

Summary

EFFECTIVENESS OF THERAPY OF ULCERATIVE STOMATITIS AND CONCOMITANT DUODENAL ULCER

Dudchenko M.A., Skrypnikova T.P., Dudchenko M.A.

Keywords: ulcerous stomatitis, duodenal ulcer, treatment, Vipromak.

The research was carried out on 60 patients with ulcerous stomatitis and concomitant duodenal ulcer. The patients were divided into 2 equal groups. It was found out the subjective symptoms, objective signs, ulcers healing indices in the oral cavity and duodenal area, the indices of oral tissues status were more than one-half better in the patients who kept on therapeutic regimen, proper diet and took Vipromak and Pylobact, Gepon (in severe cases), underwent laser blood exposure by intravenous-cutaneous method and jaw area and duodenal zone in comparison with patients treated by standard methods.

УДК: 616.72-002-08.

Ждан В.М., Кітура Є.М., Кітура О.Є., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В.

СУГЛОВОВИЙ СИНДРОМ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті на прикладі клінічного випадку туберкульозного кокситу висвітлено проблеми диференційної діагностики болю в суглобах. Показано важливість первинного огляду хворого із суглобовим синдромом. Послідовно розглянуто стани діагностичного пошуку для визначення нозологічної приналежності суглобового болю.

Ключові слова: суглобовий синдром, коксит, диференційний діагноз.

Хвороби кістково-м'язової системи по розповсюдженості займають четверте місце в світі [2, 6]. В практиці терапевта і сімейного лікаря хворі із суглобовими больовими синдромами зустрічаються достатньо часто. В Україні в загальній структурі захворюваності дана патологія займає третє місце після органів кровообігу і травлення, а в структурі первинної інвалідності – II місце [2, 7].

Статистичні дані свідчать про те, що у кожного п'ятого пацієнта, що звертається за медичною допомогою до лікаря загальної практики, має місце суглобовий синдром різного ступеня вираженості. Як відомо, при діагностиці цього синдрому виникають певні труднощі, на що вказують дані статистики. Процент розходження між клінічними діагнозами, що встановлені на рівні первинної ланки, і діагнозами спеціалізованими клініками достатньо високий [1, 2].

В той же час своєчасна і правильна інтерпретація суглобового синдрому адекватна, в т.ч. і патогенетична терапія, часто визначає прогноз і перебіг захворювання, якість життя пацієнта, збереження його фізичної активності. Про це свідчить наведений нижче клінічний випадок.

Клінічний випадок: хвора С., 16 років, студентка, поступила в ревматологічне відділення із скаргами на біль в ділянці кульшового і колінного суглобів зліва, обмеження рухів, напруження м'язів стегна.

Хворіє приблизно 1,5 місяці, коли вперше без видимих причин раптово з'явився біль в ділянці лівого кульшового суглобу, обмеження рухів, з'явилася хромота. Через 2 тижні з'явився біль в лівому колінному суглобі. Лікувалася безуспішно в неврологічному відділенні. Направлена в спеціалізоване відділення із діагнозом «ревматоїдний артрит». В анамнезі даних за перенесений туберкульоз не виявлено.

Об'єктивно. Атрофія м'язів стегна зліва, права нога коротша на 1,5 см. Виразений біль і значне обмеження рухів у лівому кульшовому суглобі. Потовщення підшкірної клітковини зліва – позитивний симптом Александрова. Легені – везикулярне дихання. Тони серця ослаблені, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 72 ударів за хвилину. Живіт м'який, безболісний.

Аналіз крові загальний: Ер - $4,25 \times 10^{12}/л$; Нв - 126 г/л; ШОЕ – 45 мм/год; пал. – 4%; еоз. – 2%; сегментоядерні – 53%; лімфоцити – 31%; моноцити – 10%; СРП – негативний; ревматоїдний фактор – негативний.

Ртг-графія органів грудної клітки: легеневі поля без вогнищевих і інфільтративних тіней, синуси вільні, серце – в нормі.

Комп'ютерна томографія КТ (мал. 1а та 1б): ізольоване вогнище деструкції кортикального шару медіального сегменту вертлюжної впадини зліва.



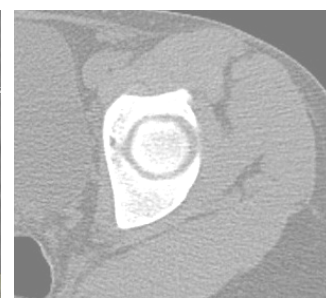
Мал. 1а



Мал. 1б



Мал. 2а



Мал. 2б

Проведена проба Манту – реакція позитивна.

