

Третій тип порушення харчово поведінки – обмежувальна харчова поведінка, зареєстрована у 14 (16,7 %) пацієнтів. Це надмірне харчове самообмеження і несистемне дотримання надмірно строго дієти. Дієти неможливо дотримуватися тривало, і достатньо швидко й на зміну приходять періоди вираженого переїдання. В результаті такої поведінки людина знаходиться в постійному стресі – в період голодування вона страждає від сильного голоду, а під час переїдання страждає від того, що знову набирає вагу, і всі зусилля дієти марні. Емоційна нестабільність, що виникає на фоні застосування строгих дієт, науковцями трактується, як “дієтична депресія”. Вона проявлялася у наших пацієнтів підвищеною дратівливістю та втомлюваністю, агресивністю та ворожістю, зниженням настрою, подавленістю тощо. Емоційний дискомфорт приводив до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву набирання лишньої маси. Третій тип порушення харчово поведінки більш властивий для жінок.

Відмічене поєднання проявів порушень харчово поведінки у наших пацієнтів. Досконале вивчення анкетувань, дало змогу зрозуміти, що часто прояви обмежувально харчово поведінки переходять в порушення емоціогенного характеру.

**ВИСНОВКИ** Стратегія боротьби з епідемією ожиріння повинна бути спрямована на першочергове та досконале вивчення типологічних порушень харчово поведінки у пацієнтів з ознаками надмірної маси та ожиріння. Вивчення порушень харчово поведінки у пацієнтів дасть змогу надалі підбирати індивідуальні немедикаментозні (модифікуючи-коригуюча дієтотерапія та ЛФК) та медикаментозні засоби (призначення антидепресантів, призначення сибутрамінів та блокаторів ліпаз, метформінів), спрямовані на корекцію таких порушень, з подальшим вирішен-

ням питань про досконале тривале зменшення маси та проресування ускладнень.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Дробижев М.Ю., Макух Е.А. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9, № 4. – С. 26-29.
2. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Неврол. и психиатр. – 2001. – № 12. – С. 49-52.
3. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. Нарушения пищевого поведения и коморбидные симптомы при ожирении и методы их коррекции // Неврол. и психиатр. – 2000. – № 12. – С. 49-52.
4. Козярін І.П. Ожиріння як хвороба цивілізації // Здоров'я України. – 2005. – № 5. – С. 127-129.
5. Лобыкина Е.Н., Хвостова О.И. Психологические аспекты пищевого поведения при ожирении // Неврол. вестник. – 2006. – Т. 38, Вып. 3-4. – С. 96-98.
6. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. – Изд.: Эксмо. – 2007. – 1040 с.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практик. – М.: МЕДпрогресс. – 2001. – 592 с.
8. Москаленко В.Ф. Чинники ризику як концептуальна основа глобальних стратегій профілактичних програм // Науковий вісник нац. мед. університету ім. О.О. Богомольця. – 2009. – № 1. – С. 9-24.
9. Савчикова Ю.Л. Особенности межличностных отношений у женщин с избыточным весом // Наркология. – 2003. – № 11. – С. 33-36.
10. Шостак В.И., Лытаев С.А., Березанцева М.С. Психофизиология. – ЭЛБИ.: СПб., 2007. – 352 с.
11. Stunkard A.J. Obesity // In American Psychiatric Association Annual Review. – Eds. Hales R. E., Francis A.I. Vol. 4. – Washington. – DC. – American Psychiatric Press. Inc. – 2002. – P. 419-442.
12. Willett W.C. Is dietary fat a major determinant of body fat? // Am. J. Clin. Nutr. – 2002. – № 67. – P. 556-562.
13. Wing R.R. Use of very-low-calorie diets in the treatment of obese persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus // J. Am. Diet Assoc. – 2005. – № 95(5). – P. 569-573.
14. Wolf A.M., Colditz G.A. Social and economic effects of body weight in the United States // Am. J. Clin. Nutr. – 2001. – V. 63, N 3. – P. 466-469.

