

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



Обстежено 106 хворих на токсичні форми зоба. У всіх хворих діагностовано субкомпенсований тиреотоксикоз середнього ступеня тяжкості. У 69 хворих виявлено наявність синдрому подразненого кишечника, з них у 35 хворих – з перевагою проносів, у 34 хворих – з перевагою закрепів. Усім хворим було проведено комплексне обстеження, яке включало збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження. Порушення з боку нервової системи виявлено у 96,7% обстежених, з боку серцево-судинної системи – у 90,3%, а у 60,4% хворих були наявні порушення з боку органів травлення.

Проведені генетичні дослідження для виявлення функціонального поліморфізму гена SERT свідчать, що за переважання проносів LL-генотип трапляється у 66,7% пацієнтів, SS-генотип – у 25,0%, і LS-генотип – у 8,3%; за переважання закрепів у 75,0% пацієнтів встановлено LS-генотип, у 25,0% – SS-генотип; за відсутності порушень моторно-евакуаторної функції кишечника в 78,6% випадків виявлено SS-генотип та в 21,4% – LS-генотип.

Для прогнозування функціональних розладів кишечника у хворих на тиреотоксикоз запропоновано визначення поліморфізму гена SERT. Доведено, що за наявності LL-генотипу можна прогнозувати виникнення гіпермоторних, а при LS-варіанті – гіпомоторних порушень кишечника.

Нами запропоновано до комплексного лікування хворих з тиреотоксикозом та порушенням функціонального стану кишечника додати: метеоспазміл, який складається з альверину цитрату та симетикону, поєднує в собі дії антагоніста 5HT-1A серотонінових рецепторів, міотропного спазмолітика, піногасника, регулятора моторики кишечника, та карведилол, який знижує тиск симпатичної нервової системи, блокує перетворення тиреоїдних гормонів, має антиоксидантні та вазодилатуючі властивості.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про ефективність розробленого лікування хворих на ТФЗ з різними формами СПК. Застосування метеоспазмилу та карведилолу дало можливість цілеспрямовано вплинути на провідні механізми порушень моторно-евакуаторної функції кишечника, досягти позитивного клінічного результату, покращити якість життя пацієнтів.

Новиченко С.Д.,Зуб Л.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ НИРОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З РЕНАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Проведення ультразвукового дослідження нирок (УЗД) є необхідним для хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) для підтвердження або виключення нефрогенної АГ та прогнозу перебігу хвороб нирок. Реноваскулярна АГ зустрічається у 0,2-5% випадків в загальній групі осіб з підвищеним АТ. Найбільш частою причиною підвищення АТ є ренопаренхіматозна АГ (68,2%).

Метою нашого дослідження було оцінити об'єм нирок у хворих з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією (діабетична нефропатія, хронічний гломерулонефрит, хронічний пілонефрит).

Обстежено 120 пацієнтів з ХХН I-II ст, що знаходилися на лікуванні в нефрологічному відділенні ОКЛ м. Чернівці (тривалість захворювання 10 років і більше), з них – 21 з наявністю хронічного пілонефриту(ПН) з артеріальною гіпертензією (АГ) II ст., та 20 – ПН без АГ; 20 – з хронічним гломерулонефритом (ХГН) з АГ та 20 ХГН без АГ; 19 – з діабетичною нефропатією IV ст.(ДН) з АГ та 20 з ДН без АГ і 20 здорових осіб. Всім хворим окрім загальноприйнятних методів обстеження нефрологічного пацієнта було проведено УЗД з розрахунком об'єму нирок (V_n).

Виявлено у хворих на ХП V_n без наявності АГ вірогідно знижений у порівнянні з нормативними значеннями ($p<0,05$). За наявності АГ V_n був вірогідно знижений у порівнянні з нормативними значеннями ($p<0,05$), але незначно відрізнявся від показників у пацієнтів з ХП без АГ($p>0,05$). У хворих з ХГН та ДН показники V_n були вірогідно збільшені у порівнянні з нормативними значеннями ($p<0,05$) та залишалися такими відповідно за наявності АГ ($p<0,05$).

Отже, у хворих на ХП з АГ 2 ст. середні V_n достовірно менші, ніж у пацієнтів з ХГН та ДН. Реномегалія при ДН нефропатії формується за рахунок збільшення товщини паренхіми нирок.

