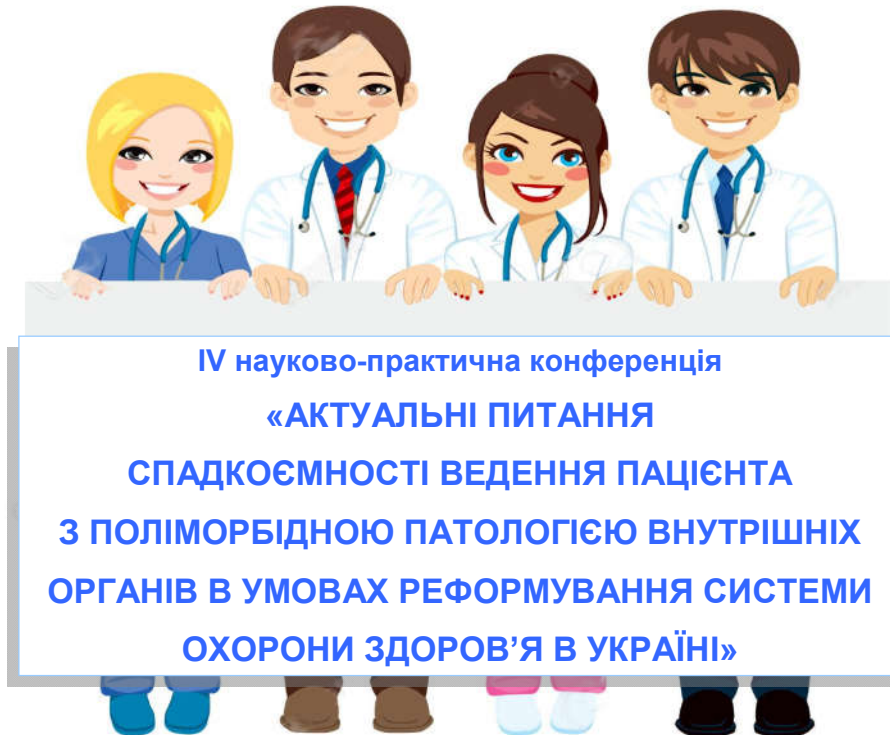


МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ



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»

ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ НА РІВЕНЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУНИХ КОМПЛЕКСІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ

Лагода Д.О.

Одеський національний медичний університет, Україна

Актуальність: Утворення циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) є фізіологічним процесом для організму людини, та повинен завершуватися нейтралізацією та елімінацією антигену. Однак при певних умовах ЦІК можуть фіксуватися на судинах та спричиняти запальну реакцію. Найбільший патологічний потенціал властивий розчинним ЦІК саме середніх розмірів, що здатні активувати комплемент. ЦІК здатні активувати велику кількість клітин у тому числі еозинофіли та базофіли. Еозинофільні гранулоцити, активовані ЦІК, мають цитотоксичні властивості. Базофільні гранулоцити здатні зв'язувати Ig E, що фіксуються на їх поверхні. Вищезгадані процеси мають негативний вплив на перебіг бронхіальної астми (БА) особливо у коморбідних пацієнтів надмірною масою тіла (НадМТ) або ожиріння.

Мета: оцінити вплив лікувально-профілактичного (ЛПК) комплексу на рівень ЦІК у пацієнтів з БА на тлі НадМТ або ожиріння.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету. За дизайном у дослідження увійшло 60 пацієнтів з БА на тлі НадМТ або ожиріння, що були розділені на дві групи: 30 пацієнтів-основна група, 30 пацієнтів групи порівняння

Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) визначались методом проточної цитофлуометрії з венозної крові пацієнта, що була набрана натщесерце на апараті Cobas 6000; Roche Diagnostics (Швейцарія).

Лікувально-профілактичний комплекс, що було запропоновано пацієнтам основної групи включав: на тлі базисного лікування застосування препаратів бактеріального лізату та інозину пронабексу разом з навчанням у «Астма-школі», що включала теоретичні та практичні заняття.

Дослідження проводилось згідно до біоетичних норм з використанням параметричних та непараметричних методів статистики.

Результати: всі пацієнти, що увійшли до дослідження мали НадМТ або ожиріння. Пацієнти основної групи мали середній показник ІМТ $32,00 \pm 0,85$ кг/м², пацієнти групи порівняння $31,88 \pm 0,87$ кг/м² ($p > 0,05$).

