

MATERIÁLY
XI MEZINÁRODNÍ VĚDECKO - PRAKTICKÁ
KONFERENCE

**«APLIKOVANÉ VĚDECKÉ
NOVINKY - 2015»**

27 červenců - 05 srpna 2015 roku

Díl 4
Lékařství
Biologické vědy
Ekologie
Chemie a chemická technologie
Zemědělství

Praha
Publishing House «Education and Science» s.r.o
2015

OBSAH

LÉKAŘSTVÍ

CHIRURGIE

Ларин С.П., Замечник Т.В. Влияние гистоморфологических структурных изменений основного ствола большой подкожной вены на клинические и ультразвуковые у пациентов с варикозной болезнью в разной стадии развития.....	3
Бойко В.В., Жуков В.І., Моисєвко А.С., Ткаченко А.С., Гопкалов В.Г., Шеховцова Е.В., Ткаченко М.О. Епіфізарна дисфункція у хворих на колоректальний рак, ускладнений обтураційною непрохідністю.....	6

TERAPIE

Бобрулько А.В. Ультразвуковой пристрой аэрозольного зрошення для отології.....	13
--	----

KLINIČESKA LÉKAŘSTVÍ

Наковечна О.А., Резуєнко Ю.К., Жервова М.Є., Артюгіна Л.І., Мартінова С.М. Особливості розвитку оксидативних процесів у шурів в умовах субтоксичної дії поліоксипропіленгліколю молекулярної маси 500 (п-502-2-10).....	15
Давілевська Н.В. Тригери реактивної екзацерабації псевдообсесії у хворих на шизофренію.....	21
Допенко Ю.П., Николаєв А.А., Бойко В.П., Алексашіна Л.П., Бойко О.В., Бєднюг В.А. Изменения концентрации интерлейзинов в семенной плазме при патологии предстательной железы.....	24
Улод А.А., Драмарецкая С.П. Лабораторное исследование прочности адгезивных мостовидных протезов на изгиб.....	26
Яковичук Н.Д. Клиническая проблема формирования грибковых биопленок.....	28

PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ
VE VYSOKÝCH ŠKOLÁCH

Кузьміна А.П., Сміян С.І., Князєва О.В., Азаренко В.Є. Викладання лікарям-інтернам за фахом «загальна практика-сімейна медицина» питань інтегрованого ведення та маршруту пацієнта із суглобовим синдромом.....	30
---	----

PRÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ VE VYSOKÝCH ŠKOLÁCH

Кузьміна А.П.¹, Сміян С.І.², Князєва О.В.¹, Азаренко В.Є.¹

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

ВИКЛАДАННЯ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» ПИТАНЬ ІНТЕГРОВАНОГО ВЕДЕННЯ ТА МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА ІЗ СУГЛОБОВИМ СИНДРОМОМ

Ревматичні хвороби (РХ) розглядають у всьому світі як одну з найбільш розповсюджених патологій та як одну з найбільш значущих медичних і соціально-економічних проблем сучасного суспільства. РХ суттєво знижують якість життя, призводять до значних витрат на охорону здоров'я і негативно впливають на національну економіку.

РХ відносяться до групи поширених захворювань, з якими лікарі первинної ланки охорони здоров'я стикаються щодня. Діяльність лікаря загальної практики – сімейної медицини базується на принципах доказової медицини, що дозволяє якісно надавати первинну медичну допомогу, в тому числі і хворим ревматологічного профілю. Завдяки зусиллям сімейного лікаря поліпшуються показники ефективності ведення таких пацієнтів на амбулаторному рівні, впроваджуються доказові рекомендації з профілактики, діагностики і лікування ревматичних хвороб у практичну діяльність закладів охорони здоров'я. Саме лікарі загальної практики – сімейні лікарі відіграють ключову роль в організації раннього (свочасного) виявлення хвороби, що проявилася суглобовим синдромом, сприянні виконанню рекомендацій спеціалістів під час хворобомодифікуючого лікування, забезпеченні належної медичної реабілітації.

