

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



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.  
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 Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



Обстежено 20 хворих на ЦД з диспепсичними скаргами з боку шлунково-кишкового тракту та без даних в анамнезі про виразкову хворобу: 1-а група (11 осіб) – пацієнти з ЦД II типу, 2-а група (9 осіб) – пацієнти з ЦД I типу. Усім хворим для діагностики ураження шлунка та ДПК було проведено езофагогастродуоденоскопію (ЕФГДС).

У групі хворих з ЦД II типу було діагностовано 2 виразки ДПК (18 %) та 4 випадки ерозивного ураження шлунка (32 %). У всіх інших хворих був виражений гастродуоденіт (50%), у хворих з цукровим діабетом I типу було виявлено виражений гастродуоденіт у 5 хворих (55%), ерозивне ураження ДПК у 4 хворих (45%).

Отже, у всіх обстежених хворих на цукровий діабет I та II типів діагностовано ураження шлунка та ДПК, яке не спричиняє характерних скарг, тому виразки та ерозії залишаються поза увагою клініцистів, часто маніфестують кровоточами, є надзвичайно небезпечними і потребують відповідної корекції у лікуванні.

**Паліброта Н.М.**

#### **ЗАСТОСУВАННЯ АКТОВЕГІНУ В ЛІКУВАННІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Серед причин смертності від хвороб органів травлення (крім пухлин) цироз печінки займає перше місце. Проблема порушень вуглеводного обміну є не менш актуальною в сучасній медицині. Актуальність поєднаної патології обумовлена частою можливістю одночасного перебігу двох і більше взаємно обтяжуючих патологій. Нерідко цироз печінки (ЦП) перебігає на тлі інсулінорезистентності (ІР), що призводить до ураження практично всіх органів і систем організму, в тому числі до розвитку уражень шлунка.

Мета роботи: удосконалити методику диференційованого лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на ЦП на тлі ІР.

Обстежено 20 хворих на ЦП з ЕВУШ на тлі ІР: 1-а група (11 осіб) – отримувала базисну терапію, 2-а група (9 осіб) – додатково Актівегін 200 мг в/в 1 раз на день впродовж 10 днів з подальшим переходом на пероральний прийом 600 мг/добу впродовж 3-4 тижнів.

Позитивний вплив Актівегіну на морфо-функціональний стан еритроцитів підтверджується збільшенням деформабельності еритроцитів на 22,4% та зменшенням відносної в'язкості еритроцитарної суспензії на 13,3% в динаміці ( $p < 0,05$ ). У хворих 2-ї групи вказані показники змінилися на 12,3% ( $p < 0,05$ ) та 5,8% ( $p > 0,05$ ) відповідно. У хворих 2-ї групи виявлено зменшення рівня ФВ на 35,3% ( $p < 0,05$ ), у той час як в контрольній 1-й групі – лише на 16,2% ( $p > 0,05$ ). Виявлені позитивні морфологічні зміни: покращення мікроциркуляції, зменшення набряку та альтерації. Вивчення ендоскопічної картини СОШ у пацієнтів основної групи показало, що після проведеного курсу лікування загоєння ерозивно-виразкових уражень шлунка впродовж 4 тижнів у 88,9% пацієнтів (за традиційного лікування – у 66,7% пацієнтів).

Застосування на тлі диференційованої базисної терапії Актівегіну зменшує вираженість ураження ендотелію, покращує морфо-функціональні властивості еритроцитів, кровообіг у слизовій оболонці шлунка та збільшує ефективність лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності.

**Патратій М.В.**

#### **ЗМІНИ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Проблема «дисбактеріозу кишечника» залишається актуальною у вітчизняній гастроентерології. Незважаючи на велику кількість робіт із проблем змін мікрофлори товстої кишки, питання патогенезу, діагностики та особливо лікування повністю не вирішені. При усій важливості та розмаїтості її клінічних аспектів, доводиться визнати, що для деяких терапевтів і гастроентерологів «дисбактеріоз кишечника» перетворився в черговий діагноз, а призначене лікування, особливо антибіотиками, призводить замість «лікування від дисбактеріозу» до ще більшого погіршення кишкового дисбалансу. Труднощі пов'язані з неоднозначним підходом до самого поняття «дисбактеріоз кишечника», принципів діагностики і лікування цього патологічного стану.

