

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ СЕРЕДНЬОГО ТА ЛІТНЬОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ТТГ

В. Ю. Приходько, О. А. Кононенко

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ

Мета — встановити можливу залежність ефективності антигіпертензивного лікування валсартаном та раміприлом хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) від рівня тиреотропного гормону (ТТГ), який відображає функціональний стан щитоподібної залози.

Матеріали і методи. Обстежено 123 хворих віком 45–70 років з АГ 1–2-го ступеня, яких було розділено на три групи за рівнем ТТГ: група із субклінічним гіпотиреозом (СГ), висококонормальним та низькоконормальним рівнем ТТГ. Хворим було призначено антигіпертензивне лікування відповідно до стандартів. Проведено антропометрію, біохімічний аналіз крові, ліпідограму, визначення гормонів ЩЗ, ТТГ, ехоКГ за стандартною методикою, ДМАТ, вимірювання офісного АТ до та після лікування.

Результати. З'ясовано, що у пацієнтів із субклінічним гіпотиреозом був найгірший контроль АТ як за даними офісного вимірювання, так і за показниками ДМАТ. У них відзначено недостатнє зниження пульсового АТ, не було вірогідних змін показників функціонального стану серця. В групі висококонормального ТТГ досягнуто кращих результатів лікування порівняно з такими в групі СГ: вірогідне зниження всіх показників САТ, тенденція до зниження ДАТ та ПАТ. Але не було суттєвого покращання структурних показників серця. Найкращий контроль АТ досягнуто у хворих групи з низькоконормальним рівнем ТТГ.

Висновок. Рівень ТТГ впливає на якість контролю АТ. У всіх пацієнтів з АГ рекомендовано визначати рівень ТТГ та функціональний стан щитоподібної залози. У хворих з АГ і супутнім СГ слід ретельніше контролювати рівень АТ і підбирати антигіпертензивну терапію.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

В. Ю. Приходько, Д. Ю. Морєва

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ

Мета — дослідити особливості перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) у поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Встановити зв'язок наявності гастроєзофагеального рефлюксу з можливими клінічними проявами ІХС (порушення ритму і частота ішемічних епізодів за даними добового моніторингу електрокардіограми (ЕКГ), біль у грудній клітці) та показниками артеріального тиску (АТ) і його лабільності.

Матеріали і методи. В рамках фрагменту дослідження було обстежено 50 хворих з АГ 1–2-го ступеня на тлі хронічної ІХС з/без супутньої ГЕРХ. Основну групу склали пацієнти із супутньою ГЕРХ. Вік хворих в середньому — $64,8 \pm 8,5$ року (від 44 до 78 років). Пацієнтам були проведені такі дослідження: антропометричні, вимірювання АТ за методом М. С. Короткова, ЕКГ у 12 відведеннях; добове моніторування АТ та добове моніторування ЕКГ, ехоКГ з розрахунком показників інтракардіальної та системної гемодинаміки; езофагогастроуденоскопія.

Результати. Наявність ГЕРХ асоціюється з більш вираженим ступенем абдомінального ожиріння. ІМТ > 30 кг/м² виявлено у 44,7 % пацієнтів з ГЕРХ та у 38,1 % осіб без супутньої ГЕРХ. Ліпідний профіль в групі ГЕРХ характеризувався меншим відсотком пацієнтів із рівнем ХС ЛПВЩ нижче 1 ммоль/л та значно вищим відсотком пацієнтів з рівнем ТГ вище 1,7 ммоль/л ($p < 0,01$). Частота суправентрикулярних порушень ритму в групі пацієнтів з АГ на тлі ГЕРХ була достовірно вищою, ніж в контрольній групі ($p < 0,01$). Частота поєднаних порушень ритму в групі пацієнтів з ГЕРХ достовірно ($p < 0,01$) перевищувала показники у пацієнтів контрольної групи і склала відповідно 76,3 та 23,4 %. Фібриляцію передсердь достовірно частіше реєстрували в групі пацієнтів із ГЕРХ ($p < 0,01$). Між наявністю ГЕРХ та частотою ФП виявлено тісну кореляцію ($r = 0,75$; $p < 0,05$). Частота реєстрації ішемічних епізодів була достовірно ($p < 0,05$) вища в групі пацієнтів з ГЕРХ, склавши відповідно 27,58 % проти 14,28 % у групі без супутньої ГЕРХ. Профіль САТ в основній групі характеризувався більшою кількістю пацієнтів з недостатнім нічним зниженням САТ (кількість non-dipper склала 42,86 %), меншою кількістю пацієнтів з нормальним зниженням САТ в нічні години (кількість dipper —

39,29 %) та наявністю пацієнтів з надмірним зниженням САТ в нічні години (кількість over-dipper — 3,57 %).

