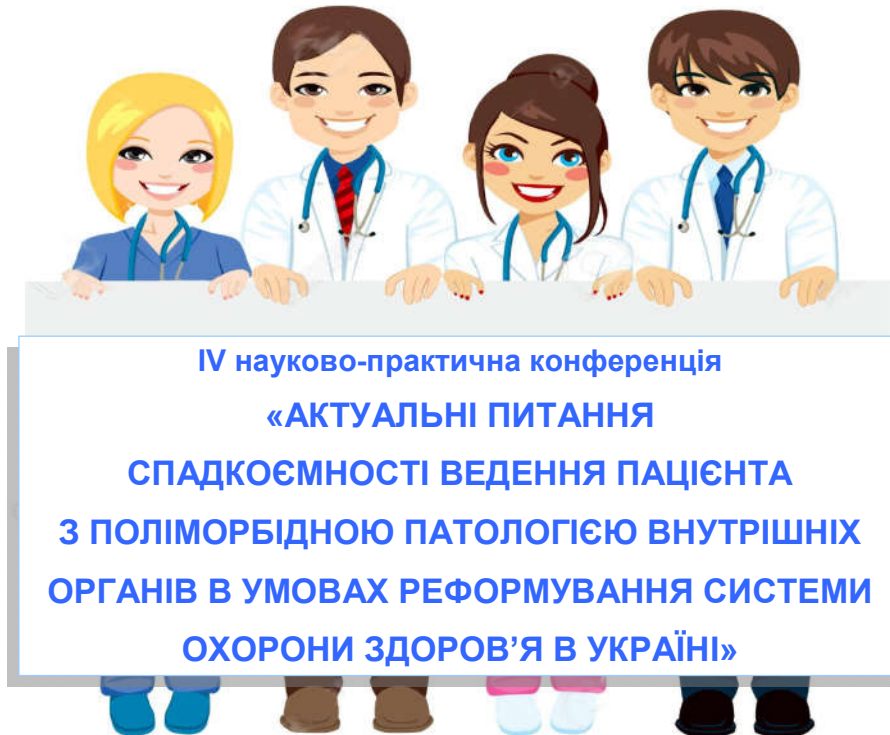


МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ



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»

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.*

Одеський національний медичний університет, Україна.

Цукровий діабет (ЦД) посідає третє місце в світі серед неінфекційних захворювань після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Міжнародна Федерація Діабету (IDF) у 2018 році опублікувала оновлені дані, які показали, що в усьому світі на діабет хворі вже 285 мільйонів чоловік. Ці дані свідчать, що ЦД є не просто розповсюдженою хворобою, а є «епідемією сучасності». Фінансові витрати на боротьбу з цукровим діабетом сягають майже пів трильйона доларів щорічно, проте успіхи в досягненні компенсації вуглеводного обміну залишаються дуже низькими. Це пов'язано з низькою прихильністю до лікування з боку хворих та обмеженням в часі з боку лікарів для їх навчання, а також зниженням когнітивних здібностей хворих.

Контроль за станом вуглеводного обміну хворі на цукровий діабет, на сьогоднішній день, здійснюють доволі легко. Але вс, що стосується повсякденного життя в цілому, контролю за ускладненнями та супутніми патологіями, психологічним станом, то це є «таємним лісом» не тільки для самих хворих, а навіть для лікарів з великим стажем роботи.

Суттєвою допомогою в індивідуалізації роботи з хворими є використання особистісних опитувальників. Ми акцентували свою увагу на три основні аспекти: прихильність до лікування, визначення особистісних відносин, що сформувалися під впливом хвороби та індивідуалізація підходу при лікуванні цукрового діабету. Сформований під впливом хвороби тип особистісного відношення і рівень тривожності кожного пацієнта є важливою інформацією для кожного лікаря. Знаючи їх, ми спроможні підібрати відповідне цьому пацієнту лікування, з впевненістю про те, що він буде дотримуватися наших вказівок.

Мета проведення наукового дослідження: прихильність до лікування хворих на цукровий діабет на тлі сформованих під впливом хвороби особистісного відношення (ОВ).

Матеріали і методи: для проведення наших досліджень ми використовували три види опитувальників: Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту, опитувальник Моріскі-Гріна, шкала особистісної і ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Робота виконується на кафедрі *внутрішньої медицини №1 з курсом серцевої судинної патології* Одеського національного медичного університету на базі Одеської обласної лікарні. Клінічна частина роботи проходила на базі «Школи діабету» в ендокринологічному відділенні в Одеській обласній лікарні, а також на базі терапевтичного відділення Болградської ЦРЛ. Період виконання роботи: 2014- 2019р.

Анкетування проводилось серед пацієнтів, що проходили курс стаціонарного лікування в ендокринологічному та терапевтичному відділеннях на базі «Шкіль діабету». В обстеження залучались хворі на цукровий діабет I і II

типу. Час заповнення анкет – в середньому 30-40 хвилин. Обстежено 220 пацієнтів, чоловіків – 83, жінок – 137. Перш ніж віддати анкету пацієнтові, ми з ним знайомилися, збирали анамнез, пояснювали правила заповнення анкети, а також мету цього дослідження. Якщо у хворих при заповненні бланка виникали питання, вони могли запитати у дослідника. У нашу анкету входили три види опитувальників: ООБІ, опитувальник Моріскі-Гріна і шкалу ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Після заповнення анкет, ми створювали графіки за отриманими даними. Після аналізу ми вже могли визначити тип ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин, стан прихильності до лікування і рівень тривожності. Після аналізу отриманих результатів, ми корегували навчання хворих. Цей комплексний підхід на тлі медикаментозного лікування компенсував стан у багатьох хворих.

Результати дослідження:

1. При загальній характеристиці особистісних відносин у хворих на ЦД, ми отримали наступні результати: у пацієнтів переважають неврастенічний (29,4%), сенситивний (14,4%) та гармонійний (14,4%) типи особистісних відношень.

2. При загальній характеристиці прихильності до лікування у обстежених хворих на ЦД прихильні до лікування 41%.

3. При загальній характеристиці рівня ситуативної та особистісної тривожності у хворих на ЦД ми визначили: у 44% переважає помірний рівень ситуативної тривожності, а у 43% переважає помірний рівень особистісної тривожності.

4. Після акцентування уваги на переважаючі типи особистісного відношення і використання наших методик, ми отримали наростання прихильності і зниження рівня ситуативної та особистісної тривожностей, з подальшою компенсацією стану хворих і попередження ускладнень і вторинних летальних випадків.

Висновки: Лікар повинен встановлювати план свого лікування не тільки на об'єктивних даних, а й враховувати психологічний стан хворого. Кожен пацієнт має свій власний тип особистісного ставлення і, в залежності від цього прихильність до лікування у кожного різна. Для досягнення компенсації стану хворих на цукровий діабет і профілактику розвитку ускладнень ефективними є не тільки стандартизовані медикаментозні методи лікування, а і допоміжні, які спрямовані на індивідуальний підхід з урахуванням визначених особистісних відносин, сформованих під впливом хвороби в динаміці, що визначає прихильність до лікування.



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,

у 70% пацієнтів 2-ї ступені ожирення, у 82 % пацієнтів 1 ступені ожирення і в 30% випадках у пацієнтів с ИзбМТ. Установлено, что одной из особенностей дислипидемии при ожирении является увеличение числа фракций холестерина низкой и очень низкой плотности, обладающих высоким атерогенным потенциалом.

Для глубокого анализа нарушений липидного обмена были оценены фракции холестерина. В большей степени имело место повышение уровня ХС-ЛПНП у 73% пациентов 3-й степени ожирения, 60 % пациентов 2-й степени ожирения, 55% пациентов 1-й степени ожирения и у 30% пациентов с ИзбМТ. Нужно отметить слабую положительную корреляцию ХС-ЛПОНП с ИМТ ($r=0,305$, $p<0,05$).

Учитывая полученные данные ходе нашего исследования необходимо выявлять нарушения липидного и углеводного обмена на ранних, доклинических стадиях у пациентов с ИМТ выше 25 кг/м². Вопрос остаётся актуальным и требует дальнейшего глубокого изучения.



ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА КОМОРБІДНА КАРДІОВАСКУЛЯРНА ПАТОЛОГІЯ: ВЕДЕННЯ ХВОРОГО НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Воробійов Є.О., Букій Є.М., Бутова Т.С.

Харківській національній університет імені В.Н. Каразіна, Україна

Актуальність. Приєднання кардіоваскулярної патології до хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) погіршує перебіг основного захворювання і може стати причиною інвалідності та передчасної смерті хворого, що вимагає вдосконалювати тактику ведення хворих з коморбідними станами.

Мета роботи. На прикладі клінічного випадку розглянута імплементація міжнародних рекомендацій по веденню хворого з хронічним обструктивним захворюванням легень та коморбідною кардіальною патологією.

Матеріали та методи. Дані анамнезу, лабораторно-інструментального обстеження. Рекомендації Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019; ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, 2018; Acute and Chronic Heart Failure, ESC 2016; European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016; Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death, ESC 2015.

Результати. Хворий К., 61 р. При опитуванні скаржився на утруднення дихання при помірному фізичному навантаженні; кашель з виділенням впродовж дня незначної кількості в'язкого світлого мокротиння; періодичні головні болі у потиличній області, які виникають після емоційного збудження; стискаючі болі за грудиною, які супроводжуються відчуттям серцебиття та перебоїв в роботі серця і виникають при помірному фізичному навантаженні,

підйомі на 3-й поверх по сходах та зникають після короткочасного відпочинку; загальну слабкість та швидку втомлюваність.

Анамнез захворювання. Вважає себе хворим з 2015 р., коли почав хвилювати постійний кашель, виділення світлого в'язкого мокротиння вранці, утруднення дихання при інтенсивних фізичних навантаженнях, що стало причиною звернення до сімейного лікаря. Відповідно до результатів обстеження було встановлено діагноз: ХОЗЛ II ст., ЛН I ст. З моменту встановлення діагнозу з приводу ХОЗЛ за медичною допомогою не звертався. Приймає сальбутамолу сульфат 100 мкг 2 вдихи при нападах задухи. За останній рік було 3 загострення ХОЗЛ: при 2-ох лікувався амбулаторно, а останнє призвело до госпіталізації. У зв'язку із погіршенням самопочуття впродовж декількох тижнів та виникненням вище перелічених скарг 25.03.2019 р. звернувся до терапевта поліклініки.

Анамнез життя. Розвивався згідно віку. 23.02.16р. раптово виникли нестерпні стискаючі болі за грудиною, які стали причиною госпіталізації. Було діагностовано гострий Q-негативний передньо-перегородковий інфаркт міокарда. ГХ III ст. 2 ст., ризик IV (дуже високий). СН II А. Постійно приймає: раміприл 2,5 мг, аторвастатин 10 мг, аспірин 75 мг. Вірусні гепатити, туберкульоз, цукровий діабет, венеричні захворювання заперечує. Травми та операції заперечує. Спадковість: інфаркт міокарда у батька у 53 р. Алергологічний анамнез – без обтяження. Смілить близько 10 сигарет у день впродовж 36 років. Індекс “Пачко/років” = 18. Алкоголь та наркотичні препарати не вживає.

