

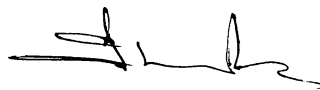
**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО**

МОХНАЧОВ Олександр Володимирович

УДК 616-071+616.12-008331.1+616.12-009.72+616.056.52+616-002.78

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ**

14.01.02 – внутрішні хвороби



АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Львів – 2019

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Українській медичній стоматологічній академії МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
Катеренчук Іван Петрович,
Українська медична стоматологічна академія
МОЗ України,
кафедра внутрішньої медицини №2
з професійними хворобами,
завідувач кафедри

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Барна Ольга Миколаївна,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця,
кафедра загальної практики (сімейної медицини),
завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор
Кравчук Павло Григорович,
Харківський національний медичний університет
МОЗ України,
кафедра внутрішньої медицини №2
і клінічної алергології та імунології
ім. академіка Л.Т. Малої,
завідувач кафедри

Захист відбудеться 19 червня 2019 р. о 10.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 35.600.05 у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України за адресою: 79007, м. Львів, вул. Січових Стрільців, 6.

Автореферат розісланий «17» травня 2019 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради Д35.600.05



Г. В. Світлик

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Особливістю перебігу артеріальної гіпертензії у сучасних умовах є надзвичайно висока частота коморбідності. Пацієнти з артеріальною гіпертензією (АГ), як правило, мають одне або декілька супутніх захворювань, найбільш частими з яких є ішемічна хвороба серця (ІХС), цукровий діабет, ожиріння, подагра, хронічна хвороба нирок.

Сучасні рекомендації Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства з артеріальної гіпертензії, Американської асоціації серця та Національна клінічна настанова, які базуються на даних доказової медицини, диктують необхідність особливих підходів до лікування таких хворих.

Клінічний перебіг і прогноз у хворих на АГ значною мірою зумовлені наявністю коморбідних захворювань, що мають негативний вплив на розвиток серцево-судинних ускладнень (Бенца Т.М., 2016; Хіміон Л.В., Ященко О.Б., Ватага В.В. та ін., 2016; Perk J., De Backer G., Gohlke H., et al., 2012).

Важливе медико-соціальне значення на сучасному етапі має коморбідність у хворих на серцево-судинні захворювання (Распутіна Л.В., 2011; Несен А.О., Грунченко М.М., Шкало В.Л. та ін., 2015; Оганов Р.Г., 2015).

В Україні спостерігається зростання питомої ваги АГ з ІХС в структурі ІХС з 60,6% у 2007 році до 65,7% у 2013 році (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2014). Характерним є поєднання АГ з цукровим діабетом (ЦД), ожирінням, хворобами органів травлення тощо (Коломоєць М.Ю., Вашеняк О.О., 2012; Букач О.П., Антонюк М.В., Сидорчук Л.П. та ін., 2013; Фадєєнко Г.Д., Гріднєв О.Є., Несен А.О. та ін., 2013).

Наявність АГ підвищує ризик розвитку інфаркту міокарда (ІМ) у чоловіків віком 40-65 років у 2,5 рази, при поєднанні АГ з ЦД ризик зростає у 8 разів, а при супутніх порушеннях спектру ліпопротеїдів крові ризик підвищується в 19 разів (Комиссаренко И. А., 2012; Коваленко В.М., Талаєва Т.В., Козлюк А.С., 2013).

Серед пацієнтів, які були включені до Українського реєстру гострого інфаркту міокарда, АГ виявлена у 79 %, ЦД – у 19,1 %, хронічна серцева недостатність – у 24 % (Пархоменко О.М., 2011).

Значна поширеність коморбідної патології обумовлює необхідність розробки комплексного підходу щодо оцінки пацієнтів з АГ для попередження її ускладнень. Актуальність проблеми поліморбідності зумовлена тенденцією до постаріння населення, збільшення випадків хронічних захворювань, підвищенням впливу негативних чинників довкілля.

Актуальним аспектом проблеми є ефективне лікування хворих з коморбідними захворюваннями та попередження поліпрагмазії (Беловол О.Н., Школьник В.В., Немцова В.Д., 2012; Хіміон М.О., Рибицька М.О., 2016; Заремба Є.Х., Заремба-Федчишин О.В., Вірна М.М., 2017; Dvoretzkiy L., 2012).

В умовах сьогодення необхідним є пошук нових шляхів і методів лікування коморбідного перебігу АГ, які б включали не лише призначення комбінованої медикаментозної терапії, але й підвищували адаптаційні можливості організму, сприяли збільшенню прихильності пацієнта до призначеного лікування. Саме на реалізацію такого напрямку було спрямоване проведення даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава) «Роль запалення в патогенезі коронарних та некоронарних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії» (№ державної реєстрації 0107U004808) та є її фрагментом. Здобувач є співвиконавцем цієї теми.

Мета дослідження: Оптимізація комплексного лікування та профілактики гіпертонічної хвороби, поєднаної з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням, шляхом визначення ролі психосоматичних змін та оцінки ефективності застосування дозованих фізичних навантажень в підвищенні якості життя.

Завдання дослідження:

1. Виявити особливості клінічного перебігу гіпертонічної хвороби, поєднаної з ішемічною хворобою серця, ожирінням та порушеннями пуринового обміну, за допомогою загальноклінічних, інструментальних та статистичних методів дослідження з метою оптимізації лікування зазначеної коморбідної патології.

2. Визначити особливості змін якості життя (необхідність постійного лікування, обмеження фізичної активності та дозвілля, припинення паління, зміни у харчуванні та інше) та соціально-психологічної адаптації у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) в умовах коморбідності.

3. Встановити наявність зв'язку між рівнем соціально-психологічної дезадаптації і невротичної тріади (іпохондрія, депресія, емоційна лабільність) та наявністю подагри та ожиріння у хворих на ГХ в поєднанні з ІХС, а також визначити зв'язок ригідності, психастенії і аутизму з профілем особистості хворого та змінами якості життя через рік спостереження.

4. Оцінити рівень комплаєнсу та переважаючої репрезентативної системи (візуальної, аудіальної чи кінестетичної) у пацієнтів з ГХ в умовах коморбідності.

5. Дослідити вплив антигіпертензивної терапії на зміни якості життя, рівень соціально-психологічної адаптації та комплаєнсу за умови включення у лікування дозованих фізичних навантажень (ходьба в аеробному режимі з поступовим підвищенням навантаження) та застосування кінестетичних предикатів мови, що враховували репрезентативну систему пацієнта.

Об'єкт дослідження: гіпертонічна хвороба, поєднана з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням.

Предмет дослідження: особливості клінічного перебігу, лабораторних та інструментальних показників, ефективність комплексного лікування хворих на гіпертонічну хворобу, поєднану з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням.

