Поліщук О.Ю.

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ БІОФІДБЕК-ТЕРАПІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

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

Значна кількість дослідників відносять хвороби серцево-судинної системи до психосоматичних (у широкому значенні цього терміну) захворювань. Це означає, що соматичне захворювання розвивається за постійної та безпосередньої участі психічного фактору. Відомо, що інфаркт, гіпертензія, певні види порушень ритму нерідко виникають у зв'язку з емоційним стресом, а у подальшому наявність самого захворювання серця є сильним стресовим фактором, що сприяє розвитку у хворого різних психологічних порушень. На практиці при проведенні лікувальних та реабілітаційних заходів виявилось, що без урахування психічного фактору неможливо досягнути збереження достатнього рівня якості життя пацієнтів.

Останніми роками спостерігається збільшення виявлення непсихотичних психічних розладів (найчастіше у вигляді тривожно-депресивних) у пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи. Депресивні розлади нерідко ховаються під маскою соматичного захворювання або його супроводжують, залишаючись при цьому нерозпізнаними й неоціненими. Збільшення виявлення даної патології пов'язано з більшою інформованістю лікарів загальносоматичних спеціальностей про соматоформні (психосоматичні) порушення, однак приблизно 60 - 80 % хворих депресією не потрапляють у поле зору психіатрів і не отримують адекватної терапії.

Традиційно для лікування психосоматичних розладів застосовують медикаментозне лікування із використанням кількох груп препаратів із різним ступенем доказовості та психотерапевтичний вплив. Останні роки до цього арсеналу приєднався метод біофідбек-терапії.

Біофідбек-терапія – це комплекс методів та технологій, заснованих на принципі біологічного зворотнього зв'язку, що використовуються з метою удосконалення саморегуляції фізіологічних функцій організму. Під час сеансу біологічного зворотнього зв'язку пацієнт отримує інформацію про стан своїх органів та систем, яка зазвичай для людини є недоступною, та навчається контролювати фізіологічні функції свого організму та емоційний стан. Ефективне використання біофідбек-терапії за відзначено даними різних авторів в лікуванні гіпертонічної хвороби, хвороби Рейно, травм та парезів, виразкової хвороби, бронхіальної астми, тривожного розладу, фобій, посттравматичного стресового розладу. Серед параметрів організму, що можуть використовуватись для біофідбек-терапії в корекції психосоматичних розладів у пацієнтів із захворюваннями серця, найчастіше застосовуються показники частоти серцевих скорочень, температури, швидкості поширення пульсової хвилі, опірності шкіри, варіабельності серцевого ритму. Біофідбек-терапія може застосовуватись паралельно з медикаментозною терапією та/або психотерапевтичним втручанням.

Полянська О.С.

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ НА ТЛІ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

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

Матеріалом дослідження стали 122 хворих з кардіальною патологією, які знаходились на стаціонарному та поліклінічному лікуванні в Чернівецькому обласному кардіологічному диспансері та 25 практично здорових людей. Вік пацієнтів коливався від 19 до 76 років, складаючи в середньому 48,2 ± 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" на протязі 24 годин. Оцінку вегетативного статусу проводили за даними кардіоінтервалограми з наступним розрахунком показників математичного аналізу серцевого ритму: моди (Мо), амплітуди моди (АМо), варіаційного розмаху (Δх). Окрім того, вираховували 3 інтегральних коефіцієнти: індекс вегетативної рівноваги (ІВР), вегетативний показник ритму (ВПР), показник адекватності процесів регуляції (ПАПР).

Враховуючи важливу роль вегетативного дисбалансу у виникненні та прогресуванні ішемії міокарда 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. Звертає увагу вдвічі менша величина ВПР у хворих з епізодами ББІМ, що підтверджує роль вегетативного статусу в реалізації ББІМ. Виявлена залежність дає можливість індивідуалізовано підходити до медикаментозної терапії у таких хворих з впливом на стан вегетативного статусу.

Присяжнюк В.П., Волошин О.І.

ЗВ'ЯЗОК A313G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ GSTP1 З БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"

Одними з основних генів, які задіяні у патогенезі хронічного гепатиту (ХГ), є гени, що кодують синтез глутатіон-S-трансферази (GST), – ферменту другої стадії системи дезінтоксикації. Нині відомо вісім ізоформ ферменту GST та три гени GST, кожен з яких відповідає за синтез тієї чи іншої ізоформи ензиму. Зокрема, ген GSTP1, який міститься на хромосомі 11q13, кодує π-клас ферменту.