Обстежено 46 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) на тлі метаболічного синдрому (МС) віком 42-67 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні ОКУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці». Діагноз НАСГ встановлювали на основі клінічних, лабораторних та інструментальних критеріїв (Ю.М. Степанов, А.Ю. Філіппова, 2004). Контрольну групу ( $n=24$ ) склали хворі з МС без уражень печінки. Тривалість ураження печінки складала від 5 до 10 років. Крім загальноприйнятих методів дослідження, усім хворим проводили ректороманоскопію, іриграфію. Визначали локалізацію, поширеність та активність запалення. Видовий та якісний склад біоценозу товстої кишки вивчали шляхом посіву десятикратних розведень фекалій на диференційно-діагностичні середовища. Вираженість дисбактеріозу встановлювали у відповідності з класифікацією Г.Д. Звягінцевої (2000).



Результати дослідження показали зниження кількості біфідобактерій у 90% хворих основної групи, лактобактерій - у 70 % хворих, бактероїдів - у 25 % хворих та зростання кількості петококів - у 16 % хворих, пептострептококів - у 12 % хворих, ентеропатогенних штамів E.coli - у 21 % хворих, штамів E.coli з гемолітичними властивостями - у 18 % хворих порівняно з хворими контрольної групи.

Таким чином, ознаки порушення мікробіоценозу товстої кишки у хворих на НАСГ на тлі МС зустрічаються достовірно частіше, ніж у осіб контрольної групи. Даний перебіг захворювань потребує уваги клініцистів з метою розробки диференційованого підходу до профілактики та лікування можливих порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих з НАСГ на тлі МС.

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

#### **ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ІНСУЛІНЕМІЇ НАТЩЕ**

*Кафедра сімейної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було вивчити особливості показників пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) залежно від рівня інсулінемії натще.

Обстежено 44 хворих на ГХ I-II стадій. Отримані результати порівнювалися з даними 24 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю, які сформували контрольну групу.

Кров для біохімічного дослідження брали з ліктьової вени вранці натще через 12 годин після останнього прийому їжі. Рівень у крові імунореактивного інсуліну (ІРІ) натще визначали з використанням стандартних наборів фірми DRG International Inc (США) методом імунферментного аналізу. Нормальними величинами концентрації інсуліну натще вважали для чоловіків до 25 мкОд/мл, для жінок – до 23 мкОд/мл. Вміст у крові продуктів ПОЛ – сполук з ізолюваними подвійними зв'язками, дієнових кон'югатів, кетодієнів та спряжених трієнів вивчали за методом І.А.Волчегорського і співавт., маленового альдегіду (МА) плазми та еритроцитів – за Ю.А.Владимировим, А.І.Арчаковим. Активність глутатіону відновленого (ГВ) досліджували титраційним методом за О.В.Травіною в модифікації І.Ф. Мешшенина, глутатіонпероксидази (ГП) та глутатіон-S-трансферази (ГТ) – за І.Ф.Мешшениним, каталази – за М.А.Королюк та співавт.

Оцінку різних сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при  $p < 0,05$ .

Щоб оцінити вплив рівня інсуліну на процеси ПОЛ та АОЗ у хворих на ГХ їх розподілили на дві підгрупи: з нормо- (19 осіб) та гіперінсулінемією (25 осіб) натще. У хворих на ГХ з підвищеним рівнем ІРІ натще порівняно з пацієнтами із базальною нормоінсулінемією спостерігалася вірогідне зростання рівня МА в еритроцитах на 10,80 %, зниження вмісту ГВ на 8,33 %. Концентрація ГП та ГТ у хворих на ГХ була вірогідно нижчою порівняно з контрольною групою (на 14,74 % та 8,70 % відповідно) лише за наявності гіперінсулінемії.

Отже, зростання рівня ІРІ у хворих на ГХ супроводжується зростанням показників ПОЛ зі зниженням АОЗ.

