

ДОСВІД РОБОТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО КАБІНЕТУ ПРИ ННМЦ «УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА» ЗДМУ: РЕЗУЛЬТАТИ ОДНОРІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Михайловський Я.М.

Науковий керівник: д.мед.н. Колесник М.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Вступ. Стандартним компонентом лікування хворих з фібриляцією передсердь (ФП) є прийом оральних антикоагулянтів, серед яких найбільш вивченим та ефективним залишається варфарин(ВФ). ВФ характеризується вузьким терапевтичним діапазоном, при перевищенні якого зростає ризик кровотеч, варіабельністю фармакокінетики, щовизначає необхідність індивідуального підбору дози та постійного лабораторного контролю при його застосуванні шляхом визначення міжнародного нормалізованого відношення (МНВ). Тому доцільним є створення антикоагулянтних кабінетів для постійного динамічного спостереження за цією категорією пацієнтів. Мета роботи: визначити результати роботи антикоагулянтного кабінету, створеного на базі ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМУ, протягом одного року. Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих з ФП (середній вік – $67,7 \pm 1,3$ р., чоловіків – 20, жінок – 20), які після призначення варфарину знаходились під амбулаторним спостереженням протягом року. Проводили комплексне обстеження відповідно до загальноприйнятих стандартів, визначали міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) щомісяця, оцінювали ризик тромбоемболічних подій за шкалою CHA2DS2-VASC та ризик кровотеч за шкалою HAS-BLED. Підбір та контроль дози ВФ проводили за стандартною методикою. За умови, що МНВ було в межах 2,0-3,0 менше ніж у 60% вимірів, його вважали лабільним. Результати дослідження. Постійна форма ФП виявлена у 25 (62,5%) хворих, персистуюча – у 15 (37,5%), пароксизмальна – у жодного хворого. Серед етіологічних факторів ФП переважала ішемічна хвороба серця, яка виявлена у 35 (87,5%) хворих. У 3 (7,5%) причиною ФП була хронічна ревматична хвороба серця, у 2 (5%) – тиреогеннакардіоміопатія. Середній бал за шкалою CHA2DS2-VASC склав $3,53 \pm 0,23$, а за шкалою HAS-BLED – $2,18 \pm 0,18$. Середня доза ВФ склала $5,23 \pm 0,26$ мг. Лабільність МНВ спостерігалась у 25 (62,5%) хворих. Серед препаратів, що впливають на метаболізм ВФ, 6 (15%) хворих приймали аміодарон, 35 (87,5%) – статини. Протягом року геморагічні ускладнення(малі кровотечі) виникли у 16 (40%) хворих, серед яких підшкірні гематоми – у 7, гемофтальм – у 5, кишкові кровотечі – у 1, носові кровотечі та кровотечі з ясен – у 4 пацієнтів. Великі кровотечі не виникли у жодного хворого. Тромбоемболічні ускладнення протягом року не зафіксовані. Висновки. Створення антикоагулянтних кабінетів забезпечує більш якісний контроль лікуванняхворих з ФП, і тому є доцільним і перспективним у профілактиці тромбоемболічнихускладнень.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ АСИМЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГІНІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ПОЄДНАНУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Міняйленко Л.Є.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Михайловська Н.С.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра загальної практики – сімейної медицини

Вступ. Спільним патогенетичним механізмом, що впливає на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС) та неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) і призводить до прогресування обох захворювань є ендотеліальна дисфункція, одним із маркерів якоїна сьогодні вважають симетричний диметіларгінін (ADMA). Мета роботи: вивчити клініко-патогенетичну роль асиметричного диметіларгініну у хворих на ІХС, поєднану з НАЖХП. Матеріали та методи: до поперечного відкритого рандомізованого аналітичного дослідження в паралельних групах залучено 86 пацієнтів: основну групу склали 34 хворих, з документально підтвердженою ІХС: стабільною стенокардією напруження II-III функціонального класу у поєднанні з НАЖХП, медіана віку 60 ($57,5$; 66); група порівняння – 32 хворих на ІХС без НАЖХП, медіана віку $60,5$ ($51,5$; $65,6$). Контрольну групу склали 20 здорових осіб, медіана віку 58 (54 ; 60). Дослідження функціональних проб печінки проводили за загальноприйнятими методиками. Рівень асиметричного диметіларгініну визначали імуноферментним методом за

