

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ



25-26 КВІТНЯ 2019 р.

УДК 616.1/4-056.7 : 614.2(477)(043.2)

Редакційна колегія:

В.А. Штанько, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 Одеського національного медичного університету, к.мед.н., доцент;

В.І. Величко, завідувач кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету, Голова Асоціації сімейної медицини Одеського регіону;

С.А. Тихонова, професор кафедри внутрішньої медицини №2 Одеського національного медичного університету, д.мед.н.;

Л.С. Холопов, доцент кафедри внутрішньої медицини №2 Одеського національного медичного університету;

О.В. Хижняк, доцент кафедри внутрішньої медицини №2 Одеського національного медичного університету

Актуальні питання спадкоємності ведення пацієнта з поліморбідною патологією внутрішніх органів в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні: наук.-практ. конф. Одеса: ТОВ «Н-Побута», 2019. – 47 с. (укр., рос., англ)

У збірці наведено тези доповідей IV науково-практичної конференції «Актуальні питання спадкоємності ведення пацієнта з поліморбідною патологією внутрішніх органів в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні», яка відбулася в Одесі 25-26 квітня 2019 року.

УДК 616.1/4-056.7 : 614.2(477)(043.2)

©ТОВ «Н-Побута»

действующих факторов окислительного, микрокристаллического, гидродинамического стрессов, старения и др, в чем на наш взгляд есть интерес и необходимость.

Таким образом, метаболические сети как центральные, имеющие большое количество связей, так и периферические, оказываются уязвимыми. При удалении 5 % **узлов** распадается вся сеть. Например, глюкокортикоидные рецепторы и витамина Д обеспечивают провоспалительный эффект, а рецептор, активируемый пероксисомным пролифератором (PPARL) включает иммуномодулирующее действие; ГМГ-КоА – липидкорректирующий ремодулятор кости. Знание и понимание этих взаимодействий может реализовать при терапии несколько эффектов, обеспечивая клинический результат не только основного, но и сопутствующих заболеваний («таблетка от всего»).



ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Венгер Я.И., Величко В.И., Фомин А.В., Данильчук Г.А.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Частота случаев ожирения достигла эпидемического размаха в большинстве стран мира и продолжает расти с потрясающей скоростью. Ожирение во взрослом возрасте связано со снижением продолжительности жизни как для мужчин, так и для женщин. Предполагается, что устойчивый рост ожидаемой продолжительности жизни в течение последних двух столетий может остановиться из-за увеличения распространенности ожирения. Уменьшение массы тела более, чем на 5 % способствует снижению интенсивности обусловленных ожирением сопутствующих заболеваний, улучшению физических симптомов и качества жизни.

Одним из главных проявлений метаболических последствий ожирения являются патологические изменения липидного и углеводного обменов. Оценка липидного и углеводного спектров у пациентов с лишним весом имеет особую актуальность в связи с неуклонным увеличением его распространенности, начиная с детского возраста, как в развитых, так и в развивающихся странах. Взаимосвязь ожирения с нарушениями липидного и углеводного обменов представляет большой интерес, прежде всего в связи с необходимостью разработки эффективных подходов к профилактике поражения органов-мишеней – сердечно-сосудистой системы, печени и почек.

Цель – изучение особенностей изменений липидного и углеводного обмена у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

В исследовании приняло участие 46 пациентов с избыточной массой тела (ИзбМТ) и ожирением. Оценивались антропометрические параметры: рост, масса тела, окружность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ). Определялись

показатели липидного спектра, такие как общий холестерин (ОХС), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицериды (ТГ), и индекс атерогенности. Изучались показатели углеводного обмена: глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин (HbA1c), инсулин, индекс НОМА.

Сравнительный анализ изучаемых показателей определил, что большинство показателей липидного и углеводного обменов имеют прямую корреляционную связь с увеличением ИМТ.

Оценивая частоту нарушений липидного и углеводного спектра крови у пациентов с ИзбМТ и ожирением получили следующие результаты. У 60% пациентов с 3-ей степенью ожирения, 40% пациентов со 2-й степенью ожирения, 18% пациентов 1-й степени ожирения и у 10% пациентов с ИзбМТ имела место гиперинсулинемия, увеличение ИМТ вероятно увеличивает уровень показателя инсулина крови что также подтверждает корреляционный анализ ($r=0,631$, $p<0,01$).

Содержание глюкозы соответствовало нарушению гликемии натощак у 10% обследуемых пациентов с ИзбМТ, у 27% пациентов с ожирением 1-й степени, 40% пациентов со 2-й степенью ожирения и у 87% пациентов с 3-й степенью ожирения. Нарушение толерантности к глюкозе было диагностировано у 10% пациентов с ИзбМТ, 27% пациентов с 1-й степенью ожирения, 40 % пациентов со 2-й степенью ожирения и 67% пациентов с 3-й степенью ожирения.