**Полішук О.Ю.**

#### **ВИЯВЛЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ЗА ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА ЦУНГА**

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

Опитувальник Цунга призначений для самооцінки депресії та розроблений з метою диференційної діагностики депресивних розладів та станів, наближених до депресії, для скринінг-діагностики, часто використовується для попередньої, долікарської діагностики. Тест «Шкала Цунга» за даними різних авторів має високу чутливість та специфічність та дозволяє уникнути додаткових економічних та часових витрат, а також пов'язаних з медичним дослідженням етичних проблем. У тексті опитувальника є 10 позитивно сформульованих та 10 негативно сформульованих запитань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (за відповідями: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати шкали від 20 до 80 балів поділяються на 4 діапазони: 20-49 - норма; 50-59 - легка депресія; 60-69 - помірна депресія; 70 і вище - тяжка депресія. Враховуючи потенційний вплив депресії на подальший перебіг захворювання, якість життя пацієнтів Американська Асоціація Серця з 2008 року рекомендує проводити рутинний скринінг депресії усім кардіологічним хворим.

Робота базується на обстеженні 120 хворих (54 чоловіка та 64 жінки), що знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері з діагнозами «гострий інфаркт міокарда» або «післяінфарктний кардіосклероз». Згідно результатів проведеного дослідження у 74 (61,7%) обстежених хворих не виявлено симптомів депресії, депресія легкого ступеню встановлена у 43 осіб (35,8%), помірна депресія встановлена лише у 3 (2,5%) осіб, депресивний розлад важкого ступеню за результатами опитувальника Цунга у обстежених хворих не зустрічався взагалі.



Аналіз значення показника депресії опитувальника Цунга не виявив достовірних розбіжностей залежно від статі та віку. Так середній показник шкали Цунга у жінок становив 48,2+5,6 бали проти 43,64+4,7 бали у чоловіків. У віковій групі до 55 років включно він склав 45,2+7,4, у осіб старшого віку 46,7+4,9 бали.

Натомість показник частоти виявлення депресії у жінок значно переважав аналогічний показник у чоловіків: депресія у жінок зустрічалась у 47,0% випадків, у чоловіків – лише в 27,8%.

Найбільші статеві відмінності у частоті поширення депресії виявлені у молодшій віковій групі: відсутність депресії серед осіб молодше 55 років включно чоловіків було 84,0%, жінок – лише 25,0%, депресія легкого ступеню серед чоловіків зустрічалась у 16,0%, серед жінок – у 75% випадків, помірний ступінь депресії у молодших пацієнтів не зустрічався взагалі.

У осіб вікової групи старше 55 років частота виявлення депресії між чоловіками та жінками практично не відрізнялась – відсутність депресії встановлено у 62,1% чоловіків та у 62,0% жінок, депресія легкого ступеню виявлена у 31,0% чоловіків та у 36,0% жінок, лише частка чоловіків з помірною депресією (6,9%) дещо переважала аналогічний показник у жінок – 2,0%.

Нааявність депресії є впливовим чинником розвитку інфаркту міокарда і може розцінюватись як підсилююча компонента традиційних факторів ризику. Згідно результатів проведеного дослідження за допомогою опитувальника Цунга у 38,3% хворих виявлено депресію легкого та помірного ступеню. Встановлені статеві відмінності у поширеності депресивних розладів у пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда: у жінок, на відміну від чоловіків, перебіг ішемічної хвороби серця значно частіше супроводжується депресією (47,0% випадків, у чоловіків – 27,8%) та невротичними реакціями різних видів, що, очевидно, пояснюється більшою чутливістю, лабільністю жіночої психіки та схильністю жінок до більш емоційної оцінки власного стану.

**Полянська О.С.**

#### **ІШЕМІЯ МІОКАРДА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ**

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

З метою вивчення особливостей виникнення ішемії міокарда проведено обстеження 82 хворих на стенокардію II (СII) та III (СIII) функціонального класу (ФК) з вивченням показників холтеровського моніторингу електрокардіограми. Серед обстежених пацієнтів у 40 виявлені переважно больові (БІМ) та у 42 – безбольові епізоди ішемії міокарда (ББІМ). Середній вік пацієнтів становив 53,2 роки.

