

7. Finsterer J. Multidisciplinary diagnostic approach for left ventricular hypertrabeculation/noncompaction / Finsterer J., Stollberger C. // *Yonsei Med. J.* – 2005. – Vol. 46. – P. 309–312.
8. Isolated left ventricular non-compaction: an unusual indication for heart transplantation / Fan K.Y.Y., Chan C.W.S., Cheng L.C. [et al.] // *Hong Kong Med. J.* – 2009. – Vol. 15. – P. 378–380.
9. Isolated noncompaction of left ventricular myocardium: a study of eight cases / Chin T.K., Perloff J.K., Williams R.G. [et al.] // *Circulation.* – 1990. Vol. 82. – P. 507–513.
10. Isolated noncompaction of the ventricular myocardium: contrast echocardiographic finding and review of the literature / Koo B.K., Choi D., Ha J. [et al.] // *Echocardiography.* – 2002. – Vol. 19. – P. 153–156.
11. Left ventricular non-compaction: insights from cardiovascular magnetic resonance imaging / Petersen S.E., Selvanayagam J.B., Wiesmann F. [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2005. – Vol. 46. – P. 101–105.
12. Long-term follow-up of 34 adults with isolated left ventricular noncompaction: a distinct cardiomyopathy with poor prognosis / Oechslin E.N., Attenhofer Jost C.H., Rojas J.R. [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2000. – Vol. 36. – P. 493–500.
13. Maltagliata A. Isolated noncompaction of the myocardium. Multiplane transesophageal echocardiography diagnosis in adult / Maltagliata A., Peri M. // *J. Am. Soc. Echocardiogr.* – 2000. – Vol. 13. – P. 1047–1049.
14. MRI of subendocardial perfusion deficits in isolated left ventricular noncompaction / Soler R., Rodriguez E., Monserrat L., Alvarez N. // *J. Comput. Ass. Tomogr.* – 2002. – Vol. 26. – P. 373–375.
15. Stollberger C. Left ventricular hypertrabeculation, noncompaction and association with additional cardiac abnormalities and neuromuscular disorders / Stollberger C., Finsterer J., Blazek G. // *Am. J. Cardiol.* – 2002. – Vol. 90. – P. 899–902.
16. Two-layered appearance of noncompaction of the ventricular myocardium on magnetic resonance imaging / Daimon Y., Watanabe S., Takeda S. [et al.] // *Circulat. J.* – 2002. – Vol. 66. – P. 619–621.
17. Westra S.J. Spiral and ultrafast computed tomography for noninvasive cardiac imaging in children / West. *J. Med.* – 1996. – Vol. 165. – P. 55–56.
18. Wide spectrum of presentation and variable outcomes of isolated left ventricular non-compaction. / Lofiego C., Biagini E., Pasqualeand F. [et al.] // *Heart.* – 2007. – Vol. 93. – P. 65–69.

Сведения об авторах:

Сыволап В.Д., д. мед. н., профессор, зав. каф. внутренних болезней №1 ЗГМУ.

Лашкул Д.А., к. мед. н., ассистент каф. внутренних болезней №1 ЗГМУ.

Григорьева М.Ю., зав. отделением лучевой диагностики КУ ОКД.

Федоренко М.А., врач отделения ЭФИ КУ ОКД.

Сапронова Ж.Э., врач отделения лучевой диагностики КУ ОКД.

Гойденко Е.А., врач отделения ИБС и аритмий КУ ОКД.

Адрес для переписки:

Лашкул Дмитрий Андреевич, 69035, г. Запорожье, пр-т Маяковского, 26, каф. внутренних болезней №1 ЗГМУ.

Тел.: (061) 701 59 75. E-mail: lashkul79@mail.ru

УДК 619.9 036.22

І.С. Чекман, Н.О. Горчакова

Серцево-судинна патологія: сучасні аспекти фармакотерапії

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Перебіг серцево-судинних захворювань взаємопов'язаний з функціональним станом ендокринної системи.

Мета роботи: узагальнити дані щодо фармакотерапії серцево-судинної патології при ендокринних захворюваннях.

Матеріали і методи. Фармакологічні, аналітичні.

Результати та їх обговорення. Ендокринні артеріальні гіпертензії, що спостерігають при синдромі й хворобі Іценко-Кушинга та зумовлені змінами гормонального спектру крові, потребують (крім оперативних втручань і гормонотерапії) патогенетичного лікування з застосуванням інгібіторів АПФ. На кафедрі фармакології та клінічної фармакології встановлені квантово-хімічні властивості молекул лізиноприлу, каптоприлу та інших інгібіторів АПФ, що пояснюють механізм дії та можливий вплив на метаболізм і гістоструктуру міокарда. Серед інших препаратів при цій патології можна призначати сартани, такі як лозартан, телмісартан, антагоністи альдостерону (спіронолактон, еплеренон). Первинний мінералкортицизм (хвороба Кона) також може супроводжуватись підвищенням артеріального тиску, що потребує застосування спіронолактону й еплеренону, а також

їх сумісного застосування з антагоністами кальцію. При феохромоцитомі, коли клінічні прояви пов'язані з підвищенням рівня адреналіну й норадреналіну, незважаючи на необхідність хірургічного лікування, проводять фармакотерапію альфа-адреноблокаторами та бета-адреноблокаторами. На кафедрі фармакології та клінічної фармакології за допомогою квантової фармакології виділено головні фрагменти молекул адреноблокаторів, що відповідають за механізм їх дії. Стандартну антигіпертензивну терапію призначають при артеріальній гіпертензії на фоні гіперпаратиреозу й акромегалії.

При гіпертиреозі виникнення тахіаритмій потребує призначення бета-адреноблокаторів, що пригнічують збудливість і провідність міокарда завдяки специфічній блокаді адренергічної стимуляції потенціалів водіїв ритму серця, зменшують нахил фази 4 деполяризації, а також спонтанну швидкість збудження синусового вузла й ектопічних водіїв ритму. При цьому проявляється також антишемічний ефект бета-адреноблокаторів, що сприяє пониженню автоматизму й збудження в міокарді.

Висновки. Кардіологічні препарати головних груп антигіпертензивних та антиаритмічних засобів знаходять застосування в лікуванні патології серцево-судинної системи при порушенні функції ендокринної системи.