

A COMPLEX EVALUATION OF CLINICO-INSTRUMENTAL SIGNS OF ORIGIN, THE DEVELOPMENT OF THE SYSTEM OF PREVENTING AND TREATING VEGETOVASCULAR DISORDERS IN YOUTHS IN THE PROCESS OF STUDIES AND PHYSICAL TRAINING

I.M.Chopovs'kyi

Abstract. A complex examination of factors, influencing the health, functional condition of the cardiovascular system, blood pressure regulation, physical working capacity, hemodynamics in 187 youths during a 3-year period of studies and physical training in the process of education has been carried out. The author has studied the efficacy of health improvement and preventing the development of vegetovascular disorders, as well as treating, in case of the onset of manifestations of neurocirculatory dystonia by means of using cardonatum and ATF-long. An integral system for evaluating the state, prevention and treatment of vegetative disorders has been developed.

Key words: neurocirculatory dystonia, adaptation, tolerance to loadings, cardonatum, ATF-long.

State Medical University (Ivano-Frankivs'k)
Precarpathian Law Institute (Ivano-Frankivs'k)

Рецензент – проф. В.К.Ташук

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2.- P.89-92

Надійшла до редакції 27.03.2007 року

УДК 616.12-005.4+616.12-008.331.1]-085(477.87)

Т.В.Чендей

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА СТАН МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В МЕШКАНЦІВ ГІРСЬКОЇ ЗОНИ ЗАКАРПАТТЯ

Кафедра госпітальної терапії (зав. – проф. М.В.Рішко) медичного факультету
Ужгородського національного університету

Резюме. Наведено порівняльні дослідження клінічних та гемодинамічних особливостей перебігу ішемічної хвороби серця на тлі гіпертонічної хвороби в мешканців гірських та рівнинних поселень Закарпаття та

проаналізовано частоту призначення окремих груп медикаментів при цій патології.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, гірська зона Закарпаття, лікування.

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ) посідають чільне місце в структурі захворюваності та смертності населення України. Проведені в Україні епідеміологічні дослідження показали високу поширеність чинників ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) та даних нозологій серед сільських жителів [2]. Показник загальної смертності, рівень якого визначається переважно ССЗ, є вищим серед сільського населення України [2]. Умови проживання мешканців сільської місцевості різних регіонів України, і особливо жителів Українських Карпат, є неоднорідними, а у вітчизняній літературі бракує ґрунтовних досліджень, присвячених особливостям перебігу ССЗ серед горян.

Мета дослідження. Встановити клінічні та гемодинамічні особливості перебігу стабільної хронічної ІХС на тлі ГХ та охарактеризувати стан медикаментозного лікування даної патології в жителів гірської зони Закарпаття.

Матеріал і методи. Основну обстежувану групу (ОГ) склали 170 пацієнтів – корінних мешканців гірської зони Закарпаття (медіана віку 55,5 року, 73,5% чоловіків). Усі обстежені постійно проживали в гірських населених пунктах Закарпатської області. Контрольна група (КГ) включала 96 пацієнтів-мешканців рівнинних ра-

йонів Закарпаття (медіана віку 57,0 року, 67,7% чоловіків). 26,5% пацієнтів ОГ та 54,2% пацієнтів КГ проживали в поселеннях міського типу ($p < 0,001$). Усі пацієнти мали хронічну ІХС у вигляді післяінфарктного кардіосклерозу (ПІК) та/або стабільної стенокардії напруження II-III функціонального класу та ГХ II-III стадій, верифікованих за даними комплексного обстеження. Усім пацієнтам проводили загальноклінічне, лабораторне обстеження та ехокардіографічне дослідження у М- та В-режимах за стандартною методикою на апараті Philips EnVisor C. Дані про медикаментозне лікування отримували на підставі аналізу первинної медичної документації (історій хвороб та амбулаторних карток). Дослідження проводилося на базі Закарпатського обласного кардіологічного диспансеру. Статистичну обробку даних проводили за допомогою оболонки MS Excel. Значення нормально розподілених показників подавали у вигляді $M \pm m$, де М – середнє арифметичне, m – границі 95%-довірчого інтервалу; якщо розподіл вибірки відрізнявся від нормального (що визначали за допомогою тесту Шапіро-Вілкса), то вказували медіанне значення показника.

