

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 достовірною різницею 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.

