

Харківський національний медичний університет

**УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА.
МУЛЬТИМОРБІДНІСТЬ І
КОМОРБІДНІСТЬ У ПОЛПРОФІЛЬНІЙ ЛІКАРНІ**

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю



**Харків
2020**

Харківський національний медичний університет
Кафедра загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх
хвороб

УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА. МУЛЬТИМОРБІДНІСТЬ І
КОМОРБІДНІСТЬ У ПОЛПРОФІЛЬНІЙ ЛІКАРНІ

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною
участю

(м. Харків, 22 травня 2020 року)

Харків

2020

Kharkiv National Medical University
Department of General Practice-Family Medicine and Internal
Diseases

UNIVERSITY CLINIC. MULTIMORBIDITY AND
COMORBIDITY IN POLYPROFILE HOSPITAL

Abstracts of the scientific-practical conference with international
participation

(Ukraine, Kharkiv, May 22, 2020)

Kharkiv

2020

хворих відповідали майже у всіх випадках (9 із 10) 2 рентгенологічної стадії.

Таким чином, збільшення маси тіла значно частіше супроводжувалося проявами поліартриту (15 пацієнтів) та рентгенологічною стадією захворювання, що відповідала 2 ст. (32).

Висновки. Перебіг остеоартриту у осіб молодого віку з надлишковою масою тіла або ожирінням часто призводить до ураження великих суглобів нижніх кінцівок, що може бути наслідком безпосереднього впливу ваги. Перебіг остеоартриту у осіб молодого віку сприяє прогресуванню рентгенологічної стадії захворювання по мірі збільшення маси тіла хворого. З метою профілактики розвитку остеоартриту та запобіганню прогресування захворювання рекомендовано корекція дієти та призначення препаратів хондропротективної дії.

Мазніченко Є.О.

КОМПЛЕКСНА ГІПОЛІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СІМЕЙНОЮ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Незважаючи на значні досягнення превентивної медицини у боротьбі із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), кардіоваскулярна патологія залишається найпоширенішою у сучасному світі. Відомо, що неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є самостійним предиктором розвитку ССЗ, тому поєднаний перебіг НАЖХП та сімейної гіперхолестеринемії (СГХ) призводить до сумачі факторів ризику кардіоваскулярних та цереброваскулярних катастроф.

Метою роботи було підвищення ефективності лікування пацієнтів на СГХ із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) шляхом розробки патогенетичного обґрунтованої, персоніфікованої гіполідемічної терапії на амбулаторному та стаціонарному етапах.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 72 (n=72) хворих віком 48 ± 12 років. Всім хворим було проведено комплексне обстеження, що включало збір анамнестичних даних, фізикальне обстеження, лабораторні (загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження сироватки крові: печінкові ферменти (аланін-амінотрансфераза (АЛТ), аспартат-амінотрансфераза (АСТ), гамма-глутамілтранспептидаза (ГГТп)), ліпідограма (загальний холестерин (ЗХ), ліпопротеїни дуже низької щільності (ЛПДНЩ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ),

тригліцериди (ТГ)), креатинфосфокіназа), імунологічний (тиротропний гормон), інструментальні (ультразвукове дослідження (УЗД) печінки, еластографія печінки, ЕКГ) та фармакогенетичне тестування гена *SLCO1B1* для вибору персоніфікованої дози статину. Шляхом "простої рандомізації" пацієнтів було розподілено наступним чином: І групу склали $n=35$ хворих на СГХ із НАСГ, які отримували стандартну гіполіпідемічну терапію, розувастатином (РОЗУКАРД®, ТОВ "Зентіва", Чешская Республіка) внутрішньо, 20 мг/добу; ІІ групу пацієнтів склали $n=37$ хворих на СГХ із НАСГ, яким на тлі гіполіпідемічної терапії розувастатином додатково призначали гепатопротектор "Гепадиф" (ГлобалФарм СП, "Валартін Фарма", Казахстан/Україна) внутрішньо, по 2 капс 3 рази на день, курсом 90 діб. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Оцінку біохімічних показників проводили на 90 добу терапії. Суб'єктивну оцінку якості життя (ЯЖ) проводили шляхом заповнення опитувальника MQLFS.

