

4. У виникненні мозкових інсультів серед населення Закарпатської області спостерігається ритмічність, як циркадна, так і сезонна.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богданов А.Н., Кравцов Ю.И. Эпидемиология и факторы риска ишемического инсульта в Среднем Приобье по данным проспективного исследования // Неврологический журнал. – 1998. – №3(2). – С. 39-42.
2. Волошин П.В., Мищенко Т.С., Лекомцева С.В. Анализ поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні. // Міжнародний неврологічний журнал. – 2006. – № 3(7). – С. 10-11.
3. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы. // Инсульт. – 2001. – № 1. – С 34-40.
4. Гринчук А. Д., Обухівська Л.І. Епідеміологія церебро-васкулярних захворювань в Рівненській області // Інсульт та судинно-мозкові захворювання. Матеріали першого національного конгресу. – 2006. – С 17.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии (приложение «Инсульт»). – 2003. – № 8. – С 8-9.
6. Мищенко Т.С. Стан неврологічної служби в Україні // Здоров'я України.–2006. – № 23(1). – С.9.
7. Мищенко Т.С., Здесенко І.В., Лапшина І.О., Перцева Т.Г. Епідеміологія та фактори ризику розвитку мозкового інсульту в Україні // Інсульт та судинно-мозкові захворювання. Матеріали першого національного конгресу. – 2006. – С.14.
8. Назаренко В.Г., Грищенко С.В., Калмышова Т. Н. Эпидемиология мозгового инсульта в популяции экоризисного региона Украины // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2003. – Т.12, №1. – С.28-31.
9. Шкробот С.І., Салій З.В., Колеснікова Л.І., Стоян С.Б. Епідеміологія мозкового інсульту в Тернопільській області. // Інсульт та судинно-мозкові захворювання. Матеріали першого національного конгресу. – 2006. – С.19.
10. Bonita R. Epidemiology of stroke // The Lancet. – 1992. – Vol.339. – P.342-344.
11. Davalos A. Risk of stroke in TIA with a cerebral infarct on CT. // J. Neurol., Neurosurgery and Psychiatry. – 1993. – Vol.25, №8. – P.1611-1616.
12. Mihalka L., Smolanka V., Bulecza B., Mulesa S., Bereczki D. A population study of stroke in West Ukraine. Incidence, stroke services, and 30-day case fatality // Stroke. – 2001. – Vol. 32, № 10. – P.2227-2231.
13. Feigin V.L., Wiebers D.O., Nikitin Y.P., O' Fallon W.M., Whisnant J.P. Risk factors for ischemic stroke in a Russian community: a population — based case — control study // J. Stroke. – 1998. – № 29. – P.34—39.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF STROKE EPIDEMIOLOGY IN TRANSCARPATION REGION

Pulyk O.R., Smolanka V.I., Gyryavets M.V., Galin L.M., Karpinska K.O., Yadhzak M.M.

The increase of stroke rates in a population is a great problem. We used clinical and functional methods to analyze the epidemiology of strokes. We used MMSE in order to study the cognitive functions in patients with stroke. We found that the main risks factors of stroke are heart diseases.

Key words: stroke, risks factors, epidemiology

УДК 616.127-005.8-084 (477.87)

СТАН ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФАРКТУ МІОКАРДА В М. УЖГОРОД

Рішко О.А., Блецкан М.М., Бубряк А.Е., Варваринець А.В., Вор'ю А.Й., Іваньо Н.В., Іваньо Т.В., Павлюк А.П.

Ужгородський національний університет, Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: з метою вивчення стану вторинної профілактики інфаркту міокарда було проаналізовано лікування 114 пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда у 2004 році і знаходяться на диспансерному обліку у кардіолога поліклініки. Як позитивний факт було встановлено, що більшість пацієнтів отримують бета-адреноблокатори (90%), аспірин (88%), інгібітори АПФ (80%), що відповідає європейським рекомендаціям. У 68% гіпертоніків артеріальний тиск є в межах цільового. В той же час виявлено резерви покращення вторинної профілактики інфаркту міокарда через більш настирливі заходи щодо зміни способу життя та корекції факторів серцево-судинного ризику, адже 19% пацієнтів продовжують палити, 75% мають надмірну масу тіла чи ожиріння, у 32% виявлено гіперхолестеринемію, у 18% – гіперглікемію.