Враховуючи клініку, дані об'єктивного обстеження і результатів КТ був виставлений діагноз туберкульозного кокситу і пацієнтка переведена в спеціалізоване відділення. Через 1 рік після проведеного лікування стан задовільний, скарг не пред'являє. На контрольній КТ відмічена позитивна динаміка: змін не виявлено (мал. 2а та 2б).

Таким чином, затруднення в діагностичному пошуку залежить від цілого ряду причин: по-перше, широкий спектр ревматичних і неревматичних захворювань, що супроводжуються суглобовим синдромом, по-друге, в деякій мірі це пов'язано із недостатнім досвідом лікарів загальної практики в розпізнаванні причин суглобового синдрому.

Діагностика в ревматології базується на аналізі всього комплексу клінічних, лабораторних, інструментальних даних. Проте часто в арсеналі сімейного лікаря немає обладнаної сучасними методиками лабораторії і можливості проведення необхідних рентгенологічних досліджень.

Тому первинний етап діагностичного пошуку має важливе значення. Першим кроком в правильній інтерпретації суглобового синдрому є детальне опитування і огляд пацієнта. Необхідно «активно» виявляти скарги і симптоми, групувати їх в синдроми, формувати наступну програму лабораторних і інструментальних методів обстеження.

При первинному огляді пацієнта необхідно звернути увагу на наступні моменти:

- 1) стать, вік, професія;
- 2) добова динаміка больового синдрому;
- 3) розповсюдженість (моноартрит, поліартрит) і локалізація (великі або/і дрібні суглоби), симетричність ураження;
- 4) стани, що передували ураженню суглобів (перенесені інфекції, травма, прийом медикаментів, гастрономічні смаки, наявність увеїта, іридоцикліту);
- 5) загальний стан шкіри, нігтів (ознаки псоріазу, ознаки порушеного обміну речовин, гіпотиреозу і т.д.).

Суглобовий больовий синдром буває гострим – при травмах, інфекційному ураженні суглобів (септичний артрит), мікрокристалічних артропатіях. Проте при ревматичних захворюваннях (ревматоїдному артриті, системних захворюваннях сполучної тканини) біль в суглобах має хронічний характер, обумовлений розвитком запалення в синовіальній оболонці.

Біль в суглобах запального характеру посилюється вночі і ранком, часто супроводжується ранковою скутістю. Біль механічного типу характерний для дегенеративного ураження у пацієнтів із остеоартрозом. Він більш виражений в кінці дня і в першій половині ночі і зменшується до ранку. Після фізичного навантаження біль посилюється, в спокої стихає [2, 4, 7].

Етапом в діагностиці є аналіз локалізації

ураження. Необхідно пам'ятати, що особливості клінічних проявів залежать від стадії захворювання. При виявленні початкових проявів установити правильний діагноз буває трудно, необхідно динамічне спостереження. Початкові прояви захворювання у вигляді моноартриту, особливо великих суглобів вимагає проведення диференціальної діагностики із інфекційними артритами специфічної природи (туберкульозної, гонококової). Необхідно цілеспрямоване проведення опитування і консультація спеціалістів вузького профілю (фтизіатра, уролога, венеролога) [3, 5].

Нерідко причиною суглобового синдрому є захворювання позасуглобових м'яких тканин (скелетних м'язів, сухожилля, зв'язок і фасцій, синовіальних сумок і ентезисів) внаслідок метаболічних і ендокринних захворювань. Головною особливістю таких артралгій є відсутність лабораторних і рентгенологічних ознак патології суглобів. Терапія даної категорії хворих перш за все направлена на лікування основного захворювання [3].

Необхідно відмітити, що універсальних схем диференційної діагностики суглобового синдрому не існує, проте від своєчасної правильної інтерпретації суглобового синдрому буде в подальшому залежати індивідуальна схема лікування.

У випадку подагричного артриту – це корекція метаболічних порушень і прийом антигіперурикемічних препаратів, реактивного артриту – етіотропна антибактеріальна базисна терапія; ревматоїдного артриту – базисна терапія і т.д.

І чим раніше хворому буде підібрана схема терапії від симптоматичного лікування (купірування болю нестероїдними протизапальними препаратами) до етіотропної і патогенетичної терапії, тим більша вірогідність уникнути стійкої втрати працездатності, покращити якість життя пацієнта. Також це дозволяє попередити ризик ускладнень.

Таким чином, враховуючи всю багаточисленність форм суглобового синдрому, необхідно відмітити, що в практиці сімейного лікаря первинний контакт із хворим, детальний збір анамнезу, скарг, прицільний фізикальний огляд набувають важливого значення.

Правильне трактування отриманих даних на первинному етапі діагностичного пошуку дозволяє адекватно підібрати діагностичні і терапевтичні схеми кожному конкретному пацієнту, добитися успіхів проведеної терапії.

