

ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ І СХЕМ ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ПІСЛЯ БАРІАТРИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Рзаєва А.А.,

Науковий керівник: Рогачова Т.А.,
кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології
Харківський національний медичний університет

Мета. Проаналізувати сучасні підходи до діагностики та лікування залізодефіцитної анемії після бariatричного лікування та описати їх.

Матеріали і методи. Було проаналізовано та вивчено 15 наукових досліджень з використанням таких баз даних як Pubmed та Scopus.

Результати дослідження. Перед проведенням бariatричного лікування необхідно визначити вихідний рівень сироваткового заліза, феритину та трансферину, гормони щитоподібної залози, адже пацієнти з ожирінням частіше мають дефіцит заліза. Дослідження вказують на можливий взаємозв'язок між важкістю анемії та наявністю гіпотиреозу, що пояснюється впливом гормонів щитоподібної залози на еритропоез та рівень еритропоєтину. Доведено менший ризик розвитку анемії після рукавної гастректомії. Окрім того, ризик розвитку залізодефіцитної анемії збільшується наявністю рясних менструацій. Лікування має ґрунтуватися на застосуванні пероральних препаратів сульфату двовалентного заліза в дозуванні 80-195 мг на день через 2 години після прийому їжі, а при їх непереносимості або при тяжкій анемії – на використанні внутрішньовенних препаратів заліза. Для підвищення біодоступності заліза додатково призначають вітамін С. Окрім цього, рекомендується дотримання дієти з підвищеним вмістом гемового заліза та продуктів, що покращують його засвоєння (наприклад, фруктових соків). Пацієнтам після бariatричних операцій рекомендується визначення рівня заліза та феритину кожні 6-8 тижнів протягом першого року, а потім через кожні 6-12 місяців. Науковці виявили, що вищий ризик залізодефіцитної анемії пацієнти мають через 2 роки після бariatричного лікування. У зв'язку з цим певні дослідження вказують на те, що в післяопераційному періоді хворим потрібне профілактичне інфузійне введення препаратів заліза та курсове застосування пероральних препаратів, втім ефективність, дозування, вибір та доцільність оптимального препарату залишається предметом подальших досліджень.

Висновки. Оптимізація діагностики та схем лікування залізодефіцитної анемії після бariatричних втручань є одним з актуальних аспектів ведення даної категорії пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді. Подальші дослідження необхідні для визначення найкращої стратегії обстеження, профілактики та лікування залізодефіцитної анемії у пацієнтів після бariatричних операцій.

ENDOTHELIAL DYSFUNCTION PARAMETERS IN PATIENTS WITH METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDE COURSE

Aleksandrova T., Tverezovska I., Aleksandrov T.

Scientific advisor: MD, Prof. Zhelezniakova N.

Department of Internal Medicine No. 1

Kharkiv National Medical University

Introduction. Currently metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is considered to be one of the diseases associated with metabolic disorders, including violations of carbohydrate metabolism, coupled with obesity, insulin resistance and endothelial dysfunction (ED). The presence of MASLD and arterial hypertension (AH) comorbide course is believed to be associated with cardiovascular disease (CVD) increased risk. Oxidative stress

development is the key factor in the emergence ED – the process of cell free radicals cumulation adversely affecting it's function and membrane integrity. ED occupies a prominent place in the pathogenetic mechanisms of CVD and chronic systemic inflammation development. According to a number of researches, a series of vascular inflammation markers being significant CVD risk factors were reported: levels of fibrinogen, C-reactive protein (CRP), uric acid and endothelial nitric oxide synthase (eNOS).

Objective: To find out the possible relation between ED parameters (fibrinogen, CRP, uric acid, eNOS) and AH progression stage in patients with MASLD and AH comorbide course.

Materials and methods. 46 patients with MASLD were examined. They were divided into 3 groups: group 1 – 15 patients with MASLD, group 2 – 11 patients with MASLD and AH stage 1) and group 3 – 20 patients with MASLD and AH stage 2. Control group was formed of 15 apparently healthy people.

Results. CRP level analysis evidenced it's increase in the group of patients with MASLD and AH stage 2 compared to the group of patients with isolated MASLD ($p<0.05$) and the control group ($p<0.01$). Comparing the fibrinogen level in the studied groups of patients, a gradual increase of this indicator was found in the groups of patients with MASLD both with and without AH compared to the control group ($p>0.05$). UA level was statistically increased in group MASLD with AH stage 2 compared to the group MASLD without AH ($p<0.05$) and control group ($p<0.01$). It was also determined that UA level was higher when comparing the groups of patients with MASLD and AH stage 1 and AH stage 2 ($p<0.05$).

Conclusions. It has been found that ED parameters were statistically increased through AH progression in patients with MASLD and AH comorbide course that may indicate an independent influence of AH on the ED development in patients with MASLD.

СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ТА ОЖИРІННЯ: АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ІМТ І КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИМИ ПРОЯВАМИ

Блест О.А., Буришин О.В

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Кедик А.В.

Кафедра госпітальної терапії

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета роботи. Оцінити клініко-лабораторні прояви СНзбФВ у пацієнтів залежно від ІМТ.

Матеріали і методи дослідження. Проведено аналіз 82 історій хвороб стаціонарних хворих КНП «ЗОКЦКК» ЗОР із встановленим діагнозом СН із збереженою фракцією викиду за 2021-2025 рр., яких розділено на дві групи: ІМТ <30 кг/м² (n=40) та ІМТ >30 кг/м² (n=42). Оцінювали демографічні дані пацієнтів, наявність коморбідних захворювань, лабораторні та ехокардіографічні (ЕхоКГ) показники.

Результати. Середній вік пацієнтів з ІМТ <30 кг/м² становив $59,5\pm2,3$ р., з ІМТ >30 кг/м² – $63,5\pm1,6$ р.. Поширеність супутніх захворювань у пацієнтів без ожиріння: ішемічна хвороба серця (ІХС) наявна у 48,7% (n=19), стабільна стенокардія напруження – у 43,5% (n=17), артеріальна гіпертензія (АГ) – у 90% (n=36), фібриляція передсердь (ФП) – у 30% (n=12), цукровий діабет 2 типу (ЦД) – у 25% (n=10), хронічна хвороба нирок (ХХН) – у 7,5% (n=3). Структура коморбідних захворювань у групі пацієнтів з ожирінням: ІХС – 78,5% (n=33), стенокардія – 64% (n=27), АГ – 98% (n=41), ФП – 29% (n=8), ЦД 2 типу – 40% (n=17), ХХН – 7% (n=3). Комбінація типових симптомів серцевої недостатності (задишка, набряки гомілок, знижена толерантність до фізичного навантаження) значно частіше спостерігались у пацієнтів з ожирінням – 32,5% (n=37), ніж у пацієнтів без даного захворювання – 10,8% (n=4). За даними ЕхоКГ, у пацієнтів з ІМТ >30 кг/м² виявлено достовірне збільшення товщини міжшлуночкової перегородки (МШП) – $1,3\pm0,02$ см ($p=0,002$) та задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) – $1,2\pm0,01$ см ($p=0,001$) порівняно з пацієнтами без ожиріння : МШП – $1,2\pm0,02$ см, ЗСЛШ – $1,12\pm0,02$ см.