



рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Метою нашого дослідження було вивчення впливу мельдонію на скоротливу здатність нижнього стравохідного сфінктера у хворих на стабільну стенокардію напруги та ГЕРХ.

Обстежено 89 хворих на стабільну стенокардію напруги I-II ФК із коморбідною ендоскопічно позитивною ГЕРХ (А, В, С) віком від 48 до 79 років. На початку дослідження та через 30 днів після лікування усім хворим було проведено 24-годинну рН-метрію нижньої третини стравоходу із метою функціональної спроможності нижнього стравохідного сфінктера. Хворих, що брали участь у дослідженні, було поділено на дві групи: 1-ша (n=45) приймали базову терапію для лікування стабільної стенокардії напруги та ГЕРХ у середніх терапевтичних дозах, 2-га група (n=44) отримувала базисну терапію, за виключенням прокінетиків, та додатково мельдоній (Вазонат капс. 250 мг.) 2 рази на добу: 500 мг зранку та 250 мг ввечері протягом 30 днів.

Середні значення даних 2-х груп пацієнтів, отриманих за допомогою 24-годинної рН-метрії нижньої третини стравоходу до лікування, демонструють наявність функціональної недостатності нижнього стравохідного сфінктера (НСС) середнього ступеня важкості – ГЕРХ середнього ступеня. Після 30-денної терапії базовими препаратами (1 група) та базовими препаратами плюс мельдоній (Вазонат) (2 група) встановлено нами регрес показників за даними 24-годинної рН-метрії. Динаміка результатів пацієнтів 2-ї групи достовірно демонструє високу ефективність мельдонію, щодо підвищення скоротливої здатності НСС.

Отримані результати свідчать про те, що мельдоній (Вазонат) стимулює моторну функцію стравоходу та НСС. Підвищує його скоротливу та фізіологічну функцію. Тим самим призводить до зменшення контакту слизової оболонки стравоходу (СОС) із шлунковим вмістом та сприяє загоєнню СОС (за даними езофагогастродуоденофіброскопії).

Отже, додаткове призначення Вазонату до базової терапії хворих на стабільну стенокардію напруги ФК I-II та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу вірогідно посилює функціональну здатність нижнього стравохідного сфінктера та стимулює кліренс стравоходу.

**Єрохова А.А.**

#### **ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У навчальній практиці нам доводиться працювати із специфічною студентською аудиторією, оскільки вони вивчають медицину й готуються стати лікарями. Тому питання здорового способу життя, здорового тіла є важливим аспектом їх майбутньої професії.

Пропонуємо найважливіші, на наш погляд, завдання лікувальної фізкультури (ЛФК) для здорового способу життя: стимуляція обміну речовин, підвищення процесів відновлювального характеру та енерговитрат; нормалізація дихання; покращення функціонування серцево-судинної системи; підвищення працездатності; стимулювання діяльності кишечника і сечового міхура; нормалізація жирового обміну; покращення самопочуття та настрою.

Оскільки програмою з фізичного виховання передбачені й лекційні (тобто виклад теоретичного матеріалу щодо оволодіння й пророблення певних фізичних навантажень, щодо відповідних заходів, щоб не нашкодити своєму організму), то викладач повинен налаштувати студентів групи ЛФК витворити певну систему фізичних навантажень, яка має увійти у звичку й у такий спосіб покращити фізичний стан студентів. Саме тому важливим завданням педагога вищої школи з цього предмету є своєрідна агітація студентів за здоровий спосіб життя, збалансоване харчування, а в першу чергу – пояснення у необхідності виділяти час на самостійні заняття фізичними вправами (ранкова гігієнічна гімнастика, прогулянки, туризм, заняття з використанням методичних матеріалів).

Отже, проблема стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів є надзвичайно актуальною й обговорення цієї теми зараз на часі. Усунення недоліків фізичного розвитку, фізичної та функціональної підготовленості, які навчаються у вищих навчальних закладах, можливе шляхом обґрунтування етапів фізичного виховання та відповідним навантаженням. Викладач повинен бути зацікавлений у здоров'ї своїх студентів із груп ЛФК, тому що основним завданням педагога з фізичного виховання є сприяти покращенню фізичної підготовки та здорового способу життя нового покоління.

**Зуб Л.О., Роборчук С.В.**

#### **РОЛЬ ЦИТОКІНОВОГО ДИСБАЛАНСУ У ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД МЕТОДІВ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У хворих на ревматоїдний артрит (РА), окрім амілоїдозу, часто виявляються супутні хронічні захворювання нирок – пієлонефрит та інтерстиціальний нефрит, що приймають коморбідний перебіг, обтяжуючи симптоматику, що впливає на прогноз як хронічної хвороби нирок (ХХН), так і РА.

Метою роботи було вивчити роль цитокінового дисбалансу у прогресуванні хронічної хвороби нирок у хворих на ревматоїдний артрит залежно від методів протизапальної терапії.



Для досягнення поставленої мети було вивчено дисбаланс про- та протизапальних цитокінів крові та сечі (інтерлейкін-1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ); інтерлейкін-10 (ІЛ-10); фактор некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП $\alpha$ ); моноцитарний хемоаттрактантний протеїн-1 (МСП-1)), а також показники ростових факторів – трансформуючого фактора росту- $\beta_1$  (ТФР- $\beta_1$ ) та судинного (VEGF) крові та сечі хворих на ХХН І-ІІ стадії з коморбідним перебігом РА І-ІІ ст. активності. Активність процесу РА визначали додатково за індексом DAS-28. Для визначення ШКФ застосували сучасну формулу СКД-ЕРІ.

