

УДК616.89:611.1:617.58

Денисенко Д. М.

Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)**Непсихотичні психічні розлади
у хворих з судинною патологією нижніх кінцівок**

У сучасній медицині проблема критичної ішемії нижніх кінцівок як термінального стану хронічних облітеруючих захворювань артерій, які вражають 2—3 % населення і до 10 % осіб похилого віку, є надзвичайно актуальною. В останні роки проблема лікування пацієнтів з таким станом ще більш загострюється, особливо в зв'язку з підвищенням захворюваності на цукровий діабет. Неухильно прогресуючи, вона призводить до високого відсотку тимчасового порушення працездатності, інвалідизації, ампутації та смертності. Незважаючи на значні успіхи хірургів в лікуванні цієї патології, дискусія з широкого кола питань не слабшає.

Іншим важливим розділом судинної хірургії є лікування ускладненої варикозної хвороби і посттромбофлебітичного синдрому. Варикозна хвороба є одним з найпоширеніших судинних захворювань нижніх кінцівок, вражаючи від 12 до 50 % дорослого населення, натомість, у 15 % випадків реєструються декомпенсовані форми захворювання, що різко знижують працездатність і якість життя, завдають багатомільярдні збитки бюджету держави. Отже, проблема ефективного лікування варикозної хвороби та її ускладнень стає вагомим соціально-економічним проблемою.

Поряд з радикальними хірургічними методами і їх модифікаціями на сьогодні широко поширення набувають малоінвазивні втручання. До сучасних методів хірургічного лікування у флебології пред'являють певні вимоги, як от висока ефективність, малоінвазивність, швидка реабілітація пацієнта, низький відсоток повернення симптомів захворювання. Для цього необхідні, крім високого рівня діагностики захворювань і застосування нових способів хірургічного лікування, висока комплаєнтність пацієнтів з готовністю тривало дотримуватися запропонованого режиму, медикаментозного та немедикаментозного лікування. На тлі необхідності проведення хірургічного втручання у частини хворих виникають клінічні прояви розладів непсихотичного рівня. Можна припустити, що подібна симптоматика виникає у хворих як з уже наявною резидуальною органічною патологією різного генезу (судинного, інтоксикаційного, травматичного та ін.), так і на тлі новопосталих нозогенних психотравматичних чинників.

Ефективне лікування (як хірургічне, так і консервативне) захворювань судин нижніх кінцівок залишається актуальною проблемою судинної хірургії, яка зумовлює безперервну модернізацію сучасних діагностичних і лікувальних технологій. Проте, основні методологічні підходи до лікування цієї групи хворих не отримали всебічного відображення. Відсутній єдиний алгоритм комплексного лікування хворих з судинними захворюваннями нижніх кінцівок залежно від індивідуальних особливостей пацієнтів, на тлі або привнесених захворюванням непсихотичних психічних розладів.

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що до теперішнього часу залишаються не уточненими роль особистісного і реактивного компонентів в лікуванні хворих цієї групи. Немає єдиної думки щодо терміну і доцільності психокорекційної та психотерапевтичної роботи на різних етапах лікування судинної патології нижніх кінцівок.

УДК 612.143-073.97:616-089:531.3

Деревецька В. Г.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Особливості добової динаміки артеріального тиску
та електрокардіограми у хворих
після кардіохірургічних втручань**

Порушення серцевого ритму (ПСР), що виникають і в достатньо віддаленому періоді після кардіохірургічного втручання, через розвиток тромбоемболічних ускладнень та гемодинамічні зміни є чинником ризику гострих порушень мозкового кровообігу, порушень пам'яті та інтелекту, судом. Тому, з точки зору профілактики неврологічних ускладнень у цій когорті хворих, достатньо вагомим є питання виявлення і корекції ПСР та коливань артеріального тиску.