ОлішкО.Ю.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ГЕМОРЕОЛОГІЇ КРОВІ ТА СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

У 70% випадків цукровий діабет (ЦД) супроводжується захворюваннями органів травлення. На пептичну виразку (ПВ) страждає біля 10-15% дорослого населення, тому поєднання цих захворювань викликає інтерес науковців та клініцистів.

Метою нашого дослідження стало вивчення змін реологічних властивостей еритроцитів (Ер), стану системи гемостазу для з'ясування їх можливого взаємозв'язку та корекції виявлених змін.

Обстежено 39 хворих на виразкову хворобу та цукровий діабет. Контрольна група складалась з 20 практично здорових осіб (ПЗО). Групу залежно від проведеного лікування розподілили на 3 підгрупи: ІА – хворі отримували базисну терапію (рабепразол – 20 мг двічі на день, амоксицилін – 1000 мг двічі на день,



кларитроміцин – 500 мг двічі на день упродовж 7 днів та пероральні цукрознижуючі препарати або інсулін у адекватній дозі); ІБ - на тлі базисного лікування хворим було призначено інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (і-АПФ) квінаприл в дозі 2,5 мг 1 раз на добу вранці під контролем гемодинамічних показників впродовж 1 тижня, з переходом на 5 мг 1 раз на добу вранці впродовж 3 тижнів; ІВ - додатково до базисної терапії пацієнти отримували препарат «Плацента-композитум» у дозі 2,2 мл внутрішньом'язево 1 раз на три дні протягом місяця.

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих на ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ЦД, спостерігається активація коагуляційного гемостазу. Відмічено вкорочення часових характеристик (ПЧ та ТЧ) у всіх обстежених($p<0,05$). Активність АТ III значно знижена: в 2,5 рази в групі І порівняно з ПЗО ($p<0,05$). Фібринолітичний потенціал крові у відповідь на виражену гіперкоагуляцію зменшується у хворих основної групи. Наступне підтверджується показниками фібринолітичної активності: СФА та ФФА у хворих групи І знижується (у 1,47 рази та у 1,38 рази відповідно) порівняно з ПЗО ($p<0,05$). Показник НФА підвищується, потенційна активність плазміногену зменшується порівняно з ПЗО ($p<0,05$). Аналіз посткоагуляційної фази системи гемостазу вказує на значне (в 1,7 рази) зниження вмісту XIII фактора, порівняно з ПЗО ($p<0,05$). За поєднання ПВ шлунка та ДПК і ЦД спостерігалися також найістотніші ($p<0,05$) зміни морфо-функціональних властивостей еритроцитів (зниження ІДЕ на тлі підвищення ВВЕС).

Аналізуючи стан системи гемостазу після лікування, слід відзначити, що у хворих, які отримували лише базисну терапію, спостерігається тенденція до покращання усіх показників, проте достовірною ($p<0,05$) є різниця лише щодо ПЧ, ТЧ, АТ III, НФА та XIII факторів (на 9%, 16%, 75%, 64% та 34% відповідно), а також отримані дані після лікування достовірно різняться з такими у ПЗО ($p<0,05$). В групі Іб спостерігалось істотне покращання всіх характеристик системи гемостазу ($p<0,05$), окрім вмісту фібриногену, СФА, ФФА та ВВЕС, які змінювалися неістотно ($p>0,05$). У групі, яка додатково до базисної терапії отримувала комплексний препарат «Плацента-композитум» відмічено найкращі результати порівняно з такими до лікування, і встановлено істотну різницю з групою Іа за усіма показниками ($p<0,05$).

З групою Іб достовірна різниця встановлена лише у ПЧ, АТ III, ХЗФ, XIII факторі ($p<0,05$), інші дані після лікування істотно не відрізнялись. У групі Ів також не знайдено відмінностей за усіма даними від ПЗО ($p<0,05$), окрім ТЧ, АТ III та НФА.

Отже, призначення інгібітору ангіотензинперетворюючого фермента квінаприлу призводить до істотного зменшення гемостазіологічних порушень у хворих на Нр-асоційовану ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ЦД, ймовірно, завдяки позитивному впливу на функціональний стан ендотелію.

Застосування ж комплексного антигомотоксичного препарату «Плацента-композитум» сприяє усуненню порушень морфо-функціональних властивостей еритроцитів з наступним покращанням мікроциркуляції в слизовій оболонці та швидшим загоєнням виразкового дефекту.

Паліброта Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Одночасний перебіг двох і більше взаємно обтяжуючих патологій значно утруднює діагностику та погіршує прогноз хворого. Нерідко цироз печінки перебігає на тлі метаболічного синдрому, що призводить до ураження практично всіх органів і систем організму, в тому числі до розвитку уражень шлунка.

