

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Нами було обстежено 30 хворих на пептичну виразку (ПВ), поєднану з ЦД, 11 хворих на ПВ, 11 хворих на ЦД та 10 практично здорових осіб (ПЗО).

Встановлено, що у хворих на ПВ достовірно вищий ($p < 0,05$) рівень ІЛ-8, ніж у ПЗО ($25,10 \pm 1,26$ пг/мл) та у хворих на ЦД, проте достовірно нижчий ($p < 0,05$), ніж у хворих на ПВ, поєднану з ЦД. ІЛ-8 – фактор, рівень якого, у хворих на ПВ, залежить не тільки від наявності Нр-інфекції, але й від супутніх захворювань, а саме ЦД. Тому підвищення ІЛ-8 у крові пацієнтів з ПВ може бути одним із факторів розвитку та прогресування ЦД. І навпаки, якщо у хворих на ЦД підвищується рівень ІЛ-8, можна думати про інфікування такого хворого Нр, яка теж стимулює утворення цього хемокіну.

Павлюкович Н.Д.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З СУПУТНЬОЮ АНЕМІЄЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

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

Відповідно до результатів Фремінгемського дослідження, анемічний синдром (АС) значно ускладнює перебіг хронічної серцевої недостатності (СН) при ішемічній хворобі серця (ІХС). Аналіз дослідження SOLVD показав, що рівень гематокриту є незалежним чинником смертності хворих з ІХС. D.S. Silverberg та співавтори за даними 28 проспективних досліджень хворих з ІХС та СН прийшли до висновку, що анемія є незалежним предиктором смертності цих хворих. У пацієнтів з ІХС та АС зниження рівня гемоглобіну на кожні 10 г/л підвищує ризик смерті на 13% [Silverberg D.S., Wexler D., Sheps D et al., 2011].

У зв'язку з цим метою дослідження стало визначення впливу АС та цукрового діабету (ЦД) 2-го типу на якість життя хворих на ІХС літнього та старечого віку. Групу порівняння склали 12 пацієнтів з ІХС без супутніх ЦД та анемії в анамнезі та на момент обстеження. Обстежені хворі були співставимі за статтю та віком. Якість життя визначали за опитувальником Mezzich J., Cohen M., Ruizperez N. et al, 1999. За певними шкалами по десятибальній системі визначали якість життя пацієнта на момент опитування шляхом відмітки на будь-якій з десяти позицій на рядку для кожного з вказаних пунктів. Після цього вираховували середню кількість балів по кожній з позицій у групах обстежуваних.

Рівень фізичного благополуччя найвищим був у хворих контрольної групи ($6,2 \pm 0,56$ балів), переважаючи над таким у пацієнтів з ІХС та ЦД у 1,72 рази ($3,6 \pm 0,25$ балів, $p < 0,05$), при ІХС та АС – в 1,37 рази ($4,5 \pm 0,48$ балів, $p < 0,05$), а при ІХС, ЦД та АС – у 2,82 рази ($2,2 \pm 0,11$ балів, $p < 0,05$). Значення показника психологічного та емоційного благополуччя у пацієнтів групи контролю було на 54% вищим, ніж при поєднаному перебігу ІХС та ЦД, на 57% переважало такий показник у хворих на ІХС та супутню анемію, а найнижчим його значення було у хворих III групи – $2,1 \pm 0,25$ балів, що статистично вірогідно відрізнялось від пацієнтів групи контролю ($p < 0,05$) та інших обстежуваних груп ($p < 0,05$). Найнижчий рівень самообслуговування та незалежності дій був зафіксований у групі хворих на ІХС, цукровий діабет та анемію ($4,1 \pm 0,14$ балів), вірогідно відрізняючись від такого у обстежуваних із ІХС та АС ($6,3 \pm 1,11$ балів, $p < 0,05$), ІХС та ЦД ($5,9 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), а також від контрольної групи ($9,4 \pm 0,62$ балів, $p < 0,05$).

