

### Реферат

КЛИНИКО- ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.

Вакалюк І.П., Кулаєц Н.М

Ключевые слова: острый коронарный синдром, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, карведилол, прогрессирующая стенокардия.

Проведено детальні клініко-інструментальні та біохімічні дослідження 140 пацієнтів з острым коронарним синдромом та фибрилляцией предсердий на етапах восстановительного периода, начиная с острого периода острого коронарного синдрома через 1, 3, и 6 месяцев. В качестве клинической модели острого коронарного синдрома в исследования будут отобраны больные с перенесшим Q-QS инфарктом миокарда. Установлено клініко-інструментальні та біохімічні особеностей фибрилляцией предсердий у больних, что перенесли инфаркт миокарда на фоне применения карведилола, а также влияние применяемого лечения на функциональное восстановления больних в раннем и отдаленном постинфарктном периодах.

### Summary

THE CLINICO- INSTRUMENTAL APPLICATION OF KARVEDILOL IN TREATMENT OF PATIENTS, THAT TRANSFERRED THE MYOCARDIAL INFARCTION, COMPLICATED ATRIAL FIBRILLATION

Vakaluk I.P., Kulayets N.M.

Key words: acute coronary syndrome, atrial fibrillation, ischemic heart disease, myocardial infarction, karvedilol, progressive angina pectoris.

The detailed clinico- instrumental and biochemical examination are conducted 70 patients with acute coronary syndrome and atrial fibrillation on the regenerative period, since the acute period of an acute coronary syndrome through 1, 3, and 6 months. As a clinical model of acute coronal syndrome in researches patients will be selected with transferred Q-QS myocardial infarctions. It is established clinico- instrumental and biochemical features of atrial fibrillation in patients, that have transferred a myocardial infarction against application of karvedilol, and also influence of applied treatment on functional restoration of patients in early and distant (prolonged) postinfarction period.

ДК 616.233-002.1-007.272-06:616.839]-053.2

### ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Весілик Н.Л.

Одеський державний медичний університет

У роботі представлені результати аналізу психо-вегетативного статусу дітей у віці від 7 до 14 років з гострим обструктивним бронхітом. На підставі клінічних даних, показників комплексу психологічних тестів і кардіоритмоінтервалографії встановлений дисбаланс функціонування центральної і вегетативної нервової системи різного ступеня виразності при різній тривалості бронхообструктивного синдрому.

Ключові слова: діти, гострий обструктивний бронхіт, психо-вегетативний статус.

#### Вступ

У структурі дитячих респіраторних захворювань значне місце посідають різні клінічні варіанти гострих бронхітів. Протягом останніх десятиліть відзначається неухильне зростання обструктивних форм гострих бронхітів у дітей, особливо серед мешканців великих міст. Незважаючи на широкий обсяг лікувальних заходів, у 30-50% дітей бронхообструктивний синдром протікає з важким перебігом, набуває затяжного і рецидивуючого характеру, більш ніж у половини дітей цієї групи розвивається респіраторний алергоз [1,2,3]. За даними багатьох дослідників характер перебігу і прогноз бронхообструктивного синдрому у дітей може бути пов'язаний з особливостями їх вегетативного гомеостазу [4,5,6].

Вегетативній нервовій системі належить важлива, можна сказати вирішальна роль у життєді-

яльності організму. Це і підтримка гомеостазу, і забезпечення різних форм фізичної і психічної діяльності. Розлад вегетативного забезпечення діяльності (недостатнє або надмірне) порушує поведінку хворої дитини і зумовлює недостатньо оптимальну адаптацію [6,7].

У походженні й у перебігу всіх захворювань беруть участь психогенні компоненти. Емоційні переживання мають вплив на морфологічні структури через вегетативну нервову систему, гормональну й імунні системи. У свою чергу соматичні зміни впливають на психічний стан [7,8,9]. Тому важливо було виявити психологічні особливості у дітей, що переносять гострий обструктивний бронхіт (ГОб). Для цього докладно збирався психологічний анамнез життя, проводилося спостереження за пацієнтом, відмічався тип поведінки дитини, визначався рівень тривожності, тестування дітей для виявлення (у балах) соціальної

\* НДР: Клініко – патогенетичне обґрунтування етапної терапії та профілактики при соматичних захворюваннях у дітей (держ.реєстрація № 0105U008880)

адаптації та стійкості до стресу (при шести й більше ствердних відповідей вважалось необхідним подальше обстеження у психолога). Анкетування направлене на підтвердження впливу емоційних процесів на соматичні реакції організму дитини, що простежувалось виявленими показниками по тестуванню від 12 балів і вище, і високим рівнем тривожності.

