МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА (ДЕРЖАВНА) АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ГО «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»

Збірник матеріалів науково-практичної конференції
з міжнародною участю

«КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ КОРЕКЦІЇ»

16-17 березня 2023 року

Конференція внесена до реєстру заходів
безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5501283

м. Чернівці
2023

УДК 616.1/.4-036.1-06-07-08(063)
К 63

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) – Чернівці: Медуніверситет, 2023. – 144 с.

У збірнику наведені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним питанням поєднаного перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різних вікових груп.

Рецезенти:
Ілащук Т.О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.
Плеш І.А. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.

Наукова та загальна редакція - д.мед.н., професор О.С. Хухліна

ISBN 978-617-519-024-1

Рекомендовано до друку Вченою Радою Буковинського державного медичного університету (протокол №11 від 23 березня 2023 року)

Буковинський державний медичний університет, 2023.

аспекті. На 90-й день лікування позитивна динаміка спостерігалася щодо синдрому холестазу лише у 2 групі хворих, який наприкінці лікування був присутнім лише у 3 (9,4%) осіб, що склало зниження частоти виявлення синдрому у 4,4 рази, водночас, зміни в групі контролю були не вірогідні. У хворих обох груп порівняння після лікування значно зменшились прояви диспепсії: зникла нудота, відрижка повітрям, здуття живота. Так, після лікування симптоми диспепсії у 1 групі спостерігалися у 1,3 рази рідше від кількості пацієнтів, в яких дані прояви були зафіксовані до лікування, водночас, у 2 групі прояви диспепсичного синдрому за частотою їх маніфестації були зареєстровані у 4,6 рази меншої кількості осіб, із наявною істотною різницею між групами після лікування.

Висновки. Застосування Біциклолу упродовж 3 місяців сприяло усуненню біохімічних синдромів НАСГ у хворих на ЦД типу 2: цитолізу, холестазу, мезенхімального запалення із повною нормалізацією їх маркерів, сприяє вірогідному зворотному розвитку стеатозу гепатоцитів та зниженню індексу фіброзу печінки. Курс лікування рекомендовано проводити хворим на НАСГ на тлі ЦД2 упродовж 90 днів 1 або 2 рази на рік.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Каушанська О.В., Ротар Я.Ф., Руснак Т.І., Тимчук В.Г.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

kaushlen@gmail.com

Актуальність. В даний час патологія суглобів є однією з найбільш актуальних проблем медицини, а лікування має першорядне значення для збереження фізичної активності і працездатності хворого. Аналіз соціальної значущості різних хронічних захворювань (серцево-судинні, неврологічні, цукровий діабет і ін.) показав, що хвороби кістково-м’язової системи і сполучної тканини, не займаючи провідного місця по частоті, вносять найбільший внесок у формування всіх трьох вивчених випадків: зниження працездатності, погіршення загального стану здоров'я пацієнта і число звернень до лікаря загальної практики.

РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ (РА) – хронічна автоімунна системна запальна хвороба сполучної тканини невідомої етіології з переважним ураженням суглобів типу ерозивно-деструктивного прогресуючого поліартриту, переважно периферичних суглобів. Для нього характерне симетричне ураження п'ястково-фалангових, проксимальних міжфалангових суглобів, II–IV плесно-фалангових, пізніше – колінних, променезап'ясткових та інших суглобів. Пізніше на перший план виступає прогресуюча деформація суглобів за рахунок періартикулярних тканин. Прилеглі м'язи атрофуються. Розвиваються згинальні контрактури, неухильно наростає фіброзне, а пізніше – кісткове анкілозування до повної фіксації суглобів. Лікувальна фізична

