

Установлено, що 45% больных чувствуют среднюю выраженность дискомфорта, 32% имеют высокий уровень дискомфорта, который мешает им выполнять повседневные дела. 33% больных считали, что болезнь не влияет на их жизнь. Анализ личностных опросников, заполненных в день выписки и окончания обучения в «Школе самоконтроля», показал значительную положительную динамику в отношении пациентов к своему заболеванию, мотивации самоконтроля и процесса лечения.

Keywords: diabetes, self-control school, motivation, mental state.

УДК 616.127-005.8-036.8:615.837.3

С. А. Новіков, В. Б. Яблонська

ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКУ У КОМПЛЕКСІ ПОСТІНФАРКТНОЇ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

S. A. Novikov, V. B. Yablonska
THE EXPEDIENCY OF ULTRASOUND USE IN THE POSTINFARCTIONAL RECOVERY THERAPY COMPLEX

Одеський національний медичний університет

Ультразвук (УЗ) є фізичним фактором протизапальної дії, однак питанням про його використання у хворих на інфаркт міокарду (ІМ) присвячені лише окремі повідомлення. Мета роботи – вивчення впливу УЗ на мікроциркуляцію хворих на ІМ у підгострій стадії та можливість включення його у реабілітаційний комплекс пацієнтів, у котрих перебіг основного захворювання ускладнився кардіоплечовогрудинним варіантом постінфарктового синдрому Дресслера.

Мікроциркуляція вивчалась методом бульбарної мікроскопії, з оцінюванням у балах, стану стінок мікросудин, кровотоку у них, периваскулярних змін та розрахунком сумарного показника – кон'юнктивального індексу (КІ). Ефективність реабілітації оцінювалась на підставі динаміки толерантності до фізичних навантажень методом велоергометрії. Спостерігались 62 хворих на ІМ на санаторному етапі реабілітації. У всіх хворих на 2-3 тиждень захворювання спостерігалась поява кардіалгії типу «плече-кисть» та «передня грудна стінка», еозинофілії у периферичній крові та підвищенням рівню С-реактивного протеїну, що дозволяло трактувати їх як прояв постінфарктового синдрому. Патологічні зміни мікроциркуляції характеризувались зменшенням кількості функціонуючих капілярів, звуженням розміру артеріол, уповільненням кровотоку в них та периваскулярним набряком. КІ був підвищеним у середньому до $12,1 \pm 0,7$ од.

Пацієнти були розділені на 2 групи – по 31 у кожній. Реабілітаційний комплекс включав фізичну реабілітацію, прийом бета-адреноблокаторів, інгібіторів АПФ, антитромбоцитарних препаратів, статинів. Для лікування постінфарктового синдрому пацієнти 1-ї (контрольної) групи отримували нестероїдний протизапальний препарат (НПЗЗ) – диклофенак по 100 мг на добу та, паралельно, гастропротектор Нексіум у добовій дозі 20 мг; 2-ї (основної) – УЗ потужністю 0,2-0,4 Вт/см² у неперервному режимі за лабільною методикою, тривалістю 10 хв на область лівих над- та підключичних ямок, ключиці, плечового суглобу, на курс 10 процедур. Отримані результати оброблялись статистично з оцінкою вірогідності на підставі критерію Ст'юдента.

У пацієнтів основної групи курс УЗ сприяв зниженню інтенсивності больових відчуттів та кардіофобічних реакцій. На цьому тлі реабілітація проводилась з оптимальною інтенсивністю, що підвищило потужність порогового навантаження при велоергометрії з $49,8 \pm 4,2$ Вт до $73,3 \pm 4,9$ Вт ($p < 0,001$). При заключній бульбарній мікроскопії відмічено зниження КІ з $12,1 \pm 0,6$ до $9,6 \pm 0,4$ од ($p < 0,001$) за рахунок артеріальної вазодилатації, прискорення кровотоку та зменшення периваскулярного набряку.

У контрольній групі хворих ефект був менш вираженим, проявляючись пізніше, що створювало умови для формування кардіофобічних невротичних реакцій. КІ знизився з $12,1 \pm 0,7$ до $9,9 \pm 0,5$ ($p < 0,01$) у більшому ступені за рахунок зменшення вираженості периваскулярного набряку, ніж судинного та внутрішньосудинного компонентів. Фізична реабілітація, яка проводилась з меншою інтенсивністю, підвисила толерантність до фізичного навантаження з достовірним зростанням порогової потужності з $48,6 \pm 4,0$ Вт до $62,8 \pm 4,6$ Вт ($p < 0,02$), однак приріст даного показника – $14,2 \pm 0,8$ Вт був достовірно меншим ніж у основній групі – $23,5 \pm 0,8$ Вт ($p < 0,01$).

Проведення дослідження показало, що курсове застосування УЗ позитивно впливає на перебіг відновлюючого процесу у хворих на ІМ у підгострій стадії, при наявності запальної реакції у сполучних структурах верхнього плічового поясу та порушенні мікроциркуляції, а також дозволяє знизити медикаментозне навантаження на хворого та уникнути гастропатій, ризик появи яких зростає при одночасному призначенні НПЗЗ та антитромбоцитарних препаратів під час лікування постінфарктного синдрому.

Key words: post infarction rehabilitation, ultrasound; post infarction Dressler's syndrome.

УДК 616.71-007.234-06-717.546-009.7:618.173]-08

О. О. Якименко, О. Є. Кравчук, М. Д. Хасан

ЛІКУВАННЯ БОЛЮ В СПИНІ У ЖІНОК ХВОРИХ НА ОСТЕОПОРОЗ В МЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

О. О. Yakimenko, O. Ye. Kravchuk, M. D. Hasan

TREATMENT OF BACK PAIN IN MENOPAUSE IN THE WOMEN WITH OSTEOPOROSIS

Одеський національний медичний університет

Остеопороз займає особливе місце в групі захворювань кістково-м'язової системи через високу поширеність, тривалий безсимптомний перебіг і подальший розвиток серйозних ускладнень. Особливої актуальності проблема остеопорозу набуває у жінок в період менопаузи, коли втрата щільності кісткової тканини провокується гормональними змінами. У цей період остеопороз є частою причиною болю в різних частинах опорно-рухового апарату.

Метою дослідження є вивчення впливу стронція ранілату на больовий синдром в спині у жінок, які страждають на остеопороз.

Під динамічним спостереженням знаходилось 120 жінок у віці 48-62 років. Всім хворим було проведено об'єктив та інструментальне дослідження, в тому числі рентгенологічне дослідження всіх відділів хребту, остеоденситометрія

В результаті проведеного дослідження виявлено, що 80% жінок менопаузального періоду мають біль у спині, 20% - болі іншої локалізації (колінні, тазостегнові, плечові суглоби).