросника «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья».

Результаты. Установлено существенное снижение показателей качества жизни лиц с ВПС (в отдаленные после хирургической коррекции сроки) при выполнении деятельности, связанной как с эмоциональными, так и физическими нагрузками, что существенно ограничивало их жизнеспособность. Особенностью больных, в сравнении с инвалидами, были достоверное ухудшение субъективной оценки общего здоровья; выраженные отличия физической активности и психического здоровья. Изучение личностных особенностей, влияющих на оценку качества жизни у лиц с ВПС, открывают новые возможности изучения ведущих причин ограничения жизнедеятельности.

Выводы. Установлено ухудшение качества жизни у пациентов с ВПС за счет ограничений физического, психического и социального аспектов. Изучение качества жизни, оценка клинично-функциональных, психологических и когнитивных нарушений – должны быть основой программы реабилитации этих больных в отдаленный после хирургической коррекции срок.

Ключевые слова: качество жизни, врожденные пороки сердца, личностные особенности, ограничения жизнедеятельности

ВСТУПЛЕНИЕ

Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование [5].