допомогою стандартних наборів реактивів (Immundiagnostik, Germany). Товщину комплексу інтима-медіа ендотелію судин вимірювали на апараті Saote Mylab 40 (Італія). Результати. Виявлено, що у хворих на ІХС з НАЖХП сироватковий рівень ADMA був на 42% вище ніж у здорових осіб та на 21% порівняно з групою хворих на ІХС без патології печінки ($p < 0,05$). Товщина комплексу інтима-медіа суттєво переважала у групі хворих з коморбідною патологією: 1,15 мм проти 0,94 мм у хворих на ІХС та 1,12 мм проти 0,78 мм у здорових осіб ($p < 0,05$). Серед пацієнтів основної групи реєстрація потовщення комплексу інтима-медіа була на 15% частіше, ніж у осіб з без патології печінки ($\chi^2 = 4,89$; $p < 0,05$). Для оцінки доцільності практичного використання визначення сироваткового рівня ADMA був проведений ROC-аналіз. Визначено, що рівень ADMA $> 0,74$ мкмоль/л є точкою відсікання, і має оптимальне співвідношення чутливості (80%) до специфічності (82,9%) щодо діагностики ремоделювання судин. Ця статистично обґрунтована порогова величина є високовірогідним фактором, асоційованим зі структурно-функціональними змінами ендотелію судин у хворих на ІХС в поєднанні з НАЖХП. У хворих на ІХС та НАЖХП виявлено достовірний прямий кореляційний взаємозв'язок рівня ADMA з концентрацією загального холестерину ($r = +0,47$; $p < 0,05$), ІМТ ($r = +0,53$; $p < 0,05$), глюкозою ($r = +0,65$; $p < 0,05$) та достовірний від'ємний зв'язок ADMA з ЛПВЩ ($r = -0,48$; $p < 0,05$); ТКІМ з ІМТ ($r = +0,56$; $p < 0,05$), рівнем глюкози ($r = +0,43$; $p < 0,05$), рівнем САТ ($r = +0,46$; $p < 0,05$); ADMA і основних індикаторів ураження печінки: ЛФ ($r = +0,71$; $p < 0,05$), АЛТ ($r = +0,76$; $p < 0,05$). Висновки. У хворих на ІХС, поєднану з НАЖХП, спостерігається збільшення сироваткового рівня асиметричного диметиларгініну, який з чутливістю (80%) та специфічністю (82,9%) дозволяє діагностувати структурно-функціональні зміни судинного ендотелію у цієї категорії хворих. Маркер ендотеліальної дисфункції ADMA у хворих з ІХС та НАЖХП асоціюється з метаболічними порушеннями (ІМТ, рівнем глюкози, загального холестерину) та індикаторами ураження печінки (АЛТ, ЛФ), що відображає його участь у розвитку і прогресуванні цієї коморбідної патології.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В ОАИТ ЗАПОРОЖСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Молчанов А.О.

Научный руководитель: Мангуренко О.И.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра хирургии, анестезиологии и ИТ ФПО

Цель исследования: определить бактериологический профиль отделения анестезиологии с койками интенсивной терапии (ОАИТ) КП «ГКБЭ и СМП г. Запорожья», установить доминирующие микроорганизмы, их чувствительность и резистентность к антибактериальным препаратам в 2015 – 2016 гг.; обосновать рациональную эмпирическую антибактериальную терапию. Материалы и методы: проанализированы результаты 825 бактериологических исследований, проведенных с января 2015 по декабрь 2016 года в ОАИТ согласно соответствующим методическим указаниям. Для определения антибиотикочувствительности и антибиотикорезистентности были использованы наборы дисков с 33 антибактериальными препаратами. Обработка результатов проведена компьютерной программой WHONET 5.6. Полученные результаты: на протяжении последних 2-х лет стабильно доминировали Гр- (*E.coli*, *P.aeruginosa*, *A.baumannii*) и Гр+ (*E.faecalis*) микроорганизмы, причем частота выделения неферментирующих бактерий *E.coli* и энтерококков значительно увеличилась при уменьшении частоты обнаружения *K.pneumoniae*. Также в сравнении с 2010-2012 гг. наблюдается увеличение частоты выделений Гр+ микроорганизмов и уменьшение частоты выделений Гр- штаммов. Резистентность менее 25% определена: у *E.faecalis* - к ванкомицину и линезолиду; у *E.coli* – к меропенему, этрапенему, имипинему; *P.aeruginosa* к тайгециклину 23%.; *A.baumannii* к гентамицину, тобрамицину и тайгециклину. Выводы: с целью эмпирической антибиотикотерапии в ОАИТ КП «ГКБЭ и СМП г. Запорожья» целесообразно применение ванкомицина и линезолида при *E.faecalis*; Меропенем, этрапенем, имипинем при *E.coli*; Тайгециклин при *P.aeruginosa*; При *A.baumannii* - гентамицин, тобрамицин и тайгециклин. Проведенные исследования демонстрируют необходимость коррекции системы профилактических и противоэпидемических мероприятий, предусмотренным приказом МОЗ Украины № 236 от 4.04.2012г.