Об'єктивний. Загальний стан задовільний. Зріст 182 см, вага 63 кг. ІМТ = 18,7 кг/м². Окружність талії – 80 см. T_{тіла} = 36,7⁰C. Шкірні покриви та видимі слизові блідо-рожевого кольору. Акроціаноз. Тургор шкіри збережений, еластичність не знижена. Підшкірно-жирова клітковина помірно виражена, рівномірно розподілена. Пастозність гомілок. Основні групи лімфатичних вузлів не пальпуються. При пальпації щитовидної залози пальпуються перешийок, щільно-еластичної консистенції, рухливий, безболісний. Форма грудної клітки правильна, обидві половини грудної клітки беруть участь в акті дихання. Дихання ритмічне. ЧД=18/хв. Грудна клітка при пальпації безболісна, над всією поверхнею легень голосове тремтіння ослаблене. Над усією поверхнею легень перкуторно коробковий звук, зниження екскурсії легневих країв; аускультативно – жорстке дихання з подовженим видихом і розсіяними сухими свистячими хрипами, у нижніх відділах легень – поодинокі дрібнопухирчасті хрипи. Верхівковий поштовх зміщено ліворуч на 3 см від середньоключичної лінії у 5-му міжребер'ї, розлитий, збільшений (близько 3,5см), резистентний. Межі відносної серцевої тупості розширені вліво на 1,5см. Тони серця при аускультатії ритмічні, визначається приглушеність тонів, акцент II тону над аортою, систолічний шум над верхівкою серця. Ps=ЧСС=108уд/хв, ритмічний, не напружений, задовільного наповнення, однаковий на правій і лівій руці. АТ=150/90мм.рт.ст. Язик вологий, чистий. При поверхневій пальпації черевна стінка м'яка, безболісна. При перкусії вільний газ і рідина в черевній порожнині не визначаються. Нижній край

печінки пальпується на 2,5 см нижче реберної дуги. Підшлункова залоза, селезінка, нирки не пальпуються. Симптом поколачування негативний.

Обстеження. Для оцінювання задухи використано опитувальник mMRC – 2 бали, для оцінки впливу ХОЗЛ на повсякденне життя і самопочуття хворого – опитувальник CAT – 21 бал. За результатами лабораторно-інструментальних обстежень виявлено зниження Нв до 182 г/л, еритроцитів до 6,93 Т/л, дисліпедимія з підвищенням загального ХС до 8,2 ммоль/л, ХС ЛПНЩ до 6 ммоль/л. ЕКГ: синусова тахікардія. ЧСС-108/хв. Шлуночкова екстрасистолія. Гіпертензивне серце. ЕхоКГ: склеротичні зміни аорти, гіпертрофія лівого луночка, ФВ – 54%. R-ОГК: емфізема легень, пневмосклероз. Розширення меж серця вліво. Спірографія: GOLD III.

Діагноз основний: Хронічне обструктивне захворювання легень. Група D, ст. ремісії, ЛН II ст.

Супутній: ІХС. Стабільна стенокардія напруження II ф.кл. Постінфарктний кардіосклероз (Q-негативний передньо-перегородковий від 23.02.16р.). Гіпертонічна хвороба III стадії 2 ступеня. Гіпертензивне серце (Гіпертрофія ЛШ). Ризик IV (дуже високий). Шлуночкова екстрасистолія I градації по Lowen. СН II А стадії зі збереженою ФВ ЛШ, NYHA III.

Лікування:

I. Модифікація способу життя.

1. Дієтичні рекомендації:

- Дотримуватися гіполіпідемічної дієти.
- Замінити жири тваринного походження рослинними, ненасиченими жирними кислотами (оливкова олія).
- Зменшити кількість вживання красного м'яса.
- Вживати 200-300 г фруктів і 200-300 г овочів в день.
- Вживати 2 рази в тиждень страви з риби.
- Обмежити вживання простих вуглеводів – цукор, солодощі.
- Обмежити добове споживання солі до 5 г в день.
- Контролювати кількість випитої рідини на рівні не більш 1,5-2л/доб.

2. Фізична активність:

Щоденні вправи на свіжому повітрі тривалістю близько 30 хв. 5-7 разів на тиждень під контролем комфортного самопочуття та ЧСС.

3. Уникати переохолоджень та психо-емоційних перенавантажень.

4. Контроль ваги тіла:

– Уникати розвитку ожиріння, контролювати показник ІМТ у межах не вище 30 кг/м² і окружність талії до 102 см у чоловіків. Підтримувати показник ІМТ у межах 20-25 кг/м² і окружність талії до 94 см у чоловіків.

4. Відмова від куріння та від використання електронних сигарет.

5. Відмова від зловживання алкоголем. Прийом алкоголю у межах 14 одиниць на тиждень (1 одиниця – 125 мл вина або 250 мл пива). Уникати прийому великої кількості алкоголю за раз.

II. Контроль факторів ризику методом навчання пацієнта:

– Розуміння пацієнтом особливості розвитку, прогресування та лікування його захворювань.

– Вміння пацієнтом самостійно контролювати симптоми захворювання.

– Дотримання правильної техніки використання інгалятора.

– Щоденний контроль артеріального тиску, пульсу з веденням щоденника самоконтролю. Обізнаність пацієнта щодо рівня цільового АТ.

– 100% прихильність до плану лікувально-профілактичних заходів.

III. Тривала терапія. Лікарські препарати рекомендовано приймати в повному обсязі до наступного огляду лікарем через 10-14 днів:

– Сальметерол 50мкг+флютиказону пропіонат 500мкг 1 вдих 2р/д.

– Тіатропія бромід 22,5мкг 2 вдихи 1р/д.

– Сальбутамолу сульфат 100 мкг 1-2 вдихи при нападах задухи.

– Небіволіл 2,5 мг 1 р/д.

– Раміприл 5 мг 1 р/д + Аторвастатин 20 мг ввечері + Аспірин 100 мг 1 р/д ввечері.

Висновки. Приєднання кардіоваскулярної патології погіршує перебіг хронічного обструктивного захворювання легень. Таким чином, лікування хворого з коморбідною патологією повинно ґрунтуватися на сучасних рекомендаціях доказової медицини задля збільшення тривалості та якості життя пацієнта.



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.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження. Вивчення зв'язку показників ліпідного обміну з показниками метаболізму кісткової тканини (МКТ) у хворих на остеоартроз (ОА) та при його поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу.

Матеріали та методи. В умовах ендокринологічного і ревматологічного відділень КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» м. Харкова було обстежено дві групи хворих: 1-ша група – 20 хворих на ОА, 2-а група – 20 хворих на ОА в поєднанні з ЦД 2-го типу. Середній вік пацієнтів склав 56,45±0,69, групи були порівнянні за віком та статтю. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Діагноз ОА встановлювали на основі скарг, анамнезу, результатів клініко-лабораторних й інструментальних досліджень згідно з діагностичними критеріями наказу МОЗ України № 676 від 12.10.2006 р. Верифікація діагнозу «цукровий діабет 2-го типу» проводилась на основі Уніфікованого клінічного протоколу спеціалізованої медичної допомоги: ЦД 2 –го типу (2012). Проводилось визначення показників ліпідного обміну: дослідження рівня

загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності (ЛПНЩ, ЛПДНЩ) та ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Визначали показники МКТ: Са, Р, Мг (біохімічним методом), рівень остеокальцину (імуноферментним методом).

Результати та обговорення. Аналіз показників ліпідного обміну показав достовірне підвищення рівня холестерину, ЛПНЩ та ЛПДНЩ у групі пацієнтів на ОА та хворих з коморбідною патологією у порівнянні з групою контролю (у всіх випадках $p=0,0000<0,05$). При вивченні рівня остеокальцину відмічено достовірне зниження його рівня у групі 1 ($p=0,00013$) та 2 ($p=0,00118$) порівняно з групою контролю. Аналіз кореляційного зв'язку між показниками ліпідного обміну та МКТ було виявлено, що в групі з ізольованим перебігом ОА з'являються дві помітні залежності, що свідчать про зниження рівня остеокальцину при зростанні значень ЗХС ($r=-0,60$, $p=0,004112<0,05$) і ХС ЛПНЩ ($r=-0,56$, $p=0,008210<0,05$). У групі пацієнтів з поєднаним перебігом ОА і ЦД 2-го типу кореляційні зв'язки остеокальцину з ХС ЛПНЩ і ЗХС теж наявні і, якщо з ХС ЛПНЩ цей зв'язок залишається помірним ($r=-0,53$, $p=0,003729<0,05$), то з ЗХС він досягає рівня сильного ($r=-0,69$, $p=0,000035<0,05$). Крім того, у цій групі пацієнтів виявляється помітний позитивний зв'язок ХС ЛПВЩ із вмістом кальцію ($r=0,54$, $p=0,003329<0,05$), позитивний помірний зв'язок ТГ з вмістом фосфору ($r=0,42$, $p=0,024386<0,05$).

Висновки. Отримані дані дозволяють зробити висновок про наявність зв'язку показників дисліпідемії з показниками метаболізму кісткової тканини як у пацієнтів з ізольованим перебігом ОА так і з коморбідною патологією. Що може свідчити про вплив порушень ліпідного обміну на перебіг ОА.



СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ОСТЕОАРТРОПАТІЙ

Журавльова Л.В., Федоров В.О., Сікало Ю.К., Олійник М.О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Діабетична остеоартропатія (ДОАП) зараз є найбільш поширеною формою з усіх нейрогенних артропатій. При цьому розвиток коморбідної патології з боку суглобів залежить від інсулінової недостатності та компенсації цукрового діабету (ЦД). Розвиток ДОАП супроводжується порушенням мінералізації кісток та фосфорно-кальцієвого балансу.

Метою роботи було оцінка ефективності застосування хондропротекторів з урахуванням порушень мінерального обміну у хворих на ЦД з ознаками ДОАП.

Матеріали та методи. У ревматологічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» було обстежено 62 хворих на ЦД з ознаками ДОАП. (39 хворих на ЦД 1 типу та 23 хворих на ЦД 2 типу) з клінічними проявами ДОАП та тривалістю захворювання від 7 до 25 років у стадії субкомпенсації (HbA1c – $7,2\pm 0,7\%$). Контрольна група складала 15 хворих на ЦД без ознак ДОАП. Обстеження було проведено згідно стандартним протоколом.

