

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА
ПАТОЛОГІЯ СУГЛОБІВ З ПОЗИЦІЙ ПОЛПРОФІЛЬНОГО
ПІДХОДУ

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю

(м. Харків, 17 березня 2017 року)



Харків
2017

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

**ПАТОЛОГІЯ СУГЛОБІВ З ПОЗИЦІЙ ПОЛІПРОФІЛЬНОГО
ПІДХОДУ**

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю
(м. Харків, 17 березня 2017 року)

Харків
2017

Істомін А.Г., Латогуз С.І.
**РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ НА ТЛІ
ЗАХВОРЮВАНЬ ХРЕБТА**

**Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна**

Вступ. Останнім часом відзначається неухильне зростання числа хворих на хронічний бронхіт (ХБ). Прогресуючий перебіг ХБ призводить до легеневої та серцевої недостатності, втрати працездатності та зниження якості життя хворих. Лікарська терапія ХБ не завжди високоефективна, тому дає підставу для широкого застосування немедикаментозних методів в лікуванні ХБ. Показана досить висока ефективність комплексного лікування хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень, які отримували курс відновного лікування в поєднанні з курортною терапією. Терапевтичний ефект від проведених лікувальних заходів наступав через 2 тижні, а число рецидивів захворювання протягом 6 місяців зменшилася в 2 рази.

Завдання стійкого відновлення здоров'я у хворих ХБ ускладнюється при наявності супутніх захворювань. До їх числа відносяться дистрофічно-дегенеративні ураження грудного відділу хребта. Актуальність клінічної проблеми полягає в тому, що залучення в патологічний процес м'язово-фасціального каркаса грудної клітини практично при всіх вертеброгенних захворюваннях в різній мірі відображається на стані біомеханіки дихання. Хронічний запальний процес в бронхолегеневій системі вважається фактором, що підтримує прогресування дистрофічних уражень грудного відділу хребта і постійно «дихаючих» хребетно-реберних з'єднань. На нашу думку, створене порочне коло може бути визначальним у формуванні порушень функції дихання, представляючи певну складність для здійснення реабілітації хворих ХБ із захворюваннями хребта.

Мета дослідження полягала в розробці нових підходів до респіраторно-відновної терапії хворих ХБ з локалізованим вертеброгеним синдромом.

Матеріали і методи дослідження. У відділенні відновного лікування при кафедрі фізичної реабілітації, методи немедикаментозного лікування знайшли широке застосування в програмах респіраторно-відновної терапії. До них відноситься дихальна кінезотерапія, інгаляційна аерозольотерапія мінеральною водою, регульована вентиляція легенів за допомогою дихальних тренажерів (інгалятор Фролова), лазеротерапія (Мілта-Ф-8-01, Росія), голкорексфлексотерапія, різні методики масажу (вібраційний, вакуумний, класичний), фітотерапія, а також щоденні процедури психологічного розвантаження. Статистична обробка даних проводилася за методом Стьюдента.

Відновлювальне лікування в групі з 8-10 хворих ХБ проводилося щодня по 3,5 години протягом 2 тижнів. Первинний курс лікування отримали 180 пацієнтів у віці 24-63 років, з них у 86 (47,8%) ХБ поєднувався з остеохондрозом грудного відділу хребта. У 37% випадків внаслідок торакалгії хворі відзначали утруднення дихання з переважним обмеженням глибокого вдиху, зниження можливості виконання нахилів і поворотів тулуба. Практично у всіх хворих ХБ, які страждають на остеохондроз не менше 8 років, виявлялася виражена ригідність грудної клітини зі збільшенням її передньозаднього розміру.

Результати дослідження та їх обговорення. У 64,5% випадків у хворих ХБ при ураженні грудного відділу хребта на ЕКГ реєструвалися зміни зубця Т і зрушення сегмента ST, подібні зі змінами при ішемічній хворобі серця. Серед пацієнтів з поєднаною патологією легенів і хребта за даними велоергометрії виявлено зниження толерантності до фізичного навантаження, що склала спочатку $47,7 \pm 2,1$ Вт, після лікування $65 \pm 2,1$ Вт. Аналогічні показники при ХБ були вище, складаючи на початку і після закінчення відновної терапії $50 \pm 2,4$ і $75 \pm 3,1$ Вт відповідно.

Дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) показало, що вентиляційні порушення були більш вираженими у хворих ХБ з вертеброгеною патологією, ніж при відсутності такої в іншій групі пацієнтів. Виявлені при цьому достовірні відмінності в динамічних показниках (форсована життєва ємкість легень - ФЖЄЛ, обсяг форсованого видиху за 1 с - ОФВ₁, миттєва об'ємна швидкість в великих бронхах - МОШ₇₅) свідчить про переважання обструктивних порушень ФЗД, що, мабуть, пов'язано з тривалістю ($6,8 \pm 0,9$ року) вертеброгеного синдрому. Показники легеневих обсягів (ЖЄЛ) істотних відмінностей між собою не мають.

