Мета: проаналізувати ефективність та оцінити частоту виникнення побічних реакцій у пацієнтів при використанні двох методів профілактики повторного інфаркту міокарда із залученням тікагрелору та клопідогрелю в склад подвійної антитромбоцитарної терапії.

Були проаналізовані історії хвороб 112 пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда протягом останнього року. До І групи увійшли 49 хворих (середній вік складав 66±16,5 років), які приймали в складі подвійної антитромбоцитарної терапії тікагрелор у дозі 90 мг × 2 р/д, а до ІІ групи – 53 хворих, (середній вік – 64± 15,2 років), які приймали клопідогрель 75 мг × 1 р/д. Обидві групи хворих паралельно приймали ацетилсаліцилову кислоту в дозі 75 мг/добу, а також іншу медикаментозну терапію з метою вторинної профілактики ІМ згідно усталених стандартів. Збір матеріалу проводився на базі Ужгородської РЛ та УМП.

У І групі хворих протягом року не було зареєстровано жодного випадку повторного ІМ, а в ІІ групі у 2-ох хворих (3,77%) розвинувся повторний інфаркт міокарда: у 1-го пацієнта (1,89%) був зареєстрований фатальний ІМ, 2-ий хворий (1,89%) переніс повторний нефатальний інфаркт міокарду. У І групі було зареєстровано 8 випадків (16,3%) побічних реакцій, у ІІ групі – 4 випадки (7,5%). У І групі зареєстровані наступні побічні реакції: задишка була виявлена у 2-ох пацієнтів (4,1%), шкірні гематоми – у 2-ох хворих (4,1%), лейкопенія – в 1-го хворого (2,04%), гіперурикемія – у 2-ох хворих (4,1%), підвищення рівня креатиніну – в 1-го хворого (2,04%). У ІІ групі: шкірні гематоми – у 1-го пацієнта (1,89%), лейкопенія – у 3-ох пацієнтів (5,66%). Задишка, гіперурикемія й підвищення рівня креатиніну не було зареєстровано в жодного хворого ІІ групи. В обох групах не спостерігались прояви малих або великих кровотеч, а також не було випадків затьмарення свідомості, парестезії, абдомінальних болів, закрепу, тромбоцитопенії.

Висновки: обидва методи профілактики повторного інфаркту міокарда з використанням в складі подвійної антитромбоцитарної терапії тікагрелора й клопідогреля – ефективні. Кращі результати отримали в групі хворих, які приймали тікагрелор (жодного випадку повторного інфаркту міокарда).

При використанні тікагрелору були виявлені більш часті побічні реакції. Найбільш частими ускладненнями при прийомі тікагрелору були поява задишки, шкірних гематом, рідше реєструвалася лейкопенія. Важливим є факт виявлення гіперурикемії та підвищення рівня креатиніну тільки в групі хворих, які приймали тікагрелор. При прийомі клопідогрелю кількість зареєстрованих побічних реакцій були значно меншими. У пацієнтів частіше виникала лейкопенія, рідше – шкірні гематоми. В обох групах хворих випадків появи малих або великих кровотеч не реєструвалось.

М.О. Корабельщикова, М.М. Росул, Н.В. Іваньо

Особливості виникнення гострого інфаркту міокарда в осіб молодого віку

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є провідною причиною смерті дорослого населення у всіх країнах світу та в Україні. За останні роки ця патологія стала частіше виникати у пацієнтів молодого віку, спричиняючи значну захворюваність, психологічні наслідки, фінансові обмеження та нерідко втрату працездатності.

Метою нашого дослідження отримати інформацію про особливості виникнення та перебігу ГІМ в осіб молодого віку.

Обстежено 50 хворих із ГІМ, у яких були проведені та проаналізовані дані загально-клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Особливу увагу надавали виявленню розповсюдження факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань у хворих молодого віку. Проведена статистична обробка отриманих даних .

В залежності від віку хворі були розділені на дві групи: 1 група – особи молодого віку до 45 років (25 хворих), 2-га група – хворі старшого віку від 46 до 70 років (25 хворих). Серед хворих молодого віку 92% були особи чоловічої статі та тільки 8% – жіночої, тоді як в старшій віковій групі особи чоловічої статі становили 48%, жіночої – 52%. Таким чином, в молодому віці серед хворих на ГІМ переважали чоловіки (92%), а в старшому віці збільшувалась частка жінок (52%). У 65,6% хворих із ГІМ молодого віку одночасно виявлялись 4–5 ФР, особливо несприятливим було поєднання таких ФР, як артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, цукровий діабет 2 типу, обтяжена спадковість та паління, що спостерігалось нами у 21,8% хворих. У хворих старшого віку паління мало місце майже удвічі рідше (у 12,3%), ніж в осіб молодого віку, проте надлишкова вага, гіподинамія та цукровий діабет 2-го типу виявлялися у два рази частіше (у 67,2%), ніж у осіб 1-ї групи. Порушення ліпідного обміну спостерігалось у всіх пацієнтів старшої вікової групи (100%), тоді як в молодому віці – у 87,6% випадків.