УДК 616.71-018.3-002-009.81]-08-035

**Шкробот С.І., Гара І.І., Боронілова В.В., Бударна О.Ю., Зубак В.А.  
ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ ІЗ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА**

**Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня**

ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ ІЗ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА – Наведено результати використання комплексно стандартно лікувальної програми на етапах лікування хворих з неврологічними проявами остеохондрозу (ОХ) на засадах доказової медицини згідно з клінічними протоколами надання медичної допомоги 67 хворим із больовими синдромами при ОХ у неврологічній клініці Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні. Комплекс стандартного медикаментозного лікування в комбінації з рефлексотерапією, гірудотерапією та сухим скелетним витяганням з використанням системи «Triton» у хворих з неврологічними проявами ОХ дає можливість скоротити обсяг медикаментозного лікування, досягти повного регресу неврологічних симптомів, зменшити тривалість перебування хворих в стаціонарі на 4-6 днів; зменшити тривалість та частоту загострень та попередити розвиток неврологічного дефіциту, що призводить до втрати працездатності у пацієнтів молодого віку.

ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІ ПАЦІЄНТІВ С БОЛЕВИМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО І ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛІВ ПОЗВОНОЧНИКА – Приведены результаты использования комплексной стандартной лечебной программы на этапах лечения больных с неврологическими проявлениями остеохондроза (ОХ) на основе принципов доказательной медицины в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи 67 пациентам с больевыми синдромами при ОХ в неврологической клинике Тернопольской областной коммунальной клинической психоневрологической больницы. Комплекс стандартной медикаментозной тера-

пии в комбинации с рефлексотерапией, гирудотерапией и сухим скелетным вытяжением с использованием системы «Triton» у больных с неврологическими проявлениями ОХ дает возможность сократить объем медикаментозной терапии, достичь полного регресса неврологических симптомов, сократить длительность пребывания больных в стационаре на 4-6 дней; уменьшить длительность и частоту обострений и предупредить развитие неврологического дефицита, который приводит к потере трудоспособности у пациентов молодого возраста.

REHABILITATION STEPS OF PATIENTS WITH PAIN PHENOMENA AT CERVICAL AND LUMBAR OSTEOCHONDROSIS - The results of complex standard treatment at all stages in 67 patients with pain phenomena at osteochondrosis that was provided in neurological departments of Ternopil regional clinical psychoneurological hospital according to the clinical protocols of evidence-based medicine are described. Complex of standard medical treatment in combination with reflex therapy, hyrudothrapy and dry skeleton drawing out (system "Triton") in patients with neurological signs at osteochondrosis gives possibility to decrease the range of medical treatment, reach full regression of neurological signs and decrease time of hospitalization (4-6 days less), decrease frequency and time of exacerbation, prevent development of neurological deficit that leads to loss of workability in young patients.

**Ключові слова:** реабілітація, остеохондроз, больові синдроми.

**Ключевые слова:** реабилитация, остеохондроз, болевые синдромы.

**Key words:** rehabilitation, osteochondrosis, pain phenomena.

**ВСТУП** Серед уражень хребта, що супроводжуються неврологічними проявами, найбільш часто зустрічаються дегенеративно-дистрофічні процеси: остеохондроз і спондилоартроз. Остеохондроз хребта (ОХ) відноситься до найбільш розповсюдженої патології – інволюційні зміни в опорно-руховому апараті з віком поступово розвиваються у кожну людину [1]. При цьому відбувається ураження міжхребцевих дисків та інших тканин хребта. Різний ступінь вираженості неврологічних проявів ОХ виявляється в 50 % обстежених у популяційних дослідженнях, і близько 80 % осіб протягом життя переносять напади поперекового чи шийного болю [2]. Швидкість розвитку ОХ різна і залежить від способу життя. Зміни виникають під впливом багатьох факторів, зокрема: неправильна осанка, гіподинамія, піднімання вантажів, перенавантаження, гормональні порушення, соматичні захворювання [3]. За даними ВООЗ, в останні роки ОХ визнаний основною причиною болю в хребті та паравертебральних тканинах, а також корінцевих синдромів, що в більшості випадків пов'язано з великими навантаженнями на людину. 75-90 % захворюваності припадає на працездатний вік. Тимчасова непрацездатність складає 68 % від патології нервової системи. Висока інвалідизація осіб працездатного віку внаслідок ОХ хребта ставить проблему лікування його ускладнень в ранг найбільш актуальних [4, 5].

