

ймали бісопролол у дозі 5 мг (група 1), 10 пацієнтів приймали метопрололу тартрат у дозі 50 мг на добу (група 2), 12 – метопрололу сукцинат у дозі 50 мг на добу (група 3) і 11 пацієнтів не отримували бета-адреноблокатори (група 4).

Вміст загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів високої (ЛПВЩ) та низької щільності (ЛПНЩ) в сироватці крові визначали за стандартними методиками з використанням реактивів фірми Lahema, рівень С-реактивного білка методом ELISA до і через 6 місяців терапії. Статистична обробка матеріалу проводилася непараметричними методами.

**Результати.** На початку лікування отримані такі результати:

	СРБ, мг/л	ЗХ, ммоль/л	ЛПВЩ, ммоль/л	ЛПНЩ, ммоль/л
Група 1	4,95±0,77	5,9±0,45	0,98±0,22	3,81±0,94
Група 2	5,16±0,83	5,78±0,64	0,89±0,24	4,22±1,11
Група 3	5,18±0,67	5,81±0,65	0,92±0,35	4,16±0,89
Група 4	4,98±0,63	5,67±0,57	0,94±0,37	3,92±0,89

через 6 місяців терапії:

	СРБ, мг/л	ЗХ, ммоль/л	ЛПВЩ, ммоль/л	ЛПНЩ, ммоль/л
Група 1	4,38±0,47	4,75±0,31	1,23±0,57	2,95±0,88
Група 2	4,16±0,33	4,81±0,44	1,4±0,39	2,73±0,76
Група 3	4,11±0,24	4,21±0,35	1,23±0,45	2,56±0,68
Група 4	2,1±0,22*	4,24±0,31	1,94±0,69	2,65±0,77

\*  $P < 0,01$

Порівнювалась динаміка змін вище вказаних показників у групі 4 з показниками у хворих груп 1–3. Виявлено помітне і достовірне зниження рівня СРБ у групі 4 на відміну від груп 1–3. Суттєвої різниці у динаміці змін ліпідного обміну між досліджуваними групами не відзначено.

**Висновки.** Одночасний прийом бета-адреноблокаторів і статинів не погіршує ліпідний профіль при лікуванні хворих з ІХС, але при цьому має місце зниження протизапального ефекту аторвастатину, причому не залежить від препарату групи бета-адреноблокаторів, який приймає пацієнт.

## Вікові особливості змін артеріального тиску за умов дії стрес-факторів у пацієнтів з хронічною ішемічною хворобою серця

Т.О. Ілащук, В.В. Маркевич, І.І. Ілащук,  
С.В. Широкова

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Зменшення тривалості життя населення України багато в чому обумовлено високою смертністю від хвороб системи кровообігу (ХСК). За статистичними даними, темпи зростання ХСК за попередні і останні роки збільшилися вдвічі (від 21 до 41 %). Перші місця за показником захворюваності посідають артеріальна гіпертензія (АГ) та ішемічна хвороба

серця (ІХС), приріст яких становив за останні 5 років відповідно 69,8 і 48,1 %, поширеність АГ і ІХС зросла на 27,2 і 29,1 %. З кінця 70-х років ХХ сторіччя предметом дебатів є гіпотеза, яка полягає в тому, що особи з підвищеною реакцією на стрес у вигляді значного підвищення артеріального тиску (АТ), збільшення частоти скорочень серця (ЧСС) та інших серцево-судинних реакцій мають підвищений ризик розвитку хронічної АГ.

**Мета** – вивчення змін фізіологічних параметрів артеріального тиску (АТ) під впливом фізичних та психоемоційних навантажень залежно від віку.

**Матеріал і методи.** Нами обстежено 225 пацієнтів (128 чоловіків та 97 жінок) з хронічними формами ІХС та АГ зрілого та похилого віку. Динаміка АТ вивчалася за допомогою цілодобового моніторингу АТ апаратом АВРМ-04 (Угорщина). Артеріальний тиск вимірювався кожні 15 хвилин протягом дня, та кожні 30 хвилин протягом ночі. Аналіз отриманих результатів проводився з урахуванням щоденників, які пацієнти вели протягом доби. Пацієнти були розділені на три групи: I група – пацієнти зі значним підвищенням АТ переважно під впливом фізичного навантаження (113 (50 %) хворих). II група – пацієнти зі значним підвищенням АТ переважно під впливом психоемоційного навантаження (76 (34 %) хворих). III група – пацієнти, у яких АТ суттєво не змінювався під впливом фізичного чи психоемоційного навантаження (36 (16 %) хворих).