Висновки

1. Коморбідність АГ та ІХС із ГЕРХ асоціюється із вищою частотою абдомінального ожиріння, що пов'язане із більш високою частотою у таких хворих метаболічного синдрому.
2. Для попередньої діагностики ГЕРХ можна застосовувати опитувальник GerdQ, який за клінічними ознаками дозволяє виявити ГЕРХ ще до проведення ендоскопічного дослідження.
3. У разі супутньої ГЕРХ у хворих на АГ та ІХС відмічено більш високу частоту та більшу важкість проявів порушень ритму і достовірно більш високу частоту і тривалість ішемічних епізодів.
4. Коморбідність із ГЕРХ погіршує перебіг АГ, характеризується більш високими показниками САТ та ДАТ в нічні години та високою варіабельністю САТ і ДАТ протягом доби.

ИНДИКАТОРЫ НЕЙРОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА И РАЗЛИЧНЫМ КОГНИТИВНЫМ СТАТУСОМ ПО ДАННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ (ФМРТ) И ¹H МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ (¹H МРС)

З. З. Рожкова, Н. В. Карасевич, И. Н. Карабань

ГП "Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", Киев

Изучение особенностей пространственного распределения и временной динамики нейрональной сети по умолчанию (Default Mode Network — DMN), отражающей нигростриарные и мезокортикальные нейрональные связи, способствует пониманию механизмов формирования когнитивных расстройств у пациентов с болезнью Паркинсона (БП). Как известно, при БП по мере уменьшения численности дофаминергических нейронов в проекции стриатума нарушается функционирование стриато-таламо-фронтальной цепи вследствие чего снижается нейрональная активность в префронтальных и мезокортикальных структурах. К этим процессам наиболее чувствительна DMN в состоянии спокойного бодрствования (Resting State Network (RSN) — RSDMN). Соответствие между нарушением функционирования RSDMN и региональными особенностями церебрального метаболизма может быть индикатором нейрональной дисфункции у пациентов с БП и различным когнитивным статусом.

Цель — на основе анализа данных фМРТ и МРС определить особенности функционирования RSDMN при БП и церебрального метаболизма у пациентов с БП и когнитивными расстройствами различной степени выраженности.

Материалы и методы. С помощью метода ¹H МРС и фМРТ обследованы пациенты трех групп в возрасте 57–73 лет с БП и различным когнитивным статусом. Для этого использован томограф 1.5T SIGNA EXCITE (GE). В 1-ю группу (DPDG) включены 13 пациентов с БП и признаками деменции, во 2-ю (CIPDG) — 15 больных с признаками умеренных когнитивных нарушений (МС1), в 3-ю (NPDG) — 12 пациентов без признаков когнитивных нарушений. Параметры получения фМР-изображений: TR/TE = 3000/71 мс, FA = 90, NEX = 8, FoV = 25,6, матрица 160x160, толщина среза 6 мм. Спектры получены в левом и правом полушариях головного мозга в проекции лобной (APCG) и затылочных долей поясной извилины (PPCG) с использованием SVSSTEAM:TR/TE = 1500/144 мс.

Результаты. Интерпретация данных фМРТ и идентификация RSDMNs проведены с помощью метода анализа независимых компонент (Independent Component Analysis — ICA). Выделены 20 статистически независимых компонент (IC), каждая из которых сформировала рисунок группы вокселей, обнаруживающих синхронные временные колебания. Для каждого пациента проведен визуальный анализ и на основании пространственного подобия и сходства характеристик IC определены соответствующие узлы RS DMN. Для проверки корректности присвоения RSDMN у пациентов каждой группы вычисляли групповой компонент (GC) с использованием t-теста для пространственных IC в каждой RSDMN. Обнаруженные данные отнесены к следующим нейронным сетям (RSDMNs): стандартной DMN, контрольной лобно-теменной (FPCN), лобной, связанной с вниманием (FAN), рабочей памяти для левого и правого полушарий (WMN и rWMN), соматомоторной (SMN), слуховой зоне коры (ACN), затылочной зрительной (OVN), а также сети зрительного вентрального и дорсального путей (VVN, DVN). У пациентов всех групп выявлены особенности организации в сравнении с полученными нами ранее для пациентов контрольной группы в следующих нейрональных сетях: (DMNp), лобно-теменных зонах левого и правого полушарий (FPNp), префронтальной сети (PFNp), центральной височной (CTNp), центральной зрительной (CVNp) и периферической зрительной (PVNp). FPNp объединяет WMN, FPCN и DVNPFNp и совпадает по локализации с FAN. CTNp включает SMN и ACN. В PVNp входят VVN и OVN. CVNp занимает часть OVN. Обнаружено, что ди-