Останнім часом поліпшилася співпраця лікарів загальної практики – сімейної медицини із ревматологами завдяки створенню уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів, адаптованих до умов первинної ланки охорони здоров'я, що містять міжнародні клінічні настанови, рекомендації з оцінкою рівня доказовості щодо профілактики, діагностики та лікування найбільш поширених ревматичних хвороб. Втілення протоколів і стандартів на основі доказової медицини регламентує діяльність лікаря щодо забезпечення ефективного та якісного лікування, включеного у протоколи, але не виключає застосування зареєстрованих в Україні лікарських засобів, відсутніх у протоколах, в разі необхідності індивідуалізації підходу до терапії та наявності коморбідних станів.

Метою нашої праці є покращення методики викладання питань інтегрованого ведення пацієнта із суглобовим синдромом.

Складнощі у визначенні попереднього діагнозу з приводу суглобового синдрому виникають майже у кожного клініциста. Саме різноманіття причин виникнення останнього ускладнює своєчасне встановлення діагнозу. На нашу думку, саме сімейний лікар вже при першому візиті пацієнта може отримати значну кількість інформації про розвиток патології. Крім того, така інформація є більш достовірною, тому що пацієнт ще не вживає лікарські засоби.

При підготовці лікаря-інтерна, в першу чергу, викладач звертає увагу на те, як ретельно він збирає анамнез хвороби та скарги пацієнта, які полягають в основі вчасного і точного встановлення діагнозу. 70 % лікарів загальної практики – сімейної медицини вважають, що саме співбесіда з пацієнтом та його огляд є основоположними у встановленні діагнозу.

В яких випадках фахівець загальної практики – сімейний лікар скеровує пацієнта до ревматолога при суглобовому синдромі? Сімейний лікар вимушений скерувати пацієнта до ревматолога в разі вираженої системної симптоматики (лихоманка, скудення, лімфаденопатія, спленомегалія), виражених порушеннях функції центральної та периферичної нервової системи, задихці, набряках, шумах у серці і т.п. При наявності в анамнезі перенесеної в минулому будь-якої інфекції та виражених відхилень в аналізах крові (цитопенія, анемія, значне прискорення ШОЕ) зростає необхідність всебічного обстеження пацієнта, в тому числі у спеціалістів вторинної ланки надання допомоги.

Саме проблемні пацієнти з діагностичної та лікувальної точки зору потребують скерування для проведення більш широкого діапазону обстежень. Існують докази, що затримка звернення хворого за спеціалізованою медичною допомогою підвищує ризик ускладнення суглобів і затримує початок прийому хворобомодифікуючих лікарських засобів; тому пацієнтів, які звертаються до сімейного лікаря з розгорнутою стадією захворювання, необхідно негайно направляти до спеціаліста для мінімізації будь-якого подальшого ускладнення суглобів, особливо якщо симптоми вже були наявні протягом понад 3 місяців.

Інформаційний сценарій, щодо оцінки пацієнта із суглобовим синдромом сімейним лікарем

З'ясування причини виникнення суглобового синдрому	Перенесені або нинішні інфекції: - стрептококова, стафілококова, - гепатит В, С, D, TTV і т.п., - вірус Епштейна-Бар, - інфекції, що передаються статевим шляхом (сипіліс і т.п.).
Наявність суглобового синдрому	- тривалість; - локалізація уражень; - зв'язок із травмою; - зв'язок із Іжєю (якою?); - зв'язок із алкоголем; - зв'язок із укусом кліща.

Наявність станів, що виникли водночас із суглобовим синдромом	<ul style="list-style-type: none"> - запальні процеси кишечника; - іридоцикліт; - кон'юнктивіт; - діарея; - перифрит; - уретрит; - дископандіт; - міалгія; - висип на шкірі.
Оцінити суглобовий синдром	<ul style="list-style-type: none"> - кількість уражених суглобів (полі-, моноартрит); - ретельний огляд суглобів; - наявність таких, на які пацієнт не звертає увагу; - визначення кількості болічних і припухлих суглобів; - наявність артриту (набряк, підвищення локальної температури); - наявність ознак стійкого синаовіту невизначеної етіології; - наявність системного ураження шляхом проведення повного фізикального обстеження.
Визначення тактики ведення пацієнта	<ul style="list-style-type: none"> - При наявності показань терміново скерувати пацієнта на вторинний рівень медичної допомоги; - у разі відсутності показань призначити обстеження (загальний аналіз периферичної крові, рівень СРБ, рентгенографія уражених суглобів).