Ключові слова: інфаркт міокарда, вторинна профілактика

Вступ. Серцево-судинні захворювання та висока смертність від їх ускладнень залишаються основною проблемою сучасної медицини. Особливо актуальною вона є в Україні, де у структурі смертності серцево-судинні захворювання становлять 61,6%, причому 65,5% останніх припадають на ішемічну хворобу серця, показник смертності від

якої є 632 на 100 тис. населення (2003 рік), тоді як в Європі та країнах Євросоюзу він становить 224,5 та 107,6 на 100 тис. населення відповідно (2001 рік) [2]. Про недостатню профілактичну роботу свідчить і високий показник інвалідності від ішемічної хвороби серця, який за період 2000-2003 рр. збільшився у 3,2 рази [2].

В останні роки, особливо в розвинутих країнах світу, завдяки організаційним заходам, широкому використанню ранньої тромболітичної терапії та, головним чином, реваскуляризаційних технологій, досягнуто значний прогрес у лікуванні інфаркту міокарда, смертність від якого і в Україні, хоч і не значно, але зменшилась на 2,7% (з 19,0 до 16,5 на 100 тис. населення) [2]. Разом із цим ризик нової серцево-судинної події, в т.ч. фатальної, у осіб, що перенесли інфаркт міокарда, залишається значно вищим за загальнопопуляційний. Протягом року після інфаркту міокарда помирає 25% чоловіків та 38% жінок [4]. Особливо тоді, якщо залишаються фактори ризику і не проводиться належна медикаментозна антиатеротромботична терапія. Тобто неналежною є вторинна профілактика, без якої ставиться під сумнів доцільність, в т.ч. і економічна, впровадження ефективних, але дуже дорогих методів лікування інфаркту міокарда. Адже тромболізис коштує 1-2, а перкутанна коронарна інтервенція – 3-5 тисяч доларів США відповідно.

У той же час епідеміологічні, а також багаточентрові, рандомізовані та плацебоконтрольовані дослідження останніх років демонструють позитивний вплив на тривалість та якість життя хворих, що перенесли інфаркт міокарда, активної мультифакторальної, немедикаментозної та медикаментозної вторинної профілактики, направленої на корекцію способу життя та факторів загального серцево-судинного ризику, профілактику атеротромбозу та раптової серцевої смерті [3]. Наприклад, тільки бета-адреноблокатори на 20-25% знижують ризик реінфаркту та раптової серцевої смерті [6].

Мета дослідження: вивчення стану вторинної профілактики інфаркту міокарда та оцінка її відповідності сучасним європейським стандартам, розробка практичних рекомендацій щодо покращення її ефективності для зменшення серцево-судинної смертності в регіоні.

Матеріал та методи. Протягом 2006 року за спеціально розробленим протоколом було вивчено амбулаторні картки, проведено анкетування та обстеження 114 хворих (89 чоловіків та 25 жінок), які у 2004 році перенесли інфаркт міокарда і знаходяться на диспансерному обліку у кардіолога поліклініки УЦМКЛ. Загальна характеристика хворих за віком, статтю та поширеністю інфаркту міокарда наведена в таблиці 1.

Таблиця 1

Загальна характеристика обстежених за віком, статтю та поширеністю ІМ

Вік (у роках)	Разом n=114 (100%)	Q-ІМ n=80 (70.2%)		Не Q-ІМ n=34 (29.8%)	
		Чол. n=60 (85%)	Жін. n=10 (15%)	Чол. n=29 (66%)	Жін. n=15 (34%)
Середній (M±m)	59±5	58±5	61±4	59±6	58±4
Діапазон	33-80	33-78	52-70	46-78	42-48
Працездатний (чол. <60р., жін. <55р.)	60 (52,6%)	34 (57%)	2 (20%)	19 (65,5%)	5 (33, 35)
< 60 років	63 (55,3%)	34 (57%)	2 (20%)	19 (65,5%)	8 (53,3%)
> 60 років	51 (44,7%)	26 (43%)	8 (80%)	10 (34,5%)	7(46, 7%)

За стандарт ведення хворих у післяінфарктному періоді було взято рекомендації Європейського товариства кардіологів від 2004 року та Американської асоціації серця від 2005 року [5], резюме котрих наведено в таблиці 2.

