

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»

використанням поліпіл. В той час як до переведення на поліпіл Триномія® 31% пацієнтів самостійно робили перерву в прийомі статинів більше ніж на 1 місяць, а 39% – більше ніж на 3 місяці. Визначено, що більш прихильними до комплексної медикаментозної терапії були жінки та пацієнти 50–70 років порівняно з іншими віковими групами. Спостерігалася більша прихильність до терапії статинами у пацієнтів, що мали в анамнезі гостру серцево-судинну подію.

Висновки. Використання поліпіл Триномія® в комплексному лікуванні пацієнтів зі стабільним АССЗ суттєво покращує прихильність до терапії статинами.



ЕФЕКТИВНІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНОЮ КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Штанько В.А., Тофан Н.В., Хижняк О.В., Юрданова І.Г.

Кафедра внутрішньої медицини №2

Одеський національний медичний університет, Україна

Актуальність: ожиріння є найбільш частою асоційованою коморбідністю, котра в більшості випадків супроводжується присутністю цукрового діабету. На тлі зростання індексу маси тіла (ІМТ) відмічається прогресування серцевої недостатності та більш часте приєднання фібриляції передсердь. Тобто, ожиріння є вагомим фактором, що сприяє декомпенсації стану пацієнта.

Мета: виявити вплив комбінованої фармакотерапії (ФТ) на гемодинамічні параметри, лабораторні зміни та субфракційний склад сироватки крові у літніх пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) в залежності від наявності ожиріння.

Матеріали та методи: 60 пацієнтів з АГ та ІХС були розподілені на 2 групи, по 30 пацієнтів у кожній. Перша група включала пацієнтів з АГ у поєднанні з ІХС. Друга група складалась з хворих з АГ, ІХС та ожирінням (ІМТ>30). Середній вік хворих в 1-ій групі – 67,2±7,7 років, в 2-ій – 63,8±10,4 років. Пацієнти були обстежені у відповідності до протоколів надання медичної допомоги МОЗ України. Хворим було призначено лізиноприл, бісопролол та ацетилсаліцилову кислоту. Для оцінки субфракційного розподілу сироватки крові був використаний біофізичний лабораторний метод – лазерна кореляційна спектрометрія (ЛКС). Збір сироватки крові проводився до початку лікування та на 14-й день ФТ. Отримані дані оброблено методами непараметричної та варіаційної статистики.

Результати: під впливом ФТ систолічний та диастолічний артеріальний тиск (САТ, ДАТ) досягли цільових значень, рекомендованих для пацієнтів літнього віку в першій групі спостереження, в той час як в другій групі САТ та ДАТ так і залишаються підвищеними (p<0,05). В першій групі спостерігалось підвищення рівня креатиніну на 26,5 мкмоль/л та зниження швидкості

клубочкової фільтрації на 17,1 мл/хв/1,73м². Дані ЛКС-метрії в 1-ій групі свідчили про збільшення внеску часток ІІ дискретно-динамічної зони (ДДЗ) на 13% та одночасне зростання часток ІV ДДЗ на 12%. Частки ІІ ДДЗ виявляються при наявності катаболічних реакцій, а частки ІV ДДЗ визначаються при превалюванні алергоподібних реакцій. В 2-ій групі не відмічалось статистично достовірних змін за даними ЛКС-метрії (p>0,05).

Висновки: функціональна ниркова недостатність розвинулась у пацієнтів першої групи (АГ з ІХС) на тлі лікування і асоціювалась з динамікою ЛКС-метрії у вигляді зростання катаболічних та алергоподібних реакцій. В групі з приєднаним ожирінням не були досягнуті цільові значення САТ та ДАТ, але водночас не відмічалось негативного впливу на функцію нирок, а також була відсутня динаміка ЛКС параметрів. Дана особливість може бути викликана депонуванням лікарських засобів у жировій тканині. Методика ЛКС-метрії демонструє високу чутливість у моніторингу гомеостатичних змін, асоційованих в впливом лікування, та дозволяє контролювати безпечність ФТ.



МАГНІТОЛАЗЕРОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РЕЗИСТЕНТНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА КОМОРБІДНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Волюшина О.Б., Чайка А.А., Ковальчук Л.І., Найдьонова О.В.

