

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ ІМ. В.Х.ВАСИЛЕНКА»**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

**Матеріали науково-практичної конференції
(21-22 квітня 2011 року)**

м. Чернівці

УДК 616.1/4

ББК 54.1

А 43

Актуальні питання внутрішньої медицини: Матеріали науково-практичної конференції (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – 212 с.

ISBN 978-966-697-391-0

У збірнику представлені матеріали тез науково-практичної конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини» (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам гастроентерології, кардіології, нефрології, пульмонології, ревматології. Наукова та загальна редакція – професор, д.мед.н. О.І.Федів

Наукові рецензенти: доктор медичних наук, професор О.І.Волошин
доктор медичних наук, професор О.С.Хухліна

ISBN 978-966-697-391-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2011

КОРЕКЦІЯ ГЕМОСТАЗІОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Оліник О.Ю., Федів О.І., Чурсіна Т.Я., Телекі Я.М., Лазарук Т.Ю., Акентьєва М.С.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
olinoks@gmail.com*

Вступ. Поєднання пептичної виразки та цукрового діабету трапляється нерідко, однак у літературі немає вичерпної інформації щодо впливу порушень гемокоагуляції на перебіг, частоту виникнення ускладнень та якість життя хворих.

Мета. Вивчити порушення системи гемостазу та запропонувати шляхи їх корекції у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, поєднану з цукровим діабетом.

Матеріал і методи. Обстежено 39 хворих на ПВ (група I), 39 хворих на ЦД (група II), 37 хворих на ПВ, поєднану з ЦД (група III). За допомогою реактивів фірми «Danish Ltd.» (м. Львів) оцінювали загальний коагуляційний потенціал крові: час рекальцифікації плазми (ЧРП), протромбіновий час (ПЧ), тромбіновий час (ТЧ), активований парціальний тромбoplastиновий час (АПТЧ), рівень фібриногену в плазмі крові, активності антитромбіну III (АТIII), XIII фактора (ФХIII); потенційну активність плазміногену (ПАП), Хагеманзалежний фібриноліз (ХЗФ). З використанням реактивів цієї ж фірми визначали фібринолітичну активність плазми крові (сумарну (СФА), ферментативну (ФФА) та неферментативну (НФА)).

З метою проведення дослідження ефективності та порівняння запропонованих програм лікування була проведена рандомізація групи хворих на ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ЦД, за віком та статтю і виділено 3 підгрупи: IIIА – хворі отримували базисну протигелікобактерну терапію згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу III (2005) та пероральні цукрознижуючі або інсулін у адекватній дозі, IIIБ - на тлі базисного лікування хворим було призначено інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (і-АПФ) квінаприл у дозі 2,5 мг 1 раз на добу вранці під контролем гемодинамічних показників впродовж 1 тижня, з переходом на 5 мг 1 раз на добу вранці впродовж 3 тижнів, IIIВ - додатково до базисної терапії пацієнти отримували препарат «Плацента-композитум» («Heel») у дозі 2,2 мл внутрішньом'язево 1 раз на три дні протягом місяця.

Результати. У хворих на ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ЦД, спостерігається виражена активація коагуляційного гемостазу, що супроводжується найістотнішим вкороченням часових характеристик згортання крові (ПЧ та ТЧ) на тлі збільшення вмісту фібриногену ($p < 0,05$). Активність АТШ істотно знижена у всіх групах пацієнтів: у 1,9 раза - в групі I, у 2 рази - в групі II та в 2,5 рази - в групі III порівняно з ПЗО ($p < 0,05$). Зазначені зміни загального коагуляційного потенціалу крові у хворих групи I супроводжувались підвищенням СФА та ФФА (у 2,68 рази та у 1,63 рази відповідно порівняно з ПЗО, $p < 0,05$). У хворих групи II, навпаки, виявлене зниження рівня зазначених показників (у 1,06 рази та у 1,23 рази відповідно). Найбільше зменшення СФА та ФФА (у 1,47 рази та у 1,38 рази відповідно) на тлі найістотнішого підсилення неферментативної фібринолітичної активності плазми крові спостерігається за поєданого перебігу ПВ та ЦД. Аналіз посткоагуляційної фази системи гемостазу свідчить про істотне ($p < 0,05$) зниження вмісту XIII фактора порівняно з групами контролю.

Аналізуючи стан системи гемостазу після лікування, слід відзначити, що у хворих, які отримували лише базисну терапію, спостерігається тенденція до покращання усіх показників, проте достовірною ($p < 0,05$) є різниця лише щодо ПЧ (подовження на 9%), ТЧ (подовження на 16%), АТ Ш (збільшення на 75%), НФА (зменшення на 64%) та XIII фактора (збільшення на 34%). Зазначені зміни гемокоагуляції та фібринолізу після лікування достовірно різняться з такими у ПЗО ($p < 0,05$). В групі ІІБ спостерігалось істотне покращання всіх характеристик загального коагуляційного потенціалу та фібринолітичної активності крові ($p < 0,05$), окрім вмісту фібриногену, СФА, ФФА. За включення до комплексного лікування «Плаценти-композитум», відмічено найкращі результати щодо істотного зменшення гемостазіологічних порушень порівняно з такими до лікування за наявності істотних відмінностей з групою ІІА ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, поєднану з цукровим діабетом, спостерігаються істотні порушення системи гемостазу, які значно зменшуються після додавання до базисної терапії препаратів квінаприлу та «Плаценти-композитум».