Для цього 30 хворим у віці від 45 до 75 років після кардіохірургічного втручання на серці (від 1 до 8 років), з яких 16 хворих (53,4 %) перенесли аортокоронарне шунтування (АКШ), 10 (33,3 %) — стентування коронарних артерій (СКА), 4 (13,3 %) — протезування серцевих клапанів (ПСК), було проведено добове моніторування електрокардіограми (ЕКГ) за допомогою апарата «Монітор електрокардіосигналів добовий SDM3» та добове моніторування артеріального тиску за допомогою апарата «Вимірювач артеріального тиску ВАТ41-2», який оцінював визначені показники протягом: 1) загального часу; 2) активного періоду (з 7.00 до 22.00); 3) пасивного періоду (з 22.00 до 7.00).

Добове моніторування ЕКГ виявило ПСР та ішемічні зміни міокарду у 26 хворих (86,7 %) ($p < 0,001$), з них у 22 хворих (84,6 %) ($p = 0,0003$) було зафіксовано АВ-блокаду I ступеня, надшлуночкову екстрасистолю (НШЕ) — у 20 (76,9 %) ($p = 0,005$), шлуночкову екстрасистолю (ШЕ) — у 16 (61,5 %), блокаду ніжок пучка Гіса — у 14 (53,8 %), порушення внутрішньошлуночкового проведення (ПВШП) — у 14 (53,8 %), ознаки рубцевих змін у вигляді «патологічного» Q та/або негативного T — у 10 (38,5 %), фібриляцію передсердь (ФП) — у 6 хворих (23,8 %) ($p = 0,005$). Усі з вищевказаних порушень було виявлено у групі хворих після АКШ і групі хворих після СКА, серед хворих після ПСК було зафіксовано лише випадки НШЕ, ШЕ та ПВШП. Група хворих після СКА перевершувала групу хворих після АКШ за поширеністю НШЕ (80,0 % проти 50,0 %), ШЕ (60,0 % проти 50,0 %), ПВШП (60,0 % проти 37,5 %), АВ-блокади (100 % проти 75,0 %). Блокада ніжок пучка Гіса частіше виявлялася у хворих після АКШ, ніж після СКА (62,5 % проти 40,0 %).

У обстежених хворих за загальний час добового моніторування артеріального тиску середні показники артеріального тиску (АТ) становили: САТ — $(148,4 \pm 11,6)$ мм рт. ст., ДАТ — $(90,9 \pm 8,7)$ мм рт. ст., ПАТ — $(52,5 \pm 9,3)$ мм рт. ст., а частота серцевих скорочень (ЧСС) — $(68,3 \pm 13,7)$ уд/хв. При цьому максимальні значення показників АТ і ЧСС, які завжди спостерігалися у денні години, різко відрізнялися від мінімальних: САТ на 90,6 мм рт. ст. ($p < 0,0001$), ДАТ на 49,4 мм рт. ст. ($p < 0,001$), ЧСС — на 54 уд/хв ($p < 0,001$). Протягом активного періоду середні показники АТ склали: САТ — $(158,3 \pm 18,5)$ мм рт. ст., ДАТ — $(92,9 \pm 8,7)$ мм рт. ст., ПАТ — $(70,3 \pm 7,4)$ мм рт. ст., а ЧСС — $(74,5 \pm 10,4)$ уд/хв. Під час пасивного періоду усі показники були суттєво меншими: САТ — $(117,0 \pm 16,7)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАТ — $(74,0 \pm 12,3)$ мм рт. ст., ПАТ — $(50,4 \pm 5,8)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ЧСС — $(64,3 \pm 7,5)$ уд/хв. За профілем змін АТ протягом доби у 16 хворих (53,3 %) відзначалися тільки ранкові підвищення АТ, у 14 хворих (46,7 %) — нічні та ранкові підйоми АТ. У пасивний період (з 2.00 до 5.00 ранку) підвищення АТ відбувалося у 18 пацієнтів (60,0 %) — САТ до $(166,4 \pm 10,3)$ мм рт. ст., ДАТ до $(96,7 \pm 11,2)$ мм рт. ст.,