**Результати.** Детальний аналіз отриманих результатів показав, що в першій групі співвідношення осіб похилого та зрілого віку становить 1:2, а в другій групі – навпаки 2:1, в третій групі кількість осіб зрілого та похилого віку була практично однаковою. Отримані дані свідчать, що найвищий показник систолічного АТ (САТ) за добу зафіксовано у хворих I групи ((165,37±2,5) мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ), який достовірно відрізнявся від аналогічної величини в II ((136,9±4,7) мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ) та III ((129,6±8,2) мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ) групах. САТ max був достовірно вищим в I групі ((184,32±9,05) мм рт. ст.,  $P < 0,05$ ) порівняно з цим показником у хворих II групи ((177,9±10,4) мм рт. ст.,  $P < 0,05$ ). Така ж тенденція простежувалась для САТ min ((124,9±5,89) проти (120,21±5,23) мм рт. ст.). Величина САТ ден. теж була найвищою в I групі ((168,73±3,23) мм рт. ст.,  $P < 0,05$ ), достовірно відрізняючись від аналогічного показника в III групі ((144,47±1,1) мм рт. ст.,  $P < 0,05$ ). В нічний час САТ в I ((154,32±5,37) мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ) та II ((157,76±2,58) мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ) групах не відрізнявся між собою при достовірному переважанні порівняно з III групою ((118,59±3,1) мм рт. ст.,  $P < 0,001$ ). Величина ДАТ по всіх характеристиках була найвищою в II групі досліджуваних. Звертає на себе увагу той факт, що достовірні відмінності зафіксовані щодо показника ДАТ min: I група – (61,29±6,14) мм рт. ст., II група – (63,58±7,06) мм рт. ст., III група – (46,17±2,42) мм рт. ст. Таким чином, виявлені закономірності свідчать, що найвищі показники САТ

зафіксовані у хворих I групи, а найвищі показники ДАТ – в II групі.

**Висновки.** При дії стрес-факторів на серцево-судинну систему виникнення порушень артеріального тиску у пацієнтів зі стабільною стенокардією на тлі метаболічного синдрому реалізується через різні патогенетичні ланцюги та має певну залежність від віку хворого. Подальше проведення аналогічних досліджень є актуальним, оскільки це дозволить індивідуалізувати призначення адекватної терапії.

### Геометрические особенности левого желудочка у пациентов с хроническим поражением почек в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца

**Е.Е. Ковыршина, О.В. Самойлова, Е.В. Щукина**

*Донецкое областное клиническое территориальное  
медицинское объединение,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького*

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) сердца – одно из наиболее частых поражений сердечно-сосудистой системы у лиц с хроническим поражением почек (ХПП) и наряду с курением, избыточной массой тела, гиперлипидемией является фактором риска развития сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца (ИБС), внезапной смерти, сердечно-сосудистой и общей летальности больных как с сохранной функцией почек, так и на различных этапах почечной недостаточности. Подавляющее большинство исследований, посвященных изучению различных вопросов ГЛЖ, проводились у больных с ХПП 4–5-й стадий, в том числе у получающих диализное лечение и после трансплантации почки. Мало изученными остаются особенности ГЛЖ при ХПП 1–3 стадий.

**Цель** – изучение особенностей ГЛЖ у лиц с хроническим заболеванием почек (ХЗП) на различных стадиях, имеющих хроническую ИБС.