При катamnестичному дослідження рівня ЦІК середнього та малого калібру ми мали наступні результати, що представлені у таблиці 1.

У наведеній таблиці 1 видно, що пацієнти основної групи на 20 тижні спостереження мали позитивну динаміку, порівняно з групою порівняння ($p < 0,05$), проте на 32 тижні була відмічена тенденція наближення показників до вихідних, тобто виникає потреба у повторенні ЛПК через 30-40 тижнів задля підтримання показників імунограми у межах норми.

Таблиця 1

Рівень циркулюючих імунних клітин у пацієнтів з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла або ожиріння в процесі застосування лікувально-профілактичного комплексу

Показник	Етап катamnезу	Основна	Порівняння
ЦІК Середнього калібру	До застосування ЛПК	91.13±1,77	89.46±1,86
	Через 2 тижнів після проведення ЛПК	83,86±1,71*	87.29±1,93
	Через 20 тижнів після проведення ЛПК	77,36±1,96*	88.25±2,29
	Через 32 тижнів після проведення ЛПК	84,43±1,93*	88.33±2,10
ЦІК Малого калібру	До застосування ЛПК	177.66±1.79	175.43±2,03
	Через 2 тижнів після проведення ЛПК	173,80±1,39	175.50±1,85
	Через 20 тижнів після проведення ЛПК	169,86±1,17*	176,75±1,84
	Через 32 тижнів після проведення ЛПК	171,50±1,29*	175.79±2,16

Примітка: * $p_{\text{до-після}} < 0,05$

Висновки: ЦІК є одними із діагностичних маркерів запалення у пацієнтів з БА. Додаткова застосування препаратів бактеріального лізату разом з інозином пронабексом на тлі базисного лікування має позитивний вплив на рівень ЦІК у організмі пацієнта. Навчання в умовах Астма-школи не має статистично достовірного впливу на рівень ЦІК у пацієнтів з БА на тлі НадМТ або ожиріння.



ПАЦІЄНТ З ПЕРІАРТРИТОМ ПЛЕЧА НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ НА ПРИЙОМІ В СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.

Назарян В.М., Величко В.І., Храмов Д.Н.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. Проблема болю в плечі є досить актуальною на сьогодні та складає приблизно 16% всіх випадків патології опорно-рухового апарату серед причин звернення до лікаря загальної практики. Щорічно відмічають близько 15 нових випадків болю в плечі на 1000 пацієнтів в центрах первинної медичної допомоги. Частіше за інші захворювання (приблизно у 80 %) плечовий суглоб вражає періартрит плеча (ПП). Через велику кількість патологічних станів зі схожою клінічною картиною, діагноз ПП може бути пропущений або виставлений помилково, що призводить до вибору невірної лікувальної тактики і, як наслідок, обмеження життєдіяльності пацієнта.

Мета. Запропонувати алгоритм діагностики та лікування пацієнта з періартритом плеча на тлі надмірної маси тіла або ожиріння.

Матеріали та методи. В дослідженні брали участь 38 пацієнтів з болем та зменшенням об'єму рухів в плечовому суглобі. Це були пацієнти віком від 25 до 72 років. Серед них було 20 жінок та 18 чоловіків. Усім пацієнтам було проведено детальний збір скарг та анамнезу, огляд, обчислення індексу маси тіла, пальпацію ураженої області, виявлення об'єму активних і пасивних рухів, пробу з рухом через опір. Також було запропоноване анкетування на визначення вираженості больового синдрому (за шкалою ВАШ) та якості життя пацієнта. Проводили лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, високочутливий С-реактивний білок) та рентгенологічне дослідження хворого суглоба. Для підтвердження діагнозу ПП проводили ультразвукове дослідження (УЗД) або магнітно-резонансну томографію (МРТ) плечового суглоба. Після виставлення діагнозу усім пацієнтам окрім стандартної терапії нестероїдними протизапальними препаратами було запропоновано програму раціонального фізичного навантаження та харчування, ін'єкції аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП) періартикулярно внутрішньом'язово, в уражені м'язи (згідно з даними УЗД або МРТ) та в тригерні точки (4 процедури з інтервалами в 1, 2 та 3 тижні), а також суглобова гімнастика, лікувальний масаж та вправи за системою ПНФ (пропріоцептивна нервово-м'язова фасцілітація) впродовж лікування, починаючи з підгострого періоду.