культура для хворих РА показана на всіх стадіях захворювання після затихання гострого процесу. Хворим з високою активністю процесу показано лікування становищем, корекція зводу кисті, дихальні вправи і т. п. Проведення ЛФК у хворих РА рекомендується після прийому анальгетиків і міорелаксантів, які зменшують ранкову скутість і больовий синдром. Основними засобами, якими володіє лікувальна фізкультура, є фізичні вправи. Вони можуть використовуватися у вигляді трьох методів: індивідуального, групового і консультативного. Індивідуальний метод - застосовується у більш важких хворих, у яких обмежена здатність рухатися, де потрібен індивідуальний підхід. Так само цей метод можна застосовувати в хірургічних відділеннях при розробці оперованих суглобів. Груповий метод - найбільш поширений. Основним критерієм для призначення в групові заняття є функціональний стан хворого і ступінь його пристосовності до фізичного навантаження з урахуванням особливостей перебігу захворювання (активність процесу, порушення опорно-рухового апарату та ін.). Консультативний метод - застосовується в тих випадках коли хворому важко відвідувати лікувальні установи і коли він закінчив курс лікування і виписаний додому з доліковування вдома. Хворий займається лікувальною гімнастикою вдома періодично з'являється до лікаря. Фізичні вправи зазвичай виконуються без предметів і з предметами: палиці, скакалки, кеглі, м'ячі, кульки, конуси. Крім того використовуються лавки і гімнастичні стінки. Останнім часом використовуються спеціальні установки, де виконання вправ проводиться за допомогою підвісів, блоків і вантажів. Початкове положення для хворих РА може бути: лежачи, сидячи, лежачи на боці, лежачи на животі. Обов'язковими умовами ЛФК є - регулярність, систематичність і наступність занять (стаціонар, поліклініка, курорт, завдання на дому). Величина фізичного навантаження при заняттях ЛФК залежить від безлічі різноманітних факторів, але вона завжди повинна відповідати можливостям пацієнта, його віку і стану здоров'я. Для підвищення навантаження слід збільшити число повторень вправ і темп їх виконання. Для зниження навантаження - зменшити число вправ, кількість повторень і темп їх виконання. Навантаження може вважатися правильною, якщо після занять відчувається прилив енергії, бадьорості, зменшується скутість в суглобах і м'язах. ЛФК при ревматоїдному артриті. У заняттях ЛФК розрізняють 3 періоди: Підготовчий період - триває 10-15 хв, протягом 2-3 днів. Цілі і завдання: навчання розслабленню, навчити хворого правильно дихати, поєднуючи вправи з диханням. Підготувати хворого до майбутніх навантажень. Основний або тренуючий період - тривалість занять 25-30 хв, 10-15 днів. Цілі і завдання: зміцнення м'язової сили, відновлення основної функції опорно-рухового апарату - збільшення амплітуди рухів в суглобах. Заключний період - проводиться за 3-5 днів до виписки зі стаціонару і дається завдання додому. Цілі і завдання: підготовка хворого для проведення занять в домашніх умовах. Ранні заняття ЛФК сприяють попередженню обмежень та відновленню рухової функції. У гострому періоді захворювання і при загостренні хронічних

поліартритів, в період високої активності ревматоїдного процесу проводиться лікування становищем. У міру згасання активності і при наявності схильності до контрактура слід виконувати пасивні вправи за допомогою методиста. Лікування положенням: 1. Ліжко має бути рівною не прогинатися, краще під матрац покласти щит. 2. Стопи повинні бути в упорі, до ножному кінця ліжка ставлять ящик або картонну коробку, або спеціальні підставки під стопи. 3. Частіше міняти положення лежачи, сидячи, для полегшення підйому до ножному кінця ліжка прив'язують міцні «віжки». 4. Для кисті - розслаблення її на м'ячах, кульках. При схильності до контрактура в п'ястно-фалангових суглобах і ульнарной девіації використовувати лікування лонгетами. 5. При ураженні кульшових суглобів і обмеження в них рухів хворого треба покласти на високе ліжко, щоб йому було зручніше сідати і вставати. Для боротьби зі згинальні контрактурами в тазостегнових суглобах використовувати «Польський трон»: під верхню частину тулуба до сідничних складок підкласти матрац 4-5 см. Товщини, щоб нога в розслабленому положенні розгиналася в тазостегновому суглобі. При цьому стопа обов'язково повинна бути в упорі. 6. При схильності до контрактура в колінних суглобах підкладаємо валик під п'яту (на 2 вище п'яти), а на стегна можна покласти мішечки з піском або краще покласти «фіксатор» зроблений з щільної тканини шириною 10-12 см і з боків кишені для вантажу. При ураженні плечових суглобів чаші міняти положення: відводити руки в сторони, підкладати під плечові суглоби валики, надувні кулі. При можливості заводити руки за голову, за спину.

