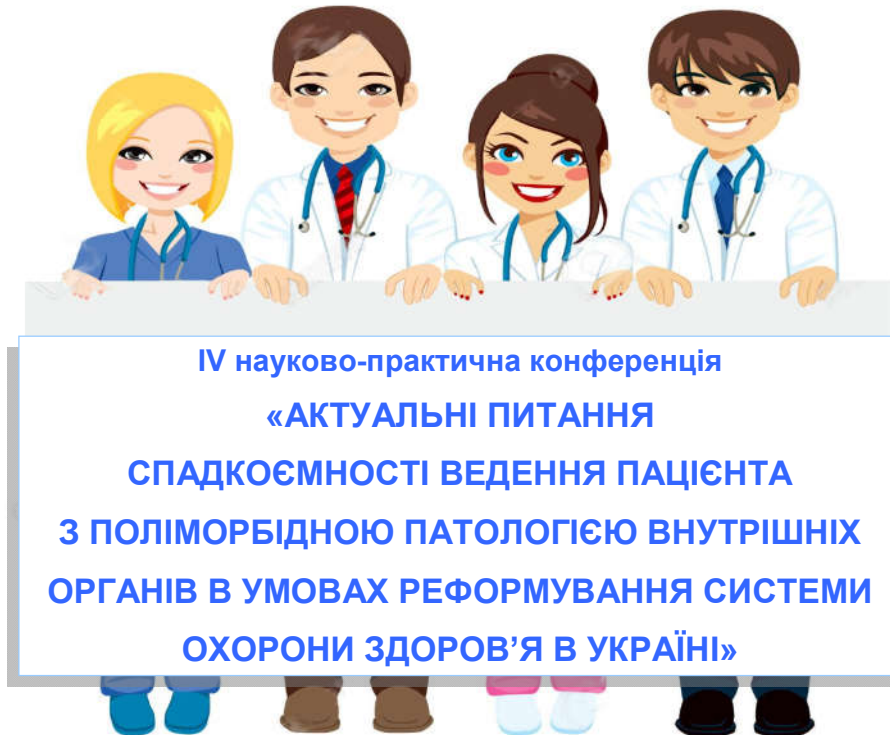


## МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ



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»

## 2. Слід більш ретельно дослідити аспекти лікування хворих на комбіновану патологію (ПФП+ОЗК).

### Література:

1. Диагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації роб. групи по порушенням серцевого ритму Асоціації кардіологів України. К., – 2011, – 159 с.
2. Косарев В.В., Бабанов С.А. Современные подходы к диагностике и лечению облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Русский медицинский журнал. – 2014, – №30.- стр. 21-30.
3. Лишневская В.Ю. Стратегия ведения больных старших возрастов с фибрилляцией предсердий. Газета «Новости медицины и фармации» Кардиология (тематический номер), – №(305), – 2009. – <http://www.mif-ua.com/archive/article/11178>.
4. Никонов В.В., Киношенко Е.И. Осложнения антиаритмической терапии. Газета «Новости медицины и фармации» Кардиология (тематический номер), – №(412), – 2012. – <http://www.mif-ua.com/archive/issue-8053/article-8075/>
5. Протокол надання медичної допомоги хворим із фібриляцією (тріпотінням) передсердь. / Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436.
6. Рекомендации esc по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с eacts./ Российский кардиологический журнал № 7 (147) 2017.- с.7-86.
7. Яблучанский Н.И. Ведение пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий. По следам рекомендаций Рабочей группы по нарушениям сердечного ритма Ассоциации кардиологов Украины 2009 г. Газета "Новини медицини та фармации" Кардиология (305) 2009 (тематический номер). – <http://www.mif-ua.com/archive/article/11183>
8. Яблучанский Н.И., Мартимьянова Л.А. Ориентированная на врача классификация фибрилляции и трепетания предсердий. Вісн. Харк.нац.ун-та.-№546.- 2002.- с. 6-11.



## КОМОРБІДНІСТЬ ГПМК І ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ МІСЬКОГО ІНСУЛЬТНОГО ЦЕНТРУ М. ХЕРСОН

*Загородній І.В., Величко В.І., Малицька А.П., Заєць С.С., Панова Т.В.*

*Одеський національний медичний університет,*

*Кафедра сімейної медицини та загальної практики, філія у м.Херсон*

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, інсульт, симптоматична артеріальна гіпертензія

**Вступ.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі на рік інсульт переносять близько 15 млн. осіб. В Україні щорічно реєструється біля 130 тис. нових випадків інсульту [1]. У США, країнах Західної Європи, Японії летальність від мозкового інсульту на рівні 37-47 на 100 тис. населення[2]. В Україні у 2012 році летальність від інсульту складала 91,7 випадків на 100 тис. населення [3]. Поширеність цереброваскулярних хвороб в Україні з 1998 по 2007 роки зросла на 52,7 %, а захворюваність — на 23,9 %[4]. Понад 90% інсультів пояснюється модифікованими факторами ризику. Артеріальна гіпертензія є одним із незалежних факторів розвитку інсульту. Досягнення контролю над поведінковими та метаболічними факторами ризику може запобігти більш ніж 3/4 загальної кількості інсультів. [5]. Систематична антигіпертензивна терапія дозволяє зменшити відносний ризик і частоту інсульту на 20-50% [6].

