



залежного фібринолізу. Підвищення загального коагуляційного потенціалу крові компенсується зростанням активності НФА, що співпадає із результатами дослідження при ізольованому перебігу ХОЗЛ. Наслідком значної активації гемокоагуляції на тлі пригнічення фібринолітичної активності плазми крові є місцеве згортання крові в дрібних судинах легень та, ймовірно, СОС. Сповільнення кровообігу в легенях та СОС за рахунок утворення мікротромбів у мікроциркуляторному руслі сприяє поглибленню гіпоксії органів, утворенню активних форм кисню та вільних радикалів з наступним ушкодженням клітинних мембран епітелію СОС і замиканню «порочного» кола патогенезу прогресування ГЕРХ у хворих на ХОЗЛ.

Ерохова А.А.

АДАПТИВНА ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

*Кафедра внутрішньої медицини, фізическої реабілітації та спортивної медицини
Вищеє державне навчальне заведення України
«Буківинський державний медичний університет»*

Адаптивна фізическая культура (АФК) интегрирует в себе более трех крупных областей знаний: физическая культура, медицина, коррекционную педагогику, а также большое количество других дисциплин связанных с педагогикой, ЛФК, психологией и спортом. АФК включает в себе более широкий научный и социальный подход. Его цель состоит в том, чтобы адаптировать личность инвалида или человека с отклонениями в состоянии здоровья, к социальному окружению и проявления личностного потенциала. Поднять уровень качества жизни, позитивными и смысловыми эмоциями, не акцентировать их внимание на недостатки своего здоровья и их лечения.

Большое количество наук, которые изучают человека в разных аспектах позволяет выделить основные, которые являются существенными для формирования личности человека с ограничениями, его духовного и физического развития, социализации и интеграции в обществе. Определение соотношения теорий, установления базовых, междисциплинарных взаимосвязей которые решают и помогают решить, а также устранить сложности в решении проблем и есть основной задачей. Важное значение для людей с нарушениями и формирования теории АФК есть опорные концепции: утверждение человека как высшей ценности на земле не зависимо от здоровья; понимание человека как целостной не делимой сущности человека, в которой интегрируется биологическое и духовное, психосоматическое и социо-культурное единство; признание человека как личность, уникальность которого определяется совокупностью врожденных особенностей влиянием окружающей среды, своеобразием телесной и психической организации, темперамента, потребностей, задатков способностей и т. д.; признание личности как существа свободного, нравственного, природной основой которого является добро, чувство справедливости, сострадание, милосердие; способность личности к самопознанию, саморазвитию, самореализации и творчеству во всех сферах жизни деятельности, в том числе и физическая культура.

Цель АФК как вида физической культуры - максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и инвалидность, за обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизация для максимально возможной самоактуализации в качестве социального и индивидуального значимого субъекта. Задачи которые решаются в АФК должны ставится исходя из конкретных потребностей каждого человека, приоритет тех или иных задач во многом обуславливаются компонентом (видом) АФК, учебным материалом, материально-техническим обеспечением образовательного процесса и другими факторами.

Постепенное внедрение АФК в обустройство жизни людей с отклонениями в состоянии здоровья, помогут обществу понять и принять их как отдельных и самостоятельных членов общества, в котором мы живем.

Зуб Л.О., Новиченко С.Д.

ТРАНСФОРМУЮЧИЙ ФАКТОР РОСТУ-БЕТА ЯК ПОКАЗНИК ПРОГРЕСУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ІЗ НАЯВНІСТЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буківинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми лікування пацієнтів на хронічну хворобу нирок (ХХН) на сьогодні залишається надзвичайно актуальною у зв'язку з розвитком ускладнень, які прискорюють темпи прогресування даної патології. Тому виникає нагальна необхідність подальшого вивчення механізмів розвитку та прогресування даної патології для подальшої розробки диференційованих підходів до лікування.

Метою роботи було дослідження вмісту трансформуючого фактору росту-бета (ТФР-β) у хворих на ХХН I стадії з наявністю пієлонефриту, гломерулонефриту, діабетичної нефропатії за наявності ренальної артеріальної гіпертензії II ступеня. Визначали показники ТФР-β у плазмі крові 72 хворих, яких було поділено на 3 групи: I група – пацієнти з пієлонефритом (25 осіб); II – гломерулонефрит з анефротичним синдромом (23 особи); III – діабетична нефропатія IV ст.(ЦД 2 типу) (24 особи)). Контрольну групу склали 25 хворих з гіпертонічною хворобою. Для порівняння було обстежено 20 здорових осіб. Вік пацієнтів був у межах 47=4,5 років. Тривалість захворювання складала 7±2,2 роки. Виявлено, що показники ТФР-β були найвищими у хворих



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 екстрасистоличного комплексу та дослідженням швидкісної оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії і слеваїї сегмента ST.

Визначено однакову ймовірність розподілу хворих в групі 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 екстрасистоличного 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 ІНГІБИТОРА 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