

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



вищих параметрів життя. Але хворих людей навіть в розвинутих країнах не стає менше, а навпаки. Перспективні дослідження вказують, що з цією тенденцією не вдається впоратись найбільш потужним державам з високим рівнем медичного обслуговування. На це є об'єктивні фактори: високі та постійно зростаючі темпи життя і надмірні стреси, прогресуюче погіршення стану довкілля, в т. ч. забруднення й екологічні «хвороби» ґрунтів та нав'язане цим прогресуюче зниження якості і біологічної цінності їжі, як основного фактора біологічного існування і благополуччя людини в усіх вимірах. Людина як біологічний об'єкт елементарно не витримує в аспекті здоров'я взаємодії в будь-яких суспільствах в нинішніх умовах існування. Перспективи покращення є сумнівними. Медицина майбутнього в цій ситуації здоров'я її не вбереже, бо й надалі вона приречена боротьбою з наслідками втрати здоров'я. Людство й нині безпечно живе в традиціях і звичаях минулого, виражених в крилатій фразі Гіппократа: «Natura curat». А воно ж нині зовсім не так: природа мстить людині за нерозумну діяльність і надмірні бажання всяких благ («Природа хвора людиною» - акад. А. Мойсеєв, РФ).

За цих умов на межі ХХ і ХХІ століть ВООЗ розробило нову стратегію збереження здоров'я людства, в якій акцент перенесений з державної опіки за допомогою медицини над здоров'ям нації на відповідальність особи за своє здоров'я за допомогою держави та її медичної галузі. Це так звана стратегія здорового способу життя, в якій оздоровче харчування відіграє ключову роль. За останні 15-20 років провідні професійні медичні асоціації розвинутих держав здійснили величезну роботу з порівняльного аналізу оздоровчої ефективності різних типів харчування на континентах Землі в аспекті профілактики найбільш соціально значущих хвороб цивілізації: серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, опорно-рухового апарату тощо. Запропоновано та постійно вносяться вдосконалення в різні рекомендації з дієтичної профілактики найбільш поширених захворювань. Продовжуються масштабні дослідження на різних континентах щодо розробки нових підходів, націлених на майбутнє з позиції метаболоміки та нутрієнт-геномної взаємодії (геноміки), нутрієнтметаболоміки, персоналізованої профілактичної медицини на основі оцінки харчового статусу особи на даний період його життя та особливостей професійної діяльності. Зрозуміло, що такі дослідження є високозатратними, довготривалими, а їх результати отримують зусиллями великої групи спеціалістів різного профілю (клініцистів, біохіміків, фізіологів, нутріціологів тощо). Старе розуміння виснаження провідних харчових стимулів споживання їжі змінюється на нову концепцію – концепцію попередження виснаження цих стимулів. Вже на теперішній час досягнуті значні успіхи у вивченні ролі геному людини в реалізації фізіологічних потреб організму в найважливіших нутрієнтах, контролю за хімічним складом засвоєння їжі, обміні речовин, ступені та види руйнування речовин, всмоктування та видалення непотрібних продуктів з організму внаслідок експресії генів тощо. Це - тільки початок майбутніх вдосконалень та доповнень до дієтичних рекомендацій за різними профілями захворювань. Надалі – це врахування національних традицій та звичаїв у харчуванні державних, економічних можливостей, континентального клімату, особливостей обміну речовин різних людських рас, вікові та гендерні особливості.

Зусилля медичних спільнот світу повинно об'єднати ВООЗ, розробити узагальнені для всіх держав світу рекомендації, а держави світу повинні забезпечити належний доступ широких мас населення до сучасної літератури зі здорового способу життя та оздоровчого харчування різними шляхами інформації (ЗМІ, в школах, ВНЗ, виробництвах) та різними формами спонукати до активного, впродовж всього життя, використання цих надбань, які будуть постійно вдосконалюватися згідно постійно змінних умов існування людства. В цьому напрямку науковцями БДМУ зроблені певні кроки: видана монографія «Основи оздоровчого харчування» (2000р., О.І. Волошин, О.І. Сплавський), яка перетерпіла в подальшому 4 перевидання (2002, 2005, 2008, 2012) та в 2002 році на конкурсі «Еліт-профі»-Україна отримала 3 та 7 місця, а в 2013-2014 роках монографія «Оздоровче харчування: стан і перспективи ХХІ століття» (автори: О.І. Волошин, Т.М. Бойчук, Л.О. Волошина).

