

Определение ведущих факторов, формирующих инвалидность при артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста

Жакипбекова В.А., Алиханова К.А., Магзумова Т.С., Далибекова Б.Х., Кудрина Л.Н.
Карагандинский государственный медицинский университет МЗ РК, г.Караганды

Как известно, за последние три десятилетия в странах с развитой экономикой смертность от сердечно-сосудистых заболеваний сокращалась на 2,5–3% в год. Это стало возможным благодаря комплексному применению среди населения программ первичной и вторичной профилактики, а также реабилитационных программ. В то же время в Республике Казахстан, России др. государствах ближнего зарубежья, начиная с 70-х годов прошлого века, «сердечно-сосудистая смертность» постоянно растет. Это можно объяснить как следствие игнорирования общемировых закономерностей в меняющейся структуре заболеваемости и смертности в различных регионах мира, а также полного пренебрежения к доказавшим свою высокую медицинскую и социальную эффективность мероприятиям по преодолению тенденций к эпидемическому росту сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная гипертония (АГ) – самое распространенное заболевание, формирующее структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. По данным мировой статистики, 15–20% взрослого населения страдает артериальной гипертонией [В.В. Константинов и соавт., 2001; W.B. Kannel, T.R. Dawber, 2007]. Возникновение фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ обусловлено прогрессирующим изменением структурно-функциональной характеристики миокарда левого желудочка (ЛЖ). Возраст, психозомоциональные стрессы, курение, гипертрофия миокарда ЛЖ, а также различные метаболические нарушения служат самостоятельными предикторами неблагоприятного течения гипертонии, ведут к инвалидности и смертности.

Цель исследования: определение ведущих факторов, формирующих инвалидность при артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Было обследовано 64 больных и инвалидов вследствие АГ III степени. Мужчин было 44 (68,8%), женщин – 20 (31,2%). Средний возраст обследованных составил 64,6 лет. Инвалидами III группы признано 24 (37,5%) пациента, II группы – 12 (18,6%). Из обследованного контингента больных сопутствующим заболеванием сахарным диабетом страдали 12 (18,6%) пациентов; последствия острого нарушения мозгового кровообращения имело место в 18 (28,1%); а перенесенный инфаркт миокарда в 28 (43,8%) случаях.

Всем больным проводились клинические исследования по общепринятым методикам. Для анализа сократительной способности миокарда и оценки состояния центральных гемодинамических параметров всем обследуемым проведено эхокардиографическое исследование сердца. Данные, полученные нами позволили выявить, что у 52 (81,3%) больных АГ III степени – гипертрофия левого желудочка. Отмечено достоверное снижение показателей ФВ на 12,4%, что указывает на снижение сократительной функции миокарда. Нами выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка у 45 (70,3%) обследованных больных АГ III степени. Среди лиц основной группы аортосклероз выявлен у 52 (81,3%) пациентов.

Таким образом, исходя из величины диагностического веса признаков выделены 5 главных клинико-функциональных критериев, влияющих на степень ОЖД при артериальной гипертензии: степень выраженности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, степень гипертрофии миокарда левого желудочка, наличие ассоциированных клинических состояний, немодифицируемые факторы риска АГ (возраст, мужской пол, наследственность).

Современные подходы к дентальной имплантации больным сахарным диабетом 2-го типа

Жартыбаев Р.Н. Шукпаров А.Б.

Ассоциации имплантологов Казахстана. г.Алматы.

Южно-казахстанская государственная медицинская академия МЗ РК, г. Шымкент

При всей своей привлекательности, дентальная имплантация обладает целым рядом абсолютных и относительных противопоказаний. Однако, по мере развития технологии и практики имплантации появляются возможности пересмотра существующих положений и сокращения ограничений. Одной из таких часто встречаемых в клинической практике проблемой является использование дентальных имплантов у больных сахарным диабетом (СД). Ранее нами была изложена концепция о двустороннем отношении двух заболеваний (сахарный диабет ↔ заболевания пародонта). Ее центральная парадигма в системе стоматологического наблюдения за больными сахарным диабетом выражается в признании патогенетического взаимовлияния двух заболеваний на конкретные механизмы их развития и формирование новой тактики профилактики и лечения в ходе дентальной имплантации больным СД.

Цель работы. Выделить общие тенденции и факторы, обосновать современные подходы, которыми могли бы руководствоваться практические врачи при дентальной имплантации пожилым больным СД 2-го типа.

Материал и методы. Организационной основой нашей концепции является признание необходимости трехсто-

ронной формы практического взаимодействия в формате «стоматолог – пациент – эндокринолог». На этапе самообучения и самоконтроля больных СД это взаимодействие осуществляется в Школе диабета в рамках существующих в г.Алматы и Шымкенте Городских Центров оказания стоматологической помощи больным сахарным диабетом. В ходе исследования было проведено стандартное клинико-лабораторное, рентгенологическое обследование и ортопедическое лечение 78 пациентов в возрасте 55–65 лет сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с генерализованным пародонтитом в среднем $9,0 \pm 3,3$ года.

Результаты исследования. Основные выводы исследований показывают:

1. У больных сахарным диабетом не только преобладают заболевания пародонта по сравнению с обычным контингентом, но и течение заболевания характеризуется частыми рецидивами связанными с наступившей декомпенсацией диабета.

2. При сахарном диабете отмечается нарушение ремоделирования костной ткани челюстей.

