



RS Global

ISSN 2413-1032



WORLD SCIENCE

Multidisciplinary Scientific Edition

CONTENTS

MEDICINE

<i>Antonenko M., Zelinskaya N., Znachkova O., Revych V., Syroyishko M.</i> THE BASICS APPROACH TO BONE ANTIGEN AND LOCAL IMMUNITY OF ORAL CAVITY AT THE STAGE OF PROSTHETIC SUPPORT OF THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF THE GENERALIZED PERIODONTITIS.....	4
<i>Kirkilevsky S. I., Mashukov A. A., Tkachenko O. I., Luk`yanchuk O. V., Maximovsky V. E., Bilenko A. A., Merlich S. V., Ratsiborsky D. V., Boychenko A. I.</i> COMPARISON OF SURVIVAL RATES MADE BY THE 6 TH AND 7 TH EDITIONS OF TNM CLASSIFICATION IN STOMACH CANCER PATIENTS.....	9
<i>Valeriy Zaporozhan, Olexandr Tkachenko, Andriy Rybin</i> BIOMARKERS OF PLATINUM RESISTANCE IN SEROUS OVARIAN CANCER.....	17
<i>Zaporozhan V. M., Tkachenko O. I., Maksymovskiy V. Y., Mashukov A. O., Pyrogov V. V.</i> OPTIMAL SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED GYNECOLOGICAL MALIGNANCIES.....	20
<i>Горошко О. М., Паламар А. О., Матущак М. Р., Василичук О. Я., Богдан Н. С., Драчук В. М., Ежнед М. А.</i> РОЛЬ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ У СТАНОВЛЕННІ СПЕЦІАЛІСТА В ГАЛУЗІ ФАРМАЦІЇ.....	23
<i>Дадаян В. А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТРОАКАРНИХ ГРИЖ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ.....	26
<i>Жалдак П. І., Крупельницька І. Г.</i> АДАПТАЦІЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ДО СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНИХ УМОВ.....	34
<i>Писклова Ю. В., Бучнева О. В.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЕРИКАРДИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ.....	39
<i>Шамансуров Ш. Ш., Мутаиллоева Д. С.</i> НЕРВНО - ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С РОДОВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	42
<i>Цырук Е. В., Поволоцкая Е. Ю., Макиенко Н. В., Кротенко А. В.</i> РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА: МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.....	45
<i>Savytskiy I. V., Kuzmenko I. A., Sarahan V. M., Yakymchuk N. V.</i> REPRODUCTION OF DIABETES MELLITUS` TYPES IN AN EXPERIMENT.....	49
<i>Barseghyan H. A., Voskanyan A. A., Harutyunyan H. V.</i> PECULIARITIES OF INTRA-ABDOMINAL AND ABDOMINAL PERFUSION PRESSURES IN EPIDURALLY ANESTHETIZED PATIENTS WITH CHOLECYSTOPANCREATITIS.....	52

PHARMACY

<i>Мнушко З. Н., Пестун И. В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ ЗНАНИЯМИ СОТРУДНИКОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ФИРМ.....	55
--	----

РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА: МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

¹студентка 6-го курса Цырук Е. В.,
¹студентка 6-го курса Поволоцкая Е. Ю.,
¹доцент, к. мед. н. Макиенко Н. В.,
²Кротенко А. В.

¹Украина, Харьков, Национальный университет имени В. Н. Каразина,
медицинский факультет, кафедра внутренней медицины
²Украина, Харьков, Клиническая больница на железнодорожном транспорте
Филиал №1 «Центр охорони здоров'я»
Публичного акционерного общества «Українська залізниця»

Abstract. In real clinical practice we often can meet patients with pathology of different systems. The number of multimorbidity states among of middle aged patients have a substantial increase. That is why we have new diagnostical and treatment tasks. Unsolved medicine combination problems, polypharmacy in category of the middle aged patients by the example of the clinical case are discussed in the article.

Keywords: multimorbidity, polypharmacy, endocrinology, cardiovascular and rheumatology diseases.

