

УДК [616.12-005.4: 616.89-008.454]-085.851

Невойт Г.В., Озарчук Л.П., Глуценко М.В.

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ АФОБАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Друга міська клінічна лікарня, м. Полтава

Психосоматична складова патогенезу впливає на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС). Враховуючи велику значимість медико-соціальних питань, пов'язаних із значними розповсюдженістю та захворюваністю на ІХС - смертністю, якістю життя, працездатністю, економічними витратами на лікування, соціальну реабілітацію метою дослідження – оцінити клінічну ефективність анксиолітичного і вегетостабілізуючого препарату Афобазолу (2[-2-(морфоліно)-етіл]-тіо-5-етоксibenзілімідазолу дигідрохлориду - похідного 2-меркаптобензімідазолу) у хворих ІХС: стабільну стенокардію напруги I-II функціональний клас, дифузний кардіосклероз. Групі із 31 хворих, середній вік $62 \pm 5,7$ років, із верифікованим за скрінинговим алгоритмом (Потяженко М.М., Невоїт Г.В., 2008) епізодом депресивного розладу на фоні базисної терапії ІХС призначався Афобазол у добовій дозі 30 мг, у три прийоми, курс лікування 30 діб (курсова доза – 900 мг, 180 таблеток). При оцінці кожні 7 діб – вірогідний позитивний відгук ($p < 0,05$) – усунення відповідних скарг і рівня тривожності; високий темп редукції симптоматики, к кінцю 1-го тижня лікування; інтегративна оцінка опитування-огляду по Вейну, тестування по Тейлору – стабільно добрий результат/нормалізація – 8 (25,8%), значне покращення – 16 (51,6%), покращення – 7 (22,6%), нон-респондентів зареєстровано не було. Побічних реакцій під час лікування зареєстровано не було. Висновок. Афобазол характеризується високим рівнем клінічної ефективності за досліджуваними параметрами і може бути рекомендований до більш широкого включення в комплексну терапію хворих на ІХС.

УДК 616.12-008.331.1 : 615.22

Поліщук І. А.

ВПЛИВ S-АМЛОДИПІНУ НА АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І СТАДІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Новим напрямком у сучасній науці є вивчення S-ізомерів – лікарських речовин, які мають дещо інші, можливо, більш оптимальні для лікування властивості. Високий рівень серцево-судинної і загальної безпеки та позитивний вплив на серцево-судинний прогноз доведені для традиційного амлодипіну, який є "сумішшою" R- і S-ізомерів. Обґрунтованість перенесення цих даних відносно S-амлодипіну вимагає подальшого вивчення.

Метою роботи стало вивчення впливу антагоніста кальцію S-амлодипіну на показники добового профілю артеріального тиску у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) І стадії.

В ході дослідження було обстежено 30 хворих з ГХ І стадії. Середній вік пацієнтів склав 28 - 34 роки. Основні методи дослідження: загальноклінічні (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация), ехокардіографія, добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ). Оцінка достовірності вираховувалася за допомогою статистичного аналізу з використанням критерія Стьюдента. Пацієнти отримували S-амлодипін в дозі 2,5-5 мг на добу в 1 прийом. Термін дослідження склав 1 місяць.

Величина систолічного артеріального тиску, яка до лікування становила 132 мм. рт. ст. недостовірно зменшилась на 6,5% , а діастолічного – достовірно зменшилась на 12,5% (88мм. рт. ст. проти 77). Найбільші зміни були зареєстровані відносно індексу часу (зменшився з 52,6% до 28,5%), варіабельності (зменшилась з 33,8% до 21,5%), швидкості ранішнього підйому артеріального тиску (зменшилась з 49,5% до 24,8%).

Таким чином, монотерапія S-амлодипіном у молодих пацієнтів з гіпертонічною хворобою І стадії сприяла зменшенню не тільки і не стільки середньодобових показників артеріального тиску за даними добового моніторингу артеріального тиску, скільки зменшувала індекси часу, варіабельність та швидкість ранішнього підйому як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску, що відобразило позитивний вплив на прогноз захворювання. На тлі монотерапії S-амлодипіном в дозі 2,5-5 мг на добу не спостерігалось побічних ефектів, які потребували відміни препарату та суттєво погіршували якості життя пацієнтів.