Метою роботи було дослідити можливий зв'язок A313G поліморфізму гену GSTP1 з біохімічними показниками крові у хворих на ХГ.

Вивчено A313G поліморфізм гена GSTP1 у 57 пацієнтів із ХГ невірусної етіології і 45 практично здорових осіб (група контролю). Дослідження A313G поліморфізму гена GSTP1 проводили у Державному закладі "Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України" (м. Київ). Біохімічні дослідження крові проводилися на біохімічному аналізаторі "Accent-200" ("Cormay S.A.", Польща) за допомогою стандартних реактивів та методик на базі лабораторії Чернівецького обласного діагностичного центру. Усі пацієнти та практично здорові волонтери дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Серед обстежених пацієнтів AA-генотип діагностували у 32 осіб (56,1%), AG-генотип – у 21 (36,9%), GG-генотип – у 4 (7,0%). A-алель гена GSTP1 визначалася у 85 випадках (74,6%) серед 114 виділених алелей, G-алель – у 29 випадках (25,4%) відповідно. У групі практично здорових людей виявлено 28 (62,2%) гомозиготних носіїв A-алеля; 16 осіб (35,6%) цієї групи були гетерозиготами, 1 людина (2,2%) – гомозиготним носієм G-алеля. A-алель гена GSTP1 виявлено у 72 випадках (80,0%) серед 90 визначених алелей, G-алель – у 18 випадках (20,0%) відповідно. Використавши статистичний метод обрахунку відношення шансів не встановлено статистично достовірної різниці у розподілі генотипів A313G поліморфізму гена GSTP1 між хворими на ХГ та практично здоровими особами (OR = 1,36, CI = 0,70 – 2,66, $p < 0,05$). Для пацієнтів із ХГ не залежно від алельного розподілу характерний більший вміст загального білірубіну та його фракцій, триацилгліцеролів, сечової кислоти, а також вища активність трансаміназ, лужної фосфатази та GST у крові порівняно з відповідними показниками у практично здорових осіб. Більше того, у обстежених пацієнтів із G-алелем спостерігали достовірно вищу на 44,0% ($p = 0,046$) активність аланінамінотрансферази порівняно з такою у хворих носіїв AA-генотипу, що вказує на вищу активність процесів цитолізу у зазначеної когорти пацієнтів.

Частота зустрічальності G-алеля гена GSTP1 у пацієнтів із ХГ достовірно не відрізняється від такої у практично здорових осіб. Наявність G-алеля гена GSTP1 у хворих на ХГ асоціює з вищою активністю маркерів цитолітичного синдрому порівняно з пацієнтами носіями AA-генотипу.

Рева Т.В., Трефаненко І.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ СОРБЕНТІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНІМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

За останні роки в усьому світі збільшилася кількість хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ). Серед дорослого населення Європи і США печія — кардинальний симптом ГЕРХ – зустрічається у 20–40 % хворих. Причому печію щодня відчувають до 10 30%, щомісячно 50 %, тільки 2% пацієнтів лікуються з приводу ГЕРХ. XXI століттям Всесвітня гастроентерологічна асоціація визнала століттям ГЕРХ. На тлі зниження функції щитоподібної залози відбуваються порушення ліпідного обміну із розвитком ожиріння, функціональної активності травного каналу: уповільнення шлункової евакуації, розвиток хронічного дуоденостазу, дуоденогастрального рефлюксу.

Метою роботи було вивчити ефективність застосування сорбенто-гелю у хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом.

Обстежено 40 хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом. Усім пацієнтам проводилось клінічне обстеження, дослідження ліпідного обміну, тиреоїдного гомеостазу, ендоскопічне дослідження, pH-метрія стравоходу та шлунка. Основній групі пацієнтів (25 осіб) була проведена оптимізована терапія із призначенням препарату сорбенто-гелю.

Контрольну групу склали 15 пацієнтів, що отримували базисне лікування. Показники умовної норми отримали у результаті обстеження 20 практично здорових осіб. Застосування загальноприйнятої методики лікування даної категорії хворих із застосуванням великих доз обволікаючих препаратів, кислотосупресивної