

ветственно, тогда как у женщин наоборот - ХНОБ встречался чаще - 4,15%, чем ХОБ - 2,4%.

У мужчин ХНОБ распространен в возрастной группе 45-54 лет - 14,8%.

У женщин ХНОБ встречался чаще в возрастной группе 55-64 лет - у 6,6% обследованных. Реже - в возрастной группе 25-34 лет - в 4,4% обследованных. В возрастных группах 35-44 и 45-54 года эта патология составила 3,3% и 3,8% соответственно.

Распространенность ХОБ у мужчин с возрастом увеличивалась. В младшей возрастной группе это заболевание не выявлено. В возрастных группах 35-44 года этот показатель составил 3,4%, в группе 45-54 лет - 7,4%. ХОБ чаще встречался в группе 55-64 років - у 8,3% обследованных.

Распространенность ХОБ у женщин в возрасте 35-44 лет составила 3,3%. В старшей возрастной группе это заболевание не выявлено. В возрастных группах 25-34 и 45-54 года этот показатель составил 2,2% и 2,6% соответственно.

Бронхиальная астма наблюдалась у 0,8% мужчин только в возрастной группе 35-44 года и у 0,6% женщин в возрастных группах 25-34 года (2,2%) и 45-54 года (1,3%).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о эпидемиологическом неблагополучии в отношении распространенности бронхо - легочных заболеваний - ХНОБ и ХОБ в организованной популяции как у мужчин, так и женщин, что следует учитывать при подготовке профилактических мероприятий.

## ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

*Н.В. Демикова, (Харьков)*

Обследовано 24 больных сахарным диабетом I типа (10 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет, в среднем  $(32,4 \pm 10,4)$  года с продолжительностью заболевания от 1 до 29 лет, в среднем  $(10,2 \pm 5,8)$  года. У 11 (45,8%) пациентов не было отмечено каких-либо клинических признаков поражения сердца. Однако у всех без исключения больных выявлены отклонения ЭКГ от норм. При этом у большинства (у 16 пациентов) отмечено изменение амплитуды зубца Р в отведении  $V_1$ , что свидетельствует о вероятном увеличении гемодинамической перегрузки предсердий. У 8 пациентов на ЭКГ выявлено увеличение амплитуды зубца U, что является следствием нарушения электрической активности миокарда желудочков сердца, а это в свою очередь может быть обусловлено развитием дистрофических изменений в сердечной мышце.

Изменение сердечной деятельности является результатом проявления диабетической миокардиодистрофии, к факторам генеза которой относят на-

рушення метаболізму і автономної іннервації міокарда, коливання рівня катехоламінів і глюкокортикоїдів в крові і міокарді, пов'язане з гормональними порушеннями при сахарному діабеті, а також розвиток в серцевій м'язі діабетическої мікроангіопатії.

Таким образом, у больних сахарним діабетом I типу на УКГ отмечено изменение амплитуді зубців P и U; нарушение деятельности сердца у данных пациентов является следствием діабетическої міокардіодистрофії.

## **КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ І ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ**

*Н.П. Гайналь, Н.М. Середюк, І.П. Вакалюк (Івано-Франківськ)*

Прогресуюча стенокардія (ПС) належить до тієї форми гострих коронарних синдромів, своєчасне і ефективно лікування якої може попередити розвиток інфаркту міокарда. Тому встановлення нових патогенетичних ланок розвитку дестабілізації ішемічної хвороби серця (ІХС) є вкрай важливим і необхідним.

З метою вивчення особливостей виникнення перебігу ПС в залежності від стану скоротливості лівого шлуночка (ЛШ), обстежено 25 хворих з прогресуючою стенокардією з нормальною фракцією викиду ЛШ, та 20 хворих з пониженою (фракція викиду менше 40%).

Аналізували клінічний перебіг захворювання, динаміку показників скоротливості ЛШ (за даними ехокардіографії), стану коронарного кровоплину (за даними електрокардіотополографії), маркерів пошкодження серцевого м'яза (серцевого тропоніна I та білка, що зв'язаний з жирними кислотами - сБЗЖК, визначеними імуноферментним методом).

Встановлено, що змінам гемодинаміки належить важлива роль у прогресуванні коронарної недостатності та ішемії міокарда. Зокрема, показано, що у хворих з низькою фракцією викиду (ФВ), окрім клініки рецидивуючого ангінального больового синдрому з вираженою вегетативною симптоматикою, має місце задишка, тахікардія, набряки на ногах, вологі хрипи в легенях, послаблення тонів серця, що вказує на прояви серцевої недостатності. Більше того, у даного контингенту хворих значно частіше в період дестабілізації зустрічаються порушення ритму (пароксизми миготливої аритмії, шлуночкова екстрасистолія) та провідності (атріовентрикулярні та внутрішлуночкові блокади).

Виразене порушення коронарного кровоплину має аналогічні закономірності, а саме, у осіб із зниженою скоротливістю ЛШ зона ішемічного пошкодження міокарда є більшою, що опосередковано може бути пояснено недостатньою коронарною перфузією, не лише внаслідок атеросклеротичного стенозу і змін реології крові, але й власне гемодинамічним фактором. У тако-