

відповідає вираженому остеопорозу. Рівень маркера резорбції у обстежених був підвищений (Стх=(0,68±0,05) нг/мл), що свідчить про прискорену втрату мінеральної щільності кісткової тканини. Визначення маркерів кісткової резорбції через 3 міс. від початку лікування показало достовірне зниження Стх на 28,5 %.

Висновки. Отримані дані свідчать про зниження рівня маркерів кісткової резорбції та підвищення показників денситометрії, тобто про сповільнення процесу втрати кісткової маси і позитивні результати проведеної терапії.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПАЦІЄНТАМИ ВДОМА ЗАЛЕЖНО ВІД МЕТОДУ ДОМАШНЬОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**О. Б. Волошина, В. В. Саморукова,
І. С. Лисий, Т. О. Дичко**

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. Останніми роками, згідно з рекомендаціями ESH (2013), відмічається підвищення прогностичного значення домашнього моніторування артеріального тиску (АТ) і його ролі в діагностиці та лікуванні артеріальної гіпертензії разом з амбулаторним добовим моніторуванням АТ.

Мета. Порівняти інформативність різних методик вимірювання артеріального тиску вдома порівняно з показниками добового моніторування АТ.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 60 пацієнтів з есенціальною артеріальною гіпертензією II стадії, 1–2-го ступеня, віком 45–79 років. Пацієнти були приблизно однаковими за своїми гендерними, клініко-функціональними і віковими показниками. Залежно від частоти моніторування АТ вдома пацієнти були розділені на 3 групи. Перша група — пацієнти вимірювали АТ вдома лише один раз вранці; друга — двічі на день — вранці та ввечері, третя — через кожні 2–3 год протягом дня. Одночасно всім пацієнтам проводилось амбулаторне добове моніторування АТ.

Результати. При порівнянні показників АТ вимірюваного при добовому моніторуванні та за різними методиками домашнього моніторування, були отримані такі результати: за рівнем діастолічного артеріального тиску (ДАТ) середньоденний рівень показника при добовому моніторуванні становив (94,8±3,1) мм рт. ст., у першій групі — (99,1±4,2) мм рт. ст. (p>0,1), у другій групі — (97,6±4,7) мм рт. ст. (p>0,1), у третій групі — (95,3±4,3) мм рт. ст. (p>0,5), тобто статистично значущої відмінності за рів-

нем ДАТ не було. За рівнем систолічного артеріального тиску (САТ) середньоденний рівень САТ при добовому моніторуванні дорівнював (146,1±4,5) мм рт. ст., у першій групі — (158,6±3,9) мм рт. ст. (p<0,001), у другій групі — (153,7±4,1) мм рт. ст. (p<0,05), у третій групі — (147,2±4,4) мм рт. ст. (p>0,5). Отже, статистично достовірна різниця рівня САТ отримана у першій та другій групах.

При визначенні прихильності пацієнтів до кожної з методик домашнього моніторування АТ через 1 та 3 міс. отримано такі результати: у першій групі через 1 міс. — 78,3 %, через 3 міс. — 62,4 %, у другій групі — через 1 міс. — 77,4 %, через 3 міс. — 59,8 %, у третій групі — відповідно 52,7 та 37,4 %.

Висновки. Найбільшу інформацію за амбулаторних умов надає домашнє моніторування АТ через кожні 2–3 год, і ця методика найбільш близька за своїми даними до показників добового моніторування АТ. Проте при цій методиці (за даними щоденників пацієнтів) найчастіше порушується рекомендований режим у зв'язку з незручністю частого вимірювання АТ, тобто спостерігається найбільш низька прихильність саме до цього методу моніторування.

Домашнє моніторування артеріального тиску двічі на добу також є інформативним методом діагностики та надає більше інформації, ніж офісний АТ або домашнє моніторування АТ 1 раз на добу. При цьому менше порушуються рекомендації щодо кількості вимірювань вдома, даний метод більш зручний для пацієнтів, що, у свою чергу, підвищує прихильність до нього.

ВИКОРИСТАННЯ БАЛЬНЕОТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

**С. А. Новіков, З. П. Коврига,
В. Б. Яблонська**

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. Складовими метаболічного синдрому (МС) є такі патологічні стани: абдомінальне ожиріння, артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність та дисліпідемія — що обмежують компенсаторно-приспосувальні можливості організму, ускладнюють відновлювальний процес після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ). Сукупні порушення функціонування деяких систем організму різко знижують переносимість хворими фізичних навантажень і не дозволяють ефективно розширити у них режим рухової активності. Доцільним у цій ситуації є включення у реабілітаційний комплекс фізичних факторів, які надають додаткового тренувального впливу на серцево-судинну систему.



Мета. Вивчити ефективність впливу курсу камерних ванн з білою скипидарною емульсією на функціональний стан серцево-судинної системи хворих на ІМ у підгострій стадії захворювання з коморбідною патологією у вигляді МС.