Показник працездатності був вищим у пацієнтів усіх дослідних груп, ніж у обстежених контрольної групи. Так у хворих на ІХС та ЦД значення даного показника склало $4,2 \pm 0,31$ балів ($p > 0,05$ проти групи контролю), а у пацієнтів з ІХС та АС і у хворих на поєднаний перебіг ІХС, ЦД 2-го типу та анемію різниця між аналогічними показниками у групі контролю носила статистично вірогідний характер ($2,5 \pm 0,60$ балів та $3,8 \pm 0,09$ балів проти $5,4 \pm 1,08$ балів відповідно, $p < 0,05$). Рівень міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки статистично вірогідно нижчим був у порівнянні з контрольною групою відмічався лише у групі хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію. Нижчі значення цього показника у решті групах обстежуваних були статистично невірогідними у порівнянні з хворими на ІХС.

Рівень громадської та службової підтримки був у 1,39 рази вищим у хворих контрольної групи ($8,6 \pm 0,65$ балів), ніж у хворих з ІХС та цукровим діабетом ($6,2 \pm 0,61$ балів), однак статистично вірогідної різниці між показниками нами знайдено не було ($p > 0,05$). У пацієнтів з ІХС та анемією даний показник також був статистично невірогідно нижчим, ніж у групі контролю ($6,4 \pm 1,03$ балів, $p > 0,05$). У групі хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та АС рівень громадської та службової підтримки склав $4,6 \pm 0,32$ балів, статистично вірогідно відрізняючись від хворих групи контролю ($p < 0,05$). Показник особистісної реалізації був вірогідно вищим у хворих контрольної групи ($7,4 \pm 0,64$ балів), ніж у хворих з ІХС та ЦД 2-го типу ($4,2 \pm 0,19$ балів), $p < 0,05$. При поєднаному перебігу ІХС та АС ми спостерігали зниження даного показника до $5,67 \pm 0,52$ балів, хоча статистично вірогідною у порівнянні з групою контролю різниця не була ($p > 0,05$). Найнижчим рівень особистісної реалізації був виявлений нами при опитуванні хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію ($2,8 \pm 0,40$ балів, $p < 0,05$ при порівнянні з контрольною групою та групою пацієнтів з ІХС та АС). Показник духовної реалізації був практично однаковим в усіх групах обстежуваних.

У порівнянні з групою контролю загальне сприйняття якості життя у хворих з супутнім ЦД було вірогідно нижчим на 21%, при поєднаному перебігу ІХС та анемії – на 23%, а у пацієнтів з ІХС, ЦД 2-го типу та АС – на 42% ($p < 0,05$ у всіх випадках). Також статистично вірогідно відрізнялось загальне сприйняття якості



життя у хворих на ІХС, ЦД та анемію у порівнянні з групою хворих на ІХС та ЦД ($p < 0,05$) та групою пацієнтів з ІХС та АС ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих на ІХС старшого віку з супутніми ЦД 2-го типу та анемією має місце істотне погіршення якості життя в цілому, а також показників фізичного та психологічного благополуччя, самообслуговування, працездатності, особистісної реалізації. Проведений кореляційний аналіз засвідчив залежність якості життя від ступеня анемізації обстежених хворих. У хворих на ІХС із супутньою анемією встановлено прямі кореляційні зв'язки між вмістом гемоглобіну та показниками якості життя, які у більшості випадків були статистично вірогідними. Найбільш суттєвою кореляційна залежність визначена між рівнем гемоглобіну та фізичним благополуччям ($r = 0,47$, $p < 0,05$), психологічним/емоційним благополуччям ($r = 0,51$, $p < 0,05$), самообслуговуванням та незалежністю дій ($r = 0,59$, $p < 0,05$), працездатністю ($r = 0,64$, $p < 0,05$) та загальним сприйняттям якості життя ($0,48$, $p < 0,05$). Негативний вплив анемії на показники якості життя хворих на ІХС та у випадку ускладнення ІХС ще й цукровим діабетом 2-го типу, на нашу думку, вказує на доцільність корекції АС у даній категорії пацієнтів.

