



Одеський
національний
медичний
університет



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



Асоціація
сімейної медицини
Одеського регіону

Ожиріння: міждисциплінарний менеджмент

Науково-практична конференція
з міжнародною участю

24–25 листопада 2023 року

Тези доповідей

Одеса
2024



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Асоціація сімейної медицини Одеського регіону

Ожиріння: міждисциплінарний менеджмент

Науково-практична конференція
з міжнародною участю

24–25 листопада 2023 року

Тези доповідей



Одеса
ОНМедУ
2024

УДК 616-056.257(0883.97)
О-45

Склад наукового комітету конференції

Валерій ЗАПОРОЖАН	Валентина ВЕЛИЧКО
Валерія МАРІЧЕРЕДА	Леонід ГОДЛЕВСЬКИЙ
Світлана КОТЮЖИНСЬКА	Володимир ГРУБНІК
Микола АРЯЄВ	Юрій ПЕТРОВСЬКИЙ
Ігор ГЛАДЧУК	

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Одеського національного медичного університету МОЗ України
Протокол № 6 від 22.02.2024 р.*

Ожиріння: міждисциплінарний менеджмент : наук.-
О-45 прак. конф. з міжнар. участю. Одеса, 24–25 листопада
2023 р. : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2024. — 52 с.

В матеріалах конференції, присвяченій питанням міждисциплінарного менеджменту ожиріння, наводяться тези доповідей учасників.

УДК 616-056.257(0883.97)

© Одеський національний
медичний університет, 2024

DE, et al. A selective human beta3 adrenergic receptor agonist increases metabolic rate in rhesus monkeys. *J Clin Invest.* 1998 Jun 1;101(11):2387–93. doi: 10.1172/JCI2496. PMID: 9616210; PMCID: PMC508828.

22. Cypess AM, Weiner LS, Roberts-Toler C, Franquet Elía E, Kessler SH, Kahn PA, English J, Chatman K, Trauger SA, Doria A, Kolodny GM. Activation of human brown adipose tissue by a β 3-adrenergic receptor agonist. *Cell Metab.* 2015 Jan 6;21(1):33–8. doi: 10.1016/j.cmet.2014.12.009. PMID: 25565203; PMCID: PMC4298351.

23. O'Mara AE, Johnson JW, Linderman JD, Brychta RJ, McGehee S, Fletcher LA, Fink YA, Kapuria D, Cassimatis TM, Kelsey N, Cero C, Sater ZA, Piccinini F, Baskin AS, Leitner BP, Cai H, Millo CM, Dieckmann W, Walter M, Javitt NB, Rotman Y, Walter PJ, Ader M, Bergman RN, Herscovitch P, Chen KY, Cypess AM. Chronic mirabegron treatment increases human brown fat, HDL cholesterol, and insulin sensitivity. *J Clin Invest.* 2020 May 1;130(5):2209–2219. doi: 10.1172/JCI131126. PMID: 31961826; PMCID: PMC7190915.

Запорожченко Павло Олександрович¹,
аспірант кафедри оториноларингології

Шафоростова Марія Євгенівна²,
лікар-оториноларинголог

**ВИВЧЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЇ ЗОНИ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ
НА ТЛІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ**

¹ *Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

² *Клініка «Артмедіум», Одеса, Україна*

Розлад дихання під час сну, зокрема обструктивні порушення дихання, становить вагому медико-соціальну проблему. Патогенез ронхопатії полягає в тому, що через зміни геометричної характеристики верхніх відділів дихальних шляхів перебудовується аеродинаміка в дихальній системі з припиненням легеневої вентиляції при збережених дихальних зусиллях, зниженням рівня кисню крові, грубою фрагментацією сну і денною сонливістю [1].

Одним з важливих патофізіологічних механізмів розвитку ендогенної інтоксикації (EI) при синдромі обструктивного апное сну (СОАС) є активація процесів перекисного окиснення білків і ліпідів, ініційована вільними радикалами [1]. Дисбаланс в системі проокси-

данті–антиоксиданти призводить до «окисного стресу». Взаємозв'язок інсомнії з розвитком окиснювального стресу зумовлює порушення вуглеводного обміну, ожиріння і серцево-судинні захворювання [1, 2].

Лікування пацієнтів з ронхопатією є складною проблемою, тому що причини та наслідки СОАС переплетені між собою і утворюють хибне коло. Так, початкове ожиріння призводить до звуження дихальних шляхів, спричиняє м'язову гіпотонію в ділянці глотки, циркуляторні та гемодинамічні розлади, ронхопатію і, як наслідок, СОАС. Далі ЕІ посилює ступінь ожиріння. Патологічне коло замикається [2].

До консервативних методів лікування належить використання апаратів СРАР-терапії (СРАР — continuous positive airway pressure — постійний позитивний тиск в дихальних шляхах). Хірургічні методи лікування спрямовані на відновлення прохідності дихальних шляхів у носі та глотці в залежності від превалювання тих чи інших анатомічних особливостей.