УДК 616.8-055.26

Пурденко Т.Й., Островська Л.Й.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОГО ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК У РІЗНІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Вивчення психоемоційного стану, визначення стресової напруги та типу вегетативної нервової системи у вагітних є актуальним питанням сьогодення.

Метою нашого дослідження було вивчення вегетативного та нейропсихологічного статусу у жінок у різні терміни вагітності. Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 29 жінок віком 19-36 років у

динаміці вагітності, які знаходились на обліку в 4-й МКЛ м. Полтави. Жінкам під час вагітності проводилось детальне дослідження вегетативного та нейропсихологічного статусу.

Об'єктивне дослідження засвідчило зростання симпатичного тону у вагітних у I триместрі з достовірним зниженням його у III триместрі та вираженість СВД у III триместрі в порівнянні з I-м. При оцінюванні вегетативної реактивності зареєстровано достовірне прискорення ЧСС у жінок у динаміці вагітності, що свідчить про високий рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей організму. При дослідженні вегетативного забезпечення діяльності організму вагітних спостерігали відносну стабільність ЧСС при проведенні ортостатичної проби, що є результатом достатнього вегетативного забезпечення діяльності. За шкалою Спілбергера-Ханіна відмічається зменшення психоемоційної напруги у жінок у III триместрі, що вказує на адаптацію організму до вагітності. Вивчення показників особистої тривожності у жінок під час гестаційного періоду показало, що її рівень впродовж всього терміну вагітності зберігався стабільним.

Таким чином, у жінок в динаміці вагітності за даними показників вегетативної регуляції та нейропсихологічного статусу спостерігається достатнє вегетативне забезпечення діяльності та високий рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей організму під час вагітності.

УДК 616.126.423-001.8-073.7

Перцева Т.Г., Слюсаренко І.Т.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНИТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЕКГ У ХВОРИХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Одним з найбільш пріоритетних напрямків, що швидко розвивається в ангіоневрології є кардіоневрологія. Пропалс мітрального клапану (ПМК) часто супроводжуються порушеннями серцевого ритму у хворих молодшого та похилого віку, що ускладнює перебіг цереброваскулярних захворювань. Тому метою нашої роботи постало: визначити особливості добового ритму артеріального тиску та ЕКГ за допомогою апарату Meditech Cardio Tens у хворих на вегето-судинну дистонію (ВСД) та ПМК та порівняти ці показники з даними хворих на ВСД без ПМК.

Нами було обстежено 44 хворих з ВСД у віці 21-43 років (в середньому $29 \pm 6,7$). Усі обстежені хворі були поділені на дві групи. Основну групу склали 24 хворих (10 чоловіків та 14 жінок) з ВСД та ПМК. Групу порівняння склали 20 хворих відповідних віку та статі (10 чоловіків та 10 жінок) з ВСД без ознак ПМК.

При дослідженні загального періоду у хворих основної групи нами були отримані наступні показники артеріального тиску (АТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС): середній систолічний АТ (САТ)- ($116,4 \pm 11,6$) мм рт.ст., середній діастолічний АТ (ДАТ)- ($78,9 \pm 8,7$) мм рт.ст., пульсовий АТ (ПАТ)- ($33,8 \pm 15,9$) мм рт.ст., середня ЧСС - ($76,3 \pm 13,7$) уд/хв. Максимальні значення становили: САТ- ($143,8 \pm 12,0$) мм рт.ст., ДАТ- ($93,7 \pm 10,1$) мм рт.ст., ЧСС- ($114,2 \pm 8,0$) уд/хв. Мінімальні значення: САТ- ($70,3 \pm 5,4$) мм рт.ст., ДАТ- ($50,3 \pm 9,7$) мм рт.ст., ЧСС- ($47,3 \pm 11,7$) уд/хв. Максимальні значення АТ і ЧСС визначалися в денний годинник.

