

Коморбідні стани

Вплив психоемоційних порушень на параметри товщини інтима-медіа сонних артерій та фактор некрозу пухлин- α у чоловіків молодого віку з артеріальною гіпертензією

О.М. Біловол, І.І. Князькова, О.М. Кірієнко,
В.О. Барбашова, Д.В. Молодан, Л.П. Абрамова

Харківський національний медичний університет

Мета – вивчити особливості змін параметрів структурного стану загальних сонних артерій, а також вмісту фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) в сироватці крові в залежності від психоемоційного статусу у чоловіків молодого віку з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. В дослідження включено 76 чоловіків 29–40 років (середній вік $36,4 \pm 3,5$ років) з АГ 1 ступеня, які не отримували систематично медикаментозної терапії, з яких в групу увійшли – 55 осіб з помірною та високою тривожністю і групу 2 – без порушень психоемоційного статусу – 21 пацієнтів. Групу контролю склали 20 здорових осіб віком 29–40 років (середній вік $36,3 \pm 3,6$ років).

Для оцінки ситуаційної та особистісної тривожності використовувався опитувальник тривожності (опитувальник Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна), що містить 40 питань. Результат оцінювали наступним чином: до 30 – низька тривожність, 31–45 – помірна тривожність, 46 і більше – висока тривожність. Усім обстеженим проведено загальноклінічне обстеження, офісне вимірювання артеріального тиску (АТ). Добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) проводився за допомогою приладу АВРМ-02 (Meditech, Угорщина). Ультразвукове дослідження комплексу інтима-медіа (КІМ) загальної сонної артерії (ЗСА) проводили на ультразвуковому діагностичному сканері LOGIQ 5 (Medical System, Німеччина). За допомогою наборів для імуноферментного аналізу вимірювали в сироватці крові концентрацію ФНП- α (DRG, США). Статистична обробка результатів проводилася з використанням статистичних програм Statistica 10,0.

Результати. Встановлено, що у пацієнтів групи 1 рівні офісного систолічного (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) були значно більшими на 6,5 % і на 6,4 % ($p < 0,05$), ніж у хворих групи 2. За даними ДМАТ середньодобові рівні САТ та ДАТ були на 5,9 % і 5,7 % ($p < 0,05$), вищими у пацієнтів групи 1 в порівнянні з групою 2. Визначено, що вміст ФНП- α в сироватці

крові у пацієнтів групи 1 в 2,6 разів перевищував значення групи контролю ($p < 0,001$) та в 1,2 рази показники групи 2 ($p < 0,05$). У пацієнтів групи 2 сироваткові рівні ФНП- α в 2,2 рази були більшими в порівнянні з групою контролю ($p < 0,001$). У пацієнтів групи 1 товщина КІМ ЗСА була значно більше в 1,75 рази порівняно з групою контролю та на 29,5 % з особами групи 2 (усі $p < 0,05$).

Кореляційний аналіз показав існування позитивних кореляційних зв'язків між товщиною КІМ ЗСА і ДАТ за даними ДМАТ. У хворих групи 1 встановлений незалежний взаємозв'язок між товщиною КІМ ЗСА і середньоденними значеннями ДАТ ($r = 0,43$; $p < 0,05$), середньодобовим ДАТ ($r = 0,35$; $p < 0,05$), ІЧ ДАТ за денні години ($r = 0,41$; $p < 0,05$), ІЧ ДАТ за нічні години ($r = 0,39$; $p < 0,05$). У хворих групи 2 взаємозв'язків між товщиною КІМ ЗСА та показниками ДМАТ не виявлено.

Висновки. 1. У чоловіків молодого віку з АГ та психоемоційними порушеннями встановлено достовірно більші рівні САТ та ДАТ при офісному вимірюванні та добовому моніторингу АТ. 2. У молодих людей з АГ 1 ступеня, які систематично не отримували медикаментозну терапію виявлено підвищення вмісту ФНП- α в сироватці крові та збільшення товщини КІМ ЗСА, більш виражене в осіб з тривожними розладами.

Алгоритм діагностики синкопальних станів у практиці сімейного лікаря

Д.В. Діденко, Л.В. Распутіна

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Мета – визначити структуру причин синкопальних станів у осіб без відомих органічних захворювань серця та розробити послідовність діагностичного пошуку.

Матеріали та методи. Обстежено 65 пацієнтів віком від 18 до 55 років, середнього віку ($34,5 \pm 1,8$) років, з них 35 жінок (53,8 %) та 30 чоловіків (46,2 %) котрим виконувалось обстеження в амбулаторних умовах для діагностики причин синкопальних станів, головокружіння чи пресинкопе. Всі пацієнти звернулись до кардіолога на амбулаторний прийом або буди направлені до кардіолога сімейним лікарем.

Всім пацієнтам було виконано загальноклінічне обстеження, ЕКГ, ехокардіографія (ЕхоКГ), ДМ ЕКГ на термін від 1 до 7 діб, тілт-тестування за