



залишається цілий ряд невирішених запитань, одне з яких – неможливість пацієнтів з тих чи інших причин отримувати бета-блокатори (непереносимість, поєднана патологія, артеріальна гіпотензія та ін.).

Нами було проведено дослідження, в якому вивчалось яким чином призначене лікування вплинуло на зміни показників якості життя (ЯЖ) пацієнтів зі стабільною стенокардією (СС). Розподіл пацієнтів на групи відбувався у відповідності до лікування, яке отримували хворі (група I – базисна терапія + бисопролол, група II – базисна терапія + карведілол, група III – базисна терапія + івабрадин). Клінічна картина перебігу СС була співставима у пацієнтів трьох груп. ЯЖ визначали за допомогою анкети SF-36, яка містила 11 розділів, результати відтворювалися у балах від 0 до 100 за 8-ма шкалами. Чим більша кількість балів, тим краща ЯЖ, відсутність лімітуючих факторів відповідає 50 балам і вище. Кількісно оцінювали такі показники: загальний стан здоров'я (ЗСЗ), фізичне функціонування (ФФ), рольове фізичне функціонування (РФФ) та інтенсивність болю (ІБ), що складала фізичний компонент здоров'я (ФКЗ), соціальне функціонування (СФ), рольове емоційне функціонування (РЕФ), життєздатність (ЖЗ) та самооцінка психічного здоров'я (СПЗ), що характеризували психологічний компонент здоров'я (ПКЗ). Показники ЗСЗ, ФФ, СФ, ЖЗ та СПЗ мають пряму залежність із ЯЖ, показники РФФ, ІБ та РЕФ – зворотною залежністю.

Аналіз складових ФКЗ показав, що показник ЗСЗ вірогідно зростав у пацієнтів всіх трьох груп: група I – з $36,21 \pm 2,08$ до $53,41 \pm 2,19$ бала, $+47,5\%$ ($p < 0,01$); група II – з $37,78 \pm 2,15$ до $51,92$ бала, $+37,42\%$ ($p < 0,01$); група III – з $38,64 \pm 2,24$ до $55,74 \pm 2,31$ бала, $+44,25\%$ ($p < 0,01$). Щодо показника ФФ, то він також достовірно збільшився у всіх сформованих групах, але в групі III ці зміни були найбільш суттєвими і в кінці лікування вірогідно відрізнялися від аналогічних показників в групі I та групі II ($p < 0,01$): група I – з $41,12 \pm 2,57$ до $51,56 \pm 2,81$ бала, $+25,38\%$ ($p < 0,01$); група II – з $47,42 \pm 2,26$ до $54,63 \pm 2,37$ бала, $+15,2\%$ ($p < 0,01$), група III – з $43,54 \pm 2,67$ до $68,46 \pm 3,12$ бала, $+57,23\%$ ($p < 0,01$). Відповідаючи на запитання опитувальника, саме пацієнти групи III відмітили значне покращення фізичного функціонування, що може бути пов'язано з найбільш істотним зменшенням ЧСС на тлі прийому івабрадину в цілому по групі. Щодо показника РФФ, то він суттєво зріс на тлі лікування у всіх обстежених пацієнтів: в групі I – з $16,41 \pm 3,24$ до $81,56 \pm 5,21$ балів, $+397,01\%$ ($p < 0,01$); в групі II – з $14,13 \pm 2,73$ до $78,15 \pm 3,46$ балів, $+453,08\%$ ($p < 0,01$); в групі III – з $19,63 \pm 2,91$ до $73,34 \pm 4,61$ балів, $+273,61\%$ ($p < 0,01$). Аналіз показника ІБ показав, що він, по аналогії з рештою показників, вірогідно покращився в усіх трьох групах на фоні отриманого лікування. Так, в групі I цей показник змінився з $32,64 \pm 3,24$ до $67,03 \pm 2,46$ балів, $+105,36\%$ ($p < 0,01$), в групі II – з $29,47 \pm 2,06$ до $59,73 \pm 3,98$ балів, $+102,68\%$ ($p < 0,01$), в групі III – з $34,53 \pm 2,41$ до $72,21 \pm 3,15$ балів, $+109,12\%$ ($p < 0,01$).