Аналіз даних ехокардіоскопічного дослідження свідчить про значно рідшу наявність ознак гіпертрофії відділів серця, зон акінезії та дискінезії, а також дисфункції лівого шлуночка у осіб молодого віку на відміну від хворих старшого віку, у яких ці зміни виявлялись частіше та були більш значимими (відповідно, 11,2%, 37,4%, 21,8% проти 38,5%, 57,6%, 42,3%, $p < 0,01$).

Аналіз даних коронарографії дозволив виявити відмінності кінетики міокарда: у хворих молодого віку в

75,4% вона була збережена, тоді як в старшому віці її порушення виявлялось у 97,3% хворих. Зміни кінетики міокарда у літніх хворих були особливо значущими при наявності у них артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу (48,3% хворих). В молодому віці були відсутні значні обструктивні зміни коронарних судин: односудинне ураження виявлялось у 31,9% хворих, двосудинне ураження – у 18,2%, трисудинне ураження – у 13,6%, ураження чотирьох судин – 4,5% хворих. У хворих старшого віку відповідні зміни спостерігались у 10,2%, 36,4%, 27,3% та 8,5% випадків. У 31,8% хворих молодого віку коронарні судини були інтактні, відзначався значний вазоспазм. Інтактні коронарні судини у осіб старшого віку спостерігали у 17,6%.

В молодому віці виникненню ГІМ вірогідно сприяє наявність 4-5 несприятливих факторів ризику, таких як дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, обтяжена спадковість та паління. Однією із можливих причин розвитку ГІМ у осіб молодого віку є виражений коронароспазм, беручи до уваги відсутність у них значних обструктивних змін коронарних судин.

А.В. Купкіна

Бронхіальна астма в дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням. Роль пробіотиків

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Відмічається зростання частоти бронхіальної астми серед дітей у світі. Однією з причин недостатнього контролю бронхіальної астми є наявність у пацієнтів супутніх захворювань, зокрема ожиріння [Юдина Л.В., 2010; Ходош Э.М., 2014]. Відповідь на терапію бронхіальної астми інгаляційними глюкокортикоїдами зменшується внаслідок додаткового системного запалення, підтримуваного активними речовинами, які виробляє жирова тканина [Победенная Г.П., 2014]. Ряд опублікованих досліджень підтверджують, що втрата ваги огрядними хворими на астму зумовлює поліпшення рівня функції легень і дихальних шляхів, толерантність до фізичного навантаження, зменшує частоту загострень астми, в тому числі випадків госпіталізації [Lang JE, 2014; Juel CTB, 2012]. У стандартах ведення хворих з БА National Heart, Lung, and Blood Institute, 2007 зазначено, що рекомендації по зниженню ваги хворим бронхіальної астми з надлишковою масою тіла та ожирінням можуть суттєво поліпшити контроль бронхіальної астми (рівень доказовості В) [Перцева Т.А., 2011].

Мета. Метою даної роботи було вивчення сучасних підходів до застосування пробіотиків для лікування бронхіальної астми у дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням згідно літературних даних.

Для вирішення поставленої мети було проаналізовано 11 вітчизняних та іноземних літературних джерел.

Нормальний склад мікрофлори кишківника відіграє важливу роль в регуляції маси тіла. Ожиріння є результатом розбалансованості енергетичного гомеостазу в організмі [Sanchez M. et al., 2015]. Зміни мікрофлори кишківника впливають на патофізіологію ожиріння через формування енергетичного дисбалансу, інсуліно-резистентності, метаболічного запалення [Ткач С.М. та ін., 2016]. Пробіотики позитивно впливають на мікрофлору кишківника шляхом модуляції її бактеріального складу, регулюють апетит та динаміку маси тіла, рівень глюкози і жировий обмін, зменшують хронічне системне запалення [Silva S.T. et al., 2013]. Застосування пробіотиків в комплексі дієтичних рекомендацій щодо контролю ваги здатне знизити рівень загального холестерину сироватки крові, ліпопротеїдів низької щільності та інших маркерів ожиріння [Залесский В.Н., 2014]. Найбільш виражений ефект продемонстрували штами Lactobacillus (зокрема, L.rhamnosus, L.gasseri, L.curvatus) та Bifidobacterium (B.longum, B.adolescentis). Терапія із застосуванням пробіотиків є безпечною, добре переноситься і підходить для тривалого використання [Kobyliak N. et al., 2016].

Проаналізований матеріал свідчить про доцільність застосування пробіотиків разом із призначенням спеціальної дієти та комплексу фізичних навантажень з метою лікування дітей, які хворіють на бронхіальну астму, поєднану з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Л.Ф. Матюха, Н.В. Медведовська

Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Вітчизняна галузь охорони здоров'я доволі безсистемно реагує на проблеми, що виникають щодо хронічних захворювань, а її бюджет є недостатнім для боротьби з ними. Низький рівень