

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



попередження розвитку тих морфо-функціональних змін, які в подальшому можуть призвести до погіршення якості життя пацієнта. Одним із критеріїв адекватного лікування хворих на ГІМ, методологією вибору препаратів є оцінка віддалених результатів лікування.

З метою вивчення ефективності проведеного лікування впродовж року нами обстежено 52 пацієнти на ГІМ та ХХН. Діагноз верифіковано згідно рекомендацій Української асоціації кардіологів (2012 р.). Формування діагнозу та розподіл на стадії ХХН було здійснено згідно рекомендацій Української асоціації нефрологів (2011 р.) за параметрами швидкості клубочкової фільтрації. До першої групи увійшли 24 хворих, яким до лікування було включено неселективний антагоніст альдостерону (АА) спіронолактон. Другу групу склали 28 пацієнтів, яким медикаментозна терапія була доповнена селективним АА еплереноном. Доза препаратів складала 25 мг на добу впродовж року. Імуноферментним методом визначали рівні передсердного натрійуретичного пептиду (ПНУП). Статистична обробка результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel (build 11.5612.5703) та програми для статистичної обробки Statgraphics Plus5.1 Enterprise edition (©Statistical Graphics corp. 2001), коефіцієнт ймовірності (за теорією шансів). Зміни ПНУП за використання еплеренону/спіронолактону у хворих на ГІМ визначали за критерієм Фішера 2×2.

Встановлено, що рівень ПНУП у пацієнтів, що отримували еплеренон через рік після стаціонарного лікування був вірогідно нижчим в обох виділених групах (31,42±4,56), проти (48,23±5,66) пг/мл, $p < 0,05$ у пацієнтів з ХХН II ст. та (30,48±3,76), проти (46,34±4,88) пг/мл, $p < 0,05$ у пацієнтів ХХН I ст. відповідно. За використання еплеренону $\Delta\%$ ПНУП у пацієнтів з ХХН II ст. складала ($\Delta\%$) -54,5%, а за використання спіронолактону ($\Delta\%$) +0,6%. У пацієнтів з ХХН II ст. $\Delta\%$ ПНУП за використання спіронолактону складала ($\Delta\%$) -34,6%, а за використання еплеренону ($\Delta\%$) -44,3%.

Статистичний аналіз ефективності АА за використання теорії шансів свідчить, що у пацієнтів, яким у комплексному лікуванні при ГІМ з СН був включений еплеренон, існує більш вірогідна ймовірність зниження рівня ПНУП до фізіологічних параметрів порівняно з пацієнтами, що приймали спіронолактон ($t=2,75$; $p < 0,01$). Проведені дослідження свідчать про перевагу селективного АА в плані довготривалої корекції нейрогуморальних механізмів регуляції серцево-судинної системи при ГІМ. Звертає на себе увагу більш виражений ефект селективного АА еплеренону в лікуванні хворих з вираженою нирковою дисфункцією, що відкриває нові перспективи використання цього препарату.

Дудка І.В., Хухліна О.С., Дудка Т.В.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Розвиток та прогресування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у пацієнтів з фоновою пульмонологічною патологією є актуальною проблемою сучасної гастроентерології та внутрішньої медицини в цілому, що зумовлено значною поширеністю даної патології в популяції, багатогранністю проявів та низькою ефективністю традиційного лікування. Особливої актуальності у медицині набула проблема поліморбідності, яка серед багатьох інших варіантів поєднаного перебігу ГЕРХ причинно-наслідково пов'язана із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Згідно з літературними даними, у 60-80% хворих на бронхіальну астму та ХОЗЛ виявляють ГЕРХ. За умов супровідного ХОЗЛ шлунково-стравохідний рефлюкс може бути зумовлений зростанням кількості епізодів релаксації НСС (кашель, наявність подовженої фази видиху, гіпоксія); минулого зростання внутрішньочеревного тиску (підвищення опору на видиху внаслідок бронхіальної обструкції, під час виконання форсованого видиху при проведенні спірографії); стабільної релаксації НСС (гіпотонія НСС), зумовлений фононим холінергічним, адренергічним дисбалансом, а також низькою ще невідомими досі патогенетичними механізмами. Водночас, ГЕРХ також може призвести до формування пульмонологічної патології, зокрема виникнення ХОЗЛ. Патогенез респіраторних розладів при ГЕРХ та формування бронхообструктивного синдрому пов'язаний із безпосереднім потраплянням (аспірація) кислого вмісту шлунка через стравохід у трахею та бронхи Крім того, персистуючий ГЕР, шляхом залучення непрямих механізмів завдяки спільній іннервації стравохідно-трахео-бронхіальної зони *p.vagus*, також спричиняє явища дискринії та бронхоспазму Дослідження ймовірних факторів ризику та механізмів розвитку ГЕРХ, особливостей її перебігу на тлі ХОЗЛ, а також розробка нових методів лікування та профілактики їх прогресування, є, безумовно, актуальною проблемою сьогодення.

