



УДК: 616.127:616.15:612.014.464

*Л.В.Осадчук, О.І.Гулага***САТУРАЦІЯ КИСНЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - проф. О.С. Полянська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Наявність декількох хронічних захворювань у людини є однією з складних сучасних проблем клінічної медицини. Найбільш часто спостерігається поєднання захворювань органів дихання та серцево-судинної системи, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), адже вони мають спільні чинники ризику. Поєднаний перебіг ІХС і ХОЗЛ має взаємобтяжливий характер у зв'язку з прогресуванням ішемії міокарда. Відомо, що міокардіальна ішемія залежить від артеріального насичення крові киснем та міокардіальної екстракції кисню, коронарного току крові, площі поперечного діаметру коронарної артерії та артеріального тону, наявності атеросклеротичної бляшки та коронарної вазоконстрикції, симпатичної активації, спричиненої ішемією, порушення серцевого ритму, змінами скоротливої здатності міокарда та напруження стінок серця, ішемічного каскаду, метаболічних змін.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу ІХС залежно від показника сатурації кисню.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 20 хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом чоловічої статі віком від 47 до 72 років. I групу склали 12 хворих з на ІХС без супутньої легеневої патології, II групу – 8 пацієнтів на ІХС із супутнім ХОЗЛ. Рі-

вень сатурації кисню визначали за допомогою пульсоксиметра «Ютас Окси-201».

Результати досліджень та їх обговорення. Нами виявлено, що середній показник насичення крові киснем у пацієнтів I групи складає  $95 \pm 8,6\%$ , що свідчить про достатнє насичення артеріальної крові киснем. Середній показник  $SpO_2$  у пацієнтів II групи склав  $93 \pm 7,5\%$ . Серед хворих II групи більшість чоловіків були курцями і вкурювали щодня близько пачки сигарет. У цієї групи пацієнтів спостерігався важчий перебіг захворювання, що проявлялося у вигляді погіршення стану пацієнтів, частішої дестабілізації стенокардії. Виявлено, що у хворих II групи відмічалось збільшення показника ЧСС порівняно з I групою, що може мати компенсаторно пристосувальний характер, і вказує на підтримання насосної функції серця в умовах гемодинамічних порушень, а в подальшому можливе прогресування серцевої недостатності. Отже, у пацієнтів на ІХС з поєднаним ХОЗЛ має місце гемодинамічна, тканинна та вентиляційна гіпоксія, що збільшує прояви ішемії міокарда.

Висновки. Таким чином, проведене нами дослідження вказує на те, що знижена сатурація кисню у хворих на ІХС з поєднаним ХОЗЛ посилює міокардіальну ішемію і істотно впливає на перебіг і прогноз захворювання.

УДК: 616.12-005:4:616.155.194.1+616.379-008.64]-053-08

*І.Д. Осовська, І.В. Трефаненко, В.М. Ходоровський<sup>1</sup>***МЕТАБОЛІЧНІ ЕФЕКТИ ТЕЛМІСАРТАНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ТА АНЕМІЮ**

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

<sup>1</sup>Кафедра патологічної фізіології

(науковий керівник – к.мед.н. Н.Д. Павлюкович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В Україні кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) зростає здебільшого за рахунок осіб із ЦД 2-го типу, частка яких у загальній популяції пацієнтів сягає близько 90%. Внаслідок раннього ураження судин нирок та дефіциту еритропоетину, анемія розвивається значно раніше, ніж значне зниження швидкості клубочкової фільтрації.

Комплексно обстежено 120 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), ЦД 2-го типу та анемію та 12 осіб групи порівняння. Усі обстежувані пацієнти отримували базисну терапію основного та супутніх захворювань, а також телмісартан у дозі 40 мг на добу впродовж 1 місяця. Зважаючи на це, хворі основної групи були розподілені на підгрупи: I група – хворі, які отримували лише базисну терапію, II група – хворі, яким у схемі базисної терапії проводили заміну інгібітора АПФ блокатором рецепторів ангіотензину II телмісартаном.

У динаміці комплексного лікування спостерігали

статистично вірогідне зниження рівня базальної глікемії у групі хворих, що отримували стандартну терапію, на  $33\%$  ( $5,8 \pm 0,11$  ммоль/л,  $p < 0,001$ ). Натомість у II групі спостерігали статистично вірогідно нижчий рівень глюкози крові натще ( $4,6 \pm 0,18$  ммоль/л,  $p < 0,001$ ) у динаміці лікування з одночасним зниженням цього показника до аналогічного у хворих контрольної групи. Після курсу комплексного лікування хворих на ІХС, ЦД та анемію з додаванням телмісартану спостерігали вірогідне зниження рівня постпрандіальної глікемії до  $7,61 \pm 0,342$  ммоль/л ( $p < 0,05$  у порівнянні з контрольною групою та  $p < 0,001$  проти аналогічного показника до лікування). У групі пацієнтів, що отримували стандартну терапію також спостерігали зниження даного показника на  $23\%$  порівняно з вихідними значеннями ( $p < 0,001$ ). На фоні призначення курсу стандартної терапії відмічали і статистично вірогідне зниження рівня загального холестеролу (ХС) у порівнянні з аналогічним показником до лікування



