

ками міокарда лівого шлуночка у чоловіків та жінок з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії.

Матеріал і методи. Дослідження проводилося на базі кардіологічного відділення Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні. Діагностика есенціальної артеріальної гіпертензії проводилася згідно з Наказом МОЗ України № 436 від 03.07.2006. Обстежено 74 хворих на ГХ II стадії, з них 34 чоловіки (середній вік – (51,25±2,7) року) (I група) та 40 жінок (середній вік – (47,09±1,64) року) (II група) і 20 практично здорових осіб аналогічного віку, які склали контрольну групу (КГ). Поряд із загальноклінічними методами обстеження, усім хворим проводилася доплерографічна ультрасонографія за допомогою діагностичної системи LOGIQ 500 (Німеччина) з кольоровим доплерівським картуванням (КДК). При цьому визначали діаметр судини (см), пікову систолічну швидкість (V_{ps} , см/с), кінцеву діастолічну швидкість (V_{ed} , см/с), індекс резистивності (IR). З метою оцінки ефективного ниркового кровотоку також визначався хвилинний об'єм кровотоку (Q, мл/хв) у ниркових артеріях. Функціональний стан нирок оцінювали за рівнем креатиніну в плазмі крові і швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ), розрахованої за формулою MDRD (мл/хв/1,73 м²). Стан серцевої гемодинаміки вивчали методом ехокардіографії за допомогою ультразвукової системи з доплером LOGIQ 500 (Kranzbuhler) (Німеччина) у M-режимі шляхом трансторакального доступу.

Результати. За даними доплерометричних показників спостерігається достовірно ($p < 0,05$) зменшення діаметра сегментарної артерії в 1,3 разу у жінок порівняно з чоловіками. Діаметр міждольової та загальної ниркової артерій у жінок також зменшувався, однак недостовірно порівняно з чоловіками. Індекси резистивності (IR) міждольової, сегментарної та загальної ниркових артерій більш виражено підвищуються у жінок ($p_{1,2,3} < 0,001$), що очевидно, є проявом зниження пружно-еластичних властивостей судини. Причому, зміни індексу резистентності сегментарних ниркових артерій у жінок були менш вираженими, ніж міждольових, що вказує на глибші порушення гемодинаміки на мікроциркуляторному рівні. Хвилинний об'єм кровотоку, незалежно від статі, знижувався у жінок на 36,2% у порівнянні зі здоровими ($p < 0,05$) і на 15,5% – порівняно з чоловіками ($p > 0,05$). Середня швидкість кровотоку в нирках також знижувалася у чоловіків на 12,4% ($p > 0,05$), а у жінок – на 26,3% у порівнянні зі здоровими ($p < 0,05$). Аналізуючи показники Ехо-КГ у чоловіків та жінок з ГХ II стадії, встановлено достовірне збільшення ММЛШ, відповідно, на 26% та 15%, порівняно зі здоровими. ІММЛШ у жінок, хворих на АГ, перевищував відповідний показник здорових на 16,5% а у чоловіків – на 21,6% ($p < 0,05$). Діаметр ЛП у хворих обох груп збільшувався відповідно на 15,4 та 7,1% ($p < 0,05$). Достовірне підвищення показників КДО ЛШ та КСО ЛШ виявлено лише у чоловіків. Фракція викиду (ФВ), як показник систолічної функції ЛШ, у всіх хворих суттєво не відрізнялася, що пояснюється відсутністю серцевої декомпенсації за систолічним типом у обстежуваних хворих. ШКФ була меншою у чоловіків ((68,44±2,16) мл/хв), ніж у жінок ((78,42±2,48) мл/хв) ($p < 0,05$). У чоловіків виявлений прямий середній кореляційний зв'язок ($r=0,51$, $p < 0,05$) між показниками хвилинного об'єму кровоплину та ШКФ, що вірогідно свідчить про дисфункцію клубочкового апарату, гіперфільтрацію, формування внутрішньоклубочкової гіпертензії, та більше характерно для чоловіків.

Висновки. При вивченні особливостей ниркової гемодинаміки і змін структурно-функціональних показників міокарда лівого шлуночка у чоловіків та жінок на гіпертонічну хворобу II стадії встановлено нижчі показники ниркового кровотоку у жінок порівняно з чоловіками.