До особливостей клініки ХБ при наявності остеохондрозу грудного відділу хребта слід віднести наявність стійких респіраторних порушень, які виступають поряд з торакалгією. З огляду на патогенетичну значимість вертебровісцеральних зв'язків і механізм дії деяких фізичних факторів, в лікувальний комплекс внесені фармакопунктура і релаксуючий масаж (дефанотерапія). Цілеспрямоване купірування вертеброгеного болювого синдрому здійснювалося за допомогою дефано- і голкорексфлексотерапії, локальним введенням новокаїну в комплексі з гідрокортизоном в тригерні і паравертебральні зони. Стихання торакалгії призводило до збільшення лімітованої внаслідок болювих відчуттів екскурсії грудної клітини, створюючи умови для поліпшення дренажної функції бронхів засобами лікувальної фізкультури. Відсутність болювого дискомфорту в грудній клітці також відкривало можливість більш ефективного використання дихальних тренажерів. До того досить швидкий регрес торакалгії і відновлення вентиляційних порушень стали основою позитивних змін психоемоційного статусу пацієнтів. Після закінчення курсу відновного лікування у половини

хворих на ЕКГ відсутні зміни зубця Т і сегмента ST, а зміни деяких показників ФЗД свідчать про відновлення вентиляційних порушень.

Хворі ХБ необтяжені вертеброгеною патологією в більш ранні терміни адаптувалися до процедур респіраторно-відновної терапії.

Аналіз результатів проведеної відновної терапії у хворих свідчить про можливість корекції порушень функції дихання, уповільнення темпів прогресування хронічного бронхолегеневого запалення і обструктивних процесів в легенях. У 46 хворих ХБ з захворюванням хребта тривалість ремісії основного захворювання склала $5,7 \pm 0,6$ міс., період відсутності рецидивів супутнього захворювання коливався від 7 до 9 місяців. Після виписки зі стаціонару більшість хворих зменшили на 50% дози інгаляційних бронходилататорів (атровент, беродуал). 8 пацієнтів на невизначений термін припинили прийом пролонгованих форм теофіліну (теотард), це були особи, які продовжили лікування в санаторно-курортних умовах.

Висновки:

1. Реальна можливість відновлення функції дихання залежить від вдосконалення адаптивно-компенсаторних реакцій, відновлення втрачених міжсистемних зв'язків в організмі хворих ХБ.

2. Ефективність лікувально-реабілітаційних впливів також залежить від раціонального поєднання і координації основних терапевтичних і реабілітаційних заходів (фармакопунктура, глибокий релаксуючий масаж, голкорексфлексотерапія, дихальна кінезотерапія).

3. Відновлювальна терапія хворих ХБ, які страждають захворюваннями хребта, може бути проведена на всіх етапах медичної реабілітації, включаючи санаторно-курортне лікування.

Істомін А.Г., Луценко О.В., Істомін Д.А.

ЗАСТОСУВАННЯ ДЕМПФОВАНОЇ СЛІНГ-ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ КЛУБОВО-ПОПЕРЕКОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ

**Харківський національний медичний університет, Харків,
Україна**

Слінг-терапія (метод фізичної реабілітації з використанням різноманітних систем підвісу усього тіла або кінцівок) є перспективним напрямом лікування хворих на різноманітну патологію поясу нижніх кінцівок. Адже підвіс є нестабільною опорою тіла, яка активізує координацію рухів і сприяє якісному відновленню рівноваги, усуваючи дисбаланс в тонусі м'язів. Використання підвісів для тестування стану м'язів є інформативним методом діагностики рухового патерну. Одним з чинників, що обмежують більш широке впровадження слінг- терапії в реабілітаційний процес, є біль

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю., Сєвідова М.В. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	42
Железнякова Н.М., Зелена І.І., Пасієшвілі Т.М., Фролова-Романюк Е.Ю. ОСТЕОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБИГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ - ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ЕСКАЛАЦІЇ.....	44
Заздравнов А.А. ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛЬГИНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА: БАЛАНС МЕЖДУ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ.....	45
Заздравнов А.А., Пасієшвілі Н.М. БЕРЕМЕННЫЕ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ – ГРУППА РИСКА ПО АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	48
Іванова К. В. РОЛЬ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ В ФОРМУВАННІ ОСТЕОПЕНІЧНИХ СТАНІВ.....	50
Істомин А. Г., Касатка О.В., Істомин Д. А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕНДИНИТОВ, ТЕНДОМИОЗИТОВ БИЦЕПСА И РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА МЕТОДОМ РАДИАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИЕЙ.....	51
Істомін А.Г., Латогуз С.І. РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ НА ТЛІ ЗАХВОРЮВАНЬ ХРЕБТА.....	53
Істомін А.Г., Луценко О.В., Істомін Д.А. ЗАСТОСУВАННЯ ДЕМПФОВАНОЇ СЛІНГ-ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ КЛУБОВО-ПОПЕРЕКОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ.....	55
Карая О.В. ЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ВІТАМІНУ D НА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ	56