

**Громадська організація
«Київський медичний науковий центр»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА
НА СУЧАСНОМУ ІСТОРИЧНОМУ ЕТАПІ»**

1–2 травня 2020 р.

Київ
2020

Ластівка І. В., Оксенюк О. В. ВИПАДОК НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ У ДИТИНИ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ.....	79
Лахно О. В., Цівенко О. І., Жигасва Н. В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОЛМЕСАРТАН МЕДОКСОМІЛУ У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ	83
Лахно О. В., Цівенко О. І., Ковтун І. С. ЗАСТОСУВАННЯ ПАНТОПРАЗОЛА В ЛІКУВАННІ GERX У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ.....	85
Рудь О. М. ОБґРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ НОВОГО СПОСОБУ ПРОГНОЗУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ЩО АСОЦІЙОВАНА З ДИСГАРМОНІЙНОЮ ЖИРОВОЮ КОМПОНЕНТОЮ МАСИ ТІЛА.....	90
Савенков Д. Ю., Романуха К. Г. МЕТОДОЛОГІЯ НАКЛАДАННЯ АПАРАТНИХ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ	94
Семенко В. В. КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ L-АРГІНІНУ У ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ	98
Сизон О. О., Бабак І. Д., Дашко М. О., Чаплик-Чижо І. О. ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВОГНИЩЕВОЮ АЛОПЕЦІЄЮ НА ФОНІ ДИСБАЛАНСУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ.....	101
Сизон О. О., Дашко М. О., Чаплик-Чижо І. О., Возняк І. Я. ОПТИМІЗАЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АКНЕ ТА АКНЕФОРМНИМИ ДЕРМАТОЗАМИ.....	106
Соломко Д. С. АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ІНТРАНАЗАЛЬНИХ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ	111
Удод О. А., Костенко Р. С. КРАЙОВЕ ПРИЛЯГАННЯ У ПРЯМИХ ВІДНОВЛЕННЯХ ЗУБІВ.....	114
Удод О. А., Роман О. Б. ДОСЛІДЖЕННЯ ГЛИБИНИ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ ФОТОКОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ	116
Хапченкова Д. С., Дубина С. О., Розумієнко С. В. ВІЯВЛЕННЯ СИНДРОМУ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ У ЛЮДЕЙ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.....	119

високоєфективним засобом для лікування пацієнтів з СД, АГ з нормальною, надмірною масою тіла та ожирінням.

Література:

1. Стрес і хвороби системи кровообігу / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацької. – 2015. – 354 с.
2. Giles T.D., Robinson T.D. Effects of olmesartan medoxomil on systolic blood pressure and pulse pressure in the management of hypertension // Am. J. Hypertens. – 2014. – Vol. 17 (8). – P. 690-695.
3. Walters P.E., Gaspari T.A., Widdop R.E. Angiotensin-(1-7) acts as a vasodepressor agent via angiotensin II type 2 receptors in conscious rats // Hypertension. – 2015. – Vol. 45. – P. 960-966.

Лахно О. В., кандидат медичних наук,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології

Цівенко О. І., кандидат медичних наук,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології

Ковтун І. С., лікар-інтерн кафедри
внутрішньої медицини № 3 та ендокринології

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

ЗАСТОСУВАННЯ ПАНТОПРАЗОЛА В ЛІКУВАННІ ГЕРХ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ

В даний час найбільш масовими видами патології стали атеросклероз, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет типу 2 (ЦД-2), ожиріння. Комплекс метаболічних, гормональних і клінічних порушень, які є факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань, в основі яких лежать інсулінорезистентність і компенсаторна гіперінсулінемія, в літературі відомий під назвами «синдром достатку», «метаболічний синдром» (МС), «синдром Х» [1; 3]. Одним з клінічних ознак МС є абдомінально-вісцеральне ожиріння. Згідно з даними літератури, клінічні зміни з боку органів травлення у хворих з МС найрізноманітніші, характеризуються

наявністю перехресних синдромів, обумовлених поліорганною патологією. З усього різноманіття захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) відноситься до найбільш поширеним [2].