В останні роки велику увагу приділяють стандартизації схем та етапів лікування хворих на дану патологію на засадах доказової медицини згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим [6]. Зокрема, лікувальна програма допомоги пацієнтам з больовими синдромами при остеохондрозі включає наступні складові:

1. Ліжковий режим в перші дні гострої стадії.
2. Медикаментозне лікування: нестероїдні протизапальні засоби, селективні інгібітори циклооксигенази [7], анальгетики, міорелаксанти, препарати, які покращують мікроциркуляцію, регіонарну та центральну гемодинаміку, зменшують венозний застій та гідратацію тканин [8], антипароксизмальні, транквілізатори, препарати з хондропротекторною дією.
3. Локальний вплив на вертеброгенний компонент болю: медикаментозні блокади (епідуральні сакральні, корінцеві селективні, тригерних зон відбитого болю, м'язів) кортикостероїдами пролонговано дії та місцевими анестетиками; внутрішньосуглобове введення ліків.
4. В резистентних випадках при грижах дисків застосовують ферментативний лізису з допомогою внутрішньодискового введення хімопапапу.
5. Фізіотерапевтичне лікування (електрофорез з анальгетиками, іонофорез із сумішшю Парф'єнова, іонофорез з гідрокортизоном, діадинамічні струми, індуктотермія, синусодальні модульовані струми, бальнеофункціональна та болототерапія) [9].

6. Рефлексотерапія, гірудотерапія, магнітотерапія.
7. Мануальна терапія, ЛФК.
8. Оперативне втручання.

Якщо в гострій стадії захворювання акцент у лікувальній програмі ставиться на ліжковий режим та рухові обмеження, медикаментозну терапію та електропроцедури, то у стадії відновлення при зменшенні больового синдрому домінують серед терапевтичних заходів методи фізіотерапії, рефлексотерапії, гірудотерапії, скелетне витягання, бальнеотерапія та ЛФК.

Метою нашого дослідження було встановити результати використання вищевказаної комплексно лікувальної програми у неврологічній клініці, вивчити швидкість зменшення або зникнення больового синдрому, корінцевих проявів, збільшення обсягу рухів в ураженому відділі хребта у хворих з шийним та поперековим ОХ. Оцінку стану пацієнтів проводили за клінічним методом.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Проліковано 67 хворих з неврологічними проявами ОХ, з них жінок 33 і чоловіків 34,

віком від 25 до 73 років, середній вік  $43 \pm 1,2$ , які знаходились на стаціонарному лікуванні в 4 неврологічному відділенні ТОККПНЛ у перші шість місяців 2009 року. Переважна більшість хворих (87 %) була працездатного віку. Діагноз підтверджувався даними ядерно-магнітно-резонансно томографії та комп'ютерно томографії, рентгеноспондилографії. Тривалість захворювання складала від кількох днів (6 хворих), до року (43) і до двох десятиріч років (18 випадків). Серед етіологічних чинників на перший план виступав фактор фізичного перенавантаження (вимушене тривале сидяче положення, піднімання вантажів) – 39 пацієнтів; друге місце – фактор переохолодження (18 пацієнтів); соматичні захворювання з явищами інтоксикації (4), травми хребта (6). У 6 пацієнтів больовий синдром у шийному або поперековому відділі виник вперше; у 61 пацієнта відмічалось більше 2-х загострень. Больовий синдром був виражений у 29 хворих, помірний – у 25, легкий – у решти. Перебіг захворювання було визначено як стаціонарний у 27 % спостережень та рецидивуючий – у 73 %. Було діагностовано рефлекторні та компресійні корінцеві синдроми. З рефлекторними синдромами (цервікалі, торакалі, люмбалгі, різні форми люмбаго, сакралгі, кокцигдині та х поєднання) було 36 хворих (56 %), з компресійними корінцевими синдромами – 31 (44 %). Грижі дисків, різно локалізації і розмірів, визначені у 44 осіб (65,8 %). Усі хворі пройшли лікування у районних лікарнях та міських неврологічних відділеннях без значного поліпшення.

