

можуть бути порушення топографоанатомічних взаємовідношень органів малого тазу після оперативних втручань на прямій кишці.

В перспективі дослідження синтопії прямої кишки після впровадження нових розробок черевно-променевої резекції прямої кишки.

Список літератури

- Одарченко С.П. Топографоанатомічні взаємозв'язки органів малого тазу після черевно-анальної резекції прямої кишки / С.П. Одарченко, В.І. Півторак, П.Я. Дарченко // Онкологія. - 2008. - Т. 10, № 1. - С. 172-175.
- Рак в Україні 2011-2012: Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. - Бюлетень національного канцерреєстру України №14. - Київ, 2013. - 120 с.
- Рак прямой кишки: компьютерно-томографическая диагностика лучевых реакций тканей малого таза на различные дозы лучевой терапии / Н.К. Силантьева, Б.А. Бердов, Л.Н. Титова [и др.] // Российский онкологический журнал: Научно-практический журнал. - 2003. - № 4. - С. 10-15.
- Югов В.К. Комп'ютерно-томографічні ознаки нормального стану прямої кишки та структур, що її оточують / В.К. Югов, А.В. Чорнобай // Проблеми екології та медицини. - 2010. - Т. 14, № 5-6. С. 37-41.

Пивторак В.І., Одарченко С.П.

СИНТОПИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У МУЖЧИН В НОРМЕ, ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЕЕ ОПУХОЛЯМИ, ДО И ПОСЛЕ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Резюме. В статье проанализированы результаты обследования больных мужчин раком прямой кишки с использованием компьютерной томографии. Определено, что в норме у мужчин асимметричное расположение мочеточников по отношению к прямой кишке обусловлено, прежде всего, эксцентричным расположением проксимальных отделов прямой кишки в полости малого таза. У пациентов, обследованных по поводу новообразований прямой кишки, определялось утолщение стенки кишки с нечеткими контурами и циркулярным сужением измененного участка в случаях инфильтративного роста опухоли и дополнительными мягкотканными образованиями с нечеткими контурами при диагностике экзофитного рака. После операции брюшно-анальной резекции прямой кишки в сроки через 30, 180 и 360 дней у мужчин происходит достоверное ($p < 0,05$) увеличение расстояния от правого и левого мочеточников на всех уровнях низведенной кишки, изменение ее положения относительно крестца, которая проявляется расширением пресакрального пространства и увеличением прямокишечно-крестцового угла.

Ключевые слова: прямая кишка, синтопия, компьютерная томография, брюшно-анальная резекция.

Pivtorak V.I., Odarchenko S.P.

THE SYNTOPY BASED ON COMPUTED TOMOGRAPHY OF RECTUM IN MEN NORMALLY, AT TUMOR AFFECTION BEFORE AND AFTER ABDOMINAL-ANAL RESECTION

Summary. The article analyzes the results of the survey of male patients with rectal cancer using computer tomography. It was determined that asymmetrical arrangement of the ureters relatively to the rectum causes in normal men, first of all, eccentric proximal colon in the pelvic cavity. In patients who were examined at the tumors of the rectum, bowel wall thickening was determined with fuzzy contours and circular narrowing of the changed area in cases of infiltrative tumor growth and additional soft tissue formations with indistinct outlines during the diagnostics of exophytic cancer. After abdominal-anal resection of the rectum through the timeline 30, 180 and 360 days, the distance from the right and left ureter at all levels relegated intestine is significantly ($p < 0,05$) increased in men, changing its position relative to the sacrum, which manifests by extension of presacral space and increasing of recto-sacral angle.

Key words: rectum, syntopy, computer tomography, stomach and anal resection.

Стаття надійшла до редакції 3.04.2013 р.

Півторак Володимир Ізяславович - д.мед.н., професор кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (067) 7576486.

Одарченко Сергій Петрович - к.мед.н., асистент кафедри онкології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 357339.

© Распутіна Л.В.

