

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ "ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ"
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1 ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції

**"ЩОРІЧНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ:
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ"**

Підписано до друку 20.03.2012 р. Формат 60х90 1/16,
Папір офсетн. Друк – Різографія. Ум. друк. арк. 8,7
Гарнітура Times New Roman. Наклад 100 прим. Зам. №237/9
«ФОП Ліпкіна С.Е.»
Свідоцтво про державну реєстрацію № 203377 від 13.12.2007 р.

19-20 квітня 2012 року

Харків
2012

ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В УМОВАХ ПОЛІМОРБІДНОСТІ

Волошин О.І., Доголіч О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Особливістю захворюваності в останні десятиріччя є її зростання, при тому з характерною віковою поліморбідністю. Прикладом зазначеної ситуації може слугувати захворюваність на подагру, її вікові та гендерні аспекти.

Метою нашого дослідження було вивчення вікових особливостей формування поліморбідності та пошук шляхів удосконалення комплексного лікування.

Матеріал і методи. Обстежено 35 хворих на хронічну рецидивуючу подагру у віці 37-72 роки з давністю подагри 3-20 років. З числа супутніх захворювань встановлено: артеріальна гіпертензія – у 19 (54,29 %), ІХС – у 14 (40 %), цукровий діабет – у 5 (14,28%), ожиріння II-III ст. – у 12 (34,29 %), стеатогепатоз – у 21 (60 %), хронічний холецистит – у 29 (82,86 %), панкреатит – у 12 (34,29 %), гастрит, гастродуоденіт – у 24 (68,57 %), виразкова хвороба – у 3 (8,57 %), синдром подразненого кишечника – у 14 (40 %), хронічний пієлонефрит – у 7 (20 %), сечокислий діатез, сечокам'яна хвороба – у 29 (82,86 %), первинний остеоартроз – у 14 (40 %).

В контексті патогенетичних взаємин подагри виділили: коморбідні хвороби початкового і раннього періоду подагри, періоду виражених подагричних уражень опорно-рухового апарату, пізнього періоду подагри та групу звичайних супутніх захворювань, які не мають або мають недоведені спільні з подагрою патогенетичні механізми.

До коморбідних (мають спільні патогенетичні ланки з подагрою) захворювань раннього періоду подагри віднесли: м'яку артеріальну гіпертензію, ожиріння I ст., стеатогепатоз, іноді інсулінорезистентність. Групу коморбідних захворювань періоду виражених подагричних уражень суглобів і внутрішніх органів склали: артеріальна гіпертензія II ст., ІХС, ожиріння II-III ст., цукровий діабет 2 типу, які є чіткими проявами «метаболічного синдрому» з загрозами властивих йому судинних подій.

Виявлені ураження системи травлення мають спільний з розвитком подагри етіологічний чинник у вигляді тривалих і значних аліментарних огрихів, алкогольних ексцесів, але не мають патогенетичних взаємозв'язків, отже не коморбідні.

Висновки:

1. Доцільно виділяти захворювання коморбідного характеру, переважно у вигляді «метаболічного синдрому».

2. Поліморбідний фон у хворих на подагру вимагає пошуку комплексних препаратів поліорганної та багатоцільової метаболічної дії з метою оптимізації лікування виникаючої мікст-патології.

МОЖЛИВОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОСТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ФОРМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Ташук В.К., Турубарова-Леуньова Н.А., Лашук Т.О., Гречко С.І., Амеліна Т.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні гострого інфаркту міокарда (ГІМ) та його ускладнень, вдосконалення підходів до ведення цих пацієнтів залишається актуальною проблемою.

З метою вивчення прогностичного значення показників ГІМ, які відображують систолічну функцію лівого шлуночка (ЛШ), особливостей його раннього ремоделювання та коронарного резерву, а також визначення ризику розвитку та/чи прогресування серцевої недостатності (СН) у післяінфарктному періоді обстежено 257 хворих.

Усім пацієнтам при поступленні, на 10-ту добу та через рік спостереження проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на фоні антиортостатичного навантаження. Аналізувався показник фракції викиду (ФВ). Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica 6,0.

Аналіз ЕхоКГ картини через один рік спостереження за пацієнтами, що перенесли ГІМ показав, що ознаки СН I класу за NYHA зафіксовано у 34,67 % пацієнтів, СН II – у 25,18 %, СН III – 22,63 % та СН IV – у 17,52 % пацієнтів.

Пацієнти без клінічних ознак серцевої недостатності були об'єднані в I-шу групу, а пацієнти з клінічними та ЕхоКГ ознаками СН по результатам річного спостереження були об'єднані в 2-гу групу.

При проведенні первинної ЕхоКГ суттєвих розбіжностей ФВ в стані спокою не спостерігалось. У відповідь на об'ємне навантаження ФВ у хворих I-ої групи збільшувалась на 4,6 %, ($p < 0,001$), в 2-ій групі зменшувалась на 6 % ($p < 0,001$).

На 10-у добу розвитку ГІМ ФВ ЛШ достовірно переважала у пацієнтів I-ої групи ($56,14 \pm 0,92$ %) порівняно з 2-ою групою, де цей показник виявився ($52,12 \pm 0,48$ %) ($p < 0,001$).

Через 1 рік спостереження за пацієнтами, що перенесли ГІМ, виявлено більш значне переважання ФВ в I-ій групі порівняно з 2-ою ($55,49 \pm 1,74$ %) та ($44,12 \pm 1,48$ %), відповідно, $p < 0,01$).

Таким чином, визначення систолічної дисфункції ЛШ об'єктивізує подальший несприятливий прогноз за розвитком СН у хворих на ГІМ, з визначенням спрямованості гемодинамічних змін, що дозволяє прогнозувати ймовірність розвитку тих чи інших ускладнень.