Мета дослідження - розробка ефективного методу лікування ГЕРХ у хворих на ХОЗЛ за допомогою беродуалу та баролу із включенням гінкго білоба, фенспіриду гідрохлориду на підставі комплексного вивчення клінічних особливостей перебігу, моніторингу рН стравоходу, показників функції зовнішнього дихання.

Обстежено 60 хворих на ХОЗЛ, у тому числі 20 пацієнтів із ендоскопічно негативною ГЕРХ, 40 – із ендоскопічно позитивною ГЕРХ та 24 ПЗО.

Після проведеного курсу лікування у хворих 2-ї групи покращання самопочуття спостерігалось вже на 3-4 день від початку лікування, тоді, як у хворих 1-ї групи лише з 7-8 дня. У кінці першого тижня лікування у більшості хворих (96,7%) 2-ї групи повністю зникли біль в грудній клітці, зригування, дисфагія, одинофагія (проти 40% хворих 1-ї групи). До 30 дня лікування у 91,7% пацієнтів 1-ї групи повністю зник симптом печії, у той час, як пацієнтів 2-ї групи цей симптом зник у 100% хворих.



Визначення вегетативного гомеостазу показало, що у 86,7% пацієнтів 2-ї групи та лише у 53,3% 1-ї групи після проведеного лікування реєстрували ейтоноію, що на 33,4% менше, ніж в основній групі. Таким чином, запропонована нами терапія позитивно впливає на обидві ланки ВНС із відновленням вегетативного гомеостазу організму.

Аналіз показників ВДМ-рН показав, що кількість епізодів ГЕР за добу у основній групі знизилась у 2,8 раза в порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$), епізоди ГЕР, тривалістю більше 5 хв. у пацієнтів основної групи після проведеного лікування взагалі не реєструвалися на відміну від пацієнтів групи контролю, де даний симптом спостерігався у 3,7% пацієнтів ($p < 0,05$). Тривалість найдовшого епізоду ГЕР після лікування у хворих 2-ї групи була меншою від аналогічного показника в 1-й групі у 1,5 раза ($p < 0,05$) і фактично не відрізнялася від нормативних показників. Загальна тривалість експозиції кислоти в стравоході у пацієнтів 2-ї групи також була вірогідно меншою (у 2,7 раза ($p < 0,05$)) від показників у групі контролю із фактичною нормалізацією показника.

У пацієнтів основної групи істотно знизилась частка ГЕР, що виникають у вертикальному положенні (у 5,8 раза ($p < 0,05$)), що є патогномічною особливістю перебігу ГЕРХ у хворих на ХОЗЛ. Мінімальні значення рН порожнини стравоходу після лікування вірогідно зросли і у пацієнтів основної групи перевищили значення у контролі на 20,7% ($p < 0,05$) із нормалізацією показника, а максимальні також вірогідно зменшились із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). Слід зауважити, що у 10 хворих (33,3%) 2-ї групи (основна) після лікування будь-які ГЕР зареєстровані не були, що вказує на вірогідну ефективність проведеного лікування. Наведені вище дані підтверджують також результати ендоскопічного дослідження слизової оболонки стравоходу, які вказують на вірогідно вищу ефективність запропонованої комплексної терапії. Зокрема, у пацієнтів групи контролю частка ЕН ГЕРХ зросла на 36,7% ($p < 0,05$), а у пацієнтів основної групи – на 56,7% ($p < 0,05$), тобто різниця ефективності складала 20,0% ($p < 0,05$).

Частка ЕПН ГЕРХ після лікування зменшилась у 1-й групі – на 20,0% ($p < 0,05$), 2-й групі – на 26,7% ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). ЕПЕ форма ГЕРХ у динаміці лікування хворих 1-ї групи була зареєстрована у вірогідно меншій кількості пацієнтів (на 16,7%, $p < 0,05$), у той час, як у хворих 2-ї групи ЕПЕ форма ГЕРХ зареєстрована не була. Показник ОФВ₁ після лікування у хворих 1-ї групи зріс на 17,5% ($p < 0,05$), у той час, як у хворих 2-ї групи – на 29,4% ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). Аналогічні результати спірографічного дослідження отримали при проведенні інгаляційних проб з β -адреноміметиком та М-холінолітиком: показник ОФВ₁ у пацієнтів 2-ї групи зріс відповідно на 15,3% та 20,1% ($p < 0,05$) проти 9,8% та 11,2% у контролі ($p < 0,05$).

