



кількісним і якісним аналізом, оцінкою ВСР за власно створеної програми. За оцінки варіабельності інтервала QT в програмі проаналізовані загальноприйняті показники: 1) «максимальна», «мінімальна» і «середня» тривалість інтервалів QT (QT_{макс}, QT_{мін}, QT_{сер}, с); 2) коригований інтервал QT_c за формулою H.Bazett (QT_c=QT/√RR, с^{1/2}); 3) дисперсія та коригована дисперсія QT (DQT, с, DQT_c, с^{1/2}) – різниця між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT та між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT-коригованих; 4) просторова варіабельність інтервалу QT за стандартним відхиленням QT і QT_c (QTSD, с, QT_cSD, с) – сумарний показник варіабельності величин корегованих інтервалів QT за весь період реєстрації ЕКГ.

Оцінка динаміки змін інтервалів QT за навантаження свідчить про зменшення QT_{макс}, QT_{мін}, QT_{сер} достовірно (p<0,001) в обох групах для симпатичної або парасимпатичної реакції, інтервал DQT_c достовірно збільшувався за парасимпатичного (p=0,012) і за симпатичного (p=0,0061) типів реакції на висоті навантаження. Аналіз оцінки дисперсії QT в розподілі симпатичної/парасимпатичної реакції ВСР при НЦД і СтСт проти хворих на ІМ, що померли (група максимального ризику) свідчить, що показники тривалості і дисперсії QT достовірно переважали за ГІМ, а отже збільшення дисперсії QT за ГІМ обумовлює негативний прогноз.

Таким чином, вихідні показники варіабельності серцевого ритму демонструють спрямування до активації симпатичного контуру перед проведенням велоергометрії. Тенденція до активації симпатичного контуру більш виражена за негативної в подальшому проби. Збереження вказаної залежності на висоті навантаження дозволяє прогнозувати розподіл пацієнтів в групу негативного і позитивного результатів. Аналіз показників дисперсії, корегованої дисперсії та просторової варіабельності інтервалу QT свідчить про збільшення дисперсії інтервалу QT (DQT_c) за навантаження. Збільшення дисперсії QT за гострого інфаркту міокарда обумовлює негативний прогноз.

Ташук В.К., Савчук О.В.

НОВІТНІ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ: ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕКГ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Із чисельних методів функціонального дослідження стану серцево-судинної системи електрокардіографія (ЕКГ) не тільки не втратила свого значення, але й знаходить все ширше впровадження. Натомість, незважаючи на 75-річний досвід аналізу ЕКГ, методика вимірювання її параметрів недостатньо уніфікована і електрофізіологічно обґрунтована. Проведені дослідження впродовж останніх 20 років показали, що в ЕКГ закладена додаткова інформація про швидкість процесу реполяризації міокарда. Вивчення швидкісних показників зубця Т у значному ступені сприяють оцінці природи змін кінцевої частини шлуночкового комплексу. Запропоновані методи (диференційована ЕКГ, інтегральна ЕКГ, додатково підсилена ЕКГ) суттєво моделюють дозвілну здатність цього методу.

Метою дослідження було продемонструвати інформативність методу диференційованої ЕКГ і подати свідчення про нові можливості методу.

У власній роботі проведений математичний аналіз першої похідної ЕКГ з визначенням відношення максимальної швидкості (ВМШ) змін різниці потенціалів на другому коліні зубця Т до максимальної швидкості на його першому коліні у 29 хворих, що склалися з третини пацієнтів з нейроциркуляторною дистонією, третини – з великогоиншевим інфарктом міокарда задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) і третини – з гіпертонічною хворобою II ст. Визначено, що показник ВМШ дорівнював в 1-й групі 1,31±0,04; в 2-й – 0,80±0,02 (p<0,001 для відведень задньої стінки ЛШ) і 1,42±0,06 (p>0,1 для відведень передньої стінки ЛШ); в 3-й – 1,71±0,13 (p<0,01). Аналізуючи отримані результати зазначимо, що метод кількісної оцінки ЕКГ з впровадженням диференціації зубця Т ЕКГ в умовах аналізу її першої похідної є високоінформативним неінвазивним тестом.

Ткач Є.П., Каньовська Л.В., Каушанська О.В.

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ЧЕРЕЗ ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ТА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ S.PNEUMONIAE

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Ефективна антибактеріальна терапія негоспітальної пневмонії (НП) неможлива без моніторингу етіологічної структури збудників та їх чутливості до антибактеріальних засобів. Терапія пневмоній наразі є емпіричною і ґрунтується на даних сучасних епідеміологічних досліджень щодо розповсюдженості тих чи інших етіологічних збудників інфекційних процесів, безумовно найбільш інформативними залишаються регіональний та локальний рівень «de causa morborum» (у межах ЛПЗ і навіть одного відділення).

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на НП шляхом постійного локального моніторингу основних бактеріальних етіологічних збудників цієї патології, визначення їх чутливості до протифекційних засобів та рівня їх антибіотикорезистентності.



Було проведено ретроспективний аналіз 188 медичних карток стаціонарних хворих на НП, які знаходились на лікуванні у терапевтичних відділеннях та ВРІТ «Лікарні швидкої медичної допомоги - університетській лікарні» м.Чернівці у епідеміологічний зимовий період (грудень 2015 – березень 2016 року).

Предметом дослідження стали показники результатів бактеріологічного дослідження мокроти, виділені мікроорганізми, а також спектр їх антибіотикочутливості. Визначення чутливості проводили диско-дифузійним методом. Мікробіологічне дослідження проведено всім пацієнтам на НП. У більшості хворих забір мокроти здійснювався уже на фоні антибіотикотерапії (78%), можливо з цим пов'язано те, що етіологію НП не було встановлено у 114 пацієнтів (60,6%).

