

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

ПОКАЗНИКИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ковчун А.В.

Науковий керівник – професор, д.м.н. Л.Н. Приступа

Сумський державний університет,

кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Актуальність: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є четвертою за значимістю причиною смертності в усьому світі, але за прогнозами, стане третьою в 2020 році або навіть раніше.

ХОЗЛ традиційно розглядається як одна з найважливіших причин поліцитемії. Підвищення вмісту еритроцитів і посилення гематокриту у хворих на ХОЗЛ пояснюється прогресуючою дихальною недостатністю і розцінюється як компенсаторна реакція еритропоезу у відповідь на хронічну гіпоксію. Однак роботи з дослідження стану еритропоезу при ХОЗЛ свідчать про неоднозначність виявлених порушень - їх механізми складні і виходять за рамки звичного для клініцистів і який здавався облігатним для хворих еритроцитозу.

В нещодавно виконаних дослідженнях з'ясовано, що анемія також зустрічається доволі часто у хворих на ХОЗЛ. Основною причиною анемії при ХОЗЛ є системне запалення при якому сироваткові цитокіни та хемокіни порушують нормальний процес еритропоезу. Крім того, активація медіаторів запалення може стимулювати виробництво гепсидину, поліпептиду, який є основним регулятором позаклітинного гомеостазу заліза і, як вважають, відіграє ключову роль у розвитку анемії хронічних захворювань.

Мета: З'ясувати частоту анемії та поліцитемії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

Матеріали та методи: На базі Сумської обласної клінічної лікарні було проаналізовано 112 історій хвороб пацієнтів (67 чоловіків та 45 жінок), які знаходилися на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні з діагнозом «Хронічне обструктивне захворювання легень» у період з 1.08.2014 по 20.12.2014 рр. В дослідження були включені історії хвороб пацієнтів віком від 35 до 50 років з середньотяжким та тяжким перебігом захворювання.

Результати та їх обговорення: В результаті проведеного аналізу було визначено, що лише у 9 пацієнтів (8%) відзначалася поліцитемія (з них 5 – чоловіки (55,5%), 4 – жінки (45,5%)). Анемія була виявлена у 21 хворого (18,7%), з них жінок – 15 (71,4%), чоловіків – 6 (28,6%). Анемія легкого ступеня була наявна у 76,1% хворих, у інших 23,9 % – спостерігалась анемія середнього ступеня важкості.

Висновки: Анемія, у хворих на ХОЗЛ, зустрічається значно частіше ніж поліцитемія. Необхідне подальше вивчення механізмів розвитку анемії при хронічному обструктивному захворюванні легень, можливого зв'язку між анемією, тяжкістю захворювання та вираженістю запалення.

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Орловський В. Ф., Кучма Н. Г., Федірко Н. О.

Сумський державний університет,

кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) виявляється у всіх вікових групах і може прогресувати до фіброзу та цирозу печінки. У хворих з ожирінням розповсюдженість різних форм НАЖХП значно вища ніж в загальній популяції та за даними літератури може сягати 93%. Серед багатьох факторів та механізмів, котрі можуть сприяти розвитку та прогресуванню жирової інфільтрації печінки, одними з головних є інсулінорезистентність, гіперінсулінемія та вісцеральне ожиріння.

Мета роботи: дослідити показники ліпідного спектру у хворих з НАЖХП залежно від індексу маси тіла (ІМТ).

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