Метою дослідження було визначити прогностичну оцінку перебігу гострого обструктивного бронхіту у дітей в залежності від психо – вегетативного статусу.

#### **Матеріал та методи дослідження**

Для визначення психо - вегетативних співвідношень у дітей при гострому обструктивному бронхіті було досліджено групу з 72 пацієнтів віком від 7 до 14 років, з них 40 хлопчиків (55,6%) та 32 дівчат (44,4%), що перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні міської дитячої лікарні №2 м. Одеси. За ступенем тяжкості у всіх хворих з ГОБ бронхообструктивний синдром був середнього та важкого ступеня важкості.

Для отримання нормативних показників обстежено 20 здорових дітей аналогічного віку.

Діагноз обструктивного бронхіту встановлювали згідно з класифікацією та діагностичними критеріями клінічних форм бронхолегеневих захворювань у дітей на основі Протоколу лікування гострого обструктивного бронхіту (наказ Міністерства охорони здоров'я України № 18).

Діти тестувалися за «Анкетами психосоматичної орієнтації» (дитячий варіант) авторського колективу відділення пограничних станів та соматоформних розладів (науковий керівник д.м.н., проф.. Чабан О.С.) українського НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ України.

Проводилось визначення самооцінки за методикою Дембо – Рубінштейн та вивчення рівня тривожності за тестом «Діагностика невротичних розладів у дітей молодшого і середнього шкільного віку» (Дитячий опитувальник неврозів).

Для оцінки вегетативного гомеостазу визначали вихідний вегетативний тонус (ВВТ) і вегетативну реактивність (ВР). ВВТ досліджувався за допомогою опитувальника А.М. Вейна, модифікованого Н.А. Белоконь для дитячого віку та наукових комп'ютерних програм «Вегетативний тонус» і «Кардіоритмоінтервалографія» (КІГ). Аналізувалися

такі параметри КІГ: мода (Mo), амплітуда моди (Am), варіаційний розмах ( $\Delta X$ ), індекс напруження Р.М. Баєвського (IH), індекс вегетативної рівноваги (IBP), показник адекватності процесів регуляції (ПАПР), вегетативний показник ритму (ВГР). Для оцінки вегетативної реактивності проводили КІГ із кліноортостатичною пробою. Використовували співвідношення інтегрального показника серцевого ритму IH в ортоположенні і кліноположенні ( $IH_2/IH_1$ ). Також вихідний вегетативний тонус розраховувався за індексом Кердо, а міжсистемні відношення вісцеральних систем – за коефіцієнтом Хільдебранта.

#### **Результати та їх обговорення**

В результаті проведених досліджень було виявлено що переважна більшість дітей основної групи (97,2 $\pm$ 2,7%) показали психосоматичну дезорієнтацію та нестійкість до стресу (при шести й більше ствердних відповідей на питання анкети), в той час як у групі здорових – тільки 30 $\pm$ 6,2% (p<0,001). Подальше обстеження дітей виявило, що середній рівень тривожності спостерігався у 55,6 $\pm$ 4,3% хворих, відносно 30 $\pm$ 6,2% контрольної групи. Також привертає увагу значно більший (на 34%) відсоток дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, з високим рівнем тривожності (44,4 $\pm$ 4,3%), порівняно з показниками здорових (10 $\pm$ 4,7%). Великий вплив емоційних процесів на соматичні реакції організму дитини простежувався поєднанням показників тестування вище 12 балів і високого рівня тривожності (p<0,01).

Самооцінка у дітей визначалася як занижена, нормальна та висока. В обох групах цей критерій майже не відрізнявся: занижена самооцінка реєструвалася у здорових 45 $\pm$ 3,6%; у хворих – 50 $\pm$ 4,3%; нормальна – відповідно 30 $\pm$ 6,2% і 33,3 $\pm$ 4,9%; висока – 25 $\pm$ 3,7% контрольної, та 16,7 $\pm$ 3,2% основної груп. Відмінність статистично недостовірною (p> 0,05).

