

поєднаний перебіг ХОЗЛ і АГ знаходився в межах фізіологічної норми і становив, відповідно, 4,53 (4,23;5,08) ммоль/л і 142,29 (140,18;143,85) ммоль/л, тоді як концентрація кальцію була вдвічі нижча показників контролю.

Встановлено вірогідний прямий кореляційний зв'язок між рівнем 8-ізопростану і натрієм ($r=0,38$), а також зворотний кореляційний зв'язок між показником вільнорадикального окиснення і калієм ($r=-0,45$) та кальцієм ($r=-0,60$) у хворих на коморбідний перебіг ХОЗЛ й АГ.

Висновок: Середні показники рівнів електролітів крові (натрій і калій) хворих на коморбідний перебіг ХОЗЛ й АГ відповідають встановленим нормам, тоді як концентрація кальцію достовірно знижується. Розвиток оксидативного стресу підтверджується зростанням рівня 8-ізопростану у хворих на поєднаний перебіг ХОЗЛ й АГ. Встановлений взаємозв'язок між досліджуваними електролітами і рівнем 8-ізопростану вказує на зміни електролітного балансу на фоні оксидативного стресу у хворих на ХОЗЛ й АГ.

ПЕРЕБІГ СИНДРОМА ВЕГЕТО - СУДИННОЇ ДИСТОНІЇ В ПОЄДНАННІ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Поєднанню синдрому вегето-судинної дистонії (ВСД) з пролапсом мітрального клапана приділяється велика увага.

Мета: вивчити особливості перебігу ВСД в поєднанні з пролапсом мітрального клапана (ПМК).

Матеріали і методи: обстежено 119 хворих віком від 18 до 36 років з ВСД різного генезу. Діагноз верифіковано за даними клініко-неврологічного, біохімічних, інструментальних методів обстеження (ЕКГ, ЕхоКГ, РЕГ, ЕЕГ). У 34 пацієнтів (27 жінок, 7 чоловіків) вперше виявлений ПМК. Цих пацієнтів було розподілено на 2 групи: I група – хворі з ПМК та порушенням гемодинаміки – 8 чоловік (у них виявлено ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, підвищення питомої ваги юних форм і форм подразнення у тромбоцитограмі); II група – хворі з ПМК без порушення гемодинаміки – 26 чоловік.

Результати: ведучою скаргою пацієнтів був головний біль, запаморочення, загальна слабкість, напади втрати свідомості, відчуття страху, серцебиття, підвищення артеріального тиску. У всіх хворих в анамнезі були дані за перенесену анте- і інтранатальну гіпоксію головного мозку.

У неврологічному статусі відзначалось ураження III, IV, VI пар черепно-мозкових нервів, анізорефлексія, наявність патологічних стопних знаків. У вегетативному статусі переважав психо-вегетативний синдром - 93,2%, синдром прогресуючої вегетативної недостатності – 6,4%. Синдром ВСД у I групи хворих проявлявся пероксизмальними станами (синкопи, судомні напади). У II групи хворих переважали панічні атаки, симпатоадреналові кризи. При ЕЕГ-обстеженні у всіх хворих виявлені зміни біоелектричної активності головного мозку: у скроневих ділянках (4 хворих); дифузні зміни, що реєструються із стовбурових структур (9 хворих); підвищена судомна активність (11 хворих). Рентгенологічно у всіх хворих знайдені ознаки нестабільності шийного відділу хребта. На РЕГ-кривій – виявлено підвищення тону судинної стінки (7 хворих); міжпівкульна асиметрія (8 хворих); гіпотонічний тип РЕГ (6 хворих); ознаки венозного застою (9 хворих).

Висновки: ПМК виявлявся у хворих з маніфестною клінікою вегетативної дистонії у вигляді психовегетативного синдрому, перманентних та пароксизмальних вегетативних розладів при наявності неврологічних симптомів та змін біоелектричної активності головного мозку резидуально – органічного генезу. Виявлені дані не дозволяють однозначно встановити причинно-наслідкові взаємовідносини між ВСД та ПМК, однак безперечно доводять доцільність використання у комплексній терапії таких пацієнтів засобів, які поліпшують мозковий метаболізм, кровообіг та біоелектричну активність головного мозку.

ДЕЯКІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТРИВОЖНО – ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Проблема реабілітації хворих з нервово-психічними розладами є актуальною. В останні роки значно зростає кількість хворих з різними психічними порушеннями, котрі сховані за різноманітними соматичними скаргами. Біль – це найбільш часта скарга, з якою пацієнти звертаються до лікарів. Цей контингент хворих сконцентрований переважно в загальномедичній мережі, де перебувають під наглядом сімейних лікарів. У поле зору психіатрів ці хворі потрапляють через роки, найчастіше при цільовому вибірковому обстеженні.

Соматичні симптоми настільки маскують депресивну симптоматику, що пацієнти не можуть зрозуміти свій стан, прагнуть знайти психологічно зрозумілі реалії стосовно свого хворобливого стану. Соматичні страждання, болі в різних частинах тіла, органах та системах «переконують» їх в тому, що їм вже нічого не допоможе. Ці