

Харківський національний медичний університет

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

**Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю
(м. Харків, 14 березня 2019 року)**



Харків

2019

ОА, показав, що вони вдвічі частіше мають ССЗ. У ряді досліджень також було припущено, що ОА асоціюється з надмірним ризиком смертності внаслідок ССЗ, цукрового діабету, ожиріння, когнітивних розладів та інвалідності. Крім того, біль при ОА може сприяти підвищенню гіпертензії, ожиріння та ССЗ за рахунок зменшення рухливості (іноді його називають «сидячою хворобою»). Та навпаки, було показано, що більша обтяженість супутньою патологією ССЗ, діабетом або болями в спині сприяє посиленню болю та погіршенню фізичних функцій у пацієнтів з ОА колінного та / або тазостегнового суглобів, формуючи таким чином класичний *circulus vitiosus* коморбідності та ОА.

Наявність супутніх захворювань у пацієнтів з ОА часто впливає на вибір лікування, особливо щодо фармакологічної терапії та хірургічного лікування, в ряді випадків унеможливаючи останній. Використання пероральних нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) як найбільш часто використаного засобу контролю болю часто обмежується через підвищений ризик несприятливих ефектів у таких пацієнтів. В іншому випадку повинні застосовуватися однакові загальні принципи управління ОА, оскільки всі пацієнти повинні також використовувати нефармакологічні заходи, такі як управління вагою та фізичні вправи, допоміжні засоби для ходьби та психологічні втручання. Варто зауважити, що корисні ефекти фізичних вправ і втрата ваги обмежуються не тільки ОА, але й можуть позитивно впливати на інші супутні захворювання.

Іванченко С.В.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1 ТА БЕЗБОЛЬОВОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Несфатин-1 - 82-амінокислотний пептид, який синтезується як у гіпоталамусі так й у периферичній жировій тканині та бере участь у процесах енергетичного гомеостазу. Показано, що несфатин-1 пригнічує харчування незалежно від лептінового шляху та підвищує секрецію інсуліну. Протягом останнього десятиріччя низкою досліджень також було доведено протизапальну роль даного цитокіну. Так, за даними С.Н. Tang et al., 2012 виявлено, що підвищення рівня несфатину-1 знижує експресію запальних генів, у тому числі фактор некрозу пухлини- α , інтерлейкін- 1β і IL-6 при пошкодженні тканини мозку у щурів. Дослідження Bonnet et al., 2009 показало зв'язок між запаленням стовбура мозку і гіпоталамусу та активацією нейрона експресуючого несфатин-1. У дослідженні Ayada et al., 2016 було визначено, що внутрішньовенне введення несфатину-1

призводить до вазоконстрикції шляхом інгібування утворення оксиду азоту та підвищення артеріального тиску (АТ). Таким чином можливо припустити, що зниження експресії несфатину-1 відіграє роль у патогенезі дисфункції ендотелію та виникнення гострої серцеві події.

Мета дослідження: проаналізувати взаємозв'язок між сироватковим рівнем несфатину-1 та наявністю безболівової ішемії міокарду у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням.

Матеріали і методи: 86 хворим з ГХ на діагностичному комплексі SDM 23 проведено холтерівське моніторування (ХМ). Пацієнтів розподілено на 5 груп: 1-ша – особи з нормальною масою тіла, (n=17), індекс Кетле 22,75 (21,5;24,0) кг/м²; 2-га - з надлишковою масою тіла (n=26), індекс Кетле 26.85 (25.84;27.60) кг/м²; 3-тя - ожиріння I ст. (n=16), індекс Кетле 32.44 (31.8;33.42) кг/м²; 4-та - з ожирінням II ст. (n=17), індекс Кетле 39.51 (35.5;42.8) кг/м²; 5-та - з ожирінням III ст. (n=10). Додатково виділено 2 групи: перша - 68 осіб без ознак ішемії. У другу групу увійшло 18 осіб (21,1%) із депресією сегменту ST (максимальні рівні 2,7 мм у чоловіків та 3,7 мм у жінок). Групу контролю склали 12 практично здорових осіб відповідних за статтю та віком. Сироватковий рівень несфатину-1 визначено імуноферментним методом за допомогою набору реактивів Human Nesfatin-1 ELISA Kit (Kono Biotech Co., Ltd., КНР). Статистичний аналіз даних проведено з використанням комп'ютерного пакету прикладних програм для обробки статистичної інформації Statistica 6.1 (Statsoft Inc., США). Кількісні ознаки описано медіаною (Me), значеннями верхнього (UQ) і нижнього (LQ) кватилей вибірки.

