



кількісним і якісним аналізом, оцінкою ВСР за власно створеної програми. За оцінки варіабельності інтервала QT в програмі проаналізовані загальноприйняті показники: 1) «максимальна», «мінімальна» і «середня» тривалість інтервалів QT (QT<sub>макс</sub>, QT<sub>мін</sub>, QT<sub>сер</sub>, с); 2) коригований інтервал QT<sub>c</sub> за формулою H.Bazett (QT<sub>c</sub>=QT/√RR, с<sup>1/2</sup>); 3) дисперсія та коригована дисперсія QT (DQT, с, DQT<sub>c</sub>, с<sup>1/2</sup>) – різниця між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT та між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT-коригованих; 4) просторова варіабельність інтервалу QT за стандартним відхиленням QT і QT<sub>c</sub> (QTSD, с, QT<sub>c</sub>SD, с) – сумарний показник варіабельності величин корегованих інтервалів QT за весь період реєстрації ЕКГ.

Оцінка динаміки змін інтервалів QT за навантаження свідчить про зменшення QT<sub>макс</sub>, QT<sub>мін</sub>, QT<sub>сер</sub> достовірно (p<0,001) в обох групах для симпатичної або парасимпатичної реакції, інтервал DQT<sub>c</sub> достовірно збільшувався за парасимпатичного (p=0,012) і за симпатичного (p=0,0061) типів реакції на висоті навантаження. Аналіз оцінки дисперсії QT в розподілі симпатичної/парасимпатичної реакції ВСР при НЦД і СтСт проти хворих на ІМ, що померли (група максимального ризику) свідчить, що показники тривалості і дисперсії QT достовірно переважали за ГІМ, а отже збільшення дисперсії QT за ГІМ обумовлює негативний прогноз.

Таким чином, вихідні показники варіабельності серцевого ритму демонструють спрямування до активації симпатичного контуру перед проведенням велоергометрії. Тенденція до активації симпатичного контуру більш виражена за негативної в подальшому проби. Збереження вказаної залежності на висоті навантаження дозволяє прогнозувати розподіл пацієнтів в групу негативного і позитивного результатів. Аналіз показників дисперсії, корегованої дисперсії та просторової варіабельності інтервалу QT свідчить про збільшення дисперсії інтервалу QT (DQT<sub>c</sub>) за навантаження. Збільшення дисперсії QT за гострого інфаркту міокарда обумовлює негативний прогноз.

**Ташук В.К., Савчук О.В.**

### **НОВІТНІ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ: ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕКГ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Із чисельних методів функціонального дослідження стану серцево-судинної системи електрокардіографія (ЕКГ) не тільки не втратила свого значення, але й знаходить все ширше впровадження. Натомість, незважаючи на 75-річний досвід аналізу ЕКГ, методика вимірювання її параметрів недостатньо уніфікована і електрофізіологічно обґрунтована. Проведені дослідження впродовж останніх 20 років показали, що в ЕКГ закладена додаткова інформація про швидкість процесу реполяризації міокарда. Вивчення швидкісних показників зубця Т у значному ступені сприяють оцінці природи змін кінцевої частини шлуночкового комплексу. Запропоновані методи (диференційована ЕКГ, інтегральна ЕКГ, додатково підсилена ЕКГ) суттєво моделюють дозвілну здатність цього методу.

Метою дослідження було продемонструвати інформативність методу диференційованої ЕКГ і подати свідчення про нові можливості методу.

У власній роботі проведений математичний аналіз першої похідної ЕКГ з визначенням відношення максимальної швидкості (ВМШ) змін різниці потенціалів на другому коліні зубця Т до максимальної швидкості на його першому коліні у 29 хворих, що склалися з третини пацієнтів з нейроциркуляторною дистонією, третини – з великогоиншевим інфарктом міокарда задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) і третини – з гіпертонічною хворобою II ст. Визначено, що показник ВМШ дорівнював в 1-й групі 1,31±0,04; в 2-й – 0,80±0,02 (p<0,001 для відведень задньої стінки ЛШ) і 1,42±0,06 (p>0,1 для відведень передньої стінки ЛШ); в 3-й – 1,71±0,13 (p<0,01). Аналізуючи отримані результати зазначимо, що метод кількісної оцінки ЕКГ з впровадженням диференціації зубця Т ЕКГ в умовах аналізу її першої похідної є високоінформативним неінвазивним тестом.

**Ткач Є.П., Каньовська Л.В., Каушанська О.В.**

### **МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ЧЕРЕЗ ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ТА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ S.PNEUMONIAE**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Ефективна антибактеріальна терапія негоспітальної пневмонії (НП) неможлива без моніторингу етіологічної структури збудників та їх чутливості до антибактеріальних засобів. Терапія пневмоній наразі є емпіричною і ґрунтується на даних сучасних епідеміологічних досліджень щодо розповсюдженості тих чи інших етіологічних збудників інфекційних процесів, безумовно найбільш інформативними залишаються регіональний та локальний рівень «de causa morborum» (у межах ЛПЗ і навіть одного відділення).

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на НП шляхом постійного локального моніторингу основних бактеріальних етіологічних збудників цієї патології, визначення їх чутливості до протифекційних засобів та рівня їх антибіотикорезистентності.