Складність та точність діагностики залежать від активності запалення. Навіть прояви ревматоїдного артриту (РА), так добре відомого клініцистам, можуть відрізнятися. РА може проявлятися запаленнями суглоба у вигляді його потепління, набряку, інколи – почервоніння, болічості суглоба та утруднення руху в ньому. РА, особливо в періоди загострення, може супроводжуватися загальним нездужанням, втратою апетиту, зменшенням маси тіла, підвищенням температури тіла, загальною слабкістю. Характерним симптомом РА є скутість у суглобах, особливо в ранкові години. Приблизно у 1/5 частини осіб із РА розвиваються ревматоїдні вузлики – досить щільні утворення під шкірою, зазвичай біля суглобів або в ділянках, що зазнають тиску і тертя (наприклад навколо ліктя). Тому для встановлення діагнозу РА лікар має розпитати пацієнта про історію розвитку хвороби, уточнити послідовність появи різних симптомів і провести обстеження. Ранньою ознакою РА є наявність антитіл до циклічного цитрулінового пептиду (АССР) і цитрулінового віментину (АМСV).

Викладач при розгляді представленої теми зосереджується на диференційній діагностиці суглобового синдрому, виділяючи серед пацієнтів із різними маніфестаціями хвороби, моделі системного червоного вовчачка, псоріатичного артриту, подагри та т.п. При проведенні диференційної діагностики клініцист повинний ланки медичної допомоги в першу чергу виключає реактивні процеси (реактивний артрит). Останній (в тому числі синдром Рейтера) виникає у 20–35 річних осіб переважно чоловічої статі після перенесеної сечостатевої чи кишкової інфекції. Особливістю суглобового синдрому є несиметричність висхідного

ураження суглобів нижніх кінцівок, частий розвиток ахілобурситу чи болю в п'яткових кістках. Залучаються окремі пальці стоп, нерідко – великий палець, із дифузним набряком та багряним або багряно-сизюшним забарвленням шкіри над ураженим суглобом. В окремих випадках можливі однобічний сакроїлеїт і ураження середньогрудного відділу хребта. Суглобовий синдром часто супроводжують кон'юнктивіт, папульозний висип, уретрит, ураження слизових оболонок і тому подібне. Проте, відсутність наведених ознак не виключає реактивне ураження суглобів. Найчастіше у таких пацієнтів виявляється кишкова інфекція (ієрсіяноз, сальмонельоз, шигельоз) або урогенітальний хламідіоз. Очікуване зростання рівня ревматоїдного фактора в крові не визначається, а HLA-типизація майже у 50% виявляє антиген В27.

До характеристик вірусного артриту часто відносять симетричне ураження дрібних суглобів кистей та променевозап'яткових суглобів. Більшість таких артритів розвивається у продромальний період або співпадає за часом із симптомами вірусного захворювання і через 1–3 тижні самостійно зникає. В окремих випадках (парвовірус, вірус краснухи) такий артрит є довготривалим. При хронічному перебігу вірусного артриту зберігаються внутрішньосуглобові тканини, не відбувається деформації суглобів, зберігається їх функція.

Характерною ознакою ревматичного артриту є переважне залучення великих і середніх суглобів, олігоартрит, нестійкий, мігруючий його характер, набряк і помірне почервоніння шкіри над суглобами, швидкий зворотний розвиток при застосуванні нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). У більшості випадків артрит супроводжує кардит, виявляють підвищені титри антистрептолізину О.

Суглобовий синдром, асоційований з системним червоним вовчаком (СЧВ), зазвичай проявляється симетричними поліартралгіями дрібних і великих суглобів. Можлива ранкова скутість, субфебрилітет, артралгії супроводжуються міалгіями. Підвищують інформативність щодо походження артриту наявність типових еритематозних уражень шкіри на відкритих ділянках тіла, виявлення енантеми твердого піднебіння, афтозного стоматиту, алопеції, сітчастого ліведо, а також ознаки фотосенсибілізації та ураження центральної нервової системи. Характерними гематологічними відхиленнями є лейкопенія і тромбоцитопенія, гемолітична анемія, хибнопозитивна реакція Вассермана, антинуклеарний фактор, антитіла до ядерних антигенів – нативної ДНК, Sm, Ro (SS-A).