Сучасна людина повинна зрозуміти: її роль в збереженні здоров'я – провідна, держава й профілактична медицина в цьому їй допоможуть. Надії на сучасну медицину в моєму здоров'ї – лише для окремих періодів і ситуацій в моєму житті. Надмірна довіра медицині – це майже помилка. Людство в недавньому минулому таких помилок наробило багато. Я цього не повторю і для цього в мене є сучасні профілактичні настанови медицини світу. Але я відповідальний і уважно слідкую за новинами в цьому аспекті. Такою повинна стати стратегія здорового існування сучасного українця у світлі нинішніх і майбутніх реалій.

Волошин О.І., Доголіч О.І., Пашковська Н.В.*

ПОДАГРА І ГІПОТИРЕОЗ: ГЕНДЕРНІ І ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ АСПЕКТИ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*
Буковинський державний медичний університет*

В останні десятиліття в світі й Україні спостерігається значне зростання захворюваності на подагру (з 0,5% до 2-3 % в популяції; В.М. Коваленко, 2013). Однією з ключових особливостей патології внутрішніх органів нинішньої епохи є формування зростаючого за вираженістю комплексу коморбідності, переважно на аліментарній основі та порушення обміну речовин. Новим, нещодавно виявленим компонентом коморбідності є формування явищ субклінічного і маніфестного гіпотиреозу (В.І. Паньків, 2012), причини появи якого на різних континентах різні, численні.



Метою дослідження було вивчення клініко-патогенетичних особливостей подагри на тлі гіпотиреозу.

Обстежено 127 хворих на подагру у віці 37-77 років, переважно чоловічої статі (98 осіб – 77,16%). Основна частина хворих були старше 55 років (99 – 77,95%). Верифікацію подагри та гіпотиреозу здійснювали згідно рекомендацій вітчизняних та провідних профільних асоціацій Європи. Субклінічним гіпотиреозом вважали перевищення рівня ТТГ у сироватці крові від 4,3 до 10 мОд/л – маніфестним гіпотиреозом незважаючи на мінімальні клінічні прояви та не завжди знижений рівень Т₄ (вільний).

Субклінічний гіпотиреоз виявлявся в жінок після 50-55 років (6 осіб – 20,68% від загального числа жінок), у чоловіків – після 58-60 років (12 пацієнтів – 12,25% від числа чоловіків). Маніфестний гіпотиреоз виявлений лише в 7 осіб (5,51% від загального числа хворих), з них переважно були жінки (4 особи – 13,79% від числа жінок). В гендерному аспекті різні форми гіпотиреозу серед чоловіків, хворих на подагру, спостерігалися в 15 осіб (15,15%), серед жінок – у 35,71% (10 осіб), тобто, в 2,36 рази частіше. Загалом серед обстежених нами хворих на подагру різні форми гіпотиреозу виявлені в 25 осіб (19,69%), тобто, в майже кожного п'ятого пацієнта.

Клінічно при субклінічному гіпотиреозі подагра в чоловіків та жінок характеризувалися хронічним подагричним артритом з торпідним перебігом, наявністю ожиріння I – II ст., вираженими явищами сечово-кислого діатезу чи сечокам'яної хвороби, більш вираженими гіперурикемією, гіперхолестеринемією, гіпертригліцеридемією, зниженням швидкості клубочкової фільтрації та погіршенням результатів гіперурикемічної терапії порівняно з попередніми роками.