При аналізі ПКЗ виявлено, що показник ЖЗ вірогідно збільшився на фоні проведеного лікування в усіх трьох групах пацієнтів: в групі I – з $42,34 \pm 1,12$ до $57,38 \pm 2,97$ балів, $+35,52\%$ ($p < 0,05$); в групі II – з $45,64 \pm 1,32$ до $59,46 \pm 2,71$ балів, $+30,28\%$ ($p < 0,01$); в групі III – з $48,67 \pm 1,73$ до $65,13 \pm 3,14$ балів, $+33,81\%$ ($p < 0,01$). Динаміка показника РЕФ змінювалася наступним чином за час лікування: показник достовірно зріс з $54,28 \pm 2,78$ до $73,21 \pm 3,19$ балів, $+34,87\%$ ($p < 0,005$) в групі I; в групі II також відмічалось зростання з $58,97 \pm 2,31$ до $77,44 \pm 3,47$ балів, $+31,32\%$ ($p < 0,005$); в групі III відбувалась аналогічна тенденція – збільшення показника з $61,38 \pm 2,97$ до $79,36 \pm 4,12$ балів, $+29,29\%$ ($p < 0,01$). Щодо показника СФ, то в процесі лікування не відбулось жодних змін у всіх трьох групах, тобто проведене нами лікування жодним чином не впливає на спілкування пацієнтів в повсякденному житті. Так, в групі I індекс СФ до лікування був $52,81 \pm 2,44$ балів, став $50,18 \pm 1,46$ балів ($p > 0,5$); в групі II до лікування – $49,13 \pm 1,21$ балів, після лікування – $47,74 \pm 1,53$ балів ($p > 0,5$); в групі III до лікування – $50,36 \pm 2,06$ балів, після лікування – $49,53 \pm 1,36$ балів ($p > 0,5$).

Цікавим виявився аналіз показника СПЗ в групах обстежених пацієнтів до та після лікування. Показник достовірно збільшився у всіх трьох групах обстежених пацієнтів: в групі I – з $43,56 \pm 1,63$ до $51,13 \pm 2,81$ балів, $+17,37\%$ ($p < 0,05$); в групі II – з $48,64 \pm 1,86$ до $55,45 \pm 2,21$ балів, $+14\%$ ($p < 0,05$); в групі III – з $51,32 \pm 2,42$ до $67,36 \pm 3,23$ балів, $+31,25\%$ ($p < 0,005$). Звертає на себе увагу той факт, що в групі III показник СПЗ зріс найсуттєвіше і був вірогідно більшим за аналогічні показники в групі I та групі II ($p_{1-3, 2-3} < 0,005$). Можливо це пов'язано зі здатністю бета-блокаторів спричиняти появу депресій у деяких пацієнтів, а івабрадину така побічна дія не властива.

Казанцева Т.В., Білецький С.В., Петрилич О.А.

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ ЕНАЛАПРИЛОМ НА ЛІПІДНИЙ, ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН ТА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра сімейної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Метою дослідження було вивчити стан ліпідного та вуглеводного обміну, структурно-функціональний стан міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу з компонентами метаболічного синдрому на фоні терапії еналаприлом. Обстежено 57 хворих на гіпертонічну хворобу (33 жінки і 24 чоловіків), які упродовж 20 тижнів приймали ІАПФ – еналаприл у дозі 10-20 мг/добу, у тому числі: 44 хворих на ГХ I-II стадії без ЦД (підгрупа Ia) і 13 хворих на ГХ із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа Ib).

До лікування та через 1 міс прийому препарату всім хворим проводили клінічне та лабораторне обстеження. З метою вивчення органопротективної дії еналаприлу після 20-тижневого курсу лікування була проведена повторна ЕхоКГ. Через місяць після лікування хворі відзначали деяке покращення самопочуття: менше стали турбувати



головний біль, запаморечення, зросла працездатність. Лікування еналаприлом позитивно впливало на динаміку показників як лілідного так і вуглеводного обміну. Спостерігалось вірогідне зниження вмісту ЗХС, ТГ та ЛПНГ у досліджуваних обох підгруп ($p < 0,05$), однак у хворих з ізольованою ГХ (підгрупа 1а) динаміка показників була кращою ніж у хворих із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б). У хворих із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б) у ході лікування еналаприлом було виявлено вірогідне зниження натщесерцевого вмісту глюкози від $8,39 \pm 0,54$ ммоль/л до $7,04 \pm 0,44$ ммоль/л та базального рівня інсуліну крові від $37,62 \pm 2,08$ мкОД/мл до $33,85 \pm 2,52$ мкОД/мл ($p < 0,05$), що непрямо вказує на покращання периферійної чутливості до інсуліну. Аналізуючи дані ЕхоКГ, ми спостерігали зворотній розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у двох підгрупах досліджуваних та покращання гемодинамічних показників.

