



Отримані власні результати засвідчують, що наявна НЦД в розподілі показника TrTe більш сприятлива, ніж усі інші діагнози (СС, ММФ, ГХ) стосовно зменшення інтервалу TrTe ($65,0+6,19$ проти $90,43+2,77$ мс, $p<0,001$). Слід зазначити, що на показник TrTe не вплинула наявність/відсутність доведеного діагнозу ММФ ($84,28+2,91$ проти $86,0+5,58$ мс, $p>0,5$), або ГХ ($87,27+7,14$ проти $83,88+2,81$ мс, $p>0,5$), а отже, слід визначити ішемічний вплив на збільшення ризику шлуночкових аритмій через зміни реполяризації клітин міокарда. Проведене дослідження підтверджує роль інтервалу TrTe в якості незалежного фактору ризику виникнення раптової серцевої смерті у хворих з кардіальною патологією та зручного інструменту стратифікації ризику серцево-судинних захворювань, що дає змогу підвищити точність сучасних моделей прогнозування ризику.

Аналіз розподілу показника TrTe засвідчує про більш сприятливий вплив функціональної патології стосовно зменшення інтервалу TrTe ($p<0,001$) проти органічної патології (стабільна стенокардія, міокардитичний міокардіофіброз, гіпертонічна хвороба, шлуночкова екстрасистолія), а отже, у виявленні груп високого ризику, включаючи структурні захворювання серця.

Хребтій Г.І.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було визначення інформативних клініко-інструментальних маркерів, які б дозволяли виділяти групи хворих з високою прогностичною ефективністю до того чи іншого варіанту комбінованої антигіпертензивної терапії.

Для проведення багатофакторного аналізу була задіяна статистична матриця, яка складалась із 88 різних клініко-інструментальних показників, отриманих при обстеженні 283 чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з різною масою тіла. Всі пацієнти отримували комбіновану антигіпертензивну (лізиноприл 10 мг, амлодипін, 5 мг), гіполіпідемічну (аторвастатин 10 мг) та метаболічну (мельдоній 1000 мг) терапію. Обстеження пацієнтів ми проводили до, а також через 6 міс. після початку лікування. Як вихідний параметр аналізу був застосований сумарний показник, який у балах характеризував прогностичну ефективність проведеної комбінованої терапії протягом 6 міс. лікування. Методика розрахунку показника розроблена власне нами. Величини динаміки показників протягом 6 міс. лікування, які взяті для розрахунку сумарного показника оцінки прогностичної ефективності, обчислювались як 25 перцентиль у разі негативної і як 75 перцентиль – у разі позитивної динаміки показника. Величина сумарного показника оцінки прогностичної ефективності складалась із суми балів, які визначались при повторному обстеженні через 6 міс. лікування. Теоретично мінімальна сума балів склала 0 і максимальна – 14 балів, середній сумарний бал прогностичної ефективності проведеної терапії для обстеженої когорти – $6,77\pm 0,23$. Як незалежні предиктори розглядали клініко-інструментальні показники, які були отримані при вихідному обстеженні пацієнтів і які виявляли значущий зв'язок із вихідним параметром аналізу (сумарним показником) ($p<0,05$). Інформативність аналізу оцінювалась за допомогою розрахунку коефіцієнту множинної регресії (коефіцієнту детермінації – RI), адекватність – за допомогою аналізу залишків (Residual Analysis) із розрахунком рівня значущості (p). Для статистичної характеристики окремих незалежних предикторів використовували бета-коефіцієнт (β -коефіцієнт), який показував силу впливу чинника на вихідний параметр та характер цього впливу (позитивний β -коефіцієнт свідчив за прямий і негативний – за зворотній зв'язок).

Надалі за допомогою рівнянь лінійної регресії нами були розраховані критичні величини для кожного окремого незалежного предиктора. Для цього для вихідного параметру було взяте значення 9, що дорівнювало 75 перцентилю сумарного показника, який відображав прогностичну ефективність лікування. Значення критичної величини округлялось



до цілої величини. При проведенні розрахунків, встановлено, що для холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВІЩ) критична величина склала ≤ 1 ммоль/л, індексу маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м², тригліцеридів (ТГ) ≥ 3 ммоль/л, індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) $2,7 \geq 73$ г/м^{2,7} і ендотеліязалежної вазодилатації $\leq 8\%$. Безперечно більший інтерес для нас представив аналіз інформативності прогнозування комбінацій різних предикторів, що дозволяло, насамперед, суттєво підвищити апріорний прогноз ефективності комбінованого лікування у чоловіків із ГХ II стадії. Максимальна інформативність прогнозування спостерігалася при комбінації чотирьох незалежних предикторів – ІММЛШ $2,7 \geq 73$ + ТГ ≥ 3 + ІМТ ≥ 30 + ХС ЛПВІЩ ≤ 1 (RI=0,71).

Отже, при поєднанні таких вихідних параметрів, як індекс маси міокарда лівого шлуночка $2,7 \geq 73$ г/м^{2,7}, тригліцериди ≥ 3 ммоль/л, індекс маси тіла ≥ 30 кг/м², холестерин ліпопротеїдів високої щільності ≤ 1 ммоль/л можна передбачати високий прогностичний ефект лікування (лізиноприл, амлодипін, аторвастатин, мельдоній) у чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

СЕКЦІЯ 7

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Antofiichuk T.M.

THE STATE OF FIBRINOLYSIS AND PROTEOLYSIS SYSTEM IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS AND IRON DEFICIENCY ANEMIA

*Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases
Bukovinian State Medical University*

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a marker of pathological accumulation of ectopic fat in combination with chronic inflammation.

Objective – to examine the state of the fibrinolysis and proteolysis system in patients with non-alcoholic steatohepatitis (NASH) depending on the presence of comorbid iron deficiency anemia (IDA). 60 patients (median age: 46, range: 19-73 years; males: 32, females: 28) with NASH were examined and divided into groups: 1 – NASH – 37 patients, 2 – NASH + IDA – 23 pts. The control group: 20 practically healthy individuals (PHIs) representative of the age and gender.

Patients in both groups had statistically significant increase in ILAA and ILAK ($p < 0.05$). TFA in both groups was lower than in PHIs: 1 – by 14 % ($p < 0.05$), 2 – by 21 % ($p < 0.05$). FFA: group 1 – 1.48 times lower than PHIs ($p < 0.05$), group 2 – 1.7 times ($p < 0.05$). The compensatory growth of NFA in group 1 and 2 compared with PHIs was higher in 1.5 and 1.6 times, respectively.

So, the majority of patients with NASH and IDA showed a decrease in fibrinolytic potential of blood plasma and enzymatic fibrinolytic activity. The cause of revealed disorders caused by accumulation in the systemic circulation of toxic substances, which create a high level of endotoxemia, contribute to the release of biologically active substances, activation of kallikrein-kinin system, development of stasis, cytokines, erythrocyte aggregates in an extended portal system with low blood flow velocity.

Antoniv A.A.

THE KIDNEYS FUNCTIONAL STATE IN CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS

*Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases
Bukovinian State Medical University*

The objective of the study was to establish the changes in kidneys functional state, depending on the stage of chronic kidney disease with the comorbidity with nonalcoholic steatohepatitis on the background of obesity. 240 patients with chronic kidney disease (CKD) (chronic bilateral pyelonephritis) of the I-III stage were studied, 145 of which had comorbid non-alcoholic steatohepatitis (NASH) and obesity (1 group), 95 patients were diagnosed with CKD I-III stages without comorbid pathology. Depending on the stage of the CKD, the groups of patients was