В даний час недостатньо вивчені фактори, що сприяють розвитку ГЕРХ, її ускладнень. Роль деяких факторів ризику ГЕРХ, зокрема ЦД-2 і ожиріння, оцінюється неоднозначно. Принципи лікування ГЕРХ в рамках метаболічного синдрому не змінюються і полягають в призначенні адекватних доз ІПП. Вони перевершують блокатори H₂-рецепторів гістаміну, прокінетики, цитопротектори і плацебо як за темпами загоєння ерозій при рефлюкс-езофагіті, так і по ефективності контролю симптомів захворювання [1]. ІПП найбільш ефективно підтримують ендоскопічну ремісію ГЕРХ. Більшість досліджень показують, що найбільш ефективні в лікуванні ГЕРХ з супутньою патологією ІПП, проте ці дані суперечливі і недостатньо вивчені [3].

З урахуванням усього вищевикладеного мета цієї роботи вивчити ефективність пантоприазолу в лікуванні хворих ГЕРХ в поєднанні з ЦД-2 на тлі ожиріння.

Матеріал і методи дослідження.

На базі ендокринологічного і гастроентерологічного відділення КНП ХОР «ОКЛ» м. Харкова було проведено анкетування 39 хворих з ЦД-2 на тлі ожиріння, у 30 з них виявлено ГЕРХ. Під спостереженням знаходилися хворі у віці від 45 до 62 років, з них 12 чоловіків і 17 жінок, тривалістю захворювання від 3 до 15 років. ІМТ $25,7 \pm 4,0$. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

На першому етапі роботи з пацієнтами проводили співбесіду і підписання інформованої згоди на участь у дослідженні. Підготовчий період включав скринінг хворих за відповідними критеріями включення і виключення, визначення вихідного стану, проведення біохімічного та загальноклінічного досліджень крові. За 72 години до початку обстеження хворі не приймали ІПП та інші антисекреторні засоби.

Верифікація діагнозів здійснювалася відповідно до класифікації МКБ-10, діагноз ЦД встановлювали відповідно до класифікації (ВООЗ, 1999). Розподіл хворих за статтю та віком проводилося відповідно до Міжнародної класифікації вікових періодів. Вивчено анамнестичні дані про тривалість, тяжкості перебігу діабету, ускладнення захворювання. Ожиріння підтверджувалося підвищенням індексу маси тіла. Ожиріння I ступеня діагностовано у 12 (40%)

хворих, II ступеня – у 18 (60%) хворих. У хворих мали місце клінічні та / або ендоскопічні прояви ГЕРХ. Проведено добову рН – метрію за допомогою апарату «Гастроскан-24», ендоскопічне дослідження стравоходу і шлунка з біопсією. Для ендоскопічної оцінки ступеня ураження стравоходу використовували Лос-анджелеської класифікації (1997).

Критеріями включення пацієнтів були наявність клінічних симптомів загострення ГЕРХ, а також симптомів порушення моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (відчуття важкості і розпирання в епігастральній ділянці після їжі, нудота, блювота, відрижка) і виявлення при ЕГДС змін слизової оболонки стравоходу. Критеріями виключення з'явилися органічні або функціональні захворювання стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, важкі супутні захворювання в стадії загострення, алергічні реакції до ІПП в анамнезі.

У всіх пацієнтів початково, через 14 днів і через 3 місяці терапії визначали параметри вуглеводного обміну і проводилася рН-метрія, ендоскопічне дослідження стравоходу і шлунка. Ендоскопічна картина до лікування: відсутність змін – 8, катаральний рефлюкс-езофагіт – 11, ерозивний рефлюкс-езофагіт LA A – 4, LA B – 3, LA C – 4.

Всі хворі отримували традиційну терапію яка включала: дієтотерапію, метформін в дозі 500мг 2 рази на добу, запиваючи достатньою кількістю води, при необхідності дозу підвищували до 1500-2000 мг/добу, в якості антисекреторних препаратів – пантопразол в дозі 40 мг / добу вранці натщесерце. Безумовно, ІПП забезпечують виконання правила Белла, згідно з яким для загострення виразок і ерозій при лікуванні ГЕРХ внутрішньочеревного рН більшу частину доби має підтримуватися на рівні > 4 [1]. При призначенні стандартної дози ІПП хворим як з ерозивно, так і неерозивної формою захворювання купірувати симптоми вдається в 80% випадків [3]. Пантопразол є найбільш рН-селективним ІПП. Він швидко активується при низьких значеннях рН і практично припиняє перетворення в активну речовину при рН 5, що обмежує можливий небажаний вплив на SH-групи тканин, які не мають відношення до секреції соляної кислоти. Ця особливість фармакокінетики робить пантопразол найбільш безпечним при тривалій терапії. Пантопразол виділяється в ряду ІПП завдяки особливостям метаболізму в системі цитохромів P450, які забезпечують найменший профіль лікарських взаємодій, що робить

його найбільш надійним при лікуванні ГЕРХ у хворих з супутньою патологією, що вимагає недікаментозної корекції.