Результати та їх обговорення. Серед скарг хворих, найчастіше спостерігалися біль у суглобах (62 хворих), обмеження функції (44), осалгії (18). При вивченні біохімічних показників відмічено помірне підвищення рівня серомукоїду (СМ) і сіалових кислот (СК) в сироватці крові. При визначенні біоелементного балансу (кальцій і магній) сироватки вірогідної різниці між хворими на ЦД і контрольною групою не спостерігалось, але звертало увагу зниження вмісту фосфору в сироватці крові та гіперкальціурія, які були більш виражені у хворих на ЦД з тяжким перебігом захворювання.

Під час лікування хворі були випадково розподілені на 2 групи: у комплексній терапії в першій групі ($n=32$) був застосований пероральний хондропротектор, який містить хондроїтин сульфат та глюкозамін гідрохлорид, у другій групі ($n=30$) було призначено ін'єкційний хондропротектор алфлутоп (1,0 в/суглобово через день №5, потім – в/м до 10 ін'єкцій).

Після закінчення курсу лікування в стаціонарі (12-15 днів) відзначено позитивну динаміку в обох групах хворих, що проявилось в зменшенні больового синдрому в уражених суглобах (у 14 хворих 1-ої групи, та у 24-другої), збільшенням об'єму рухів (у 11 пацієнтів 1-ої групи та у 17 – другої), зникненням осалгій (у 9 пацієнтів 1-ої та у 12- другої групи).

В біохімічних показниках сироватки крові (лужна фосфатаза, СМ та СК) відзначено незначну позитивну динаміку в обох групах. Проте при проведенні контрольного обстеження через 3 місяці була наявна вірогідна нормалізація мінерального балансу в першій та другій групах, але більш виражені зміни спостерігалися в групі хворих, яким в комплексній терапії був призначений алфлутоп. При визначенні біоелементного балансу після закінчення лікування спостерігалось підвищення вмісту фосфору сироватки крові (до $0,93\pm 0,06$ ммоль/л в першій групі, до $0,98\pm 0,06$ – в другій) та зменшення гіперкальціурії (до $5,7\pm 0,15$ ммоль/л в першій групі, до $5,15\pm 0,2$ ммоль/л – в другій групі хворих).

Висновки. Перебіг ЦД супроводжується порушенням мінерального обміну, що призводить до уражень опорно-рухового апарату та потребує комплексної медикаментозної корекції з включенням до схем лікування хондропротекторів. При цьому більш виражений ефект спостерігається при внутрішньосуглобовому застосуванні хондропротекторів.



RELATIONSHIP BETWEEN INTERLEUKIN-1BETA AND LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND OVERWEIGHT

Zhuravlyova L.V., Sokolnikova N.V.

Department of Internal Medicine №3 and endocrinology

Kharkiv National Medical University, Ukraine

Activation of systemic inflammation in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2) can be associated not only with glucose toxicity and activation of pathological immune reactions, but also with other metabolic disorders. These changes are more

characteristic for patients with overweight. Such a combined effect lead to additional risk for the development of cardiovascular complications, especially atherosclerosis and related diseases.

The **purpose** of our research was to evaluate the interconnection between the lipid blood spectrum and the interleukin-1 β (IL-1 β) in patients with DM2 with normal weight and overweight.

Methods. 102 patients (35-65 years old) with DM2 of moderate severity without signs of coronary artery disease, hypertension and heart failure were examined in endocrinology department of Kharkiv Regional Hospital. Duration of DM2 was from 1 to 8 years. All patients were divided into 2 groups according to body mass index (BMI): 1st group consisted of 44 people with a BMI to 29.9 kg/m² and in 2nd group was 58 patients with a BMI over 30 kg/m². The control group included 20 healthy individuals of corresponding age. For the purpose of our research all patients were tested for total cholesterol (TC) and triglycerides (TG) – enzymatic photometric method using a set of «DAC-Spectro Med»; high density lipoprotein (HDL) – precipitation/enzymatic-photometric method using a set of «DAC-Spectro Med»; the level of low density lipoprotein (LDL) was calculated by the Friedewald's formula. The level of IL-1 β (pg/mL) was determined by immune-enzyme assay using "Vector-Best" set of reagents. Correlation analysis was performed among all studied parameters according to their distribution law using Statistica 6,0 licensed program.

Results. The level of IL-1 β (pg/ml) in 1st group composed 11.87 \pm 0.25, and 14.25 \pm 0.22 in 2nd group, and 8.12 \pm 0.18 in control group (p <0.05). The value of TC (mmol/l) in 1st group was 4.75 \pm 0.17, 5.37 \pm 0.16 in 2nd group, and 4.06 \pm 0.12 in control group (p <0.05). The level of TG (mmol/l) in 1st group counted 1.59 \pm 0.04, 1.82 \pm 0.05 in 2nd, and 1.3 \pm 0.03 in the control group (p <0.05). Concentration of HDL (mmol/l) in 1st group was 1.25 \pm 0.03, 1.16 \pm 0.02 in 2nd group, and 1.16 \pm 0.02 in control group (p <0.05). The level of LDL (mmol/l) in 1st group composed 2.77 \pm 0.08, 3.58 \pm 0.17 in 2nd group, and 2.01 \pm 0.04 in control group (p <0.05). A significant reliable correlation was revealed between IL-1 β and TG (R =0.38 (p \leq 0.05)) in 1st group, whereas in 2nd group a relationship was founded between IL-1 β and TC (R =0.41 (p \leq 0.05)), between IL-1 β and TG (R =0.45 (p \leq 0.05)) and between IL-1 β and LDL (R =0.43 (p \leq 0.05)). No one correlation was detected in the control group.

Conclusion. We suppose that the increase of pro-inflammatory IL-1 β is associated with the development of diabetic dyslipidemia, especially in patients with type 2 diabetes with concomitant obesity. The received data indicate that IL-1 β may be considered as a marker and mediator of atherosclerosis in such patients.



КАРДИОЛОГИЯ. ЧТО НОВОГО В 2018 ГОДУ (ПО МАТЕРИАЛАМ КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ И ПЛЕНУМА АМН УКРАИНЫ)

Руденко В.Г., Гульченко Д.Ю.

Областной консультативно-диагностический центр, г.Одесса.

Основное внимание было уделено проблеме артериальной гипертензии (АГ), как наиболее массовому сердечно-сосудистому заболеванию и наиболее важному фактору кардиоваскулярного риска. В Украине приняты современные европейские рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (2018). Целевым уровнем систолического артериального давления (АД) при лечении следует считать уровень менее 140 мм рт.ст., а у большинства пациентов, при хорошей переносимости – менее 130 мм рт.ст. и даже менее (до 120 мм рт.ст.), в частности при сочетании АГ с сахарным диабетом. Классы препаратов первой линии остались без изменений – ингибиторы АПФ (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), бета-адреноблокаторы (БАБ), антагонисты кальция (АК), диуретики. Однако, уже на начальном этапе лечения для большинства пациентов рекомендована комбинированная терапия препаратами двух разных классов, причем с использованием фиксированных комбинаций в одной таблетке. Большинство комбинаций должно включать ИАПФ или БРА с АК или с диуретиками. В отдельных клинических ситуациях (стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, тахикардальный синдром) могут быть назначены БАБ. При недостаточной эффективности следующим шагом является тройная комбинация (ИАПФ+АК+диуретики или БРА+АК+диуретики). Такой подход улучшает результаты лечения и, главное, – повышает приверженность пациентов к лечению. Важно, чтобы лечебный процесс проходил по медицинским стандартам (унифицированным клиническим протоколам), созданным на основе принципов доказательной медицины.

Наряду с нормализацией АД, следующим шагом является борьба с атеросклеротическим поражением сосудов и сердца. Развивающееся в связи с АГ повреждение эндокарда (эндотелиальная дисфункция), а также оксидативный стресс и хроническое системное воспаление выступают неотъемлемыми условиями развития и прогрессирования атеросклероза (АТ), повышения риска мозгового инсульта (МИ) и инфаркта миокарда (ИМ). В этой связи для максимального снижения риска развития сердечно-сосудистых катастроф, наряду с антигипертензивной терапией необходимо снижение уровня холестерина (Хс). Подчеркивается, что пациенты умирают не от уровня АД, а от последствий АГ – атеросклеротических осложнений. Поэтому, важной составной частью современной эффективной терапии больных АГ должны быть статиновые препараты с их гипохолестериновым эффектом, а также влиянием на хроническое воспаление и оксидативный стресс. Применение статинов дает дополнительную пользу в плане предотвращения кардиоваскулярных катастроф. Назначение статинов при остром ИМ за 35-40 мин до необходимых манипуляций на 40% снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений (повторного ИМ, инсульта). В современных

рекомендациях (2018г.) также подтверждена полезность длительной терапии статинами как средства **первичной** профилактики атеросклероза, а также вторичной профилактики ИБС, тем более, что каждый второй пациент с АГ имеет ИБС. При АГ, а также при сочетании АГ с сахарным диабетом, применение статинов обязательно в качестве эндотелиотропного средства.

Следующим базовым средством профилактики являются антитромботические препараты. Ацетилсалициловая кислота (АСК) остается в Украине безусловным основным средством вторичной профилактики коронарных событий. В то же время использование АСК в качестве препарата **первичной** профилактики поставлено под сомнение. Лицам с хорошо контролируемым уровнем АД, глюкозы крови (в случае наличия сахарного диабета) с явными факторами риска и приемом статинов дополнительное назначение АСК в рамках первичной профилактики не оправдано. Кроме того, в мире, АСК постепенно вытесняется как средство вторичной профилактики ИБС новыми пероральными антитромботическими препаратами, хотя она повышает эффект этих средств при совместном применении. Антитромботическая терапия обязательна пациентам с фибрилляцией предсердий, и в этом случае новые пероральные антикоагулянты (ривароксабан и др.) имеют преимущества перед варфарином.

Неоднозначной оказалась оценка эффекта БАБ, исходя из доказательной базы ряда последних исследований. Применение БАБ у лиц с сердечной недостаточностью было весьма эффективно при наличии синусового ритма, но не при постоянной форме фибрилляции предсердий. Еще более неожиданными были некоторые данные об отсутствии влияния БАБ на выживаемость пациентов в течение года после перенесенного ИМ. Тем не менее, не взирая на дискутабельность вопроса, в Украине препараты этой группы все же рекомендованы всем пациентам с перенесенным ИМ на протяжении не менее года, а также лицам с сердечной недостаточностью, особенно при низкой (менее 40%) фракции выброса. Неожиданным также оказались результаты опроса группы врачей, которые отдали предпочтение БРА перед ИАПФ. В то же время ряд других исследований демонстрировали преимущества АК и их сочетания с ИАПФ перед другими препаратами. Разумеется, представленные данные требуют как переосмысления традиционных в нашей стране подходов, так и критического отношения к полученным результатам.

При лечении больных с хронической сердечной недостаточностью подтверждена установка в отношении тройной нейрогормональной блокады, включающей БАБ, ИАПФ и антагонисты минералокортикоидных рецепторов.

