

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ ІМ. В.Х.ВАСИЛЕНКА»**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

**Матеріали науково-практичної конференції
(21-22 квітня 2011 року)**

м. Чернівці

УДК 616.1/4

ББК 54.1

А 43

Актуальні питання внутрішньої медицини: Матеріали науково-практичної конференції (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – 212 с.

ISBN 978-966-697-391-0

У збірнику представлені матеріали тез науково-практичної конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини» (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам гастроентерології, кардіології, нефрології, пульмонології, ревматології. Наукова та загальна редакція – професор, д.мед.н. О.І.Федів

Наукові рецензенти: доктор медичних наук, професор О.І.Волошин
доктор медичних наук, професор О.С.Хухліна

ISBN 978-966-697-391-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2011

симптоми, які характеризували супутнє ураження печінки після лікування із застосуванням тівортіну зазнали зворотнього розвитку. У хворих, які отримували тільки базисну терапію, на момент повторного обстеження виявилось збереження симптоматики з боку ураження печінки.

Висновок. Включення у лікувальний комплекс природнього попередника NO тівортіну сприяло вираженій позитивній клінічній динаміці поєднаної патології печінки та бронхолегеневої системи. Виходячи з отриманих даних, можна вважати обґрунтованим включення даного препарату до комплексу лікування хворих на ХОЗЛ, поєднаного із НАСГ.

УДК 616.127 - 005.8:616.12 - 008.331.1] : 612.017.2

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ: ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ

*Ташук В.К., Турубарова-Леунова Н.А., Ілащук Т.О., Малишевська І.В.,
Леунов В.В.*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
cardiology@bsmu.edu.ua*

Вступ. Серед причин захворюваності та смертності населення у всьому світі провідну позицію продовжує займати кардіальна патологія. Різноманітні прояви ішемічної хвороби серця (ІХС) є однією з основних причин смертності населення розвинутих країн. Також останім часом звертається увага на стабільне та стійке поєднання класичних агресивних факторів, що мають атерогенний потенціал, з поєднанням метаболічних порушень, що знайшло відображення у появі нового терміну «метаболічний синдром».

Це дозволяє припустити наявність взаємозв'язку між функціональним станом міокарда у хворих на ІХС та наявністю метаболічного синдрому.

Мета. Визначити особливості функціонального стану лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на гострі форми ішемічної хвороби серця з ознаками метаболічного синдрому, а саме абдомінальним ожирінням, підвищенням артеріального тиску більше 130/80 мм.рт.ст, дисліпопротеїнемією та гіперглікемією.

Матеріал і методи. Обстежено 117 хворих на гострі форми ішемічної хвороби серця. Пацієнти з ознаками метаболічного синдрому склали 1-шу групу, без цієї супутньої патології – 2-у групу.

Всім хворим при поступленні проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на тлі антиортостатичного навантаження. Після реєстрації вихідних величин фракції викиду (ФВ) ЛШ, хворим пасивно піднімали нижні кінцівки на 45⁰ і до кінця першої хвилини знову проводили реєстрацію гемодинамічних показників.

При ЕхоКГ реєстрували кінцевий діастолічний об'єм (КДО), кінцевий систолічний об'єм (КСО) та фракцію викиду (ФВ).

Результати. Аналізуючи отримані дані, були виявлені певні закономірності та розбіжності залежно від наявності ознак метаболічного синдрому. Так, КДО в стані спокою виявився більшим у першій групі ($174,5 \pm 2,2$ мл), порівняно з другою ($142,8 \pm 3,8$ мл, $p < 0,001$). При проведенні навантажувальної проби КДО збільшувався на 6,7% в першій групі ($184,2 \pm 3,2$ мл, $p < 0,001$, порівняно з вихідними даними) та на 8,1% в другій ($155,4 \pm 3,4$ мл, $p < 0,05$, відповідно). Показник КСО в стані спокою також переважав в групі хворих з наявністю ознак метаболічного синдрому ($77,4 \pm 2,1$ мл і $56,8 \pm 2,3$ мл $p < 0,001$, відповідно). На тлі об'ємного навантаження КСО в першій групі збільшувався на 8,9% ($84,3 \pm 1,9$ мл, $p < 0,001$) та 10,1% в другій групі хворих ($64,6 \pm 3,9$ мл, $p > 0,5$). Відповідно, показник скоротливості міокарда, а саме ФВ в стані спокою переважала у осіб другої групи ($58,8 \pm 0,36\%$) на відміну від першої групи, де вона складала $55,7 \pm 0,34\%$ ($p < 0,001$). При проведенні проби з пасивним підйомом нижніх кінцівок показник ФВ недостовірно знижувався в обох групах.

Висновки. Виявлена залежність між функціональним резервом міокарда та наявністю ознак метаболічного синдрому свідчить про негативний вплив цих ознак на формування гемодинамічної відповіді міокарда за умов його ремоделювання. Так, при проведенні антиортостатичного навантаження збільшення КДО вказує на збереження діастолічного резерву у хворих без ознак метаболічного синдрому і, навпаки, при відсутності реакції КДО на об'ємне навантаження діастолічний резерв знижений, що можна пояснити підвищеною жорсткістю ЛШ у хворих із супутніми ознаками метаболічного синдрому. Отримані результати дають можливість прогнозувати подальший перебіг захворювання та визначити індивідуальну тактику лікування.

УДК 616.24-007.272:616.37-002.2

**ВПЛИВ ЕССЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ НА ПОКАЗНИКИ
С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ
ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

*Телекі Я.М., Христич Т.М., Кушнір Л.Д., Гонцарюк Д.О., Оліник О.Ю.,
Акентьєва М.С.*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
int_medicine@bsmu.edu.ua*

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується залученням у патологічний процес різних типів легеневої