Результати та обговорення.

Результати нашого дослідження підтвердили ефективність і безпеку пантопрозолу в терапії ГЕРХ в поєднанні з ЦД 2-го типу на тлі ожиріння. Показники вуглеводного обміну у обстежених пацієнтів представлені в табл. 1. В динаміці терапії цукрознижувальна терапія забезпечувала достовірне поліпшення контролю глікемії: тощакової і постпрандіальна глюкоза, глікозильований гемоглобін ефективно знижувалися в порівнянні з вихідними величинами.

Таблиця 1

Показники вуглеводного обміну у обстежених хворих до і після лікування (M ± m)

Показник	До лікування	Після лікування	p*
Глікемія тощакова, ммоль/л	7,78 ± 0,68	6,12 ± 0,34	<0,01
Глікемія постпрандіальна, ммоль/л	11,3 ± 0,37	7,7 ± 0,23	<0,001
HbA1c, %	7,39 ± 0,08	6,7 ± 0,11	<0,05

p* – достовірність відмінностей показників після лікування в порівнянні з вихідними даними

На тлі прийому пантопрозол 40 мг/добу до 14-го дня лікування спостерігалось зниження проявів синдрому шлункової диспепсії: купірування печії у 73,3%, регургітації у 16,6% хворих, початково що зазнали ці симптоми.

Виражена ефективність лікування хворих з ГЕРХ з використанням пантопрозолу у зв'язку з вираженим пригніченням шлункової секреції у пацієнтів з поєднаною патологією. При проведенні добового рН-моніторингу виявилось, що до кінця першої доби терапії при застосуванні пантопрозолу рівень рН > 4,0 в шлунку пацієнтів утримувався 764 ± 53 хв, причому середнє значення рівня рН в шлунку хворих до кінця першої доби лікування склало 4,10 ± 0,41. Через 14 діб терапії рН > 4,0 в шлунку хворих утримувалася протягом тисячу сорок вісім ± 97 хв, а середнє значення рівня рН в шлунку пацієнтів до кінця лікування склало

4,92 ± 1,15 (p > 0,05). При ендоскопічному дослідженні у 100% пацієнтів з I і II ступенем ГЕРХ були відсутні ерозійні зміни слизової дистального відділу стравоходу і її запальний набряк. Тільки у 5% хворих з III ступенем ГЕРБ замість зливних ерозій, які займали всю поверхню слизової дистального відділу стравоходу, реєструвалися поодинокі ерозії. Повне загоєння ерозій відбувалося з 4 по 8 тиждів лікування. У контрольному біопсійному матеріалі у 85% обстежених відзначалася нормалізація, а у 15% значне поліпшення морфологічних проявів захворювання.

На підставі отриманих результатів можна зробити висновок, що пантопризол є високоефективним засобом для лікування ГЕРБ в поєднанні з ЦД-2 на тлі ожиріння, прискорює загоєння дефектів слизової стравоходу, усуваючи клінічні прояви захворювання. Отримані результати дають підставу для широкого застосування його в клінічній практиці сімейного лікаря.

Література:

1. H-Serag H.B., Sweets., Winchester C.C., Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut. 2014;63(6):871-80.
2. Santiago-Fernandez C., Garcia-Serrano S., Tome M., Valdes S., Ocana-Wilhelmi L, Rodriguez-Canete A., Tinahones F.J., Garcia-Fuentes E., Garrido-Sanchez L. Ghrelin levels could be involved in the improvement of insulin resistance after bariatric surgery. Endocrinol. Diabetes Nutr. 2017;64(7):355-62.
3. Ze E.Y., Kim B.J., Kang H., Kim S.G. Abdominal visceral to subcutaneous adipose tissue ratio is associated with increased risk of erosive esophagitis. Dig. Dis. Sci. 2017;62(5):1265-71.