Із семи пацієнтів з маніфестним гіпотиреозом тільки в чотирьох осіб були мінімальні клінічні ознаки гіпотиреозу (сухість, дрябкість шкіри, легка одутлуватість обличчя, мерзлякуватість, ламкість нігтів). Особливістю подагри в них було почастішання майже в два рази рецидивів подагри впродовж року з тяжкий їх перебіг, охоплення подагричним процесом суглобів ніг, рук, тофусами різних локалізацій, більш виражений поліморбідний та коморбідний фон, переважно за рахунок метаболічного синдрому, остеоартрозу та хвороб системи травлення. Відмічено також більш значне ураження сечостатевої системи з глибшими порушеннями клубочкової фільтрації.

За узгодженням з ендокринологами до стандартного комплексного антиподагричного лікування (дієта №6, НПЗП, алопуринол, місцеве лікування) хворим із субклінічним гіпотиреозом додатково призначено фітозасіб зобофіт (ектракти перстачу білого, дроку красильного, гадючника шестипелюсткового, півонії незвичайної, листя й бруньок берези та спіруліни) в стандартному дозуванні впродовж 3-4 місяців. Контроль ефективності здійснювали згідно зміни перебігу подагри, ефективності антиподагричної терапії та контроль рівнів ТТГ в крові через 2 і 4 місяці.

Пацієнтам з маніфестним гіпотиреозом додатково призначали левотироксин починаючи з дози 12,5 мкг/добу з поступовим підвищенням через кожні 2-3 тижні до цільової – 75 мкг/добу та вирівнювання показника ТТГ в сироватці крові, що здійснювалося тільки за вказівкою ендокринолога. Оцінка ревматологічного статусу здійснювалася нами.

Встановлено, що у хворих на подагру із субклінічним гіпотиреозом застосування зобофіту в лікувальному комплексі сприятливо впливало на клінічні прояви супутніх і коморбідних захворювань, особливо артеріальну гіпертензію, а також сприяло прискоренню нормалізації рівня сечової кислоти в крові. Лише в половині хворих рівень ТТГ в сироватці крові через 2 місяці застосування зобофіту був нижчим за 4,3 мОд/л, але не в одного не досяг рекомендованого рівня – 2,3-2,5 мОд/л. В частині хворих, що залишилися із субклінічним гіпотиреозом цього результату вдалося досягти при чотиримісячному застосуванні зобофіту. Ця тенденція була властива хворим у віці за 62-65 років, переважно жінкам.

У пацієнтів із подагрюю та маніфестним гіпотиреозом динаміка подагричного процесу та коморбідних захворювань під впливом комплексного лікування із додатковим застосуванням левотироксину була значно повільнішою через необхідності обережного і повільного підвищення дози останнього, але при дозі 50 мкг/добу результати стали клінічно виразними.

Субклінічний, особливо маніфестний гіпотиреоз, формується у частини хворих на подагру у віці за 55-60 років, переважно жінок та обтяжують прояви, перебіг подагри, погіршують результат лікування цієї недуги та коморбідних з нею процесів. Визначені особливості подагри на тлі гіпотиреозу диктують необхідність включення засобів корекції функціонального стану щитоподібної залози, одними з яких можуть бути апробовані нами зобофіт та левотироксин. Хворим на подагру з погіршенням проявів і перебігу останньої, особливо у віці за 55 років доцільно скринінгове обстеження на предмет раннього виявлення гіпотиреозу.

Волошина Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ НА ТЛІ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Остеоартроз (ОА) – найпоширеніше захворювання опорно-рухового апарату осіб літнього та старечого віку, що супроводжується дискомфортом та порушенням здатності до пересування, погіршенням якості життя та прогресуючого зниження або втрати працездатності. На перебіг ОА впливають захворювання, що мають взаємообтяжуючу дію, яка призводить до погіршення перебігу хвороби, результатів лікування та прискоренню прогресування клінічних ознак. Провідне місце серед супровідної коморбідної патології у цього контингенту



людей належить хворобам системи кровобігу (більше 50%) та патології щитоподібної залози (46,67%), що вимагає диференційованого підходу до реалізації комплексного лікування ОА.

