



здорових осіб рівень СБД був вищим в 2 рази у тих, які курять ($p < 0,05$). Отже, хворим на ХОЗЛ із супутнім ожирінням притаманно є більш виражений системний запальний процес.

Ташук В.К.

КІЛЬКІСНИЙ АНАЛІЗ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

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

Оцінка вегетативного статусу та дослідження варіабельності серцевого ритму (BCP) і дисперсії інтервалів QT (DQT) забезпечує неінвазивне відображення метаболічного середовища міокарда, стан його проаритмогенної активності в умовах кількісного аналізу електрокардіограми (ЕКГ) з відображенням ЕКГ у фазовому просторі. Мета дослідження – визначити можливості застосування методів кількісної оцінки ЕКГ за впровадження власної моделі цифрової обробки результатів з оцінкою BCP і DQT.

Дослідження виконане у 33 пацієнтів з діагнозом Q-інфаркту міокарда (Q-IM) з кількісною оцінкою фазової структури ЕКГ в 12 відведеннях з 30 с реєстрацією в спокої, об'єктивізацією вегетативного статусу (індекси Кердо і Хільдебранта), а також після внутрішньовенної кардіопротекції (у 23 пацієнтів Корвітин і ще 10 – Тівортін) з аналізом динамічних змін BCP і DQT (з використанням власного програмного забезпечення).

Визначене переважання в бік симпатичної активації в групі Тівортіну за змін індексу Кердо проти розбалансування систем при оцінці індексу Хільдебранта за Корвітину. В зіставленні ($\Delta\%$) приросту показників BCP стосовно аналізу інтервалів RR у спокої та після медикаментозної кардіопротекції (Корвітин і Тівортін) реєструється переважне спрямування до більш вираженої ($p < 0,05$) активації симпатичного відділу нервової системи в умовах терапії Тівортіном, що було достовірним для змін показників динамічного ряду кардіоінтервалів та геометричних методів дослідження BCP ($\Delta\%$ SDNN (-38,89, $p < 0,02$), $\Delta\%$ CV (-62,66, $p < 0,001$), $\Delta\%$ RMSSD (-42,67, $p < 0,02$), $\Delta\%$ MxDMn (-40,54, $p < 0,02$), $\Delta\%$ SI (152,95, $p < 0,002$)), і, навпаки, згідно з оцінкою варіабельності інтервалів QT визначено, що показники тривалості і дисперсії інтервалу QT достовірно ($\Delta\%$, $p < 0,001$) зменшуються за використання Тівортіну. Виявлене переважання симпатичної активації за Тівортіну для індексу Кердо і аналізу BCP проти розбалансування систем для індексу Хільдебранта для Корвітину, при більшому зменшенні показників тривалості і дисперсії інтервалу QT за Тівортіну певною мірою демонструє розбіжності впливу на симпатичну нервову систему обох препаратів, а отже – доцільність їх поєднаного призначення, оскільки відомо, що BCP є незалежним предиктором смертності, підтвердженням чого є визначення про незалежно пов'язаний зв'язок BCP з 8,4-кратним ($p < 0,001$) збільшенням ймовірності виявлення ішемії, а показники дисперсії інтервалу QT також є незалежним предиктором розвитку фатальних подій у хворих на ІМ. Амідарон спрямував парасимпатичну відповідь і зменшив дисперсію інтервалу QT.

Запропонований метод контролю з кількісною оцінкою ЕКГ згідно з розробленим власним програмним забезпеченням та визначення показників BCP і DQT є ефективним. Переважання симпатичної активації за Тівортіну для індексу Кердо і аналізу BCP проти розбалансування систем для індексу Хільдебранта для Корвітину і більш вираженої ($p < 0,05$) активації симпатичного відділу нервової системи в умовах терапії Тівортіном робить доцільним приєднання до оцінки впливу β -адреноблокаторів і Амідарону з його впливом на парасимпатичну відповідь і зменшення дисперсії QT. Достовірне ($\Delta\%$, $p < 0,001$) зменшення після медикаментозної кардіопротекції (Корвітин і Тівортін) показників тривалості і дисперсії інтервалу QT є позитивним з огляду на редукцію ризику аритмогенезу та інших проявів гострої ішемії в цьому випадку.

Ткач Є.П.

КОРЕКЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ЧЕРЕЗ ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ 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 було підвищення ефективності лікування хворих на НП шляхом постійного локального моніторингу основних бактеріальних етіологічних збудників цієї патології, визначення їх чутливості до протинфекційних 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 цефалоспоринові 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 максимальних 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 дослідження свідчать, 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 цефалоспоринові цефтриаксону серед ізолятів *S.pneumoniae*, а це, в свою чергу, потребує перегляду рекомендацій по лікуванню хворих на НП пневмококової етіології.

Трефаненко І.В.

ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

В наш час серцево-судинні захворювання викликають майже 40% усіх випадків смерті серед населення більшості розвинутих країн Європи. В Україні хвороби системи кровообігу (ХСК) у 2007 році зумовили 63,0% усіх смертей (у містах – 61,4%, у селах – 65,5%). На цю патологію припадає понад 60% смертей осіб пенсійного віку. Для працездатного населення з 2004 року хвороби серця і судин як причина смерті вперше в історії нашої країни вийшли на перше місце за значенням. У розвинутих країнах смертність від ХСК постійно знижується, в Україні ж вона з кінця 60-х років (за винятком 1984-1990, 1996-1998 рр.) неухильно підвищується. За останні 10 років смертність від ХСК зростає майже на 20%, причому її рівень підвищився у більшості вікових груп. Внесок працездатного населення у статистику смертності від серцево-судинних захворювань у 2007 році становив 11,7%. У структурі смертності населення від ХСК перше місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС). За статистичними даними різних країн, її клінічні форми реєструються у 15-20% дорослого населення. У нашій країні саме вона на 66,8% (у містах – на 63,9%, в селах – на 71,1%) визначає рівень смертності від ХСК усього населення і на 53,8% – його працездатної частини.

Нами був проведений аналіз типів реагування на хворобу у хворих на ІХС похилого віку в залежності від наявності післяінфарктного кардіосклерозу. Після проведення тестування для виявлення невротичних станів визначали рівень тривожності, високим він був у хворих з післяінфарктним кардіосклерозом (ПІКС) 50,0% ($-3,24 \pm 1,72$ балів) та 30% ($-2,52 \pm 0,74$) – у хворих з дифузним кардіосклерозом (ДКС), що визначається як “нездоров’я”, а “здоров’я” відповідно у хворих на ПІКС 25,0%, а – на ДКС 50%. Рівень невротичної депресії за значенням “нездоров’я” переважав у хворих з ДКС 60% ($-5,63 \pm 2,39$), у а чоловіків з ПІКС 37,5% ($-5,09 \pm 1,32$), відповідно проміжне значення між “здоров’ям” та “нездоров’ям” дорівнювало також 30% та 12,5%, в той час як значення “здоров’я” – 10% та 50% ($3,61 \pm 0,77$). Проте рівень “здоров’я” за шкалою астенії у хворих з ДКС складав 20,0% ($4,32 \pm 2,58$), на відміну від хворих на ПІКС, у яких відповідно – 12,5%, рівень “нездоров’я” складає у хворих з ДК 60% ($-4,26 \pm 1,83$), а у хворих на ПІКС 50%. Істеричний тип реагування, як “нездоров’я” більш характерний для хворих на ДКС 80% ($-4,19 \pm 1,80$), ніж для хворих з ПІКС 50,0% ($-4,76 \pm 1,88$), хоча процентне співвідношення за значенням “здоров’я” майже однаково в обох групах 10% та 12,5%. Обсесивно-фобійні порушення, як “нездоров’я” відзначалося в більшій мірі у хворих з ПІКС 75,0% ($-4,77 \pm 1,94$), а ніж у хворих на ДКС 50,0% ($-4,22 \pm 0,94$). Найбільші зміни спостерігалися за шкалою вегетативних порушень; “здоров’я” – хворі на ПІКС 20% ($4,21 \pm 1,67$), хворі на ДКС 60,0% ($8,67 \pm 4,9$), а по значенню “нездоров’я” відповідно – 50,0% ($-6,61 \pm 5,19$), а чоловіки – 20% ($-5,08 \pm 3,56$).

Визначення типу реакції на хворобу у пацієнтів з ІХС дозволяє правильно оцінити суб’єктивні прояви основного захворювання та відмежувати скарги, які обумовлені психологічними чинниками та характерологічними особливостями пацієнта. Встановлено, що у хворих на ІХС похилого віку найбільш часто зустрічаються тривожний та астенічний тип реагування, відповідно 34,5% та 31,0%, однаково часто –