Паліброда Н.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ІТОПРИДУ ГІДРОХЛОРИДУ ТА АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*Кафедра внутрішньої медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Основні складові каскаду метаболічних порушень або метаболічного синдрому (МС) - абдомінальне ожиріння, гіперліпідемія, тканинна інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія тісно пов'язані з функціональним станом органів травлення. За даними літератури, синдром диспепсії на тлі порушення моторики травного каналу, зустрічається у 70-80% хворих з МС та значно погіршує якість життя таких пацієнтів.

Метою дослідження було вивчити шляхи корекції порушень моторної функції травного каналу у пацієнтів з метаболічним синдромом.

Обстежено 22 хворих з МС та порушеннями моторики травного каналу. Шкала вираженості симптомів вимірювалася в балах від 0 до 3. Хворі були розділені на дві групи по 11 осіб: 1 група (основна) на тлі базисної терапії отримувала ітоприду гідрохлориду по 50 мг 3 р/добу та 600 мг альфа-ліпоєвої кислоти на добу, 2 група (контрольна) - домперидон по 10 мг 3 р/добу впродовж 4 тижнів. Вираховували середнє значення вираженості симптому в групі (вираженість кожного симптому в балах у кожного пацієнта додавали та ділили на число пацієнтів у групі). Використовували сучасні клінічні, біохімічні, ендоскопічні, рентгенологічні методи дослідження.

Позитивна динаміка відзначалась на 2–3-й день лікування у 54,5% хворих I групи, у 36,4% 2 групи ($p < 0,05$). Через 2 тижні від початку лікування загальна ефективність в групах, що означало істотне або помірне поліпшення, склала для I групи 68,3% проти 57,9% в 2 групі ($p < 0,05$). Через 4 тижні ефективність, що включає зникнення або значне зниження інтенсивності диспепсичних розладів, склала 81,8% для I групи проти 63,6% для 2 групи ($p < 0,05$). Застосування комплексної терапії у хворих основної групи мало більш суттєвий вплив на стан ОМБ, порівняно з контрольною групою хворих: показник АКДНФГ нейтрального характеру зменшився на 30,2%, АКДНФГ основного характеру – на 29,8% у динаміці лікування ($p < 0,05$). В контрольній групі дані показники змінилися незначущо ($p > 0,05$). Позитивний антиоксидантний вплив запропонованого лікування у пацієнтів основної групи призвів до покращення морфо-функціональних властивостей еритроцитів, зокрема до збільшення індексу деформабельності еритроцитів на 21,1% у динаміці лікування ($p < 0,05$) за відсутності достовірної динаміки показників у контрольній групі. В основній групі ітоприду гідрохлориду не виявлено небажаних побічних реакцій. У 2 пацієнтів, які приймали домперидон, виявили подовження інтервалу QT.

Отже, застосування комбінації ітоприду гідрохлориду та альфа-ліпоєвої кислоти на тлі базисної терапії метаболічного синдрому призводить до покращання моторно-евакуаторної функції травного каналу та позитивної динаміки клінічної картини у пацієнтів з МС. Такий вплив зазначеного лікування обумовлений зменшенням оксидативного стресу, покращанням мікроциркуляції, поряд з потужною прокінетичною дією ітоприду гідрохлориду. Зазначена комбінація лікарських засобів є більш ефективною, ніж використання домперидону у пацієнтів з порушенням моторно-евакуаторної функції травного каналу на тлі метаболічного синдрому.

Петринич О.А., Білецький С.В., Казанцева Т.В.

МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ S-АМЛОДИПІНУ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЇ З ЛІЗИНОПРИЛОМ

*Кафедра сімейної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш важливим і розповсюдженим у популяції фактором ризику розвитку інсульту. Ризик виникнення останнього корелює як з величиною систолічного, так і діастолічного артеріального тиску (АТ). Ця залежність має прямий, неперервний характер, незалежний від впливу інших



факторів ризику. З усіх існуючих факторів ризику контроль АТ є найбільш легким і найдешевшим засобом профілактики серцево-судинної захворюваності і смертності (в т.ч. інсульту).

Метою дослідження було вивчити вплив S-амлодипіну та його комбінації з лізиноприлом на гемодинаміку у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Обстежено 44 хворих на ГХ I-II стадій, 1-2 ступенів, з яких 24 пацієнти впродовж 1 місяця приймали S-амлодипін у дозі 2,5 мг/добу (підгрупа А), а у 20 хворих впродовж 1 місяця застосовували комбінацію S-амлодипіну в аналогічній дозі з лізиноприлом (10 мг/добу) (підгрупа Б). Переносимість лікування вважали відмінною за відсутності побічних ефектів; доброю, коли про побічну дію повідомляли пацієнти при їх опитуванні; помірною, якщо про побічні ефекти пацієнти повідомляли з власної ініціативи; поганою при перериванні лікування внаслідок появи побічної дії ліків.

Достовірність змін у динаміці лікування в разі нормального розподілу у вибірках визначали за парним критерієм Стюдента, в інших випадках застосовували парний Т-критерій Уїлкоксона. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

У хворих підгрупи А офісний систолічний АТ (САТ) через 1 місяць вірогідно знизився на 24,40 мм рт.ст. (15,18%), офісний діастолічний АТ (ДАТ) – на 11 мм рт.ст. (11,22%), пульсовий АТ (ПАТ) – на 13,34 мм рт.ст. (21,29%).

За вихідними показниками офісного АТ хворі на ГХ підгрупи Б вірогідно різнилися з пацієнтами підгрупи А вищим рівнем САТ. У динаміці лікування у підгрупі Б встановлено вірогідне зниження офісних САТ на 36,80 мм рт.ст. (21,36%), ДАТ на 15 мм рт.ст. (15,07%), ПАТ на 21,82 мм рт.ст. (30,00%).

За даними нашого дослідження зниження САТ та ДАТ до цільового рівня під впливом монотерапії S-амлодипіном в дозі 2,5 мг/добу встановлено у 13 (54,17%) та 11 осіб (45,83%) відповідно. У хворих на ГХ підгрупи Б під впливом комбінованого антигіпертензивного лікування цільові рівні САТ та ДАТ досягнуто у 18 осіб (90%). На фоні проведеного лікування у пацієнтів обох підгруп не зареєстровано рефлекторної тахікардії.

Переносимість лікування у всіх пацієнтів підгрупи А була відмінною. У підгрупі Б 2 особи поскаржилися на появу сухого кашлю, у 1 хворого виявлено пастозність нижніх кінцівок. В цілому у хворих на ГХ підгрупи Б переносимість була відмінною у 17 пацієнтів (85%) та помірною у 3 осіб (15%).

Отже, монотерапія S-амлодипіном у хворих на ГХ дозволяє знизити САТ та ДАТ до цільового рівня відповідно у 54,17% та 45,83% пацієнтів. З метою зниження ризику розвитку інсульту серед пацієнтів з АГ доцільно використовувати комбіноване антигіпертензивне лікування, яке у 90% хворих на ГХ дозволило досягнути цільових рівнів артеріального тиску.

Плеш І.А., Гайдич Л.І.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СУДИННОГО ТОНУСУ У ХВОРИХ НА ЕГ II СТАДІЇ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

Відомо, що успішне лікування хворих на ЕГ полягає не тільки у стабілізації АТ на цільових та оптимально-цільових рівнях але й, у значній мірі, контрольованій органопротекції. Основними «органами-мішенями» у хворих з артеріальними гіпертензіями є серце, головний мозок та нирки. Обмеження кровопостачання вище згаданих органів за рахунок спазму артерій та спотворення метаболічно-судинних механізмів ауторегуляції - це далеко не повний перелік патогенетичних механізмів прогресування ЕГ. Суттєве значення надається і системі відтоку крові від цих органів, ролі мікроциркуляторних змін. Саме комплексній оцінці судинного тону (артерій та вен) присвячено дане дослідження.

