

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

викликають менш виражені гастродуоденальні ушкодження, ніж неселективні НПЗ, які пригнічують одночасно ЦОГ-1 і -2, однак повністю не вирішують проблеми. Як відомо, НПЗП-гастропатія розвивається не у всіх пацієнтів, які застосовують для лікування ці препарати протягом тривалого часу. Це можна пояснити так званим феноменом адаптації слизової оболонки шлунка до токсичної дії НПЗП. Згідно з рекомендаціями Американської колегії гастроентерологів та положеннями Маастрихту IV, пацієнтам групи високого ризику рекомендовано застосовувати селективні блокатори ЦОГ-2 з інгібіторами протонної помпи (ПП). Рання діагностика і профілактика ерозивно-виразкових уражень, індукованих НПЗП, є однією з актуальних проблем сьогодення.

Мета: дослідити особливості перебігу НПЗП -індукованої гастропатії у хворих на РА, які протягом тривалого часу (>1 міс) приймали НПЗП, та оцінити тактику прогнозування і лікування пацієнтів препаратами з різним ступенем селективності, а також, ефективність застосування у комплексній терапії ПП.

Методи дослідження. Обстежено 48 хворих на ревматоїдний артрит (РА), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні СОКЛ в період з вересня по грудень 2014р. Для дослідження пацієнтів використовували аналіз скарг, даних анамнезу, об'єктивний огляд хворих, загальноклінічні лабораторні інструментальні (езофагогастродуоденоскопія) дослідження. Критеріями діагнозу НПЗП-гастропатії слугували ураження слизової оболонки (СО) гастродуоденальної зони, які виявлено ендоскопічно на фоні прийому НПЗП >1 міс, відсутність захворювань ШКТ в анамнезі.

Із НПЗП у комплексному лікуванні лікуванні застосовували 150 мг 1 раз на добу (32 пацієнта – група I) та ревмоксикам — 15 мг 1 раз на добу (16 пацієнтів - група II). Усім хворим після виявлення гастропатій призначався омепразл 20мг 2 разі на добу. Обробку результатів виконували на персональному комп'ютері з використанням Microsoft Excel.

Результати дослідження. Ерозивно-виразкові ураження діагностовано у 30 пацієнтів (62,5% від загальної кількості). Серед хворих, які приймали диклофенак у 16 пацієнтів (73%) діагностовано помірно виражений поверхневий гастрит II ступеня активності, та у 6 пацієнтів поверхневий гастрит I ступеня активності (27%). Серед хворих, які використовували ревмоксикам лише у 2 пацієнтів (25%) виявлено гастрит II ступеня і, у 6 пацієнтів гастрит I ступеня і (75%). При контрольному огляді пацієнтів, який проводився через 1 місяць від призначення омепрозолу, явища гастриту I ступеню було діагностовано у 4 хворих (18%), які у комплексному лікуванні щоденно використовували диклофенак.

Висновки. Нами не виявлено статистично-значимих відмінностей між статтю та віком пацієнтів. Для прогнозування виникнення НПЗП-гастропатії хворим, які отримують НПЗП необхідно проводити ендоскопічне обстеження шлунка в ранні терміни лікування. Хоча диклофенак є золотим стандартом при лікуванні ревматичних хвороб, при використанні селективних інгібіторів ЦОГ-2 зменшується ризик виникнення НПЗП-індукованої гастропатії. ПП є ефективним засобом профілактики ерозивно-виразкових уражень.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ АСОЦІАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Погорелова О. С., Малиш К.М.

Сумський державний університет,

кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

У теперішній час накопичується все більше даних про те, що хронічне персистуюче системне запалення, присутнє при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ), вносить свій вклад у патогенез атеросклерозу і серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на ХОЗЛ.

Метою дослідження було вивчення особливостей лабораторних та спірографічних показників, рівня СРБ у хворих на ізольоване ХОЗЛ та при його асоціації із ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз), 3 група – здорові особи. Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі на ХОЗЛ 3 ст., 2а підгрупу склали хворі на ІХС та ХОЗЛ 2 ст., пацієнти 2в підгрупи страждали на ІХС і ХОЗЛ 3ст. Всім хворим оцінювали результати клінічного аналізу, ліпідів крові, проводилося спірографічне дослідження. Статистична обробка здійснювалася за допомогою t-критерію для непарних вибірок після визначення нормальності розподілу даних за допомогою одно вибіркового критерію Колмогорова-Смірнова. Достовірною різницю між вибірками вважали при рівні $p \leq 0,05$.

Результати. Підвищення рівню гемоглобіну та еритроцитів у 1в та 2в групах хворих у порівнянні із контролем можна пояснити компенсаторним еритроцитозом у відповідь на гіпоксію, що виникає у хворих на ХОЗЛ. Виявлене підвищення рівня загального холестерину (ЗХ) у пацієнтів 2 групи (а, в підгрупі) у порівнянні із контролем на 34,8% ($p=0,007$) і 31,1% ($p=0,037$) і на 20,8% ($p_1=0,02$) та 22,6% ($p_1 \leq 0,001$) порівняно із 1 групою (а і в) відповідно. Ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ) достовірно були вищими у пацієнтів 1в підгрупи на 27,5% ($p=0,006$) у порівнянні із контролем, і в обох підгрупах 2 групи на 64% ($p=0,01$) і 81,8% ($p=0,001$) порівняно із здоровими особами контрольної групи, і на 46,7% ($p_1=0,005$) та 42,8% ($p_1=0,003$) порівняно із пацієнтами 1а і 1в підгруп. В нашому дослідженні виявлено, що рівні СРБ збільшувались зі зростанням бронхіальної обструкції і наявності коморбідної патології. Отримані показники ФЗД у пацієнтів обох досліджуваних груп достовірно відрізнялися від контролю. Так показник FEV1 у пацієнтів 1а та 2а груп коливався в середньому в межах $68 \pm 1,3$ - $72 \pm 1,9\%$, у пацієнтів 1в та 2в групи – $44,5 \pm 2,4$ та $40,3 \pm 1,2\%$ відповідно. Подібні зміни виявлені при аналізі FEV1/FVC: у пацієнтів 1 групи він нижчий за контроль на 12,0% ($p=0,014$) і на 16,2% ($p=0,013$), у хворих 2 групи (підгрупа а і в відповідно) – відповідно на 13,5% ($p=0,0064$) і 18,1% ($p=0,0026$). Зниження показника FEV1/FVC при поєднанні ХОЗЛ із ІХС було недостовірним у порівнянні з ізольованим ХОЗЛ.

Висновки. Таким чином, виявлені зміни (підвищення рівню СРБ, дисліпідемія, еритроцитоз) асоціюються із зниженням показників ФЗД, що свідчить про взаємообтяжування коморбідних патологій.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ПРИ АСОЦІАЦІЇ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Погорєлова О. С., Фендик М.М.

Сумський державний університет,

кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Частота, із якою зустрічається ішемічна хвороба серця (ІХС) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) коливається за даними різних авторів від 50% до 64%. Згідно даних популяційних досліджень, у хворих на ХОЗЛ ризик серцево-судинної смерті вищий у 2-3 рази і складає приблизно 50% від загальної кількості смертельних випадків. Паралельний перебіг ХОЗЛ та ІХС підкоряється закону взаємного обтяження.

Метою дослідження була оцінка якості життя хворих на ХОЗЛ та при його асоціації із ІХС.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз). Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі