



III групи, що вірогідно відрізнялося від відповідних даних усіх решти обстежених ($p < 0,05$). Найнижчими були рівні ТФР- β у пацієнтів I групи, але все ж дані показники були вірогідно вищими за норму ($p < 0,05$) та вірогідно нижчими за показники групи контролю ($p < 0,05$). Значення ТФР- β у пацієнтів групи контролю (з гіпертонічною хворобою) не відрізнялися від відповідних даних II групи ($p > 0,05$).

Таким чином, одержані результати дослідження доводять інтенсивне зростання рівня ТФР- β у пацієнтів з наявністю артеріальної гіпертензії на тлі діабетичної нефропатії. Враховуючи доведений просклеротичний ефект даного цитокіну, це пояснює швидкі темпи прогресування даної патології без проведення вчасної та негайної ренопротекторної терапії. ТФР- β можна використовувати як прогностичний маркер прогресуючого перебігу ХХН у хворих з наявністю артеріальної гіпертензії та попередження розвитку грізних ускладнень.

Іванчук П.Р.

НОВІ ПОГЛЯДИ НА ПАРАМЕТРИ СЕГМЕНТУ ST ТА ЇХ ОЦІНКА ЗА ДОПОМОГОЮ ВЛАСНОСТВОРЕНОГО ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

На початку XXI сторіччя електрокардіографія (ЕКГ), як метод функціонального дослідження стану серцево-судинної системи не тільки не втратила свого значення, але й знаходить все ширше впровадження. Однак, незважаючи на тривалий досвід аналізу ЕКГ, методика вимірювання її параметрів визнає недостатньо уніфікованою і електрофізіологічно обґрунтованою при визначенні точки підрахунку амплітуд зубців, зміщення сегмента ST тощо. У основі цих фактів лежать різноманітні причини: при звичайній ЕКГ, за винятком деяких випадків складних порушень ритму та провідності, вимірювання більшості параметрів не проводиться; апаратура, що використовується внаслідок високого рівня перешкод і малого ступеня підсилення та диференціації не дозволяє здійснити достеменний розрахунок тривалості і амплітуди; місцезнаходження деяких точок встановлюється у відповідності з тим, як автори розуміють їх зв'язок з електрофізіологічними процесами (визначення точки J, вибір ізоелектричної лінії, початок зубця T та хвилі U тощо).

Мета дослідження - оцінка можливостей клінічного впровадження створеного медичного програмного забезпечення для кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням змін сегмента ST і покращенням інформативності діагностики та прогнозування перебігу серцевої патології.

Для виконання поставленої мети було обстежено 82 пацієнти, що знаходились в обласному клінічному кардіологічному диспансері м. Чернівці. Відносно встановленого діагнозу вони були розподілені на: стабільна стенокардія напруження (СтСт, $n=40$) з наявністю шлуночкової екстрасистоїї (ШЕ), групу зіставлення склали хворі на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ, $n=42$) з наявністю ШЕ. Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою з оцінкою змін сегмента ST екстрасистолічного комплексу та дослідженням швидкісної оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії і слеваїї сегмента ST.

Визначено однакову ймовірність розподілу хворих в групи за статтю, середній вік склав 68 рр, що і слугувало достовірною межею розподілу для двох вікових груп (61,00–2,46 проти 76,00+3,30 рр, $p=0,0069$). На першому етапі дослідження проаналізовано розподіл нахилу ST з визначенням змін сегмента ST через 0,08 с після точки J, кута β° спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST Н (mV) через 1 с реєстрації. Визначено переважання Н передчасного шлуночкового скорочення в старшій віковій групі (1,80+0,09 проти 1,40+0,16 mV, $p=0,034$). Також в старшій групі суттєво переважав кут β° спрямування сегмента ST (35,66+2,51 проти 26,30+2,39°, $p=0,0093$). На наступному етапі було порівняно кут β° і висоту Н залежно розподілу діагнозів СтСт і ІМ. Було встановлено недостовірне переважання Н у передчасного шлуночкового скорочення в пацієнтів з ІМ проти СтСт (1,75+0,11 проти 1,45+0,18 mV, $p=0,17$). Також переважала і величина кута β° у пацієнтів з ІМ проти СтСт (35,60+2,55 проти 26,36+2,40°, $p=0,011$).

Отже, реалізацію власної програми вдалося об'єктивувати величини нахилу сегмента ST екстрасистоїї і висоту продовження спрямування нахилу сегмента ST (Н, mV) через 1 с реєстрації та кута β° спрямування сегмента ST для комплексу передчасного шлуночкового скорочення. Клінічне впровадження власної програми надає можливість кількісної оцінки зв'язків ішемії міокарда і змін сегмента ST екстрасистолічного комплексу, оскільки відомим є факт зв'язку типу вихідної ST-депресії з підвищеним ризиком розвитку ішемічної події та небезпечних аритмій, є цінним прогностичним фактором ішемії міокарда.

Ілашук Т.О.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ У СХЕМУ БЕТА-БЛОКАТОРІВ АБО ІНГІБІТОРА ІF-КАНАЛІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

ІХС на сучасному етапі є добре вивченим захворюванням з чітко визначеною тактикою захворювання. Сучасні засоби терапії ІХС володіють доведеною антиангінальною ефективністю (бета-блокатори та антагоністи кальцію) та володіють здатністю покращувати прогноз пацієнтів (бета-блокатори). Однак