

недостатність ПА зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка» (фракція викиду, ФВ = 30 %). Систематично не лікувався. Зловживав міцним алкоголем (> 500 мл/7 д) впродовж останніх 25 років, до того – слабоалкогольні напої (пиво) 500–1000 мл/д. Об'єктивно: набряки нижніх кінцівок, розширення меж серця, ознаки застою у малому колі кровообігу. На ЕКГ: фібриляція передсердь з ЧСС=104–132', знижений вольтаж, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. За даними ЕхоКГ – дилатація усіх камер серця, муральний тромб у порожнині лівого шлуночка і зниження ФВ до 10 %. Пацієнту була проведена коронарографія, за даними якої ураження коронарних судин було відсутнє.

В результаті пацієнту був виставлений діагноз: Алкогольна кардіоміопатія. Фібриляція передсердь, постійна форма, тахісистолічний варіант. Серцева недостатність ІІБ зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка, ІІІ ФК за NYHA.

Отже, для встановлення вірного діагнозу важливе значення має детальний збір анамнезу, обстеження коронарних судин для диференційного діагнозу з ішемічною хворобою серця.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Ягенський А. В., Павелко М. М., Оштук Я. М.

м. Луцьк, КП «Медичне об'єднання Луцької міської територіальної громади»

Контроль артеріальної гіпертензії (АГ) є основою вторинної профілактики після інфаркту (ІМ), а дані щодо його ефективності у віддалений період після ІМ є досить обмеженими.

Мета: виявлення чинників, що впливають на якість контролю АГ у віддалений період після ІМ.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження були включені 265 пацієнтів після ІМ [вік (65,0 ± 9,8) років; 68,3 % чоловіки]. Час від ІМ до включення в дослідження склав (2,3 ± 1,9) років. Оцінку якості вторинної профілактики проводили шляхом анкетування, вимірювання антропометричних показників, АТ і ЧСС. Обстеження проводили в домашніх умовах.

Результати. АГ була виявлена у 69,1 % пацієнтів. Лише у 26,3% пацієнтів із АГ АТ був у межах цільових значень. Чинниками, що асоціювались із досягненням цільових значень АТ, були вік до 60 років (ВШ – 1,35; $p = 0,02$), візит до лікаря протягом останніх 6 місяців (ВШ – 1,82; $p = 0,002$), регулярне самостійне вимірювання АТ (ВШ – 1,63; $p = 0,01$). 13,3 % пацієнтів із АГ після ІМ не приймали антигіпертензивних препаратів, 60,4 % пацієнтів із АГ лікувались, але не досягали цільових значень АТ. Пацієнти, які не приймали антигіпертензивних препаратів були старшими, рідше знаходились під спостереженням лікаря, рідше вимірювали АТ та мали гірші знання щодо лікування після ІМ. Пацієнти з АГ, які отримували лікування, але не досягали цільових значень АТ, приймали подібну кількість антигіпертензивних препаратів, як і пацієнти з контрольованою АГ – в середньому 2,1 ± 1,0 та 2,1 ± 0,9 препаратів відповідно. При цьому 29,3 % пацієнтів групи неефективно лікованої АГ отримували монотерапію.

Висновки. Контроль АГ у віддалений період після ІМ знаходиться на неналежному рівні. Частково це зумовлено недостатньо активною тактикою лікарів. Необхідні активні зусилля для покращення ситуації.

ГАСТРОПАТІЇ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ярема Н. З.

м. Тернопіль, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Медико-соціальне значення ревматичних хвороб обумовлено не лише їх широким розповсюдженням, але й труднощами в діагностиці та лікуванні. Більшість із тих, хто страждає на ревматичні хвороби, вживають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Водночас відомо, що найчастішим ускладненням терапії НПЗП є розвиток так званих гастропатій.

Метою дослідження слугувало вивчення розвитку гастропатій у хворих на ревматичні хвороби, які знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділі № 2 Тернопільської міської лікарні № 2.

Нами проаналізовано лікування 45 хворих на ревматичні хвороби, середній вік пацієнтів склав 46,4 року, тривалість хвороби від 2 до 16 років. Усі пацієнти отримували НПЗП, переважно неселективної дії, перед їх призначенням оцінювали ризик розвитку гастропатій (клініко-