Одеський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити ефективність застосування магнітолазеротерапії (МЛТ) на тлі комплексної реабілітації пацієнтів з резистентною артеріальною гіпертензією (РАГ) і коморбідним цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2 типу).

Матеріали та методи. Обстежено 80 пацієнтів з діагнозом РАГ 1-3 ступеня і ЦД 2 типу. Групи розподілені ідентично за статтю та віком, середній вік пацієнтів–58,6 ± 2,4 роки. Групи спостереження: 1 (контрольна, n = 40) – отримували плацебо МЛТ, 2 (основна, n = 40) – отримували МЛТ на нижні кінцівки. Всі пацієнти (n = 80) отримували комплексну медичну реабілітацію, яка включала дієтотерапію, лікувальну дозовану ходьбу (30 хв. в день) і медикаментозну терапію без зміни доз в ході спостереження. МЛТ та плацебо вплив здійснювали апаратом «МИТ -11» (Україна, 2007) на нижні кінцівки. Вимірювання офісного АТ проводили за стандартною методикою автоматичним тонометром OMRON M 10-IT (Японія, 2015). Результати лікування оцінювали через 4 тижні після комплексної реабілітації. Статистичну обробку отриманих результатів проведено методами дисперсійного та кореляційного аналізу з використанням Microsoft Excel 2010. Різницю між порівнюваними групами вважали достовірною при p<0,05.

Результати. У групі МЛТ АТ в середньому знизився в порівнянні з вихідним рівнем – з (155,8 ± 4,1) до (144,1 ± 4,4) мм рт. ст. (p < 0,05), а в контрольній групі зміни були не достовірними – (155,8 ± 4,1) і (148,3 ± 4,4) мм рт. ст. (p > 0,5). Цільового АТ в контрольній групі було досягнуто тільки у (26,6

$\pm 10,1$) % пацієнтів, у групі МЛТ – у $(55,0 \pm 7,8)$ % ($p < 0,05$). Відзначалося збільшення дистанції безбольової ходьби: в групі МЛТ в середньому на $(90,3 \pm 9,2)$ м ($p < 0,05$), у контрольній групі – на $(36,7 \pm 7,1)$ м; у обстежених пацієнтів спостерігали збільшення гомілково-плечового індексу – з $0,74 \pm 0,03$ до $0,82 \pm 0,02$ ($p < 0,001$), в контрольній групі – з $0,75 \pm 0,04$ до $0,77 \pm 0,03$ ($p > 0,5$). У основній групі покращилася вібраційна чутливість на фоні МЛТ – з $(5,1 \pm 1,3)$ до $(11,2 \pm 1,0)$ с ($p < 0,001$), у контрольній групі – з $(5,3 \pm 0,9)$ до $(7,1 \pm 1,0)$ с ($p > 0,5$), зменшився відсоток пацієнтів з алодинією в групі МЛТ – з $(45,0 \pm 10,8)$ до $(18,0 \pm 9,5)$ % ($p < 0,05$) порівняно до контрольної групи (відповідно з $(50,0 \pm 11,2)$ % до $(40,0 \pm 10,9)$ % ($p > 0,05$). Достовірних змін вуглеводного обміну в обох групах не спостерігалось: у групі МЛТ рівень глюкози натще змінився з $(8,9 \pm 0,6)$ до $(8,5 \pm 0,8)$ ммоль / л ($p > 0,5$), НbA1c – з $(8,4 \pm 0,2)$ до $(7,7 \pm 0,4)$ % ($p > 0,5$), в контрольній групі – з $(8,8 \pm 0,5)$ до $(8,7 \pm 0,7)$ ммоль / л ($p > 0,5$), НbA1c – з $(7,7 \pm 0,3)$ до $(7,6 \pm 0,2)$ % ($p > 0,5$) відповідно.

Загальна ефективність комплексної реабілітації також була кращою в основній групі. За даними опитувальника Patient's Global Impression of Change після лікування «незначне» і «значне покращення» відмітили 90,9 % хворих основної групи і достовірно менше хворих контрольної групи – 52,4 % ($p < 0,01$). Жодних побічних ефектів під час застосування МЛТ не зареєстровано.

