

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

Матеріали та методи: Було обстежено 103 пацієнти з верифікованою НАЖХП. Діагноз встановлювався на основі лабораторних та інструментальних методів обстеження. Пацієнтам проводили визначення ІМТ за формулою Кетле – вага (кг) / зріст (м)². Всі пацієнти були розділені на три групи залежно від ступеню ожиріння: I група (ІМТ 30,0 – 34,9 кг/м²) – 27 пацієнтів, II група (ІМТ 35,0 – 39,9 кг/м²) – 45 пацієнтів, III група (ІМТ > 40,0 кг/м²) – 31 пацієнт. Усім пацієнтам проводили оцінку ліпідного профілю, що включав визначення загального холестерину (ЗХС), триацилгліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та індексу атерогенності (ІА) за загальноприйнятими методиками.

Результати. В ході дослідження отримані наступні показники ліпідного профілю: ЗХС (I група – 5,9±2,25, II група – 6,3±3,01, III група – 6,7 ±2,13), ТГ (I група – 2,2±0,98, II група – 2,6±1,12, III група – 3,1±0,92) ЛПВЩ (I група – 0,97±0,151, II група – 0,99±0,232, III групи – 0,94±0,192), ЛПНЩ (I група – 3,2±0,31, II група – 3,4±0,35, III група – 3,5±0,32), ЛПДНЩ (I група – 2,2±0,21, II група – 2,3±0,29, III група – 2,5±0,19), ІА (I група – 5,9±0,51, II група – 6,1±0,53, III група – 6,4±0,34). Достовірне (p < 0,05) підвищення рівнів ЗХС, ТГ та ІА було у пацієнтів II та III в порівнянні з I групою. Статистично достовірної різниці ЛПВЩ, ЛПНЩ та ЛПДНЩ між групами зафіксовано не було.

Висновок. У хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки зі збільшенням ІМТ зростають рівні загального холестерину, триацилгліцеридів та індексу атерогенності.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ АНТАГОНІСТАМИ ВІТАМІНУ К У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ НЕКЛАПАННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Лаба В.В., Клименко В.О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Антагоністи вітаміну К є одними з найбільш вживаних антифібринових засобів в лікуванні і профілактиці тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ). Рідше нами використовувались засоби з коротким періодом піврозпаду (сінкумар) і переважно користувалися препаратами з довгим періодом піврозпаду – кумадин (варфарин).

Метою роботи було виявлення причини неадекватного лікування варфарином з метою профілактики ТЕУ у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) і постійною формою фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи дослідження.

Обстежено 20 пацієнтів з ІХС і постійною формою ФП у віці 55-75 років. Хворі отримували стандартну терапію: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), бетаблокатори, діуретики, статини. Всі пацієнти потребували тривалої антитромбінової терапії, і в якості основного засобу був призначений варфарин. Під час підбору дози періодично визначали міжнародний норма індекс (МНІ) який потрібно підтримувати в межах 2,0-3,0. Профілактику ТЕУ оцінювали за шкалою CHA₂ DS₂-VASc, а прогноз геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLFD.

Результати досліджень.

При повторному обстеженні через 3 місяці рівень МНІ досягав цільових значень 2,0-3,0 (в середньому 2,52 ± 0,2) тільки у 8 (40%) пацієнтів. Середня добова доза варфарину складала 5 мг. Одному пацієнту препарат було відмінено в перші 2 тижні у зв'язку з геморагічним ускладненням (макрогематурія) на мінімальній дозі 2,5 мг. У інших 11 пацієнтів значення МНІ складало в середньому 1,40 ± 0,16. Встановлено, що 6 пацієнтів самостійно зменшили дозу препарату; 2 пацієнти приймали антибіотики з приводу супутніх захворювань, 2 пацієнти проводили малі хірургічні втручання, 1 пацієнт не дотримувався режиму харчування.

Висновки: 1. Реальна профілактика ТЕУ за допомогою варфарину можлива при умові жорсткого контролювання цільових рівнів МНІ. 2. Неконтрольоване лікування варфарином

частіше веде до ризику тромбоутворень (недостатня доза); рідше до ризику кровотеч (надмірна доза).

ПРО МІСЦЕ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Лаба В.В., Шкандала А.Ю.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Фібриляція передсердь (ФП) є найбільш поширеним хронічним порушенням ритму серця, яке трапляється у 1-2 % людей в загальній популяції. ФП у 5 разів збільшує ризик розвитку інсультів і кожен п'ятий випадок його обумовлений цією аритмією.

Ішемічні інсульти на фоні ФП часто фатальні, а ті пацієнти що виживають, зазвичай, залишаються з більш вираженою інвалідністю, через наслідки інсульту та більш схильні до повторних інсультів, ніж пацієнти, у яких гостре порушення мозкового кровообігу виникають з інших причин. Як наслідок, ризик смерті від інсульту, обумовлений ФП вдвічі вище, а вартість лікування такого пацієнта зростає в 1,5 рази.

Метою дослідження було вивчення охоплення, переносимості і ефективності антитромботичної терапії госпіталізованих хворих ФП що перебували на власній курації протягом поточного року.

Матеріали і методи дослідження.

Було проаналізовано 144 історії стаціонарних хворих кардіологічного відділення обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення, що перебували на лікуванні в 2014 році. Всім хворим проводилося в комплексі діагностично-лікувальних заходів електрокардіографічне, лабораторно-біохімічне, а пацієнтам з ФП і ехокардіографічне обстеження. Остання група склала 26 чоловік, які і відібрані для більш детального вивчення.

Результати дослідження і їх обговорення.

Частка пацієнтів з ФП склала 26 (18%), з них з персистуючою – 14 (53,8%) і постійною – 12 (46,2%) від усієї групи ФП. Чоловіків було 24 (92,3%), що порівну розділилися, а жінок – 2 (7,7%) – з персистуючою формою.

Супутня АГ реєструвалась у 6 (23%), а перенесений інфаркт міокарда у 5 (19,2%). Органічним субстратом в усіх випадках був коронарний атеросклероз і дифузний кардіосклероз різного ступеня прояву. Профілактику тромбемболітичних ускладнень оцінювали за шкалою CHA₂ DS₂-VAS, а прогноз геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLED.

Оральні антикоагулянти (ОАК) – варфарин, фенілін, рівараксабан отримувало 20 (76,9%) пацієнтів, з них переважав варфарин у 18 випадках і по одному – інші два антикоагулянти. 6 (23,1%) пацієнтів отримували ацетилсаліцилову кислоту, в одному випадку з причини непереносимості ОАК, і в 5 із-за відсутності прямих показів до їх використання.

Переносимість антитромботичної терапії була задовільною. Пацієнти з ≥ 2 балів за шкалою CHA₂ DS₂-VASc отримували варфарин з коригованим дозуванням, спрямованим на досягнення міжнародного нормалізаційного індексу (МНІ) в діапазоні 2,0-3,0 або протромбінового індексу (ПТІ) в межах 40-60 %. Контроль МНІ проводиться в половини хворих.

Висновки: 1. ОАК в корегованих дозах є достатньо ефективними засобами і такими, що добре засвоюються. 2. Контроль МНІ є бажаним, а при його неможливості ПТІ є обов'язковим. 3. Пацієнти з протипоказаннями, непереносимістю ОАК і малим ризиком тромбоемболічних ускладнень можуть отримувати антитромбоцитарну терапію ацетилсаліциловою кислотою у дозах 75-150 мг на добу.