Обстежені 28 хворих на ЕГ II стадії з II-III ступенем зростання АТ. Середній вік обстежених хворих встановив $54,2 \pm 2,8$ років. Контролем була група студентів II-III курсу БДМУ. Проведено вивчення комплексу показників артеріального та венозного тиску на кінцівках за оригінальною методикою, запропонованою нами (патент на корисну модель UA №34831A) яка полягає у біофізичній залежності імпедансу частини передпліччя від кровонаповнення при виконанні компресійно-декомпресійної проби як для визначення рівнів АТ. Використана блок – схема приладів для проведення дослідження. На реоплетизмограмі із синхронними змінами барограми чітко визначаються зміни імпедансу, пов'язані із замиканням вен (ТЗВ), артерій (ТЗА) – в процесі компресій та відмикання артерій та вен (ТВА, ТВА) при виконанні декомпресії.

Встановлено, що у хворих на ЕГ II стадії ТЗА та ТВА близькі до систолічного АТ, визначених традиційним за методикою М.І. Короткова або асцилометричним способами. Дещо нижче значення мала величина ТВА, що, ймовірно, пов'язано з певною інерційністю системи або, можливою, механічною стимуляцією ендотеліальних факторів. Цікаві дані отримані у хворих на ЕГ II стадії з рівнем ТЗВ та ТВВ. ТЗВ майже в 2 рази перевищував у більшості хворих величини у контролі, що вказує на поєднаний перебіг артеріальної та венозної гіпертензії. ТВВ – у порівнянні з ТЗВ в 2 – 2,5 рази був вищим, що, можливо, знаходить пояснення у значному депонуванні крові під час компресії на частину періоду декомпресії як у великих венах кінцівки (поверхневій та глибокій сітках) так і в мікроциркуляторному руслі. Отже відкриття вен як у контрольній групі так і у хворих відбувається за високого венозного тиску. Можливо, співвідношення ТЗВ/ТВВ можна використати як показник депонування венозного русла та мікроциркуляції. Адже відомо, що частина капілярів та мікросудин, переважно веноулярного характеру, не приймають участі в стані спокою і можуть депонувати значну частину крові при затrudненому відтоку.



Комплексна оцінка вищезгаданих показників за методикою АТРБГ в динаміці прогресування ЕГ може виявляти осіб з можливими ускладненнями, попереджувати про можливі гіпертонічні кризи. Ще вагомішою значення набуває таке обстеження для оцінки ефективності антигіпертензивної та органопротекторної медикаментозної терапії.

Поліщук О.Ю.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ ТА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

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

Фібриляція передсердь є одним із найпоширеніших видів порушення ритму, що збільшує ризик смерті та інсульту, призводить до прогресування серцевої недостатності. В останні роки спостерігається стрімке зростання поширеності фібриляції передсердь в усьому світі, до того ж в усіх вікових групах. Нині впроваджені рекомендації з тактики ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь, що включають сучасні підходи до стратифікації клінічного ризику цієї категорії пацієнтів. Фібриляція передсердь чинить значний вплив на життя хворих, що пов'язаний головним чином з неспроможністю вести нормальну повсякденну діяльність внаслідок скарг на сильне серцебиття, біль в грудях, задишку, втому чи запаморочення. Хронічне захворювання, якому притаманні прогресування, епізоди загострення у вигляді переходу у тахісistolічну форму, призводять до стійкого обмеження усіх аспектів (фізичного, психічного, соціального) нормального життя людини. Виникнення порушення ритму – це подія, що змінює все майбутнє людини й ламає стереотипи існування, що створювалися протягом усього життя, отже вивчення психологічних і психічних детермінант профілактики, лікування й корекції психічного стану є актуальним.

