

ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С У ХВОРИХ З ТЯЖКИМ ФІБРОЗОМ ПЕЧІНКИ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗАЛЕЖНО ВІД РАННЬОЇ ВІРУСОЛОГІЧНОЇ ВІДПОВІДІ

Лядська О.В.

Науковий керівник: проф. Рябоконт О.В.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб

Мета роботи - визначити фактори, що впливають на ефективність противірусного лікування хворих на хронічний гепатит С (ХГС) з тяжким фіброзом печінки та оцінити динаміку якості життя залежно від формування ранньої вірусологічної відповіді (РВВ).

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 74 хворих на ХГС, які отримували противірусну терапію (ПВТ) в рамках державної програми в гепатологічному центрі Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні й. У всіх хворих проводилася ідентифікація вірусу гепатиту С (НСV), його генотипу, рівня вірусного навантаження, визначалася стадія фіброзу печінки за допомогою морфологічного дослідження та неінвазивних тестів. Для оцінки якості життя хворих на ХГС був використаний загальний опитувальник SF-36.

Отримані результати. Отримані наступні дані: зареєстрована тривалість виявлення анти-НСV коливалася від 1 до 26 років, яка в середньому склала 8,3 років, та дозволила стверджувати про тривалість захворювання. Встановлено переважання 1b генотипу, який виявлено у 47 (64 %) хворих, другим за частотою виявлення був 3a генотип - у 22 (29 %) хворих. В окремих випадках виявлено 2a генотип - у 3 (4 %) хворих, поєднання 2a і 3a генотипів – у 2 (2 %) хворих. Аналізуючи рівень вірусологічного навантаження були отримані наступні дані: низький рівень (<600000 МО/мл) було зареєстровано у 52 (70 %) хворих, високий рівень (>600000 МО/мл) – у 22 (30 %) хворих. У більшості для оцінки фіброзу печінки використовувалися неінвазивні методи дослідження Fibro-test у 60 хворих, еластометрія – у 5, біопсія печінки – у 9 хворих. Через 4 тижні від початку ПВТ швидка вірусологічна відповідь була отримана у 52 % хворих з наявністю РВВ в подальшому, та у 5,0 % хворих з відсутністю РВВ в подальшому. У хворих на ХГС з тяжким фіброзом печінки (F 3-4) на тлі ПВТ протягом перших 12-ти тижнів, незалежно від формування РВВ, мали місце небажані побічні явища гематологічного характеру: анемія у кожного п'ятого, лейкопенія у 82 %, нейтропенія у 71 %, та тромбоцитопенія у 65 % хворих. У пацієнтів без формування РВВ частіше були виражені астено-вегетативні розлади (55,6 % проти 7,4 % в порівнянні з групою з наявністю РВВ в подальшому) та тривалий субфебрилітет (33,3 % проти 7,4 % відповідно). Динаміка змін якості життя хворих на ХГС з тяжким фіброзом печінки на тлі ПВТ залежала від формування РВВ. Якість життя пацієнтів, у яких не відбулося формування РВВ, погіршувалася за рахунок зниження загального рівня здоров'я, фізичного функціонування, життєздатності та самооцінки психічного здоров'я, що характеризує настрій.

Висновки: У хворих на ХГС з тяжким фіброзом печінки (F 3-4) переважало інфікування 1b (63,5 %) та 3a (29,7 %) генотипом НСV. Формування РВВ відбулося у 72,9 % хворих та частіше визначалося за умов наявності швидкої вірусологічної відповіді ($p < 0,01$). Факторами, які негативно впливали на частоту досягнення ранньої вірусологічної відповіді у хворих на хронічний гепатит С з фіброзом печінки F 3-4, виявилися інфікування 1b генотипом НСV ($p < 0,01$), рівень вірусного навантаження > 600000 IU/ml ($p < 0,01$) та наявність супутнього цукрового діабету 2-го типу ($p < 0,01$). У пацієнтів без формування РВВ частіше ($p < 0,01$) були виражені астено-вегетативні розлади (55,6 % проти 7,4 %) та тривалий субфебрилітет (33,3 % проти 7,4 %). Динаміка змін якості життя хворих на хронічний гепатит С з тяжким фіброзом печінки (F 3-4) на тлі ПВТ залежала від формування РВВ.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЦА ПРИ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Марченко В.В.

Научний керівник: проф. Сыволап В.Д., доц. Лашкул Д.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней – 1

Цель работы: изучить особенности и взаимосвязи между структурно-функциональными параметрами сердца и результатами лабораторно-инструментальных исследований у пациентов с разными клиническими формами неклапанной фибрилляции предсердий (ФП).

Матеріали і методи. Обстежено 80 пацієнтів з неклапанною ФП (46 чоловік), середній вік - $63,4 \pm 1,1$ років. У 58 (72,5%) пацієнтів з ФП виявлена гіпертонічна хвороба (ГБ), у 13 (16,25%) – ішемічна хвороба серця (ІХС) в поєднанні з ГБ, у 5 (6,25%) ізольована ІХС. Всі хворих розділили на три групи в залежності від клінічної форми ФП: 1 група - 28 пацієнтів з пароксизмальною формою; 2 група - 35 пацієнтів з персистируючою формою, 3 група - 17 пацієнтів з постійною формою. Всім хворим проводилося стандартне об'єктивне дослідження, електрокардіографія. Дослідження гемодинамічних показників проводилося методом ехокардіографії в відповідності з рекомендаціями ASE/EAE. Функцію нирок оцінювали за швидкості клубочкової фільтрації (СКФ), яку розраховували за формулами СКФ-EPI, MDRD.