Важным шагом стало достижение консенсуса кардиологов, эндоваскулярных специалистов и хирургов в отношении хронической ИБС. Первоочередной задачей определена профилактика и терапевтическое лечение ИБС, и только в случае отсутствия другого выхода – переход к хирургическому лечению. Экстенсивная тенденция к максимальному стентированию, наблюдаемая в Украине, не соответствует мировым стандартам, глобально наблюдается уменьшение количества таких вмешательств. Польза от них отмечается только у пациентов высокого риска, поэтому решение должно

базироваться не на степени сужения коронарной артерии, не на выявлении гемодинамически значимой бляшки, а на оценке всех факторов риска, и обязательно совместно хирургом и кардиологом. В целом, возобладали трезвый и взвешенный подход, в соответствии с европейскими и мировыми рекомендациями, но с учетом украинских реалий.



УДК: 612.014.1

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ

Кузьменко И.А.

Кафедра общей и клинической патофизиологии

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Сегодня сложно обозначить границы коморбидной патологии, так как ее формат включает в себя довольно широкий диапазон заболеваний, этиология и патогенез которых до сих пор – terra incognita. И фундаментом для «благополучного» сосуществования коморбидных болезней и их «прогресса», безусловно, является общность их «корней»; один из примеров – болезни, связанные с патологией соединительной ткани и ее производных (системная красная волчанка, ревматоидиты, остеоартрозы, псориаз).

Между тем, молекулярно-генетический компонент сценария этих и других заболеваний до сих пор не изучен и определяется, в том числе, особенностями фолдинга белков причастных к процессингу; и дальнейшего их участия в механизмах взаимодействия с эффекторами вовлеченных в патологию систем (иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной, гемостаза и тд). Речь идет прежде всего о белках теплового шока, которые при системном воспалении соединительной ткани обеспечивают адаптацию и защиту от негативного действия факторов внешней среды, поддерживая гипертрофический феномен хондроцитов, ингибируют апоптоз, меняя траекторию развития и прогрессирования патологии, вовлекая другие системы в цепь механизмов. Кроме того, важное место в молекулярно-генетическом репертуаре патогенеза сегодня отведено убиквитинированию «отживших свое время» белков. Их накопление способствует «заражению» и появлению спорадических, наследственных и инфекционных форм патологий.

Таким образом, молекулярно-генетические компонент во многом определяет клиническую симптоматику заболеваний, продолжительность и сроки их возникновения, придавая особые черты патогенетическим механизмам развития полиморбидности.



ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ НА РІВЕНЬ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУНИХ КОМПЛЕКСІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ

Лагода Д.О.

Одеський національний медичний університет, Україна

Актуальність: Утворення циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) є фізіологічним процесом для організму людини, та повинен завершуватися нейтралізацією та елімінацією антигену. Однак при певних умовах ЦІК можуть фіксуватися на судинах та спричиняти запальну реакцію. Найбільший патологічний потенціал властивий розчинним ЦІК саме середніх розмірів, що здатні активувати комплемент. ЦІК здатні активувати велику кількість клітин у тому числі еозинофіли та базофіли. Еозинофільні гранулоцити, активовані ЦІК, мають цитотоксичні властивості. Базофільні гранулоцити здатні зв'язувати Ig E, що фіксуються на їх поверхні. Вищезгадані процеси мають негативний вплив на перебіг бронхіальної астми (БА) особливо у коморбідних пацієнтів надмірною масою тіла (НадМТ) або ожиріння.

Мета: оцінити вплив лікувально-профілактичного (ЛПК) комплексу на рівень ЦІК у пацієнтів з БА на тлі НадМТ або ожиріння.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету. За дизайном у дослідження увійшло 60 пацієнтів з БА на тлі НадМТ або ожиріння, що були розділені на дві групи: 30 пацієнтів-основна група, 30 пацієнтів групи порівняння

Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) визначались методом проточної цитофлуометрії з венозної крові пацієнта, що була набрана натщесерце на апараті Cobas 6000; Roche Diagnostics (Швейцарія).

Лікувально-профілактичний комплекс, що було запропоновано пацієнтам основної групи включав: на тлі базисного лікування застосування препаратів бактеріального лізату та інозину пронабексу разом з навчанням у «Астма-школі», що включала теоретичні та практичні заняття.

Дослідження проводилось згідно до біоетичних норм з використанням параметричних та непараметричних методів статистики.

Результати: всі пацієнти, що увійшли до дослідження мали НадМТ або ожиріння. Пацієнти основної групи мали середній показник ІМТ $32,00 \pm 0,85$ кг/м², пацієнти групи порівняння $31,88 \pm 0,87$ кг/м² ($p > 0,05$).

При катamnестичному дослідження рівня ЦІК середнього та малого калібру ми мали наступні результати, що представлені у таблиці 1.

У наведеній таблиці 1 видно, що пацієнти основної групи на 20 тижні спостереження мали позитивну динаміку, порівняно з групою порівняння ($p < 0,05$), проте на 32 тижні була відмічена тенденція наближення показників до вихідних, тобто виникає потреба у повторенні ЛПК через 30-40 тижнів задля підтримання показників імунограми у межах норми.

Таблиця 1

Рівень циркулюючих імунних клітин у пацієнтів з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла або ожиріння в процесі застосування лікувально-профілактичного комплексу

Показник	Етап катamnезу	Основна	Порівняння
ЦІК Середнього калібру	До застосування ЛПК	91.13±1,77	89.46±1,86
	Через 2 тижнів після проведення ЛПК	83,86±1,71*	87.29±1,93
	Через 20 тижнів після проведення ЛПК	77,36±1,96*	88.25±2,29
	Через 32 тижнів після проведення ЛПК	84,43±1,93*	88.33±2,10
ЦІК Малого калібру	До застосування ЛПК	177.66±1.79	175.43±2,03
	Через 2 тижнів після проведення ЛПК	173,80±1,39	175.50±1,85
	Через 20 тижнів після проведення ЛПК	169,86±1,17*	176,75±1,84
	Через 32 тижнів після проведення ЛПК	171,50±1,29*	175.79±2,16

Примітка: * $p_{\text{до-після}} < 0,05$

Висновки: ЦІК є одними із діагностичних маркерів запалення у пацієнтів з БА. Додаткова застосування препаратів бактеріального лізату разом з інозином пронабексом на тлі базисного лікування має позитивний вплив на рівень ЦІК у організмі пацієнта. Навчання в умовах Астма-школи не має статистично достовірного впливу на рівень ЦІК у пацієнтів з БА на тлі НадМТ або ожиріння.



ПАЦІЄНТ З ПЕРІАРТРИТОМ ПЛЕЧА НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ НА ПРИЙОМІ В СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.

Назарян В.М., Величко В.І., Храмов Д.Н.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. Проблема болю в плечі є досить актуальною на сьогодні та складає приблизно 16% всіх випадків патології опорно-рухового апарату серед причин звернення до лікаря загальної практики. Щорічно відмічають близько 15 нових випадків болю в плечі на 1000 пацієнтів в центрах первинної медичної допомоги. Частіше за інші захворювання (приблизно у 80 %) плечовий суглоб вражає періартрит плеча (ПП). Через велику кількість патологічних станів зі схожою клінічною картиною, діагноз ПП може бути пропущений або виставлений помилково, що призводить до вибору невірної лікувальної тактики і, як наслідок, обмеження життєдіяльності пацієнта.

Мета. Запропонувати алгоритм діагностики та лікування пацієнта з періартритом плеча на тлі надмірної маси тіла або ожиріння.

Матеріали та методи. В дослідженні брали участь 38 пацієнтів з болем та зменшенням об'єму рухів в плечовому суглобі. Це були пацієнти віком від 25 до 72 років. Серед них було 20 жінок та 18 чоловіків. Усім пацієнтам було проведено детальний збір скарг та анамнезу, огляд, обчислення індексу маси тіла, пальпацію ураженої області, виявлення об'єму активних і пасивних рухів, пробу з рухом через опір. Також було запропоноване анкетування на визначення вираженості больового синдрому (за шкалою ВАШ) та якості життя пацієнта. Проводили лабораторні обстеження (загальний аналіз крові, високочутливий С-реактивний білок) та рентгенологічне дослідження хворого суглоба. Для підтвердження діагнозу ПП проводили ультразвукове дослідження (УЗД) або магнітно-резонансну томографію (МРТ) плечового суглоба. Після виставлення діагнозу усім пацієнтам окрім стандартної терапії нестероїдними протизапальними препаратами було запропоновано програму раціонального фізичного навантаження та харчування, ін'єкції аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП) періартикулярно внутрішньом'язово, в уражені м'язи (згідно з даними УЗД або МРТ) та в тригерні точки (4 процедури з інтервалами в 1, 2 та 3 тижні), а також суглобова гімнастика, лікувальний масаж та вправи за системою ПНФ (пропріоцептивна нервово-м'язова фасцілітація) впродовж лікування, починаючи з підгострого періоду.

Результати. В результаті проведених досліджень у 30 пацієнтів вдалося підтвердити діагноз періартрит плеча. В результаті проведеної терапії в усіх пацієнтів відбулося зниження маси тіла. Згідно анкетування усі пацієнти відмічали покращення якості життя та відсутність болю в хворому плечі. Повне відновлення об'єму рухів в ураженій кінцівці відмічалось в 22 пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою та почали отримувати терапію при перших симптомах захворювання. У 8 пацієнтів, які звернулися до сімейного лікаря пізніше, відмічалось відновлення рухів до 80-90 %.



ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ЕНДОТЕЛІЙЗАЛЕЖНИХ ФАКТОРІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ФІБРИНОЛІЗУ ПРИ ПОЄДНАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ХОЗЛ ПІД ВПЛИВОМ РАМІПРИЛУ.

Кошля В.І., СклярOVA Н.П.

Кафедра загальної практики-сімейної медицини

Запорозька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

У 28 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з артеріальною гіпертензією (АГ) I і II ступеня на тлі хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) було вивчено вплив раміприлу в процесі 6-місячного лікування на динаміку ендотеліязалежних показників: активність протеїну С, антитромбіну III, вміст інгібітора тканинного активатора плазміногену-I (ІТАП-I) та плазміногену.

Раміприл призначався один раз на добу в дозі 5 мг. Контрольну групу склали 25 здорових осіб відповідної статі та віку. Проведені дослідження показали, що вихідний стан ендотеліязалежних показників системи гемостазу та фібринолізу відносно здорових характеризувався достовірним та прогресуючим з наростанням ступеня АГ зниженням активності протеїну і анти тромбіну III та підвищенням вмісту ІТАП-I і плазміногену до проведення лікування. В процесі лікування у всіх пацієнтів відмічалось вірогідне зростання вмісту протеїну С і анти тромбіну III та зниження рівня ІТАП-I і плазміногену. Проведені дослідження після лікування свідчили про відновлення антикоагулянтного потенціалу ендотелію на тлі збільшення інактивації ІТАП-I і споживання плазміногену та зростання фібринолітичної активності ендотелію.



ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ И ВЫСОКИЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫЙ РИСК

Руденко В.Г., Гульченко Д.Ю.

*Одесский областной консультативно – диагностический центр
Одесского областного совета, Украина*

Сердечно – сосудистая заболеваемость и связанная с ней смертность в Украине являются самыми высокими в Европе. Значительную роль в этом играют атеросклероз (АТ) и его осложнения – инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ). Хорошо известно значение гиперхолестеринемия в патогенезе АТ, наряду с другими факторами риска (ФР) – такими как ожирение, сахарный диабет, гиподинамия и др.

За период 2017-2019 гг. нами наблюдалось 1560 амбулаторных больных, обратившихся впервые за помощью. Все пациенты были детально обследованы кардиологом – клинически, лабораторно и инструментально. Отдельно было обращено внимание на состояние липидного обмена и прием гиполипидемических препаратов. В группе лиц до 50 лет без установленного диагноза ИБС уровень общего холестерина (ОХ) составил $5,26 \pm 0,19$ ммоль/л. При этом величина его атерогенной фракции – холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛПНП) составила $3,84 \pm 0,17$ ммоль/л, что свидетельствует о нарушении липидного обмена и является важным ФР для развития АТ. Приведенные данные соответствуют результатам других исследований, в том числе приведены в отчете Института кардиологии имени акад. Н.Д. Стражеско, о том, что в южно – украинской популяции генетически имеется достаточно высокий уровень липидемии, что следует рассматривать как дополнительный фактор сердечно – сосудистого риска.

Из 480 человек, не имевших ИБС, но с гиперлипидемией, лишь единицы принимали эпизодически гиполипидемические препараты, что не могло повлиять на высокий средний уровень гиперлипидемии. Сравнение полученных данных с результатами 10 – летней давности показал, что уровень ОХ и его

атерогенной фракции изменился незначительно и статистически недостоверно. Причем у половины этих лиц уровень ОХ был выше 6,2 ммоль/л. Это неблагоприятно отражается на заболеваемости АТ и ИБС, что подтверждается статистическими данными о росте сердечно-сосудистой смертности в Украине.

При наличии ИБС у лиц в возрасте 51-60 лет уровень ОХ составил $5,71 \pm 0,26$ ммоль/л, у лиц в возрасте 61-70 лет – $5,82 \pm 0,29$ ммоль/л. В то же время анализ медицинской документации этих лиц показал, что доля пациентов, ранее принимавших более – менее регулярно статиновые препараты, была невысока – около 6%. Доля лиц, постоянно принимавших статины, существенно возрастает среди лиц старше 70 лет, до 22%. Видимо поэтому в этой группе определяется более низкий уровень ОХ – $5,15 \pm 0,19$ ммоль/л, причем только у одной трети пожилых лиц имелись величины ОХ более чем 5,2 ммоль/л. В целом, средний уровень ОХ в группе лиц с ИБС, стал несколько ниже, по сравнению с данными 10-летней давности. Эта тенденция отражает усилия кардиологов, терапевтов и семейных врачей, включающих в лечебный комплекс при ИБС все мероприятия по нормализации липидного обмена (малохолестериновая диета, контроль веса, гиполипидемические средства и т.п.). Тем не менее, радикальная, в какой-то мере даже агрессивная терапия гиперлипидемии, а также АТ, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения пока явно недостаточна и не оказывает существенного влияния на показатели сердечно – сосудистой заболеваемости и смертности в Украине. Это тем более важно, поскольку анализ содержания ОХ и его атерогенной фракции в связи с наличием других сердечно-сосудистых ФР выявил, что эти показатели были выше при сочетании ИБС с ожирением (ИМТ более 30), сахарным диабетом и артериальной гипертензией, особенно в условиях полиморбидности (т.е. сочетание 2 и более ФР).

Предоставленные данные с одной стороны свидетельствуют о важности проведения гиполипидемической терапии больным с высоким сердечно – сосудистым риском, а с другой стороны – о недостаточном ее использовании в повседневной практике. Вина за это ложиться как на врачей, не проявляющих достаточной активности, так и на пациентов, демонстрирующих определенную пассивность и пренебрежение к собственному здоровью. К сожалению, на государственном уровне нет постоянно действующих программ по повышению медицинской и санитарной грамотности населения, пропаганды культуры здорового образа жизни. Помимо того, семейными врачами и кардиологами необходимо активное выявление лиц неблагополучных по липидному профилю и анамнезу (ИМ, МИ или смерть близкого родственника в возрасте до 55 лет) для своевременной превентивной терапии.

В настоящее время согласно рекомендациям ВОЗ, Европейской и Украинской ассоциации кардиологов (2018 г.) гиполипидемические и антипротромботические препараты должны получать все больные ИБС и лица высокого сердечно-сосудистого риска. Регулярный прием указанных средств (обычно это статины и кардиоаспирин) этой группой лиц в качестве средств вторичной профилактики позволит снизить количество сердечно – сосудистых катастроф и смертность населения Украины.

ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ШЛЯХОМ ПРОВЕДЕННЯ ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ

*Москаленко Т.Я., Задорожна О.Б., Чернівська С.Г.,
Таганова Т.Ю., Гриценко А.А., Шевченко В.А.
Одеський національний медичний університет,
КУ «Пологовий будинок №7», м. Одеса, Україна*

Як відомо, під час вагітності всі системи і органи жіночого організму, особливо центральної нервової системи, зазнають фізіологічних змін та працюють із збільшеним навантаженням. Проходячи нелегкий шлях виношування дитини, підходячи до його кульмінаційного моменту – пологів, кожна жінка хоче відчувати опіку та увагу не лише зі сторони медичного персоналу, але й від рідних, близьких їй людей, які будуть підтримувати її морально і надавати впевненість в благополучному закінченні вагітності. Присутність і участь чоловіка в пологах дозволяє йому одним із перших побачити своє немовля після народження, відчути себе відповідальним за життя матері та дитини, викликати почуття відповідальності за його подальше майбутнє. Для проведення партнерських пологів у КУ «Пологовий будинок №7», м. Одеси були спеціально облаштовані пологові зали сімейного типу, які обладнані сучасною технікою (трансформерами, приладами для масажу та гідромасажу). Також розроблені для медичного персоналу спеціальні методики проведення партнерських пологів.

Мета дослідження: дослідити вплив партнерських пологів на частоту акушерських та перинатальних ускладнень шляхом вивчення психоемоціонального стану жінки.

Матеріал дослідження: Під нашим спостереженням знаходились 540 жінок віком від 21 до 37 років, які були розподілені на дві групи. В склад І (основної) групи входили – 510 породіль, яким проведені партнерські пологи. В ІІ (контрольну) увійшли – 30 жінок, які народжували самостійно. Групи пацієнток були однорідні за віком, кількістю вагітностей в анамнезі, відсутністю екстрагенітальної патології. Жінкам в пологах проводили тестування за шкалою Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л. Ханіна. У післяпологовому відділенні проводили анкетування «на доцільність» та «не доцільність» партнерських пологів.

Результати дослідження та їх обговорення: Самостійні пологи проведені у 507 (99,4 %) жінок І групи та у 26 (86,4 %) жінок ІІ групи. Кесарів розтин у 3 та 4 пацієнток відповідно. Показанням для кесаревого розтину служив розвиток дистрес-синдрому плода. У пологах виявлені такі ускладнення: передчасний розрив плодових оболонок (І група – у 9,2 %, ІІ група – у 23,3%), слабкість пологової діяльності (у 2,4% та 60,0% жінок відповідно), післяпологові атонічні та гіпотонічні кровотечі були у 1 жінки ІІ групи. Задовільний стан новонароджених за шкалою Апгар складав у І групі – 94,1 % дітей, та у 83,3 % дітей ІІ групи. Усім новонародженим здійснювали ранній контакт з матір'ю та початок грудного вигодовування. За шкалою Спілбергера та Ханіна: низька тривожність в І групі – у 61,8 % жінок, в ІІ групі – у 33,3%; помірна тривожність – у 35,9% проти 36,7%; висока тривожність – у

2,3% проти 30,0 % пацієнок. Тобто, присутність чоловіка під час пологів значно знижує стан високої тривожності. Також слід відмітити результати анкетування: доцільність присутності чоловіка під час пологів відмітили 90,2 % жінок I групи та 86,7 % осіб другої групи.

Висновки : Таким чином, проведення партнерських пологів дозволяє знизити частоту акушерських ускладнень у пологах, покращити стан матері та новонародженого.



ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЗАВЕРШЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

*Москаленко Т.Я., Гриценко А.А., Задорожний В.А.,
Чернівський С.В., Задорожний О.А., Мартиновська О.В.
Одеський національний медичний університет,
КУ «Пологовий будинок №7», м. Одеса, Україна*

Проблема зниження перинатальної захворюваності та смертності-головна медична проблема сьогодення у всіх країнах світу. В останні роки найчастішим ускладненням гестаційного процесу у вагітних є залізодефіцитна анемія (ЗДА), яка становить від 30 до 80% (Вдовиченко Ю.П., 2015; Рожковська Н.М., 2017). ЗДА ускладнює перебіг вагітності та пологів, післяпологового періоду і призводить до підвищення перинатальної смертності більше ніж у 2-3 рази у порівнянні з здоровими жінками.

Мета дослідження: дослідити перебіг та завершення вагітності у жінок із залізодефіцитною анемією за результатами ретроспективного дослідження

Матеріали та методи: Нами на базі КУ «Пологовий будинок №7», м. Одеси проведений ретроспективний аналіз 354 індивідуальних карт спостереження за вагітними, історій пологів та індивідуальних карт новонароджених. Із них для поглибленого дослідження відібрано 74 індивідуальні карти. Вік жінок коливався від 18 до 38 років. Термін вагітності у жінок складав 22-34 тижнів. Ступінь анемії переважно середня. Встановлено, що серед ускладнень вагітності у жінок із ЗДА домінували дисфункція плаценти – у 44,6%, затримка росту плода – у 14,9 %, загроза переривання вагітності – у 20,3 %, ранній гестоз – у 32,4 %, прееклампсія – у 14,9 %, передчасні пологи – у 17,6 %, дискординація пологової діяльності – у 20,3 %, патологічна крововтрата – у 4,1 %, асфіксія новонароджених – у 5,4 % осіб. Звертає на себе увагу ускладнення у новонароджених. Так, морфофункціональна незрілість відмічена – у 9,5 %, анемія – у 40,5%, кон'югаційна жовтяниця – у 9,5 %, гіпоксичні ураження ЦНС – у 6,8 %.

Висновки: Таким чином, проведений нами ретроспективний аналіз свідчить про актуальність проблеми, високу частоту гестаційних та перинатальних ускладнень, що обумовлює необхідність пошуку нових

патогенетично обґрунтованих методів профілактики та лікування ЗДА у вагітних.



ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПЕРШОНАРОДЖУЮЧИХ ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

*Задорожна О.Б., Ситнікова В.О., Задорожний В.А.,
Чернівська С.Г., Краснова Ж.О., Шевченко В.А.
Одеський Національний Медичний Університет
КУ «Пологовий будинок №7», м. Одеса, Україна*

Актуальність проблеми зумовлена невпинним зростанням кількості вікових першонароджуючих, коли жінка свідомо вирішує свою дітородну функцію. Неодмінно слід враховувати велику кількість несприятливих факторів ризику, таких як: соціальні – пізній шлюб, прагнення до матеріальної та соціальної незалежності; медичних – перенесені гінекологічні (особливо інфекційні захворювання), непліддя, соматичні хвороби та ін. Відомо, що серед екстрагенітальних захворювань у вагітних одне з перших місць займає залізодефіцитна анемія (ЗДА), яка дуже поширена (30-80%), тому удосконалення методів профілактики, діагностики та лікування ускладнень на сучасному етапі дуже важливо.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу та завершення вагітності у першонароджуючих жінок пізнього репродуктивного віку із залізодефіцитною анемією.

Матеріали та методи: під нашим спостереженням знаходились 82 першовагітні жінки віком від 35 до 40 років (середній вік $38,2 \pm 1,5$ роки). Із них 62 вагітні із ЗДА середнього ступеня важкості склали I (основну) групу, та 20 соматично здорових жінок – II (контрольна) група. Групи вагітних за віком, соціальним станом, терміном гестації були ідентичними, що дозволило об'єктивно оцінити результати дослідження. Обстеженим жінкам проводили загальноклінічні, клініко-лабораторні, імуноферментні, інструментальні (оцінка біофізичного профілю плода, УЗД, кардіотокографію, доплерометрію), морфологічні та імуногістохімічні методи.

Результати дослідження: при первинному обстеженні та дослідженні лабораторних показників у жінок із ЗДА виявили переважно анемію середнього ступеня тяжкості. Частота ускладнень вагітності та пологів у жінок I групи в 2,0-2,5 рази була вище, ніж у контрольній групі пацієнок. Необхідно відмітити, що наряду з численними ускладненнями вагітності у жінок I групи, такими як: ранні гестози, прееклампсія, загроза переривання вагітності, кровотеча, домінували дисфункція плаценти (ДП) у 51,6% вагітних, дистрес-синдром плода (ДС), гіпотрофія та затримка його росту (ЗРП). При ретельному обстеженні жінок I групи, які мають ДП, встановлені низькі показники фетальних та плацентарних гормонів, наявність метаболічного ацидозу,

порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку. При патоморфологічному дослідженні виявлені місця відкладання фібриноїду навколо груп ворсин із дистрофічно зміненою строюю. Також переважали термінальні ворсини з ангіоматозом, які переважно формують синцитіо-капілярні мембрани. У пологах вагітним, за їх бажанням, застосовували ЛФК, масаж або гідромасаж, надавали психологічну підтримку. Кесарів розтин проведений у 17,7% жінок I групи у зв'язку з ДС плода, передчасним розривом плодових оболонок, слабкістю пологової діяльності. Середня оцінка новонароджених за шкалою Апгар становила в I групі – 7,1 ±0,1 проти 8,9 ±0,1 бали у II групі, (p<0,05).

Висновки: результати досліджень свідчать про високу частоту (51,6%) акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із ЗДА, які народжують вперше у пізньому репродуктивному віці. Тому цій проблемі слід приділяти особливу увагу та застосовувати сучасні лікувально-діагностичні та профілактичні заходи.



ДОБОВИЙ ПРОФІЛЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У КОМОРБІДНИХ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ГІПОТИРЕОЗОМ

Корчагіна Д.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Вступ. Удосконалення діагностичних можливостей сучасної медицини дозволило систематизувати уявлення щодо так званої супутньої патології і у межах окремого науково-дослідницького напрямку запровадити поняття коморбідності. Одним з таких станів є сполучений перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) та гіпотиреозу (ГТ), найбільш поширеної ендокринної патології після цукрового діабету. Відомо, що досягнення цільового рівня артеріального тиску (АТ) і певним чином обумовлена цим тенденція до зростання показників смертності від серцево-судинних і судинно-мозкових хвороб, виявлена протягом 2000 – 2017 рр. у всіх регіонах України, пов'язані, серед іншого, з наявністю супутньої патології, в якості якої міжнародна ендокринологічна спільнота визнає ГТ як причину АГ, наголошуючи, що частота АГ при ГТ становить 30-50%. При вивченні динаміки розповсюдженості тиреоїдної патології в деяких регіонах України за останні 30 років виявлене зростання питомої ваги ГТ в 5,3 рази. За рахунок взаємного впливу ГТ та АГ відбувається взаємне обтяження перебігу, ускладнюється діагностика, змінюється прогноз захворювання та виникає необхідність вибору антигіпертензивної терапії (АГТ) з урахуванням коморбідності. В значній мірі рішення цих проблем сприяє вивчення добового профілю АТ, як самостійного чинника формування ускладнень АГ і важливого критерію ефективності АГТ. Вимірювання позаофісного АТ з використанням амбулаторного моніторування АТ (АМАТ) в значному ступені визначає ефективність обстеження. Доведено

(Рекомендації європейського товариства кардіологів та європейського товариства гіпертензії з лікування АГ (2018)), що рівень АТ у нічний час є більш сильним фактором для прогнозу ускладнень, ніж АТ у денний час. Недостатнє зниження АТ у нічний час асоціюється з ураженням органів-мішеней та збільшує ризик серцево-судинних ускладнень. Важливим критерієм ефективності антигіпертензивної терапії (АГТ) є нормалізація добового профілю АТ.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості добового профілю артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідним ГТ.

Матеріали і методи. До дослідження увійшли 50 хворих на АГ у поєднанні з ГТ (середній вік – 56,23±7,64 року, середня тривалість АГ – 8,87±4,45 року, тривалість замісної гормональної терапії (ЗГТ) з приводу ГТ – 9,39±5,75). Стадію, ступінь та ризик АГ та діагноз ГТ визначали відповідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESH/ESC 2018) та Американської асоціації клінічних ендокринологів з діагностики та лікування ГТ у дорослих (2012). Досліджувана група поділена на дві підгрупи за ознакою компенсації ГТ: I- компенсований ГТ та II – декомпенсований ГТ (критерієм компенсації вважали рівень ТТГ < 4,4 мМЕ/л). Контрольну групу склали 30 пацієнтів з АГ без патології щитоподібної залози. Всі групи за клініко-анамнестичними показниками були статистично порівняними.

Комплекс обстеження складався з загально-клінічних та інструментальних методів. Офісний АТ вимірювали тричі з інтервалом 2 хвилини та обчислювали середнє арифметичне для систолічного (САТ) та діастолічного артеріального тиску (ДАТ). АМАТ здійснювали на апараті АВРМ 04 (Meditech, Угорщина). Виміри проводили кожні 15 хвилин вдень і кожні 30 хвилин вночі. Проаналізовані такі показники: середні добові значення САТ та ДАТ, середні показники САТ та ДАТ вдень, вночі; індекс часу гіпертензії САТ, ДАТ та індекс площі гіпертензії САТ, ДАТ; величина ранкового підйому САТ. Добовий профіль АТ вивчали за показником добового індексу (ДІ).

Результати. При аналізі показників офісного АТ встановлений недостатній рівень його контролю в усіх групах обстежених хворих (САТ 160,20±16,36 мм. рт. ст.; 157,50±8,34 мм. рт. ст.; 156,50±6,18 мм. рт. ст. та ДАТ 98,00±8,54 мм. рт. ст.; 101,04±10,01 мм. рт. ст.; 91,67±4,97 мм. рт. ст. відповідно, для хворих I, II та контрольної групи. Вивчення показників АМАТ довело, що хворі на АГ у поєднанні з декомпенсованим ГТ мали більш виразні зміни добового профілю АТ, в той час як середні значення офісного САТ не мали достовірних відмінностей між групами (p_{I-II}=0,9, p_{I-к}=0,9, p_{II-к}=0,8). Для хворих на АГ, асоційовану з ГТ, характерне недостатнє зниження АТ вночі, про що свідчить більша питома вага хворих зі зниженим ДІ САТ менше за 10 серед цих пацієнтів (p=0,001), у порівнянні з хворими на АГ. Для визначення предикторної цінності тривалості ЗГТ щодо зниження ДІ САТ у хворих на АГ у поєднанні з ГТ був проведений ROC аналіз, який встановив помірну діагностичну цінність (площа під кривою (AUC) =0,7, ДІ [0,52-0,82], p=0,025) і дозволив з чутливістю 82,1% і специфічністю 57,1% встановити точку

розподілу тривалості ЗГТ >6 років, яка може впливати на зниження ДІ САТ у хворих на АГ та ГТ.

Висновки. АМАТ є кращим предиктором обумовленого гіпертензією ураження органів-мішеней. Хворим на АГ з ГТ показане АМАТ для виявлення нічної гіпертензії з метою необхідності можливої зміни прийому АГТ у вечірній час, що потребує подальшого вивчення.



CO-, MULTIMORBIDITY AND POLYPRAGMASY IN CARDIAC PATIENTS: THE VIEW OF THE CARDIOLOGIST AND WAYS TO SOLVE THE PROBLEM

*Makiienko Nataliia, Delich Olena, Kharchenko Lubov
V.N. Karazin National university, Kharkiv, Ukraine*

Key words: *co-, multimorbidity, polypragmasy, cardiac patients.*

Introduction: according to numerous data, which form syndromes of co-, multimorbidity, their onset and chronization account for young age (30-45 years) and middle age (40-60 years), but result of their accumulation occurs in old age (61-75 years) that increases patients' mortality.

Purpose: to explore the ways of developing co-, multimorbidity of cardiac patients in clinical practice and to propose the individualized recommendations for the prevention of these conditions.

Methods: to evaluate literary sources and clinical cases of the development of co-, multimorbidity in cardiac patients.

Results: numerous studies have been reported with regard to the ways of the development of co-, multimorbidity – causal transformation, anatomical proximity of the affected organs, common «molecular» pathogenesis or accidental combinations, chaotic agglomeration of the diseases, involutive changes, social-ecological and infectious factors. According to last literary sources, genetic theory of the development is receiving increased attention. Interaction of the diseases, involutive processes of natural ageing and medical pathomorphosis significantly change a clinical presentation and course of the disease, the nature and severity of complications, worsen the quality of patient's life, limit or complicate the medical and diagnostic processes.

Equally important is polypragmasy in which long-term use of drugs causes side effects that may subsequently form a distinct disease. Clinical presentation, which was caused by side effects of therapy, may be regarded as a manifestation of a new disease that subsequently leads to the appointment of additional drugs and chronization, reducing of patients' compliance to treatment.