Результати дослідження та їх обговорення. 77 (45,3%) пацієнтів ОГ та 43 (44,8%) пацієнти КГ мали ПІК (передній: 45,5 і 48,9%; нижній:

Показники внутрішньосерцевої гемодинаміки в досліджуваних групах

Показник	Величина показника (медіана [25-75 квартиль])	
	Основна група (n=170)	Контрольна група (n=96)
Кінцеводіастолічний розмір, см	5,6* (5,2; 6,0)	5,4 (5,0; 5,8)
Кінцевосистолічний розмір, см	4,2* (3,6; 4,6)	3,8 (3,4; 4,3)
Кінцеводіастолічний об'єм, мл	153,7** (129,5; 181,2)	141,3 (118,2; 166,6)
Кінцевосистолічний об'єм, мл	78,6** (54,4; 97,3)	60,0 (46,6; 83,1)
ФВ, %	50,5** (45,3; 55,9)	54,7 (50,0; 59,0)
Ліве передсердя, см	4,2 (3,9; 4,5)	4,1 (3,7; 4,4)
Товщина міжшлуночкової перегородки, см	1,2 (1,1; 1,3)	1,2 (1,1; 1,3)
Товщина задньої стінки, см	1,2 (1,1; 1,3)	1,2 (1,1; 1,2)
Індекс маси міокарда (ІММ), г/м ²	161,4* (135,0 191,4)	153,0 (131,9; 175,4)

Примітка: відмінності вірогідні на рівні: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

54,5 і 53,5% відповідно). Систолічна дисфункція (СД) лівого шлуночка (ЛШ) спостерігалася у 20,9% пацієнтів ОГ та 10,4% пацієнтів КГ ($p=0,02$). Медіана рівня офісного систолічного артеріального тиску (АТ) до лікування 160,0 мм рт.ст. у обох групах, медіана діастолічного АТ складала 100,0 та 96,0 мм рт.ст. для ОГ та КГ відповідно. Не виявлено істотних відмінностей щодо поширеності супутньої патології (цукрового діабету, ожиріння, захворювань нирок, гастроуденальної та біліарної патології, остеоартриту), за винятком суттєво частішого виявлення хронічних неспецифічних захворювань легень у ОГ (12,9% проти 3,1%, $p < 0,01$), що можна пояснити несприятливим впливом вологого клімату Українських Карпат на бронхолегеневий апарат.

Аналіз даних загальноклінічних лабораторних досліджень не виявив істотних відмінностей, за винятком рівня загального холестерину, який у горян вірогідно нижчий (медіана 4,95 проти 5,4 ммоль/л, $p < 0,01$). Ці дані узгоджуються з результатами попередніх досліджень середньо- та високогірних популяцій [4]. Аналіз внутрішньосерцевої гемодинаміки (табл.) виявив вірогідно більші значення розмірів та об'ємів ЛШ у горян, а також гіршу скоротливу здатність ЛШ.

Це вказує на більший ступінь ушкодження міокарда в мешканців гірської зони та виснаження компенсаторних механізмів. Зростання індексу маси міокарда у мешканців гірської зони відбувається переважно за рахунок збільшення розмірів ЛШ (ексцентричний тип гіпертрофії ЛШ), що супроводжується зростанням напруження стінок ЛШ і відтак збільшенням метаболічних потреб міокарда [1]. Аналіз стану медикаментозного лікування у ОГ та КГ виявив, що засобами, які використовуються найчастіше, є діуретики (84,6 і 83,3%), інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) (71 і 79,2%) та бета-адреноблокатори (БАБ) (68,5 і 75%). Використання аспірину (56,8 і 62,5%), тієнопіридинів (4,3 і 7,3%) та статинів (29,6 і 46,9%, $p < 0,01$) в обох групах слід визнати недостатнім. Сукупна частота застосування високоєфективних сучасних БАБ (бісопрололу, карведилолу та небіволулу) вияви-

лася суттєво нижчою в основній групі (33,3% проти 65,3%, $p < 0,01$). Сукупна частота застосування ІАПФ з високою тканинною афінністю (квінаприлу, периндоприлу, раміприлу та спіраприлу) вірогідно вища серед мешканців рівнинних районів (27,1% проти 15,4%, $p=0,02$).

Висновки

1. Клінічний перебіг ІХС на тлі ГХ у мешканців гірської зони Закарпаття характеризується вищою частотою розвитку систолічної дисфункції ЛШ, нижчими рівнями холестерину сироватки та частішим поєднанням з легеневою патологією.

2. Гемодинаміка у хворих на ІХС та ГХ характеризується більшими значеннями розмірів та об'ємів лівого шлуночка, гіршою його скоротливою здатністю та більшими значеннями індексів маси міокарда.

3. Обсяг медикаментозного лікування є субоптимальним у обох групах, причому він є якісно повнішим у мешканців рівнинної зони.

Перспективи подальших досліджень. Поглиблена оцінка клініко-гемодинамічних особливостей різних нозологічних форм ССЗ у гірській популяції Закарпаття, зокрема гострих форм ІХС та ХСН, є доцільною з огляду на фармакоеконімічну оптимізацію лікування.