Мета. Порівняння результатів різних хірургічних способів лікування назофарингеальної зони у хворих на СОАС на тлі ожиріння.

Матеріали та методи. Нами було обстежено та проліковано 79 пацієнтів, які мали СОАС внаслідок стійкого утруднення носового дихання (УНД) і звуження та гіпотонію у ділянці глотки на тлі ожиріння того чи іншого ступеня. Вік хворих коливався від 36 до 58 років ($49,0 \pm 8,2$), з них було 48 чоловіків і 31 жінка. З метою встановлення діагнозу, вибору методу хірургічного лікування та динамічного спостереження у післяопераційному періоді для оцінки результативності лікування використовували такі методи та способи дослідження: збір анамнезу, загальний огляд пацієнта з акцентуванням на дихальну, серцево-судинну та нервову системи, заповнення пацієнтом опитувальника Епворта, антропометричне дослідження з обчисленням індексу маси тіла, загальноклінічне обстеження, ендоскопічний огляд ЛОР-органів, сомнографія [2, 3]. Досліджувані 47 пацієнтів основної групи та 32 пацієнти групи порівняння були репрезентативні за статтю і віком та мали показання до обох етапів відновлення назофарингеальної прохідності. Операції, які включали ринологічний етап, були такими (в залежності від кожного конкретного випадку): септопластика, конхопластика, поліпоетоміотомія, септоконхопластика. Операції під час фарингеального етапу: увулопалатопластика без двобічної тонзилектомії (УППбезДТ) або увулопалатофарингопластика з двобічною

тонзилектомією (УПФПЗДТ). Пацієнти основної групи відмовилися від видалення піднебінних мигдаликів і на фарингеальному етапі їм була виконана тільки увулопалатоластика, а пацієнтам контрольної групи фарингеальний етап був виконаний у повному обсязі: УППЗДТ. Ефективність лікування оцінювали через 1, 3 та 6 міс. після операції.

Результати. У цілому всі пацієнти визнавали позитивні результати лікування щодо ронхопатії (храпу) та поліпшення рівня висипання під час нічного сну, починаючи з 1-го місяця після операції. Результати лікування в різні періоди після операції представлені у табл. 1.

Таблиця 1

**Результати хірургічного лікування синдрому
обструктивного апное сну в різні періоди
після операції**

Період	Група	Шкала Епворта (бали)	Сомно- графія (оАHI)	Індекс маси тіла (кг/м ²)
До лікування	Осн., n=47	18,0±3,1	26,0±1,2	38,5±3,5
	Контр., n =32	19,0±2,8	25,0±1,5	39,2±2,2
Після хірургічного лікування 1 міс.	Осн., n =47	16,0±2,2	21,0±3,2	35,2±6,2
	Контр., n=32	15,0±2,1	18,0±2,3	34,8±5,3
3 міс.	Осн., n=47	9,0±2,8	16,0±3,4	34,1±3,8
	Контр., n=32	9,0±4,5	15,0±2,2	32,4±2,5
6 міс.	Осн., n =47	8,0±4,1	15,0±3,5	32,6±4,5
	Контр., n=32	6,0±3,3	13,0±2,2	31,4±2,4

Через 1 міс. після операції всі три показники результативності лікування в нашому дослідженні мали тенденцію до покращення в обох групах, але жодний з них не досяг варіантів норми (індекс маси тіла не досяг переходу показників на менший ступінь ожиріння).

Через 3 міс. 13 (27,66 %) пацієнтів основної групи та 12 (37,5 %) контрольної групи мали кількість балів при заповненні шкали Епворта, що відповідають помірній сонливості (7–8 балів), демонструючи, таким чином, вихід з категорії патологічної сонливості (9–24 бали),

але при $p > 0,05$. У той же період оАНІ (індекс обструктивного апное/кількість подій апное на годину) у 18 (38,3 %) пацієнтів основної групи та у 19 (59,38 %) пацієнтів контрольної групи був у межах норми (≤ 15) при $p < 0,05$. За значенням індексу маси тіла через 3 міс. після оперативного лікування 1 (2,13 %) пацієнт основної групи та 4 (12,5 %) пацієнти контрольної перейшли з III ступеня ожиріння на II і 2 (4,26 %) пацієнти основної та 4 (12,5 %) контрольної груп — з II ступеня на I. Загалом суттєво покращили індекс маси тіла 3 (6,38 %) пацієнти основної групи та 8 (25 %) пацієнтів контрольної групи при $p < 0,05$.

