



Отже, у всіх пацієнтів з первинною дисфункцією ЖМ по гіпокенетичному типу і гіпертонусом сфінктера Одлі має місце БН, яка переважно (73,9%) представлена середньою ступінню вираженості (++), що є доцільним при урахуванні лікування хворих.

**Плеш І.А., Борейко Л.Д., Сливка Н.О., Кшановська Г.І., Кермошук Н.Д.**  
**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОБ'ЄМЗАЛЕЖНОГО ВАРІАНТУ У ХВОРИХ НА**  
**ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II – III СТАДІЇ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема артеріальних гіпертензій є надзвичайно актуальною в наш час. Продовжується вивчення різних патофізіологічних механізмів розвитку даного захворювання для покращення контролю його перебігу. Тому, метою нашого дослідження було покращення діагностики та оптимізація лікування хворих на ЕГ II-III ст. з урахуванням відносної резистентності до антигіпертензивного (АГ) - лікування.

Всього обстежено 58 хворих на есенційну гіпертензію II-III стадії з II-III ступенем АГ (ВООЗ, 2013) та 20 контрольної групи. Крім загальноклінічних обстежень, згідно протоколу, хворим проведено добове моніторування АТ (ДМАТ) на апаратному комплексі української фірми «Solvaig». Використана традиційна програма визначень АТ в активний період доби кожних 15 хвилин, а в пасивний – кожних 0,5-1 год.

Аналізували основні показники ДМАТ: ССАТ<sub>д</sub>; ССАТ<sub>н</sub>; СДАТ<sub>д</sub>; СДАТ<sub>н</sub>; СДТ<sub>ден</sub>; СДТ<sub>н</sub>; СДТ<sub>доб</sub>; ШРПАТ, ІНТ та САТ. Частині хворих у проблемній лабораторії ВДНЗ України «БДМУ» проводили лабораторне дослідження сироватки крові та сечі отриманих у день проведення ДМАТ. Концентрацію іонів натрію та калію в сироватці крові та в добовій сечі визначали електрометричним методом з використанням іонселективних електродів на апараті «Sino-005» (КНР). У АГ-лікуванні хворих використовували 1-2 компонентну терапію представниками I лінії препаратів. Частіше за все це були ІАПФ та діуретики, менша частина хворих отримували конкурентні до ІАПФ – БРА II або антагоністи кальцієвих каналів (АКК). Цільовий рівень АТ досягали тільки 12 із 58 хворих (21%- I група пацієнтів). У них за даними ДМАТ виявляли переважно нормальний рівень добового індекса (ДІ) (10-20%) або переважаючим був циркадіанний ритм АТ-«Dipper» з тенденцією до нормалізації АТ в нічний період. Концентрація іонів Na<sup>+</sup> та K<sup>+</sup> в сироватці крові достовірно не відрізнялась від контрольної групи, а ескреція із сечею була високою як за рахунок їх концентрації так і добового діурезу. Разом з цим такі хворі відзначали покращення суб'єктивної симптоматики, швидку нормалізацію АТ при мінімальних дозах АГ – препаратів (згідно протоколу лікування).

У більшості хворих 46 (79% II-група) за даними ДМАТ циркадіанний ритм АТ був порушений з низьким показником ДІ <10% – «Non dipper» та «Night picker», із збільшенням швидкості ранішнього підйому АТ, зростанням індексу та площі під високим АТ на відміну від хворих з добовим профілем «Dipper». Крім цього, у цих хворих спостерігався достовірно низький рівень добового діурезу та ескреції іонів Na<sup>+</sup> та K<sup>+</sup>.

У клінічній практиці переважав кризовий перебіг, суттєві порушення сну, головний біль (особливо у жінок), торлідна дія АГ – препаратів, не зважаючи на середні та максимальні дози препаратів I лінії та їх комбінації.

Нами проведено вивчення ефективності фізіологічного механізму «тиск – натрійурез» у обстежених хворих та в контролі за розрахунком співвідношення добової ескреції Na<sup>+</sup> до СДТ. У хворих I групи це співвідношення становило 1,65±0,14; в контрольній групі 1,68±0,12 (p>0,05). У обстежених II групи цей коефіцієнт становив 1,31±0,18, що був достовірно відмінним від контрольної на I групи хворих.

Отже, у хворих II групи має місце порушення ефективності механізму «тиск-натрійурез» з посиленням ролі об'ємзалежного фактора зростання АТ. При АГ-лікуванні таких хворих слід надавати перевагу комбінованому застосуванню препаратів I лінії з обов'язковим включенням салуретичних засобів (частіше – гідрохлортіазиду) в оптимальних дозах визначених за КПН=1,6-1,9.

**Поліщук О.Ю.**

**ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**  
**СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Епідеміологічні дані останніх десятиліть свідчать про високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення, афективні розлади найбільш часто зустрічаються серед хворих на серцево-судинні захворювання.

Обстежено 65 хворих, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері з діагнозом артеріальна гіпертензія (АГ) II ст. з тривожними та депресивними розладами. За нозологічними формами захворювань розподіл респондентів був наступний: найбільша частка представлена пацієнтами зі змішаним тривожно-депресивним розладом та АГ – 58%, пацієнтів з АГ та легким депресивним епізодом та помірним депресивним епізодом було 20% та 22% відповідно. Для підтвердження та оцінки тяжкості депресії та тривоги використовувалися ряд опитувальників: шкала тривоги та депресії Гамільтона (HADS), шкала PHQ-9, шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна.



Аналіз результатів дослідження хворих за допомогою тесту Спілберґера–Ханіна дозволив установити такі закономірності: помірний рівень особистісної тривоги був виявлений у 30,9% пацієнтів, високий рівень особистісної тривоги - у 69,1% пацієнтів, низький рівень особистісної тривоги не був виявлений взагалі. Щодо ситуативної тривожності, то високий її рівень виявлено у 74,55% досліджуваних, помірний рівень реактивної тривожності - у 25,45% пацієнтів.