УДК: 612. 2-01.611.1/02

Распутіна Л.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, 21028, Україна)

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Резюме. Проаналізовано особливості клінічного та функціонального перебігу хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії за умови їх поєданого перебігу залежно від статі. Аналіз встановив, що серед обстежених чоловіки були молодшого віку, однак порушення функції зовнішнього дихання були більш важчими. Серед жінок діагностуються шлуночкові порушення ритму, зокрема екстрасистолі високих градацій. Серед жінок діагностовані епізоди фібриляції передсердь більш тривалі. Відмічається підвищення симпатичної регуляції як серед чоловіків, так і серед жінок. Серед

жінок достовірно частіше виявляли підвищення артеріального тиску вночі.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, хронічне обструктивне захворювання легень, добуве моніторування електрокардіографії, спірографія.

Вступ

Відповідно до рекомендацій Глобальної ініціативи з хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), а саме сучасної її редакції [GOLD, 2012] та адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах (2012), серед найбільших факторів, що здатні впливати на прогноз цього патологічного стану є загострення ХОЗЛ та супутні захворювання, а саме серцево-судинні захворювання, остеопороз, депресія, метаболічний синдром [Gestel, Steier, 2010]. Слід відмітити, що суттєва роль належить саме серцево-судинним захворюванням, які на сьогодні домінують у структурі захворюваності та смертності. Серед них артеріальна гіпертензія (АГ) становить провідну проблему, так як вносить суттєвий вклад у формування ішемічної хвороби серця, зниження працездатності, ранньої інвалідизації населення та значних соціально-економічних наслідків.

При наявності у хворого на ХОЗЛ супутньої АГ, виникають різні кардіореспіраторні взаємодії, що зумовлюють важкість хворого, перебіг захворювання та прогноз у цієї когорти пацієнтів [Sidney et al., 2005; Sin, 2006]. У працях багатьох вітчизняних та зарубіжних дослідників, звертається увага на різну поширеність ХОЗЛ, а також поєданого перебігу ХОЗЛ та АГ. А отже, ймовірно існують певні відмінності у клінічних та функціональних параметрах перебігу поєднаної патології [Фещенко і др., 2011; Stephen, Rennard, 2005]. Саме тому актуальним є проведення аналіз основних гемодинамічних показників за даними добугового моніторування електрокардіографії та артеріального тиску у хворих поєднаною патологією залежно від статі.

Метою нашої роботи було вивчення клінічного перебігу поєднання ХОЗЛ та АГ залежно від віку обстежених за даними добугового моніторування електрокардіографії (ЕКГ), артеріального тиску (АТ).

Матеріали та методи

Нами обстежено 256 хворих, що мали поєднаний перебіг ХОЗЛ та АГ, середній вік яких становив $60,7 \pm 3,4$ роки. Серед обстежених хворих із поєднаною патологією чоловіків було 158, середній вік ($59,6 \pm 0,8$) років, жінок - 98, середній вік ($61,9 \pm 1,0$) років. У чоловіків ХОЗЛ II стадії діагностовано у 72 (45,6 %), у 86 (54,4 %) - ХОЗЛ III стадії; у жінок ХОЗЛ II діагностовано у 59 (60,2 %), ХОЗЛ III стадії - у 39 (39,8 %). А отже, серед обстежених пацієнтів чоловіки мали більш важкий перебіг ХОЗЛ ($p=0,023$), в залежності від стажу захворювання (табл. 1). З'ясується, що у обстежених чоловіків стаж ХОЗЛ становив $10 \pm 3,4$ роки, та був більшим, ніж стаж АГ $8 \pm 3,9$ років, серед жінок спостерігається, що більшим був стаж АГ, а саме $9 \pm 6,2$ років, тоді як ХОЗЛ $8 \pm 2,7$ років. Проте достовірної різниці між групами не встановлено.