In order to improve the effectiveness of medical care, leveling the problem of polypragmasy requires clear algorithms of doctor's actions, the appointment of "multiprofile" drugs, which have additional pleiotropic and positive effects on several concomitant pathologies with minimal side effects, taking into account the mutual influence of drugs.

Medical recommendations should be focused on individual conduct of matches, taking into account co-, multi-morbidity conditions that have elective therapy, which will be effective, safe and accessible.

Several diseases can be treated sequentially or in parallel to minimize polypragmasy. In the current guidelines appropriate to include sections on diagnosis and treatment of patients with co-, multimorbidity conditions.

Conclusion: individualized recommendations for the management of cardiac patients in conditions of co-, multimorbidity can reduce their progression, more effectively reduce the risk of complications and improve their outcomes.



ПОКРАЩЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ВИСОКОГО ТА ДУЖЕ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ДО СТАТИНОТЕРАПІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПОЛІПІЛЛ ТРИНОМІЯ®

*Яблонська В.Б., Тихонова С.А., Нігрескул О.Ю.
Одеський національний медичний університет*

Актуальність. Суттєвим бар'єром для ефективного лікування пацієнтів з атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями (АССЗ) є низька прихильність пацієнтів до тривалої терапії. Через 6 місяців кожний 3-й пацієнт, а через 1 рік кожний 2-й пацієнт припиняє призначену терапію [Naderi S.H. et al., 2012].

Мета. Оцінити можливість покращення прихильності пацієнтів зі стабільним АССЗ до тривалого прийому статинів за рахунок призначення поліпіллу Триномія®.

Матеріал та методи. На базі відділення внутрішніх хвороб з ліжками інтенсивного нагляду Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ протягом 12 місяців 2018–2019 років під динамічним спостереженням знаходилися 13 пацієнтів зі стабільним АССЗ, 54% чоловіки, 46% жінки. Розподіл пацієнтів за віком був таким: 23% пацієнтів вікової групи 50–60 років, 46% хворих – 60–70 років, 31% пацієнт – 70–80 років. У 61% пацієнтів діагностовано стабільну ішемічну хворобу серця, 46% пацієнтів перенесли більш року назад інфаркт міокарда, 23% – процедуру стентування коронарних артерій, у 92% пацієнтів була артеріальна гіпертензія, у 46% – цукровий діабет. Комплексна терапія 2 пацієнтів (15%) включала 4 препаратів, 5 пацієнтів (39%) – 5 препаратів, 6 пацієнтів (46%) – 6 та більше препаратів. В перші 6 місяців пацієнти отримували стандартну медикаментозну терапію (інгібітори АПФ, ацетилсаліцилова кислота, статини). В наступні 6 місяців пацієнтів переводили на прийом поліпіллу Триномія® з різними дозами раміприлу. Прихильність до терапії оцінювали шляхом опитування пацієнтів при включенні в дослідження, через 6 та 12 місяців.

Результати. Оцінка прихильності пацієнтів АССЗ до терапії статинами при переводі на поліпіллу Триномія® порівняно зі стандартною терапією протягом 6 місяців спостереження визначила 100% прихильність до терапії з

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

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

За нашими спостереженнями лише у деяких хворих на ОЗК кардіоселективні ВАВ 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 ВАВ спостерігалось значне погіршення стану в порівнянні з попереднім періодом – посилювалися болі в кінцівках, більш вираженим ставав симптом «переміжаючої хромоти» (значно зменшувався шлях, який міг пройти хворий до виникнення болю).

Ми призначали таким хворим після відміни ВАВ 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 ВАВ для контролю ЧШС, з метою зменшення частоти ускладнень;

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 дів раніше. При тонометрії у всіх пацієнтів було зареєстровано підвищення систолічного та пульсового артеріального тиску (САТ та ПАТ) у середньому, відповідно, до 162,8±4,6 мм рт.ст. та 78,6±2,8 мм рт.ст. при збереженні нормального рівня діастолічного артеріального тиску (ДАТ) – 83,8±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±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±1,9 мм рт.ст. та ПАТ на 22,7±1,8 мм рт.ст. виявилось значнішим ніж в контрольній, де воно склало 16,7±1,6 мм рт.ст. та 14,5±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±1,2 Вт, що виявилось достовірно більшим ніж у контрольній – 14,3±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.

На сучасному етапі найбільшу увагу при дослідженні спадково етіологічних чинників розвитку і прогресування подагри привертають гени, що беруть участь у роботі системи ниркового транспорту уратів. Найбільш відомими є SLC2A9 (solute carrier family 2, member 9) и ABCG2 (ATP-binding cassette, family G) – гени уратних транспортерів, які відповідають за її реабсорбцію та екскрецію, вони відіграють головну роль в регуляції концентрації СК в крові.

Ген SLC2A9 кодує транспортер глюкози та фруктози – GLUT9, який в той самий час є високоспецифічним транспортером уратів у проксимальних ниркових каналцях та впливає на реабсорбцію сечової кислоти. GLUT-9 існує в двох ізоформах: 9a (транспортує урати з клітин проксимальних каналців) і 9b (транспортує урати в клітини проксимальних каналців). При наявності глюкози або фруктози збільшується транспорт уратів і підвищується реабсорбція уратів з проксимальних ниркових каналців. Найбільш значущими поліморфізмом, пов'язаними з гіперурикемією та важкою подагрою в європейській популяції є rs16890979, який призводить до заміни амінокислоти валіну на ізолейцин і асоційований з рівнем креатиніну і швидкістю клубочкової фільтрації.

Не менш значущим є ген ABCG2 АТФ-зв'язуючого касетного транспортера (ABC) сімейства G. Він кодує білок, відповідальний за резистентність до раку молочної залози (BCRP), який при цьому є транспортером уратів і різних дериватів пуринів, ксенобіотиків, а також асоційований з транспортом алопуринолу і відповіддю на нього. Поліморфізм rs2231142 призводить до заміни амінокислоти глутаміну на лізин, що має сильний зв'язок з рівнем СК і подагрою в осіб чорної і білої рас.

Отже вивчення поліморфізмів генів SLC2A9 и ABCG2 має велике значення в розумінні патогенетичних механізмів розвитку подагричного артриту. В перспективі такі дослідження допоможуть персоналізувати лікування, виявляти групи ризику серед пацієнтів з безсимптомною гіперурикемією та подагрою. Перспективним є вивчення ролі цих поліморфізмів у розвитку коморбідної патології (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ожиріння).



СТАТИНОПРОФІЛАКТИКА ТА СТАТИНОТЕРАПІЯ КОМОРБІДНИХ ХВОРИХ, ТА ПРИЧИНИ НЕДОТРИМАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЛІКАРЯ

Штанько В.А., Андрух В.А.

Одеський національний медичний університет

Атеросклероз – це складний патологічний процес, в якому ендотеліальна дисфункція, запалення і утворення бляшок грають важливу роль. В основі виникнення атеросклерозу лежить взаємодія багатьох патогенетичних факторів, що веде в кінцевому результаті до утворення фіброзної бляшки (неускладненої і ускладненої). Серцево-судинні захворювання займають 1 місце в світі по

розповсюдженості, інвалідизації та смертності населення. І саме атеросклероз відіграє важливу роль у патогенезі, та прогнозі цих захворювань. Але статинопрофілактика та статинотерапія коморбідних хворих здійснюється на недостатньому рівні, і становить від 25 до 35 % (ESC Congress 2018) в розвинутих країнах світу. Що спонукає пацієнтів з явними порушеннями ліпідного обміну відмовлятися від прийому гіполіпідних засобів, і яку роз'яснювальну роботу повинен проводити лікар, щоб підвищити планку прихильності до їх прийому.

Матеріали та методи дослідження. Статини блокують активність фермента ГМГ-КоА-редуктази, який перетворює ацетил коензим А в мевалонат, тобто переривають першу ланку ланцюжка синтезу холестерину: ацетил коензим А > мевалонат > 5 пірофосфомевалонат > ізопектилпірофосфат > 3,3 диметилпірофосфат > геранілпірофосфат > фарнезилпірофосфат > сквален > ланостерол > холестерин.

В той час як найочікуванішим терапевтичним ефектом статинів являється зниження рівня холестерину та ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), зниження продукції інших вищеперахованих продуктів шляху мевалоната, може пояснити виникнення інших ефектів від статинотерапії, як корисних, так і шкідливих. Саме ці явища перелічені в побічних ефектах різних груп статинів.

У дослідження STELLAR продемонстровано, що доза розувастатину 10 мг на 3-4% ефективніше в зниженні рівня холестерину ЛНП, ніж доза аторвастатину 20 мг. Терапія розувастатином в дозі 10-40 мг приводила до зниження ХС ЛПНЩ на 46-55%, терапія аторвастатином в дозі 10-80мг - до зниження ХС ЛПНЩ на 37-51%.

Аспекти, які потрібно донести до пацієнта, аби визначити для нього важливість прийому цієї таблетки:

- 1. Гіполіпідемічний ефект.** Кожен ммоль/л зниження ЛПНЩ знижує на 22% частоту великих судинних подій, на 10% смертність від усіх інших причин в рік. Таким чином, зниження рівня холестерину ЛПНЩ на 2 ммоль/л протягом 5 років у 10000 пацієнтів зменшить частоту основних судинних подій на 10% при вторинній профілактиці (у пацієнтів з високим ризиком повторного інсульту або серцевого нападу), і на 5% при первинній профілактиці (пацієнти з більш низьким ризиком). Статини забезпечують захист серцево-судинної системи не тільки за рахунок зниження рівня холестерину, але і через вплив на зниження окислення ЛПНЩ, сприяючи стабілізації атеромної бляшки, інгібуючи дисфункцію ендотелію і проліферацію судинних гладких м'язів і знижуючи активність тромбоцитів.
- 2. Плейотропні ефекти.**
 - **Поліпшення ендотеліальної функції.** Ендотеліальна дисфункція є одним з перших етапів патогенезу атеросклерозу. Статини пригнічують пренілірування білків, що в свою чергу, призводить до підвищеної експресії синтетази оксиду азоту, яка отримується з ендотелію (eNOS).

При збільшенні експресії eNOS збільшується утворення оксиду азоту в ендотелії і стимулюється вазодилатація.

- **Протизапальна дія.** Після пошкодження ендотелію в атеросклеротичну бляшку проникають запальні клітини. Статини можуть пригнічувати запалення завдяки їх здатності знижувати продукцію маркерів запалення, таких як С-реактивний білок (СРБ) або сироватковий амیلлоїд А (SAA), інтерлейкіни і молекули адгезії, такі як молекула внутрішньоклітинної адгезії (ICAM-1); кожен з них був пов'язаний з розвитком і рецидивом серцево-судинних подій.
- **Антитромботичний ефект.** Останньою ланкою в атеросклерозі є руйнування ендотелію і утворення згустка крові, який порушує кровообіг. Статини попереджують цей етап, зменшуючи експресію тканинного фактора та агрегацію тромбоцитів, зменшуючи утворення тромбіну і експресію його рецептора на поверхні тромбоцитів.