Введение. В клинической практике мультиморбидность (не только сопутствующие состояния, но конкурирующие) - множественность заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами [1, 2, 3].

Число мультиморбидных заболеваний в популяции существенно повышается с возрастом [1,2,3,4]. Известно, что множественность патологии чаще свойственна лицам пожилого или старческого возраста, однако сроки начала заболеваний, формирующих синдромы мультиморбидности, и их хронизация приходятся на молодой (30–45 лет) и средний (46–60 лет) возраст, а суммарный результат с клинической симптоматикой проявляется в пожилом (61–75 лет) возрасте [2,3,4].

По данным [3,4] мультиморбидность увеличивается с 10% в возрасте не превышающем 19 лет до 80% у лиц 80 лет и старше. В настоящее время на практике все чаще наблюдается увеличение числа пациентов среднего возраста с множественными состояниями [5,6].

Наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в популяции распространены и метаболические состояния, в частности – подагра и диабет, которые связаны со старением населения, социально-экономическими и другими факторами [4,5,6,7]. Сочетание или конкуренция таких заболеваний требует соответствующих рекомендаций по выбору тактики ведения, лекарственной терапии во избежание развития полипрагмазии.

Данные вопросы освещены в статье на примере клинического случая.

Клинический случай. Мужчина, 45 лет. Житель поселка городского типа, агроном. Инвалид III группы по сочетанной патологии.

Жалобы. Пациент О., 1972 года рождения, госпитализирован с жалобами на ощущение сердцебиения (частота сердечных сокращений (ЧСС) 100-150 уд/мин), из-за которых он пробуждается в раннее утреннее время. Сердцебиение сопровождается проливными потами. Купируется приемом амиодарона 300 мг. Пациента беспокоит пекущая боль в грудной клетке после физической нагрузки, иррадиирующая в левую руку. Длится до 10 минут, проходит без приема препаратов. Во время приступов сердцебиения отмечается подъем цифр артериального давления (АД) до 220/100 мм.рт.ст. Также пациента беспокоит постоянная боль в пястно-фаланговых суставах верхних, нижних конечностей; коленных, локтевых суставах, сопровождается повышением температуры до 37,5 С. Проходит после приема диклофенака на сутки и дексаметазона – до месяца.

Анамнез заболевания. В 2007 году возникла постоянная боль давящего характера в левой половине грудной клетки, АД 200/100 мм.рт.ст., поставлен диагноз: ишемическая болезнь сердца (ИБС), острый коронарный синдром (ОКС): переднеперегородочный инфаркт миокарда (ИМ) (Q-негативный). В 2015 году в Тайланде приступ повторился, диагностирован повторный переднеперегородочный ИМ (Q-негативный). Проведена коронарорентрикулография (КВГ) (тахикардия, стеноз 40% передней нисходящей артерии).

2 сентября 2017 года был госпитализирован в Харьковскую клиническую больницу на Железнодорожном транспорте №1, филиал «ЦОЗ» ПАТ «Украинская железная дорога» с острым приступом тахикардии. Назначен амиодарон внутривенно капельно, в результате - лабильность АД от 190/100 мм.рт.ст. до 80/60 мм.рт.ст. Вновь госпитализирован 7 сентября 2017 с ухудшением состояния (АД 190/100 мм.рт.ст., пульс 94 уд/мин, тоны сердца приглушены).

Принимаемые препараты: амиодарон 300 мг, этацизин 1.25 мг, периндоприл/индапамид/амлодипин (триплексан) 10/2,5/5 мг.

Анамнез жизни. Проживает в частном доме с женой и двумя детьми (21 год, 17 лет). Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Больной является инвалидом III группы по сочетанной патологии. На протяжении 14 лет работает агрономом, имеет постоянный контакт с химикатами. Питание нерегулярное, разнообразное. До 2 сентября 2017 года диету не соблюдал. Курил на протяжении 12 лет, 30-45 сигарет в день, прекратил с февраля 2017 года. ИКЧ = 18 пачко/лет. В 1997 году был поставлен диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, без визуализационного подтверждения.