Результати дослідження. У пацієнтів з пароксизмальною формою ФП мала місце клінічно менш виражена серцева недостаточність (ФК по NYHA) порівняно з персистируючою ($1,36 \pm 0,23$ проти $2,26 \pm 0,15$, $p=0,001$) і постійною ($1,36 \pm 0,23$ проти $2,65 \pm 0,21$, $p=0,0004$) формами ФП. По мірі прогресування аритмії спостерігалося зниження фільтраційної здатності нирок. В групі пацієнтів з постійною формою ФП СКФ була достовірно нижче, ніж у пацієнтів з пароксизмальною формою ФП ($61,3 \pm 3,5$ проти $71,5 \pm 3,2$, $p=0,04$). При цьому порушення функції нирок (СКФ нижче 90 мл/мін/1,73 м²) спостерігалося у 100% хворих з постійною ФП, з персистируючою ФП у 80% ($p=0,05$). В групі хворих з постійною формою ФП частота пацієнтів з хронічною хворобою нирок (СКФ нижче 60 мл/мін/1,73 м²) достовірно вища, порівняно з пароксизмальною формою ($47,06\%$ проти $17,86\%$, $p=0,04$).

Пацієнти з пароксизмальною формою ФП, порівняно з постійною формою ФП, мали менші показники діаметра ЛП на $10,2\%$ ($p<0,001$), ПП на $11,32\%$ ($p=0,005$), КДР ЛЖ на $5,32\%$ ($p=0,04$), КДО ЛЖ на $12,5\%$ ($p=0,04$). При постійній формі ФП, порівняно з персистируючою формою, виявлено збільшення діаметра ЛП на $8,76\%$ ($p<0,001$), індекса об'єму ЛП на $15,46\%$ ($p=0,03$), діаметра ПП на $4,52\%$ ($p=0,04$), КДО ЛЖ на $12,88\%$ ($p=0,01$), КСО ЛЖ на $18,2\%$ ($p=0,04$), систолічного тиску в ЛА на $18,86\%$ ($p=0,005$).

При пароксизмальною ФП виявлені: концентрична гіпертрофія – $52,17\%$, ексцентрична гіпертрофія – $34,78\%$, концентричне ремоделювання у $4,35\%$, нормальна геометрія у $8,7\%$. У пацієнтів з персистируючою ФП також переважає концентрична гіпертрофія ЛЖ – 50% , ексцентрична у $40,63\%$, нормальна геометрія у $9,37\%$. В групі з постійною ФП - $71,43\%$ пацієнтів мали ексцентричну гіпертрофію ЛЖ, а $28,57\%$ - концентричну гіпертрофію.

У пацієнтів з пароксизмальною формою ФП встановлено позитивну кореляційну зв'язок між СКФ і рівнем гемоглобіна ($r=0,56$; $p<0,01$), гематокритом ($r=0,48$; $p<0,01$), удільною вагою сечі ($r=0,47$; $p=0,01$); і негативна - з віком ($r=-0,76$; $p<0,01$), тривалістю анамнезу ІХС ($r=-0,45$; $p=0,02$) і АГ ($r=-0,45$; $p=0,02$), рівнем глюкози крові ($r=-0,44$; $p=0,02$), діаметром ЛП ($r=-0,46$; $p=0,02$), ступенем мітральної регургітації ($r=-0,54$; $p<0,01$), ризиком інсульту за шкалою CHA₂DS₂-VASc ($r=-0,72$; $p<0,01$), ризиком кровотечень за шкалою HAS-BLED ($r=-0,55$; $p=0,02$).

Висновки: Прогресуюче перебіг неклапанною ФП, від пароксизмальною до постійної форми, характеризується збільшенням діаметра лівого і правого передсердь, переважає прогностично несприятливого типу ремоделювання (ексцентрична гіпертрофія), зниженням скоротливої здатності ЛЖ, фільтраційної здатності нирок, з двократним збільшенням пацієнтів з проявами хронічної хвороби нирок.

ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОГУМОРАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Мельник А.І., Зеленіна О.О.

Науковий керівник: проф. Михайловська Н.С.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра загальної практики – сімейної медицини

Мета роботи: визначити особливості нейрогуморальних порушень при ішемічній хворобі серця (ІХС), коморбідній з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, та їх взаємозв'язок з рівнем глікемічного контролю.

Матеріали та методи: до поперечного аналітичного дослідження увійшло 44 пацієнта: основна група – 28 хворих (середній вік $70,3 \pm 0,89$ року) з документально підтвердженою ІХС: стабільною стенокардією напруження II-III ФК у поєднанні з ЦД 2; група порівняння – 8 хворих (середній вік $69,49 \pm 1,53$ роки) на ІХС: стабільну стенокардію напруження без ЦД 2 типу. Основна група поділена на 2 підгрупи в залежності від цільового рівня HbA_{1c}: 1-а підгрупа – 14 хворих з рівнем