Методи дослідження: загальноклінічне обстеження зі збором скарг, з'ясуванням анамнезу захворювання і життя, проведення об'єктивного обстеження, лабораторні методи (клінічне та біохімічне дослідження крові з визначенням рівня ліпідів та сечової кислоти); інструментальні методи (ЕКГ, ЕхоКГ та добове моніторування артеріального тиску (АТ) в динаміці, холтерівське дослідження); застосування оригінальних анкет (для визначення рівня комплаєнсу – за Моріскі-Грін; анкети визначення рівня стресу за Холмсом-Рає; скорочений багатofакторний опитувальник – для дослідження особистості; тест ММРІ та анкета визначення якості життя за Гладковим А.Г., з об'єктивним визначенням ведучої репрезентативної системи за методикою Гріндера та Бендлера); статистичні методи.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше проведено теоретичне узагальнення та оптимізовано терапію артеріальної гіпертензії в поєднанні з нестабільною стенокардією, подагрою та ожирінням на підставі комплексного вивчення антропометричних показників, ліпідного та вуглеводного обміну, даних ультразвукового дослідження серця, добового моніторування АТ, холтерівського дослідження, показників якості життя, рівня стресу, комплаєнсу та провідної репрезентативної системи з включенням методики мовних предикатів.

Виявлено, що особливостями клінічного перебігу АГ в поєднанні з нестабільною стенокардією, подагрою чи безсимптомною гіперурикемією та ожирінням є взаємообтяження перебігу коморбідних захворювань, що полягає у прогресуванні стенокардії (збільшення частоти ангінозних епізодів та кількості прийнятих таблеток нітрогліцерину) порівняно з пацієнтами без порушень пуринового обміну та особливо в порівнянні з хворими без супутніх захворювань.

Вперше у пацієнтів з ГХ у поєднанні з нестабільною стенокардією, порушеннями пуринового обміну та ожирінням виявлено зниження показників якості життя (ЯЖ) та структуровано їх значення у порівнянні з хворими без супутньої патології.

Доведено існування статистично значимого зв'язку між рівнем комплаєнсу, артеріальним тиском, наявною супутньою патологією, перебігом стенокардії та профілем особистості хворого з переважаючою репрезентативною системою пацієнта.

Обґрунтовано, що включення у 18-місячну терапію методики предикатів мови з урахуванням провідної репрезентативної системи дозволяє суттєво підвищити рівень комплаєнсу та знизити частоту больових нападів з одночасним зниженням АТ у всіх групах пацієнтів.

Практичне значення отриманих результатів. На підставі проведених досліджень запропоновано з метою підвищення ефективності лікування пацієнтів з ГХ у поєднанні з нестабільною стенокардією, порушеннями пуринового обміну та ожирінням та для уточнення прогностичної оцінки ефективності лікування, визначення необхідності подальшого проведення і контролю лікувально-профілактичних заходів одночасно з контролем артеріального тиску, визначенням біохімічних та ехокардіографічних показників проводити оцінку якості життя за Гладковим А.Г., визначення рівня соціальної адаптації та комплаєнсу за Моріскі-Грін.

Визначено зниження показників ЯЖ (необхідність постійного лікування, обмеження фізичної активності та дозвілля, припинення паління, зміни у харчуванні та інше) у пацієнтів з ГХ, нестабільною стенокардією у поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням при підвищенні рівня стресу у порівнянні з випадками без супутньої патології, що дозволяє оптимізувати реабілітацію пацієнтів протягом року.

Виявлені зміни усередненого профілю особистості та якості життя, які перебувають у зворотному кореляційному зв'язку зі шкалами ригідності ($r = -0.45$, $p < 0.05$), психастенії ($r = -0.36$, $p < 0.05$) та аутизму ($r = -0.32$, $p < 0.05$) через рік спостереження, що дозволяє використовувати додаткові, немедикаментозні шляхи корекції лікування (необхідність психокорекції).

Встановлена важливість визначення репрезентативної системи пацієнта в процесі лікування хворих з низьким рівнем комплаєнсу за шкалою Моріскі-Грін та ролі сенестопатичних відчуттів, що призводять до погіршення клінічного перебігу та зниження якості життя, але підвищують здатність у досягненні комплаєнсу при їх врахуванні лікарем під час першого звернення, що дозволяє підвищити ефективність лікування на 9,5%.

Впровадження в практику результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження впроваджено в лікувально-діагностичний процес кардіологічних відділень та диспансерно-поліклінічного відділення Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру та кардіологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Склясовського, ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», терапевтичного відділення Чернівецької міської лікарні швидкої медичної допомоги, університетської клініки Харківського національного медичного університету, кардіологічного відділення ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», а також у педагогічний процес кафедр терапевтичного профілю Української медичної стоматологічної академії та кафедри внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет».

Особистий внесок здобувача. Дисертантом самостійно проведено інформаційний пошук, проаналізовано сучасну наукову літературу відповідно до

теми роботи, сформульовано мету і завдання дослідження, розроблено дизайн його виконання. Здобувачем самостійно проводився відбір хворих дослідної та контрольної груп і їх клініко-функціональне обстеження. Автор дослідження розробив карту обліку обстежених хворих і заповнював первинну медичну документацію. Самостійно проводив оцінку якості життя, визначав рівень стресу та комплаєнс, а також показників антропометричних вимірювань. Здобувачем розроблено та обґрунтовано методи лікування гіпертонічної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням, що включають додавання до антигіпертензивної терапії дозованих фізичних навантажень та методики мовних предикатів під контролем рівня комплаєнсу, враховують як основну репрезентативну систему так і переважання кінестетичної на момент першого звернення. Здобувачем сформовано базу даних, здійснено статистичну обробку отриманих результатів, проаналізовано та узагальнено отримані дані, самостійно сформульовано основні положення дисертації, зроблені висновки та практичні рекомендації. Проведена апробація отриманих результатів.

Здобувач самостійно готував наукові дані для публікацій, виступав на конференціях. У працях, написаних у співавторстві, чужих матеріалів та ідей не використано. Права співавторів публікацій порушені не були, конфлікти інтересів відсутні.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи апробовано на міжкафедральному засіданні при ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» 06 червня 2018 року (протокол №20).

Матеріали наукової роботи доповідалися та обговорювалися на науково-практичній конференції ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» «Щорічні терапевтичні читання: оптимізація профілактики, діагностики та лікування в клініці внутрішніх хвороб» (м. Харків, 19-20 квітня 2012 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції до Дня науки в Україні ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» «Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики» (м. Харків, 17 травня 2012 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» «Проблеми атеросклерозу як системної патології» (м. Харків, 20 березня 2014) – диплом за крашу усну доповідь.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 10 наукових робіт, з них 5 статей, у тому числі 4 – фахових наукових виданнях України (з них 2 – одноосібні), 1 стаття у періодичному закордонному виданні (Scopus), 5 тез у матеріалах науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена українською мовою на 173 сторінках, з яких 112 сторінок займає основний текст. Дисертація складається з анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, двох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення

одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків. Список літератури містить 307 джерел, у тому числі 106 кирилицею і 201 латиницею. Дисертація ілюстрована 38 таблицями та 2 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Обстежено 127 хворих на АГ з ішемічною хворобою серця: нестабільною стенокардією в поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням віком від 54 до 78 років, які були розподілені на 2 групи. Першу дослідну групу склали 57 чол. з АГ, ІХС та ожирінням, другу – 50 чол. з АГ, ІХС, ожирінням та порушеннями пуринового обміну. Група хворих з порушеннями пуринового обміну включала пацієнтів з безсимптомною гіперурикемією (32 чол.) та подагрою (18 чол.). Діагноз подагри верифікували згідно критеріїв Американської реumatологічної асоціації (ARA, 1977). Контрольну групу склали 20 пацієнтів з АГ та ІХС. Пацієнти контрольної і дослідних груп були співставимими за віком ($65,44 \pm 0,73$ років, $64,88 \pm 0,83$ років і $63,41 \pm 0,84$ відповідно) і мали однаковий стаж АГ ($11,42 \pm 0,86$, $15,82 \pm 0,83$ і $16,99 \pm 0,88$ років відповідно).