Результати. В результаті проведених досліджень у 30 пацієнтів вдалося підтвердити діагноз періартрит плеча. В результаті проведеної терапії в усіх пацієнтів відбулося зниження маси тіла. Згідно анкетування усі пацієнти відмічали покращення якості життя та відсутність болю в хворому плечі. Повне відновлення об'єму рухів в ураженій кінцівці відмічалось в 22 пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою та почали отримувати терапію при перших симптомах захворювання. У 8 пацієнтів, які звернулися до сімейного лікаря пізніше, відмічалось відновлення рухів до 80-90 %.



ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ЕНДОТЕЛІЙЗАЛЕЖНИХ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ФІБРИНОЛІЗУ ПРИ ПОЄДНАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ХОЗЛ ПІД ВПЛИВОМ РАМІПРИЛУ.

Кошля В.І., СклярOVA Н.П.

Кафедра загальної практики-сімейної медицини

Запорозька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

У 28 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з артеріальною гіпертензією (АГ) I і II ступеня на тлі хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) було вивчено вплив раміприлу в процесі 6-місячного лікування на динаміку ендотеліязалежних показників: активність протеїну С, антитромбіну III, вміст інгібітора тканинного активатора плазміногену-I (ІТАП-I) та плазміногену.

Раміприл призначався один раз на добу в дозі 5 мг. Контрольну групу склали 25 здорових осіб відповідної статі та віку. Проведені дослідження показали, що вихідний стан ендотеліязалежних показників системи гемостазу та фібринолізу відносно здорових характеризувався достовірним та прогресуючим з наростанням ступеня АГ зниженням активності протеїну і анти тромбіну III та підвищенням вмісту ІТАП-I і плазміногену до проведення лікування. В процесі лікування у всіх пацієнтів відмічалось вірогідне зростання вмісту протеїну С і анти тромбіну III та зниження рівня ІТАП-I і плазміногену. Проведені дослідження після лікування свідчили про відновлення антикоагулянтного потенціалу ендотелію на тлі збільшення інактивації ІТАП-I і споживання плазміногену та зростання фібринолітичної активності ендотелію.



ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ И ВЫСОКИЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫЙ РИСК

Руденко В.Г., Гульченко Д.Ю.

*Одесский областной консультативно – диагностический центр
Одесского областного совета, Украина*

Сердечно – сосудистая заболеваемость и связанная с ней смертность в Украине являются самыми высокими в Европе. Значительную роль в этом играют атеросклероз (АТ) и его осложнения – инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ). Хорошо известно значение гиперхолестеринемия в патогенезе АТ, наряду с другими факторами риска (ФР) – такими как ожирение, сахарный диабет, гиподинамия и др.

За период 2017-2019 гг. нами наблюдалось 1560 амбулаторных больных, обратившихся впервые за помощью. Все пациенты были детально обследованы кардиологом – клинически, лабораторно и инструментально. Отдельно было обращено внимание на состояние липидного обмена и прием гиполипидемических препаратов. В группе лиц до 50 лет без установленного диагноза ИБС уровень общего холестерина (ОХ) составил $5,26 \pm 0,19$ ммоль/л. При этом величина его атерогенной фракции – холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛПНП) составила $3,84 \pm 0,17$ ммоль/л, что свидетельствует о нарушении липидного обмена и является важным ФР для развития АТ. Приведенные данные соответствуют результатам других исследований, в том числе приведены в отчете Института кардиологии имени акад. Н.Д. Стражеско, о том, что в южно – украинской популяции генетически имеется достаточно высокий уровень липидемии, что следует рассматривать как дополнительный фактор сердечно – сосудистого риска.

Из 480 человек, не имевших ИБС, но с гиперлипидемией, лишь единицы принимали эпизодически гиполипидемические препараты, что не могло повлиять на высокий средний уровень гиперлипидемии. Сравнение полученных данных с результатами 10 – летней давности показал, что уровень ОХ и его

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., Храмцов Д.Н.</i>	20
Особенности змін ендотеліязалежних факторів системи гемостазу та фібринолізу при поєднанні артеріальної гіпертензії і хозл 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