Мета: вивчити особливості ліпідного обміну у хворих на ОА I-II стадії на тлі субклінічного гіпотиреозу (СГ).

Під спостереженням перебувало 168 хворих на ОА I-II стадії у віці від 45 до 73 років. Співвідношення чоловіки:жінки у віці до 55 років складало 1:7, після 60 років – 1,1:2,1. Функціональний стан щитоподібної залози проводили за допомогою визначення рівнів ТТГ та Т₄-вільний і мунохемилюмінесцентним методом. Критеріями «субклінічного гіпотиреозу» слугувало підвищення ТТГ від 4,5 до 10,0 мОд/л при нормальному рівні Т₄ за наявності ознак ураження щитоподібної залози при ультразвуковому або об'єктивному обстеженні.

За такого підходу СГ виявлено у 31 (18,45%) пацієнта, переважно в жінок (24 особи). Як правило, ознаки СГ виявляли в жінок старше 55 років та чоловіків старше 60-62 років. Дослідженням ліпідного профілю виявлено підвищення рівня загального холестерину (ЗХс) у 145 (86,31%) хворих та ЛПНЩ у 132 (78,57%) осіб переважно жіночої статі вибірки. Проте у всіх хворих на ОА із явищами СГ виявлені підвищені рівні ЗХс та ЛПНЩ і вищі рівні коефіцієнту атерогенності, а також вираженіші прояви ІХС та артеріальної гіпертензії.

Відмічено підвищення нормативних показників ліпідограми у хворих на ОА залежно від віку, маси тіла, що в динамічному спостереженні сприяло погіршенню результатів лікування ОА на стаціонарному етапі, зростанню частоти, тривалості рецидивів, потребі у повторних госпіталізаціях. Виявлення СГ було потенційним провокуючим кардіоваскулярні події фактором. Аналіз наукового матеріалу дозволив встановити закономірність: наявність СГ має патогенетичні зв'язки з розвитком КВР та вимагає додаткових лікувально-профілактичних заходів.

Отримані результати демонструють асоціацію наявності підвищення рівнів ЗХс, ХсЛПНЩ, КА з наявністю субклінічного гіпотиреозу у хворих на ОА, що свідчить про зв'язок атерогенного потенціалу та субклінічного гіпотиреозу.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в розробці ранніх діагностичних та профілактичних заходів корекції дисбалансу ліпідного профілю та гіпофункції щитоподібної залози у хворих на остеоартроз I-II стадії. Науковцями доведено вплив дисфункції щитоподібної залози на серцево-судинні захворювання. Приоритетним завданням в сучасному лікуванні хворих на ОА є врахування стану серцево-судинної системи з профілактичною та лікувальною корекцією виявлених змін на ранньому етапі.

Гайдич Л.І.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО РИТМУ АТ У ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІЙНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ II СТАДІЇ НА ФОНІ ПРИЙОМУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ І ЛІНІЇ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет*

Есенційна гіпертензія (ЕГ) залишається одним із найважливіших чинників, що призводить до розвитку захворювання, або смерті, разом із тим артеріальний тиск (АТ) – показник, який може бути найбільш контрольований серед інших.

Окремої уваги заслуговують показники 24 –х годинного добового профілю АТ (добовий індекс (ДІ), варіабельність, середні значення АТ тощо), підвищення яких, на думку багатьох вчених, є прямим фактором ризику прогресування та виникнення ускладнень захворювання. Тому, стратегія вибору правильної терапії повинна бути спрямована на м'яку дію препарату щодо окремих показників добового ритму АТ з метою попередження виникнення небажаних наслідків.