В 2007 году – подагра, боли в суставах нижних конечностей, с повышением температуры до 37,8 °С.

В 2007 году – был поставлен диагноз: хроническая болезнь почек (ХБП) II ст., хронический пиелонефрит, ежегодно проходит обследование и лечение в нефрологическом центре г. Харькова.

В октябре 2015 года перенес двустороннюю пневмонию, правосторонний гидроторакс.

В 2016 году проходил лечение в ревматологическом отделении областной больницы г. Харькова с обострением подагры (принимал фебуксостат (аденурик) 80 мг/сут), стойкая ремиссия не достигнута. При обострениях принимает диклофенак 50 мг перорально, дексаметазон в/м 15 мг.

Результаты исследований. Лабораторная диагностика:

Клинический анализ крови: гемоглобин 106,4 г/л, ЦП 0.79, лейкоциты 11.9 г/л, лимфоциты 11%, нейтрофилы 80%, тромбоциты 433 г/л, СОЭ 66 мм/ч, гематокрит 34%.

Биохимический анализ крови: креатинин 350 мкмоль/л, глюкоза 6,93 ммоль/л, мочевины 24,48 ммоль/л, мочевая кислота 956 ммоль/л, калий 3,34 ммоль/л, ТТГ 0,72 мкМЕ/мл, Т4 2,12 нг/дл.

СКФ по GFR-EPI: 19 мл/мин.

Инструментальная диагностика:

Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы (ЩЖ), заключение: увеличение ЩЖ II ст. с диффузными изменениями. Патологический очаг в левой доле ЩЖ.

УЗИ органов брюшной полости (ОБП) и почек, заключение: диффузные изменения паренхимы печени с увеличением её размеров по типу жирового гепатоза. Уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы без увеличения её размеров. Диффузные изменения паренхимы селезенки с увеличением её размеров. Микроуролитиаз (до 7 мм). Диффузные изменения паренхимы обеих почек. Киста левой почки.

Эхокардиография (ЭХО-КГ), заключение: склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Аортальная регургитация – I ст. Дилатация обоих предсердий и левого желудочка. Гипертрофия миокарда обоих желудочков. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка II типа. Митральная регургитация – I-II ст. Трикуспидальная регургитация – I ст. Дополнительная хорда в просвете левого желудочка, гемодинамически не значимая.

Суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру: на фоне доминирующего синусового ритма со средней дневной ЧСС 68 уд/мин и средней ночной ЧСС 64 уд/мин, максимальная ЧСС 98 уд/мин в 02:35:45, минимальная ЧСС 51 уд/мин в 02:23:35. Зарегистрированы одиночные предсердные экстрасистолы в непатологическом количестве (всего 6), желудочковая эктопическая активность не обнаружена. Заключение QT: интервал QT/QT существенно удлинен.

МРТ ОБП: МР-признаки объемного образования медиальной ножки левого надпочечника, наличие мелких кист почек, хронического некалькулезного холецистита.

Диагноз. Основной диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный (2007, 2015 г. – переднеперегородочный не-Q ИМ, Тип 2) кардиосклероз. Вторичная АГ III ст., 2 ст. Риск очень высокий. Впервые выявленная пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (2 сентября 2017 г.), тахисистолический вариант. EHRA – 3 балла,

CHADS- VASc 2 -2 балла, HAS BLED- 4 балла. Сердечная недостаточность ПА ст. с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ ЛЖ= 53%).

Сопутствующий диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксикоз, гиперплазия ЩЖ. Синдром Кона (Образование медиальной ножки левого надпочечника).

Желчнокаменная болезнь. Хронический некалькулезный холецистит в стадии ремиссии. Жировой гепатоз. Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки, фаза ремиссии. Нарушение толерантности к глюкозе.

