

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

*Муренець Н.О., Кучма Н.Г., Масленко А.О., Мазур Т.С.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Ревматоїдний артрит (РА) – це захворювання, яке перебуває у фокусі уваги ревматологів усього світу протягом багатьох десятиліть. Це пов'язано з великим медичним і соціальним значенням цієї хвороби. Її поширеність досягає 0,5-2 % від загальної чисельності населення в промислово розвинених країнах. Базисна терапія є основним компонентом лікування РА і при відсутності протипоказань повинна бути призначена кожному пацієнту з цим діагнозом. Неефективність препаратів базисної терапії призводить до підвищення рівня активності РА, прогресування захворювання та виникнення ускладнень.

Зважаючи на це, метою нашого дослідження було оцінити ступінь активності РА на фоні застосування різних доз метотрексату в якості базисної терапії.

Матеріали та методи. Було обстежено 76 пацієнтів із РА. Всі хворі були розподілені на 3 групи залежно від дози метотрексату, яку вони стабільно отримували протягом як мінімум останніх 3 місяців. 1 групу склали 18 пацієнтів, які отримували 7,5 мг/тижд., 2 і 3 – 34 та 24 хворих, які приймали 10 та 15 мг/тижд. Ступінь активності захворювання визначали за допомогою модифікованого показника DAS28, який оснований на дослідженні болючості та припухлості 28 суглобів, загальної оцінки стану здоров'я за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та рівня С-реактивного білка (СРБ). Висока активність відповідає значенню DAS28 > 5,1, низька – < 3,2, а від 3,2 до 5,1 – помірній активності.

Результати дослідження. DAS28 > 5,1 мали 77,7 % пацієнтів 1 групи, 47 % хворих 2 групи та лише 12,5 % пацієнтів 3 групи. Низький рівень активності (DAS28 < 3,2) спостерігали тільки у 5,5 % пацієнтів 1 групи та у 23,5 % і 62,5 % хворих 2 та 3 груп відповідно.

Висновки. У переважної більшості пацієнтів, які знаходились на низькій дозі метотрексату (7,5 мг/тижд.), зберігався високий рівень активності захворювання, тоді як більшість пацієнтів, які отримували метотрексат в дозі 15 мг/тижд., мали низький рівень активності РА. Отже, мінімальна початкова доза метотрексату має бути 15 мг/тижд. При неефективності даного дозування рекомендовано підвищувати дозу метотрексату до 25 мг/тижд. або застосовувати комбіноване лікування з іншими базисними препаратами, в тому числі – біологічними.

## ЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ГОМОЦИСТЕЇНУ З С677Т ТА А1298С ПОЛІМОРФІЗМАМИ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

*Муренець Н.О., Кучма Н. Г., Шпетна К. В, Коломієць О. О.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Захворюваність на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) зростає з кожним роком. Одним з важливих і недостатньо вивчених механізмів прогресування стеатозу печінки є підвищення рівню гомоцистеїну в плазмі крові. Ключову роль у його метаболізмі відіграє фермент метилентетрагідрофолатредуктаза (МТГФР). Найбільш вивченими поліморфізмами гена, що кодують цей ензим, є С677Т та А1298С поліморфізми.

Метою нашої роботи було дослідити зв'язок С677Т та А1298С поліморфізмів гена МТГФР з вмістом гомоцистеїну плазми крові у пацієнтів із НАЖХП.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 98 пацієнтів із НАЖХП. Групу контролю склали 40 практично здорових осіб. Визначення гомоцистеїну здійснювали методом ІФА, визначення алельного поліморфізму проводили шляхом ПЛР з детекцією результатів гібридаційно-флуоресцентним методом в режимі реального часу.

Результати дослідження. Частота С677С, С677Т і Т677Т генотипів гена МТГФР серед пацієнтів із НАЖХП та контрольної групи становила 46%, 38%, 16% та 50%, 35%, 15%

відповідно. Частота A1298A, A1298C та C1298C генотипів серед пацієнтів основної та контрольної групи становила 53%, 33%, 13% та 50%, 42,5% та 7,5% відповідно. Вміст гомоцистеїну плазми крові у контрольній групі був  $9,7 \pm 0,47$  мкмоль/л, а у пацієнтів з НАЖХП –  $18,5 \pm 3,92$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). Концентрація гомоцистеїну плазми крові у пацієнтів з C677C, C677T та T677T генотипами гену МТГФР була  $15,7 \pm 2,27$ ,  $19,6 \pm 2,67$  та  $24,1 \pm 2,98$  мкмоль/л відповідно ( $p > 0,05$ ), у носіїв A1298A, A1298C та C1298C генотипів гена МТГФР –  $18,1 \pm 4,39$ ,  $18,6 \pm 3,07$  та  $18,7 \pm 3,78$  мкмоль/л відповідно ( $p < 0,05$ ). Ми виявили достовірну асоціацію частоти генотипів за C677T поліморфізмом гена МТГФР залежно від вмісту гомоцистеїну. Носії T677T генотипу мали достовірно вищу концентрацію гомоцистеїну порівняно з носіями C677T та C677C генотипів.

**Висновки.** У пацієнтів із НАЖХП вміст гомоцистеїну плазми крові залежить від C677T поліморфізму і не залежить від A1298C поліморфізму гена МТГФР. Хворі з T677T генотипом мають найвищу концентрацію гомоцистеїну плазми крові.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІВАБРАДИНУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

*Нагорний О.В., Ліщенко О.А.*

*Науковий керівник: к.м.н., Царалунга В.М.*

*Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця*

*Кафедра внутрішньої медицини №2*

**Актуальність.** У структурі смертності населення України від хвороб системи кровообігу перше місце займає ішемічна хвороба серця, найбільш частим проявом якої є стенокардія. Тому адекватна і повноцінна терапія є запорукою підвищення якості і збільшення тривалості життя хворих. Івабрадин – препарат нового класу, який знижує частоту серцевих скорочень, вибірково інгібуючи F-канали пейсмейкерних клітин синусового вузла.

**Мета.** Оцінити антиангінальний та антиішемічний ефект івабрадину при тривалому прийомі у пацієнтів зі стабільною стенокардією в порівнянні стандартної терапії із включенням в схему івабрадину замість β-блокатора.

**Матеріали і методи.** В дослідженні взяло участь 92 пацієнти зі стабільною стенокардією II-III функціональних класів. Середній вік хворих склав  $65,5 \pm 9,2$  років. Пацієнти були рандомізовані на 2 рівні групи. Пацієнти першої групи приймали метопролол, лозартан, розувастатин. В другій групі метопролол було замінено івабрадином. Для оцінки ефективності лікування використовували число ангінозних приступів в тиждень, максимальну потужність навантаження за даними велоергометрії, показники ехокардіографії.

**Результати.** Через 6 місяців лікування число приступів стенокардії першій групі склало  $21,16 \pm 10,4$  (-42,6% в порівнянні з висхідними даними,  $p < 0,001$ ), у другій групі  $18,43 \pm 11,2$  (-48,3%,  $p < 0,001$ ). Максимальна потужність при велоергометрії у першій групі склала  $104,35 \pm 30,4$  Вт, у другій –  $112,62 \pm 32,6$  Вт. Відмічено достовірне зниження індексу маси міокарда, кінцевого діастолічного об'єму лівого шлуночка, збільшення показника діастолічного кровонаповнення (E/A) у другій групі в порівнянні з першою.

**Висновки.** Отримані дані свідчать про високий антиангінальний та антиішемічний ефект івабрадину у пацієнтів із стабільною стенокардією.