Мета роботи - визначити особливості клінічної картини та деякі ланки патогенезу ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на цироз печінки (ЦП) на тлі метаболічного синдрому.

Обстежено 45 хворих на ЦП та 10 практично здорових осіб. Пацієнти з ЕВУШ були розділені на дві групи: 23 особи без ознак метаболічного синдрому, 18 – з ознаками метаболічного синдрому (артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність, дисліпідемія).

Клінічна картина ЕВУШ у пацієнтів обох груп достовірно не відрізнялась. Основними скаргами були: відчуття раннього насичення, дискомфорту або важкості в епігастрії після їжі, здуття живота, нудота. При об'єктивному обстеженні у більшості таких пацієнтів виявили слабо позитивні симптоми Менделя, помірну розливу болочість при пальпації у надчревіній ділянці. У всіх хворих на ЦП виявлено зменшення індексу деформабельності еритроцитів: у хворих І-ї групи – на 37,5%, а в 3-й групі – на 47,8% порівняно з групою практично здорових осіб ($p<0,001$), із достовірною різницею між показниками в усіх основних групах ($p<0,05$). Визначення відносної в'язкості еритроцитарної суспензії показало, що у всіх хворих на ЦП цей показник достовірно перевищує норму: у пацієнтів І-ї групи на 36,7%, а у хворих 2-ї групи – на 53,1% ($p<0,001$). Негативний вплив зазначених порушень на ендотелій судин підтверджується підвищенням вмісту фактора Віллебранта плазми крові в усіх хворих на ЦП: у пацієнтів І-ї групи до $17,01\pm 2,10$ МО/мл ($p<0,01$), а у хворих 2 групи – до $19,07\pm 2,30$ МО/мл ($p<0,01$).

Клінічна картина ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на ЦП на тлі метаболічного синдрому характеризується малосимптомністю, „ховається” за проявами основного захворювання, що утруднює діагностику та сприяє розвитку ускладнень. Перебіг цирозу печінки на тлі метаболічного синдрому призводить до більш суттєвого ушкодження ендотеліоцитів, що, водночас з істотними порушеннями морфо-



функціональних властивостей еритроцитів, спричинює поглиблення розладів мікроциркуляції в слизовій оболонці шлунка з виникненням ерозивно-виразкових уражень шлунка у таких хворих.

Петринич О.А., Білецький С.В., Репчук Ю.В., Казанцева Т.В.

**УРАЖЕННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА МОЖЛИВОСТІ
ДІАГНОСТИКИ В УМОВАХ АМБУЛАТОРІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ:
ОЦІНКА ГОМІЛКОВО-ПЛЕЧОВОГО ІНДЕКСУ**

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Ураження периферичних артерій у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в усіх сучасних класифікаціях віднесено до уражень органів-мішеней і його наявність переводить пацієнта у розряд високого та дуже високого ризику. З іншого боку, АГ є фактором виникнення та прогресування уражень периферичних судин, і за її наявності у таких хворих значно збільшується ризик виникнення тяжких серцево-судинних та судинно-мозкових ускладнень та смерті.

Метою дослідження було встановити частоту ураження периферичних артерій у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) I-III стадій 1-3-го ступеня за допомогою визначення гомілково-плечового індексу (ГПІ).

Обстежено 50 хворих на ГХ I-III стадій 1-3 ступеня віком від 36 до 85 років, серед яких 19 чоловіків та 31 жінка, які зверталися за медичною допомогою до Коровійської амбулаторії загальної практики-сімейної медицини з лютого по квітень 2014 року. Супутній цукровий діабет 2 типу було діагностовано у 8 хворих (16%), 6 пацієнтів (12%) палили. До дослідження включали тільки тих пацієнтів, які не мали клінічних симптомів ураження периферичних судин. Не включали хворих зі стійкими порушеннями ритму серця (фібриляцією передсердь, частою шлуночковою екстрасистолією та ін.).

Програма дослідження, окрім загально-клінічних та стандартних лабораторних процедур, включала вимірювання артеріального тиску (АТ) на обох руках та на обох ногах у положенні лежачи. Вимірювання АТ проводили у ранковий час з 8-ї до 12-ї години після 5-хвилинного відпочинку в умовах денного стаціонару. Після цього проводили обчислення ГПІ як співвідношення рівня систолічного АТ (САТ) окремо на правій та лівій гомілці до вищого рівня САТ на плечі. Величину ГПІ менше 0,9 інтерпретували як захворювання периферичних артерій з відповідного боку.

