III групи, що вірогідно відрізнялося від відповідних даних усіх решти обстежених (p<0,05). Найнижчими були рівні ТФР-β у пацієнтів I групи, але все ж дані показники були вірогідно вищими за норму (p<0,05) та вірогідно нижчими за показники групи контролю (p<0,05). Значення ТФР-β у пацієнтів групи контролю (з гіпертонічною хворобою) не відрізнялися від відповідних даних II групи (p>0,05).

Таким чином, одержані результати дослідження доводять інтенсивне зростання рівня ТФР-β у пацієнтів з наявністю артеріальної гіпертензії на тлі діабетичної нефропатії. Враховуючи доведений просклеротичний ефект даного цитокіну, це пояснює швидкі темпи прогресування даної патології без проведення вчасної та негайної ренопротекторної терапії. ТФР-β можна використовувати як прогностичний маркер прогресуючого перебігу ХХН у хворих з наявністю артеріальної гіпертензії та попередження розвитку грізних ускладнень.

Іванчук П.Р.

НОВІ ПОГЛЯДИ НА ПАРАМЕТРИ СЕГМЕНТУ ST ТА ЇХ ОЦІНКА ЗА ДОПОМОГОЮ ВЛАСНОСТВОРЕНОГО ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

На початку XXI сторіччя електрокардіографія (ЕКГ), як метод функціонального дослідження стану серцево-судинної системи не тільки не втратила свого значення, але й знаходить все ширше впровадження. Однак, незважаючи на тривалий досвід аналізу ЕКГ, методика вимірювання її параметрів визнана недостатньо уніфікованою і електрофізіологічно обґрунтованою при визначенні точки підрахунку амплітуд зубців, зміщення сегмента ST тощо. У основі цих фактів лежать різноманітні причини: при звичайній ЕКГ, за винятком деяких випадків складних порушень ритму та провідності, вимірювання більшості параметрів не проводиться; апаратура, що використовується внаслідок високого рівня перешкод і малого ступеня підсилення та диференціації не дозволяє здійснити достеменний розрахунок тривалості і амплітуди; місцезнаходження деяких точок встановлюється у відповідності з тим, як автори розуміють їх зв'язок з електрофізіологічними процесами (визначення точки J, вибір ізоелектричної лінії, початок зубця Т та хвилі U тощо).

Мета дослідження - оцінка можливостей клінічного впровадження створеного медичного програмного забезпечення для кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням змін сегмента ST і покращенням інформативності діагностики та прогнозування перебігу серцевої патології.

Для виконання поставленої мети було обстежено 82 пацієнти, що знаходились в обласному клінічному кардіологічному диспансері м. Чернівці. Відносно встановленого діагнозу вони були розподілені на: стабільна стенокардія напруження (СтСт, n=40) з наявністю шлуночкової екстрасистолії (ШЕ), групу зіставлення склали хворі на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ, n=42) з наявністю ШЕ. Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою з оцінкою змін сегмента ST екстрасистолічного комплексу та дослідженням швидкісної оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії і елевації сегмента ST.

Визначено однакову ймовірність розподілу хворих в групи за статтю, середній вік склав 68 рр, що і слугувало достовірною межею розподілу для двох вікових груп (61,00−2,46 проти 76,00+3,30 рр, p=0,0069). На першому етапі дослідження проаналізовано розподіл нахилу ST з визначенням змін сегмента ST через 0,08 с після точки J, кута β^o спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST H (mV) через 1 с реєстрації. Визначено переважання H передчасного шлуночкового скорочення в старшій віковій групі (1,80+0,09 проти 1,40+0,16 mV, p−0,034). Також в старшій групі суттєво переважав кут β^o спрямування сегмента ST (35,66+2,51 проти 26,30+2,39°, p=0,0093). На наступному етапі було порівняно кут β^o і висоту H залежно розподілу діагнозів СтСт і ІМ. Було встановлено недостовірне переважання H у передчасного шлуночкового скорочення в пацієнтів з ІМ проти СтСт (1,75+0,11 проти 1,45+0,18 mV, p= 0,17). Також переважала і величина кута β^o у пацієнтів з ІМ проти СтСт (35,60+2,55 проти 26,36+2,40°, p−0,011).