Хворі перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру та лікувались амбулаторно в диспансерно-поліклінічному відділенні Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру.

Перед включенням у дослідження всім хворим було роз'яснено мету і завдання дослідження, а також основні методи обстеження і лікування. Після отримання вичерпних відповідей на усі запитання і ознайомлення з текстом інформованої згоди пацієнти підписували інформовану згоду на включення у дослідження згідно Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та відповідних законів України.

Верифікацію діагнозу гіпертонічної хвороби проводили відповідно до рекомендацій Європейського товариства гіпертензії, Європейського товариства кардіології (2007) та оновленої та адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Артеріальна гіпертензія», рекомендованої Наказом МОЗ України від 24 травня 2012 року №384. Діагноз гіпертонічної хвороби включав визначення за стадіями, ступенями і проведенням стратифікації ризику серцево-судинних ускладнень.

Визначення ожиріння проводили згідно рекомендацій ВООЗ (2000) за визначенням індексу маси тіла. Абсолютні маси жирової, кісткової і м'язової тканин розраховували за спеціальними формулами. Вимірювальні ознаки, що характеризують розвиток жирової, кісткової і м'язової тканин, переводили у бали за допомогою нормативних таблиць, розроблених Кліорін А.І. і Чтецовим В.П. (1979).

Електрокардіографічні дослідження включали запис ЕКГ у 12 стандартних відведеннях та холтерівське моніторування ЕКГ за загальноприйнятими методиками.

Стан ліпідного обміну оцінювали за показниками загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої і низької щільності, тригліцеридів, індексу атерогенності, які визначали за загальноприйнятими методами.

Психологічний статус пацієнтів визначали за допомогою скороченого багатофакторного опитувальника для дослідження особистості (СБОО) під час лікування і через рік динамічного спостереження (Зайцев В.П., 2004).

Оцінку якості життя хворих на АГ визначали за допомогою медико-соціального анкетування, розробленого Гладковим А.Г. (1982).

Дозоване фізичне навантаження проводили у відповідності з рекомендаціями Американської асоціації серця (2010) та Американського коледжу спортивної медицини (2004).

Динамічне спостереження за пацієнтами проводили через 6, 12 і 18 місяців. Анкетним методом вивчалися працездатність, тривалість прийому медикаментозних засобів та їх дози, прихильність до лікарських призначень. Оцінювались скарги, клінічний стан, реєстрували АТ, проводили добове моніторування АТ та холтерівське моніторування ЕКГ, біохімічні дослідження ліпідного обміну, визначали НЛП-модальність пацієнтів, проводили ретестування за допомогою тестів СБОО, Холмса-Рає та якості життя, проводили контроль антропометричних даних, оцінювали результати лікування.

Математична комп'ютерна обробка результатів дослідження проведена за допомогою прикладних комп'ютерних програм MS Excel 2000, Statistica for Windows 5,0. Достовірність показників оцінювали за t-критерієм Стьюдента та обчисленням критерію χ^2 . Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$. У разі, якщо при обчисленні критерію χ^2 серед очікуваних чисел виявляли значення менше п'яти – для визначення достовірності відмінностей використовували точний критерій Фішера.

При порівнянні декількох груп застосовували дисперсійний аналіз для кількісних параметрів, критерій Тьюки, критерій Мак Німара для якісних параметрів при повторних порівняннях, при множинних порівняннях з однією групою – критерій Даннет.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами відзначено, що у хворих на ГХ в поєднанні з гіперурикемією (ГУ) дещо частіше зустрічається обтяжена за ГХ спадковість, наявність ІХС, цукрового діабету, надлишкова маса тіла, судинні катастрофи в порівнянні з пацієнтами з ГХ без порушень пуринового обміну (ППО).

При порівнянні середніх значень САТ і ДАТ у хворих на ГХ в поєднанні з ГУ та ожирінням та без них ми отримали достовірні відмінності. Середні значення САТ у хворих першої групи склали $159,69 \pm 1,88$ мм рт. ст., другої групи $163,23 \pm 1,78$ мм

рт. ст., а у пацієнтів групи порівняння – $149,40 \pm 1,52$ мм рт. ст., $p < 0,05$. Достовірна різниця значень була отримана і при порівнянні цифр ДАТ серед хворих основних груп ($98,85 \pm 1,18$ мм рт. ст. і $99,44 \pm 1,21$ мм рт. ст. відповідно) і групи порівняння ($95,29 \pm 1,04$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

Відмічено достовірне збільшення частоти больових епізодів в середньому за добу в першій та другій групах в порівнянні з групою контролю ($5,44 \pm 0,37$, $6,19 \pm 0,41$ і $7,23 \pm 0,44$ проти $3,23 \pm 0,24$ відповідно) та достовірне збільшення частоти вживання нітратів короткої дії ($1,14 \pm 0,12$, $1,53 \pm 0,21$ та $1,88 \pm 0,24$ проти $0,27 \pm 0,11$).

При дослідженні ліпідного спектру було виявлено достовірне перевищення рівня ЗХ крові у хворих на ГХ в поєднанні з ГУ та ожирінням ($6,65 \pm 0,14$ ммоль/л) порівняно з контрольною групою ($5,28 \pm 0,18$ ммоль/л). За рівнем ХЛПВЩ групи не мали відмінностей (відповідно $1,24 \pm 0,05$ та $1,26 \pm 0,05$ ммоль/л, $p > 0,05$).

Пацієнти основної групи характеризувалися також достовірно більшим рівнем ТГ (відповідно $2,85 \pm 0,19$ проти $2,50 \pm 0,18$ та $1,87 \pm 0,16$ ммоль/л) у порівнянні з хворими з ГХ без ГУ.

