

зменшували до 10 мг двічі на добу зранку та ввечері, загальним курсом 14 днів.

Вплив дії нікорандилу, за даними ХМ ЕКГ, було виявлено з допомогою динамічного контролю до і після лікування. Проведена статистична обробка отриманих результатів методами варіаційної статистики, показник достовірності встановлювався за допомогою t-тесту за таблицею Фішера — Стьюдента. Відмінності між порівнюваними показниками вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. За результатами ХМ ЕКГ у хворих з даною коморбідною патологією переважно реєструвалися такі порушення: більш ніж у 93 % відмічали синусову тахікардію, надшлуночкову екстрасистолію, а саме: рідка — у 70,17 та 83,33 % відповідно у ЛГ-1 та ЛГ-2; часта — у 53,33 та 63,33 % відповідно, особливо в нічний період, зміни сегмента ST у 10,07 % ЛГ-1 та у 70,00 % ЛГ-2, які не були зареєстровані при знятті стандартної ЕКГ, та інші ознаки ішемії міокарда.

Після застосування зазначеного вище лікувального комплексу (ЛГ-2) у хворих на БА у поєднанні з ІХС I–II ФК відзначалося зниження частоти серцевих скорочень: до лікування синусова тахікардія у $(93,33 \pm 7,63)$ %, після — у $(63,33 \pm 6,47)$ %. Значно зменшилася кількість суправентрикулярних — з $(83,33 \pm 6,23)$ % до $(53,33 \pm 6,62)$ % після лікування та шлуночкових екстрасистол — з $(46,66 \pm 6,41)$ % до 23,33 % ($p < 0,01$).

Ознаки неповної блокади правої ніжки пучка Гіса, які мали інтермітуючий характер до лікування, на 6,67 % зменшились у групі порівняння та на 30,31 % у ЛГ-2 ($p < 0,01$), значну динаміку показала зміна сегмента ST — у ЛГ-1 без суттєвих змін, тимчасом як у групі із застосуванням нікорандилу ознаки горизонтальної депресії значно зменшилися майже у 40,0 % пацієнтів ($p < 0,001$).

У ЛГ-1 незначні ознаки порушення процесів реполяризації залишалися без суттєвих змін.

Більша ефективність спостерігалася при додатковому призначенні нікорандилу, що сприяло відновлюванню функції легенів за рахунок насичення клітин корисними іонами, очищенню мікрофлори дихальних шляхів від пилу та шкідливих бактерій та діяльності серцево-судинної системи у вигляді зменшення проявів аритмії, поліпшення процесу реполяризації.

Через 4–5 тиж. спостереження після лікування за ЛГ-2 у хворих на БА у поєднанні з ІХС I–II ФК виявлена позитивна динаміка за даними ХМ ЕКГ у вигляді достеменного зниження середньої добової ЧСС, частоти виникнення суправентрикулярних екстрасистол, насамперед денних, яка свідчила про сприятливі зміни функціонального і соматичного статусу пацієнтів як з боку респіраторної, так і серцево-

судинної системи. Проте у хворих, яким була призначена тільки базисна терапія, отримані дані достовірних відмінностей не мали. Слід відмітити, що до лікування прояви аритмії були виявлені при дослідженні пацієнтів обох груп.

Отже, завдяки поєднанню різних механізмів впливу на перебіг латентної ІХС у хворих на БА лікувально-диференційований підхід дозволяє поліпшити клінічні показники, зменшити толерантність до фізичного навантаження, покращити прогноз, значно зменшити кількість випадків раптової зупинки серця, порушення ритму та провідності, що взагалі сприятиме поліпшенню якості життя хворих на БА.

Застосування нікорандилу в складі комплексного лікування БА у поєднанні з ІХС сприяє купіруванню бронхолегеневих, кардіологічних проявів даного коморбідного стану.

Висновки

1. Виконання ХМ ЕКГ в обох групах сприяло ранньому виявленню порушень ритму, особливо у нічний період, які не могли бути діагностовані при реєстрації стандартної ЕКГ, що є корисним у виборі патогенетично обґрунтованої терапії.

2. Додаткове призначення нікорандилу до базисного медикаментозного комплексу хворим на БА у поєднанні з ІХС I–II ФК сприяло більш тривалому збереженню поліпшення суб'єктивного стану хворого, зменшенню нападів ядухи, кардіалгії, аритмогенних порушень, зниженню дози призначеного бронходилатуючого засобу.

