



Львівська
медична
спільнота

**МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
МЕДИЦИНИ: СУЧАСНИЙ СТАН
ТА ШЛЯХИ РОЗВИТКУ»**

м. Львів, 23-24 березня 2012

ЛЬВІВ 2012

Кожен медичний працівник має велику відповідальність перед хворою людиною та суспільством. Він повинен мати сучасні медичні знання, уміння встановлювати психологічно контакт з хворим та його родичами.

Гингуляк О. М.
аспірант
кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Ташук В. К.
д. мед. н., професор
Іванчук П. Р.
к. мед. н., доцент
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

АНАМНЕСТИЧНІ, ЛАБОРАТОРНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ З РИЗИКОМ РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Поширеність серцево-судинної захворювань серед населення України зростає протягом останніх 25 років утричі [2, с. 62-63]. Надалі високим залишається рівень смертності й летальності внаслідок хвороб системи кровообігу, що за останні десятиріччя збільшився в Україні на 45% [1, с.60-61]. У європейських країнах смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) сягає 48% у загальній структурі. Україна посідає сьогодні одне з перших місць у Європі за цим показником – смертність від серцево-судинних захворювань складає 801,6 на 100 тис. населення [5, с. 58-59]. Першопричиною смерті при ішемічній хворобі серця є атеросклеротичний кардіосклероз, поширеність якого складає 78% серед всього населення і половину серед працеспроможних [3, с. 17-26].

На базі Чернівецького медичного обласного діагностичного центру було обстежено 46 осіб чоловічої статі, середній вік яких складав $38,52 \pm 0,33$ р. Серед 46 обстежених у 24 (52,17%) об'єктивізовано діагноз вегетосудинна дисфункція (ВСД). У 22 (47,83%) пацієнтів визначено за результатами клініко-функціонального діагност стабільна стенокардія напруження I-II ФК (СС). Детальний розподіл хворих відповідно до захворювань серцево-судинної системи в залежності від віку (≤ 38 р >) наведений у таблиці:

Таблиця

Розподіл захворювань серцево-судинної системи в залежності від віку

Вік хворих	ВСД		СС	
	(Абсол.)	(%)	(Абсол.)	(%)
Загальна кількість	24	100	22	100
≤ 38 років	7	29,17	8	36,36
> 38 років	17	70,83	14	63,64

За віковою характеристикою (≤ 38 р >) групи функціонального та органічного діагнозів порівняння між собою не відрізнялися ($p < 0,05$).

Серед можливих чинників ризику розвитку серцево – судинних захворювань у хворих на ВСД переважали - вадка фізична праця (12,5%), емоційний стрес (20,8%), порушення сну (20,8%) та ожиріння (20,8%). В той час, як серед пацієнтів зі стабільною стенокардією ведучими були – куріння (77,27%), головний біль (68,18%).

Показники рівня холестерину сироватки крові у хворих на ВСД були згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів [8, с. 1-113] у 7 (36,84%), підвищеними у 12 (63,16%), з дещо несподіваним розподілом цих груп для СС - у пацієнтів із стабільною стенокардією рівень ЗХС $\leq 5,0$ спостерігали у 47,36 % та $> 5,0$ у 52,63% обстежених.

При проведенні ехокардіографії, згідно рекомендацій Американського товариства по стрес-ехокардіографії [6, с. 898-905], нормальна фракція викиду серцевого м'яза спостерігалась у 16 (66,66%) хворих на ВСД та 11 (55%) пацієнтів, у яких діагностовано стабільну стенокардію.

Толерантність до фізичного навантаження (ТФН) досліджувалась за допомогою ЕКГ з фізичним навантаженням (третіміль-тест). В якості розподілу запропоновано показник ТФН ($\leq 80\%$) - цей показник базується на показниках літератури і роботах інших авторів [7, с. 1558-1564; 4, с. -327]. У пацієнтів з ВСД толерантність до фізичного навантаження складала $\leq 80\%$ - 47,05%, $> 80\%$ - 52,94% обстежуваних. Показники пацієнтів із СС відповідно $\leq 80\%$ - 52,94%, $> 80\%$ - 47,05%.

Таким чином, отримані результати вказують на те, що у хворих на ВСД показники ЗХС достовірно вище, ніж у пацієнтів з СС, а це відповідно свідчить про те, що у них вищий ризик розвитку атерогенезу згідно отриманих результатів. В розподілі хворих на функціональні та органічні розлади згідно ранніх проявів атерогенезу встановили, що процент досягнень високої толерантності до навантаження складає в межах половини обстежених випадків для СС і ВСД, що свідчить про рівномірний склад розглянутих груп при невивраженому обмеженні коронарного резерву оскільки пацієнти із СС визначали в межах І-ІІ ФК.

Література:

1. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: малорухомий спосіб життя / І.М. Горбась // Здоров'я України. - 2009. - №10. - С. 60-61.
2. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М. Горбась // Здоров'я України. - 2007. - №2. - С. 62-63.
3. Дзяк Г.В. Актуальні питання антигіпертензивної терапії. Рациональний вибір препаратів: інгібітори АПФ, діуретики, комбіновані препарати / Г.В. Дзяк, О.О. Ханюков, О.В. Писаревська. // Український медичний часопис. - 2009. - №1. - С. 17-26.
4. Куртян Т.В. Оптимізація фізичної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця з урахуванням індивідуальної толерантності до фізичного навантаження: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.24 / Тетяна Володимирівна Куртян. - К., 2008. - 327 с.
5. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування нової профілактичної стратегії у сфері охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко // Здоров'я України. - 2009. - №21. - С. 58-59
6. Association of left ventricular hypertrophy with incident hypertension: the multi-ethnic study of atherosclerosis / Shimbo D. [et al.]. // Am. J. Epidemiol. - 2011. - Vol. 173, N8. - P. 898-905.
7. Diaz L.A. Independent contribution of myocardial perfusion defects to exercise capacity and heart rate recovery for prediction of all-cause mortality in patients with known or suspected coronary heart disease / Diaz L.A. [et al.] // J. Amer. Coll. Cardiology. - 2004. - Vol. 37, N6. - P. 1558-1564.
8. Graham I. Fourth Joint Task Force of European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice [constituted by representatives of nine societies and by invited experts] / Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K. // European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. - 2007. - Vol. 14, Supp. 2. - P. S1-S113.

Гулага О. І.

д. мед. н., професор

Ташук В. К.

д. мед. н., професор

Полянська О. С.

кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

АКТИВНІСТЬ ПРОТЕОЛІЗУ ЯК МАРКЕР КОЛАГЕНОУТВОРЕННЯ

Порушення протеолітичної активності плазми крові лежить в основі розвитку багатьох патологічних станів [12, P.48-54.] З протеолізмом пов'язані такі фундаментальні процеси життєдіяльності як внутрішньоклітинний розпад білків та регуляція їх кругообігу, травлення, запліднення, морфогенез, захисні реакції, адаптаційні перебудови обміну. Зміни протеолітичної активності є важливою патогенетичною ланкою в розвитку функціональних порушень серцево-судинної системи, процесів гемостазу [2, С.1-3.], що робить актуальними дослідження стану цієї системи при розвитку гострого інфаркту міокарда (ГІМ).