Хворих на РА було обстежено на наявність ХХН та сформовано групи дослідження: І група – хворі на РА без наявності ХХН (47 осіб), ІІ група – хворі на РА з наявністю ХХН І ст. (46 пацієнтів), ІІІ група – хворі на РА з наявністю ХХН ІІ ст. (45 хворих). Для формування групи порівняння було обстежено 20 здорових осіб відповідної вікової категорії.

Всім хворим з наявністю РА, окрім основного лікування, додавали мелоксикам або ацеклофенак курсами (2 тижні) залежно від клініко-лабораторних особливостей перебігу РА та потреби симптоматичної корекції суглобового синдрому.

Виявили значно вищі показники прозапальних та просклеротичних цитокінів крові у хворих на РА з наявністю ХХН ІІ ст., ніж відповідні показники хворих на РА без ХХН: ІЛ-1 $\beta$  у пацієнтів ІІ групи був вищий в 1,3 раза порівняно з відповідними даними І групи; ФНП $\alpha$  відповідно в 1,5 раза, ТФР $\beta_1$  в 1,2 раза, МСП-1 в 1,2 раза, VEGF в 1,4 раза та зниження рівня ІЛ-10 в 1,2 раза. Виявлено вірогідне підвищення рівня прозапальних та просклеротичних цитокінів в сечі тільки у пацієнтів ІІ та ІІІ груп. Внаслідок 1-тижневої протизапальної терапії виявлено вірогідне зниження рівня прозапальних та просклеротичних цитокінів в усіх групах дослідження, що вірогідно відрізнялося міжгрупами лікування: вміст VEGF крові був нижчим на 11,90% у групі ІІІА порівняно з групою ІІІМ; рівень VEGF сечі відповідно на 5,53% знижувався у пацієнтів ІІІА групи; рівень ІЛ-1 $\beta$  в сечі відповідно був нижчим на 24,43% у групі ІІІА порівняно з групою ІІІМ; вміст ТФР $\beta_1$  в сечі у групі ІІІА знижувався на 39,40% більше за відповідні показники ІІІМ групи.

Отже, застосування у комплексній протизапальній терапії хворих на РА з наявністю ХХН І-ІІ ст. у разі потреби в нестероїдних протизапальних засобах ацеклофенаку сприяє вірогідному покращенню у 1-тижневий термін результатів лікування та не порушує стабільність функціонального стану нирок. Встановлено прогностичну цінність показників ТФР- $\beta_1$  та VEGF крові та сечі для оцінки та прогнозування перебігу ХХН у хворих на РА з наявністю ХХН І-ІІ ст., а також доведено діагностичну цінність показників МСП-1 крові та сечі як маркера взаємообтяження коморбідного перебігу РА та ХХН.

**Іванчук П.Р.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕБАЖАНИХ АРИТМІЧНИХ ПОДІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Кількісний аналіз форм хвиль комплексів PQRSST електрокардіограми (ЕКГ) забезпечує неінвазивне відображення стану метаболічного середовища міокарда і є потенційно корисним інструментом для оптимізації стратегії ургентного лікування. Прогрес у галузі біомедичних обчислень і обробки сигналів, а також доступні обчислювальні потужності повсякденної практики пропонують нові можливості для аналізу ЕКГ.

Метою дослідження є визначення можливостей застосування методів кількісної оцінки електрокардіограми за впровадження запропонованої моделі її цифрової обробки з оцінкою аритмогенезу хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ).

У рамках дослідження було обстежено 20 хворих на ГІМ, що померли без проявів аритмічного синдрому, 8 хворих на ГІМ, що померли за проявів аритмічного синдрому та 8 хворих на ГІМ, що вижили за проявів аритмічного синдрому. Кількісний аналіз ЕКГ включав дослідження варіабельності серцевого ритму (BCP) за аналізу інтервалів RR і QT, фази реполяризації ЕКГ згідно з кількісною оцінкою нахилу ST (ST slope) із визначенням змін сегмента ST через 0,08 с після точки J, кута  $\beta^\circ$  спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST (H, висота нахилу ST, mV) через 1 секунду реєстрації та диференційованого зубця T при комп'ютерному аналізі ЕКГ та побудови її першої похідної з розрахунком показника ВМШ (співвідношення змін різниці потенціалів на другому коліні зубця T до максимальної швидкості на його першому коліні диференційованої ЕКГ) та відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) на диференційованій ділянці зубця T. Аналізу було піддано передекстрасистолічний комплекс та власне шлуночкову екстрасистолу. Також була проведена оцінка впливу препарату Аміодарон на досліджувані показники. Статистична обробка отриманих результатів: при нормальному розподілі застосовували парний t-критерій Student, при ненормальному розподілі - t-критерій Wilcoxon; для двох незалежних вибірок та нормального розподілу - 2-вибірковий t-критерій Student, ненормального розподілу - U-критерій Wilcoxon.

У зіставленні ( $\Delta\%$ ) приросту показників BCP стосовно аналізу інтервалів RR реєструється зростання показників тривалості та дисперсії QT у пацієнтів, що померли у порівнянні з групою живих (DQT  $\Delta\%$  +17, DQTc  $\Delta\%$  +33). Відомо, що показники дисперсії інтервалу QT є незалежним предиктором розвитку фатальних подій у хворих на ГІМ. Величина  $\Delta\%$  кута  $\beta^\circ$  для групи живих складала -106,74 та для групи померлих -90,02. Також було відмічено, що пацієнти з косонизхідною депресією сегмента ST мають підвищений показник відношення шансів розвитку аритмічної смерті до 3,14 (95% ДІ 1,56 - 6,30), а сповільнена косовисхідна депресія