

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ ІМ. В.Х.ВАСИЛЕНКА»**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

**Матеріали науково-практичної конференції
(21-22 квітня 2011 року)**

м. Чернівці

УДК 616.1/4

ББК 54.1

А 43

Актуальні питання внутрішньої медицини: Матеріали науково-практичної конференції (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – 212 с.

ISBN 978-966-697-391-0

У збірнику представлені матеріали тез науково-практичної конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини» (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам гастроентерології, кардіології, нефрології, пульмонології, ревматології. Наукова та загальна редакція – професор, д.мед.н. О.І.Федів

Наукові рецензенти: доктор медичних наук, професор О.І.Волошин
доктор медичних наук, професор О.С.Хухліна

ISBN 978-966-697-391-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2011

ЕПЛЕРЕНОН: ВПЛИВ НА ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВУ ГЕМОДИНАМІКУ *Гулага О.І., Полянська О.С., Тащук В.К.*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
cardiology@bsmu.edu.ua*

Вступ. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є загрозливим для життя ураженням серця, яке значною мірою визначає загальну смертність від серцево-судинних захворювань. За останнє десятиріччя рівень смертності при ГІМ знизився приблизно на 30 %, однак для третини пацієнтів він залишається фатальним. Головною причиною смерті хворих, які перенесли ГІМ як у ранні, так і в пізні терміни, є розвиток хронічної серцевої недостатності (ХСН). Приблизно у 25 % пацієнтів на ГІМ протягом 10 років формується ХСН. Її виникненню значною мірою сприяє так зване післяінфарктне ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ). Особливості ремоделювання можуть призвести до дисфункції ЛШ, зменшення фракції викиду (ФВ), порушення системної гемодинаміки (Коваленко В.М., Дзяк Г.В., 2011).

Мета. Оцінка ефективності лікування хворих на ГІМ при використанні в комплексному лікуванні антагоністу альдостерона еплеренону.

Матеріал і методи. Обстежено 37 хворих на ГІМ віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав $51,5 \pm 3,94$ роки. Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: I група пацієнтів була на стандартній терапії, II група – окрім стандартної терапії отримувала еплеренон в дозі 25 мг впродовж 20 днів. Інструментальне обстеження проводили за допомогою ЕхоКГ за загальновизнаною методикою (Asmi M.N., Walsh M.J., 1995) з наступним розрахунком показників кардіогемодинаміки: кінцевого діастолічного об'єму лівого шлуночка (КДО), кінцевого систолічного об'єму лівого шлуночка (КСО), хвилинного об'єму крові (ХОК), ФВ.

Результати. Після проведеного лікування відмічалось збільшення на 15% показника ФВ в II групі ($57,03 \pm 1,78\%$) порівняно з I групою, де ФВ склала $49,56 \pm 4,20\%$ ($p < 0,05$). Під впливом препарату більш суттєво, ніж при стандартній терапії, збільшився КДО (на 44%), КСО (на 17%), зростав ХОК на 38,1%, що вказує на покращання насосної функції міокарда.

Альдостерон стимулює апоптоз кардіоміоцитів, підсилює дисфункцію ендотелію, сприяє підвищенню рівня інгібітора активатора плазміногену та інтраваскулярному тромбоутворенню, зниженню барорефлекторної чутливості, блокуванню захоплення норадреналіну міокардом, погіршенню параметрів варіабельності серцевого ритму, збільшенню ризику розвитку аритмій. Використання антагоністу альдостерону знижує негативні ефекти цього гормону на структуру та функцію міокарда, зменшує його масу, гальмує

процеси фіброзу.

Висновки. У терміни від 1-го дня до 3–4 тижнів після початку ГІМ відбувається раннє післяінфарктне ремоделювання ЛШ – процес розширення зони інфаркту міокарда. Цим поняттям позначають порушення геометрії ЛШ зі стоншенням та непропорційною регіональною дилатацією інфарктного сегмента, збільшенням поверхні ЛШ, що займає зона некрозу. У терміни більше 3–4 тижнів від початку ГІМ розвивається пізнє післяінфарктне ремоделювання ЛШ як процес прогресуючої хронічної глобальної дилатації ЛШ. Як пускові чинники розвитку глобальної дилатації ЛШ розглядають розтягування та випинання зони пошкодженого міокарда, збільшення розмірів ділянок гіпокінезії та акінезії, регіональну дилатацію і локальну деформацію сегментів ЛШ. Ці процеси призводять до збільшення робочого навантаження на інтактний міокард, розвитку ексцентричної гіпертрофії ЛШ, зростання напруги діастолі його стінок, що служить основою розвитку глобальної дилатації ЛШ.

УДК 578.27+616.33-002+616.329-002

ОСОБЛИВОСТІ ІНФІКУВАННЯ HELICOBACTER PYLORI У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Дзвонковська Т.Т.

*Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ,
tetjana.dzvonkovska@yahoo.com*

Вступ. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) - одне із найбільш поширених гастроентерологічних захворювань, яке відмічають 40-50% населення Землі, вважається проблемою ХХІ століття. ГЕРХ характеризується високою поширеністю, труднощами діагностики, складністю лікування, суттєвим негативним впливом на якість життя пацієнтів. Відмічається чітка тенденція до росту ГЕРХ- від 4% в Японії до 42,4% у США, а серед дорослого населення України складає 30% у чоловіків та 39,1% у жінок.

У даний час досягнуті значні успіхи у вивченні *H. pylori*, достатньо детально розглянуті структура і властивості самої бактерії. Незважаючи на встановлення ролі інфекційного фактору у розвитку ГЕРХ ряд принципів питань залишається суперечливими. Особливу цікавість привертає до себе різна вірулентність *H.pylori*, що неоднаково впливають на слизову оболонку (СО) езофагогастродуоденальної зони, при цьому зміни коливаються від ерозивно-виразкових до незначних, а в ряді випадків - відсутністю будь-яких патологічних змін.