Не дивно, що сьогодні, докіль лікувальної тактики пацієнтів, що мають підвищений АТ точиться багато дискусій та обговорень. У той час, коли клініцисти прагнуть дотримуватись рекомендацій з лікування високого АТ, пацієнти хочуть бути впевненими, що лікувальні заходи приведуть до зменшення тягаря їхньої хвороби. Тому в результаті проведених багатоцентрових масових досліджень стало очевидним, що основною метою лікування пацієнтів на ЕГ є не тільки зниження рівня АТ до оптимального, але і обмеження або ліквідація факторів ризику прогресування та ускладнень захворювання.

Метою роботи було вивчення впливу антигіпертензивної терапії препаратами з груп інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА II) на окремі показники добового профілю артеріального тиску (АТ) у хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) II ст. з різним добовим ритмом АТ.

Обстежено 92 хворих на ЕГ II ст. (згідно класифікації ВООЗ, 2010). Середній вік хворих становив – 52,38 ± 2,14 роки. Добове моніторування АТ (ДМАТ) проводилось за допомогою реєстратора АВРЕ-02 фірми «Solvaig». За коливаннями добового індексу (ДІ) встановлювали належність до однієї з груп циркадіанного ритму АТ- D, ND, NP за загальноновизнаними даними. Апарат активізували за стандартною програмою обстежень хворих для реєстрації величин АТ кожних 15 хвилин в денний (активний) і кожних 30 - 60 хвилин в нічний (пасивний) періоди доби. За тривалістю та періодичністю вимірювань АТ керувались рекомендаціями робочої національної групи NBREP (США, 1990), де загальне число вимірювань складало не менше 50.

За варіантами добового індексу (ДІ) розподіл пацієнтів склав: D - 35, ND - 45, NP - 12 осіб, що у відсотковому співвідношенні від загальної кількості становить 39%, 49% та 12% відповідно. З усіх обстежених пацієнтів іАПФ приймали 48% (17 осіб) з групи добового ритму D та 7% (3 осіб) з цієї групи пацієнтів



приймали препарат з групи БРА II. У групі ND: 43% (19 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи іАПФ та 4% (2 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи БРА II. У групі NP 46% (6 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи іАПФ та 8% (1 особа) пацієнтів вживали препарат з групи БРА II.

Середні добові значення АТ у пацієнтів на ЕГ II ст. в загальній групі становили САТ 149 ± 1,3, ДАТ 93 ± 0,6 (мм.рт.ст.). По групах добового ритму АТ середні величини АТ мали наступні значення: у групі D: САТ 140,57 ± 0,9, ДАТ 80,03 ± 0,2; у групі ND САТ 143,57 ± 1,1, ДАТ 83,09 ± 0,6; у групі NP САТ 146,78 ± 1,9, ДАТ 81,44 ± 0,5 (мм.рт.ст.). Середній офісний САТ та ДАТ у загальній групі відповідали переважно II ступеню зростання АТ згідно класифікації (162,76 ± 1,19 та 103,02 ± 2,10 мм. рт. ст.).

17 хворих на ЕГ II ст. з групи D окрім базисної терапії приймали лізіноприл в добовій дозі 10 мг в першій половині дня (група 1) та 3 хворих, які отримували валсартан в добовій дозі 80 мг 1 раз на день (група 2). Профіль АТ за даними добового індексу у всіх обстежених до і після лікування відповідав D.

В групі недіперів (ND та NP) 25 хворих окрім базисної терапії приймали лізіноприл в добовій дозі 10 мг в першій та другій половині дня (група 3) та 3 хворих, які отримували валсартан в добовій дозі 40 мг 2 раз на день (група 4).

В результаті лікування в усіх (4 - x) групах хворих зменшились середньодобові, середньоденні та середньонічні значення систолічного і діастолічного АТ, однак відмінності між групами були статистично недостовірними. Одночасно з цим індекс варіабельності (ІВ) середньодобового САТ в групі 2 та 4 був достовірно нижчим ніж в групі 1 та 3: 18,4 ± 0,6 та 21,4 ± 0,8 (p < 0,05), аналогічно змінювався і ІВ середньоденного САТ – 18,7 ± 0,7 та 22,5 ± 0,5 (p < 0,05). ІВ середньонічного САТ практично не відрізнявся в обох групах – 16,2 ± 0,4 та 16,3 ± 0,4. Відповідно до динаміки АТ відмінність в значеннях індексів "навантаження тиском" САТ і ДАТ в усіх групах була недостовірною.

