



Отже, у всіх пацієнтів з первинною дисфункцією ЖМ по гіпокенетичному типу і гіпертонусом сфінктера Одді 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 K<sup>+</sup> в сироватці крові достовірно не відрізнялась від контрольної групи, а ескреція 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 ескреції іонів Na<sup>+</sup> та K<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 ескреції 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.