Лікування ГЕРХ у хворих на ХОЗЛ за допомогою інгаляційної терапії беродуалом та застосування баролу є більш ефективним у порівнянні з традиційним, що підтверджується динамікою клінічних симптомів основного та супровідного захворювань, рН-метричних та ендоскопічних показників гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (досягнуто ремісії ендоскопічно позитивної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у 70,0% пацієнтів проти 50,0% у контролі).

Дудка Т.В., Хухліна О.С., Дудка І.В.

ВИКОРИСТАННЯ НУКЛЕЙНАТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Зміни реологічних властивостей крові розглядаються як один з найважливіших компонентів у розвитку патологічного процесу при бронхіальній астмі (БА). При вивченні патогенезу БА значне місце відводиться дослідженням функціонального стану клітинних мембран та їх рецепторного апарату. Нуклеїнат - це фізіологічно активна сполука природного походження, яка є біологічно активним екстрактом дріжджової РНК, що виявляє виражену імунотропну активність. Нуклеїнат чинить позитивний вплив на всі ланки захисту організму від чужорідних агентів антигенної природи, підвищуючи знижені й знижуючи підвищені показники імунітету, тобто є істинним імуномодулятором. Мішенями для фармакологічної дії нуклеїнату є клітини фагоцитарної системи й природні кілери. Він стимулює продукцію клітинами макрофагально-моноцитарного ряду ІЛ-1 β , ІЛ-6, ФНП α й α -інтерферону. Отже, важливою властивістю нуклеїнату є його здатність підсилювати активність системи фагоцитуючих макрофагів. Крім імуномодулюючого ефекту, нуклеїнат характеризується також наявністю детоксикаючої, антиоксидантної й мембраностабілізуючої активності.

Метою дослідження стало вивчення ефективності застосування нуклеїнату у хворих на бронхіальну астму, щодо впливу на інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу, протіоксидантний захист, пероксидну резистентність, катехоламінодепонувальну функцію еритроцитів.

Обстежено 30 хворих на БА з середньої тяжкості персистуючим перебігом у фазі загострення. Хворі контрольної групи (К, 15 осіб) отримували базову терапію. Основна група (О, 15 осіб), крім базової терапії, додатково отримувала нуклеїнат по 500 мг 3 рази на день упродовж 30 днів.

Оскільки до терапії хворих О групи було включено препарат протіоксидантної дії нуклеїнат – динамічні показники інтенсивності пероксидного окиснення ліпідів вірогідно відрізнялися від вихідних у динаміці лікування. Так, вміст малонового альдегіду у плазмі крові після лікування у О групі зменшився в 1,6 рази ($p < 0,05$), у той час, як у К групі зміни були невірогідні ($p > 0,05$). Протіоксидантні властивості нуклеїнату зумовлені його здатністю нормалізувати активність факторів протіоксидантного захисту. Динамічні показники вмісту у плазмі відновленого глутатіону у хворих О групи вірогідно зросли – на 34,8% ($p < 0,05$), у той час, як у пацієнтів К групи зміни мали лише тенденцію до зростання. Наслідком цих процесів стало істотне вірогідне



зниження секреції індукбельною NO-синтазою надлишку NO та прозапальних і профіброгенних цитокінів. Зокрема, вміст у крові NO у O групі знизився на 24,9 % ($p < 0,05$), а у хворих K групи зниження склало 7,9 % ($p < 0,05$). Таким чином, запропонована комплексна терапія, що включала базисну компоненту та нуклеїнат, виявила вищу ефективність у досягненні протіоксидантного ефекту, що дало змогу знизити інтенсивність процесів перексидного окиснення ліпідів, які є ключовою ланкою патогенезу БА.

Протіоксидантний вплив нуклеїнату у O групі реалізувався досягненням мембраностабілізуючого ефекту, що ми оцінили за зростанням зниженої до лікування пероксидної резистентності еритроцитів у O групі у 1,7 рази ($p < 0,05$) проти невірогідних змін у K групі ($p > 0,05$). Підсилення потенціалу протіоксидантного захисту сприяло відновленню катехоламіндепонувальної функції еритроцитів, яка зросла після лікування у 1,9 рази ($p < 0,05$), на відміну від групи K, де зростання склало 1,2 рази ($p < 0,05$).

