

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

несприятливих серцево-судинних подій, може суттєво знизити частоту ускладнень у хворих на фібриляцію передсердь.

ОЦІНКА СКОРОТЛИВОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Орловський В.Ф., Жаркова А.В., Олейніченко Ж.М., Фільчакова М. Г.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра сімейної медицини

Цукровий діабет (ЦД) одне з найпоширеніших захворювань із неухильною тенденцією до зростання. За даними ВООЗ, частота його в середньому коливається від 1,5 до 3-4%, значно зростаючи в розвинутих країнах світу (до 5-6%). При цьому майже 90% припадає на хворих із ЦД 2 типу. У структурі ендокринних захворювань ЦД займає близько 60-70%. Тепер у світі налічується майже 150 млн. хворих на діабет, в Україні – до 1 млн. Справжня захворюваність є значно більшою, оскільки в кожного другого-третього хворого ЦД не діагностований. Зростання захворюваності, тяжкі інвалідизуючі наслідки, особливо серед працездатного контингенту населення, висока летальність призвели до того, що ЦД увійшов до тріади хвороб, які є найчастішою причиною інвалідизації та смертності людей (атеросклероз, рак, власне ЦД). ВООЗ констатує, що ЦД зумовлює підвищення смертності в 2-3 рази і скорочує тривалість життя на 10-30%.

Мета: оцінити показники скоротливої функції міокарду лівого шлуночка у хворих цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: було обстежено 60 хворих цукровим діабетом 2 типу у віці від 55 до 78 років (середній вік 62,5 роки). Пацієнти були розподілені на дві групи: 1) пацієнти, які мали в анамнезі інфаркт міокарді не раніше ніж 6 місяців тому; 2) пацієнти без інфаркту міокарду в анамнезі. Контрольну групу склали пацієнти з ішемічною хворобою серця без супутнього цукрового діабету у віці від 48 до 79 років (середній вік 59,8 роки). Всім хворим було виконано ультразвукове дослідження серця. Оцінювались такі параметри: кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка, фракція викиду лівого шлуночка, трансмітральний кровотік, швидкість раннього діастолічного наповнення, швидкість пізнього діастолічного наповнення. Розраховувалось відношення швидкості раннього та пізнього діастолічного наповнення.

Результати: було виявлено, що відношення швидкості раннього і пізнього діастолічного наповнення у хворих цукровим діабетом 2 типу ($0,75 \pm 0,03$) достовірно нижчі у порівнянні з показниками контрольної групи ($1,68 \pm 0,07$) ($p < 0,001$). При цьому не було встановлено достовірних відмінностей між показниками трансмітрального кровотоку у хворих після перенесеного інфаркту міокарду та хворих у котрих не було інфаркту в анамнезі. Фракція викиду у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу ($63,64 \pm 1,44\%$) суттєво не відрізнялась від контрольної групи ($65,75 \pm 1,63\%$). Також не було виявлено значної різниці між показниками кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка у хворих на цукровий діабет 2 типу ($50,5 \pm 0,74$ мм) та контрольною групою ($47,25 \pm 1,04$ мм).

Висновки: в результаті проведеного аналізу було встановлено, що у хворих на цукровий діабет 2 типу, поєднаний з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією виявлена діастолічна дисфункція лівого шлуночка.

КОРЕГУВАННЯ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Орловський О.В., Забіяка І.М., Кліщ О.О.

*Сумський державний університет,
кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Серед коморбідних станів у хворих на ревматоїдний артрит (РА) одним із найрозповсюджених виступає анемічний синдром. Частіше за все анемія пов'язана із

дефіцитом заліза. Тривалий перебіг нелікованої анемії навіть легкого ступеня, погіршує якість життя та сприяє зниженню їх працездатності. У зв'язку з цим актуальним є фармакологічна корекція анемії та вивчення впливу нормалізації рівня гемоглобіну на перебіг РА.

Мета: вивчити вплив нормалізації рівня гемоглобіну на перебіг РА у пацієнтів із супутньою залізодефіцитною анемією.

Методи дослідження. Обстежено 28 пацієнтів на РА віком від 26 до 62 років. У 21 (75%) хворих зареєстровано анемію легкого ступеня тяжкості (рівень гемоглобіну — $108,6 \pm 4,8$ г/л), у 7 (25%) – середнього ступеня (рівень гемоглобіну – $92,2 \pm 3,2$ г/л). Усі пацієнти отримували метотрексат у середній дозі $8,6 \pm 2,6$ мг/тиж у поєднанні з фолієвою кислотою. Стероїдні гормони (метипред) приймали 18 хворих (64%) у середній дозі – $10,2 \pm 3,8$ мг/добу. Нестероїдні протизапальні препарати приймали за вимогою. Для корегування анемії призначали сульфат заліза (залежно від ступеню тяжкості – від 100 до 300 мг/добу елементарного заліза) до нормалізації рівня гемоглобіну (≥ 120 г/л). Після нормалізації показників периферичної крові терапію продовжували ще протягом 3 міс у дозі 100 мг/добу для відновлення депо заліза в організмі.

Для дослідження пацієнтів використовували аналіз скарг, об'єктивний огляд хворих з оцінкою уражених суглобів, визначення якості їх життя (з використанням ВАШ – візуально-аналогової шкали та індексу DAS-28 – Disease Activity Score), інструментальні та лабораторні дослідження (з визначенням таких показників активності РА як ШОЕ (мм/год) та СРБ (мг/дл)). Обстеження проводилися на початку дослідження та через 3 міс підтримувальної терапії. Обробку результатів виконували на персональному комп'ютері з використанням Microsoft Excel.

Результати і обговорення. Встановлено, що більш висока активність РА, з урахуванням рівня СРБ, індексу DAS28 та ВАШ супроводжувалася більш значимим зниженням рівня гемоглобіну. У пацієнтів зі супутню анемією, незважаючи на нормалізацію рівня гемоглобіну за допомогою препаратів заліза, об'єктивні дані активності РА достовірно не змінилися, в той час як через 3 міс підтримувальної терапії хворі відмічали істотне зменшення кількості болючих суглобів, інтенсивності болю в них і тривалості ранкової скрутості.

Є дані, що в основі анемічного синдрому в даному випадку істотне значення має імуніопорядкований механізм з включенням клітинних і гуморальних ланок з розвитком так званого «функціонального» дефіциту заліза. Тому роль патогенетичних чинників анемії потребує подальшого вивчення.

Висновки. У 64% хворих на РА виявлено анемічний синдром. Використання сульфату заліза у дозі від 100 до 300 мг/добу у хворих на РА в із супутньою анемією протягом 3 місяців зумовлює нормалізацію рівня гемоглобіну, зменшення кількості болючих суглобів, інтенсивності болю, та поліпшенням якості життя пацієнтів ($p < 0,05$).

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГАСТРОПАТІЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Орловський О.В., Скоропад Ю.І., Сусол Ю.М.

Сумський державний університет,

кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) широко застосовують у комплексному лікуванні хворих на ревматоїдний артрит (РА). Іноді це передбачає тривалий безперервний прийом препарату. Прийом НПЗП супроводжується підвищеним ризиком гастродуоденальних побічних ефектів, перше місце серед яких посідають дистрофічні й запальні зміни слизової оболонки травного каналу. Гастродуоденальна токсичність НПЗП пояснюється пригніченням синтезу цитопротекторних простагландинів, опосередкованих циклооксигеназою (ЦОГ) 1-го типу, таких як простагландин E_2 і простагландин. Селективні інгібітори ЦОГ 2-го типу