ської асоціації серця від 2005 року [5], резюме котрих наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Вторинна профілактика ІМ

Рекомендації	Клас	Рівень доказів
I. КОРЕКЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ		
1. Припинення паління	I	B
2. "Середземноморська дієта" Додавання в їжу 1 г/день риб'ячого жиру чи ω-3 ПНЖК	I	B
3. Оптимальна фізична активність	I	B
4. Зниження маси у пацієнтів із зайвою вагою тіла(особливо з АГ, ЦД, дисліпідемією)	II B	C
II. КОРЕКЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ		
1. Контроль артеріального тиску при АГ	I	A
2. Контроль глікемії при ЦД	I	C

3. Контроль ліпідів при дисліпідемії	I	A
III. МЕДИКАМЕНТОЗНА ПРОФІЛАКТИКА		
1. Аспірин 75-150 мг/добу всім без протипоказів – при непереносимості аспірину: клопідогрель 75 мг/добу; – при високому ризику тромбоемболій: пероральні антикоагулянти (варфарин, синкумар...)	I IIa IIa	A B B
2. Бета-адреноблокатори всім без протипоказів – при протипоказах до бета-адреноблокаторів: недигідропіридинові антагоністи кальцію тривалої дії (за умови відсутності СН)	I IIa	A C
3. Статини всім без протипоказів (особливо при ХС \geq 4,5ммоль/л, β -ЛП \geq 2,5ммоль/л)	I	A
4. Інгібітори АПФ всім без протипоказів (особливо при дисфункції лівого шлуночка, АГ, ЦД) – при непереносимості ІАПФ: БРА-II	I I	A C
5. Нітрати: – сублінгвально при нападі стенокардії; тривало тільки за наявності стенокардії та при умові неефективності чи протипоказах до бета-блокаторів та недигідропіридинових антагоністів кальцію, бо за відсутності стенокардії →	I I III	C B A

Результати досліджень та їх обговорення, зведені дані отриманих результатів наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Стан вторинної профілактики ІМ в м. Ужгород (2006 р.)

Показники	Хворі на ІМ у 2004 році	
	n	%
Палять	22	19
Надмірна маса тіла (ІМТ 25–30 кг/м ²)	70	61
Ожиріння (ІМТ > 30 кг/м ²)	15	13
<i>Гіпертоніки:</i>	68	59
Знає про наявність АГ і на момент обстеження лікується	64	96
Лікується, але цільового рівня не досягнуто	18	26
Лікується з досягненням цільового рівня	46	68
Не знає свій цільовий рівень тиску	23	38
Регулярно контролює артеріальний тиск	54	80
Має власний тонометр	52	76
Рівень глюкози крові не відомий	–	0
Гіперглікемія (глюкоза крові >5,5ммоль/л)	21	18
Рівень холестерину крові не відомий	–	0
Гіперхолестеринемія (ЗХС >5,0ммоль/л)	36	31,5
Медикаментозне лікування		
= Аспірин (клопідогрель, тіклід, варфарин...)	100	88
= Бета-блокатори	103	90
= Статини	100	88

= Інгібітори АПФ (БРА-II)	92	81
= Антагоністи кальцію	25	22
= Нітрати	34	30
= Триметазидін	42	37
= Рибоксин (мілдронат, АТФ...)	8	7
= ω -3 ПНЖК	8	7
= Вітамін Е (токоферол)	8	7
= Біодобавки	7	6
= Інші препарати	57	50
Не приймають медикаменти	–	0
Приймають, але не регулярно, бо:	3	2,6
= почуваються задовільно	–	0
= тільки при погіршенні стану	1	0,8
= висока ціна ліків	2	1,7

Звертає на себе увагу те, що 70% хворих перенесли Q-інфаркт, 78% складають чоловіки, середній вік становить 59 ± 5 року, більше половини хворих є працездатного віку, причому серед чоловіків навіть 62%. Певною мірою це свідчить про омолодження хворих на ІМ, але не настільки. Частково це можна пояснити тим, що середній вік 26 померлих (на догоспітальному етапі, в лікарні та протягом 2004-2005 років) становить 64 ± 6 років, тобто смертність є вищою у хворих старшого віку.

Вважаємо, що головною причиною є гіподіагностика не-Q-інфаркту міокарда, здебільшого у осіб похилого віку, особливо жінок, в т. ч. і хворих на цукровий діабет. Саме на це вказує Європейська асоціація кардіологів у своїх рекомендаціях [1], де звертається увага на часто атипичний перебіг інфаркту міокарда у цих категорій хворих. Зокрема, у жінок часто больовий синдром є атипичним, у хворих на цукровий діабет підвищений поріг больової чутливості до ішемії (внаслідок вегетативної дисфункції), що може бути причиною безбольової форми. Це характерно і для осіб похилого віку, у яких ІМ може проявлятися загальною слабкістю, порушенням свідомості, синкопе, інсультподібною клінікою. Про гіподіагностику ІМ може свідчити і те, що смертність від ІХС в Україні є у 6 разів вищою, ніж у країнах Євросоюзу, а від ІМ – у 2 рази меншою [2].

Аналіз вторинної профілактики ІМ виявив позитивні зрушення. Зокрема, всі обстежені приймають кардіотропні ліки. 96% гіпертоніків приймають антигіпертензивні препарати, 80% з них регулярно контролюють артеріальний тиск, 76% мають власний тонометр і у 68% рівень тиску є в межах цільового. Всім пацієнтам визначено індекс маси тіла, рівні глюкози та загального холестерину крові. Відрадно, що 90% хворих і через рік після ІМ приймають бета-адреноблокатори, 88% – аспірин та статини, 80% – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ). В той же час, тільки незначна частка постінфарктних хворих приймає блокатори кальцієвих каналів, нітрати, рибоксин, «біодобавки», ефективність яких є сумнівною. Відрадно, що перевага, при потребі, надається

триметазиніну (37%), однак ще рідко призначається ω -3-поліненасичена жирна кислота (ω -3-ПНЖК) (7%).

До негативу слід віднести те, що 19% хворих навіть після ІМ продовжують палити, 75% мають надмірну масу тіла чи ожиріння, у 18% має місце гіперглікемія, у 32% – гіперхолестеринемія. Причому, якщо частіше палять чоловіки (24% проти 4% у жінок) і у них частіше присутня гіперхолестеринемія (34% проти 24% у жінок), то гіперглікемія частіше виявлена у жінок (28% проти 16% у чоловіків).

Заслужує на увагу той факт, що серед жінок з Q-інфарктом у 8 (80%) має місце надмірна маса тіла (у половини з них – ожиріння), у 5 (50%) – гіперглікемія, у 3 (30%) – гіперхолестеринемія, що може підтвердити роль метаболічного синдрому у генезі атеротромбозу в цілому, інфаркту міокарда зокрема, особливо у жінок.

Все це може свідчити про неналежну увагу до корекції способу життя (припинення паління, раціональне харчування – «середземноморська дієта», адекватна фізична активність), немедикаментозної та медикаментозної корекції порушень вуглеводного та ліпідного обмінів. А також про часто формальне призначення малих доз статинів без досягнення цільового рівня хоча б загального холестерину крові (для хворих, що перенесли ІМ, < 4,5 ммоль/л). Однією з причин останнього може бути ще і висока вартість адекватних доз статинів. Це стосується і вартості постінфарктного лікування в цілому, адже місячна вартість мінімального набору навіть найдешевших медикаментів у середніх дозах (аспірин – 100 мг/доба, метопролол – 100 мг/доба, симвастатин – 20 мг/доба, еналаприл – 20 мг/доба) становить 60-70 гривень. Навіть генеричні клопидогрель, бісопролол, аторвастатин, раміприл та епадол – 320 гривень. А те саме у вигляді плав ікса, конкора, лі примара, хартіла та епадола коштує 840-850 грн. на місяць.

Таким чином, в цілому постінфарктні хворі м. Ужгород знаходяться під належним контролем. Про це може свідчити і те, що аналогічні дослідження, проведені у 2001 році в 15 країнах Європи

[5], виявили паління у 20% (в Ужгороді 19%), ожиріння у 25 (в Ужгороді у 13%), гіпертензію у 53% (в Ужгороді у 32%), гіперхолестеринемію у 44% (в Ужгороді у 31,5%), а бета-блокатори приймали тільки 54% постінфарктних хворих (в Ужгороді 90%). Разом з цим є резерви покращення ситуації через активнішу пропаганду серед хворих, що перенесли ІМ, необхідності суттєвих корективів у способі життя з метою нормалізації маси тіла, артеріального тиску, порушень ліпідного та вуглеводного обміну. Для цього слід готувати та роздавати відповідні пам'ятки, проводити групові бесіди та заняття із залученням психотерапевтів, лікарів-дієтологів та лікувальної фізкультури.