Метою роботи було визначення якості життя осіб з хронічною ішемічною хворобою серця в поєднанні з постійною формою фібриляцією передсердь. Обстежено 21 хворий, що знаходились на стаціонарному лікуванні з діагнозом ІХС, стабільна стенокардія напруження II-III ФК, фібриляції передсердь, постійна форма (I група). Групу контролю склали 11 хворих зі стабільною стенокардією без ознак порушення ритму. Проведено визначення якості життя за допомогою опитувальника SF-36.

Встановлено відсутність достовірних розбіжностей у параметрах якості життя, що характеризують фізичний статус: показники фізичного функціонування, ролі в соціальному функціонуванні, болю в досліджуваних групах практично не відрізнялись. Обмеження фізичних можливостей у вигляді зниження вказаних показників (від $34,17 \pm 5,57$ до $57,77 \pm 10,60$) було властиво пацієнтам зі стабільною стенокардією незалежно від наявності порушення ритму. Натомість показники психічного статусу в I групі були відчутно зниженими у порівнянні із групою контролю. Так, рівень соціального функціонування у пацієнтів з фібриляцією передсердь склав $53,13 \pm 8,55$ проти $61,11 \pm 8,16$ балів, суб'єктивна оцінка психічного здоров'я також була нижчою $47,67 \pm 6,97$ проти $58,67 \pm 7,16$ балів. Життєздатність (оцінка пацієнтом свого життєвого тону – енергія, жвавість та ін.) також була нижчою у випадку приєднання до стенокардії фібриляції передсердь: $30,42 \pm 6,20$ та $38,22 \pm 7,54$. Отже, наявність фібриляції передсердь у пацієнтів зі стабільною стенокардією значно знижує показники якості життя, передовсім за рахунок складових психічного статусу.

Полянська О.С.

ПОРУШЕННЯ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ

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

До основних механізмів прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС) є дестабілізація гемостазу. Порушення функціонального стану ендотелію, підвищення агрегаційної активності тромбоцитів, вязкості крові відіграє роль тригера в розвитку і прогресуванні ІХС, визначає важкість і перебіг захворювання. Визначення загальної фібринолітичної активності не завжди є доцільним, оскільки цей показник змінюється і у здорових людей у зв'язку з активною взаємодією плазміну з антиплазмінами.

Метою нашого дослідження було вивчення ферментативної та неферментативної ланок фібринолізу у хворих на ІХС.

Нами проведено обстеження 35 хворих на стабільну стенокардію (С) з визначенням фібринолітичної активності крові за допомогою реактивів фірми "Simko Ltd". Визначались показники сумарної (СФА), неферментативної (НФА) та ферментативної фібринолітичної активності (ФФА) крові. Вік хворих коливався від 35 до 67 років, складаючи в середньому 48,8 років. Контролем служили 11 здорових осіб відповідного віку.

Нами виявлено, що у хворих на С відмічається зменшення показника СФА ($3,58 \pm 0,54$ Е440/мл/год.) порівняно з контрольною групою ($5,14 \pm 0,63$ Е440/мл/год; $P < 0,01$). При цьому відмічається різке зниження ФФА у хворих на С ($1,64 \pm 0,47$ Е440/мл/год) проти аналогічного показника в групі контролю ($4,16 \pm 0,57$ Е440/мл/год; $P < 0,001$) при відповідному підвищенні НФА ($1,94 \pm 0,29$ Е440/мл/год. проти $0,98 \pm 0,15$ Е440/мл/год., $P < 0,01$). Зниження показників фібринолітичної активності крові у хворих при С може свідчити про виснаження процесів ферментативного фібринолізу в процесі прогресування атеросклерозу. Підвищення показника НФА крові у хворих на ІХС має компенсаторно-приспосувальний характер і при зниженні