Всім хворим проведено оцінку інтенсивності задишки за міжнародною шкалою виразності задишки (MRC-scale) (MedicalResearchCouncilscale). Ступінь вентиляційної недостатності визначали на комп'ютерному спірографі "MasterScopePC" (ErichJaeger, Німеччина). Оцінювали показники функції зовнішнього дихання (ФЗД): об'єм форсованого видиху за 1 секунду ($ОФВ_1$), форсована життєва ємність легень (ФЗЕЛ), $ОФВ_1/ФЗЕЛ$. Функціональний стан респіраторної системи визначали згідно з Європейськими рекомендаціями. Добове моніторування електрокардіографії (ЕКГ) і артеріального тиску (АТ) та визначення варіабельності серцевого ритму (ВСР) проведено на апараті DiaCard 03500 (Солвейг, АОЗТ м. Київ). Аналізували наступні параметри: частота серцевих скорочень (ЧСС), шлуночкові екстрасистоли (ШЕ), надшлуночкові екстрасистоли (НШЕ), суправентрикулярна тахікардія (СТ), фібриляція передсердь (ФП). Оцінені часові показники ВСР: $rMSSD$ (корінь квадратний із суми квадратів різниць величин послідовних пар інтервалів R-R, мс), $rNN50$ (відсоток сусідніх синусових інтервалів R-R, які відрізняються більше, ніж на 50 мс, %), $SDNN$ (стандартне відхилення середньої тривалості всіх інтервалів R-R, мс), $SDANN$ (стандартне відхилення середніх тривалостей інтервалів R-R протягом 5-хвилинних інтервалів, мс). Спектральний аналіз ВСР включав оцінку високочастотного компонента (HF), низькочастотного компонента ВСР (LF), ультранизької частоти хвилі (VLF), а також співвідношення показників низьких та високих частот (LF/HF). Статистичну обробку отриманих результатів виконували на персональному комп'ютері за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програм Microsoft Excel 2003 і StatSoft "Statistica" v. 6.1, (Ліцензійна версія №BXXR901E246022 FA), згідно з рекомендаціями [Реброва, 2006]. Вірогідними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Встановлено, що у жінок рівень задишки в балах був достовірно більшим, ніж у чоловіків ($p=0,041$) (табл. 1). Також відмічається, що серед жінок значно більшим був індекс коморбідності ніж серед чоловіків, проте достовірної різниці не спостерігалось ($p=0,29$).

Аналіз даних комп'ютерної спірографії не виявив достовірних відмінностей між параметрами ФЗД. Серед чоловіків $ОФВ_1, \%$ від належного становив 54 (36; 62), серед жінок 57 (46; 72) ($p=0,74$); ФЗЕЛ серед чоловіків 64 (56; 70), серед жінок 67 (58; 76) ($p=0,09$); $ОФВ_1/ФЗЕЛ$ 58 (50; 69) серед чоловіків та 57 (45; 67) серед жінок ($p=0,77$).

При оцінці даних добугового моніторування ЕКГ нами встановлено, що у жінок був дещо вищий рівень се-

редньої ЧСС за добу, відповідно у жінок - 82 (74; 86) та у чоловіків - 81 (74; 85), рівень середньої ЧСС за пасивний період, відповідно у жінок - 72 (65; 79) та у чоловіків - 70 (66; 79). В той же час спостерігається збільшення максимальної ЧСС за добу серед чоловіків: відповідно у чоловіків - 126 (120; 135) та у жінок - 124 (120; 132) та збільшення максимальної ЧСС за активний період: у чоловіків - 128 (122; 138) та у жінок - 126 (120; 135), проте між цими показниками вірогідної різниці не відмічалось (табл. 2).

Виявлено, що епізоди елевачії сегменту ST діагностовані у 76 чоловіків (48,1 %) та 57 жінок (57,1 %) (p=0,16). Епізоди депресії сегменту ST виявлені у 84 чоловіків (53,2 %) та 53 жінок (53,1 %) (p=0,16). Отже, хоча епізоди елевачії дещо частіше виявляли у жінок, ніж у чоловіків, вірогідної різниці між їх частотою не встановлено. Має місце збільшення як загальної кількості ШЕ у жінок, відповідно: 179 (20; 360) серед жінок та 176 (18; 354) серед чоловіків, так і збільшення кількості хворих з діагностованими ШЕ високих градацій, а саме: парними та груповими. Достовірна відмінність між жінками та чоловіками спостерігається за кількістю парних ШЕ. Збільшення цього різновиду аритмій відмічається частіше серед жінок ніж серед чоловіків, відповідно 20 (4; 98) у жінок та 6 (2; 66) у чоловіків (p=0,028) (табл. 2).