Отже, реалізацією власної програми вдалося об'єктивувати величини нахилу сегмента ST екстрасистоли і висоту продовження спрямування нахилу сегмента ST (H, mV) через 1 с реєстрації та кута β^o спрямування сегмента ST для комплексу передчасного шлуночкового скорочення. Клінічне впровадження власної програми надає можливість кількісної оцінки зв'язків ішемії міокарда і змін сегмента ST екстрасистолічного комплексу, оскільки відомим є факт зв'язку типу вихідної ST-депресії з підвищеним ризиком розвитку ішемічної події та небезпечних аритмій, є цінним прогностичним фактором ішемії міокарда.

Ілащук Т.О.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ У СХЕМУ БЕТА-БЛОКАТОРІВ АБО ІНГІБІТОРА IF-КАНАЛІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

ІХС на сучасному етапі є добре вивченим захворюванням з чітко визначеною тактикою захворювання. Сучасні засоби терапії ІХС володіють доведеною антиангінальною ефективністю (бета-блокатори та антагоністи кальцію) та володіють здатністю покращувати прогноз пацієнтів (бета-блокатори). Однак

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 проведене дослідження, в якому вивчалося 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 + бісопролол, 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 складали 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 – зворотню залежність.

Аналіз складових ФКЗ показав, що показник ЗСЗ вірогідно зростав у пацієнтів всіх трьох груп: група I – з 36,21±2,08 до 53,41±2,19 бала, +47,5% (p<0,01); група II – з 37,78±2,15 до 51,92 бала, +37,42% (p<0,01); група III – з 38,64±2,24 до 55,74±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±2,57 до 51,56±2,81 бали, +25,38% (p<0,01); група II – з 47,42±2,26 до 54,63±2,37 бали, +15,2% (p<0,01), група III – з 43,54±2,67 до 68,46±3,12 бали, +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±3,24 до 81,56±5,21 балів, + 397,01% (p<0,01); в групі II – з 14,13±2,73 до 78,15±3,46 балів, +453,08% (p<0,01); в групі III – з 19,63±2,91 до 73,34±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±3,24 до 67,03±2,46 балів, +105,36% (p<0,01), в групі II – з 29,47±2,06 до 59,73±3,98 балів, +102,68% (p<0,01), в групі III – з 34,53±2,41 до 72,21±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±1,12 до 57,38±2,97 балів, +35,52% (p<0,05); в групі II – з 45,64±1,32 до 59,46±2,71 балів, +30,28% (p<0,01); в групі III – 48,67±1,73 до 65,13±3,14 балів, +33,81% (p<0,01). Динаміка показника РЕФ змінювалася наступним чином за час лікування: показник достовірно зріс з 54,28±2,78 до 73,21±3,19 балів, +34,87% (p<0,005) в групі I; в групі II також відмічалося зростання з 58,97±2,31 до 77,44±3,47 балів, +31,32% (p<0,005); в групі III відбувалась аналогічна тенденція – збільшення показника з 61,38±2,97 до 79,36±4,12 балів, −29,29% (p<0,01). Щодо показника СФ, то в процесі лікування не відбулося жодних змін у всіх трьох групах, тобто проведене нами лікування жодним чином не впливає на спілкування пацієнтів в повсякденному житі. Так, в групі I індекс СФ до лікування був 52,81±2,44 балів, став 50,18±1,46 балів (p>0,5); в групі II до лікування - 49,13±1,21 балів, після лікування – 47,74±1,53 балів (p>0,5); в групі III до лікування – 50,36±2,06 балів, після лікування – 49,53±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±1,63 до 51,13±2,81 балів, +17,37% (p<0,05); в групі II – з 48,64±1,86 до 55,45±2,21 балів, +14% (p<0,05); в групі III – з 51,32±2,42 до 67,36±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., Петришич 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 1а) і 13 хворих на ГХ із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б).

До лікування та через 1 міс прийому препарата 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 покращання самопочуття: менше стали турбувати