

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ**

(ДО 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ЗДМУ)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

18 – 25 КВІТНЯ 2018 р.

30 ТРАВНЯ 2018 р.

М. ЗАПОРІЖЖЯ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету: ректор Запорізького державного медичного університету, **проф. Колесник Ю.М.**

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А.; доц. Моргунцова С.А.; доц. Компанієць В.М.; доц. Кремзер О.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., доц. Полковніков Ю.Ф.; д.мед.н., доц. Разнатовська О.М.; доц. Шишкін М.А.

Секретаріат: Підкович Н.В.; Баранова Н.В.

.....

КОМОРБІДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА

Пахомова С. П., Федорова О. П., Непрядкіна І. В., Дудко О. В.
Запорізький державний медичний університет

В наступний час все більше і більше пацієнтів мають коморбідну патологію, сполучення двох та/або більше захворювань, які пов'язані між собою патогенетичними механізмами, що потребує від лікаря системного підходу до хворого, пошуку зв'язків станів, які мають місце, та вибору раціонального лікування. Вперше визначення ко- поліморбідності дав вчений А.К. Feinstein у 1970 році. Під коморбідністю треба розуміти наявність додаткової клінічної картини, яка вже існує або може з'явитися самостійно, зокрема захворювання, яке перебігає, і завжди відрізняється від нього. В таких випадках треба шукати підходи у сукупності з аналізом перенесених хвороб, факторів ризику та предикторів, а також з розрахунком вірогідності потенційно можливих ускладнень (Верткин А.Л., 2013). Вітчизняна медицина багато років вчила лікувати хворого, а не хворобу, але сучасні уніфіковані протоколи і стандарти націлені на лікування хвороби. Індивідуальний підхід до пацієнта диктує необхідність різноманітного вивчення клініки основного, супутнього та перенесених захворювань, а також їх комплексної діагностики та раціонального лікування. Складність ведення пацієнтів в терапевтичному відділенні в тому, що не можливо вести хворого тільки з патологією, яка турбує зараз, не враховуючи інші захворювання. При лікуванні пацієнта з коморбідною патологією виникає необхідність враховувати медикаментозну взаємодію та більш ретельно підходити до призначення препаратів. **Мета дослідження:** вивчення структури коморбідної патології у хворих терапевтичного відділення

та факторів порушення метаболізму, які потрібно враховувати при лікуванні. **Матеріали і методи.** Проаналізовано 60 історій хвороб пацієнтів (36 жінок, 24 чоловіків), які одночасно знаходилися у терапевтичному відділенні Університетської клініки, проведений аналіз результатів лабораторних досліджень метаболічних порушень. **Отримані результати.** Основним захворюванням, яке було причиною госпіталізації, є: пневмонія – 14, ХОЗЛ – 4, бронхіальна астма – 2, захворювання ШКТ – 17, захворювання серцево-судинної системи (АГ та/ або ІХС) – 15, захворювання суглобів – 6, анемія – 2. Наявність комбінації патології внутрішніх органів виявлено у 90% хворих : 6 захворювань – 6 пацієнтів, 5 – 10 пацієнтів, 4 – 20 осіб, 3 – 12, 2 – 6, 1 – 6. Крім основного захворювання, ми приділяємо увагу проблемам метаболічного напрямку. Всім хворим визначаємо індекс маси тіла, вимірюємо об'єм талії, приділяємо увагу рівню глюкози, а хворим з ЦД – стану компенсації; багатьом пацієнтам призначаємо дослідження гормонального стану щитоподібної залози; підходимо з увагою до зниження рівня гемоглобіну, підвищенню сечової кислоти, приділяємо значення стану печінки в напрямку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), симптомам остеопорозу, наявності синдрому надлишкового бактеріального росту у кишечнику, порушенням дихання під час сну – нічному апное уві сні. В групі хворих, які проаналізовані, ожиріння різного ступеню або надлишкова маса тіла зустрічалися у 42 пацієнтів, що склало 70%. Цукровий діабет або порушення толерантності до глюкози спостерігалися у 15 осіб – 25%. Артеріальна гіпертензія мала місце у 44 – 73,3%; захворювання щитоподібної залози – субклінічний або клінічний гіпотиреоз – 6 хворих (10%). Хворим з АГ, захворюваннями суглобів, ожирінням, цукровим діабетом призначалося визначення рівня сечової кислоти. Було проведено дослідження у 35 осіб, гіперурикемія виявлена у 20 (57,1%), клінічні прояви подагри мали місце лише у 2 хворих. При наявності одного із метаболічних факторів або їх сполучення проводилося дослідження наявності синдрому холестазу – ГГТ та ЛФ, УЗД печінки, як маркерів неалкогольної жирової хвороби печінки, обстежено 30 хворих, виявлені зміни у 23 – 76,7%. Порушення ліпідограми мали місце у 42 з 48 обстежених незалежно від наявності кардіальної патології, підвищення ТГ у 66,6%, ХСЛПНЩ – у 71,2%, зниження ХСЛПВЩ – у 62,5% хворих. Аналіз наведених випадків та спостереження за хворими останні роки дозволяють створити найбільш поширені комбінації коморбідних станів у різних варіантах та за кількістю: ожиріння, АГ, атеросклероз, ЦД або порушення толерантності до вуглеводів, остеопороз, НАЖХП, хронічний панкреатит, ЖКХ, гіпотиреоз, подагра або гіперурикемія, анемія, ХОЗЛ, НВС-гастропатія. Визначення гемоглобіну, глюкози, білірубину, АЛТ входять в стандарти обстеження при всіх хворобах. Але наявність коморбідних станів метаболічного напрямку потребує проведення додаткових досліджень: рівня гормонів ЩЗ, сечової кислоти крові, тесту на толерантність до вуглеводів, С-пептиду та рівня інсуліну, ГГТ та ЛФ, денситометрії, дисбіозу за водородним тестом, синдрому нічного апное. За 2017 рік у терапевтичному відділенні проліковано 1550 пацієнтів. Проведено досліджень: ТТГ – 510, глікерованого гемоглобіну – 350, сечової кислоти крові – 1300, ГГТ та ЛФ – 1100, денситометрій – 90, досліджень синдрому нічного апное – 102. Це дозволило виявити додаткові метаболічні порушення та призначити терапію для їх корекції, що позитивно впливало на перебіг основного захворювання, проводилась корекція: маси тіла, рівня глюкози, холестерину та ТГ, сечової кислоти, синдрому холестазу, гормонального стану щитоподібної залози, анемії, остеопорозу, що досягалось за допомогою дієти, фізичної активності, цукорознижуючих засобів, статинів, алопуринолу, урсодезоксихолевої кислоти, препаратів кальцію та вітаміну D, про- та пребіотиків.