Встановлено, що серед жінок ШЕ виявляли у 81 (82,7 %), серед чоловіків у 120 (75,9 %) (p=0,20). НШЕ виявлено у 73 жінок (74,5 %) та 118 чоловіків (74,7 %) (p=0,97). Достовірно частіше діагностували епізоди ФП серед жінок, ніж серед чоловіків, відповідно серед жінок діагностовано у 27 (27,6 %) та серед чоловіків у 27 (17,1 %) (p=0,046). Також варто зауважити, що серед жінок достовірно більшою була тривалість епізодів фібриляції передсердь, а саме у жінок - 11 (6; 24) с та у чоловіків - 6 (3; 11) с (p=0,018) (табл. 2).

Спостерігається, що у жінок з поєднаним перебігом ХОЗЛ та АГ, на відміну від чоловіків, наявне збільшення кількості НШЕ за добу, проте вірогідної різниці не виявляли. Достовірно частіше у жінок на відміну від чоловіків, відмічаються парні/групові НШЕ (табл. 3).

Встановлено, що серед чоловіків та жінок середні рівні систолічного та діастолічного АТ як за добу, так і в активний та пасивний період, суттєво не відрізнялись. Також значної різниці не було у величинах індексу часу як для систолічного, так і для діастолічного АТ за період доби, і в активний та пасивний періоди.

Проте у жінок достовірно нижчим був добовий індекс. Це характерно для середнього добового індексу, відповідно у жінок - 1,0 (-2,2; 4,0) та у чоловіків - 3,0 (0; 5,4) (p=0,023). Подібна тенденція спостерігається для добового індексу систолічного АТ, відповідно у чоловіків - 3,0 (-1,0; 5,2) та у жінок - 1,0 (-4,1; 4,2) (p=0,046). Спостерігається достовірна різниця добового індексу для діастолічного АТ, відповідно у чоловіків - 4,0 (0; 6,2) та у жінок - 1,0 (0; 7,1) (p=0,014).

Серед чоловіків у 16 хворих (10,1 %) профіль сис-

Таблиця 1. Особливості перебігу при поєднанні хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії залежно від статі хворих.

Показники	Чоловіки (n=158)	Жінки (n=98)	p
Середній вік, роки	59,6±0,8	61,9±1,0	0,051
ХОЗЛ II стадії	72 (45,6%)	59 (60,2 %)	0,023
ХОЗЛ III стадії	86 (54,4 %)	39 (39,8 %)	0,023
Стаж ХОЗЛ, роки	10 (5; 12)	8 (5; 12)	0,27
Стаж АГ, роки	8 (5; 12)	9 (6; 12)	0,34
Задишка, бали	2 (2; 3)	3 (2; 3)	0,041

Примітки: 1. Дані кількісних показників представлені як Med (per25; per75) - медіана і міжквартильний розмах (25 і 75 персантиль); 2. Порівняння відсотків між групами проводилось за критерієм χ^2 і медіан кількісних показників - за критерієм U Манна-Уїтні.

Таблиця 2. Характеристика шлуночкових екстрасистол у хворих з поєднаним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії залежно від статі.

Показники	Чоловіки (n=158)	Жінки (n=98)	p
ШЕ за добу, кількість	176 (18; 354)	179 (20; 360)	0,65
Часті ШЕ, %	56 (35,4 %)	37 (37,8 %)	0,71
Парні ШЕ, %	103 (65,2 %)	66 (67,3 %)	0,72
Кількість парних ШЕ за добу	6 (2; 66)	20 (4; 98)	0,028
Групові ШЕ, %	40 (25,3 %)	30 (30,6 %)	0,36
Кількість групових ШЕ за добу	17 (4; 19)	18 (6; 40)	0,78
ШЕ "R на T", %	72 (45,6 %)	54 (55,1 %)	0,14
Кількість ШЕ "R на T" за добу	58 (26; 165)	57 (20; 165)	0,61

Примітки: 1. Дані кількісних показників представлені як Med (per25; per75) - медіана і міжквартильний розмах (25 і 75 персантиль); 2. Порівняння медіан кількісних показників - за критерієм U Манна-Уїтні.