Клінічний аналіз показав, що у дітей з високим рівнем тривожності триваліше утримувалися основні симптоми бронхообструкції: кашель, задишка, свистячі та вологі хрипи в легенях (таб. 1), в той час як різниця в термінах зникнення симптомів інфекційного токсикозу (загальне нездужання, температурна реакція) була незначною (p>0,05).

**Таблиця 1.**  
**Динаміка основних клінічних показників у дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт**

| Клінічні ознаки          | Тривалість у днях                  |                                   | p      |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------|
|                          | Діти з середнім рівнем тривожності | Діти з високим рівнем тривожності |        |
| Кашель                   | 7,20 $\pm$ 0,92                    | 14,85 $\pm$ 1,14                  | < 0,05 |
| Ринорея                  | 11,73 $\pm$ 1,12                   | 12,61 $\pm$ 1,37                  | >0,05  |
| Задишка                  | 5,43 $\pm$ 0,71                    | 8,43 $\pm$ 0,76                   | <0,01  |
| Свистячі хрипи в легенях | 4,51 $\pm$ 0,67                    | 7,53 $\pm$ 0,51                   | <0,05  |
| Вологі хрипи в легенях   | 9,12 $\pm$ 0,51                    | 12,31 $\pm$ 1,12                  | < 0,05 |
| Загальне нездужання      | 4,38 $\pm$ 1,84                    | 6,22 $\pm$ 1,67                   | >0,05  |
| Температурна реакція     | 3,14 $\pm$ 0,71                    | 4,81 $\pm$ 0,93                   | >0,05  |

Було виявлено широкий спектр скарг вегетативного характеру у дітей, хворих на ГОБ, основними з яких були: розлади сну ( $58,3 \pm 4,2\%$ ), головний біль ( $61,1 \pm 4,1\%$ ), гіпергідроз долонь і ступнів ( $16,7 \pm 3,2\%$ ), гіпервентиляційні розлади ( $61,1 \pm 4,1\%$ ), погана переносність задушливих приміщень ( $52,7 \pm 4,3\%$ ), пітливість ( $77,8 \pm 3,9\%$ ).

Аналіз ВВТ свідчив у цілому про перевагу симпатикотонічних впливів у  $77,8 \pm 3,9\%$  обстежених хворих, ваготонія виявлена у  $16,7 \pm 3,2\%$  дітей, ейтонія – у  $4,3 \pm 3,1\%$  пацієнтів. Частота розподілення різних типів вегетативної регуляції у здорових дітей була приблизно рівною: ваготонічний тип вегетативної регуляції зустрічався у  $30 \pm 6,2\%$  дітей, ейтонічний тип відповідно у  $35 \pm 6,1\%$  симпатикотонічний –  $35 \pm 6,1\%$ . Хворі та здорові діти розрізнялися не тільки по процентному співвідношенні типів ВР, але і мали якісні відмінності у характері вегетативної регуляції. Так, у дітей хворих на ГОБ з ваготонічним типом вегетативного управління в порівнянні зі здоровими, що мали аналогічну регуляцію, вираженість ваготонії була значніше.

Під час розподілу дітей з ГОБ залежно від стану ВВТ та ступеня тяжкості було виявлено, що у хворих з важким перебігом ГОБ спостерігалися

ваготонії. Аналіз даних КІГ у дітей з вихідною ваготонією свідчив про вірогідне збільшення показників  $M_0$ , і  $\Delta X$ , ( $p < 0,001$ ) і зменшення показників АМ та ІН ( $p < 0,01$ ), що вказувало на послаблення симпатичних впливів та зниження адаптаційно-приспосувальних можливостей організму. Зменшення показників ІВР, ПАПР та ВГР ( $p < 0,01$ ) демонструвало превалювання парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи в підтримці вегетативної рівноваги, свідчило про дизрегуляцію у керуванні ритмом серця з перевагою гуморальних впливів та посилення процесів саморегуляції й активації діяльності автономного контуру регуляції серцевого ритму. У хворих з вихідною симпатикотонією спостерігалось зниження показників  $M_0$  і  $\Delta X$  ( $p < 0,01$ ) з одночасним підвищенням АМ ( $p < 0,001$ ) та інтегрального показника ІН ( $p < 0,01$ ), що свідчило про напруження адаптаційно-приспосувальних механізмів. Збільшення показника ІВР визначало підтримку вегетативного балансу через підвищення активності симпатичного відділу ВНС. Шлях реалізації процесів регуляції здійснювався за рахунок нервових впливів з надмірною централізацією у керуванні ритмом серця і слабкістю автономізації.