Результати: за даними імуноферментного дослідження хворі на ГХ мали статистично значуще вищий вміст несфатину-1 сироватки крові, що становило 8,04 (7,4;8,6) нг/мл у осіб з нормальною масою тіла (p<0,05, порівняно з пацієнтами з ожирінням I ст.); 7,58 (6,71;8,45) нг/мл у хворих з надлишковою масою тіла; 7,22 (6,7;8,0) нг/мл - з ожирінням I ст.; 7,9 (7,21;8,2) нг/мл - з ожирінням II ст.; 7,47 (6,8;8,5) нг/мл - з ожирінням III ст., проти 4,54 (4,2;4,87) нг/мл у контрольній групі, (p<0,05).

Проведення кореляційного аналізу показало наявність середньої сили зворотнього кореляційного зв'язку (r=-0,42, p=0,05) між несфатином-1 й індексом маси тіла. При міжгруповому аналізі за принципом наявності або відсутності епізодів безболівової ішемії за даними ХМ не виявлено статистично значущої різниці між групами залежно від віку, індексу маси тіла, АТ (систоличного та діастолічного), наявності цукрового діабету та статусу куріння. Сироваткові рівні несфатину-1 у хворих без ознак ішемії за даними ХМ становили 7,32 (5,21;8,2) нг/мл, що було вірогідно вище ніж у другій групі 5,01 (3,28;6,44) нг/мл (p=0,03) та у групі контролю: 4.54 (4.24;4.87) нг/мл (p=0,01). У той же час вміст несфатину-1 сироватки крові у хворих з ішемією вірогідно не відрізнявся від рівня у контрольній групі (p=0,06)

Висновки: зміст несфатину-1 сироватки крові є вірогідно вищим у хворих на гіпертонічну хворобу. Показано його зворотню кореляцію ($r=-0,42$, $p=0,05$) з індексом маси тіла. Водночас, низькі рівні даного цитокіну незалежно від наявності та ступеня ожиріння у хворих зазначеної когорти асоціюються з наявністю ішемії за даними холтеровського моніторингу, що може свідчити про несприятливий перебіг захворювання.

Калюжка А.А.¹, Бондаренко С.В.²
МОЖЛИВОСТІ ФІЗИОТЕРАПІЇ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА У
ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків
²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

У лікуванні остеохондрозу хребта одне з провідних місць належить групі нестероїдних протизапальних препаратів, основна дія яких полягає в інгібуванні циклооксигенази - ферменту, який регулює біотрансформацію арахідонової кислоти в простагландини. Однак, серед протипоказань до призначення цих лікарських речовин на першому місці стоять ерозивно-виразкові ураження шлунково-кишкового тракту, що істотно обмежує можливості медикаментозного лікування остеохондрозу. Тому, у хворих з поєднаною патологією - остеохондрозом хребта і виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки слід особливу увагу приділяти лікувальним фізичним чинникам.

Адже, фізичні чинники практично не мають побічних проявів та їх застосування забезпечує виражений і стійкий лікувальний ефект. Дія їх багатогранна - знеболююча, протизапальна, протинабрякова, трофічна. При цьому вони зменшують м'язовий спазм, покращують кровообіг, знижують збудливість паравертебральних нервових сплетінь, сприяють нормалізації реактивності організму. Зважаючи на багаторічний досвід використання фізичних чинників, ми розробили алгоритм їх призначення, залежно від гостроти процесу та наявності больових відчуттів у пацієнтів з остеохондрозом хребта та супутньою патологією - виразковою хворобою шлунка або дванадцятипалої кишки.

У гострому періоді остеохондрозу хребта, при сильних болях у пацієнтів перевага віддається лікарському електрофорезу знеболюючих речовин - новокаїну, лідокаїну з розчинів на основі димексиду. Наші дані свідчать про те, що слід використовувати з метою кращого знеболення, не гальванічний струм від апарату "Поток-1", а імпульсні струми від апаратів для діадинамотерапії або синусоїдально – модульовані струми (апарат «Радіус»). Для отримання достатнього терапевтичного ефекту тривалість

Зімін С.М., Жулай Т.С., Шебеко С.К., Андрєєва О.О. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ, ЯК СКЛАДОВОЇ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	40
Іванченко С.В. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1 ТА БЕЗБОЛЬОВОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ.....	41
Калюжка А.А., Бондаренко С.В. МОЖЛИВОСТІ ФІЗІОТЕРАПІЇ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.....	43
Карая О.В. ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ІЗ ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ ТИПОМ ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....	44
Катеренчук О.І. ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ СОННИХ АПНОЕ ТА СПОСОБИ ЇЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ.....	45
Каук О.І. НЕЙРОГЕННА ДИСФУНКЦІЯ СЕЧОВОГО МІХУРА У ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДІСТОНІЄЮ.....	48
Каук О.І. ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ З ЕПІЛЕПСІЄЮ ТА СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ.....	49
Кізюріна Ю.В. ПРОБЛЕМАТИКА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ: ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ВІДМІННОСТІ, ДЕПРЕСІЯ, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, КОМОРБІДИ.....	51
Ковальова О.М. ДЕФІНІЦІЯ ТА КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КОМОРБІДНОСТІ, МУЛЬТІМОРБІДНОСТІ, ПОЛІПРАГМАЗІЇ.....	53
Коростій В.І., Блажіна І.Ю., Ластівка К.Р. ОСОБЛИВОСТІ ТИПІВ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ЕПІЛЕПСІЮ З КОГНІТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	57
Коростій В.І., Платинюк О.Б. КОМОРБІДНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ТИМЧАСОВО ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПРИ СОМАТИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....	58