При аналізі циклічності розвитку БІМ та ББІМ визначені певні відмінності. Так, частота виникнення БІМ впродовж доби у хворих на СІ була однаковою в усі погодинні інтервали, в той час як напади ББІМ характеризувались певною циклічністю з найбільшою величиною в проміжку між 6 і 12 год. У хворих на СII спостерігалось прогресивне зростання частоти виникнення БІМ о 6-12 год. з наступним зменшенням після 18 год. Частота розвитку ББІМ характеризувалась найбільшим значенням в період 6 -12 год., найменшим – в 0-6 год. У хворих на СIII з однаковою частотою зустрічались епізоди БІМ в проміжках між 6 та 12 год., 18 та 24 год.; з найменшою частотою – в період з 0 до 6 год. Епізоди ББІМ у хворих цієї групи прогресивно зростали впродовж доби, досягаючи максимальних величин в проміжку між 18-24 год. Аналогічна залежність розподілу характерна для епізодів ББІМ у хворих на СС. Однак, на відміну від попередніх груп, частота епізодів БІМ у обстежених хворих зростала в проміжку з 18 до 24 год. Для хворих з ПІК визначено найбільше значення частоти виникнення епізодів ББІМ в проміжку від 18 до 24 год., а найбільша частота для БІМ – в період з 12 до 18 год. Спостерігається пряма залежність між зменшенням коронарного резерву та зростанням імовірності частоти МІ в більш пізні години доби.

Врахування особливостей хронобіоритмологічної мотивації дає можливість проводити індивідуалізоване лікування у хворих з різними формами ІХС.

**Присяжнюк В.П.**

#### **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

У хворих на цироз печінки (ЦП), водночас із прогресуванням основного захворювання, наростають зміни з боку серцево-судинної системи. Зокрема, окремі автори звертають увагу на аномальну регуляцію кровообігу у хворих на ЦП ускладненого портальною гіпертензією.

Мета дослідження – дослідити вікові особливості добових ритмів частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та варіабельності серцевого ритму у хворих на цироз печінки невірусного походження.

Добове моніторування артеріального тиску (АТ) та електрокардіограми (ЕКГ) проведено 30 хворим на ЦП невірусного походження. До першої групи увійшли 10 пацієнтів віком від 30 до 44 років, до другої – 10 хворих у віці від 45 до 59 років, до третьої – 10 пацієнтів віком від 60 до 74 років. Контрольну групу склали 10 практично здорових волонтерів репрезентативних за віком та статтю до досліджуваних



пацієнтів. Серед обстежених хворих чоловіків було 16 (53,3%), жінок – 14 (46,7%). Перед проведенням обстеження всі пацієнти та практично здорові волонтери дали письмову інформовану згоду на проведення дослідження. Добове моніторування АТ та ЕКГ з наступним комп'ютерним опрацюванням отриманих даних і визначенням показників варіабельності серцевого ритму (ВСР) проводили за допомогою системи добового моніторингу ЕКГ і АТ та аналізу ВСР “Кардіотехніка-4000-АД” (“Инкарт”, Росія).

У обстежених пацієнтів середня ЧСС вдень була найвищою у хворих молодого віку, у яких вона на 25,9% ( $p<0,01$ ) переважала таку у групі практично здорових осіб. Спостерігали тенденцію до зниження ЧСС в денний період доби з віком. В нічний період доби ЧСС у пацієнтів усіх вікових груп достовірно переважала таку у практично здорових осіб: у I групі – на 36,9% ( $p<0,05$ ); у II групі – на 20,8% ( $p<0,05$ ); у III групі – на 18,7% ( $p<0,05$ ). Із зростанням віку пацієнтів спостерігали зниження середньої ЧСС вночі. У хворих на ЦП всіх вікових груп циркадний індекс (ЦІ) був достовірно нижчим порівняно із таким у групі контролю. Зокрема, у молодих пацієнтів із ЦП така різниця складала 10,3% ( $p<0,05$ ), у хворих зрілого віку – 8,4% ( $p<0,05$ ), у пацієнтів літнього віку – 15,2% ( $p<0,05$ ). Для обстежених хворих була властива тенденція до зниження ЦІ із зростанням віку. Необхідно зазначити, що значне зменшення вказаного показника відмічали у хворих із вираженими клінічними проявами та декомпенсацією ЦП. Отже, зниження ЦІ, можна асоціювати з несприятливим клінічним прогнозом захворювання на ЦП.