Таблиця №2

Показники КІГ у дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, порівняно зі здоровими

| Стан ВНС       | Групи    |   | $M_0, c$        | $\Delta X$      | АМ%             | $I_{H_1}$ , у.о. | ВГР             | ІВР              | ПАПР            | Індекс Кердо   | Коефіцієнт Хільденбранта |
|----------------|----------|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|--------------------------|
| Ваготонія      | здорові  | 1 | $0,76 \pm 0,04$ | $0,17 \pm 0,06$ | $18,4 \pm 0,51$ | $21,52 \pm 0,51$ | $2,88 \pm 0,04$ | $41 \pm 0,2$     | $24,88 \pm 2,4$ | $-3,2 \pm 0,5$ | $4,1 \pm 0,6$            |
|                | Діти ГОБ | 3 | $1,02 \pm 0,05$ | $0,36 \pm 0,06$ | $14,6 \pm 0,76$ | $20,2 \pm 0,21$  | $2,7 \pm 0,05$  | $39,7 \pm 0,3$   | $14,3 \pm 2,1$  | $-5,3 \pm 0,6$ | $2,71 \pm 0,4$           |
| Ейтонія        | здорові  | 1 | $0,64 \pm 0,01$ | $0,11 \pm 0,01$ | $24,2 \pm 0,63$ | $43,08 \pm 1,32$ | $4,28 \pm 0,11$ | $65,3 \pm 5,4$   | $37,5 \pm 3,1$  | 0              | $3,6 \pm 0,2$            |
|                | Діти ГОБ | 3 | $0,72 \pm 0,03$ | $0,20 \pm 0,03$ | $17,5 \pm 0,54$ | $60,8 \pm 2,67$  | $6,9 \pm 0,21$  | $87,5 \pm 7,1$   | $24,3 \pm 1,1$  | 0              | $3,1 \pm 0,1$            |
| симпатикотонія | здорові  | 1 | $0,68 \pm 0,02$ | $0,21 \pm 0,03$ | $33,4 \pm 0,81$ | $92,03 \pm 6,3$  | $5,53 \pm 1,12$ | $35,2 \pm 9,4$   | $64,7 \pm 1,6$  | $9,6 \pm 4,2$  | $4,6 \pm 0,3$            |
|                | Діти ГОБ | 3 | $0,64 \pm 0,01$ | $0,16 \pm 0,01$ | $45,1 \pm 0,64$ | $225,3 \pm 14,3$ | $10,1 \pm 1,7$  | $281,2 \pm 34,6$ | $70,3 \pm 2,3$  | $28,2 \pm 5,6$ | $3,8 \pm 0,2$            |

Оцінка ВР у дітей з ГОБ виявила перевагу гіперсимпатикотонічної реактивності ( $77,8 \pm 3,9\%$ ), нормосимпатикотонічна реактивність у  $14,8 \pm 3,2\%$ , у  $7,4 \pm 2,4\%$  пацієнтів - асимпатикотонічна реактивність. Дослідження стану ВР залежно від ступеня тяжкості ГОБ показало, що у дітей з тяжким і тривалим бронхообструктивним синдромом відзначалася асимпатикотонічна реактивність, що вказувало на виснаження резервних можливостей симпато-адреналової системи і зрив компенсаторних механізмів. Отже у дітей, хворих на ГОБ, є зрушення вегетативного управління в сторону переважання симпатикотонічного тону з гіперсимпатикотонічною реактивністю, низький функціональний резерв судинної ланки ССС, перенапруження механізмів регуляції. Можливо, гіперсимпатикотонічний тип реагування є компенсаторним механізмом на розвиток бронхообструкції.

**Висновки**

Таким чином у результаті комплексного обстеження у більшості дітей з ГОБ виявлено зрушення вегетативного балансу та психологічних характеристик, що може вказувати на наявність певного типу психо-вегетативної організації, коли виразність симпатикотонічних впливів, змін емоційного стану та високий рівень тривожності можуть мати єдину нейрофізіологічну основу. Неприятливим є виявлення високого рівня тривожності, вихідної ваготонії, асимпатикотонічної реактивності у дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, і зазначене обумовлює доцільність включення в терапевтичний комплекс психо- та вегетокорегуючих заходів.

### Література

1. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром в практике педиатра. Роль ингаляционной бронхолитической терапии / О.В. Зайцева // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 2. – С. 51–54.
2. Волосовець О.П. Гіперреактивність бронхів у дітей: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування (огляд літератури) / О.П. Волосовець, В. Є. Хоменко // Здоровье ребенка. – 2007. – Т. 5, № 8. – С. 132–135.
3. Лукина О.Ф. Функциональная диагностика бронхиальной обструкции у детей / О.Ф. Лукина // Респираторные заболевания. – 2002. – №4. – С.7-9.
4. Заболевания вегетативной нервной системы / [Вейн А.М., Алимova Е.Я., Вознесенская Т.Г. и др.]; под ред. А.М. Вейна. - М. : Медицина, 1991. – 624 с.
5. Портнова О.О. Застосування ендоназального електрофорезу пікамелону та електропунктури в етапі ному відновлюваному лікуванні дітей, хворих на бронхіальну астму, з урахуванням вегетативних дисфункцій : автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.33 – «Курортологія та фізіотерапія» / О.О. Портнова. – Одеса 2002 – 26 с.
6. Каладзе Н.Н. Показатели различных звеньев адаптации у детей, страдающих бронхиальной астмой / Н.Н. Каладзе, Л.И. Мурасилова // Современная педиатрия. – 2008. - №3. – С. 26-31.
7. Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. Чабан, О. Хаустова. – К. : Тов. «ДСГ Лтд», 2004 – 96 с. – (Бібліотечка практикуючого лікаря).
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методы патопсихологии / С.Я. Рубинштейн – М. : ЭКСМО-ПРЕСС 1999.
9. Основи психодинамічної діагностики і психотерапії / [ М.І. Винник, І.С. Вітенко, І.В. Тодорів та ін. ]. – Івано-Франківськ, 2006. - 171 с.

### Реферати

#### ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ, БОЛЬНИХ ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Весильк Н.Л.

Ключевые слова: дети, острый обструктивный бронхит, психо-вегетативный статус.

В работе представлены результаты анализа психо-вегетативного статуса детей в возрасте от 7 до 14 лет с острым обструктивным бронхитом. На основании клинических данных, показателей комплекса психологических тестов и кардиоритмоинтервалографии установлен дисбаланс функционирования центральной и вегетативной нервной системы различной степени выраженности при разной длительности бронхообструктивного синдрома.

### Summary

#### PSYCHO-VEGETATIVE STATUS OF CHILDREN WITH ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

Vesilyk N. L.

Keywords: children, acute obstructive bronchitis, psycho-vegetative status.

The paper presents the results of the analysis of psycho-vegetative status of children aged 7 to 14 years with acute obstructive bronchitis. Based on clinical information, indices of complex psychological tests and cardiorythmography it has been found out the imbalance in functioning of the central and vegetative nervous system, manifested by varying degrees of severity under different duration of broncho-obstructive syndrome.

УДК 616.13-004.6-02:616.008.9]-06-085.22:616.12-008.331.1

#### ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «КАДУЭТ» НА ДИНАМИКУ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Визир В.А., Буряк В.В.

Запорожский государственный медицинский университет

В статье приведены данные касательно гипергомоцистеинемии, как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний и способов ее фармакологической коррекции. В частности, освещены вопросы взаимосвязи гипергомоцистеинемии, атеросклероза и артериальной гипертензии. Представлены результаты определения содержания гомоцистеина плазмы крови у пациентов с артериальной гипертензией в процессе терапии комбинированным препаратом «Кадуэт».

Ключевые слова: гомоцистеин, атеросклероз, артериальная гипертензия, фармакологическая коррекция.

Гомоцистеин (ГЦ) представляет собой серо-содержащую аминокислоту, образующуюся в организме при метаболизме метионина [1]. Учитывая многогранное этиопатогенетическое

влияние ГЦ, все большую актуальность приобретает проблема, посвященная изучению взаимосвязи гипергомоцистеинемии (ГГЦ), ряда патологических состояний организма и возможных