Клінічно усі пацієнти були розділені на 2 рівноцінні групи. I-шу групу (46 пацієнтів) складали хворі, які отримували стандартний комплекс медикаментозного лікування з сеансами рефлексотерапії та гірудотерапії. Пацієнтам II- групи (21 хворий) попередній комплекс лікувальної програми поєднували з сеансами скелетного витягання. Медикаментозне лікування в усіх пацієнтів складали наступні групи препаратів: НПЗП, дегідратаційні засоби, судинно-активні препарати, міорелаксанти, хондропротектори, анальгетики. Сеанси акупунктури для хворих I- групи включали наступну схему акупунктурних точок: при цервікалі – аурікулярні точки (АРТ37; АРТ55) та корпоральні точки (Т14; G11(2); IG3(2)) протягом 20-30 хв. При локалізації больового синдрому на передній поверхні шиї ефективно використання точок: J23, E9, IG16, IG17 – місцеві та віддалені точки G14, P7, R1, R2. При цервікобрахіалгії: комірцевої зони (VB21, TR15, T14, T13, V11, IG10, IG12, IG13, IG14, IG15) та шийно-потилично ділянки (VB20, V10, T15, T16, TR16, TR17); шийно-комірцевої зони та загальноміцніючі точки (MC6, C5, C7), а також добрий ефект дало використання точок VB20, VB21, V10, R25, R26. Усі пацієнти отримували 10 сеансів за гальмівною методикою за вказаними вище схемами. Гірудотерапія включала 3 сеанси в больові точки з використанням одночасно 2-4 п'явок (кількість залежала від інтенсивності та поширеності больового синдрому). Для II- групи пацієнтів призначали сеанси скелетного витягання на системі "Triton". Система витягання "Triton" – це проста у використанні система витягання зі спеціальними пристосуваннями (грудний і тазовий пояси, шийне кріплення, стіл та блоки), цифровим сенсорним екраном інтерфейса користувача, яка забезпечує статичне, періодичне і циклічне витягання при визначенні користувачем часу лікування, паузи та відпочинку. Показана до використання при захворюваннях та пошкодженнях з функціональними блокадами попереково-рухових сегментів, цервікокраніалгії, радикулопатії, деформації хребта нейрогенного характеру, сколіозі, хронічній люмбагії, спондилолізії, протрузії міжхребцевих дисків та ін. Процедури фракційно терапії проводились через день протягом 1-60 хвилин, курс лікування включає 5-8 процедур. Тривалість курсу стаціонарного лікування у всіх групах складала до 18 днів (в середньому 2 тижні).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Аналіз результатів виявив наступну динаміку: больовий синдром регресував у першій групі за 10-13 днів; у 2-й – за 6-9 днів, що на 4-5 днів швидше, ніж у попередніх спостереженнях. Застосування рефлексотерапії та гірудотерапії у пацієнтів 3-ї групи дало змогу зменшити, або зняти больовий синдром після 1-2 сеансів гірудотерапії та 4 сеансів рефлексотерапії з мінімальним використанням медикаментозних засобів. Методом дозованого сухого скелетного витягання у пацієнтів 2-ї групи після 3-4 сеансу досягли значного зменшення больового синдрому у 12 хворих (57%), помірного зменшення болю – у 7 (33%) та у 2 хворих позитивного результату не спостерігалось.

Слід зазначити, що у 2-ї групи пацієнтів тривалість стаціонарного лікування становила 8-11 днів порівняно з першою групою – 12-17 днів, що скоротило тривалість перебування хворих у стаціонарі на 4-6 днів. Часто і тривало хворіючих пацієнтів з рецидивуючим варіантом перебігу захворювання з 2-ї групи сеанси комбінованої терапії (медикаментозна лікування, рефлексотерапія, гірудотерапія та сухе скелетне витягання) привели до швидшого зняття ознак загострення та розвитку стійкої ремісії. Подальше спостереження за цими хворими виявило значно рідше епізоди повторних загострень або їхню відсутність.

**ВИСНОВКИ** Комплекс стандартного медикаментозного лікування в комбінації з рефлексотерапією та гірудотерапією і сухого скелетного витягання з використанням системи "Triton" у хворих з неврологічними проявами остеохондрозу дає можливість скоротити обсяг медикаментозного