Комплексна терапія хворих на БА із персистуючим перебігом середньої тяжкості у фазі загострення, із додатковим включенням нуклеїнату, сприяла зниженню інтенсивності перексидного окиснення ліпідів, окиснювальної модифікації білків та нітрозитивного стресу, відновленню активності чинників протіоксидантного захисту та природної системи детоксикації (відновленого глутатіону).

Потужний протіоксидантний ефект під впливом протизапальної, стимулюючої мієлопоезу та антиоксидантної терапії нуклеїнатом, сприяв покращенню пружно-в'язкісних властивостей еритроцитів, зниженню їх готовності до пероксидних впливів, усуненню їх передчасного „постаріння” та дочасного лізису, а також покращення кисневотранспортувальної функції еритроцитів з усуненням наслідків гіпоксії у хворих із середньотяжким перебігом бронхіальної астми.

Залявська О.В.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КОМПОНЕНТІВ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ ТА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Більшість лабораторних показників, що використовуються в діагностиці реактивних артритів (ReA), мають неспецифічний характер, відображаючи наявність і активність запального процесу. Великою інформативністю про перебіг патологічного процесу в уражених суглобах і про ступінь зниження інтенсивності даного процесу під впливом проведеного лікування володіють методики, які характеризують обмін специфічних компонентів сполучної тканини – колагену та протеогліканів. Порушення обмінних процесів у системі «протеоглікани-колаген», зміна ферментативних реакцій найчастіше передують багатьом ускладненням, у тому числі і порушенню функції нирок.

Отже, метою нашої роботи стало вивчення показників стану сполучної тканини в пацієнтів із коморбідним перебігом хронічного пієлонефриту та реактивного артриту. Для виконання мети ми обстежили 113 пацієнтів, яких розподілено на дві групи: перша група – хворі на ReA, активність I-III ст. ФНС I-III ст. ($n=65$); друга група – хворі на ReA з коморбідним перебігом хронічного пієлонефриту (ХП) ($n=48$). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО). Середня тривалість захворювання обстежених пацієнтів складала $24,4 \pm 4,7$ місяця. Середній вік пацієнтів складав $32,5 \pm 1,2$ року. Зміни метаболізму вуглеводно-білкових компонентів позаклітинного матриксу визначали за вмістом у крові вільного оксипроліну (ВОП) за методикою С.С. Тетянець (1985), білковозв'язаного оксипроліну (БЗОП) за методом М.А. Осадчука (1979), гексуринових кислот (ГК) і гексозамінів (ГА) за методом О.Г. Архіпової (1988), серомукоїду (СМ), сіалових кислот (СК) за методом Л.А. Муравйової, Е.Ю. Волкова (1988), рівень колагенолітичної активності (КЛА) плазми за методом П.Н. Шараєва (1987). Стан протеолітичної активності плазми крові вивчали за визначенням інтенсивності лізису азоальбуміну (деградація низькомолекулярних білків), азоказеїну (протеоліз високомолекулярних білків), азоколу (колагеноліз) фірми «Simko Ltd.» (Україна) за методом К.Н. Веремеско (1988).

Під час загострення захворювання у групі хворих на ReA вміст у крові ВОП статистично вірогідно перевищував показник у контрольній групі в 1,3 рази ($p < 0,05$), а в другій групі – майже в 1,5 рази ($p < 0,05$). Водночас у осіб 1-ї та 2-ї груп спостерігалось вірогідне підвищення вмісту у крові БЗОП відповідно у 2,3 рази та в 2,5 рази порівняно з групою ПЗО ($p < 0,05$).

Вміст ВОП показав сильну кореляційну залежність від ступеня активності запального процесу в суглобах між вмістом сіалових кислот $r=0,704$ ($p < 0,01$) та серомукоїду $r=0,585$ ($p < 0,01$) в обстежених осіб обох груп.

При вивченні вмісту ГА в осіб 1-ї та 2-ї груп визначалося статистично вірогідне зростання даного показника майже у 2,0 рази порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Також виявлялося вірогідне зменшення вмісту ГК у хворих 2-ї групи ($p < 0,05$) порівняно з групою контролю, на відміну від 1-ї групи, де даний показник мав лише тенденцію до зниження.

В осіб 1-ї та 2-ї груп спостерігали достовірне зростання показників КЛА плазми крові в 1,4 рази та в 1,5 рази порівняно з показниками ПЗО ($p < 0,05$). Зростала інтенсивність лізису низькомолекулярних білків у пацієнтів із ReA порівняно з групою контролю: в осіб першої групи – в 1,6 рази, другої – в 1,7 рази ($p < 0,05$). Подібних змін зазнавала інтенсивність протеолітичної деструкції високомолекулярних протеїнів, яка була вищою за контроль відповідно в 1,8 рази в обох групах ($p < 0,05$). Вірогідних міжгрупових змін зазначених показників не встановлено. При дослідженні колагенолітичної активності плазми крові встановлено достовірне підвищення лізису азоколу в 1-ї та 2-ї групі порівняно з контрольною групою в 1,8 рази та в 2,5 рази



відповідно ($p < 0,05$), причому даний показник перевищував в 1,4 рази в другій групі порівняно з показниками в осіб першої досліджуваної групи ($p < 0,05$).