3. Эффективное лечение заболеваний пародонта приводит к стабилизации показателей углеводного обмена

у больных СД.

В основе предлагаемого нами концептуального подхода лежат следующие принципы:

1. Врачам-стоматологам необходим минимальный объем знаний о СД как о факторе риска возможных осложнений при дентальной имплантации.
2. Тщательное планирование и использование дополнительных критериев отбора больных на основе современных достижений эндокринологии.
3. Минимизация инвазивности или щадящее от-

ношение к тканям пародонта и костной ткани челюстей у пожилых больных СД 2-го типа.

4. Активная деятельность врача-стоматолога на всех этапах дентальной имплантации, постоянный мониторинг общесоматического и стоматологического статуса.
5. Активная роль пациента в вопросах самоконтроля диабета и индивидуальной гигиены полости рта.
6. Усиление роли врача-эндокринолога на этапах подготовки и проведения дентальной имплантации больным СД 2-го типа с сосудистыми нарушениями.

Гиполипидемическая эффективность и безопасность препарата Арваза в лечении больных пожилого возраста с ИБС

Каирбеков А.К., Кушербаева Е.Ш.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Цель исследования-изучение клинической эффективности препарата «Арваза» у пожилых с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения УВОВ ГКБ № 1.

В исследование было включено 30 больных-мужчин с ИБС, стенокардией напряжения II - IV функционального класса. Критериями включения были: ОХС не выше 8 ммоль/л:

ХС ЛПНП не менее 3,5 ммоль/л; ТГ не выше 3,5 ммоль/л.

Диагноз ИБС выставлен на основании жалоб больных, клинических данных, изменений, выявленных на ЭКГ, эхокардиографии и лабораторных данных. Возраст больных – от 67 лет до 81 года. Биохимические лабораторные исследования проводились в лаборатории ГКБ № 1. Определение общего холестерина (ОХС) и ХС ЛПВП выполнялось энзиматическим методом на автоанализаторе Vitalab selectra. Определение ТГ проводилось на автоанализаторе Vitalab Flexore. Содержание ХС ЛПНП и ХС ЛПНОП определяли расчетным методом по формулам Fried Wold W.T. et al. Коэффициент атерогенности рассчитывали по формуле Климова. Активность трансаминаз (АЛТ, АСТ) определяли в автоанализаторе Vitalab Flexore. Также проводились общеклинические и функциональные исследования (ЭКГ, эхокардиография). Статистическая обработка материала проведена с использованием методов вариационной статистики, определением критериев Стьюдента.

Результаты исследования. Результат исследования применения Арваза в течение первых 4 нед позволил выделить две группы больных: у которых целевой уровень ХС ЛПНП достигнут в первые 4 нед применения дозы 10 мг/сут (первая группа больных) и у которых доза была увеличена до 20 мг/сут (вторая группа). Во второй группе больных в основном сопутствующим заболеванием был хронический обструктивный бронхит.

В первой группе больных через 4 нед лечения отмечаются достижение нормальных показателей ОХС и ХС ЛПНП, а также снижение показателей уровня ТГ и коэффициента атерогенности.

Во второй группе больных снижение показателей ОХС и ХС ЛПНП начинается с 8 нед лечения, к 12 нед наблюдения нормализуются уровень триглицеридов и коэффициент атерогенности.

Прием препарата в течение 12 нед в суточных дозах 10 мг/сут и 20 мг/сут переносился всеми 30 больными хорошо. В течение 12 – недельного лечения препаратом в дозе 10 и 20 мг/сут у пожилых больных не наблюдалось повышения активности ферментов печени, а также не было таких побочных реакций, как диспепсия, метеоризм, запоры, миалгия.

Таким образом, генерик аторвастатина – Арваза показал себя как эффективный препарат для коррекции гиперлипидемии. Эффективность его связано со снижением уровня атерогенного ХС ЛПНП. Препарат зарекомендовал себя как безопасный, хорошо переносимый пожилыми больными с ишемической болезнью сердца.

Особенности клинических проявлений рассеянного склероза у лиц старшего возраста

Кондыбаева А.М.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

Несмотря на многолетнее исследование рассеянного склероза, он остается заболеванием с выраженной клинической изменчивостью и непредсказуемостью прогноза, поэтому изучение механизмов развития неврологической симптоматики и вариантов течения болезни не теряет своей актуальности.

Очаги демиелинизации в центральной нервной системе, выявляемые с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), не всегда и не в полной мере соответствуют клиническим данным, которые до настоящего четко не установлены и не выявлены патогномичные признаки этого заболевания.

В свое время Шарко выделил три основных формы заболевания: цереброспинальную, спинальную, церебральную. МРТ - исследования показали, что у большинства

больных РС имеются признаки многоочагового поражения и головного и спинного мозга, то есть практически имеет место цереброспинальная форма заболевания [Nillsen O. et al., 1987], хотя эти формы отражают только преимущественную локализацию патологического процесса.

Цель исследования: анализ клинических особенностей рассеянного склероза в старшей возрастной группе.

Материалы и методы. Нами обследовано 144 пациента с достоверным рассеянным склерозом (РС), верифицированным на основании критериев W.I. Mc Donald (2001), 37,5% (56) больных были старше 40 лет. Все пациенты были осмотрены клинически, всем проведены общеклинические лабораторные анализы и нейровизуализационные (МРТ; МРТ-ангиография) методы обследования. Для характеристики особенностей эмоционального статуса были