



Обстежено 120 пацієнтів з діагнозом стабільної стенокардії (СтСт) з ГУ в розподілі на три групи: ті, що отримували стандартну терапію (70 осіб (58,33 %)), пацієнти з додаванням алопуринолу (23 особи (19,17 %)) і пацієнти з включенням до терапії кверцетину (27 осіб (22,50 %)). На початку стаціонарного лікування та через 6 міс. на амбулаторному етапі всім хворим проведено клінічне та лабораторне обстеження з визначенням рівнів СК-ти, загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), креатиніну, мозкового натрійуретичного пропептиду (NT-proBNP), С-реактивного білка (СРБ) та загального тестостерону (ЗТ) сироватки крові.

Встановлено зниженням вмісту ЗХС і ТГ в 1-ій, 2-ій та 3-ій групах комплексної терапії ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$  та  $p < 0,001$ , відповідно) з переважаючим ефектом алопуринолу в зіставленні з 1-ою групою. За умов лікування за стандартною терапією визначається зростання вихідного рівня СК-ти та креатиніну крові ( $p < 0,001$  в обох випадках), що ймовірно обумовлене прийомом петльових діуретиків до досягнення еуволемічного стану. Вказаний ефект діуретиків компенсується введенням у терапію алопуринолу та кверцетину ( $p < 0,001$  за всіма показниками), з переважаючим ефектом алопуринолу в зіставленні з 1-ою групою ( $p < 0,05$ ). Порівняно зі стандартною терапією додавання як алопуринолу, так і кверцетину сприяє зниженню вихідного вмісту NT-proBNP (в обох випадках  $p < 0,05$ ). Тільки за додавання до терапії алопуринолу досягається позитивна динаміка запальної активності зі зниженням вихідної концентрації СРБ ( $p < 0,001$ ).

Включення алопуринолу до стандартної терапії СтСт у пацієнтів з асимптомною ГУ позитивізує динаміку запальної активності зі зниженням вихідної концентрації СРБ. Додавання до стандартної терапії алопуринолу або кверцетину нормалізує ліпідний спектр шляхом зниження вмісту ЗХС і ТГ, покращує ниркову функцію зі зниженням рівня креатиніну, з переважаючим ефектом алопуринолу, сприяє зниженню вихідного вмісту NT-proBNP. Критеріями для додаткового призначення алопуринолу пацієнтам зі СтСт та асимптомною ГУ є запальна активність і дисліпідемія з підвищенням вмісту ЗХС і ТГ.

**Патратій М.В., Соколова І.І.**

### **БІЛІАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ПЕРВИННІЙ ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ДИСМОТОРИЦІ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Функціональна патологія жовчовивідних шляхів являє собою комплекс клінічних симптомів, що розвиваються в результаті моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура (ЖМ), жовчних проток і їх сфінктерів. Захворювання біліарної системи є однією з провідних і складних проблем в гастроентерології. Дисфункціональні розлади біліарного тракту (БТ) займають восьме місце серед гастроентерологічних захворювань. Найчастіше зустрічаються дисфункції ЖМ по гіпокінетичному типу і дисфункції сфінктера Одді, що обумовлено його гіпертонусом. При дисфункціональних розладах БТ можуть спостерігатися явища біліарної недостатності (БН), яка призводить до порушення травлення, в першу чергу, метаболізму жирів.

Метою нашого дослідження було оцінити ступінь БН, що супроводжується первинною дисфункцією ЖМ по гіпокінетичному типу і гіпертонусу сфінктера Одді.

Обстежено 46 хворих віком від 25 до 46 років, серед яких жінок - 29 (63%) та чоловіків - 17 (37%). Відбір пацієнтів здійснювали за клінічними проявами та результатами лабораторно-інструментального обстеження. Для виключення інших захворювань травної системи, було виявлено, що у всіх пацієнтів клінічний аналіз крові, показники функціональних проб печінки, вміст панкреатичних ферментів в крові та сечі, дані фіброгастроудоденоскопії та сонографічні показники печінки, підшлункової залози, селезінки та нирок знаходилися в межах фізіологічної норми. Ультразвукове обстеження (УЗД) органів черевної порожнини здійснювали конвексним мультисаєтним датчиком С5 з центральною частотою 3 МГц за стандартними методиками на ультразвуковому сканері Sonoline Siemens. Верифікацію дисфункції БТ проводили за допомогою УЗД в динаміці. Для стимуляції біліарної моторики використовували 25% розчин магнію сульфата в кількості 50 мл. Реєстрували об'єм ЖМ (V, мл) натще та на 10-ій, 20-ій, 40-ій хвилині після прийому магнєзії сульфату. Розраховували коефіцієнт скорочення ЖМ (Кскор, %) – співвідношення об'ємів ЖМ натще та на 40-ій хвилині. Статистичну обробку результатів дослідження проводили на ПК за допомогою стандартних прикладних програм «Microsoft Excel».

Тупий ниючий біль в епігастральній ділянці, відчуття тиску, розпирання, яке посилювалося при нахилі тулубу вперед, дозволило визначити дисфункцію ЖМ по гіпокінетичному типу. Основною скаргою хворих було відчуття дискомфорту (32 хворих – 69,5%) та епігастральний біль (29 хворих – 63%). Другими за частотою були скарги на закрєп (25 хворих – 54,3%) та метеоризм (29 хворих – 63%). При об'єктивному обстеженні у 24 хворих (52,1%) пальпація живота дозволила виявити помірну болючість в проекції ЖМ. Симптоми Ортнера, Мерфі, Мюсі були негативними. Більш детально за допомогою динамічного УЗД досліджено стан ЖМ і жовчовивідних шляхів. Виходячи з отриманих даних, у пацієнтів було діагностовано дисфункція ЖМ по гіпокінетичному типу та біліарна дисфункція сфінктера Одді, обумовлена його гіпертонусом. Серед наших хворих при первинному обстеженні оцінка копрограми показала негативний результат на наявність нейтрального жиру та позитивний варіант за вмістом жирних кислот у всієї групи: «+» - 9 хворих (19,6%), «++» - 34 хворих (73,9%), «+++» - 3 хворих (6,5%).



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 SAT. 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 К<sup>+</sup> в сироватці крові достовірно не відрізнялась від контрольної групи, а ексекреція 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 ексекреції іонів Na<sup>+</sup> та К<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 ексекреції 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.