Література

1. Белов Ю.В., Варакин В.А. Структурно-геометрические изменения миокарда и особенности центральной гемодинамики при постинфарктном ремоделировании левого желудочка // Кардиология. – 2003. – №1. – С. 19-23.
2. Горбась І.М., Смирнова Н.М., Грицай Н.М. та ін. Епідеміологічні аспекти артеріальної гіпертензії в сільській популяції // Укр. кардіол. ж. – 2006. - №2. – С. 9-12.
3. Bernheim A. High altitude and cardiac disease // Schweiz Rundsch. Med. Prax. – 2005. – Vol.94 (45). – P.1760-1764.
4. Singh R.B., Sharma J.P., Rastogi V. et al. Prevalence of coronary artery disease and coronary risk factors in rural and urban populations of north India // Eur. Heart J. – 1997. – Vol. 18 (11). – P. 1728-1735.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ЗОНЫ ЗАКАРПАТЬЯ

T.V. Chendei

Резюме. Представлены сравнительные исследования клинических и гемодинамических особенностей течения ИБС на фоне ГБ у жителей горных и равнинных селений Закарпатья, а также выполнен анализ частоты назначения отдельных групп медикаментов при данной патологии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, горная зона Закарпатья, лечение.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE COURSE AND THE STATE OF DRUG THERAPY OF CORONARY DISEASE AND HYPERTENSION IN RESIDENTS OF THE MOUNTAINOUS ZONE OF THE TRANSCARPATHIAN REGION

T.V. Chendei

Abstract. The paper presents the results of a comparative study of the clinical and hemodynamic peculiarities of coronary disease (CD) against a background of essential hypertension (EH) in highlanders and lowlanders of Transcarpathian settlements. An analysis of the prescription rate of separate groups of drugs for this particular pathology has been carried out.

Key words: coronary disease, essential hypertension, Transcarpathian mountain zone, drug therapy.

National University (Uzhhorod)

Рецензент – проф. В.К.Ташук

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2.- P.92-94

Надійшла до редакції 26.01.2007 року

УДК 616.127-005.4-06:616.132.2/.133-004.6]-07

Д.В.Шорікова

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ ЗА ДАНИМИ КОЛЬОРОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ ТА ПРОЛІФЕРАТИВНА ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра кардіології, функціональної діагностики, ЛФК та спортивної медицини (зав. – проф. В.К.Ташук)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Вивчено кількісні показники фактору росту судинного ендотелію та структурних змін сонних артерій (коефіцієнта інтима-медіа, діаметра судин) за певних стадій гіпертонічної хвороби та при стенокардії різних функціональних класів. Зміни кількісного показника фактору росту судинного ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу залежать від стенокардії та її фу-

нкціонального класу. Структурні зміни сонних артерій залежать від стадії гіпертонічної хвороби, а зміни діаметра судин можуть бути предиктором найбільш ранніх проявів судинного ремоделювання.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, ендотеліальний фактор росту.

Вступ. Останнім часом, при вивченні гіпертонічної хвороби (ГХ) все більше уваги приділяється дослідженню органів-мішеней, зміни в яких значно впливають на перебіг та прогноз захворювання [2,3]. Зокрема, у хворих на ГХ внаслідок гемодинамічних та трофічних стимулів виникає гіпертрофія клітин та/або перерозподіл матеріалу судинної стінки без гіпертрофії, що отримало назву судинного ремоделювання. На початкових етапах атероматозного процесу ріст бляшки відбувається назовні від ламінарної течії, що призводить до збільшення калібру артерії, яке посилюється під впливом гідравлічного удару крові на фоні підвищеного артеріального тиску. Це, так зване, позитивне ремоделювання, яке пізніше змінюється ламінарним стенозом, коли бляшка на 40% зменшує діаметр артерії [5,8,9].

При ГХ змінюється не тільки структура стінок артерій, але й функціональний стан судин [6]. Порушення функції ендотелію та процес ремоделювання судин відіграють також суттєву роль у розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС). Функцію ендотелію можна звести до таких спільних механізмів, які мають місце як при ГХ, так і при ІХС: співвідношення вазодилаторів-вазоконстрикторів, коагулянтна-антикоагулянтна активність, виділення чинників, що впливають на розвиток колатерального кровотоку, які поділяються на групи факторів, що стимулюють або пригнічують ангиогенез.

Провідне значення у стимуляції ангиогенезу відіграє судинний ендотеліальний фактор росту (vascular endothelial growth factor – VEGF). Це поліпептид, який є ендотеліальним мітогеном та експресується ендотеліоцитами. Фактор сприяє