У хворих на ReA із коморбідним ХП виявлено вплив супутнього ХП на підвищення ступеня активності реактивного артриту порівняно з ізольованим перебігом ReA за показниками запалення та реакції сполучної тканини: лейкоцитозу, підвищення швидкості осідання еритроцитів ($p < 0,05$), вмісту в крові С-реактивного протеїну – майже у 2,0 рази ($p < 0,05$), сіалових кислот – в 1,3 рази ($p < 0,05$), серомукоїдів – в 1,6 рази ($p < 0,05$), фібриногену – на 11,2 % ($p < 0,05$), глобулінів – на 25,5 % ($p < 0,05$), зниження вмісту в крові альбумінів на 19,6 % ($p < 0,05$), ВОП – в 1,2 рази і ПАК за азоколом – в 1,4 рази ($p < 0,05$). Отримані дані вказують на роль активної фази ХП у формуванні ступеня активності ReA.

Висновок. У хворих на реактивний артрит із коморбідним перебігом хронічного пієлонефриту спостерігається вірогідне підвищення вмісту в крові вільного та білковозв'язаного оксипроліну, показників колагенолітичної та протеолітичної активності плазми, що свідчить про одночасне підсилення синтезу та розпаду колагену на тлі активації колагенолізу. Встановлено достовірне підвищення гексозаміну та зменшення вмісту гексуринової кислоти вказує на підсилення синтезу глікопротеїнів на тлі зниження синтезу протеогліканів.

Іванчук П.Р.

РЕЄСТР ІНФАРКТУ МІОКАРДА МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ: ЗАСТОСУВАННЯ СТРЕС-ЕХОКАРДІОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ РІЗНИХ ФОРМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

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

Ультразвукове дослідження - сучасний діагностичний метод, який широко застосовується в кардіології і дозволяє аналізувати в реальному часі структуру і функцію з високою роздільною здатністю. Аналізувалася регіонарна скоротливість міокарда (РФВ) у пацієнтів з різними формами ішемічної хвороби серця (ІХС) до та після проведення навантажувального тесту – антиортостатичного навантаження.

При аналізі змін параметрів РФВ ЛШ у групі хворих на стабільну стенокардію III функціональний клас в умовах проведення антиортостатичного навантаження було виявлено зменшення скоротливості у більшості сегментів, що вказує на виснаження компенсаторних можливостей у пацієнтів даної групи, та може свідчити про більшу специфічність та інформативність методу аналізу РФВ у порівнянні з звичайним визначенням ЗФВ (рис. 1).

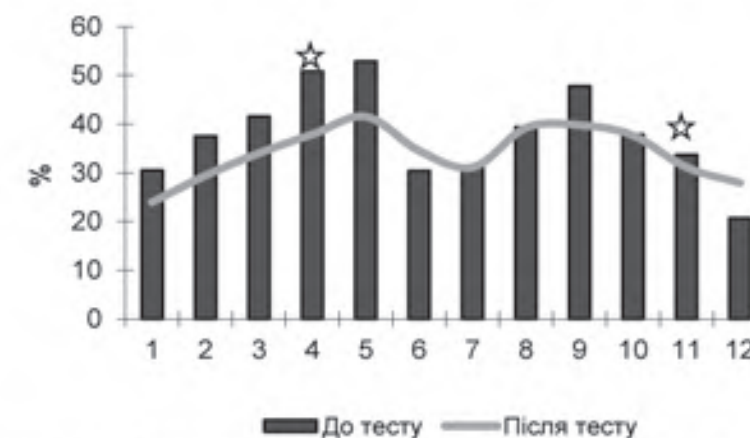


Рис. 1. Показники РФВ ЛШ у хворих на СС III ФК до та після навантаження (* - $p < 0,05$)

У групі з перенесеним неQ інфарктом міокарда (ІМ) РФВ зменшувалась у більшості секторів, особливо у секторах, що відповідають міжшлуночковій перетинці (МШП), верхівці та нижній і середній третині передньобокової стінки ЛШ, які до проведення тесту мали практично „нормальні” значення РФВ та профіль кривої регіонарної скоротливості міокарда (рис. 2).