Таким чином, визначення структури коморбідності артеріальної гіпертензії з інсультом дозволяє визначити особливості перебігу цих захворювань та окреслити можливості підвищення ефективності профілактики інсульту у регіоні.

**Метою** дослідження було визначити коморбідність гіпертонічної хвороби та ГПМК у хворих Міського інсультного центру м. Херсон.

**Матеріали і методи.** Ретроспективний аналіз даних історій хвороб пацієнтів, які знаходились на лікуванні в Міському інсультному центрі м. Херсон

протягом 2017 р. Статистична обробка даних із допомогою Microsoft Excel 2010.

**Результати.** Загалом за 2017 р. госпіталізовано 1466 пацієнтів: жінок 831 (56,7%), чоловіків 635 (43,3%). Екстрено госпіталізовано 94,4%, у межах 3-х годин від початку захворювання 21,0% пацієнтів.

Із ішемічним інсультом госпіталізовано 867 (59,1%), із геморагічним інсультом 110 (7,5%), із ТІА 178 (12,1%), з іншою цереброваскулярною патологією

266 (18,14%) хворих.

Загальна летальність пацієнтів із інсультом склала 17,8% (212), пацієнтів із ішемічним інсультом 13,0% (130), із геморагічним інсультом 42,7% (82).

Діагноз гіпертонічної хвороби був визначений у 271 (31,3%) хворих із ішемічним інсультом та у 72 (66,1%) хворих із геморагічним інсультом. У більшості хворих із ішемічним інсультом визначений діагноз симптоматичної артеріальної гіпертензії.

**Висновки.** Таким чином, у загальній структурі хворих Міського інсультного центру переважають пацієнти із ішемічним інсультом 867 (59,1%). Виявлено більшу госпітальну летальність у хворих із геморагічним інсультом порівняно із ішемічним (42,7% проти 13,0%). Наявність артеріальної гіпертензії була притаманна всім типам порушення мозкового кровообігу, але більша поширеність гіпертонічної хвороби характерна для хворих із геморагічним інсультом порівняно із ішемічним (66,1% проти 31,3%).

Висока захворюваність на ГПМК в Україні гостро ставить питання підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії та профілактики ГПМК. Висока частота коморбідності артеріальної гіпертензії та ГПМК, єдність стратегій профілактики церебральних і кардіальних порушень вимагає мультидисциплінарного підходу та спадкоємності ведення пацієнта на всіх ланках надання допомоги.

Питання коморбідності у хворих з ГПМК, шляхи покращення профілактики та лікування неврологічних ускладнень при артеріальній гіпертензії в умовах реформування системи охорони здоров'я України потребують подальшого дослідження.

### Список літератури:

1. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» від 03.08.2012 №602.
2. В. М. Корнацький, І. Л. Ревенько, А. В. Ревенько // Сучасні аспекти надання медичної допомоги хворим з інсультами // Вісник наукових досліджень. – 2011. – № 1(62). – С. 30-33.
3. Наказ МОЗ України «Геморагічний інсульт. Спонтанний мозковий крововилив. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах» від 17.04.2014 №275.
4. Центр медичної статистики МОЗ України. Основні особливості та тенденції розповсюдження хвороб системи кровообігу та ревматичних захворювань в Україні за 1998–2007 рр. / Під ред. В.М. Князевича. — К., 2008. — С. 6-10.

5. Feigin V., Roth G, Naghavi M. et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // Lancet Neurol.– 2016.– Vol. 15 (9).– P. 913-924.

6. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration // Lancet. – 2000. 355(9246): – P. 1955–64.



## ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОСНУ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

*Новіков С.А.*

*Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна*

**Актуальність.** Відомо, що нормалізація підвищеного артеріального тиску у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарду (ІМ), є важливою задачею та однією з умов успішного виконання цілей постінфарктної реабілітації в цілому. Однак у пацієнтів похилого віку ефективність антигіпертензивної терапії може знижуватись у зв'язку з характерними для них змінами ниркової гемодинаміки та еластичності кровоносних судин, а також внаслідок активації симпато-адреналової системи, що розвивається як результат неспецифічної адаптаційної реакції організму на тлі ІМ. Можливості призначення при цьому антигіпертензивних препаратів в адекватному дозуванні не раз обмежуються їх побічними ефектами, значущими для осіб похилого віку, що обумовлює доцільність включення в постінфарктний реабілітаційний комплекс фізичних факторів, які впливають на різні механізми підвищення артеріального тиску.

