

Міністерство охорони здоров'я України
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



КОМОРБІДНА І МУЛЬТИМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Науково-практична конференція

2–3 червня 2016 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

Міністерство охорони здоров'я України
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



КОМОРБІДНА І МУЛЬТИМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Науково-практична конференція

2–3 червня 2016 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 616.1/4-06:616-031.14(043.2)
ББК 54.1-7я431
К 63

Головний редактор

лауреат Державної премії України,
академік НАМН України,
проф. В. М. Запорожан

Редакційна колегія:

Дубініна В. Г. — проректор з лікувальної роботи та
післядипломної освіти Одеського національного медичного
університету, д. мед. н., професор;

Рогачевський О. П. — проректор з науково-педагогічної
роботи;

Штанько В. А. — завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2
Одеського національного медичного університету, к. мед. н.,
доцент;

Тихонова С. А. — професор кафедри внутрішньої медицини № 2
Одеського національного медичного університету, д. мед. н.;

Хижняк О. В. — доцент кафедри внутрішньої медицини № 2
Одеського національного медичного університету, к. мед. н.;

Холопов Л. С. — доцент кафедри внутрішньої медицини № 2
Одеського національного медичного університету, к. мед. н.;

Новіков С. А. — доцент кафедри внутрішньої медицини № 2
Одеського національного медичного університету, к. мед. н.;

Нефідова К. А. — асистент кафедри внутрішньої медицини № 2
Одеського національного медичного університету

Коморбідна і мультиморбідна патологія в клініці
К 63 внутрішніх хвороб : наук.-практ. конф. Одеса, 2–3 червня
2016 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2016. — 100 с.
ISBN 978-966-443-077-4

У збірці наведено тези доповідей науково-практичної
конференції «Коморбідна і мультиморбідна патологія в
клініці внутрішніх хвороб», яка відбулася в Одесі 2–3 черв-
ня 2016 року.

УДК 616.1/4-06:616-031.14(043.2)
ББК 54.1-7я431

ISBN 978-966-443-077-4

© Одеський національний
медичний університет, 2016

Висновки. Отримані дані вказують на доцільність використання комбінованої медикаментозної терапії з включенням каберголіну у пацієнтів із первинним гіпотиреозом і супровідною гіперпролактинемією, яка не нормалізується на фоні терапії тироксином протягом 6 міс.

ГІПЕРТРОФІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ У МУЛЬТИМОРБІДНОСТІ

Лахоніна А. І.¹, Філатова А. В.¹, Макієнко Н. В.¹,
Водяницька Н. А.²

*¹ Харківський національний університет
ім. В. Н. Каразіна, Харків, Україна,*

*² ХКЛ ЗТ № 1 Філії «ЦОЗ» ПАТ «Укрзалізниця»,
Харків, Україна*

Актуальність. Піввікова історія вивчення проблеми гіпертрофічної кардіоміопатії (ГКМП) відображає еволюцію знань у галузі етіології, патогенезу, клінічного перебігу, варіантів лікування цього захворювання, діагностики, а також прогнозу. Мультиморбідність є візитною карткою старшого віку, вона індивідуалізує клінічну картину ГКМП, а тому потребує адекватних діагностичних і лікувальних стратегій. Медикаментозне ведення пацієнтів з мультиморбідними станами в кардіологічній клініці мало вивчене.

Мета. Розглянути аспекти діагностики, складності в постановці діагнозу, медикаментозне ведення пацієнта із ГКМП і супровідною патологією в кардіологічній клініці на прикладі клінічного випадку.

Наш пацієнт, чоловік 59 років, електромеханік, направлений для верифікації діагнозу та підбору адекватної медикаментозної терапії. Мав неспецифічні скарги зі сторони серцево-судинної системи. В анамнезі цукровий діабет 2 типу, декомпенсований. Пацієнту виконане повне клініко-лабораторне обстеження, а також коронаровентрикулографію (КВГ). Специфічним методом діагностики, що підтвердив діагноз ГКМП, була ЕхоКГ з Допплер-ефектом. На ЕхоКГ виявлено: гіпертро-

фію лівого шлуночка (ЛШ) з асиметричним потовщенням передньоперегородкових (товщина міокарда до 17 мм) і передньобочкових (товщина міокарда до 21 мм) сегментів з легкою обструкцією вихідного тракту ЛШ (у спокої систолічний градієнт тиску становив 7 мм рт. ст., на висоті проби Вальсальви — 21 мм рт. ст.), невелику дилатацію лівого передсердя, склеротичні зміни аорти, ознаки легеневої гіпертензії (систолічний тиск в легеневій артерії (ЛА) 31 мм рт. ст.; систолічний градієнт тиску на клапані ЛА — 4,3 мм рт. ст.). Клінічний діагноз: гіпертрофічна кардіоміопатія з обструкцією вихідного тракту 1-го ступеня. Гіпертрофія передньоперегородкових і передньобочкових відділів 2-го ступеня. Дилатація лівого передсердя. Легенева гіпертензія 1-го ступеня. Вторинна артеріальна гіпертензія (АГ) II стадії, 2-го ступеня. Високий додатковий ризик; ІХС: безбольова форма; 80 % оклюзії передньої низхідної артерії, 30 % оклюзії правої коронарної артерії (КВГ 04.04.16). Екстрасистолічна (надшлуночкова і шлуночкова) аритмія. Дисліпідемія тип IV. Набута гіпертригліцеридемія. Недостатність мітрального клапана 1-го ступеня. Хронічна серцева недостатність (ХСН) ІА ст. зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ=65 %), ІІ ФК. Цукровий діабет 2 типу, середньотяжкий перебіг, декомпенсація. Ожиріння 1 ст. ХНН 0 ст. Сечокам'яна хвороба. Помірний стеноз лівої ниркової артерії. Кісти обох нирок.

