

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблеми та перспективи сімейної медицини в Україні» 26–27 жовтня 2017 р. (м. Київ, Україна)

Алкогольний цироз печінки на тлі загострення хронічного бронхіту і печінкова енцефалопатія

Вірстюк Н.Г., Кобітович І.М.

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Мета дослідження: оцінити вплив загострення хронічного бронхіту (ХБ) на розвиток і перебіг печінкової енцефалопатії (ПЕ) у хворих на алкогольний цироз печінки (АЦП).

Матеріали та методи. Обстежено 100 хворих на АЦП класу В та С за Чайльд — П'ю, 82,00 % чоловіків і 18,00 % жінок віком $47,2 \pm 3,9$ року: 48 хворих без поєднання з ХБ (І група); 52 хворих на тлі загострення ХБ (ІІ група). Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб. Проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Для оцінки ПЕ використовували критерії West Haven.

Результати та обговорення. У 54,17 % хворих на АЦП І групи встановлено печінкову енцефалопатію І стадії, у 35,42 % — ІІ, у 10,42 % — ІІІ стадії. У хворих ІІ групи ПЕ І стадії виявлено у 17,31 %, ІІ — у 50,0 %, ІІІ стадії — у 32,69 % ($p < 0,05$). У пацієнтів з АЦП та АЦП у поєднанні з ХБ клінічно ПЕ проявлялась порушенням сну, сонливістю вдень та інверсією сну (58,33 і 75,00 % відповідно), зниженням мнестичних функцій, здатності до логічного мислення та концентрації уваги (52,08 і 73,08 %), у тому числі подовженням тривалості тесту ТМТ-час ($61,59 \pm 2,38$ і $72,84 \pm 3,03$ с), порушенням настрою за рахунок депресії, агресивності, дратівливості (20,83 і 28,85 %), ейфорії, неадекватної оцінки власного стану (43,75 і 57,69 %), астериксису (флепінг-тремору) у вигляді ляпаючих рухів (54,17 і 76,92 %), конструктивної апраксії (41,67 і 55,77 %). Виявлено прямі кореляції між стадією ПЕ та вмістом білірубину і показником міжнародного нормалізованого відношення ($r = +0,63$ і $r = +0,45$ відповідно, $p < 0,05$).

Висновки. Загострення ХБ сприяє наростанню стадії ПГ, що може бути несприятливою ознакою прогресування АЦП і вимагає своєчасної адекватної терапії.

Особливості кластерів коморбідних захворювань у хворих на остеоартроз як фактори персоніфікованих удосконалень комплексної терапії

Волошина Л.О., Шкарутяк А.Є., Догаліч О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Остеоартроз (ОА) — вік-залежне захворювання суглобів, якому властивий зростаючий рівень коморбідних захворювань (КЗ), що є причиною вимушеної поліпрагмазії.

Мета дослідження: дослідити особливості формування КЗ у хворих на ОА, їх вплив на персоніфікацію вдосконалення лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 312 хворих на ОА віком 37–76 років, серед яких 82,4 % жінок. Хворі поділені на три групи: до 50 років, 51–60 років, > 60 років. Методи дослідження: клінічні, інструментальні, біохімічні, статистичні.

Результати. У хворих до 50 років ОА проявлявся олігоостеоартрозом, помірними проявами 2–3 КЗ з добрим результатами лікування ОА і КЗ. У віці 51–60 років зростає системність ОА та КЗ (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, окрім гастродуодено- та холецистопатій з'являються панкреатопатії та вторинні ентероколотопатії, ожиріння, цукровий діабет, гіпотиреоз), ускладнюються лікувальні комплекси, зростають рівні кардіоваскулярних (КВР) та гастроінтестинальних ризиків (ГІР), частота побічних ефектів від ліків. У хворих віком > 60 років зростає частота, вираженість КЗ, погіршується комплаєнс лікування та його результати. Число КЗ у групі 51–60 років зростає до 4–6, > 60 років — 6–9, а рівні КВР — до високого і дуже високого, ГІР — до високого. За патогенетичними механізмами КЗ об'єднали в кластери: домінуючий — кластер судинних хвороб (визначає КВР); кластер уражень травної системи та несамотійний кластер метаболічних порушень (ожиріння, цукровий діабет, гіпотиреоз), що «вплітався» на 2/3 у судинний кластер та 1/3 — у кластер системи травлення, посилюючи їх прояви. Відповідно до ролі