

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

жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга (МЮ) в кілопаскалях (кПа). Ступінь ендотеліязалежної вазодилатації плечових артерій (ЕЗВД) визначали за допомогою тесту реактивної гіперемії. Дослідження проводились до і після лікування через 12 і 20 тижнів. Впродовж перших 12 тижнів усі хворі отримували базове лікування: лізиноприл 10-30 мг на добу, леркандипін 5-15 мг на добу, аторвастатин 10 мг на добу, ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу на фоні суворого дотримання режиму їжі (чотириохкратне вживання їжі, обмеження солі до 3 г на день, контроль складу харчового раціону, зниження добового калоражу до 1800 ккал.), підвищення фізичної активності (щоденна хода в максимально прийнятному темпі впродовж 40-50 хвилин) і повного виключення алкоголю. Пацієнти були поділені на групи: I групу (n=53) склали хворі, які отримували тільки базову терапію; II групу (n=49) – пацієнти, яким в комплекс з вище зазначеним лікуванням було включено есенціальні фосфоліпіди 1800 мг на добу. З 13-ї по 20-й тиждень терапії частина хворих продовжувала вживати базисні препарати і суворо дотримуватися режиму їжі та фізичної активності – III група пацієнтів (n=45), друга частина пацієнтів продовжувала вживати ліки, але режимних заходів суворо не дотримувалась – IV група хворих (n=57). Статистична обробка проводилась з використанням пакету програм Statistica for Windows версії 6.0.

Результати: на 20-й тиждень лікування 100% досягнення стабільного цільового рівню артеріального тиску було досягнуто лише у III групі пацієнтів. Маса тіла (МТ) у хворих I групи знизилась на 2,88%, у пацієнтів II групи – на 2,91%, III групи – на 5,43%, IV групи – на 3,33%, але у хворих III групи цей показник був максимальним ($P_{III-IV} < 0,01$). ЕЗВД в результаті лікування на 12-му тижні збільшилась у хворих I групи на 8,87%, у пацієнтів II групи – на 12,7% ($p_{I-II} < 0,05$), на 20-му тижні у хворих III групи цей показник підвищився максимально на 16,47% проти 3,36% у пацієнтів IV група ($P_{III-IV} < 0,01$). Співвідношення E/e на 12-му тижні лікування знизилось у пацієнтів I групи на 6,48%, у пацієнтів II групи на 15,91% у порівнянні з показником до лікування, але у хворих II групи він був майже в 2,5 рази вищим ($p_{I-II} < 0,01$), на 20-му тижні терапії співвідношення E/e у пацієнтів III групи перевищувало показник IV групи хворих в 2,3 рази ($P_{III-IV} < 0,01$). МЮ у хворих I групи знизився на 11,45%, у пацієнтів II групи – на 19,58%, III групи – на 11,11%, IV групи – на 2,29% у порівнянні з показником до лікування ($p < 0,05$), але максимального покращення показнику жорсткості печінки вдалося досягти у пацієнтів II і III груп ($p_{I-II} < 0,01$; $P_{III-IV} < 0,01$).

Висновки: суворе дотримання режиму харчування і фізичної активності на фоні медикаментозного лікування хворих на ГХ II стадії з Ож I і II ступеню впродовж 20 тижнів призводить до більш статистично значущого зниження МТ, жорсткості паренхіми печінки, вираженої позитивної динаміки діастолічного наповнення лівого шлуночка серця і функціонального стану ендотелію в порівнянні з динамікою зазначених показників хворих, які не дотримувалися режиму харчування і фізичної активності.

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Распутіна А.В.

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини*

Якість життя (ЯЖ) це ступінь комфортності людини, як всередині себе, так і в рамках суспільства, інтегральний показник, що відображає ступінь адаптації людини та можливість виконання нею звичних функцій, що відповідають його соціально-економічному положенню. На разі актуальною залишається проблема вивчення параметрів ЯЖ у хворих інфарктом міокарда (ІМ) залежно від різних схем лікування.

Мета: вивчення параметрів ЯЖ у хворих ІМ, котрим проводилось хірургічне або консервативне лікування.

Методи та матеріали: було проведено анкетування 30 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні міської клінічної лікарні №1 м. Вінниці.

Всі хворі знаходились на лікуванні з діагнозом гострий ІМ. Всіх обстежених було розділено на дві групи в залежності від того, яке лікування отримували ці пацієнти. І група (15 хворих) - було проведено коронарографію та ургентне стентування інфарктзалежної коронарної артерії, середній вік ($55,6 \pm 6,68$) років, серед них було 11 (73,3%) чоловіків, середній вік ($54,3 \pm 7,25$) років, жінок - 4 (26,7%), середній вік ($59,3 \pm 2,99$) років. В ІІ групі (отримували традиційне лікування згідно протоколу надання медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда) - 15 хворих, середній вік ($65,3 \pm 2,94$) років, серед них 8 (53,3%) чоловіків, середній вік ($65,5 \pm 2,93$) років, 7 (46,7%) жінок, середній вік ($65,1 \pm 3,18$) років. Анкетування проводили на 7-8 добу перебування хворого в стаціонарі. Всім хворим було проведено опитування за допомогою адаптованого українською мовою міжнародного опитувальника ЯЖ MOS SF-36.

Результати: В І групі найвищим був показник роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності ($82,21 \pm 16,7$), що свідчить про те, що ці пацієнти не відмічають ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. А найнижчим був показник якість життя порівняно з попереднім роком ($26,67 \pm 11,2$), що характеризує значне погіршення самопочуття в порівнянні з минулим роком. В ІІ групі найвищий параметр ЯЖ був соціальна активність ($45 \pm 9,5$), що характеризує високу соціальну активність пацієнтів. А найнижчим показником були роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності ($3,33 \pm 6,53$), тобто велика роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності. У хворих І групи відмічається більша фізична активність ніж у хворих ІІ групи ($p \leq 0,001$).

Висновки: Отже, аналіз параметрів ЯЖ показав, що серед пацієнтів, котрим проводились коронарографія та стентування показники, які характеризують фізичний, психічний та загальний тонус були значно вищими, від таких у хворих, що отримували консервативне лікування.

ЧАСТОТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ЗА ВСІ1 ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНУ ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА

Савченко О.В.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Мета дослідження. Дослідити частоту ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) залежно від генотипу за Вс11 поліморфізмом гену глюкостероїдного рецептора.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 161 хворого на РА старше 40 років з використанням клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Діагноз РА встановлено на основі діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (1987, 2010). При встановленні діагнозу ІХС керувались наказом № 436 МОЗ України. Вс11 поліморфізм 2-го екзону визначали методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів за Fleury I. et al. (матеріалом дослідження була венозна кров). Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програми SPSS 17.

Результати. Із обстежених хворих на РА виявлено 76 осіб без ІХС (47,2%) – І група, та 85 – у поєднанні із ІХС (52,8%) – ІІ група. І групу склали: 25 (55,6%) гомозиготних осіб за С алелем (С/С), 36 (45,6%) гетерозиготних (С/Г) та 15 (40,5%) гомозиготних осіб за G алелем (G/G). Серед пацієнтів ІІ групи було: 20 (44,4%) – із генотипом С/С, 43 (54,4%) – із генотипом С/Г та 22 (59,5%) – із генотипом G/G. За розподілом генотипів у групах хворих на РА не було встановлено вірогідної відмінності за χ^2 критерієм Пірсона ($p=0,4$).

Висновки. Отже, можна зробити висновок, що за розподілом генотипів серед хворих на РА без ішемічної хвороби та у поєднанні з нею не існує статистично значимої відмінності.