ОСОБЛИВОСТІ КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ПІД ВПЛИВОМ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ ВИРОБНИЦТВА

О. М. Ігнат'єв, М. І. Турчин, А. В. Шанигін

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. За даними статистики, у світі нараховується більш ніж 200 тис. хворих на остеопороз (ОП), а їхня кількість з кожним роком невпинно зростає (ОІФ, 2017). Низькоенергетичні переломи, що виникають унаслідок ОП, призводять до виключення з трудового процесу на тривалий період лікування та реабілітації осіб працездатного віку, завдають значних соціально-економічних збитків країні. Неприятливі чинники виробництва відіграють роль провокуючого та модифікуючого факторів, каталізатора природних інволютивних процесів, що призводить до передчасного старіння кісткової тканини (КТ) (Ігнат'єв О. М., Ермоленко Т. О., 2016). Дані літератури свідчать, про на-



явність спільних патогенетичних механізмів розвитку захворювань серцево-судинної системи та ОП (Нішкумай О. І., 2012). Однак досліджень, присвячених вивченню зв'язку між ступенем втрати мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), тривалістю гіпертонічної хвороби (ГХ) у чоловіків і стажом роботи в несприятливих умовах виробництва досі немає, що зумовило проведення даної роботи.

Мета. Вивчити стан кісткового метаболізму у чоловіків із гіпертонічною хворобою, які працюють у несприятливих умовах виробництва.

Матеріали та методи. Обстежено 87 робітників чоловічої статі у віці від 37 до 63 років (середній вік $(53,8 \pm 2,4)$ року) із ГХ II стадії, 2–3-го ступеня, які працюють під впливом несприятливих факторів виробництва (НФВ), стаж роботи — $(23,2 \pm 3,7)$ року. Залежно від стажу роботи чоловіки були поділені на три групи: I група ($n=22$) — стаж роботи до 10 років; II група ($n=32$) — стаж роботи від 11 до 20 років; III група ($n=33$) — стаж більше 20 років. Клінічне обстеження включало: збір скарг, анамнезу життя, анамнезу хвороби, огляд, вимірювання систолічного артеріального тиску і діастолічного артеріального тиску. Лабораторно визначали рівень остеокальцину (ОК) та маркера кісткової резорбції СТх. Інструментально оцінювали МЩКТ методом ультразвукової денситометрії (УЗД) п'яtkової кістки за допомогою апарата "Aloka OST-100".

Результати. За даними УЗД, у 9 (40,9 %) робітників I групи МЩКТ відповідала показникам остеопенії (Оп), Т-критерій становив — $(1,97 \pm 0,32)$ SD, і у 12 (59,1 %) чоловіків була визначена нормальна МЩКТ, Т-критерій дорів-

нював $(0,65 \pm 0,24)$. У II групі у 8 (21,9 %) чоловіків МЩКТ відповідала показникам ОП, Т-критерій $(-2,65 \pm 0,12)$ SD, у 18 (56,25 %) робітників з Оп Т-критерій сягав $(-2,23 \pm 0,16)$ SD і 6 (18,75 %) чоловіків мали нормальну МЩКТ, Т-критерій $(-0,71 \pm 0,09)$ SD. У III групі ОП діагностовано у 10 (30,3 %) чоловіків, Т-критерій $(-0,86 \pm 0,12)$ SD, 18 (54,5 %) чоловіків мали Оп, Т-критерій $(-2,42 \pm 0,02)$ SD, і 5 (15,2 %) — нормальну МЩКТ, Т-критерій $(-2,98 \pm 0,32)$ SD.

Рівень ОК у пацієнтів I групи становив $(12,19 \pm 0,65)$ нг/мл; II групи — $(15,52 \pm 0,48)$ нг/мл; III групи — $(16,92 \pm 0,52)$ нг/мл ($p < 0,05$). Підвищення рівня ОК призводить до порушення його включення до складу КТ і сприяє компенсаторній активації остеобластів на тлі зниження МЩКТ (Гависова А. А., 2012).

У пацієнтів I групи рівень СТх був у межах $(0,39 \pm 0,03)$ нг/мл, II групи — $(0,55 \pm 0,03)$ нг/мл, III групи — $(0,77 \pm 0,04)$ нг/мл ($p < 0,01$). Підвищення рівня СТх свідчить про прискорення резорбції кісткової тканини.

Встановлений кореляційний зв'язок між Т-критерієм і стажом роботи ($r = +0,51$; $p < 0,05$), рівнем ОК і стажом роботи ($r = -0,54$; $p < 0,05$), рівнем маркера кісткової резорбції СТх і стажом роботи ($r = -0,45$; $p < 0,05$). Таким чином, отримані дані свідчать про негативний вплив НФВ на стан КТ з порушенням процесів кісткового ремоделювання та переважанням кісткової резорбції.

Висновки. У чоловіків із ГХ виявлені структурно-функціональні зміни КТ. Кореляційний зв'язок між рівнем остеокальцину, СТх, показниками МЩКТ свідчать про спільну роль зазначених біомаркерів у мінеральному обміні та розвитку ГХ.

*Передплачуйте
і читайте*



ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