Висновки:

1. Використання МЛТ у комплексній реабілітації хворих на РАГ і ЦД 2 типу надає додаткового гіпотензивного ефекту, покращує периферичний кровообіг, що проявляється у достовірному збільшенні дистанції безбольової ходьби: у групі МЛТ у середньому на $(90,3 \pm 9,2)$ м ($p < 0,05$), у контрольній групі – на $(36,7 \pm 7,1)$ м відповідно; гомілково-плечового індексу – з $0,74 \pm 0,03$ до $0,82 \pm 0,02$ ($p < 0,001$), а у контрольній групі – з $0,75 \pm 0,04$ до $0,77 \pm 0,03$ ($p > 0,5$).

2. Застосування МЛТ в комплексній реабілітації пацієнтів з коморбідною патологією зменшує прояви діабетичної дистальної невропатії, що проявляється в покращенні вібраційної чутливості – в основній групі з $(5,1 \pm 1,3)$ до $(11,2 \pm 1,0)$ с ($p < 0,001$), у контрольній – з $(5,3 \pm 0,9)$ до $(7,1 \pm 1,0)$ с ($p > 0,5$), зменшенні відсотку пацієнтів з алодинією – з $(45,0 \pm 10,8)$ до $(18,0 \pm 9,5)$ % ($p < 0,05$) в групі МЛТ, відповідно в контрольній групі – з $(50,0 \pm 11,2)$ % до $(40,0 \pm 10,9)$ % ($p > 0,05$).



СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЩОДО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ОДНОЧАСНИМ ПЕРЕБІГОМ ПОСТІЙНОЇ ФОРМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ОБЛІТЕРУЮЧИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНІХ КІНЦІВОК.

Матюхин П.В.

Національний університет ім. В.Н.Каразіна, Харків, Україна

Не зважаючи на досягнення сучасної медицини розповсюдженість постійної форми фібриляції передсердь (ПФП), як і облітеруючих захворювань нижніх кінцівок (ОЗК) складають по 2-3% дорослого населення, здебільшого працездатного віку. Одночасний перебіг цих двох захворювань більш часто приводить до ускладнень й інвалідазації, зокрема за рахунок тромбоемболій, та потребує більш ретельного підбору лікування.

Найважливішими в лікуванні ПФП вважають контроль частоти шлуночкових скорочень (ЧШС) та профілактику тромбоемболій. Для медикаментозного контролю ЧШС при відсутності серцевої недостатності та додаткових шляхів проведення зазвичай в комплексі терапії застосовують бетаадреноблокатори (БАВ) (метопролол, пропранолол) або блокатори кальцієвих каналів (верапаміл, ділтіазем). (Детальна схема лікування не є темою роботи).

Як з'ясувалося, не завжди лікарями первинної ланки приділяється достатня увага вибору препаратів з урахуванням комбінованої патології. Ми спостерігали трьох хворих з одночасним перебігом ПФП та ОЗК.

В останній час за нашими спостереженнями для контролю тахісistolії здебільшого призначають БАВ, які в рекомендаціях завжди розташовані на першому місці. При лікуванні хворих з супутніми ОЗК, можливо, також покладається надія на відсутність спастичної дії на периферійні судини з боку БАВ кардіоселективної дії та, БАВ, що мають вазоділатуючий ефект (небілет).

За нашими спостереженнями лише у деяких хворих на ОЗК кардіоселективні БАВ та небілет не викликали погіршення стану за рахунок спастичної дії на судини, яка все ж таки має місце. У тих хворих, яких ми спостерігали, після призначення БАВ спостерігалось значне погіршення стану в порівнянні з попереднім періодом – посилювалися болі в кінцівках, більш вираженим ставав симптом «переміжачої хромоти» (значно зменшувався шлях, який міг пройти хворий до виникнення болю).

Ми призначали таким хворим після відміни БАВ верапаміл пролонгованої дії в дозі 240 – 320 мг 2р/добу (індивідуально за потребою). Всі хворі, які отримували верапаміл, зазначали зменшення часу больових нападів та їх інтенсивності, збільшувалась відстань, яку вони могли пройти без зупинки. Разом з тим досягалася контрольна ЧШС (60-80 скор/хв). Зберігалася і адаптивна реакція на фізичне навантаження.

На підставі наших спостережень можна зробити висновки:

1. Хворим, які одночасно хворіють на постійну форму фібриляції передсердь та на облітеруючі захворювання нижніх кінцівок доцільно призначати верапаміл або ділтіазем та уникати призначення будь яких БАВ для контролю ЧШС, з метою зменшення частоти ускладнень;

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