Через 6 міс. 33 (70,21 %) пацієнти основної групи та 14 (43,75 %) пацієнтів контрольної групи покращили свій стан стосовно сонливості за опитувальником Епворта до помірної сонливості, а ще 18 (56,25 %) контрольної групи — до нормального сну. Загалом суттєво покращили показники сонливості 100 % пацієнтів контрольної групи при $p < 0,05$. Результати сомнографії у цей період такі: 42 (89,36 %) пацієнти основної та 31 (96,88 %) пацієнт контрольної групи мали оАНІ ≤ 15 при $p > 0,01$. За значенням індексу маси тіла через 6 міс. після оперативного лікування 5 (10,64 %) пацієнтів основної групи та 6 (18,75 %) пацієнтів контрольної перейшли з III ступеня ожиріння на II і 6 (12,77 %) пацієнтів основної та 18 (51,43 %) контрольної груп — з II ступеня на I. Загалом суттєво покращили індекс маси тіла до меншого ступеня 11 (23,4 %) пацієнтів основної групи та 24 (75 %) пацієнти контрольної групи при $p < 0,01$.

Висновки. 1. Під час хірургічної корекції назофарингеальної зони у пацієнтів з СОАС на тлі ожиріння операція УПФПзДТ вірогідно краще впливає на розмір ротоглотки та, відповідно, індекс обструктивного апное при сомнографії починаючи з 3-го місяця після операції, при $p < 0,05$, ніж при УППбезДТ.

2. Зменшення ступеня ожиріння за рівнем індексу маси тіла є вірогідним починаючи з 6-го місяця після УПФПзДТ, на відміну від УППбезДТ при $p < 0,01$.

3. За індексом сонливості за шкалою Епворта результати УПФПзДТ вірогідно кращі при $p < 0,05$, ніж при УППбезДТ.

Література

1. Показники перекисного окислення білків і ліпідів та антиоксидантного захисту як маркери ендогенної інтоксикації у хворих з синдромом

обструктивного апное сну / Мінін Ю. В., Кучеренко Т. І., Бурлака Ю. Б. та ін. *Оториноларингологія*. 2018. № 2 (1). С. 4–10.

2. Effective and safe treatment of obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome / Feshchenko Y. I., Yashina L. A., Javad I. V. та ін. *Health of Ukraine*. 2009. № 12. Р. 20–22 [in Russian].

3. Світлицька О. А. Оцінка показників сомнографії у хворих с синдромом обструктивного апное сну та ожирінням. *Сучасні аспекти медицини і фармації*. 2016. С. 137 <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/5546>

Перепелиця Денис Вікторович,
аспірант анестезіології, інтенсивної терапії
і медицини невідкладних станів

ОЖИРІННЯ ПРИ АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна,
КНП «Одеська обласна клінічна лікарня», Одеса, Україна*

Ожиріння — це глобальна проблема здоров'я, яка зачіпає понад 1,9 млрд дорослих по всьому світу.

Ожиріння є фактором ризику для багатьох хвороб, включаючи серцево-судинні захворювання, інсульт, діабет 2 типу, рак та деякі психічні недуги.

Ожиріння також може ускладнити проведення анестезії та хірургічних втручань.

Основні проблеми при анестезії у пацієнтів з ожирінням:

- збільшення маси тіла призводить до збільшення об'єму грудної клітки і черевної порожнини, що ускладнює вентиляцію легень і проведення інтубації;

- пацієнти з ожирінням частіше стикаються з апное уві сні, що може призвести до гіпоксії та гіперкапнії під час анестезії;

- ожиріння може призвести до збільшення об'єму жирової тканини в печінці, що може порушити метаболізм лікарських засобів;

- пацієнти з ожирінням частіше мають супутні недуги, такі як серцево-судинні захворювання, що може збільшити ризик ускладнень під час анестезії.

Профілактика ускладнень при анестезії у пацієнтів з ожирінням:

- ретельне передопераційне обстеження для виявлення та корекції супутніх захворювань;

ЗМІСТ

Дробот Д. І. ОЖИРІННЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ АТИПОВОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ У ЖІНОК З ПІДВИЩЕНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА	3
Четверіков М. С. АБНОРМАЛЬНІ ЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ПРЕДИКТОР БЕЗРЕЦИДИВНОЇ ВИЖИВАНOSTІ ПАЦІЄНТОК З ЕПІТЕЛІАЛЬНИМ РАКОМ ЯЄЧНИКІВ.....	5
Журенко О. О. МІКРОБІОТА ШКІРИ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ — ЧИ Є РИЗИК ДЛЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ?	9
Козоріз В. В., Шнайдер Д. С. СТОМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЖИВУТЬ ІЗ НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯМ	11
Saverio Cinti THE PATHOGENESIS OF ADIPOSE ORGAN INFLAMMATION DICTATES THERAPEUTIC PERSPECTIVES FOR THE TREATMENT OF OBESITY AND TYPE 2 DIABETES	12
Запорожченко П. О., Шафоростова М. Є. ВИВЧЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЇ ЗОНИ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ НА ТЛІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ	19
Перепелиця Д. В. ОЖИРІННЯ ПРИ АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ.....	23
Копійка Г. К. ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА РОЗВИТОК ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ В МАЙБУТНЬОМУ	25