Наявність ГПІ менше 0,9 виявлено у 3 хворих на ГХ, що становить 6% від загальної кількості обстежених. Дані хворі не палили. У 2-х пацієнтів встановлено захворювання периферичних артерій лівої ноги (причому дані особи страждали також цукровим діабетом 2-го типу), у 1 хворого на ГХ мало місце двобічне ураження периферичних артерій. Високий показник ГПІ (> 1,40) не було виявлено у жодного пацієнта.

Отже, гомілково-плечовий індекс – це простий, недорогий і неінвазивний тест, який має високий ступінь чутливості і специфічності, може бути визначений та використаний сімейним лікарем в якості інструмента скринінгу ураження периферичних артерій нижніх кінцівок.

Плеш І.А.

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕНОЗНОЇ ЛАНКИ ГЕМОДИНАМІКИ ХВОРИХ НА ЕГ-II СТАДІЇ ЗА
РІЗНОЇ СТРУКТУРИ ЦИРКАДІАННОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ**

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Сучасне лікування артеріальних гіпертензій і, зокрема, есенційної гіпертензії (ЕГ), спрямовано на досягнення цільових рівнів артеріального тиску (АТ) та зменшення кількості або клінічних проявів факторів ризику її ускладнень. Відомо, що більшість сучасних антигіпертензивних препаратів ефективно впливають на нервову та рецепторну систему серця, стінки артеріальних судин та мікроциркуляторного руслу. Недостатньо вивченим вплив антигіпертензивних препаратів на венозну ланку центральної гемодинаміки у тієї когорти хворих, що становлять більшість у лікуванні та профілактиці ускладнень ЕГ II ст.

Тому метою нашого дослідження було вивчення тонуусу артеріальних та венозних судин у хворих на ЕГ II ст. за класичним розподілом добового ритму АТ (D, ND та NP).

Для реалізації мети обстежено 78 хворих на ЕГ II ст. (ВООЗ 2010) з II та III ст. величин офісного АТ. Середній вік хворих 54,2±0,8 років. Більшість хворих – чоловічої статі. Усім хворим проведено добове моніторування АТ (ДМАТ) з використанням комплексу апаратури АВРЕ-02 Української фірми "Solvaig". У більшій частині хворих (42) в день проведення ДМАТ визначали величини венозних тисків (ВТ) на верхніх кінцівках за оригінальною методикою (патент №UA 34831 А 15.03.2001) та центральний венозний тиск з використанням апарату Вальдмана у нашій модифікації (РП №42/03 затверджена БДМУ).

За величиною добового індексу (ДІ) більша половина хворих були «не діперами»: D – 28, ND – 42 та NP – 8, що відповідно склало 35,0%, 53,8%, 10,2%.

Використання компресійної об'ємно-імпульсної методики визначення величин АТ та ВТ на замикання та відмикання судин верхньої кінцівки здійснено у 42 із 78 хворих відповідно за групами D – 12, ND – 26 та NP – 4.

Отримані наступні величини АТ та ВТ відповідно у групах хворих за величиною ДІ: ТЗВ - D – 12,6±2,2, ND – 20,6±2,5* та NP – 21,3±3,0*; ТЗА - D – 150,8±4,3, ND – 152,9±6,8 та NP – 154,4±5,7; ТВА - D – 142,1±4,6,



ND – 141,3±6,9 та NP – 148,9±5,3; ТВВ - D – 49,2±2,7, ND – 43,6±2,2 та NP – 42,1±1,4*. Звертає на себе увагу зростання ТЗВ у хворих з циркадіанним ритмом ND та NP майже у 2 рази у порівнянні з D. У цих же хворих (ND та NP) рівень ЦВТ теж був вищим за норму та у порівнянні з групою D і становив: D – 140,2±3,5, ND – 145,9±4,2, NP – 160,6±4,5 (мм Н₂O). Ймовірно, у хворих зі стабільно високим за добу рівнем АТ (Nc та NP) ЕГ II ст. у більшій мірі, ніж з циркадіанним варіантом D поєднується із венозною гіпертензією.

При порівнянні показників артеріальної ланки гемодинаміки в усіх групах спостерігається переважання ТЗА над ТВА, що знаходить пояснення у посиленні стимуляції ендотелійрелаксуючих факторів за рахунок часу механічної дії накладеної манжетки на кінцівки (повільна компресія та декомпресія).