Щодо медикаментозної складової вторинної профілактики ІМ, то слід звернути увагу лікарів, які ведуть постінфарктних хворих, на необхідність призначення бета-блокаторів, ІАПФ та статинів з доказаною ефективністю та з досягненням цільових доз, тобто цільових рівнів частоти серцевих скорочень (55-60 за 1 хвилину у стані спокою),

артеріального тиску (< 140/90 мм рт. ст.), загального холестерину крові (< 4,5 ммоль/л).

Висновки.

1. У веденні постінфарктних пацієнтів мають місце проблеми з корекцією способу життя та факторів загального серцево-судинного ризику.

2. Призначення статинів, бета-блокаторів та ІАПФ є часто формальним – без досягнення цільових доз та цільових рівнів холестерину крові, частоти серцевих скорочень та артеріального тиску.

Практичні рекомендації.

1. Активніше переконувати хворих, які перенесли ІМ, у необхідності припинення паління, раціонального харчування, регулярної фізичної активності.

2. Видавати та роздавати пам'ятки, проводити групові заняття та бесіди з пацієнтами із залученням психотерапевтів, лікарів-дієтологів та лікувальної фізкультури.

3. Призначати статини, бета-адреноблокатори та ІАПФ з доведеною ефективністю та в цільових дозах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багрий А.Э., Дядько А.И. Ишемическая болезнь сердца: современные подходы к лечению (по материалам международных рекомендаций – Украина, ACC/AHA, ESC).–Донецк, 2006. – 98 с.
2. Корнацький В.М. Динаміка кардіологічної патології в структурі загальної захворюваності і смертності населення країни та інших країн Європи // Doctor. – 2006.- №6. – С.63-65.
3. Czuringa I. Szivinfarktus utani szecunder prevencio // Kardiologus. – 2006. – №1. – P.85-94.
4. Dani G., Mark L., Nagy E., Erdei F., Katona A. Szecunder prevencios gyogyszerek alkalmazasa szivinfarktustulelt betegek koreben // Cardiologia Hungarica. – 2006. – Vol. 36 – P.26-31.
5. EUROASPIRE II Study Group: Life style and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results // Eur. Heart J. – 2001. – Vol. 22. – P. 554-572.
6. The CAPRICORN investigators: Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with leftventricular dysfunction: the CAPRICORN randomized trial // Lancet. – 2001. – Vol. 357. – P.1385-1390.

SUMMARY

STATE OF SECONDARY PREVENTION OF MYOCARDIAL INFARCTION IN UZHGOROD

Rishko O.A., Bleckan M.V., Ivanyo N.V., Bubryak A.E., Varvarinec A.V., Ivanyo T.V., Pavlyuk A.P.

With the purpose of study the state of secondary prevention of myocardial infarction, the treatment of 114 patients, who have transferred a myocardial infarction in 2004 and are under supervision of the cardiologist was investigated.

As the positive fact was improved, that the majority of the patients receives betablockers (90%), aspirin (88%), statins (88%), ACE-inhibitors (80%), what is due to the European recommendations. At 68% of hypertension patients the blood pressure is in border target. At the same time there are reserves of the secondary prevention of a myocardial infarction in more aggressive correction of lifestyle and cardiovascular risk factors, because 19% patients continue smoking, 75% are high weight or obese, 32% have hypercholesterinemia, 18% – hyperglykemia.

Key words myocardial infarction, secondary prevention

УДК: 616.36-085.327

БАЛЬНЕОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ СІРКОВОДНЕВИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД

Ротаєнко А.П., Швардак М.В., Горицька С.І.

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України м. Ужгород; санаторій "Синяк", Представництва ЗАТ "Укрпрофоздоровниця" в Закарпатській області, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: авторами подана детальна характеристика лікувальної дії сірководневих мінеральних вод, які найбільш відомі в Україні, та їх перелік

Ключові слова: сірководневі мінеральні води, їх лікувальна дія

Вступ. Позитивна лікувальна дія сульфідних (сірководневих) мінеральних вод (СМВ) при захворюваннях різних органів і систем загальноно-

вдома [1]. В той же час остаточно не вирішене пи-