Застосування антигіпертензивної терапії препаратами I лінії груп іАПФ та БРА II у пацієнтів на ЕГ II ст. з різним добовим ритмом АТ в цілому дозволило утримувати цільовий рівень АТ впродовж доби та зменшити середньодобові значення САТ та ДАТ. Однак індекс варіабельності середньодобового САТ, який є незалежним фактором ураження органів-мішеней, був достовірно нижчим та суттєво різнився в групах пацієнтів з добовим профілем D та NP, що приймали препарати з групи БРА II.

Гайдич Л.І., Плеш І. А., Борейко Л. Д., Сливка Н.О., Кшановська Г.І. ДО ПИТАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ДОБОВИМ ПРОФІЛЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет*

Питання лікувальної тактики пацієнтів на есенційну гіпертензію II ст. є і буде актуальним. На сьогодні відомо, що досягнення мети лікування можливе тільки у разі максимального зниження сумарного ризику серцево-судинних ускладнень, що можливо за умов плідної співпраці лікаря та пацієнта.

Найбільш цитованим медичним документом у світі з лікування артеріальної гіпертензії став оригінальний варіант спільних рекомендацій Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC). Рекомендації 2013 року репрезентують сучасний стан науки, який показує, що повинно бути зроблено, щоб зменшити смертність і захворюваність від високого артеріального тиску та його ускладнень.

Мета роботи - визначити факт прихильності до лікування пацієнтів на ЕГ II ст. з різною циркадіанною структурою АТ.

Всього обстежено 92 пацієнти у яких, згідно класифікації ВООЗ, 2010, діагностовано ЕГ II ст. Середній вік пацієнтів становив: 52,38 ± 2,14 років. Рівень АТ у них становив: 165,65 ± 2,71 за САТ та 109,56 ± 1,49 мм.рт.ст. за ДАТ. Усім пацієнтам проводили добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) з використанням комплексу апаратури АВРЕ-02 фірми «Solvaig» (Україна). За коливаннями добового індексу (ДІ) встановлювали належність до однієї з груп - D, ND, NP за загальноновизнаними даними та визначали факт прихильності до лікування шляхом опитування.

Виявлено, що серед усіх обстежених пацієнтів прихильними до лікування з дотриманням схем прийому антигіпертензивних препаратів та тих, що усвідомлюють наслідки АГ до та після проведення ДМАТу виявилось 39%, серед яких 8% - пацієнти з групи D, 14% - з групи ND та 17% - з групи NP. Хворих, які на початковому етапі стабілізації АТ припиняють лікування у зв'язку з покращенням самопочуття виявилось - 46%, серед яких 28% - пацієнти з групи D, 11% з групи ND та 7% з групи NP. І 15% серед яких 9% - пацієнти з групи D, 4% з групи ND та 2% з групи NP припадає на тих, які не розуміють доцільності в тривалій індивідуальній антигіпертензивній терапії, а приймають препарати за потребою при значному підвищенні АТ та поганому самопочутті. Такий прийом можна вважати хаотичним та неконтрольованим, а пацієнтів віднести до групи ризику можливих ускладнень.

Нами звернена увага на те, що серед чинників, що можуть впливати на прихильність до лікування є тісніша співпраця лікаря та пацієнта: роз'яснення хворому мети та завдання терапії, розуміння пацієнтами можливих ускладнень АГ, чіткі інструкції щодо прийому препаратів, уникання хаотично неконтрольованого прийому ліків. Подальше розуміння пацієнтами первинної мети лікування високого АТ включаючи оцінку індивідуальних факторів ризику у конкретного хворого повинно призвести до зменшення серцево – судинного