Таблиця 3. Характеристика надшлуночкових екстрасистол у хворих з поєднаним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії залежно від статі.

Показники	Чоловіки (n=158)	Жінки (n=98)	p
НШЕ за добу, кількість	52 (27; 116)	62 (28; 122)	0,48
Часті НШЕ, %	28 (17,7%)	17 (17,3%)	0,94
Парні/групові НШЕ, %	80 (50,6%)	62 (63,3%)	0,048
Парні/групові НШЕ за добу	6 (2; 21)	6 (2; 22)	0,86
Кількість епізодів С Т/ФП за добу	3 (1; 4)	3 (1; 7)	0,14
Тривалість епізодів С Т/ФП за добу, с	6 (3; 11)	11 (6; 24)	0,018

Примітки: 1. Дані кількісних показників представлені як Med (per25; per75) - медіана і міжквартильний розмах (25 і 75 персантиль); 2. Порівняння медіан кількісних показників - за критерієм U Манна-Уїтні.

толічного АТ відповідав Dipper, серед жінок таких хворих було 7 (7,1 %), Non-dipper діагностовано у 100 чоловіків (63,3 %) та 57 жінок (58,2 %), Night-peaker виявляли у 35 чоловіків (22,2 %) та 32 жінок (32,7 %), при-

Таблиця 4. Розподіл часових та спектральних параметрів варіабельності серцевого ритму в нічний період залежно від статі хворих.

Показники	Чоловіки (n=158)	Жінки (n=98)	p
NN	878 (793; 970)	875 (721; 978)	0,58
SDNNi	50 (42; 68)	48 (34; 63)	0,15
SDANN	145 (81; 178)	107 (80; 148)	0,028
RMSSD	29 (17; 50)	25 (16; 50)	0,39
pNN50	7,1 (2,5; 26,9)	4,5 (0,8; 19,9)	0,017
TI	21 (14; 28)	26 (21; 31)	0,038
VLF	2193 (1274; 3666)	2165 (943; 2739)	0,27
LF	678 (602; 1672)	657 (320; 1654)	0,23
HF	416 (242; 1581)	291 (177; 869)	0,011
LF/HF	2,4 (1,2; 3,2)	2,6 (2,0; 3,9)	0,38

Примітки: 1. Дані кількісних показників представлені як Med (per25; per75) - медіана і міжквартильний розмах (25 і 75 персантілі); 2. Порівняння медіан кількісних показників - за критерієм U Манна-Уїтні.

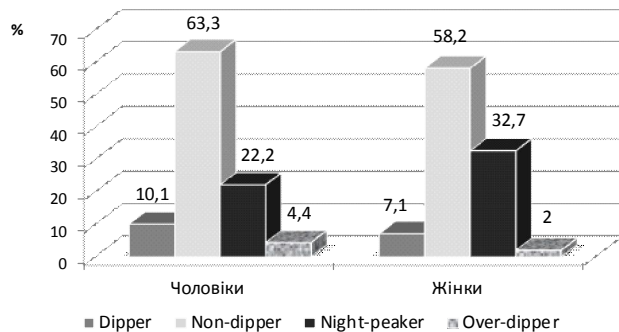


Рис. 1. Розподіл хворих залежно від добового профілю систолічного АТ та від статі хворих.