При порівнянні біохімічних показників у хворих при різних стадіях ГХ нами відзначено достовірне розходження за рівнем СК у хворих у всіх трьох групах: при II стадії ГХ цей показник нижчий ($279,33 \pm 13,91$, $312,23 \pm 13,32$ і $524,53 \pm 11,73$ відповідно), ніж при III стадії ГХ ($284,51 \pm 14,43$, $314,53 \pm 13,39$, $573,41 \pm 15,11$, $p < 0,05$). Також відмічено аналогічно тенденцію щодо рівня ЗХ ($5,11 \pm 0,17$, $6,21 \pm 0,17$, $6,52 \pm 0,15$ при II стадії, та $5,23 \pm 0,19$, $6,45 \pm 0,14$, $6,71 \pm 0,18$ ммоль/л при III стадії ГХ) та ТГ в першій та другій групах ($2,42 \pm 0,06$ і $2,76 \pm 0,05$ при II ст. та $2,52 \pm 0,05$ і $2,91 \pm 0,05$ ммоль/л при III ст. ГХ, $p < 0,05$).

При порівнянні гемодинамічних показників серця достовірно менші розміри реєструвалися у пацієнтів з ГХ в поєднанні з ГУ ($p < 0,05$): так, КСО у хворих 2 групи склав $34,3 \pm 1,23$ мл в 1-ій групі $36,5 \pm 1,05$, а в групі порівняння – $51,99 \pm 1,83$ мл. Кінцевий діастолічний об'єм був вищим у контрольній групі – $133,55 \pm 2,2$ мл проти $111,37 \pm 2,63$ мл у пацієнтів в I групі та $110,23 \pm 2,5$ в другій, $p < 0,05$.

Ударний об'єм у цих же пацієнтів ($83,48 \pm 2,2$ мл) перевищував такий у хворих 1-ої та 2-ої груп (відповідно $75,09 \pm 2,29$ мл та $72,11 \pm 2,13$). Фракція викиду, яка вказує на скоротливу здатність ЛШ, була найменшою у хворих з ГУ ($49,06 \pm 0,54\%$ при $51,06 \pm 0,57$ в 1-ій групі та $54,6 \pm 0,6\%$ в групі контролю при $p < 0,05$).

Рівень СК крові у пацієнтів обох груп корелював з товщиною ЗСЛШ ($r = 0,32$, $p < 0,05$) і МШП в діастолу ($r = 0,3$, $p < 0,05$).

При порівнянні морфологічних і гемодинамічних показників серця достовірної різниці значень у хворих на ГХ в поєднанні з ГУ залежно від стадії ГХ отримано не було. При порівнянні морфологічних показників ЕхоКГ дослідження у хворих ГХ без ГУ ($n = 105$), було виявлено найбільше значення товщини ЗСЛШ в

діастолу ($1,16 \pm 0,03$ см) і МШП у пацієнтів III стадії ГХ ($1,19 \pm 0,03$ см), ніж у хворих II стадії ГХ ($1,13 \pm 0,02$ см і $1,16 \pm 0,02$ см), але різниця була статистично не достовірна ($p > 0,05$).

Кінцеві систолічний, діастолічний і ударний об'єми серця і ФВ у хворих ГХ з порушенням пуринового обміну та без, не мали достовірних відмінностей в залежності від стадії ГХ.

Для вивчення ехокардіографічних особливостей у хворих на ГХ в поєднанні з ГУ 2 група пацієнтів ($n = 50$) була розділена на хворих з подагрою ($n = 18$) і безсимптомною ГУ ($n = 32$).

При порівнянні товщини ЗСЛШ і МШП в діастолу найбільші значення були отримані у хворих з подагрою (відповідно $1,16 \pm 0,01$ см і $1,20 \pm 0,02$ см порівняно з особами з ГУ (відповідно $1,13 \pm 0,02$ см і $1,14 \pm 0,02$ см), але достовірна різниця була отримана тільки за значеннями товщини МШП в діастолу ($p < 0,05$).

При порівнянні гемодинамічних показників достовірно менший УО визначався у пацієнтів з подагрою ($70,88 \pm 3,18$ мл), ніж у хворих з ГУ ($81,46 \pm 2,93$ мл, $p < 0,05$). Аналогічні дані були отримані при порівнянні значень фракції викиду у тих же груп хворих ($47,13$ % і $50,19$ %, $p < 0,05$).

Зниження ЯЖ у всіх пацієнтів більшою мірою обумовлене необхідністю лікуватися (у 2-й групі – у 65%, у 1-ій – 56%, у групі порівняння – у 50%), обмежувати свою фізичну активність (відповідно 80%, 73% та 60%), обмеженням дозвілля (відповідно 87%, 78% і 75%) і активності в побуті (відповідно 40%, 34% і 30%), паління (41%, 34% та 26%), харчування (53%, 50% і 34%), а також у меншій мірі змінами відносин з друзями та близькими, зниженням доходів і зниженням на посаді.

ЯЖ у хворих ГХ в поєднанні з ГУ і без в залежності від стадії ГХ: при II і III стадіях ГХ у хворих основної групи ЯЖ була знижена помірно, але при III стадії АГ показники ЯЖ достовірно нижчі, ніж при II стадії ($-3,39 \pm 0,69$ і $-6,41 \pm 0,86$ балів відповідно, $p < 0,05$).

Аналіз показників ЯЖ в основній групі виявив такі відмінності: у хворих з безсимптомною ГУ значення ЯЖ були достовірно вищі в порівнянні з ЯЖ хворих на подагру ($-2,97 \pm 0,66$ балів і $-5,33 \pm 0,76$ балів відповідно, $p < 0,05$).

Вивчення психологічних характеристик було проведено на матеріалі психодіагностичного обстеження 50 хворих на ГХ в поєднанні з ГУ або подагрою та 57 хворих без порушень пуринового обміну за допомогою методики СБОО.

Усереднений профіль особистості пацієнтів обох груп характеризується підвищенням показників за шкалами невротичної тріади (1, 2, 3), більш вираженим у хворих основної групи. Ці хворі відрізняються високим рівнем невротизації з вираженою тривогою, схильністю до виникнення неприємних соматичних відчуттів, що, мабуть, пов'язано з впливом АГ на формування особистості.

Усереднені показники тесту СБОО у хворих 2-ої групи характеризуються достовірним підвищенням за шкалами 2 (депресії), 3 (демонстративності) і

6 (ригідності) у поєднанні з достовірним зниженням за 9 шкалою (активності) в порівнянні з пацієнтами з ГХ без ГУ. Ці дані свідчать про наявність схильності до залучення у хворобу, невпевненості у своїх силах, тенденції до перебільшення тяжкості наявних захворювань у хворих основної групи. Ці особистості відрізняються тривожністю, внутрішньою напруженістю, дратівливістю, більшою ригідністю. У зв'язку з ригідністю, навіть поодинокі випадки афекту тривоги триваліше згасають. Різниця між показниками за 2 і 9 шкалами, які свідчать про вираженість депресивних тенденцій, була вищою у хворих ГХ в поєднанні з ГУ у порівнянні з пацієнтами з ГХ без ППО (5,23 проти -0,89 балів, $p < 0,05$). Також хворі ГХ характеризуються підвищеною увагою до себе і своїх відчуттів, заклопотаністю станом свого здоров'я, недостатньою активністю.