Висновки. Значна кількість хворих терапевтичного відділення страждає на коморбідну патологію, яка має загальні метаболічні порушення. Структура цієї патології у більшості пацієнтів пов'язана з наявністю інсулінорезистентності на фоні ожиріння з розвитком цукрового діабету або порушень толерантності до вуглеводів, підвищенням рівня ТГ, ХСЛПНЩ, розвитком НАЖХП часто на тлі клінічного або субклінічного гіпотиреозу. Особливим поліморбідним фактором є підвищення рівня сечової кислоти. Необхідно комплексно підходити до стану хворого та враховувати всю коморбідність, яка ставить вимоги, що потрібно лікувати не хворобу, а хворого.

Міренков К. В., Лежнюк А. С. ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ СКЛАДНИХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ	89
Мосаєв Ю. В. РОЛЬ СОЦІОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ ТА СОЦІОЛОГІЇ ПРАВА В РЕФОРМУВАННІ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	90
Мудренко І. Г. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ЧИННИКИ САМОГУБСТВА ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ	90
Недельська С. М., Вакула Д. О. ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ pH-МЕТРІЇ ШКІРИ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ	90
Никоненко А. С., Никоненко А. А., Гайдаржи Е. И., Головка Н. Г., Децьк Д. А., Проценко А. С. РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ.....	91
Никоненко О. С., Никоненко А. О., Гайдаржи Е. И., Головка М. Г., Грушка В. А., Охрименко Г. І., Гуров Т. В., Ішук О. А. МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	91
Никоненко О. С., Никоненко А. О., Макаренков А. Л., Осауленко В. В., Матерухін А. М., Наконечний С. Ю. 64-ЗРІЗОВА КТ-КОРОНАРОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	92
Никоненко А. О., Зубрик І. В., Подлужний О. О., Русанов І. В., Матерухін А. М., Макаренков А. Л. ДОСВІД МІНІІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ГІПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМУ	92
Никоненко А. С., Никоненко А. А., Гайдаржи Е. И., Головка Н. Г., Подлужный А. А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛУКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	93
Никулин М. И., Стоев Р. В. СПЕЦИФИКА БОРЬБЫ С РОНХОПАТИЕЙ (ХРАПОМ) В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА	93
Новикова Л. В., Козёлкин А. А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ОСТРОГО ПЕРИОДА ПОВТОРНОГО МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА.....	94
Олейник Н. С., Дунаєва Д. А. СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	94
Онищенко Д. О., Полулях В. О., Мазур В. І. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	95
Остафійчук В. В., Коровін С. І., Кукушкіна М. М., Палівець А. Ю., Костюк В. Ю. БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ, ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯКИХ ТКАНИН ВИСОКОГО СТУПЕНЮ РИЗИКУ	95
Павличенко В. Д., Матвеев С. О. ВИБІР ТРОМБОЛІТИКУ ПРИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ	95
Пахомова С. П., Федорова О. П., Непрядкіна І. В., Дудко О. В. КОМОРИДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА.....	96
Пацера М. В., Іванько О. Г. CLOSTRIDIUM DIFFICILE - ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ РИФАМПІЦИН З ПРИВОДУ ЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ	97
Пашкова О. Є., Рубей О. І. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	97
Перцов В. І., Телушко Я. В., Савченко С. І. СОНОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ СТАДІЇ ЕМПІЕМИ ПЛЕВРИ.....	98
Пилипенко Р. В., Синяченко Ю. О., Самойленко Г. Є., Яковленко В. В. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК	98
Плохушко Р. В., Семенов Д. М. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ЗА ТИПОМ ВИЗНАЧЕНОГО ДЕФЕКТУ	99
Помазан Д. В., Єрмолаєва М. В., Синяченко О. В., Суярко В. І., Седея Л. В. СУДИННІ РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КРОВІ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИХ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТАХ.....	99
Поруб С. Є., Пахольчук Т. М. ОСОБЛИВОСТІ МЕНІНГОКОККОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ	100
Потапов Ю. О., Синяченко Т. Ю., Верзилова С. Ф., Кушакова Н. І. ПОЛОВОЙ И ВОЗРАСТНОЙ ДИМОРФИЗМ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ	100
Похвата М. П. ЭХО-ПРИЗНАКИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ.....	101
Прескуре В. В., Гаразда М. З., Козловська І. М. ВИКОРИСТАННЯ VAS-АСОЦІЙОВАНИХ ПОВ'ЯЗОК У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	101