Терапевтичні можливості профілактики доклінічної серцевої недостатності у хворих на гіпертонічну хворобу за допомогою фіксованої комбінації периндоприлу з амлодипіном

Г.В. Дзяк, М.Ю. Колесник

*ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», Дніпро
Запорізький державний медичний університет
ННМЦ «Університетська клініка», Запоріжжя*

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є одним з головних факторів ризику хронічної серцевої недостатності (ХСН). Цей патологічний стан маніфестує при ГХ за варіантом зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЛШ). В його основі полягають переважно порушення діастолічної функції. Інтегральним маркером діастолічного тиску є тиск наповнення ЛШ. Його неінвазивна оцінка проводиться методом доплерографії за співвідношенням E/e' . Патологічним значенням цього показника вважають понад 13. Проте, у хворих з неускладненою гіпертензією такі значення реєструються рідко. Елевация E/e' вище референтних значень може відбуватися під впливом фізичного навантаження, що може свідчити про наявність прихованої недостатності кровообігу. Діастолічна стрес-ехокардіографія може бути важливим діагностичним методом для виявлення хворих із патологічним підвищенням тиску наповнення ЛШ. За даними нечисленних досліджень збільшення E/e' понад 13 після фізичного навантаження має додаткове прогностичне значення при захворюваннях серцево-судинної системи, в тому числі у пацієнтів з ГХ. Можливість терапевтичного впливу на цей показник залишається нез'ясованою.

Мета – оцінити вплив фіксованої комбінації периндоприлу з амлодипіном на тиск наповнення ЛШ в стані спокою та під впливом фізичного навантаження за співвідношенням E/e' .

Матеріал і методи. До роботи включено 102 чоловіки з ГХ (середній вік (52±8) років). Діагноз ГХ встановлювали згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2013). Проводили офісне вимірювання та добове моніторування артеріального тиску на приладі АВРМ-04 (Meditech, Угорщина). Всім учасникам виконували трансторакальну ехокардіоскопію на ультразвуковому приладі MyLab 50 (Esaote, Італія). Оцінку тиску наповнення ЛШ проводили із використанням тканинного доплера за показником E/e' перед навантаженням та одразу після припинення субмаксимального навантажувального тредміл-тесту за протоколом Bruce. Всі діагностичні тести повторювали через 6 місяців терапії. Статистичну обробку даних проводили параметричними та непараметричними методами із використанням пакету програм STATISTICA 6.0 (Statsoft, США). Статистично значущими вважали відмінності за $p \leq 0,05$.

Результати. На початку дослідження всім хворим призначали фіксовану комбінацію периндоприлу (5 мг) з амлодипіном (5 мг). Корекцію дози проводили на 1-му та 3-му мі-

сяці дослідження. Терапія мала добру переносимість та призводила до досягнення цільових рівней АТ у 70% хворих. Через 6 місяців лікування встановлено достовірне зниження індексу маси міокарда ЛШ з 137 (104–163) г/м² до 123 (105–149) г/м² ($p < 0,01$). У режимі тканинної доплерографії визначали збільшення швидкості руху септальної та латеральної частини фіброзного кільця мітрального клапана в ранню діастолу ($p < 0,01$). Достовірних змін середнього E/e' в стані спокою не було – 6,8 (5,8–8,1) на початку спостереження та 6,6 (5,9–8) через 6 місяців ($p > 0,05$). Також не встановлено змін постанавантажувального середнього $E/e' - 7,3$ (6–8,7) та 7,2 (6,3–8,5) ($p > 0,05$). Проте кількість хворих із патологічною елевацією E/e' після навантаження зменшилася з 11 (10,8%) до 4 (3,9%) осіб ($p < 0,001$).

Висновки. Комбінована антигіпертензивна терапія периндоприлом з амлодипіном за даними діастолічного стрес-тесту може потенційно зменшувати ризик серцевої недостатності зі збереженою фракцією викиду ЛШ. Отримані результати потребують підтвердження у багатоцентрових дослідженнях.

Особливості нейропсихологічного стану у хворих на АГ залежно від сімейного анамнезу серцево-судинних захворювань

М.Я. Доценко, С.С. Боєв, В.О. Дедова, І.О. Шехунова, О.Я. Малиновська, Л.В. Герасименко
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета – оцінити особливості нейропсихологічного стану в осіб, хворих на артеріальну гіпертензію, залежно від сімейного анамнезу серцево-судинних захворювань.

Матеріал і методи. Обстежено 102 хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію II стадії (72 чоловіка, 30 жінок) у віці 24–68 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КУ «Запорізька міська багатопрофільна клінічна лікарня № 9» в період з грудня 2014 по грудень 2015 року. Гіпертонічну хворобу діагностовано за класифікацією ВООЗ та Міжнародного товариства гіпертензії (1999), рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2013), рекомендаціями Українського товариства кардіологів (2012). Сімейний анамнез серцево-судинних захворювань вважався позитивним, коли пацієнт вказував на наявність гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарда або інсульту в одного з батьків. Нейропсихологічний стан оцінювався за наступними шкалами: МОСА – Montreal Cognitive Assessment, депресії Бека, ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера та самооцінки пам'яті Мак-Нейра.