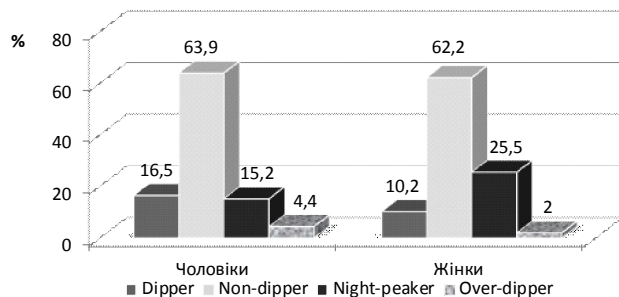


Рис. 2. Розподіл хворих залежно від добового профілю діастолічного АТ в різних статевих групах.

чому серед жінок такий профіль діагностувався достовірно частіше ($p=0,006$), Over-dipper було дещо більше серед чоловіків, ніж серед жінок, відповідно у 7 чоловіків (4,4 %) та у 2 жінок (2,0 %) (рис. 1).

Подібна тенденція має місце при оцінці розподілу хворих залежно від добового профілю діастолічного АТ. Встановлено, що у 26 чоловіків (16,5 %) та 10 (10,2 %) жінок профіль відповідав Dipper, у 101 чоловіка (63,9 %) та 61 жінки (62,2 %) - діагностовано Non-dipper; достовірно частіше серед жінок, ніж серед чоловіків виявляли профіль діастолічного АТ Night-peaker, а саме

- у 24 чоловіків (15,2 %) та 25 жінок (25,5 %) ($p=0,041$), а у 7 чоловіків (4,4 %) та у 2 жінок (2 %) виявлено Over-dipper (рис. 2).

За даними варіабельності серцевого ритму, що було оцінено за добу, не було достовірних відмінностей як за часовими, так і спектральними параметрами між чоловіками та жінками. Спостерігається загальна тенденція до зниження SDNNi, RMSSD, pNN50, що характеризує парасимпатичну частину вегетативної регуляції. Також серед спектральних параметрів є збільшення співвідношення LF/HF > 1,5 як серед чоловіків, так і серед жінок, що свідчить про значний ступінь симпатичної нервової регуляції у хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ та АГ.

Така ж тенденція спостерігається між чоловіками та жінками за часовими та спектральними параметрами варіабельності серцевого ритму, що оцінюється за денний період.

У процесі спостереження виявили суттєві зміни часових та спектральних показників варіабельності ритму серця вночі. Значно менше у жінок виявляли SDANN: зокрема у чоловіків - 145 (81; 178) та у жінок - 107 (80; 148), ($p=0,028$), достовірно нижчим був pNN50: зокрема, у чоловіків - 7,1 (2,5; 26,9), та у жінок - 4,5 (0,8; 19,9) ($p=0,017$). Було помітне значне зменшення хвиль HF: у чоловіків цей показник становив 416 (242; 1581), у жінок - 291 (177; 869) ($p=0,011$).

Таким чином, рівень варіабельності серцевого ритму у жінок, особливо в нічний час, мав більш виражені порушення, що характеризуються зниженням спектральних показників варіабельності серцевого ритму, особливо низькочастотних (LF) та високочастотних (HF) хвиль. У жінок більш суттєво виражені ознаки переважання симпатичної вегетативної регуляції.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, нами встановлені особливості перебігу поєднаної патології ХОЗЛ та АГ серед чоловіків та жінок.

2. Обстежені нами чоловіки, на відміну від жінок, були молодшого віку, проте у них частіше діагностували ХОЗЛ III стадії.

3. Однак, можемо констатувати, що поєднаний перебіг ХОЗЛ та АГ супроводжується важчим перебігом у жінок, ніж у чоловіків, це ймовірно зумовлено більшим переважанням симпатичної регуляції та опосередковано порушенням нейрогуморальної регуляції.

4. Серед жінок, що мали поєднаний перебіг двох захворювань, відмічається стійке підвищення артеріального тиску вночі, на відміну від чоловіків.

Враховуючи значне поширення ХОЗЛ, та серед них пацієнтів, що мають супутні серцево-судинні захворювання, вивчення патогенетичних механізмів формування різних функціональних та структурних змін, в тому числі залежно від статі та віку, потребує глибокого та детального вивчення.