В групі порівняння спостерігали такі показники: середній рівень АТ становив ($119,7 \pm 7,8$) / ($80,5 \pm 7,2$) мм рт.ст. ($p < 0,001$ порівняно з вихідним для САТ), ПАТ становив ($36,6 \pm 8,0$) мм рт.ст., середня ЧСС - ($71,4 \pm 12,5$) уд/хв. Максимальний рівень АТ протягом доби складав ($138,6 \pm 10,4$) / ($91,3 \pm 11,4$) мм рт.ст.. Максимальна ЧСС складала ($98,5 \pm 7,7$) ударів на хвилину ($p < 0,05$). Мінімальні значення: САТ- ($73,7 \pm 7,3$) мм рт.ст., ДАТ- ($57,2 \pm 9,5$) мм рт.ст., ЧСС- ($51,3 \pm 9,7$) уд/хв.

Під час активного періоду середні показники АТ і ЧСС в обстежених групах склали: САТ - ($119,3 \pm 14,5$) мм рт.ст. в основній групі та ($117,3 \pm 14,2$) мм рт.ст. в групі порівняння, ДАТ - ($82,9 \pm 8,8$) мм рт.ст. в основній групі та ($84,9 \pm 8,5$) мм рт.ст. в групі порівняння, ЧСС - ($76,5 \pm 11,4$) уд/хв. в групі хворих на ВСД та ПМК, та ($69,5 \pm 10,6$) уд/хв. в групі хворих на ВСД без ознак ПМК. Як видно, отримані показники статистично значимо в обстежених хворих не відрізнялись.

Під час пасивного періоду середні показники АТ і ЧСС склали: САТ- ($101,1 \pm 13,7$) мм рт.ст. в основній групі та ($107,8 \pm 11,7$) мм рт.ст. в групі порівняння, ДАТ - ($67,3 \pm 14,3$) мм рт.ст. в основній групі та ($69,3 \pm 15,4$) мм рт.ст. в групі порівняння, ЧСС становила в групі з ПМК - ($59,3 \pm 10,5$) уд/хв. та ($61,3 \pm 19,7$) уд/хв.

Таким чином, при обстеженні показників АТ та ЧСС в активний та пасивний періоди, статистично значимих відмінностей не спостерігалось, але відмічена тенденція к більшій варіабельності ЧСС в основній групі.

Спостерігали тенденцію до більш високого показника варіабельності САТ в основній групі ($17,8 \pm 4,6$) проти ($14,7 \pm 3,0$) мм рт.ст. в групі порівняння і ДАТ - ($8,9 \pm 3,4$) та ($7,9 \pm 3,0$) мм рт.ст., відповідно. Добовий індекс для САТ в обох групах був у межах норми - ($12,8 \pm 6,7$) % в групі хворих на ВСД та пролапс мітрального клапану, та ($11,6 \pm 6,1$) % у хворих на ВСД без ПМК, а також ДАТ - ($12,1 \pm 8,9$) % в основній групі та ($11,7 \pm 6,2$) % відповідно. Індекс часу для САТ складав ($52,5 \pm 18,2$) % в основній групі та ($50,0 \pm 29,0$) % в групі порівняння, для ДАТ - ($32,8 \pm 22,3$) % в основній групі та ($30,2 \pm 13,9$) % в групі порівняння. Відмічена тенденція до більш великого діапазону коливань АТ в основній групі.

Циркадний індекс (ЦІ) ЧСС у хворих основної групи складав $1,29 \pm 0,02$, що є меншим ніж в групі порівняння - $1,32 \pm 0,03$ відповідно ($P > 0,05$). Очевидно, у формування ригідності ЦІ вносять вклад ушкодження парасимпатичної і симпатичної ланок нервової регуляції ритму міокарду в залежності від ступеня виразності вегетопатії. Відомо, що згладжування циркадного профілю ритму відображає вичерпання адаптаційних резервів ритму міокарду і клінічно асоціюється з високим ризиком аритмогенних синкопальних станів, «раптової» смерті у хворих групи ризику.

Варіабельність ритму серця у хворих основної групи характеризувалася тенденцією до зниження часових та