

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, психоэмоциональные 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%) исследованных 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-

ронней 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