Аналіз індивідуальних профілів СБОУ показав, що більш, ніж у половини хворих обох груп (відповідно 64,12% і 52,01%) відзначаються ознаки соціально-психологічної дезадаптації (СПД). У 58,06% хворих основної групи і у 45,45% у групі порівняння показники за однією або декількома шкалами були більше 60 балів, перевищення показників > 70 балів виявлено у 8,06% і 6,36% обох груп відповідно.

При II стадії ГХ у 59% хворих 2-ї групи були ознаки помірної СПД, а при III стадії – у 57%, що було достовірною вище, ніж відсоток хворих без СПД та з різко вираженими ознаками СПД в цій групі хворих (37% і 4% при II стадії і 29% і 14% при III стадії, $p < 0,05$).

Проводячи інтерпретацію даних психологічного тестування, нами визначено, що схильність до тривожного афекту в обох групах достовірно корелювала з появою «сенестопатичного модусу відчуттів», тобто з виникненням під впливом тривоги і зниженого настрою неприємних соматичних відчуттів (кореляція між 1 і 7 шкалами: $r = 0,52$ в основній групі і $r = 0,51$ в групі порівняння, $p < 0,05$).

Поряд із загальними психологічними характеристиками хворих АГ обох груп, нами були виявлені деякі відмінності профілю особистості: порушення соціальної адаптації (кореляція між 2 і 4 шкалами: $r = 0,34$, $p < 0,05$) у хворих на ГХ в поєднанні з ГУ може бути пов'язана не стільки з активною поведінкою, скільки з нездатністю правильно оцінити ситуацію (кореляція між 4 і 8 шкалами: $r = 0,59$, $p < 0,05$, при відсутності кореляції між 4 і 9 шкалами).

Описані поєднання особистісних особливостей у хворих ГХ можуть призводити до порушення адаптації в навколишньому соціальному середовищі з розвитком невротичних розладів. Отримані дані визначають необхідність психологічної корекції для попередження депресивних і іпохондричних розладів і зменшення кардіоваскулярного ризику.

Виявлено кореляційний зв'язок між тяжкістю стану хворого та переважаючою репрезентативною системою. Відзначено зниження кількості хворих з візуальною системою від 40% у контрольній групі до 38,6% та 32% відповідно у досліджуваних групах. У той же час відмічається зростання кількості

кінестетиків з 45% у групі контролю до 49,1% у 1 групі та 52% у 2 групі. Ваудіальній моделі відзначали зниження кількості таких хворих з 15% у групі контролю до 12,3% у 1 групі, з максимальною кількістю таких хворих у 2-й групі.

Через рік динамічного спостереження ми відзначили достовірне зниження АТ і відсутність достовірних відмінностей між біохімічними показниками в динаміці у хворих обох груп. Однак, рівень сечової кислоти(СК) у хворих ГХ без ППО за рік мав достовірний приріст при III стадії і незначний при II стадії ГХ. Імовірно, це пов'язано з широким використанням діуретиків як препаратів першої лінії для лікування ГХ.

Проведений аналіз терапії, одержуваної хворими на ГХ протягом 6 та 12 місяців виявив незадовільну прихильність до лікування у хворих усіх 3 груп. Так серед хворих контрольної групи через 6 місяців рівень компласенсу склав 2,1 для хворих з переважаючою аудіальною системою сприйняття, 1,8 серед візуалів, та 2,4 серед кінестетиків. У першій групі рівень компласенсу становив відповідно 2,2, 2,0 та 2,4, а у 2 групі – 2,5 для аудіалів, 2,1 для візуалів та 2,8 для кінестетиків. Через 12 місяців спостереження нами було виявлено незначне підвищення рівня компласенсу у всіх групах, без суттєвих змін: в контрольній групі 2,2, 1,8, 2,5, 1 групі 2,3, 2,0, 2,6, 2 групі 2,6, 2,1, 2,9. Дане зростання корелювало з підвищенням АТ у хворих за той же період спостереження. Через 18 місяців на фоні використання методики предикатів мови та без суттєвої зміни антигіпертензивної терапії було виявлено суттєве підвищення рівня компласенсу до 3,2, 3,1 і 3,6 у групі контролю, 3,3, 3,1 і 3,7 в 1 групі та до 3,6, 3,5 та 3,9 у другій групі. Одночасно було виявлене і значне зниження рівня АТ з досягненням цільових значень: $133,2 \pm 1,72 / 82,11 \pm 1,18$ у контрольній групі проти $145,3 \pm 1,68 / 89,62 \pm 1,37$ через 12 місяців; $135,0 \pm 2,52 / 88,00 \pm 2,51$ у 2 групі на стандартній терапії проти $149,5 \pm 1,13 / 94,67 \pm 1,40$; $133,5 \pm 2,85 / 86,00 \pm 1,26$ проти $148,43 \pm 2,39 / 90,51 \pm 1,86$ у 1 групі; $134,33 \pm 2,54 / 87,67 \pm 1,71$ проти $147,67 \pm 1,08 / 93,36 \pm 1,54$ у другій групі хворих, що приймали лозартан; $125,47 \pm 1,70 / 85,65 \pm 2,47$ проти $131,67 \pm 1,89 / 86,12 \pm 1,07$ (мм рт. ст.) у 2 групі хворих, що приймали лозартан у поєднанні з програмою дозованих фізичних навантажень.

Відзначено стійку закономірність рівня компласенсу хворих з їх основною репрезентативною системою. Так, найнижчий рівень компласенсу було зареєстровано серед пацієнтів візуального сприйняття (2,1, 2,0, 2,1). У той же час у хворих з переважаючою кінестетичною системою рівень компласенсу був найвищим (2,7, 2,6, 2,7).

За річний період спостереження відбулася деяка трансформація в провідних шкалах тесту СБОУ: достовірно знизилися значення за шкалами ригідності і психастенії у хворих обох груп. При різних стадіях ГХ показники СБОУ в динаміці не мали достовірних відмінностей у всіх хворих.

У результаті проведеного кореляційного аналізу був підтверджений зворотний зв'язок показника ЯЖ з шкалами тесту СБОУ у хворих на ГХ, тільки

тепер у хворих ГХ в поєднанні з ГУ показник ЯЖ залежав, крім шкали тривоги (2), ще й від значень шкал психастенії і аутизму (7 і 8). Тому для хворих ГХ необхідна психологічна корекція для попередження невротичних розладів, що призводять до порушення соціальної адаптації.

За річний період спостереження ЯЖ у хворих АГ в поєднанні з ГУ знизилася, а у пацієнтів з ГХ без ППО - підвищилася, але відмінності недостовірні. Підвищення ЯЖ у хворих ГХ без ППО було обумовлено зменшенням впливу всіх причин, що призводять до зниження ЯЖ, тоді як у пацієнтів з ГХ в поєднанні з ГУ, поряд з причинами, виявленими при первинному тестуванні, на зниження ЯЖ стали впливати зниження фізичної, статевої активності, зменшення контактів з друзями. Серед хворих основної групи в динаміці відзначено приблизно однакове відсоткове співвідношення ступенів зниження ЯЖ, а в групі порівняння в динаміці відзначений достовірний приріст хворих з високим показником ЯЖ. Повторний кореляційний аналіз підтвердив наявність зворотного зв'язку ЯЖ і ступеня ризику розвитку серцево-судинних катастроф.