У большинства обследуемых пациентов наблюдалось повышение показателя индекса резистентности к инсулину – индекс НОМА. Частота изменения данного показателя мало зависела от наличия или степени ожирения. Однако уровень повышения индекса НОМА имел положительную корреляцию средней силы с ИМТ ($r=0,661$, $p<0,01$). Резистентность жировой, мышечной ткани, печени к инсулину приводит к компенсаторной гиперинсулинемии, которая запускает каскад дисметаболических нарушений.

Оценивая нарушения жирового обмена необходимо отметить, что почти каждый второй обследуемый пациент имел повышенный уровень общего холестерина. Необходимо отметить, что статистическая достоверность не была подтверждена ($p>0,05$) по показателю общего холестерина во всех группах (3 степень ожирения $Me=5,55$, 2 степень ожирения $Me=5,18$, 1 степень ожирения $Me=4,96$, ИзбМТ $Me=5,02$).

Анализ гендерных особенностей показал, что при увеличении цифр ИМТ у мужчин прогрессивно увеличивается концентрация холестерина в крови (содержание общего холестерина $>5,2$ ммоль/л), в то время как у женщин распространенность увеличенного уровня холестерина была самой высокой при ИМТ 25 -29,9 кг/м², и не увеличивалась с дальнейшим ростом показателя ИМТ.

Увеличение параметра ТГ определялось только у пациентов со 2-й (20% случаев) и 3-й (47% случаев) степенью ожирения. Сочетание повышения уровня общего холестерина и ТГ является классическим проявлением дислипидемии при ожирении. Необходимо отметить, что дислипидемия определялась у всех обследуемых нами пациентов при 3-ей степени ожирения,

у 70% пацієнтів 2-ї ступені ожирення, у 82 % пацієнтів 1 ступені ожирення і в 30% випадках у пацієнтів с ИзбМТ. Установлено, что одной из особенностей дислипидемии при ожирении является увеличение числа фракций холестерина низкой и очень низкой плотности, обладающих высоким атерогенным потенциалом.

Для глубокого анализа нарушений липидного обмена были оценены фракции холестерина. В большей степени имело место повышение уровня ХС-ЛПНП у 73% пациентов 3-й степени ожирения, 60 % пациентов 2-й степени ожирения, 55% пациентов 1-й степени ожирения и у 30% пациентов с ИзбМТ. Нужно отметить слабую положительную корреляцию ХС-ЛПОНП с ИМТ ($r=0,305$, $p<0,05$).

Учитывая полученные данные ходе нашего исследования необходимо выявлять нарушения липидного и углеводного обмена на ранних, доклинических стадиях у пациентов с ИМТ выше 25 кг/м². Вопрос остаётся актуальным и требует дальнейшего глубокого изучения.



ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА КОМОРБІДНА КАРДІОВАСКУЛЯРНА ПАТОЛОГІЯ: ВЕДЕННЯ ХВОРОГО НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Воробійов Є.О., Букій Є.М., Бутова Т.С.

Харківській національній університет імені В.Н. Каразіна, Україна

Актуальність. Приєднання кардіоваскулярної патології до хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) погіршує перебіг основного захворювання і може стати причиною інвалідності та передчасної смерті хворого, що вимагає вдосконалювати тактику ведення хворих з коморбідними станами.

Мета роботи. На прикладі клінічного випадку розглянута імплементація міжнародних рекомендацій по веденню хворого з хронічним обструктивним захворюванням легень та коморбідною кардіальною патологією.

Матеріали та методи. Дані анамнезу, лабораторно-інструментального обстеження. Рекомендації Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019; ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, 2018; Acute and Chronic Heart Failure, ESC 2016; European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016; Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death, ESC 2015.

Результати. Хворий К., 61 р. При опитуванні скаржився на утруднення дихання при помірному фізичному навантаженні; кашель з виділенням впродовж дня незначної кількості в'язкого світлого мокротиння; періодичні головні болі у потиличній області, які виникають після емоційного збудження; стискаючі болі за грудиною, які супроводжуються відчуттям серцебиття та перебоїв в роботі серця і виникають при помірному фізичному навантаженні,

підйомі на 3-й поверх по сходах та зникають після короткочасного відпочинку; загальну слабкість та швидку втомлюваність.