Лікувальний масаж показаний хворим на ревматоїдний поліартрит мінімальної та середньої активності процесу. При ураженні суглобів верхніх кінцівок масаж паравертебральних зон на рівні D7-D1 і C7-C3, найширших м'язів спини, трапецієвидних, дельтовидних, великих грудних; погладжування, розтирання, розминка, вібрація. Масаж хворої руки: погладжування, розтирання, розминка і вібрація м'язів, прилеглих до хворого суглоба. Масаж хворих суглобів: погладжування, розтирання всієї поверхні суглобів; масаж сухожильно-зв'язкового апарату суглоба - поздовжнє кінцями пальців і щипцеподібне погладжування, кругове розтирання, штрихування, вібрація неперервиста кінцями пальців і долонею. Ретельно масажують місця прикріплення сухожиль, сухожильні піхви і суглобові сумки в місцях, доступних для масажу. При ураженні плечового суглоба масажують м'язи надпліччя і головку плеча з боку пахвової западини, проводять масаж акроміально-ключичного суглоба. Струшування хворої кінцівки. Пасивні і активні рухи. При ураженні суглобів нижніх кінцівок проводять масаж 19 паравертебральних зон S5-S1, L5-L1, D12-D11, крижової і сідничної областей, погладжування, розтирання, розминка і вібрація сідничних м'язів; погладжування і розтирання крижів, гребенів клубових кісток, ребрових дуг. Масаж хворої ноги: погладжування, розтирання, розминка, вібрація м'язів сегментів кінцівки, суміжних хворого суглоба. Масаж хворих суглобів: погладжування, розтирання періартикулярних тканин; масаж сухожильно-

зв'язкового апарату суглоба (погладжування, розтирання, вібрація). Погладжування, розтирання, вібрація місць прикріплення сухожиль, суглобових піхв і суглобових сумок. Струшування кінцівки. Пасивні і активні рухи. Тривалість процедури: 15-20 хв. Курс лікування 12 процедур. Фізіотерапія є незамінною складовою комплексного лікування даного захворювання. Деякі з них призначаються в гострій стадії хвороби, коли є активний ексудативний процес, інші ж - в період, коли захворювання вступає у фазу ремісії.

Отже, в гострій стадії хвороби застосовують:

• ультрафіолет на залучені в патологічний процес суглоби (впливають лише на 1-3 суглоба в день; курс лікування становить до 15 процедур, протягом яких піддаються 2-3-кратному опроміненню все уражені суглоби);

• електрофорез глюкокортикоїдів (преднізолону, дексаметазону та інших) на запалені суглоби (процедура триває 18-20 хвилин, проводиться щодня, курс - 12 сеансів). У підгострій стадії призначають:

• ДМХ-терапію на область запалених суглобів і надниркових залоз (для терапії суглобів використовують випромінювач сферичної форми з потужністю випромінювання 30-50 Вт протягом 7-8 хвилин, після чого замінюють його на циліндричний і з тією ж потужністю впливають на наднирники; за один сеанс впливу піддаються лише 1-2 суглоба; частота проведення процедур - щодня, курс - 10 сеансів);