За річний період, як і очікувалося, відбулося зниження ЯЖ у пацієнтів, які відмовилися від лікування, причому таких хворих було в 4 рази більше в основній групі порівняно з пацієнтами з ГХ без ППО. Ці хворі демонстрували вкрай низький рівень прихильності до систематичного лікування. Це ще раз підтверджує думку, що категорія хворих ГХ у поєднанні з ГУ вимагає більш ретельного контролю та спостереження, а також адекватної корекції антигіпертензивної терапії з оцінкою впливу препаратів на ЯЖ хворих.

За 18-тимісячний період відмічене збільшення рівня стресу у хворих на ГХ з ІХС в поєднанні з ожирінням, що, враховуючи інші показники та низький рівень прихильності до систематичного лікування, свідчить про погіршення стану хворих на відміну від хворих без ожиріння, в групі яких відзначено незначне зменшення рівня стресу, та групи хворих з наявними порушеннями пуринового обміну, що обумовлено більш високим рівнем прихильності до призначень лікаря та покращенням показників метаболізму.

За 12-ти місячний період відмічено більш високу частоту появи больових епізодів (стенокардії) у хворих на ГХ з ІХС в поєднанні з ожирінням, при незмінних показниках частоти в контрольній групі, та достовірне зниження частоти больових епізодів та прийому нітратів в групі хворих з ППО. У той же час було відмічене значне зниження частоти появи больових епізодів та частоти вживання нітратів короткої дії через 18 місяців, що також корелює з підвищенням рівня комплаєнсу серед усіх груп хворих.

Таким чином, проведене дослідження в групі хворих на ГХ в поєднанні з ГУ і без ППО дозволило виявити деякі особливості клінічного перебігу захворювання, психологічного профілю, а при динамічному спостереженні було відзначено більш швидке прогресування ехокардіографічних показників серцево-судинної системи у хворих на ГХ в поєднанні з ГУ, що вимагає, з урахуванням виявлених

особливостей, більш раннього виявлення ГУ і більш жорсткого контролю рівня артеріального тиску.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове практичне вирішення актуального наукового завдання внутрішньої медицини – оптимізації лікування та профілактики гіпертонічної хвороби, поєднаної з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням на підставі визначення ролі психосоматичних змін та оцінки ефективності дозованих фізичних навантажень в підвищенні якості життя.

1. Для пацієнтів з ГХ у поєднанні з гіперурикемією порівняно з пацієнтами без порушень пуринового обміну властиві достовірно вищі цифри середніх значень САТ і ДАТ (відповідно $159,69 \pm 1,88$ проти $149,40 \pm 1,52$ мм рт. ст., $p < 0,05$ і $98,85 \pm 1,18$ проти $95,29 \pm 1,04$ мм рт. ст., $p < 0,05$). Визначено достовірне збільшення частоти больових епізодів в середньому за добу серед пацієнтів з ППО в порівнянні з групою без ППО ($6,19 \pm 0,41$ і $7,23 \pm 0,44$ проти $3,23 \pm 0,24$ відповідно, $p < 0,05$) та достовірне збільшення частоти вживання нітратів короткої дії ($1,53 \pm 0,21$ та $1,88 \pm 0,24$ проти $0,27 \pm 0,11$, $p < 0,05$). У хворих з ГХ та ППО виявлено наявність кореляційних зв'язків між товщиною МШП в діастолу та ІК. У хворих з подагрою товщина МШП в діастолу достовірно більша, ніж у хворих з ГУ (відповідно $1,20 \pm 0,02$ проти $1,14 \pm 0,02$ см, $p < 0,05$). При порівнянні гемодинамічних показників достовірно менший УО визначався у пацієнтів з подагрою ($70,88 \pm 3,18$ мл), ніж у хворих з ГУ ($81,46 \pm 2,93$ мл, $p < 0,05$). Аналогічні дані були отримані при порівнянні значень фракції викиду у тих же груп хворих ($47,13\%$ і $50,19\%$, $p < 0,05$).

2. Доведено, що зниження ЯЖ більшою мірою було обумовлено розумінням необхідності лікування, обмеженнями фізичної і трудової діяльності, дозволя, харчування і відмовою від паління. Зниження ЯЖ не виявлено тільки у 22% хворих ГХ в поєднанні з ГУ, що достовірно менше порівняно з пацієнтами, що страждають ГХ без ППО (35%, $p < 0,05$).

3. У пацієнтів з гіпертонічною хворобою в умовах коморбідності під впливом стандартної терапії визначається покращення якості життя в цілому з одночасною зміною структури причин, що знижували якість життя на початку дослідження. Виявлено негативний кореляційний зв'язок між якістю життя та розвитком серцево-судинних катастроф ($r = -0,45$, $p < 0,05$). Через рік від початку проведення терапії відзначається зміна усередненого профілю особистості та зміна якості життя, що перебувала у зворотному кореляційному зв'язку за шкалами ригідності ($r = -0,45$, $p < 0,05$), психастенії ($r = -0,36$, $p < 0,05$) та аутизму ($r = -0,32$, $p < 0,05$).

4. Доведено залежність рівня стресу від стадії ГХ (у контрольній групі $267,11 \pm 4,89$ при II ст. проти $292,33 \pm 5,14$ при III ст., в 1-ій групі – відповідно $289,56 \pm 5,44$ проти $324,43 \pm 6,33$, в 2-ій $297,69 \pm 6,37$ проти $367,74 \pm 5,46$, $p < 0,05$) та наявності ППО ($297,69 \pm 6,37$ та $367,74 \pm 5,46$ проти $289,56 \pm 5,44$ та $324,43 \pm 6,33$ і $267,11 \pm 4,89$ та $292,33 \pm 5,14$, $p < 0,05$).

5. Найвищий рівень комплаєнсу виявлений у пацієнтів з переважаючою кінестетичною репрезентативною системою (2,7-2,6-2,7), тоді як найнижчий показник (2,1-2,0-2,1) визначено при переважанні візуальної репрезентативної системи. Проведений кореляційний аналіз у хворих обох груп дозволив виявити наявність зворотного зв'язку між показниками ЯЖ і ступенем ризику ГХ ($r = -0,32$ і $r = -0,34$, $p < 0,001$), а у хворих на ГХ в поєднанні з ГУ показники ЯЖ мали також негативний зв'язок високої сили з цим показником ($r = -0,75$, $p < 0,001$).