При аналізі гендерного розподілу рівень особистісної тривоги був достовірно вищим у жінок – 51,75±1,17 балів, ніж у чоловіків 46,39±1,78 балів, ( $p<0,05$ ). У чоловіків та у жінок виявлено високі рівні особистісної тривоги, що ймовірно свідчить про особистісну схильність пацієнтів з артеріальною гіпертензією до тривожних розладів. Ситуативна або реактивна тривожність, як реакція індивідуума на зовнішні обставини в гендерному аспекті незначно відрізнялась у групах чоловіків та жінок, 46,57±1,90 балів та 48,71±1,46 балів відповідно, але також досягала високого рівня.

Результати опитувальника PHQ-9 були наступними: субклінічний рівень депресії виявлено у 12,72%, легкий рівень – 49,10%, помірний – 16,36%. Депресивні прояви середньої тяжкості виявлено у 12,72%, тяжку депресію - у 9,1%, показник тривоги у жінок був достовірно вищим ніж у чоловіків 10,47±0,50 балів та 8,57±0,77 балів ( $p<0,01$ ) відповідно.

Вивчаючи показники рівнів депресії за методикою HADS також встановлена суттєва різниця в статевому розподілі: у жінок - 8,75±0,81 балів, у чоловіків – 7,04±0,73 балів, але вони не мали достатнього коефіцієнту достовірності. Рівень депресії, який визначався за опитувальником PHQ-9 незначно, але також був вищий у жінок порівняно з чоловіками – 8,94±0,87 балів та 8,17±1,22 балів відповідно.

Вивчаючи залежність рівня тривожності та виду депресивного епізоду виявлено достовірні кореляційні зв'язки між показниками тривоги за шкалами HADS та PHQ-9, особистісної і ситуативної тривожності та легким депресивним епізодом. Зазначені показники були значно нижчими у групі з легким депресивним епізодом порівняно з групою пацієнтів у яких було виставлено діагноз помірний депресивний епізод. Коефіцієнт кореляції між показниками особистісної тривожності та ступенем депресії за результатами опитувальників HADS та PHQ-9 склав 0,71 та 0,79, відповідно.

Більшість осіб з артеріальною гіпертензією та непсихотичними психічними розладами мають високий рівень особистісної та ситуативної тривожності. Між показником особистісної тривожності та ступенем депресії, визначеним за допомогою опитувальників HADS та PHQ-9 виявлено прямий кореляційний зв'язок. У гендерному розподілі рівень тривоги та ступінь депресивного розладу виявився достовірно вищим у жінок.

**Полянська О.С.**

### **ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Вегетативна дисфункція призводить до порушення обміну речовин (гіперхолестеринемії, диспротеїнемії, гіперглікемії), системи згортання крові і фібринолітичної активності. Численні дані літератури свідчать про те, що під контролем гіпоталамуса знаходяться процеси еритро-, гранулоцито- і лімфопоєзу, а також процеси імуногенезу.

Нами досліджено 122 хворих з різними формами ішемічної хвороби серця. Контролем слугували 25 практично здорових осіб. Вік досліджуваних склав в середньому  $48,2 \pm 5,34$  років. Серед обстежених пацієнтів у 60 виявлена переважно больова ішемія міокарда (БІМ) та у 62 – безбольова ішемія міокарда (ББІМ). Холтеровське моніторування електрокардіограми (ЕКГ) проводили на апараті фірми “Siemens“ впродовж 24 годин. Оцінку вегетативного статусу проводили за даними кардіоінтервалограм: моди (Мо), амплітуди моди (АМо), варіаційного розмаху (Δх). Окрім того, враховували 3 інтегральних коефіцієнти: індекс вегетативної рівноваги (ІВР), вегетативний показник ритму (ВПР), показник адекватності процесів регуляції (ПАПР).

Нами проаналізовано хроноритмологічну мотивацію показників вегетативного статусу за даними кардіоінтервалографії у хворих на ІХС з епізодами БІМ та ББІМ. Встановлено, що показник моди у хворих з епізодами БІМ та ББІМ був найвищим з 0 до 6 год, що вказує на високий рівень функціонування синусового вузла за рахунок гуморального каналу регуляції в цей період доби при вірогідній перевазі для ББІМ. Найвищий показник амплітуди моди виявлено в періоді з 6 до 12 год у групі хворих з епізодами ББІМ, а для епізодів БІМ - в періоді з 12 до 18 год, що вказує на вплив центрального контуру регуляції на синусовий вузол. Показник варіаційного розмаху найвищий у хворих з епізодами ББІМ та БІМ в період з 0 до 6 год при вірогідній перевазі для ББІМ, що свідчить про вираженість парасимпатичного впливу в цей період доби на серцевий ритм. Індекс вегетативної рівноваги відображає співвідношення між відділами ВНС, і є найвищий у період з 12 до 18 год для хворих з епізодами ББІМ, а при наявності больових нападів - в періоді з 18 до 24 год. Аналіз хроноритмологічної мотивації показника ІВР регуляції вказує на найвищу його величину в періоді з 12 до 18 год для хворих з епізодами ББІМ, а при БІМ – в періоді з 6 до 12 год при перевазі для пацієнтів із больовими нападами. ВПР був найвищим в обох групах у проміжку з 0 до 6 год, що підтверджує перевагу парасимпатичного впливу на серцевий ритм у цей період.

Отже, виявлені особливості вегетативного статусу дають можливість індивідуалізовано підходити до медикаментозної терапії у хворих на ішемічну хворобу серця.