Результати. Порівняльний аналіз біохімічних показників першої групи на 90 добу виявив достовірне зниження рівня ЛПНЩ на 21,3% ($p=0,001$) у порівнянні із початком лікування, проте рівень ЛПНЩ не досягав цільових показників. Рівень ЛПВЩ був достовірно вище на 44,7% ($p=0,001$) у порівнянні із вихідними даними, а рівень ТГ був менше на 17,1%. Активність печінкових ферментів, зокрема АЛТ була менша на 15%, АСТ на 12,5% при порівнянні із вихідними даними, однак статистичної значущості показники не досягали. Активність ГГТп в всіх досліджуваних групах знаходилась на рівні базальних показників. За даними УЗД стеатоз печінки 2 ступеня мали 18 (51,3 %) хворих, затухання У-звука мали 30 (85,8 %) пацієнтів. За даними опитування за MQLFS на 90 добу гіполіпідемічної терапії у пацієнтів І групи відмічалось покращення показників соматичного стану гепатобіліарної системи ($p=0,041$) та шкали тривоги ($p=0,027$).

У пацієнтів другої групи було виявлене значуще зменшення рівня ЛПНЩ ($p=0,001$) у порівнянні із вихідними даними, на 62% менше у порівнянні із першою групою ($p=0,02$). Рівень ЛПВЩ був достовірно вище на 77% ($p=0,001$) у порівнянні із вихідними показниками і на 20% ($p=0,047$) при порівнянні із першою групою. Активність печінкових трансаміназ мала виражену тенденцію до зменшення, так АЛТ, АСТ були достовірно менше ($p=0,001$) майже в півтора рази у тому числі менше за активність першої групи на 94,6% ($p=0,01$). УЗД дослідження виявило стеатоз в переважній більшості 1 ступеня у (55,6 %), щільність печінки за даними еластографії була менше 5,8 кПа у 30 (86,1 %) хворих. За результатами опитування згідно MQLFS було виявлено покращення показників рольового функціонування, соціального функціонування, соматичного стану гепатобіліарного тракту, шкали депресії та тривоги і задоволенням лікування ($p<0,04$).

Висновки. Монотерапія із застосуванням розувастатину 20 мг/добу у хворих на СГХ із НАСГ призводила до достовірного зниження рівня ЛПНЩ ($p=0,001$) та підвищення рівня ЛПВЩ ($p=0,001$), проте цільових рівнів у пацієнтів I групи на 90 добу досягнуто не було. Активність печінкових ферментів мала незначну тенденцію до зниження, проте референсних значень не було досягнуто.

Гіполіпідемічна терапія із застосуванням розувастатину та гепатопротектору, призводила до достовірного зниження рівня ЛПНЩ, підвищення рівня ЛПВЩ ($p=0,001$) та досягнення цільових рівнів ЛПНЩ. Активність печінкових ферментів значуще була менша у порівнянні із вихідними даними, та даними першої групи ($p=0,01$).

В результаті проведеного аналізу скринінгової суб'єктивної оцінки ЯЖ за опитувальником MQLFS було виявлено значуще покращення соматичного стану гепатобіліарної системи у пацієнтів I групи та достовірне покращення всіх показників ЯЖ у пацієнтів із додатковим до розувастатину призначенням гепатопротектору.

Марковська О.В., Надозірна Є.М.
ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОРУШЕНЬ У
ПАЦІЄНТІВ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Розсіяний склероз займає особливе місце серед демієлінізуючих захворювань, як найпоширеніше. На це захворювання страждають в більшості своїй молоді люди, які ведуть активну трудову діяльність і соціальне життя. Досягнення сучасної неврології щодо діагностики та лікування привели до збільшення тривалості життя пацієнтів з розсіяним склерозом.

У зв'язку з цим виникла необхідність визначати ризик розвитку супутньої патології, у тому числі серцево-судинних захворювань, для оптимізації ведення пацієнтів і оцінки клінічного перебігу основного захворювання.

В останні роки вивчається вплив на розвиток і прогресування розсіяного склерозу супутніх судинних захворювань і факторів ризику серцево-судинних захворювань, включаючи артеріальну гіпертензію, інфаркт міокарда, інсульт, хронічну серцеву недостатність, дисліпідемію, ожиріння, цукровий діабет та ін.

Коморбідна або поліморбідна патологія при розсіяному склерозі може впливати на якість життя, перебіг і підходи до терапії захворювання.