6. Використання методики предикатів у лікувальному процесі дозволяє суттєво підвищити рівень комплаєнсу до 3,2, 3,1 і 3,6 у групі контролю, 3,3, 3,1 і 3,7 в 1 групі та до 3,6, 3,5 та 3,9 серед пацієнтівз ППО. Одночасно відзначалось значне зниження рівня АТ з досягненням цільових значень: $133,2 \pm 1,72/82$, $11 \pm 1,18$ у контрольній групі проти $145,3 \pm 1,68 / 89,62 \pm 1,37$ через 12 місяців; $135,0 \pm 2,52 / 88,00 \pm 2,51$ у 2 групі на стандартній терапії проти $149,5 \pm 1,13 / 94,67 \pm 1,40$; $133,5 \pm 2,85 / 86,00 \pm 1,26$ проти $148,43 \pm 2,39 / 90,51 \pm 1,86$ у 1 групі; $134,33 \pm 2,54 / 87,67 \pm 1,71$ проти $147,67 \pm 1,08 / 93,36 \pm 1,54$ у другій групі хворих, що приймали лозартан; $125,47 \pm 1,70 / 85,65 \pm 2,47$ проти $131,67 \pm 1,89 / 86,12 \pm 1,07$ ($p < 0,05$) у 2 групі хворих, що приймали лозартан у поєднанні з програмою дозованих фізичних навантажень.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для прогностичної оцінки ефективності антигіпертензивної терапії гіпертонічної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням рекомендовано одночасно з контролем артеріального тиску, біохімічних та ехокардіографічних показників проводити оцінку якості життя за Гладковим А.Г., визначення рівня соціальної адаптації та комплаєнсу за Моріскі-Грін для уточнення необхідності контролю лікування.

2. За тривалого перебігу ГХ в поєднанні з коморбідною патологією та при наявності III стадії рекомендовано використання багатофакторного опитувальника для дослідження особистості за Зайцевим В.П. на основі методики Mini-Mult з метою уточнення необхідності психокорекції.

3. При наявності коморбідної патології рекомендовано проведення тестування та впровадження методики мовних предикатів з використанням переважаючої репрезентативної моделі.

4. Для підвищення ефективності антигіпертензивної терапії в умовах коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби (поєднаної з ішемічною хворобою

серця, ожирінням та порушеннями пуринового обміну) доцільно в терапію включати комплекс дозованих фізичних навантажень.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Мохначёв А.В. Подагра, гиперурикемия и артериальная гипертензия. Современный взгляд на особенности лечения/ А.В. Мохначев // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2012. – Т.11. – № 4. – С. 128–131. *(Здобувач самостійно провів огляд літератури, підготував текст роботи до друку).*

2. Мохначов О.В. Морфологічна характеристика міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з нестабільною стенокардією, ожирінням та порушеннями пуринового обміну/ О.В. Мохначов, І.П. Катеренчук //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2013. – № 2. – С. 90–93.*(Здобувач самостійно провів огляд літератури, клінічне та інструментальне обстеження пацієнтів, підготував текст роботи до друку).*

3. Мохначов О.В. Психологічні особливості хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з нестабільною стенокардією, ожирінням і порушеннями пуринового обміну / О.В. Мохначов, І.П. Катеренчук // Кардіологія: от науки к практике. – 2015. –№1. – С.16–24.*(Здобувач особисто провів огляд літератури, набір тематичних пацієнтів, їх клінічне та інструментальне обстеження, здійснив статистичну обробку, підготував текст роботи до друку).*

4. Мохначов О.В. Психологічні особливості хворих на гіпертонічну хворобу, поєднану з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням / О.В. Мохначов // Вісник проблем біології і медицини». – 2017. – Випуск 4. – Т.3. – С.163–167.*(Здобувач особисто провів огляд літератури, набір тематичних пацієнтів, їх клінічне та інструментальне обстеження, здійснив статистичну обробку та узагальнення результатів, підготував текст роботи до друку).*

5. Олександр В. Мохначов. Ефективність використання предикатів мови при роботі з хворими на артеріальну гіпертензію в поєднанні з коморбідною патологією / Олександр В. Мохначов, Іван П. Катеренчук // Wiadomości Lekarskie. – 2018. – Т.LXXI, nr.7. – С.1342–1346. *(Здобувач особисто провів підбір та лікування хворих, провів статистичну обробку та узагальнення результатів, підготував текст роботи до друку).*

6. Застосування бісопрололу і торасеміду у хворих на ішемічну хворобу серця, поєднану з гіпертонічною хворобою / І.П. Катеренчук, К.Є. Вакулєнко, О.І. Катеренчук, О.В. Мохначов // Український кардіологічний журнал. – 2011. – Додаток І. – Матеріали XII Національного конгресу кардіологів України. – Київ. – 2011. – С.40–41. *(Здобувач особисто провів огляд літератури, набір тематичних*

пацієнтів, їх обстеження, здійснив статистичну обробку, підготував текст роботи до друку).

7. Мохначёв А.В. Особенности применения диетотерапии в лечении коморбидных состояний в кардиологической практике / Матеріали науково-практичної конференції / А.В. Мохначёв // Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики. – Харків, 2014. – С.144. *(Здобувач особисто провів набір тематичних пацієнтів, їх обстеження, здійснив статистичну обробку, підготував матеріали роботи до друку).*

8. Катеренчук І.П. Профілактичне значення фізичної культури у здорових і осіб з серцево-судинною патологією / І.П. Катеренчук, О.В. Мохначов // Тези І установчої науково-практичної конференції «Здоровий спосіб життя, фізична культура, спорт. Актуальні питання спортивної медицини. Реабілітація: фізична, медична, психологічна». – Київ, 2014. – С.64–65. *(Здобувач особисто провів аналіз літератури, підготував текст роботи до друку та взяв участь у підготовці презентації).*

9. Мохначёв А.В. Особенности лечения кардиологических пациентов. Терапевтический альянс и способы его достижения / А.В. Мохначёв, И.П. Катеренчук, И.Ю. Лобанов // Матеріали науково-практичної конференції «Взаємодія лікаря загальної практики та лікаря спеціаліста в лікуванні поліморбідного пацієнта». – Одеса, 2017. – С.54–56. *(Здобувач особисто провів огляд літератури, набір тематичних пацієнтів, їх клінічне та інструментальне обстеження, здійснив статистичну обробку та узагальнення результатів, підготував текст роботи до друку).*

10. Мохначов О.В. Удосконалення лікування гіпертонічної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця шляхом впровадження методики використання кінестетичних предикатів мови для досягнення стійкого терапевтичного альянсу з хворим. Від клінічних досліджень до клінічної практики / О.В. Мохначов, І.П. Катеренчук, І.Ю. Лобанов // Тези наукових доповідей науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті академіка НАМН України Г.В. Дзяка «Актуальні питання внутрішньої медицини». – Дніпропетровськ, 2017. – С.172–173. *(Здобувач особисто провів огляд літератури, набір тематичних пацієнтів, їх клінічне та інструментальне обстеження, здійснив статистичну обробку та узагальнення результатів, підготував текст роботи до друку).*

АНОТАЦІЯ

Мохначов О.В. Оптимізація діагностики та лікування гіпертонічної хвороби в умовах коморбідності. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 – внутрішні хвороби. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2019.