Двадцятитижнева терапія еналаприлом у хворих на ГХ із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б) призвела до вірогідного зменшення ММЛШ від 340,10 г до 309,30 г та ІММЛШ від $173,40$ г/м² до $157,80$ г/м² (-9,1%; $p < 0,001$). Тзд та Тмд відповідно зменшилися на 2,3% та 4,4% ($p < 0,001$). У осіб з ізольованою гіпертонічною хворобою (підгрупа 1а) ММЛШ та ІММЛШ зменшилися на 8,9%, Тзд та Тмд – відповідно на 2,6% ($p < 0,001$). ФВ у пацієнтів 1а підгрупи зросла на 2,9%, у 1б підгрупі – на 1,4% ($p < 0,05$).

Таким чином, терапія еналаприлом позитивно впливала на метаболічні показники (ТГ, ЗХС, глюкоза, інсулін крові). Двадцятитижневий прийом препарату викликав зворотний розвиток ГЛШ (ММЛШ та індекс ММЛШ, у середньому, зменшилися на 9%).

Каньовська Л.В., Каушанська О.В.

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ТА ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ АСОЦІЙОВАНИХ З HELICOBACTER PYLORI

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Серед бактеріальних інфекцій особливе місце посідають інфекції, спричинені *Helicobacter pylori* (HP) – мікроорганізмом, який співіснує з людством упродовж тисячоліть. *Helicobacter pylori* – широко розповсюджений мікроорганізм, яким інфіковано половину населення земної кулі. За даними Всесвітньої організації гастроентерологів у країнах Східної Європи та Азії інфікованість дорослого населення складає 70-80%.

Якщо роль інфікування цим мікроорганізмом в патології гастродуоденальної зони вивчена досконало, то механізм виникнення захворювань позашлункової локалізації представляє велику наукову зацікавленість.

Метою дослідження стало виявити частоту супутньої патології у пацієнтів із виразковою хворобою, хронічним гастродуоденітом та наявністю інфекції *Helicobacter pylori*.

Проаналізовано 120 історій хвороб пацієнтів із вищезазначеними захворюваннями ШКТ, які лікувались у гастроентерологічному відділенні ЛШМД за період 2014–2016 рр. Серед досліджених історій хвороб: 50 пацієнтів з виразковою хворобою (ВХ) дванадцятипалої кишки (наявність *Helicobacter pylori* підтвердилась у 93 % осіб), 15 хворих на ВХ шлунка (*Helicobacter pylori* виявлена у 74 % пацієнтів), 35 пацієнтів із гастродуоденітом (85 % *Helicobacter pylori*-позитивних пацієнтів). Підтвердження наявності *Helicobacter pylori* проводилося за допомогою CLO-тесту (швидкий уреазний тест з морфологічним дослідженням біоптатів слизової оболонки шлунка або 12-палої кишки), або визначенням anti-*H.pylori* (антитіла класу Ig G до *Helicobacter pylori*) при серологічному дослідженні.

Серед пацієнтів із ВХ 12-палої кишки виявлено: у 38 % – захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, 5 % – гіпертонічну хворобу, 12 % – ішемічну хворобу серця, 18,5 % – гіперхолестеринемію, 9 % – хронічний бронхіт, 72 % – залізодефіцитну анемію. Супутню патологію у пацієнтів із ВХ шлунка виявлено: у 26 % – захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, 15 % – гіпертонічну хворобу, 23 % – ішемічну хворобу серця, 25 % – гіперхолестеринемію, 11 % – хронічний бронхіт, 85 % – залізодефіцитну анемію. Серед пацієнтів із гастродуоденітом: у 14 % – захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, 43 % – залізодефіцитну анемію, 17%- хронічний бронхіт, 37%- ішемічна хвороба серця.

Таким чином, у хворих із запальними захворюваннями верхніх відділів ШКТ, асоційованих з *Helicobacter pylori* часто зустрічається супутня патологія. Механізми розвитку супутньої патології потребують подальшого детального вивчення та уважного спостереження.

Каушанська О.В., Каньовська Л.В.

ПРОФІЛАКТИКА ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Профілактика інсульту та інших тромбоемболічних ускладнень є одним із першочергових завдань лікування хворих із фібриляцією передсердь (ФП). Саме на цей контингент хворих припадає близько 45% усіх інсультів, пов'язаних із тромбоемболіями. Середній ризик інсульту у хворих із постійною або персистуючою формою ФП становить 4,5% на рік. Для зменшення ризику тромбоемболічних ускладнень ФП необхідно використовувати реальні досягнення доказової медицини щодо профілактики інсульту, стандарти