Анамнез захворювання. Вважає себе хворим з 2015 р., коли почав хвилювати постійний кашель, виділення світлого в'язкого мокротиння вранці, утруднення дихання при інтенсивних фізичних навантаженнях, що стало причиною звернення до сімейного лікаря. Відповідно до результатів обстеження було встановлено діагноз: ХОЗЛ II ст., ЛН I ст. З моменту встановлення діагнозу з приводу ХОЗЛ за медичною допомогою не звертався. Приймає сальбутамолу сульфат 100 мкг 2 вдихи при нападах задухи. За останній рік було 3 загострення ХОЗЛ: при 2-ох лікувався амбулаторно, а останнє призвело до госпіталізації. У зв'язку із погіршенням самопочуття впродовж декількох тижнів та виникненням вище перелічених скарг 25.03.2019 р. звернувся до терапевта поліклініки.

Анамнез життя. Розвивався згідно віку. 23.02.16р. раптово виникли нестерпні стискаючі болі за грудиною, які стали причиною госпіталізації. Було діагностовано гострий Q-негативний передньо-перегородковий інфаркт міокарда. ГХ III ст. 2 ст., ризик IV (дуже високий). СН II А. Постійно приймає: раміприл 2,5 мг, аторвастатин 10 мг, аспірин 75 мг. Вірусні гепатити, туберкульоз, цукровий діабет, венеричні захворювання заперечує. Травми та операції заперечує. Спадковість: інфаркт міокарда у батька у 53 р. Алергологічний анамнез – без обтяження. Смалить близько 10 сигарет у день впродовж 36 років. Індекс “Пачко/років” = 18. Алкоголь та наркотичні препарати не вживає.

Об'єктивний. Загальний стан задовільний. Зріст 182 см, вага 63 кг. ІМТ = 18,7 кг/м². Окружність талії – 80 см. T_{тіла} = 36,7⁰C. Шкірні покриви та видимі слизові блідо-рожевого кольору. Акроціаноз. Тургор шкіри збережений, еластичність не знижена. Підшкірно-жирова клітковина помірно виражена, рівномірно розподілена. Пастозність гомілок. Основні групи лімфатичних вузлів не пальпуються. При пальпації щитовидної залози пальпуються перешийок, щільно-еластичної консистенції, рухливий, безболісний. Форма грудної клітки правильна, обидві половини грудної клітки беруть участь в акті дихання. Дихання ритмічне. ЧД=18/хв. Грудна клітка при пальпації безболісна, над всією поверхнею легень голосове тремтіння ослаблене. Над усією поверхнею легень перкуторно коробковий звук, зниження екскурсії легневих країв; аускультативно – жорстке дихання з подовженим видихом і розсіяними сухими свистячими хрипами, у нижніх відділах легень – поодинокі дрібнопухирчасті хрипи. Верхівковий поштовх зміщено ліворуч на 3 см від середньоключичної лінії у 5-му міжребер'ї, розлитий, збільшений (близько 3,5см), резистентний. Межі відносної серцевої тупості розширені вліво на 1,5см. Тони серця при аускультатії ритмічні, визначається приглушеність тонів, акцент II тону над аортою, систолічний шум над верхівкою серця. Ps=ЧСС=108уд/хв, ритмічний, не напружений, задовільного наповнення, однаковий на правій і лівій руці. АТ=150/90мм.рт.ст. Язик вологий, чистий. При поверхневій пальпації черевна стінка м'яка, безболісна. При перкусії вільний газ і рідина в черевній порожнині не визначаються. Нижній край

