

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ ІМ. В.Х.ВАСИЛЕНКА»**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

**Матеріали науково-практичної конференції
(21-22 квітня 2011 року)**

м. Чернівці

УДК 616.1/4

ББК 54.1

А 43

Актуальні питання внутрішньої медицини: Матеріали науково-практичної конференції (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – 212 с.

ISBN 978-966-697-391-0

У збірнику представлені матеріали тез науково-практичної конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини» (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам гастроентерології, кардіології, нефрології, пульмонології, ревматології. Наукова та загальна редакція – професор, д.мед.н. О.І.Федів

Наукові рецензенти: доктор медичних наук, професор О.І.Волошин
доктор медичних наук, професор О.С.Хухліна

ISBN 978-966-697-391-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2011

підвищувався на 52,9% ($p \leq 0,05$) у порівнянні із здоровими особами. У обстежених із Нр-позитивним ГД ІДЕ був нижче на 10,1% ($p \leq 0,05$), КВЕ достовірно зростав на 8,2% більше, ніж у хворих із ГД без супутньої Нр-інфекції. У хворих Іб групи ІДЕ був нижче на 17,6% ($p \leq 0,05$), а КВЕ вищим на 4,7% ($p \leq 0,05$), ніж у хворих Іб групи. Зменшення ІДЕ свідчить про зниження лабільності еритроцитів, здатності їх до швидких та генералізованих перебудов, що свідчить про підвищення жорсткості мембран еритроцитів, наслідком чого можуть бути мікроциркуляторні розлади. Відомо, що втрата еритроцитами здатності до деформації призводить до порушення перфузії найдрібніших капілярів з подальшим вивільненням різноманітних факторів гемокоагуляції. Важливе значення відіграє травматизація стінок капілярів з їх набряком та вивільнення фізіологічно активних речовин, що підсилюють мікроциркуляторні розлади, за рахунок підвищення проникності судин.

Висновок. У хворих на ОА із супутніми ГДП, індукованими НПЗП, спостерігається зниження ІДЕ і зростання КВЕ, що свідчить про порушення в ланці гемостазу. Наявність супутньої Нр, ймовірно, сприяє істотнішому порушенню морфофункціональних властивостей еритроцитів.

УДК 616.12-008.1-072.7

ДИНАМІКА ЕРГОМЕТРИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Гречко С.І., Тащук В.К., Шилов М.В., Поліщук О.Ю., Іванчук П.Р.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, svgrechko@list.ru

Вступ. Впродовж останніх десятиліть зростає захворюваність на ішемічну хворобу серця (ІХС) у працездатному віці, одночасно спостерігається «омолодження» патології. ІХС, гіпертонічна хвороба (ГХ), а особливо їх поєднаний перебіг, характеризуються закономірним залученням у патологічний процес судинної системи й, у першу чергу, артеріальних судин. Тести із фізичним навантаженням у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ не використовуються рутинно у клінічній практиці, що пов'язано, на думку деяких дослідників, із зростанням ризику ускладнень під час проведення стрес-тестів у хворих з надмірно високими рівнями АТ.

Матеріал і методи. Обстежено 89 чоловіків, які знаходяться на диспансерному обліку з приводу ГХ I-II стадії (I група), ІХС (II група) та поєднання ІХС та ГХ (III група). Хворим проведено клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження – ВЕМ на велоергометрі «Kettler» (Німеччина) з визначенням величини досягнутого навантаження, виконаної роботи та

окремих ергометричних показників, зокрема подвійного добутку (ПД).

Результати. Проаналізовані причини припинення проби з фізичним навантаженням. Найбільш частою причиною у всіх основних групах була депресія сегмента ST за ішемічним типом. Зміни на ЕКГ супроводжувались нападом болю за грудиною в групі ІХС у 39% випадків, в групі ІХС з ГХ – у 41%. Результати навантажувального тесту свідчили про зменшення часу виконання тесту у 1,5-2,3 рази та зниження толерантності до фізичного навантаження у всіх групах хворих на ІХС в порівнянні з ГХ. Аналіз гемодинамічних показників при проведенні стрес-тесту дозволив виявити певні особливості. Порогова ЧСС в II та III групах була достовірно знижена в порівнянні з I групою. Показники ЧСС у спокої в жодній групі достовірно не відрізнялись. ЧСС на висоті навантаження в I групі була достовірно вища, ніж в III групі ($128,7 \pm 3,6$ і $114,6 \pm 3,2$ уд./хв., відповідно, $p < 0,05$), що свідчить про істотне зниження ПД в групі ІХС без та з супутньою ГХ. Показник порогового ПД був достовірно зниженим у II і мінімальним у III групі ($274,5 \pm 6,8$, $208,6 \pm 12,4$, $167,3 \pm 7,2$ од. відповідно, $p < 0,05$), що відповідає більшій потужності порогового навантаженні у пацієнтів без ІХС. Інтенсивність скоротливої здатності серця можна характеризувати величиною систолічного напруження міокарду, яке прямо пропорційне величині ПД, який найбільш повно корелює зі споживанням кисню. Виявлене достовірно менший приріст значення ПД на II ступені навантаження в групі ІХС+ГХ в порівнянні з групою ГХ - $134,0 \pm 7,6$ і $164,9 \pm 13,4$, відповідно, $p < 0,05$). Аналогічна тенденція простежувалась і на інших ступенях навантаження. Незважаючи на те, що в групі ГХ потужність виконання навантаження була вищою, ніж у групі ІХС з ГХ, зниження значення ПД на відповідних рівнях навантаження свідчили про більшу потребу в кисні хворих на ІХС з ГХ. Між групами ІХС та ІХС з ГХ достовірної різниці значень ПД не визначалось.

Висновки. У пацієнтів з ішемічною хворобою серця у поєднанні з гіпертонічною хворобою порушення функціональної здатності міокарду супроводжується зниженням ергометричних показників, а також зменшенням міокардіальних резервів. У хворих на ГХ у поєднанні з ІХС порівняно з хворими на ГХ виконання навантаження є менш економним за рівнем його гемодинамічного забезпечення, що підтверджується більшими показниками відношення приросту частоти скорочень серця та подвійного добутку до виконаної роботи. Виконання більшого об'єму роботи та досягнення граничного рівня частоти скорочень серця у таких хворих потребує більшої потреби міокарда в кисні на одиницю виконаної роботи.