Подагра, подагрический артрит, хроническое течение с поражением плечевых, локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных суставов и мелких суставов кистей и стоп, III ст. активности, ФНС II. Тофусы на ушных раковинах и разгибательных поверхностях локтевых суставов. Вторичная анемия на фоне хронических заболеваний, легкое течение. Мочекаменная болезнь. ХБП IV ст.

Лечение в клинике: бисопролол 5 мг утром, лозартан (лозап) 50 мг утром, 100 мг вечером, нифедипин (коринфар ретард) 20 мг 2 раза в день, спиронолактон (верошпирон) 50 мг утром, принимать через день под контролем уровня калия 1 раз в 3 недели, клопидогрель 75 мг после ужина, аторвастатин 40 мг после ужина, амиодарон 200 мг 1 раз в день, при ЧСС менее 60 уд/мин не принимать, фебуксостат (аденурик) 80 мг 1 раз в день.

В процессе лечения достигнута стабилизация кардиологической симптоматики. Пациент для дообследования и определения дальнейшей терапевтической практики был направлен в эндокринологическую клинику.

Рекомендации ревматолога: при болях: дексаметазон 8 мг + 100 мл раствора NaCl 0,9 % в/в капельно в течение 3 дней подряд. Ультразвук с гидрокортизоновой мазью 1% на пораженные суставы – 5 раз, через день. Нимесулид (нимесил) по 1 пакету 2 раза в день после еды – 5 дней. При отсутствии эффекта – глюкокортикостероиды внутрисуставно однократно.

Диетические рекомендации: в связи с имеющейся в анамнезе подагрой и ХБП, обязательно нужно исключить и ограничить ряд белковых продуктов, таких как: мясо, рыба и птица до 150 г в сутки. Продуктами выбора должны быть мясо немолодого животного, рыба или птица нежирных сортов. Пища должна быть в отварном или тушеном, пареном виде.

Рекомендуется употреблять: хлеб пшеничный и ржаной, мучные изделия. Борщи, свекольник, рассольник, молочные, овощные и крупяные супы, отвары из овощей; фруктовые супы. Мясо: говядина, курица, кролик, индейка – вареные или приготовленные на пару. Молоко и молочные продукты в натуральном виде и в блюдах. Обязательное включение кисломолочных напитков. Яйца в отварном виде и в блюдах. Блюда из различной крупы, макаронные изделия. Овощи и фрукты в сыром виде и после тепловой обработки, зелень. Напитки: фруктовые и овощные соки, отвар шиповника и пшеничных отрубей, чай, соки, компоты, морсы, вода.

Категорически запрещены: копченые, сырокопченые и вареные колбасы, сардельки, сосиски, мясо молодых животных, консервы, жирное свиное мясо, субпродукты (легкие, печенька, почки). Блюда: мясной, рыбный или грибной бульон, щавелевый суп, а также блюда с добавлением бобовых и шпината; соусы на основе вышеуказанных бульонов, майонез. Напитки: любой алкоголь, особенно пиво и вино; кофе, какао, крепкий чай, а также соленые и острые сорта сыра, сдобная выпечка и маргарин, специи, перец, горчица, хрен, острые специи, грибы, щавель, чечевица, фасоль, соя, бобы.

Рекомендуемая лекарственная терапия. Фуросемид по схеме, утром до еды при отеком синдроме и под контролем уровня мочевой кислоты; эплеренон 50 мг утром до еды под контролем K⁺ по схеме; верапамил ретард 180 мг утром под контролем пульса и АД; лозартан 50 мг вечером под контролем АД; аторвастатин 10 мг днем; клопидогрель 75 мг вечером после еды. При резком повышении АД более 160/100 мм рт ст – каптоприл 1 таблетка (25-50 мг) разжевать под контролем АД.

Также, учитывая выявленные изменения в клиническом анализе крови, рекомендовано дообследование для верификации анемии с дальнейшей коррекцией терапии.

Обсуждение. Приведенный клинический случай показывает, что увеличение числа мультиморбидности среди лиц среднего возраста предопределяет ряд терапевтических задач, поскольку лечение нескольких заболеваний требует увеличения ресурсов и затруднительно в условиях продолжающейся узкой специализации лечебных учреждений и подразделений.