Вивчено характер добових ритмів АТ у хворих на ЦП різних вікових груп. Отримані дані вказують на порушення добових ритмів АТ у хворих на ЦП, що особливо яскраво помітно для систолічного АТ. Із віком серед таких пацієнтів зростала кількість осіб із non-dipper та night-picker типами добових коливань артеріального тиску. Більше того, у частини пацієнтів незалежно від віку спостерігали підвищене коливання систолічного артеріального тиску як в денний, так і в нічний періоди доби.

У обстежених хворих на ЦП спостерігали прояви дисфункції серцево-судинної системи. Виявляли кардіалгії у 57,2% пацієнтів, в 12,9% випадків – порушення ритму серцевої діяльності (синусова тахікардія, брадикардія, екстрасистолія); підвищення АТ у частини хворих (7,0%); гіпертрофію міокарда лівого (11,2%) та правого (4,2%) шлуночків. Необхідно відзначити, що зі збільшенням віку пацієнтів вказані зміни мали тенденцію до зростання, особливо у пацієнтів із декомпенсованим ЦП. Зміни показників добової ВСР у обстежених хворих на ЦП оцінювали порівняно з практично здоровими особами. Найвища ВСР була у практично здорових осіб, та вже у пацієнтів із ЦП молодого віку спостерігали її достовірне зниження. Для хворих на декомпенсований ЦП були властиві значні порушення добової ВСР, у них спостерігалось достовірне зниження часових показників загальної ВСР (SDNN, SDNN<sub>I</sub>). При спектральному аналізі виявили достовірне зменшення загальної потужності спектру (TP) та його низькочастотних складових (LF). Показники, що відображають вплив парасимпатичної нервової системи на серцевий ритм (rMSSD, pNN50) вірогідно зростали у пацієнтів третьої групи порівняно із хворими першої групи. При цьому, не спостерігали достовірної різниці при аналізі HF, показника, що відображає високочастотну складову ВСР а також характеризує парасимпатичний тонус.

У хворих на цироз печінки зазнають змін добові ритми систолічного та діастолічного артеріального тиску, із віковим збільшенням кількості осіб із non-dipper та night-picker типами добових коливань артеріального тиску. Для обстежених хворих характерне вікове зменшення циркадного індексу, що асоціювалось із недостатнім зниженням частоти серцевих скорочень в нічний період доби. Варіабельність серцевого ритму була нижча вже у пацієнтів молодого віку порівняно із практично здоровими особами та мала тенденцію до подальшого зниження з віком.

**Руснак І.Т., Ташук В.К., Іванчук П.Р.**

#### **ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ: ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ**

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

Серцево-судинні захворювання, зокрема ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія, є одними з найважливіших проблем сучасної медицини. Відомо, що регрес гіпертрофії лівого шлуночка пов'язується зі зменшенням серцево-судинної смертності. Актуальним є вивчення впливу розвитку гіпертрофії лівого шлуночка, оцінка способів її визначення.

З метою об'єктивізації кількісної оцінки гіпертрофії лівого шлуночка проведена комп'ютерна обробка електрокардіограм 202 пацієнтів зі стабільною стенокардією, артеріальною гіпертензією та серцевою недостатністю з її оцінюванням та побудовою першої похідної диференційованого зубця Т на засадах моделі, запропонованої Е.Ш. Халфеном.

Доведено зростання показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ) диференційованої електрокардіограми, залежно від наростання проявів серцевої недостатності. Вплив діастолічного артеріального тиску на показник ВМШ достовірний з природом ознак гіпертрофії лівого шлуночка для бокової стінки лівого шлуночка та зменшенням для перетинкової ділянки лівого шлуночка, а отже систолічний артеріальний тиск і ще більше діастолічного артеріального тиску, обумовлюють ремоделювання лівого шлуночка, на відміну від тези про незалежність гіпертрофії лівого шлуночка від систолічного артеріального тиску.

Застосування диференційованої електрокардіограми дозволяє оптимізувати діагностичну цінність проведення електрокардіографічного дослідження в пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, а