**Мета.** Вивчити ефективність застосування преформованого фізичного фактору – електросну (ЕС), у комплексі відновлювальної терапії у осіб похилого віку з підвищеним артеріальним тиском, що перенесли ІМ.

**Матеріали та методи.** Обстеженими були 60 пацієнтів у віці 60-65 років, що перенесли ІМ 24-28 днів раніше. При тонометрії у всіх пацієнтів було зареєстровано підвищення систолічного та пульсового артеріального тиску (САТ та ПАТ) у середньому, відповідно, до  $162,8 \pm 4,6$  мм рт.ст. та  $78,6 \pm 2,8$  мм рт.ст. при збереженні нормального рівня діастолічного артеріального тиску (ДАТ) –  $83,8 \pm 2,1$  мм рт.ст. Такий характер артеріальної гіпертензії, яка називається систолічною, є притаманним особам похилого віку та обумовлюється зниженням еластичності стінок кровоносних судин.

Психодіагностичне тестування, що проводилось на основі бальної самооцінки за шкалою У. Цунга, виявило у 41 пацієнта (68,3%) депресію різного ступеню прояву.

Толерантність до фізичного навантаження, що вивчалась методом велоергометрії (ВЕМ), була знижена. При початковій пробі потужність порогового навантаження склала, у середньому,  $41,0 \pm 2,3$  Вт, при чому розрахунковий субмаксимальний рівень не був досягнутий жодним з пацієнтів.

Реабілітаційний комплекс включав ЛФК, дозовану ходьбу, приймання бета-адреноблокаторів, інгібіторів АПФ, дезагрегантів, статинів, а також

процедур ЕС (основна група) та процедур «плацебо» (контрольна група). Електросон проводився по око-потилочній методиці із частотою імпульсів 5-20Гц, тривалістю від 20 до 60хв, всього 10 на курс. Процедури «плацебо» передбачали накладення електродів без підключення апарату.

Отримані результати оброблялись статистично с оцінкою достовірності різниці на основі критерію Ст'юдента ( $p < 0,05-0,001$ ).

**Результати.** На початку пацієнтів турбували кардіалгії нестенокардитичного типу, цефалгії, страх перед можливим рецидивом ІМ. Мала місце боязнь виконання дозованого фізичного навантаження. На цьому тлі розширення режиму рухової активності в контрольній групі хворих відбувалось повільно, у той час як в основній процедури електросну сприяли покращенню самопочуття, що дозволило вивести інтенсивність програми фізичної реабілітації на оптимальний рівень до 12-14 дню курсу.

Гіпотензивний ефект у групах був односпрямованим – достовірно знизилась САТ та ПАТ, А ДАТ не змінився. Однак, в основній групі зниження САТ на  $24,3 \pm 1,9$  мм рт.ст. та ПАТ на  $22,7 \pm 1,8$  мм рт.ст. виявилось значнішим ніж в контрольній, де воно склало  $16,7 \pm 1,6$  мм рт.ст. та  $14,5 \pm 1,4$  мм рт.ст., відповідно. Різниця показника зниження САТ та ПАТ між групами виявилась достовірною ( $p < 0,001$ ).

Рівень депресії відповідно до оціночної шкали достовірно знизився під впливом ЕС у основній групі та лише намітив тенденцію до зниження у контрольній групі.

Більш інтенсивне розширення режиму рухової активності у групі хворих, що приймали ЕС, аніж у контрольній, склало умови для більш значного підвищення у них толерантності до фізичного навантаження, що відбулось у динаміці порогової потужності ВЕМ. Цей показник виріс у основній групі на  $23,2 \pm 1,2$  Вт, що виявилось достовірно більшим ніж у контрольній –  $14,3 \pm 1,1$  Вт ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Проведене дослідження показало, що ЕС, реалізуючи свій ефект через центральні регуляторні механізми, сприяє зниженню артеріального тиску та покращенню психоемоційного статусу хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією. Отримані результати дозволяють рекомендувати включення ЕС у комплекс постінфарктної реабілітації даної категорії хворих.



## ГЕНЕТИКА ПОДАГРИ ТА ЇЇ ПЕРСПЕКТИВИ

*Гриценко М.В.*

*Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна*

Важливу роль в патогенезі подагри відіграють генетичні фактори, адже за різними даними рівень сечової кислоти успадковується у 40-70%. Генетичні варіанти впливають на рівень сечової кислоти (СК) шляхом регуляції її синтезу, реабсорбції та секреції. Менше 10% від відфільтрованих уратів екскретується, а отже саме реабсорбція впливає на перерозподіл уратів.

## Содержание

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

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