• лазерне гелій-неонове опромінення області суглобів (впливають на 1 суглоб протягом 7-8 хвилин із загальним часом опромінення до півгодини; частота проведення сеансів - кожен день, курс лікувальних процедур - 30, а профілактичних - до 15 двічі в рік);

• імпульсна низькоінтенсивна магнітотерапія (індуктори розміщують з боків запаленого суглоба контактно; тривалість 1 сеансу становить до 10 хвилин на 1 суглоб, протягом 1 процедури дозволено вплив на 2 суглоба - максимум; курс - 10-12 процедур);

• магнітотерапія низькочастотна на суглоби (плоскі індуктори встановлюють на область запалених суглобів кінцівок; впливають протягом півгодини; курс становить 15 сеансів);

• світлолікування (можна використовувати лампу «Біоптрон» (тривалість сеансу до півгодини, частота - двічі в день при загостренні захворювання) і «Геска» (вплив до півгодини, частота - 3 рази на день при загостренні)).

Магнітотерапія при ревматоїдному артриті Проліферативна стадія ревматоїдного артриту дозволяє використовувати:

• ультрафонофорез глюкокортикоїдів на область запалених суглобів (вплив здійснюють протягом 5 хвилин на 1 суглоб 1 раз в день або в 2 дня, 1 сеанс може включати в себе вплив на 1-3 суглоба; лікувальний курс - 12 процедур);

• магнітотерапія імпульсна високоінтенсивна (сеанс триває до 10 хвилин і включає в себе терапію 1-2 суглобів; курс - до 12 процедур);

• світлолікування (використовуються лампи «Геска» і «Біоптрон» аналогічно рекомендаціям в терапії підгострої стадії захворювання);

• електрофорез лідази (під час однієї процедури лікування піддають 1-2 суглоба; тривалість сеансу - 20 хвилин; частота - щодня або 1 раз на 2 дні; курс - 15 сеансів)

• загальна кріотерапія (використовують повітряно-азотну суміш температурою -160 ° С; тривалість процедури становить 1-3 хвилини; проводять сеанси щодня; курс включає в себе до 20 процедур);

• місцева кріотерапія (вони впливають на 1 уражений суглоб; лікувальний фактор - холодне сухе повітря температурою до -30 ° С; тривалість сеансу - до 20 хвилин щодня; курс лікування включає в себе до 15 процедур);

• нафталанотерапія (вплив здійснюють протягом 15-20 хвилин; курс включає в себе до 15 процедур).

Висновоки. Раннє виявлення, лікування (в тому числі застосування фізіотерапії, ерготерапії) з використанням самих ефективних методів, а також заходи профілактики у вигляді гімнастики і дозованих фізичних навантажень, нормалізації ваги і збалансованого харчування вбережуть від ускладнень і прогресування захворювань суглобів, а також забезпечать нормальну рухову активність і повноцінне життя.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ

Каушанська О.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

kaushlen@gmail.com

Актуальність проблеми. Однією з особливостей подагри на сучасному етапі є її прояви на тлі метаболічних порушень

Мета дослідження – вивчити перебіг подагри на тлі метаболічних порушень

Матеріал і методи дослідження. Спостереження проведені у 66 хворих на подагру віком 40–78 років, із них чоловіків було 64. Застосовані клінічні, лабораторно-біохімічні, інструментальні, рентгенологічні методи верифікації діагнозу.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що в 43 (61,63 %) осіб подагра проявлялась на тлі метаболічного синдрому. Однак останній у пацієнтів віком до 45 років (10 пацієнтів) проявлявся переважно артеріальною гіпертензією I стадії, надмірною масою тіла, стеатогепатозом та інсулінорезистентністю, й лише у 4 — цукровим діабетом другого типу, а також значною гіперурикемією ((378,60 ± 4,13) мкмоль/л). Подагра проявлялась нападами гострого подагричного артриту або з мінімальними рентгенологічними змінами кісток уражених суглобів, без тофусів. У віці понад 45, особливо 60 років спостерігався перебіг переважно за типом хронічної