

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»

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.
Одеський національний медичний університет, Україна*

Дегенеративно-дистрофічні ураження великих суглобів відносяться до числа найбільш поширених захворювань сьогодення. Комплексне консервативне лікування пацієнтів з остеоартритом, в залежності від стадії захворювання, включає, зазвичай, медикаментозну терапію, фізіотерапевтичні методи, лікувальну фізкультуру і масаж. Важливе місце в цьому комплексі лікувальних заходів займає кінезотерапія. Раціональні фізичні навантаження, є необхідним компонентом в лікуванні даного контингенту пацієнтів, активно впливають на трофічні процеси, сприяють поліпшенню функції нервово-м'язового апарату, формуванню нових динамічних стереотипів, що попереджає прогресування процесу дегенерації суглоба та сприяє відновленню обсягу та амплітуди руху у ньому.

Мета: підвищити ефективність лікування пацієнтів з остеоартритом великих суглобів шляхом застосування диференційованих підходів комбінованої кінезотерапії за методикою Євмінова.

Матеріали та методи дослідження: Об'єктом клінічних досліджень було 64 пацієнта віком від 40 до 68 років хворих на остеоартрит. З них остеоартрит колінних суглобів був у 42 (65,6 %) хворих, а остеоартрит кульшових суглобів, відповідно, – у 22 (34,4 %). Всім хворим проводилось комплексне клініко-інструментальне обстеження, проводились лабораторні дослідження, оцінювалась якість життя. З метою порівняння ефективності застосування кінезотерапії у комплексному лікуванні всіх пацієнтів було розділено на дві групи. В першу групу увійшло 30 пацієнтів, у була використана стандартна кінезотерапія, другу групу склали 34 хворих, у яких застосовували диференційовані підходи комбінованої кінезотерапії за методикою Євмінова.

Результати: Аналіз результатів лікування показав позитивну динаміку у всіх хворих, однак ефективність лікування пацієнтів де застосовувалися диференційовані підходи комбінованої кінезотерапії (пацієнти другої групи) була вищою. Що стосується показників клінічної ефективності, то більш високими вони були у пацієнтів другої групи. Так ступінь вираженості порушень зменшився на 13,2 % у пацієнтів першої групи, тоді як у хворих другої групи даний показник зменшився на 26,7 %. Ефективність лікування склала 25,7 % і 37,9 % у пацієнтів першої та другої групи, відповідно, що свідчило про перевагу використання диференційованих підходів комбінованої кінезотерапії.

Висновки: За результатами дослідження було виявлено переваги застосування диференційованих підходів щодо кінезотерапії за методикою Євмінова у комплексному лікуванні пацієнтів з остеоартритом. Такі підходи дозволили покращити функціональний стан уражених суглобів, зменшити больовий синдром, підвищити ефективність проведеного лікування.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ БОЛЕЗНЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

*Вастьянов Р.С., Гуркалова И.П., Кузьменко И.А.
Кафедра общей и клинической патологической физиологии*

им. В.В. Подвысоцкого,

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Значительные достижения фундаментальных исследований в патофизиологии, фармакологии, патоморфологии, генетике, иммунологии второй половины XX века и начале XXI, позволили улучшить качество жизни, снизить процент инвалидизации и ограничение работоспособности, увеличить продолжительность жизни. Однако, останавливаться на достигнутом в медицинской науке невозможно, поскольку в современных условиях медикосоциальную значимость приобретают болезни дизадаптации, дизрегуляции – так называемые болезни цивилизации, обусловленные выраженным нервно-эмоциональным и физическим напряжением жителей крупных городов, а также растущим потенциалом агрессивности окружающей среды, катастрофически меняющейся экологией.

Отмечено, что 80 % пожилых людей имеют три и более заболевания, а именно, у больных бронхиальной астмой старше 65 лет в 63% случаев выявляют остеоартриты (ОА), в 20% выявляют ишемическую болезнь сердца и инсульт, в 16% – сахарный диабет. Эта коморбидность (сопутствующие болезни) – не просто сумма отдельных нозологических единиц, при этом фенотип заболевания способен изменяться под действием сопутствующей патологии. Коморбидные болезни могут иметь сходные генетические, эпигенетические, патогенетические механизмы, а потому, требуют от практического врача, персонифицированного (холистического) подхода к профилактике, диагностике, лечению и прогнозу хронических заболеваний.

Примером коморбидной патологии могут служить диффузные поражения соединительной ткани, связанные между собой этиологией и патогенезом. К ним относятся: ревматоидный артрит (РА) + системная красная волчанка (СКВ); псориазический артрит; СКВ + полимиозит + склеродермия + РА (болезнь Шарпа); РА + СКВ + аутоиммунный тиреоидит; СКВ + РА + псориаз + ОА + атеросклероз; метаболический синдром.

Экспериментальные исследования академика В. Пузырева (2008) показали, что в некоторых случаях клинически различные аутоиммунные болезни, контролируются общими генами предрасположенности, что было обнаружено при анализе полногеномного скрининга. Вместе с генами предрасположенности, коморбидным заболеваниям способствуют метаболические сети, т.е., группы физически взаимодействующих белков, углеводов, липидов, которые функционируют совместно и координированно контролируя взаимосвязанные процессы в организме (ген – фермент – белок – субстрат). Кроме того, в последнее время некоторые данные о роли белков теплового шока (шаперонов различной молекулярной массы) в реализации ключевых путей репарации и альтерации хряща, могут раскрыть грани патогенеза и феномены динамики развития остеоартроза, в условиях постоянно

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,

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 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