Етіологічна картина щодо бактеріальних патогенів хворих на НП, які знаходились на стаціонарному лікуванні, виглядає наступним чином: *S.pneumoniae* визначено у 62,7% хворих, *K.pneumoniae* у 26,7%, *S.pyogenes* у 2,7%, *P.aeruginosae* у 4,0%, *S.aureus*, *P.mirabilis*, *Citrobacter* у рівних часток хворих (по 1,33%). У нашому дослідженні визначено, що чутливість *S.pneumoniae* зберігалась на 100% до тикарциліну, карбапенемів (іміпенему та меропенему), цефоперазону/сульбактаму, амікацину та тобраміцину. Чутливість до оксациліну була у 66,7% хворих, до ампіциліну у 83,3%, до амоксициліну у 87,5%, до піперациліну/тазобактаму у 92,7%, до еритроміцину у 72,5%. З групи цефалоспоринів відмічено досить низьку чутливість до цефтриаксону у 58,8% хворих, з яких у 47,1% визначено помірну стійкість збудника, тобто ефективність у майже половини пацієнтів, які отримували цей антибіотик все ж була, але за умови використання його максимальних добових доз. Чутливість до респіраторних фторхінолонів (левофлоксацину та моксифлоксацину) була на рівні 95,7% та 96,6%, проте відмічена когорта пацієнтів, яким потрібні були дози цих препаратів вище середніх та максимальні добові, щоб подолати помірну стійкість ізолятів пневмококу у 17,4% хворих для левофлоксацину та 13,8% хворих для моксифлоксацину. Чутливість пневмококу була досить високою до лінезоліду (97,2%) та ванкоміцину (92,9%). Не залишено поза увагою той факт, що до групи карбапенемів, як групи антибіотиків резерву, на фоні 100% чутливості у 74,9% хворих ізоляти *S.pneumoniae* виявились помірно стійкими, що теж потребувало корекції добових та разових доз до більш високих або адекватної заміни протимікробної терапії хворих.

Отже, результати нашого дослідження свідчать про те, що *S.pneumoniae* залишається провідною етіологічною причиною виникнення негоспітальної пневмонії, хворі на яку підлягають госпіталізації до лікувально-профілактичних закладів. Визначено достатньо виражену розповсюдженість антибіотикорезистентності до антибіотика групи цефалоспоринів цефтриаксону серед ізолятів *S.pneumoniae*. А це, в свою чергу, потребує перегляду рекомендацій по лікуванню хворих на НП пневмококової етіології.

Трефаненко І.В., Рева Т.В.

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Регуляція коронарного кровопостачання підпорядковується метаболічним потребам міокарда та здійснюється за допомогою метаболічних посередників. Споживання міокардом кисню тісно пов'язано з метаболізмом кардіоміоцитів. Корекція енергетичного обміну клітин міокарда пов'язана з створенням ефективних напрямків мобілізації резервних можливостей циклу Кребса, індукції трансмембранного обміну кисневих еквівалентів, використанням енергодавальних сполук та човникових механізмів електроакцепторних систем, збільшення шляхів доставки кисню, субстратів та каталізаторів енергетичного обміну. Тому метаболічна терапія, як фактор адаптації до різних стресорних та пошкоджуючих впливів, сприятливо впливає на перебіг органічних та функціональних захворювань людини. Враховуючи перспективу "наслідування" природним, метаболічним системам, метою нашої роботи стало вивчення впливу кверцетину на вегетативний статус у хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Обстежено 67 хворих на ІХС. Дифузний кардіосклероз. СНІА І-ІІ ф.к. Для оцінки вегетативного статусу хворих було розподілено на дві групи: перша група – 29 (43%) хворих на ІХС контрольна група. Середній вік пацієнтів склав $51,4 \pm 5,9$ року. Другу групу склали 38 (57%) пацієнтів на ІХС, які отримували додатково кверцетин в дозі 2 г 2 рази на добу. Середній вік пацієнтів $53,3 \pm 8,1$ року. Діагноз встановлювали відповідно до критеріїв ВООЗ. Стан вегетативного гомеостазу оцінювали згідно опитувальнику розробленому Ушаковим Г.К. в модифікації Соловйової А.Д. Хвилиний об'єм крові (ХОК) визначали непрямим методом Лільє-Штрандера та Цандера, частоту серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ) – методом Короткова. Динаміку серцево-судинної реакції оцінювали за допомогою навантажувальних проб за вегетативним індексом (ІК) запропонованим І.Кердо для визначення стану вегетативного тону. Також вивчали індекс хвилиного об'єму (ІХО), коефіцієнт Хільдебранта (КХ). Проводили аналіз динаміки показників ішемії міокарда при проведенні ЕКГ. Результати оцінювалися за бальній системі, з урахування переважання симпатичної (Сс) або парасимпатичної (Пс) системи.

Застосування кверцетину дозволило зменшити кардіальний синдром у 80% та зменшити його у 20% пацієнтів, дихальні розлади у 40%, розлади серцевого ритму – 76% випадків. Астеновеgetативний синдром зник на 5-ту добу у 29%, на 7-у добу у 54%, на 10-у добу у 17% пацієнтів. ЧСС зменшилась на 11% ($78,6 \pm 3,5$ та $69,7 \pm 2,6$ за хв, $p < 0,05$). Переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи чітко простежується