Суглобовому синдрому, асоційованому із системною склеродермією, передують, в більшості випадків, прояви синдрому Рейно. У частини хворих спостерігаються симетричні поліартралгії у дрібних і великих суглобах, рідше виникає гонартрит. Найважливішим диференційно-діагностичним симптомом є щільний набряк, індурація, гіперпігментація, пізніше – атрофія і склероз. Майже у 40% хворих виявляється РФ.

Артралгія або артрит можуть бути одними із перших симптомів вузликowego поліангіту (майже 60% – середнього віку, чоловічої статі). Найчастіше спостері-

гається артрит гомілковостопних або колінних суглобів, іноді має мігруючий характер. Супроводжується типово високою лихоманкою, швидко прогресуючим скуденням, болем у литкових м'язах. Ураження шкіри (пурпура, вузлики, ліведо, ішемічні некрози), абдомінальний синдром, асиметричні неврити кінцівок, частіше – нижніх, ураження нирок з артеріальною гіпертензією виникають як в дебюті хвороби, так і при наступних її рецидивах. Увагу сімейного лікаря мають привернути загальнозапальні зміни в аналізах крові. Серед лабораторних відхилень найбільше значення мають лейкоцитоз, часте виявлення поверхневого антигену вірусу гепатиту В (до 30% хворих), підвищення рівня лужної фосфатази та наявність у 20% хворих антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл (частіше – перинуклеарних).

Звертається увага викладача на те, що артрит або артралгія, визначаються також у 32% пацієнтів на гігантсклітинний поліангіт (ГПА), 41% – аортоартеріт (ААТ), 47% – імунний геморагічний мікротромбоваскуліт (ВШГ), 63% – мікроскопічний поліангіт з еозинофілією гранулематозом (МПАі ЕПА), 67% – криоглобулінемічний васкуліт (КТВ).

Майже 90% сімейних лікарів безпомилково відокремлюють остеоартроз (ОА) від іншої патології суглобів. Хоча особи чоловічої і жіночої статі хворіють майже з однаковою частотою, проте до лікаря переважно звертаються особи жіночої статі середнього та похилого віку. Особливістю ОА зазвичай є симетричний характер ураження, хороший лікувальний ефект НПЗП, що створює передусім деякі діагностичні проблеми. При ОА великих суглобів (колінних, кульшових) слід звертати увагу на те, що процес довгі місяці й навіть роки обмежується тільки зазначеною локалізацією. Біль носить не запальний, а механічний характер: посилюється у другій половині дня, після фізичних навантажень, на початку ходи, при спусканні сходами і слабшає у спокої. Ранкова скутість не триває, зазвичай до 30 хвилин, і наявна тільки в уражених суглобах. Часто визначається кrepітація в суглобі. Ураження суглобів кистей майже завжди починається із зап'ястно-п'ясткового суглоба I пальця або дистальних міжфалангових суглобів. В ділянці останніх можуть пальпуватися вузлики Гебердена. Полегшує диференційну діагностику відсутність лабораторних змін. Лише іноді при реактивному синовіті може ненадовго підвищуватися ШОЕ до 25–30 мм/год. Вже на етапі першого звернення до лікаря на рентгенограмах великих суглобів можуть виявитися остеофіти, склероз субхондральної кістки, звуження суглобової щілини.

Не задає труднощі щодо діагностики подагричний артрит (хворіють 95% чоловіки з надмірною масою тіла, віком 35–55 років). Якщо захворювання перебігає класично – гострі напади моноартриту з частим ураженням I плюснофалангового суглоба, яскравим почервонінням і набряком шкіри, різким болем, підвищенням температури тіла і самостійною регресією симптомів протягом 5–10 днів, – труднощів у диференційній діагностиці не виникає. У рідкісних випадках первинно поліартритичної форми захворювання вирішальне значення можуть

мати відсутність РФ, підвищення рівня сечової кислоти у крові і виявлення кристалів уратів у синовіальній рідині. Діагноз інших мікрокристалічних артритів також базується на виявленні характерних кристалів при дослідженні синовіальної рідини за допомогою поляризаційної мікроскопії.