Список літератури

- Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких / [Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Дзюблик А.Я., Гаврилюк В.Г.] // Здоров'я України. - 2011. - № 2(14). - С. 10-11.
- Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. - М., МедиаСфера, 2006. - 312 с.
- COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Med. Care Prog. / Sidney S., Sorel M., Quesenberry C.P. [et al.] // Chest. - 2005. - № 128. - P. 2068-2075.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2012) / 2012. - Печимдоступа: www.goldcopd.com.
- Mortality in COPD: role of comorbidities / D.D. Sin // Eur Respir J. - 2006. - № 28. - P. 1245-1257.
- Stephen I. Rennard. Clinical Approach to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiovascular Disease / Stephen I. Rennard // The Proceedings of the American Thoracic Society. - 2005. - № 2. - P. 94-100.
- Van Gestel A.J.R. Autonomic dysfunction in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / A.J.R. Gestel Van, J. Steier // J. Thorac. Dis. - 2010. - № 2. - P. 215-222.

Распутина Л.В.

ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Резюме. Проанализированы особенности клинического и функционального течения хронического обструктивного заболевания легких и артериальной гипертензии в условиях их сочетанного течения в зависимости от пола обследованных. Анализ установил, что среди обследованных мужчины, были моложе, однако нарушение функции внешнего дыхания были более тяжелыми. Среди женщин диагностированы желудочковые нарушения ритма, а именно экстрасистолы высоких градаций. Среди женщин диагностированы эпизоды фибрилляции предсердий более длительные. Отмечается повышение симпатической регуляции как среди мужчин, так и среди женщин. Среди женщин достоверно чаще выявляли повышение артериального давления ночью.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, суточное мониторирование электрокардиографии, спирография.

Rasputina L.V.

ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ACCORDING TO GENDER

Summary. The features of the clinical and functional course of chronic obstructive pulmonary disease and hypertension in their combined flow regardless of sex surveys. The analysis found that among the men surveyed were younger, but the violation of lung function were more severe. Among women diagnosed with ventricular arrhythmias, and it beats high grade. Among women diagnosed with atrial fibrillation episodes longer. Marked increase in the sympathetic regulation of both men and women. Women were significantly more detected an increase in blood pressure at night.

Key words: arterial hypertention, chronic obstructive pulmonary disease, investigation, ECG-monitoring.

Стаття надійшла до редакції 6.03.2013 р.

Распутіна Леся Вікторівна - д.мед.н., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; raspulina.l@mail.ru.

© Рымша С.В., Теклюк С.В., Мруг Е.Ф.

УДК: 616.895.8

Рымша С.В., Теклюк С.В., Мруг Е.Ф.

Вінницький національний медичний університет імені Н.І.Пирогова, кафедра психіатрії і наркології (ул. Пирогова, 109, г. Вінниця, 21018, Україна)

ВЫБОР ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В КОНТЕКСТЕ ИХ ПСИХО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме. В данной работе проведено исследование эффективности комбинирования психофармакотерапевтического и психо-социального подходов в лечении больных шизофренией. Особое внимание направлено на медикаментозную терапию атипичными антипсихотиками сравнительно со стандартной терапией типичными нейролептиками для повышения качества лечения пациентов с шизофренией. Количество обследованных в настоящее время человек составило 45 в экспериментальной группе и 52 - в контрольной. Выраженность патопсихологической симптоматики определялась с использованием психометрических шкал: PANSS, SAS, CGI-S, PSP, ROMI, BPRS-A. Также проводилась оценка комплаенс-терапии и доступности психо-социальным мероприятиям пациентов обеих групп. Эти результаты позволили установить наличие статистически значимого ($p < 0,001$) положительного эффекта от применения атипичных нейролептиков в острой фазе.

Ключевые слова: шизофрения, PANSS, комплаенс, эффективность.

Введение

Шизофрения представляет собой гетерогенную группу расстройств, курабельную посредством кратковременного и длительного медикаментозного подхода.

Важнейшим шагом в лечении шизофрении стало применение комплексного сочетания психофармакотерапии с психотерапевтическими и социореабилитационными методами.