Коростій В.І., Шаповалова А.В. АРТ-ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ	61
Латогуз С.І. ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ВІЛЬНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПОРУШЕННЯМ РИТМУ СЕРЦЯ ТА СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.....	63
Малик Н.В., Затолока Д.В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....	65
Марченко А.С., Пасієшвілі Т.М. ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ОЖИРІННЯ: МЕТАБОЛІЧНА СКЛАДОВА ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ.....	66
Опарін О.А., Внукова А.С., Яранцева Н.А., Крючкова І.О. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІНИ ДІАМЕТРУ ПЛЕЧОВОЇ АРТЕРІЇ ЯК ПОКАЗНИКА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ.....	69
Пасієшвілі Л.М., Терешкін К.І. КОМОРБІДНІСТЬ ОСТЕОАРТРИТУ ТА ОСТЕОПОРОЗУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ: ПРОВОКУЮЧІ ТА ПОЄДНУЮЧІ ФАКТОРИ.....	71
Пасієшвілі Т.М., Коряк В.В., Мальцева Ю.В. ПАТОЛОГІЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: З ПРАКТИКИ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ ХНМУ.....	73
Пилипенко Р.В., Синяченко Ю.О., Потапов Ю.О., Верзілова С.Ф. «ТОКСИЧНИЙ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗ» ПРИ АРТЕРІОСКЛЕРОЗІ ТА КОМОРБІДНІЙ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	76
Пирнепесова В.Ш., Мемедов К.К., Шапкин В.Е. ЯНДАК В КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.....	78
Самойлова Г.П. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ОКОРУХОВИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА МІАСТЕНІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	80

Сивенко О. Л., Калюжка А. А. ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РОЗРОБЛЕНОГО ЛІКУВАЛЬНО – РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЛАНТАРНИМ ФАСЦІЙТОМ НА ТЛІ ЕКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦІЙНОГО ОЖИРІННЯ.....	81
Синяченко О.В., Єрмолаєва М.В., Бевзенко Т.Б., Суярко В.І. СУДИННА НЕФРОПАТІЯ ПРИ АНСА-АСОЦІЙОВАНИХ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТАХ.....	83
Синяченко О.В., Єрмолаєва М.В., Єгудіна Є.Д., Лівенцова К.В. МНОЖИННІСТЬ СУДИННИХ УРАЖЕНЬ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ.....	86
Сокрут М.В., Сокрут В.М., Яковленко В.В., Синяченко Т.Ю. ЕСЕНЦІАЛЬНІ МІКРОЕЛЕМЕНТИ В ОРГАНІЗМІ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З КОМОРБІДНИМИ ГОНО- І КОКСАРТРОЗОМ.....	88
Степко П.А., Синяченко О.В., Верзілов С.М., Сокрут О.П. КОМОРБІДНИЙ ВАСКУЛІТ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ.....	91
Суярко В.І., Єрмолаєва М.В., Синяченко О.В., Лівенцова К.В. СУДИННА ПНЕВМОПАТІЯ ПРИ АНСА-АСОЦІЙОВАНОМУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СИСТЕМНОМУ ВАСКУЛІТІ.....	94
Шапкін В. Є. ОСНОВНІ АСПЕКТИ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПОЛПРОФІЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	96

Наукове видання

**Університетська клініка. Мультиморбідність і коморбідність у
поліпрофільній лікарні**

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю

Редакційна колегія:

Пасієшвілі Людмила Михайлівна (голова редакційної колегії)
Мальцев Андрій Володимирович
Товажнянська Олена Леонідівна
Заздравнов Андрій Анатолійович

Відповідальний за випуск: Заздравнов А.А.

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 6.05. Тир. 50 прим. Зам. № 113-19.
Підписано до друку 11.03.2019. Папір офсетний.

Надруковано з макету замовника у ФОП Бровін О.В.
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

СТИЛЬ-ИЗДАТ[®]
ТИПОГРАФИЯ
www.stil-izdat.com