Література

1. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 288 с.
2. Коваленко В. Н. Ревматичні хвороби суглобів: медико-соціальні проблеми в Україні та шляхи їх вирішення / В.Н.Коваленко, Н.М. Шуба // Укр. ревматологічний журн. – 2003. – № 3 (13). – С. 3-7.
3. Ревматология: Национальное руководство / Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

4. Свінціцький А. С. Ревматичні хвороби та синдроми / А. С. Свінціцький, О. Б. Яременко, Н. Р. Пузанова, Н. І. Хомченко. – К.: Книга плюс, 2006. – 680 с.
5. Becker M. A. Clinical manifestation and diagnosis of gout / M. A. Becker // Up To Date. – 2004. – V. 13(1). – P. 89-93.
6. Felson D.T. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis / D.T. Felson // Epidemiol. Rev. – 1988. – V. 10. – P. 1-28.
7. Zhand W. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT / W. Zhand, M. Doherty, B.F. Leeb, L. Alekseeva [et al.] // Annals of Rheumatic Diseases. – 2009. – V. 68, №1. – P. 8-17.

Реферат

СУСТАВНОЇ СИНДРОМ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЇ ПРАКТИКЕ

Ждан В.Н., Китура Е.М., Китура О.Е., Бабанина М.Ю., Ткаченко М.В.

Ключевые слова: суставной синдром, коксит, дифференциальный диагноз.

В статье на примере клинического случая туберкулезного коксита освещены проблемы дифференциальной диагностики болей в суставах. Показана важность первичного осмотра больного с суставным синдромом. Последовательно рассмотрены состояния диагностического поиска для определения нозологической принадлежности суставной боли.

Summary

ARTICULAR SYNDROME IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

Zhdan V.M., Kitura Ye.M., Kitura O.Ye., Babanina M.Yu., Tkachenko M.V.

Key words: articular syndrome, coxitis, differential diagnosis.

This article throws light upon the problems of differential diagnosis of articular pain by the example of a case of tuberculous coxitis. The importance of primary examination for patients with articular syndrome has been especially emphasized. The paper presents the succession and the stages for making diagnosis to determine the nosological belonging of articular pain.

УДК 616.72-002-056.5:615

Ждан В.М., Капустянська А.А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Наявність ожиріння у хворих на подагричний артрит з АГ істотно позитивно впливає на ефективність терапевтичних заходів, яка, крім тяжкості ожиріння, залежить від перебігу захворювання, використання гіпоурикемічних препаратів, початкового стану пуринового обміну, надлишкової маси тіла. Нами використана програма комплексного лікування пацієнтів з ожирінням з урахуванням параметрів урикемії, ІМТ, рівня артеріального тиску й типу гіперліпідемії дозволяє значно поліпшити результати лікування. Співставлення результатів динамічного спостереження і лікування між двома групами свідчить про явну перевагу комплексного лікування у хворих першої групи.

Ключові слова: подагричний артрит, артеріальна гіпертензія, ожиріння, базисна терапія.

Робота є фрагментом комплексної НДР «Експериментально-морфологічне вивчення кріоконсервованої плаценти на морфофункціональний стан внутрішніх органів» № державної реєстрації 0108U001572.

Захворюваність на подагричний артрит невідповідно збільшується [1, 2, 3,].

Найбільш частими коморбідними станами при подагричному артриті є ожиріння та артеріальна гіпертензія (АГ) [1, 2, 3, 6, 7].

Лікування хворих на подагричний артрит неможливе без використання уриконормалізуючих препаратів, а також без постійного інтермітуючого контролю за рівнем урикемії [1, 3, 4]. Серед засобів із урикодепресивною дією найбільш важливим є алопуринол, який є структурним аналогом гіпоксантину й перешкоджає утворенню сечової кислоти [4, 5].

НПЗП широко використовуються при подагричному артриті як для зняття гострого нападу, так і для зменшення тривалості запального процесу [1, 3, 4, 5, 7].

В лікуванні поєднаних захворювань подагричного артриті з АГ у хворих з ожирінням залишаються невирішені питання, які потребують подальшого вивчення та обґрунтування.

Мета дослідження

Провести аналіз ефективності базисної терапії подагричного артриті у хворих із АГ на тлі ожиріння.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням знаходилось 107 чоловіків. Перша група (55 хворих) – подагричний артрит з АГ та друга група (52 хворих) – подагричний артрит з АГ на тлі ожиріння.

Діагноз подагричного артриті встановлений згідно з критеріями, рекомендованими ВООЗ (2000 р.) та класифікаційними критеріями, рекомендованими Асоціацією ревматологів України (2004 р.). Ожиріння визначали згідно з рекомендаціями ВООЗ (1997 р.).

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік пацієнтів склав 48,8±0,75 року, від 32 до 73 років. Тривалість захворювання коливалася від 1-го до 10 років (у середньому