Отже, комплексне використання даних ДМАТ, об'ємно-імпульсної методики визначення тисків замикання та відмикання вен і артерій дозволяє діагностувати у хворих на ЕГ II ст. переважно з низьким добовим індексом (ND та NP) не тільки артеріальну, але і артеріо-венозну гіпертензію. Отримані дані патогенетично обґрунтовують нові фактори ризику та напрямки лікувальної тактики на заходи вторинної профілактики.

Поліщук О.Ю.

**ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ НА ХАРАКТЕР БОЛЬОВОГО
СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА**

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

Впродовж останніх років в Україні зберігаються негативні тенденції щодо смертності, захворюваності та інвалідизації від хвороб серцево-судинної системи, у першу чергу ішемічної хвороби серця. Найбільш загрозливою формою ішемічної хвороби серця, поза сумнівом, є інфаркт міокарда. Сучасними дослідженнями встановлено зв'язок між ризиком розвитку інфаркту міокарда і такими психосоціальними факторами як тривога і депресія, тип поведінки, тощо. Тривожність як особистісна риса та депресія як набутий стан детермінують поведінкові прояви індивіда, його психологічні та соматичні реакції. Метою роботи було визначення у осіб, які перенесли інфаркт міокарда.

Робота базується на обстеженні 120 хворих (56 чоловіки та 64 жінки), що знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері з діагнозами «гострий інфаркт міокарда». За віком та глибиною ураження міокарда групи чоловіків та жінок не відрізнялись. Ретельно проводився збір анамнезу. При цьому цілеспрямовано вивчались: характер больового синдрому, тривалість та умови його виникнення, термін нестабільного перебігу до надходження в стаціонар, враховувались такі скарги, як головний біль, серцебиття, запаморочення, похитування при ходьбі, втомлюваність, пітливість, зниження апетиту, закрепи, порушення сну та пам'яті. Рівень особистісної та ситуативної тривожності встановлювався за методикою Чарльза Спілберґера.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що серед хворих на інфаркт міокарда більшість складають особи з високим рівнем особистісної тривожності – 61,54%, пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності зустрічались у 38,46% випадків, низький рівень тривожності серед обстежених хворих не представлений взагалі.

Аналіз характеру больового синдрому в групах осіб з високим та середнім рівнем особистісної тривожності не виявив достовірних розбіжностей: однаково часто зустрічався біль стискаючого характеру (65,21+9,93 % та 66,66+12,17%), при високому рівні особистісної тривожності дещо переважав біль давлючого та колючого характеру (30,43+9,59% та 20,00%), дещо рідше біль носив пекучий характер 4,36+9,15% проти 13,33+12,88%).

На відміну від характеристик больового синдрому у хворих з високим рівнем особистісної тривожності частіше зустрічались скарги, не пов'язані з ангінозним синдромом. Так, достовірно більшою у осіб з високим рівнем тривожності виявилась частка хворих зі скаргами на запаморочення 86,96+7,02% проти 33,33+12,17% у хворих з середнім рівнем особистісної тривожності (p<0,001), головний біль (86,96+7,02% проти 46,66+12,88%, p<0,001), зниження пам'яті (47,83+10,41 проти 13,33+8,77, p<0,05). Частіше зустрічались також серцебиття та зниження апетиту: 60,87+10,17 проти 33,33+12,17 та 52,17+10,41 проти 26,66+11,41%, відповідно, проте відмінності не були підтвержені статистично (p>0,05).

Отже, у хворих з високим рівнем особистісної тривожності спостерігається посилення проявів патологічних симптомів, за винятком ангінозного болю. Оскільки об'єктивні прояви та суб'єктивні відчуття, що відповідають симптоматиці інфаркту міокарда, в значній мірі повторюються у виявах тривожності, при проведенні опитування хворого з підозрою на інфаркт міокарда особливу увагу слід звертати саме на цю групу скарг.

Полянська О.С., Гулага О.І.

БОЛЬОВА ТА БЕЗБОЛЬОВА ІШЕМІЯ МІОКАРДА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

З метою вивчення особливостей виникнення ішемії міокарда проведено обстеження 512 хворих на різні форми ішемічної хвороби серця, з них у 61 діагностовано стенокардію I (CI), у 128 - стенокардію II (CII), у 85- стенокардію III (CIII) функціонального класу (ФК), у 156-нестабільну стенокардію (НС), у 92-післяінфарктний