Результати. Поширеність спадкової обтяженості з серцево-судинних захворювань серед обстежуваних пацієнтів складала 95%. Артеріальна гіпертензія хоча б у одного з батьків зустрічалася у 94,1% випадків (49,0% у одного з батьків, 45,1% у обох), інфаркт міокарда – у 18,6%, інсульт – у 26,5%.

Для аналізу впливу сімейного аналізу артеріальної гіпертензії хворі були розподілені на дві групи: I група – 50 осіб, у котрих і батько, і мати мали підвищений артеріальний тиск, II група – 46 осіб, у яких тільки один з батьків страждав на гіпертонічну хворобу. При подальшому дослідженні не виявлено відмінностей між групами за віком, статтю, індексом маси тіла, віком початку артеріальної гіпертензії, а також нейропсихічни-

ми показниками, але у I групі були вірогідно вищими показники систолічного ((142,5±14,4) мм рт. ст. та (135,2±14,4) мм рт. ст.) та діастолічного ((84,1±9,6) мм рт. ст. та (88,2±11,1) мм рт. ст.), а також середньорічна кількість гіпертонічних кризів.

Також проводився аналіз наявності обтяженого сімейного анамнезу серцево-судинних захворювань, окремо по материнській і по батьківській лініям. Не виявлено вірогідної різниці між групами залежно від гіпертонічної хвороби у батька пацієнта, але після дослідження різниці між групами згідно з наявністю артеріальної гіпертензії у матері виявлені вірогідно вищі показники систолічного артеріального тиску ((144,2±14,2) мм рт. ст. та (137,1±14,4) мм рт. ст.) та гірші мнестичні показники за самоопитувальником пам'яті Мак-Нейра ((27,3±11,5) та (21,9±11,6)) у пацієнтів з позитивним сімейним анамнезом.

При дослідженні позитивного сімейного анамнезу інфаркту міокарда не виявлено різниць між групами залежно від наявності перенесеного інфаркту міокарда у матері. У пацієнтів, батько котрих страждав на інфаркт міокарда виявлені вірогідно вищі показники за шкалою Бека ((12,9±6,2) та (9,6±5,2)), що свідчить про більшу вираженість у цих осіб депресивних розладів.

Не виявлено відмінностей у групах сформованих залежно від наявності в анамнезі у батька церебрального інсульту, але у осіб з обтяженим анамнезом за цим захворюванням по материнській лінії, була виявлена вірогідно більша кількість гіпертонічних кризів на рік ((2,3±1,0) та (1,4±1,8)).

Висновки. Обтяжена спадковість з боку серцево-судинних захворювань впливає на перебіг артеріальної гіпертензії, а також асоціюється з вірогідно гіршими показниками шкал, що характеризують нейропсихологічний стан пацієнтів ($p < 0,05$).

Вивчення порушень когнітивних функцій у хворих на гіпертонічну хворобу залежно від тривалості захворювання

М.Я. Доценко, Л.В. Герасименко, С.С. Боєв, І.О. Шехунова, О.В. Молодан, О.Я. Малиновська

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета – визначити роль тривалості гіпертонічної хвороби (ГХ) в розвитку когнітивних порушень у хворих на ГХ II стадії.

Матеріал і методи. Обстежено 102 хворих на ГХ II стадії з підвищенням артеріального тиску (АТ) 2–3-го ступенів (30 жінок, 72 чоловіка), середній вік і тривалість ГХ яких склали (49,84±0,83) року і (8,78±0,60) року відповідно. Всі пацієнти антигіпертензивну терапію приймали нерегулярно і не досягали цільових рівнів АТ.

Стан когнітивних функцій (КФ) оцінювався за допомогою опитувальника самооцінки пам'яті McNair і Монреальської шкали оцінки КФ (MoCA тест). Результати за опитувальником самооцінки пам'яті McNair виражалися в балах, де при сумі, що дорівнює або більше 43 балів, передбачалася наявність когнітивних порушень. Результат MoCA тесту визначали шляхом підсумовування балів по кожному з пунктів. Максимальна кількість балів – 30, наявність когнітивних порушень визначали при показниках менше 26 балів.

Для вивчення ролі тривалості захворювання ГХ у хворих на ГХ II стадії в розвитку додементних когнітивних порушень