Рекомендоване немедикаментозне (модифікація способу життя, гіполіпідемічна дієта, обмеження споживання кухонної солі, споживання води у кількості з розрахунку 20 мл/кг взимку і до 30 мл/кг влітку під контролем маси тіла, обмеження надмірних фізичних навантажень) та медикаментозне лікування (небіволол — 5 мг вранці (під контролем пульсу та артеріального тиску), лізиноприл — 10 мг ввечері (під контролем пульсу та артеріального тиску), ацетилсаліцилова кислота — 100 мг 1 раз на день, розувастатин 10 мг 1 раз на день довгостроково, метформін — 1000 мг, гліметірид — 2 мг), пацієнт виписаний із покращанням.

Висновки. У старшому віці ГКМП може поєднуватися і поєднується з іншими захворюваннями.

Поєднання хвороб потребує якісного медичного менеджменту, мінімум лікарських призначень, уникнення поліпрагмазії. Для підтвердження діагнозу ГКМП потрібне генетичне дослідження.

Таким чином, стратегія лікувальних заходів при ГКМП у мультиморбідності складна і передбачає індивідуальний аналіз усього комплексу клінічних, анамнестичних, гемодинамічних показників, а також результатів генетичної діагностики, оцінку ризику раптової смерті та особливостей перебігу захворювання, ефективності варіантів лікування.

СУЧАСНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Мацегора Н. А., Шкуренко О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Бронхіальна астма (БА) — двокомпонентне захворювання, зумовлене запаленням дихальних шляхів (набряк, ушкодження епітелію, інфільтрація клітинами запалення, потовщення базальної мембрани) і дисфункцією дихальних м'язів (бронхоконстрикція, гіперреактивність бронхів). Все це призводить до формування хронічної гіпоксії та гіпоксемії, залучення до патологічного процесу інших органів і тканин, розвитку коморбідної патології.

У першу чергу страждає серцево-судинна система, що зумовлене хронічною недостатністю міокарда в кисні у зв'язку з наявністю бронхіальної обструкції, формуванням дистрофії та ішемії міокарда. Перебіг БА обтяжує ішемічна хвороба серця (ІХС), яка сприяє виникненню ускладнень.

Особливістю перебігу цієї поєднаної патології є те, що спочатку ІХС протікає латентно та «маскується» за респіраторними симптомами, такими як кашель, експіраторна задишка, ядуха, важкість за грудиною при форсованому видиху, зниження толерантності до фізичного навантаження та якості життя.

Гіпертрофічна кардіоміопатія у мультиморбідності <i>Ляхоніна А. І., Філатова А. В., Макієнко Н. В., Водяницька Н. А.</i>	36
Сучасний алгоритм діагностики бронхіальної астми у поєднанні з ішемічною хворобою серця <i>Мацегора Н. А., Шкурєнко О. О.</i>	38
Возвратная стенокардия и тревожно-депрессивные расстройства <i>Мацкевич С. А., Апрощенко Е. С., Бельская М. И.</i>	41
Хроническая сердечная недостаточность ишемической этиологии и дисфункция почек <i>Мацкевич С. А., Барбук О. А., Бельская М. И.</i>	43
Підвищення вмісту ендотеліального моноцитаktivуючого пептиду-II у сироватці крові хворих на артеріальну гіпертензію <i>Могильницька Л. А., Стельмащенко О. І., Маньковський Б. М.</i>	45
Характеристика порушень ліпідного обміну у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та метаболічним синдромом <i>Найдєнова О. В., Ананьєва О. В., Казанжи Д. В.</i>	46
Особливості профілактичних заходів при серцево-судинних захворюваннях з урахуванням коморбідності <i>Несєн А. О., Грунченко М. М., Шапо В. Л., Ярина Н. А.</i>	48
Оцінка якості та ефективності лікування хворих на ішемічну хворобу серця на тлі цукрового діабету 2 типу з використанням методу кардіологічної ударно-хвильової терапії <i>Потапчук О. В., Перстньов О. І., Савельєва О. В., Собітняк Л. О., Бліхар О. В.</i>	50
Пульсовое артериальное давление в остром периоде после имплантации двухкамерного стимулятора у пациента с артериальной гипертензией и синдромом Морганьи — Адамса — Стокса <i>Починская М. В.</i>	52
Дисфункція ендотелію у хворих на подагру, коморбідну з артеріальною гіпертензією <i>Романченко М. І.</i>	53
Роль маркерів фіброзу в патогенезі хронічної серцевої недостатності у хворих на цукровий діабет 2 типу з диссинхронією міокарда <i>Рудєнко Т. А.</i>	55