Матеріали та методи. У дослідження включено 62 хворих — чоловіків молодого та середнього віку, які надійшли на санаторний етап реабілітації на 25–26-ту добу від розвинення в них Q ІМ. У всіх був діагностований МС на основі підвищення індексу маси тіла більше 25,0 кг/м², АТ понад 140/90 мм рт. ст., глікемії натщесерце більше 6,1 ммоль/л, індексу атерогенності більше 2,51 од. У пацієнтів у динаміці вивчали клініку, толерантність до фізичного навантаження методом велоергометрії (ВЕМ), показник скорочувальної функції міокарда — фракцію викиду (ФВ) методом ЕхоКГ.

Диференційована відновлювальна терапія проводилася у двох групах (n=31), включала дієту, програму фізичної реабілітації (ЛФК та дозовану ходьбу), прийом інгібіторів АПФ (лізиноприл), інгібіторів і_f-каналів синусового вузла (івабрадин), статинів (аторвостатин), антитромбоцитарних препаратів (АСК та клопидогрель), бігуаніди (метформін) у першій (контрольній) групі, а також, додатково, курс з 10 камерних ванн, які містили білу скипидарну емульсію: у першій, двокамерній — 20 мг, у наступних — чотирикамерних — 40 мг, температурою 36 °С, тривалістю 10 хв.

Отримані результати обробляли статистично з оцінкою достовірності розбіжності середніх величин на підставі критерію Стьюдента.

Результати. До початку дослідження 10 (16,1 %) хворих турбували болі стенокардитичного типу при ходьбі, 30 (48,4 %) — кардіалгії нестенокардитичного типу, 44 (70,9 %) — дихальний дискомфорт, 36 (58,1 %) — цефалгії, 22 (35,4 %) — суглобово-м'язові болі. Толерантність до фізичного навантаження була знижена через надмірну масу тіла та притаманну хворим малорухливість, артеріальну гіпертензію, схильність до тахікардії, кардіофобічні невротичні реакції. Розрахований субмаксимальний рівень не був досягнутий жодним з пацієнтів під час ВЕМ. Показник насосної функції серця (ФВ) був помірно зниженим.

Пацієнти першої групи режим рухової активності розширювали повільно через погану переносимість дозованих фізичних навантажень. Порогова потужність ВЕМ зросла достовірно — від (42,6±2,5) до (56,8±3,1) Вт (p<0,001), але величина приросту була невисокою, у середньому (14,2±1,6) Вт. Показник скоротливості міокарда (ФВ) зріс недостовірно — від (44,4±2,2) до (46,8±2,7) % (p>0,5), що вказує на обмеження адаптаційного резерву міокарда хворих з МС.

У другій групі самопочуття хворих почало покращуватися після 4–5 бальнеопроцедур, що дозволило інтенсифікувати реабілітаційну програму. Як наслідок, толерантність до фізичного навантаження не підвищилась, але при проведенні ВЕМ було зафіксоване зростання порогової потужності від (42,9±2,6) до (79,8±4,1) Вт (p<0,001).

Про підвищення скоротливості міокарда свідчить достовірне зростання ФВ від (43,8±2,0) до (51,5±2,4) % (p<0,01).

Переносимість ванн була доброю. Збільшення частоти серцевих скорочень спостерігалось як реакція на процедуру та виявилось короткочасним. Однак достовірного уповільнення частоти серцевих скорочень унаслідок лікування не відбулося, що зумовило необхідність прийому івабрадину як засобу негативної хронотропної дії пацієнтам, які проходили курс скипидарної бальнеотерапії.

Висновки. Процес післяінфарктної реабілітації хворих на ІМ з коморбідним фоном у вигляді МС є складним, а його успішне проведення може бути зумовлене оптимальним поєднанням дозованого фізичного навантаження, медикаментозної терапії та фізичних факторів, які характеризуються тренувальним впливом на серцево-судинну систему. Як подібна методика може бути рекомендований курс камерних ванн з білої скипидарної емульсії.

DIETARY CORRECTION AND PHYSICAL ACTIVITY CORRECTION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

D. Noiabrov, A. Bessarab

*Medical Center of Sport Rehabilitation
"Artromed", Odessa, Ukraine*

Purpose of the study. Investigate of influence of balanced low-calorie diet (BLD) and increased physical activity on organisms of patients with metabolic syndrome (MS).

Methods and approaches. The 67 people with MS (IDF, 2005) have taken part in the investigation, 31 men and 36 women. Average age was 47 years. Average waist circumference (WC) — (111.0±1.6) cm in men, and (95.7±1.2) cm in women. Body mass index (BMI) — 33.0±1.7.

Patients were divided into two groups: 1-st group (16 men and 18 women) and 2nd group (15 men and 18 women). Patients from the first group were recommended to follow low-calorie diet with calorie deficit — 10% per day with combination of healing fitness (HF) (two training sessions per week for 60 mins each and one cardio training 40 mins long). The length of correction period was 60 days. The second group did not correct a dietary plan and did not add physical exercises.