Таким чином акцентування важливості регулярного прийому статинів на етапі як первинної, так і вторинної профілактики серцево-судинних катастроф, зможе підвищити рівні їх попередження у популяції

Наступною причиною нерегулярного прийому даних препаратів вважається поліпрагмазія. Коли лікування поліморбідного пацієнта потребує призначення статинів, хворий вже регулярно приймає приблизно 2-3 препарати, декілька разів на день. Важливим фактором поліпрагмазії являється вартість препаратів. Враховуючи соціальний статус хворих на серцево-судинну патологію (в основному це люди похилого віку) в нашій країні, економія на медикаментах, також є причиною не регулярного прийому статинів.

Існує й інша сторона «медалі». Особливу увагу в обсерваційних дослідженнях та клінічних випробуваннях приділяють двом найбільш вираженим побічним ефектам – розвитку міопатії, та підвищення ризику захворюваності діабетом. Також слід відмітити, що обговорюється інформація про те, що статини підвищують ризик виникнення геморагічного інсульту, але це поки що припущення, дослідження тривають.

Міопатія. Статини здатні викликати або самообмежену міотоксичність, ймовірно, через пряму дію статинів на м'язи, або автоімунну міопатію, пов'язану з аутоантитілами, націленими на ГМГ-КоА-редуктазу. Пряма міотоксичність - це рідкісна патологія з сумарною захворюваністю близько 10-20 випадків на 10000 пацієнтів, які отримували статини в рік. Вона характеризується розривом після припинення прийому, та є дозозалежною, може бути різного ступеня важкості, починаючи від ізольованого м'язового болю і закінчуючи важким рабдоміолізом, що призводить до ниркової недостатності. Деякі мета-аналізи з рандомізованих клінічних випробувань показали, що в більшості випадків міалгія, виявлена в обсерваційних дослідженнях, не була причинно пов'язана з лікуванням статинами. Це важливо враховувати в клінічній практиці, коли пацієнти, під час статинотерапії, відчувають біль в кістково-м'язовій системі. Приблизно у 1 випадку на 10000 пацієнтів, які отримують статини, щороку розвивається значне підвищення рівнів креатинкінази (КК), і приблизно у 2-3 на 100 000 пацієнтів може

розвиватись рабдоміоліз з надзвичайно високими рівнями цього ферменту, міоглобінемією, міоглобінурією і гострою нирковою недостатністю. Ризик міотоксичності статинів може істотно зрости, коли вони використовуються в поєднанні з іншими лікарськими засобами, які впливають на їх метаболізм, особливо з інгібіторами цитохрому Р450. Крім того, у дуже невеликої частки пацієнтів, приблизно 2-3 на 100 000 пацієнтів, які отримують лікування, в рік може розвинути автоімунна міопатія. Вона характеризується проксимальною м'язовою слабкістю, некрозом м'язових клітин при біопсії м'язів, і наявністю аутоантитіл проти ГМГ-КоА-редуктази. Характерно, що цей тип міопатії не повертається після припинення прийому статинів, та вимагає лікування імуносупресивною терапією.

Цукровий діабет. Великі рандомізовані клінічні дослідження продемонстрували підвищений ризик розвитку цукрового діабету у пацієнтів, що приймають статини. За приблизними оцінками він становить близько 10-20 на 10 000 пацієнтів, які отримують лікування в рік, аналогічно ризику розвитку міопатії. Ризик діабету пропорційний дозі, і з'являється незабаром після початку терапії статинами. Це відбувається в основному серед пацієнтів з іншими факторами ризику розвитку діабету (підвищений індекс маси тіла, порушення рівня глюкози натще або високий рівень НbА 1с). Незважаючи на це, зниження серцево-судинного ризику, пов'язаний з прийомом статинів, компенсує будь-яке збільшення захворюваності, пов'язаної з діабетом.

Висновки. Потрібно донести до пацієнта вищеперераховані ефекти від регулярного прийому статинів. Пояснити що побічні ефекти, дозозалежні, та чим раніше почати приймати препарат, тим меншим буде його дозування, і таким чином ризик виникнення побічних реакцій мінімізується. Останніми роками вченими розглядається можливість прийому препаратів у таблетці поліпілл – фіксована комбінація декількох препаратів в одній таблетці. Для пацієнтів з серцево-судинною патологією запропоновані такі комбінації – 1. Інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) + аспірин + статин. 2. ІАПФ + β-адреноблокатор + аспірин + статин. У першому випадку препарат представлений на фармацевтичному ринку України в таких дозах – 100 мг аспірину + 20 мг аторвастатину + 2.5 мг раміприлу; 100 мг аспірину + 20 мг аторвастатину + 5 мг раміприлу; 100 мг аспірину + 20 мг аторвастатину + 10 мг раміприлу. Таким чином фіксовані дози аспірину та аторвастатину разом з коригувальною дозою раміприлу, в якості одноразового прийому на день, може розглядатись як «золота таблетка» при багатьох серцево-судинних захворюваннях, які супроводжуються гіперхолестеринемією та атеросклерозом.



ОЦЕНКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПУРИНСОДЕРЖАЩИХ ПРОДУКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА УРОВНИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА

Найдёнова Е.В., Шишман Ю.М., Чайка А.А.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Актуальность. Характер пищевого поведения играет важную роль в формировании артериальной гипертензии (АГ) через цепь метаболических нарушений, таких как гиперурикемии (ГУ) и гиперхолестеринемии (ГХЕ). Средиземноморский тип питания, с акцентом на рыбные продукты и овощи, оказывает протективное действие у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (А.В. Бильченко, Г.В. Дзяк, 2012).

Цель: оценить частоту употребления пуриносодержащих продуктов животного происхождения (мясо и рыба) у пациентов с АГ и их влияние на уровни мочевой кислоты (МК) и общего холестерина (ОХ).

Материалы и методы. В исследование включено 86 амбулаторных пациента с АГ I – III стадии, мужчин - 37, женщин – 49, средний возраст $62,96 \pm 12,2$ года. Проведено анкетирование согласно разработанной анкете, измерено офисное артериальное давление (АД), вес, рассчитан индекс массы тела (ИМТ); лабораторное обследование включало определение уровня МК и ОХ в плазме крови. В исследование не были включены пациенты с вторичными причинами развития гиперурикемии и гиперлипидемии.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов с АГ 58 (67,44 %) страдают ожирением. Средний уровень офисного САД составил $133,48 \pm 15,24$ мм рт.ст., а ДАД – $82,5 \pm 9,27$ мм рт.ст., антигипертензивную терапию постоянно принимают 59 (68,6 %) пациентов, из них целевых уровней АД достигли 38 (44,2 %) пациентов.

Анализ пищевого поведения показал, что пациенты с АГ предпочитают мясные продукты, включая птицу, ($4,08 \pm 0,23$ раз в неделю) употреблению рыбных продуктов ($1,05 \pm 0,09$), $p < 0,001$. В зависимости от частоты употребления мясных продуктов все пациенты разделены на три группы. I группа, редко употребляющие мясные продукты (0 – 2 раза в неделю) – 22 пациента (25,6 %), II группа, умеренно (3-4 раза в неделю) – 26 (30,2 %), III группа часто употребляющие мясные продукты (5 – 7 раз в неделю) – 38 (44,2 %) пациентов.

ГУ, при уровне МК > 320 мкмоль/л, была диагностирована у 40 (46,5 %) пациентов, а средний уровень МК обследуемых пациентов составил $333,75$ мкмоль/л, что выше нормы. Медикаментозной коррекции ГУ не проводилось. В I группе средний уровень МК составил $234,5 \pm 8,42$ мкмоль/л, а ГУ не выявлена ни у одного из пациентов; во II группе – $309,7 \pm 10,16$ мкмоль/л, ГУ – 8 (30,8 %) пациентов; в третьей группе – $413,29 \pm 10,9$ мкмоль/л, ГУ – выявлена у 32 (84,2 %) пациентов. Разница между группами достоверна ($p < 0,001$).

ГХЕ, при уровне ОХ $> 5,2$ ммоль/л, была выявлена у 62 (72,1 %) обследованных пациентов. Статинотерапию принимают только 21 пациент (24,42 %), уровень ОХ у медикаментозно леченых пациентов составил – $4,53$ ммоль/л, целевых цифр ОХ достигли 17 (81 %) из 21 пациентов. Из 65

пациентов, не принимающих статины, ГХЕ выявлена у 57 (87,7 %) пациентов, а средний уровень ОХ составил $6,2 \pm 0,97$ ммоль/л. В I группе средний уровень ОХ составил $5,9 \pm 0,2$ ммоль/л, а ГХЕ выявлена у 15 (68,2 %) пациентов. Во II группе уровень ОХ составил $6,09 \pm 0,2$ ммоль/л, а ГХЕ – у 18 (69,2 %) пациентов. В III группе уровень ОХ составил $6,46 \pm 0,18$ ммоль/л, а ГХЕ – 29 пациентов (76,3 %). Разница между уровнем ОХ в I и III группах достоверна, ($p < 0,05$).

Между частотой употребления мясных продуктов и уровнем МК выявлена сильная положительная корреляционная связь ($r = 0,7707$), а между употреблением рыбы и МК – очень слабая корреляционная связь ($r = 0,0004$). Между частотой употребления мясных продуктов и уровнем ОХ установлена слабая положительная связь ($r = 0,2772$), а между употреблением рыбы и уровнем ОХ очень слабая положительная связь ($r = 0,1011$).

Выводы:

1. Пациенты с артериальной гипертензией достоверно чаще употребляют мясные продукты ($4,08 \pm 0,23$ раз в неделю), чем рыбные ($1,05 \pm 0,09$), ($p < 0,001$).

2. Уровни мочевой кислоты достоверно выше в группах умеренного ($309,7 \pm 10,16$ мкмоль/л) и частого употребления мясных продуктов ($413,29 \pm 10,9$ мкмоль/л), чем в группе редкого употребления ($234,5 \pm 8,42$ мкмоль/л), ($p < 0,001$). Выявлена сильная корреляционная связь между частотой употреблением мясных продуктов и уровнем мочевой кислоты ($r = 0,7707$).

3. Уровень общего холестерина достоверно выше в группе частого употребления мясных продуктов ($6,46 \pm 0,18$ ммоль/л) по сравнению с группой редкого потребления ($5,9 \pm 0,2$ ммоль/л), ($p < 0,05$). Установлена слабая корреляционная связь между частотой употреблением мясных продуктов и уровнем общего холестерина ($r = 0,2772$).



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 холз 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