Содержание

Особистісні опитувальники як метод індивідуалізації в діагностиці і лікуванні цукрового діабету. <i>Алавацька Т.В., Карпенко Ю.І., Потапчук О.В., Савельєва О.В., Чукітова Д.Я.</i>	3
Питання нефармакологічних підходів щодо ведення пацієнтів з остеоартритом великих суглобів. <i>Балашова І.В., Лисий І.С., Найдьонова О.В., Богатирьова Т.В., Афанасьєва Я.С.</i>	5
Коморбидная патология при системных болезнях соединительной ткани и возможные пути ее коррекции. <i>Вастьянов Р.С., Гуркалова И.П., Кузьменко И.А.</i>	6
Особенности изменений липидного и углеводного обмена у пациентов с избыточной массой тела и ожирением. <i>Венгер Я.И., Величко В.И., Фомин А.В., Данильчук Г.А.</i>	7
Хронічне обструктивне захворювання легень та коморбідна кардіоваскулярна патологія: ведення хворого на прикладі клінічного випадку. <i>Воробійов Є.О., Букій Є.М., Бутова Т.С.</i>	9
Зв'язок ліпідного обміну з показниками метаболізму кісткової тканини у хворих з поєднаним перебігом остеоартрозу та цукрового діабету 2-го типу. <i>Журавльова Л.В., Олійник М.О., Федоров В.О., Сікало Ю.К.</i>	12
Спосіб лікування діабетичних остеоартропатій. <i>Журавльова Л.В., Федоров В.О., Сікало Ю.К., Олійник М.О.</i>	13
Relationship between interleukin-1beta and lipid profile in patients with type 2 diabetes mellitus and overweight. <i>Zhuravlyova L.V., Sokolnikova N.V.</i>	15
Кардиология. Что нового в 2018 году (по материалам конгресса кардиологов и пленума АМН Украины). <i>Руденко В.Г., Гульченко Д.Ю.</i>	16
Молекулярно-генетические аспекты коморбидности. <i>Кузьменко И.А.</i>	18
Вплив лікувально-профілактичного комплексу на рівень циркулюючих імунних комплексів у пацієнтів з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла або ожиріння. <i>Лагода Д.О.</i>	19
Пацієнт з періартритом плеча на тлі надмірної маси тіла або ожиріння на прийомі в сімейного лікаря. <i>Назарян В.М., Величко В.І., Храпцов Д.Н.</i>	20
Особенности змін ендотеліязалежних факторів системи гемостазу та фібринолізу при поєднанні артеріальної гіпертензії і холз під впливом раміприлу. <i>Кошля В.І., Склярєва Н.П.</i>	21
Гиперхолестеринемия и высокий сердечно – сосудистый риск. <i>Руденко В.Г., Гульченко Д.Ю.</i>	22
Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень шляхом проведення партнерських пологів. <i>Москаленко Т.Я., Задорожна О.Б., Чернієвська С.Г., Таганова Т.Ю., Гриценко А.А., Шевченко В.А.</i>	24

Особенности перебігу та завершення вагітності у жінок із залізодефіцитною анемією за результатами ретроспективного дослідження. <i>Москаленко Т.Я., Гриценко А.А., Задорожний В.А., Чернієвський С.В., Задорожний О.А., Мартиновська О.В.</i>	25
Профілактика ускладнень перебігу вагітності та пологів у першонароджуючих пізнього репродуктивного віку із залізодефіцитною анемією. <i>Задорожна О.Б., Ситнікова В.О., Задорожний В.А., Чернієвська С.Г., Краснова Ж.О., Шевченко В.А.</i>	26
Добовий профіль артеріального тиску у коморбідних хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з гіпотиреозом. <i>Корчагіна Д.А.</i>	27
Co-, multimorbidity and polypragmasy in cardiac patients: the view of the cardiologist and ways to solve the problem. <i>Makiienko N., Delich O., Kharchenko L.</i>	29
Покращення прихильності пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику до статинотерапії при застосування поліпілл триномія. <i>Яблонська В.Б., Тихонова С.А., Нігрескул О.Ю.</i>	30
Ефективність фармакотерапії на тлі ожиріння у літніх пацієнтів з коморбідною кардіальною патологією. <i>Штанько В.А., Тофан Н.В., Хиженяк О.В., Юрданова І.Г.</i>	31
Магнітолазеротерапія в комплексній реабілітації пацієнтів з резистентною артеріальною гіпертензією та коморбідним цукровим діабетом 2 типу. <i>Волошина О.Б., Чайка А.А., Ковальчук Л.І., Найдьонова О.В.</i>	32
Спостереження щодо ведення хворих з одночасним перебігом постійної форми фібриляції передсердь та облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок. <i>Матюхин П.В.</i>	34
Коморбідність гпмк і гіпертонічної хвороби у пацієнтів міського інсультного центру м. Херсон. <i>Загородній І.В., Величко В.І., Малицька А.П., Засць С.С., Панова Т.В.</i>	35
Про доцільність застосування електросну у осіб похилого віку, що перенесли інфаркт міокарду. <i>Новіков С.А.</i>	37
Генетика подагри та її перспективи. <i>Гриценко М.В.</i>	38
Статинопрофілактика та статинотерапія коморбідних хворих, та причини недотримання рекомендацій лікаря. <i>Штанько В.А., Андрух В.А.</i>	39
Оценка потребления пуриносодержащих продуктов у пациентов с артериальной гипертензией и их влияние на уровни мочевой кислоты и общего холестерина. <i>Найдёнова Е.В., Шшиман Ю.М., Чайка А.А.</i>	43

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СПАДКОЄМНОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА
З ПОЛІМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

IV науково-практична конференція

25-26 квітня 2019 року

Тези доповідей

Провідний редактор І.В.Прокопович

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 3,06. Тираж 200.

Видавець і виготовлювач ТОВ «Н-Побута»

65044, Одеса, пр.Шевченко, 1