У дисертації обґрунтовується вплив коморбідної патології на перебіг гіпертонічної хвороби та особливості лікування хворих з ГХ в поєднанні з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням.

У дисертаційній роботі вирішене актуальне науково-практичне завдання сучасної терапії та проведено її теоретичне узагальнення: лікування хворих після стабілізації загального стану з подальшою розробкою оптимальної комплексної терапії із включенням до стандартної терапії програми дозованих фізичних навантажень; визначення рівня стресу і домінуючої репрезентативної системи з включенням методики мовних предикатів для підвищення рівня комплаєнсу.

Виявлено зниження показників якості життя у пацієнтів з ГХ, нестабільною стенокардією у поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням при підвищенні рівня стресу у порівнянні з випадками без супутньої патології, що дозволяє деталізувати реабілітацію пацієнтів протягом року.

Виявлено, що включення у терапію методики предикатів мови з урахуванням провідної репрезентативної системи на 9,5% підвищує рівень комплаєнсу за шкалою Моріски-Грін, що дозволяє знизити частоту больових нападів та артеріальний тиск для всіх груп хворих. Розроблено та обґрунтовано новий метод лікування гіпертонічної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, подагра, ожиріння, лікування, комплаєнс.

АННОТАЦИЯ

Мохначев А.В. Оптимизация диагностики и лечения гипертонической болезни в условиях коморбидности. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.02 – внутренние болезни. – Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого МЗ Украины, Львов. 2019.

В диссертации обосновываются влияние коморбидной патологии на течение гипертонической болезни (ГБ) и особенности лечения больных ГБ в сочетании с ишемической болезнью сердца, нарушениями пуринового обмена и ожирением.

В диссертационной работе решена актуальная научно-практическая задача современной терапии и проведено ее теоретическое обобщение: лечение больных после стабилизации общего состояния с последующей разработкой оптимальной комплексной терапии с включением в стандартную терапию программы дозированных физических нагрузок и методики языковых предикатов для повышения уровня комплаенса.

Виявлено зниження показателів якості життя у пацієнтів з ГБ, нестабільною стенокардією в поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням при підвищенні рівня стресу в порівнянні з пацієнтами без

сопутствующей патологии, которые позволяют детализировать реабилитацию на протяжении года.

Установлено, что включение в терапию методики предикатов речи с учётом ведущей репрезентативной системы на 9,5% повышает уровень комплаенса по шкале Мориски-Грин, позволяет снизить частоту болевых приступов и артериальное давление для всех групп пациентов.

Разработан и обоснован новый метод лечения гипертонической болезни в сочетании с ишемической болезнью сердца, нарушениями пуринового обмена и ожирением.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, подагра, ожирение, лечение, комплаенс.

SUMMARY

Mokhnachov O.V. Optimization of diagnosis and treatment of hypertonic disease in conditions of comorbidity. – On the rights of manuscripts.

Dissertation for obtaining the scientific degree of candidate of medical sciences, speciality 14.01.02 – internal diseases. – Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ministry of Health Care of Ukraine, Lviv, 2019.

The thesis substantiates the fact of the systemic influence of the comorbid pathology on the course of hypertension and the features of treatment of patients with HD in combination with ischemic heart disease, disturbances of purine metabolism and obesity.

In the dissertation the actual scientific and practical task of modern therapy is solved and its theoretical generalization, treatment of patients after stabilization of the general condition, on the basis of study of anthropometric indices, lipid and carbohydrate metabolism, ultrasound examination of heart, daily blood monitoring, Holter study, quality of life indicators, the level of stress, compliance and leading representative system with the further development of optimal complex therapy with inclusion in the standard treatment a program of metered physical activity, the determination of the level of stress and the dominant representative system and the inclusion of language predicate techniques to increase compliance.

The direct dependence of the severity of the condition of patients on the presence of concomitant pathology and psychological state of the patient, both directly during treatment and before hospitalization, has been proved. This fact testifies to the need to take into account the above features for the correction of treatment, both at the onset of in-patient treatment and after stabilization of the patient's condition.

One of the actual practical tasks of modern therapy is solved, which consists in the necessity of complex treatment of patients with HD in combination with unstable angina, purine metabolism disorders and obesity not only for the time of stay in the hospital but one year after the treatment, in order to reduce the frequency of repeated hospitalizations,

which includes both medication and the need for psychological correction and physiotherapy.

Decreased quality of life indicators (need for constant treatment, limitation of physical activity and leisure, cessation of smoking, changes in nutrition, etc.) has been determined in patients with HD, unstable angina combined with disturbances of purine metabolism and obesity with increased stress compared with cases without concomitant pathology, which allows to detail the rehabilitation of patients during the year.

It was found that the decrease in QL was due to the understanding of the need for treatment, restrictions on physical and occupational activity, leisure, nutrition and smoking cessation. A decrease in QL was not found in only 22% of HD patients in combination with HU, significantly lower compared to patients suffering from HD without disturbance of purine metabolism (35%, $p < 0,05$).

It was found that inclusion in the therapy of speech predicate techniques, taking into account the leading representative system by 9,5%, increases the compliance rate on the Morisky-Green scale, which reduces the frequency of pain attacks and arterial pressure for all groups of patients.

The change in the average profile of the personality and quality of life, which was in the inverse correlation with the rigidity scales ($r = -0,45$, $p < 0,05$), psychostenia ($r = -0,36$, $p < 0,05$) and autism ($r = -0,32$, $p < 0,05$) in a year of observation has been identified, which allows the use of additional, non-mediastinal ways of correction of treatment (using physical therapy in combination with psycho-correction). The descriptions of the special features of the HD can be reduced to a degraded adaptation to the social basis of the neurotic development of neurotic problem. The results indicate the need for psychological correction to prevent depression, hypochondria, and reduce cardiovascular risk.

The efficiency of inclusion in the standard therapy for 12 months of the method of predicates of the language based on the leading representative system for improving the level of compliance and quality of life of patients is substantiated. A new method of treatment of hypertension in combination with ischemic heart disease, disturbances of purine metabolism and obesity has been developed and substantiated.

Key words: hypertension, coronary heart disease, gout, obesity, treatment, compliance.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	– артеріальна гіпертензія
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ГУ	– гіперурикемія
ГХ	– гіпертонічна хвороба
ДАТ	– діастолічний артеріальний тиск
ЕКГ	– електрокардіографія
ЕхоКГ	– ехокардіографія
ЗСЛШ	– задня стінка лівого шлуночка
ІХС	– ішемічна хвороба серця
КСО	– кінцево-сistolічний об'єм
МШП	– міжшлуночкова перетинка
НЛП	– нейролінгвістичне програмування
ППО	– порушення пуринового обміну
САТ	– систолічний артеріальний тиск
СБОО	– скорочений багатофакторний опитувальник особистості
СК	– сечова кислота
СПД	– соціально-психологічна дезадаптація
ТГ	– тригліцериди
ХЛПВЩ	– холестерин ліпопротеїдів високої щільності
ЦД	– цукровий діабет
ЯЖ	– якість життя