на 10% ( $p < 0,05$ ), триацилгліцеролів та ХС ЛПНГ – на 14 та 12% ( $p < 0,05$ ) відповідно, а також вірогідне зростання ХС ЛПВГ на 55% ( $p < 0,05$ ). Натомість у хворих, які отримували курс оптимізованої терапії, мали місце більш виразні зміни ліпідного профілю крові у бік зменшення проатерогенних фракцій ліпідів, а саме статистично вірогідне зниження показника загально-

го ХС в 1,89 рази ( $p < 0,001$ ), загальних ліпідів – у 1,17 рази ( $p < 0,05$ ), триацилгліцеролів – на 12,5% ( $p < 0,05$ ), ХС ЛПНГ – майже удвічі ( $p < 0,001$ ). Також на фоні призначення телмісартану статистично вірогідно підвищувався рівень ХС ЛПВГ у 2,66 рази ( $p < 0,001$ ) у порівнянні з відповідним показником до початку лікування.

УДК: 616.12-005.4+616.839-039.3]-085.22

*Н.І. Пастернак, А.М. Шваб*

## МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЇ А-ДИСТОНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - доц. В.Л.Васюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Особливістю стану здоров'я людської популяції на сьогоднішній день є не тільки зростаюча захворюваність, але й поширеність та все чіткіша маніфестність поліморбідності, досить часто з феноменом взаємного обтяження перебігу недуг чи обмеження реалізації лікувальних комплексів основного захворювання.

За твердженням Європейської асоціації лікарів судинного профілю на першому місці знаходяться атеросклеротичні ураження (церебральні, кардіальні, абдомінальні, периферичні) та на п'ятому – патологія системи травлення.

У лікуванні мікст-патології суттєво зростає роль полікомпонентних ліків рослинного походження.

Фітопрепаратам властивий широкий спектр дії завдяки різноплановим чинникам - від біофлавоноїдів до мікроелементів, м'якість дії, низька частота побічних ефектів та можливість тривалого застосування.

Одним з найбільших поширених захворювань є різні прояви ішемічної хвороби серця та нейроциркуляторна дистонія.

В Україні нещодавно створений полікомпонентний

препарат (А-дістон) (ТОВ «Біолік», м. Ладижин) у краплях. Він є водно-спиртовою витяжкою комплексу біологічно-активних речовин з плодів глоду, трави собачої кропиви, коренів та кореневища валеріани, квітів арніки гірської, м'яти перцевої та плодів фенхелю.

Згідно з інструкцією цей кардіологічний препарат сприяє посиленню кровообігу в судинах серця та головного мозку, зниженню збудливості міокарда.

А-дістон у комплексному лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця та нейроциркуляторну дистонію прискорює регрес симптомів зазначених захворювань, сприяє нормалізації порушень прооксидантної та антиоксидантної систем крові.

А-дістон сприятливо діє також на поширені супутні захворювання системи травлення у хворих на ішемічну хворобу серця і нейроциркуляторну дистонію та заслуговує на широке застосування у клінічній практиці при мікст-патології серцево-судинної і травної систем, особливо в осіб старших вікових груп.

Доцільним є подальше дослідження дії А-дістону у пацієнтів кардіального та церебрального профілю з метеопатичною залежністю захворювань.

УДК: 616-008.9:577.1-07

*К.О. Пересунько*

## ЛАЗЕРНІ КРИТЕРІЇ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІПОПРОТЕЇНІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Кафедра внутрішньої медицини  
(наукові керівники – проф. В.К.Ташук, проф. О.І.Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метаболічний синдром протягом останніх років привертає увагу ендокринологів, кардіологів, лікарів загальної практики. Поширеність метаболічного синдрому в два рази вища, ніж цукрового діабету і в найближчі 25 років очікується зростання темпів його росту на 50%.

Метаболічний синдром – складне обмінне захворювання, яке може призводити до раннього і швидкого розвитку атеросклерозу з його небезпечними судинними ускладненнями – інфарктом та інсультом. Наявність центрального типу ожиріння-однієї з основних складових метаболічного синдрому, значно збільшує ризик розвитку наступних серцево-судинних ускладнень: ішемічної хвороби серця - в 2-4 рази, інфаркту міокарда - в 6-10 разів, мозкового інсульту

– в 4-7 разів. Смертність при цьому зростає в 2,3 рази.

Метою дослідження було встановлення корелятивних взаємозв'язків з рівнем тригліцеридів та ліпопротеїнів високої та низької щільності та відповідними їх оптичними показниками за допомогою лазерної поляриметриї плазми крові.

Під спостереженням знаходилось 35 пацієнток з метаболічним синдромом віком від 48 до 67 років (основна група), у яких рівні тригліцеридів та ліпопротеїнів низької щільності відповідають критеріям метаболічного синдрому ( $ТГ > 1,7$  ммоль/л;  $ЛПНЩ > 3,0$  ммоль/л). Контрольна група-15 пацієнток з артеріальною гіпертензією в репродуктивному віці, у яких спостерігаються нормальні рівні тригліцеридів та ліпопротеїнів низької щільності ( $ТГ < 1,7$  ммоль/л;