У пациентов с выраженной мультиморбидностью может снизиться эффективность лечения основного заболевания, а терапия нескольких состояний требует учета взаимовлияния медикаментов и их побочных эффектов. Если следовать современным рекомендациям, то

пациент с 5 нетяжелыми заболеваниями должен получать не менее 11 медикаментозных препаратов, что несомненно повышает риск побочных эффектов [3, 8] и снижает приверженность пациентов к лечению [1, 8].

Во врачебном арсенале нет препаратов, лишенных побочных эффектов, а сочетанные заболевания требуют назначения и большего числа медикаментов, что и повышает риски лекарственных осложнений [9,10].

В отличие от стандартных «болезнь-ориентированных» рекомендаций, необходим другой подход, основанный на учете индивидуальных особенностей пациентов, а также сформировавшейся мультиморбидности.

Индивидуализация рекомендаций по ведению пациентов среднего возраста в реальной врачебной практике может эффективнее снизить риски осложнений, частоту госпитализаций и улучшить прогноз, по сравнению с традиционными [11, 12].

Выводы. На примере клинического случая показано развитие мультиморбидности в среднем возрасте. Мультиморбидность определяет такую клиническую картину, что на разных этапах доминируют различные болезни и диагностические вопросы.

Ведение пациента с мультиморбидными состояниями должно начинаться с «жесткой» модификации образа жизни, а при планировании медикаментозной терапии требуется исключение полипрагмазии с четкой оценкой возможных побочных эффектов препаратов. Врачебная тактика больных должна быть сосредоточена на конкретных группах препаратов с возможным плейотропным эффектом для последовательной коррекции имеющихся синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bayliss E. A., Steiner J. F., Fernald D. H. et al. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. // *Ann Fam Med.* - 2003. - Vol. 1(1). - P. 15-21.
2. Ferrer A., Formiga F., Sanz H. et al. Multimorbidity as specific disease combinations, an important predictor factor for mortality in octogenarians: the Octabaix study. // *Clin Interv Aging.* - 2017. - №12. - P. 223-231.
3. Hughes L. D., McMurdo M. E., Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. // *Age Ageing.* - 2013. - Vol. 42(1). - P. 62-69.
4. Коломоець М. Ю., Ващенко О. О. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці. // *Укр. мед. часопис.* – 2012. – № 5 (91). – С. 134-143.
5. Lottmann K., Chen X., Schädlich P. K. Association between gout and all-cause as well as cardiovascular mortality: a systematic review. // *Curr. Rheumatol. Rep.* - 2012. - Vol. 14(2). - P. 195–203.
6. Marengoni A., Angleman S., Fratiglioni L. Prevalence of disability according to multimorbidity and disease clustering: a population based study. // *Journal of Comorbidity.* - 2011. - Vol. 1(1). - P. 11-18.
7. Khanna D., Fitzgerald J. D., Khanna P. P. et al. 2012 American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout. Part 1: Systematic Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapeutic Approaches to Hyperuricemia. // *Arthritis Care & Research.* - 2012. - Vol. 10. - P.1431–1446.
8. Molokhia M., Majeed A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. // *BMC Fam Pract.* - 2017. - Vol. 18(1). - P.70.
9. Zhang M., Holman C. D., Price S. D. et al. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. // *BMJ.* - 2009. - Vol. 7. - P. 338.
10. Kongkaew C., Noyce P. R., Ashcroft D. M. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. // *Ann Pharmacother.* - 2008. - Vol.42(7). -P. 1017-1025.
11. Eddy D. M., Adler J., Patterson B. et al. Individualized guidelines: the potential for increasing quality and reducing costs. // *Ann Intern Med.* - 2011. - Vol 154(9). - P. 627-634.
12. van Oostrom S. H., Picavet H. S., de Bruin S. R. et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. // *BMC Fam Pract.* -2014. - Vol.15. - P. 61.