**Материал и методы.** Нами обследовано 63 больных с хронической ИБС (у 32 – перенесенный ранее инфаркт миокарда) и ХПП 1–3 стадий (29 пациентов с диабетическим ХПП на фоне сахарного диабета (СД) 2-го типа и 34 – с хроническим гломерулонефритом), среди которых были 42 мужчины и 21 женщина в возрасте от 46 до 81 года (средний возраст  $(61,9 \pm 9,4)$  года). Среди обследованных 36 пациентов ранее (в сроки от 3 месяцев до 5 лет) переносили инфаркты миокарда. Артериальная гипертензия имела место у 27 пациентов. Группа контроля включала 45 лиц, сравнимых по полу и возрасту с пациентами и не имевшими клинических проявлений ИБС, сопутствующих заболеваний почек и нарушений углеводного обмена.

Всем обследованным выполнялись трансторакальные эхокардиографические и доплерографические исследования на аппарате ACUSON (Siemens, Германия). В соответствии со стандартными рекомендациями оценивали размеры камер сердца, толщины стенок левого желудочка (ЛЖ), объемы и массу миокарда ЛЖ. Статистическую обработку данных проводили с использованием традиционных методов.

**Результаты.** Среди обследованных нами больных с ХПП 1–3-й стадий в сочетании с хронической ИБС ГЛЖ выявлена у 37 (58,7 %) пациентов, что существенно выше частоты ее выявления в контрольной группе (12 больных – 26,7 %), различия достоверны при  $P < 0,05$ . ГЛЖ была представлена как умеренная у 21 (33,3 %) больных ХПП, как выраженная – у 16 (25,4 %). Концентрическая ГЛЖ имела место в 24 (38,1 %) случаях, эксцентрическая – в 13 (20,6 %), концентрическое ремоделирование ЛЖ отмечалось в 9 (14,3 %) наблюдениях. Симметричный вариант ГЛЖ был в 34 (53,9 %) случаях, асимметричный – в 3 (4,8 %).

Распространенность и выраженность ГЛЖ увеличивалась по мере нарастания степени ХПП; она также возрастала с увеличением выраженности артериальной гипертензии. Эксцентрическая ГЛЖ более часто выявлялась у лиц, перенесших инфаркт миокарда. Отмечена более высокая частота выявления выраженной и эксцентрической ГЛЖ у лиц в возрасте старше 65 лет, а также у пациентов с ХПП на фоне СД 2-го типа. При проведении регрессионного анализа отмечена связь особенностей ГЛЖ, с одной стороны, и степенью ХПП и наличием / выраженностью анемии. Так, определено наличие достоверной обратной связи между уровнем скорости клубочковой фильтрации и значением индекса массы миокарда ЛЖ ( $r = 0,56$ ;  $P < 0,05$ ), а также между величиной индекса конечнодиастолического объема ЛЖ и уровнем гемоглобина крови ( $r = 0,56$ ;  $P < 0,05$ ).

**Выводы.** ГЛЖ часто выявляется у больных с ХПП 1–3-й стадий в сочетании с хронической ИБС, ее выраженность и геометрические особенности широко варьируют. Степень ГЛЖ и ее характер у этих пациентов зависят от возраста больных, выраженности артериальной гипертензии, наличия СД 2-го типа, особенностей ИБС и выраженности анемии.

### Кількісні параметри магнітного поля та кількісні параметри струмів при магнітокардіографічному картуванні у хворих на ішемічну хворобу серця

**В.І. Козловський, М.М. Будник**

*ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології  
ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ  
Інститут кібернетики ім. В.М. Глушкова АН України, Київ*

Проаналізовано 4 напрямки медичної обробки МКГ-даних: морфологічний аналіз МКГ-кривої та магнітних карт, кількісний аналіз (кореляційний, статистичний) магнітних карт, кількісний аналіз джерел електричної активності міокарда. Виявлено, що перший і другий напрямки нічого принципово нового для діагностики ІХС не дають. Перспективними є третій і четвертий напрямки. Аналіз даних показав, що одним із значущих показників є напрямок основного збудження  $\alpha_j$ .

Вперше для його визначення застосовано діаграми направленості вектора збудження. Виявлено, що на початку ділянки реполяризації для здорових людей  $\alpha_j = -45^\circ$ , а для хворих ІХС він має протилежний напрямок,  $\alpha_j = 135^\circ$ .

Високу діагностичну цінність мають 7 показників. Така кількість показників створює умови для надійної дискримінації ІХС по відношенню до інших патологій, тому що деякі з