Обов'язково привертається увага лікаря до проблеми псоріатичного артриту, який у більшості випадків перебігає з ураженням шкіри. Якщо на відкритих ділянках шкіри не виявляються, лікар повинен уважно оглянути волосяну частину голови, вуха, пупок, крижі, пахові западини, а також розпитати про наявність псоріазу у родичів. Важливими відмінними рисами суглобового синдрому є ураження всіх трьох суглобів одного, нерідко вказівного, пальця (осьове ураження), дистальних міжфалангових суглобів, раннє залучення великого пальця стопи, виражений набряк і багряно-фіолетове забарвлення шкіри над ураженими суглобами, біль у п'яткових кістках. Зазвичай артрит асиметричний і обмежується кількома суглобами, ранкова скутість невиражена і негенералізована. Характерне ураження нігтів – помутніння і смугастість нігтьових пластинок, симптом «наперстка». Менше ніж у половини хворих може бути одно- або двобічний сакроіліїт, спонділоартрит і при цьому виявлятися HLA-B27. РФ і АЦЦП не виявляються.

Провідним клінічним симптомом анкілозуючого спонділоартриту (хвороба Бехтерева) є двобічний сакроіліїт, зазвичай симетричний. Серед периферичних суглобів частіше симетрично уражаються гомілковостопні й колінні. На момент звернення хворого нерідко турбує виключно периферичний артрит, однак при опитуванні вдається встановити наявність у минулому рецидивних попереково-крижових або грудних «радикулітів», а при огляді виявити обмеження рухів у поперековому відділі хребта, випрямлення поперекового лордозу або позитивні симптоми сакроіліїту. У >90% хворих визначається HLA-B27.

Втілення протоколів і стандартів на основі доказової медицини регламентує діяльність лікаря щодо забезпечення ефективного та якісного лікування, в тому числі моніторинг за станом пацієнта, ефективністю призначеного лікування. Моніторинг включає в тому числі і алгоритм визначення активності ревматичного запалення. Наприклад, активність захворювання при РА визначається за допомогою визначення – кількості болючих суглобів (КБС: 0–28), кількості припухлих суглобів (КПС: 0–28), швидкості осідання еритроцитів в мм/год (ШОЕ), загальної оцінки здоров'я пацієнтом, за шкалою ВАШ у мм (ЗОЗП: 0–100), загальною оцінкою активності захворювання пацієнтом (ЗОАЗП), оцінюється за ВАШ у см (0–10), загальною оцінкою активності захворювання лікарем (ЗОАЗЛ), оцінюється за ВАШ у см (0–10), вмістом С-реактивного білка в сироватці крові в мг/дл (при використанні методик, для яких нормальні значення становлять <1 мг/дл, діапазон вимірювань – від 0,1 до 10 мг/дл).

Таким чином, набуті знання лікарями за фахом загальна практика сімейна медицина в умовах первинної спеціалізації, що базуються на принципах доказо-

вої медицина, дозволить у майбутньому підвищити якість надання первинної медичної допомоги даному контингенту хворих, поліпшити показники ефективності ведення таких пацієнтів на амбулаторному рівні, впровадити доказові рекомендації з профілактики, діагностики і лікування сутлобового синдрому у практичну діяльність закладів охорони здоров'я.

Література

1. Коваленко В.М. Остеоартроз. Практична настанова /В.М.Коваленко, О.П. Борткевич. – К.: Моріон, 2010. – 607 с.
2. Біль у спині: від синдрому до діагнозу: навчальний посібник /Л. П. Катеринчук, Л. А. Ткаченко, Т. І. Ярмола. – Харків: Золоті сторінки, 2013. – 125 с.
3. Бережний В.В., Марушко Т.В., Марушко Ю.В. Клінічна ревматологія дитячого віку (клінічні рекомендації). К.-Хмельницький, 2013. – 25 с.