лікування, досягти повного регресу неврологічних симптомів, зменшити тривалість перебування хворих у стаціонарі на 4-6 днів; зменшити тривалість та частоту загострень і попередити розвиток неврологічного дефіциту, що призводить до втрати працездатності у пацієнтів молодого віку.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Ходарев С.В., Гавришев С.В., Молчановський В.В., Агасаров Л.Г. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 607 с.
2. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 463 с.
3. Грицай Н.М., Пінчук В.А., Пінчук В.М., Вареник К.А. Сучасні методи діагностики у пацієнтів із вертеброгенними болями в спині // Український неврологічний журнал. – 2008. – № 4(9). – С. 14-17.
4. Nachemson A., Jonsson E. Back Pain – A Scientific Enigma in the New Millennium // J.Phys. Med. Rehab. Kuror. – 2001. – 11. – Р. 2-8.
5. Тарасова Е.И., Козловская Л.Е., Баханович О.К. Физиотерапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Медицинские новости. – 2007. – № 1.
6. Лазарев И.А. Патогенетический метод лечения клинических проявлений остеохондроза позвоночника. – К. – 2002.
7. Алексеева Л.И., Торопцова Н.В., Никитинская О.А., Кашеварова Н.Г. Современная терапия боли в нижней части спины у больных, страдающих остеоартрозом и остеопорозом // Здоров'я України. – 2008. – № 5.
8. Грунтовский Г.Х., Попов А.И. Основные принципы лечения больового синдрому у пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями поперекового відділу хребта: Методичні рекомендації. – К., 2007. – 15 с.
9. Шкробот С.І., Сохор Н.Р. Диференційований підхід у лікуванні хворих із неврологічними проявами поперекового остеохондрозу // Міжнародний неврологічний журнал. – № 3(25). – 2009. – С. 20-26.

УДК 616.24-002.5-085-039.35

Корнага С.І.

**СТУПІНЧАСТА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**СТУПІНЧАСТА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ** – Порівняльне вивчення двох способів застосування левофлоксацину у хворих на туберкульоз, передусім із хіміорезистентністю, показало перевагу ступінчастого (внутрішньовенного і перорального) над пероральним. Динамічні зміни зі сторони серцево-судинної системи в процесі тривалої хіміотерапії при цих способах лікування були майже аналогічні.

**СТУПЕНЧАТА ТЕРАПІЯ У БОЛЬНИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ** – Сравнительное изучение двух способов применения левофлоксацина у больных туберкулезом, прежде всего при химиорезистентности, показало преимущество ступенчатого (внутривенного и перорального) над пероральным. Динамические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в процессе длительной химиотерапии при этих способах лечения были почти аналогичны.

**STEP THERAPY AT LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS** – Comparative study of two methods of application of levofloxacin at tuberculosis patients, foremost with chemoresistance, showed the advantage of step therapy (intravenous and peroral) above the peroral. Dynamic changes from the side of cardiovascular system in the process of the protracted chemotherapy at these methods of treatment were almost similar.

**Ключові слова:** ступінчаста терапія, левофлоксацин, серцево-судинна система, ефективність лікування.

**Ключевые слова:** ступенчатая терапия, левофлоксацин, сердечно-сосудистая система, эффективность лечения.

**Key words:** step therapy, levofloxacin, cardiovascular system, efficiency of treatment.

**ВСТУП** Своєчасне і правильне лікування хворих на туберкульоз легень дозволяє досягти високого відсотка одужання і одночасно запобігти можливим негативним результатам, а також зменшити масштаби поширення захворювання

[1]. Результати хіміотерапії залежать і від способу введення препарату. При внутрішньовенному введенні в крові утворюються більш високі концентрації препарату незалежно від стану організму хворого, що сприяє його проникненню в тканини, і є більш ефективним при тяжких формах туберкульозу [2]. До того ж, при пірексії, передусім у перші місяці хвороби, піршується всмоктування препаратів зі шлунка.

В останні роки при лікуванні багатьох інфекцій і, зокрема туберкульозу, широко застосовують ступінчасту терапію з послідовним застосуванням ліків парантеральним і пероральним шляхом [2, 3, 4]. Сучасне двохетапне лікування і потреба в тривалому застосуванні фторхінолонів у хворих на мультирезистентний туберкульоз, ступінчаста терапія з послідовним застосуванням препаратів внутрішньовенно і перорально є оптимальним методом лікування. Адже, на інтенсивному етапі лікування, в період активного розмноження МБТ, у крові досягаються високі концентрації препарату (левофлоксацину) впродовж більш тривалого часу, завдяки чому контакт препарату з МБТ майже вдвічі довший, ніж при пероральному застосуванні. Проведення ступінчастої терапії із застосуванням левофлоксацину дозволяє досягати достовірно більш високих результатів лікування у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень, ніж при пероральному прийомі [2].

Часте застосування ступінчастої терапії у хворих на мультирезистентний туберкульоз, створює нагальну потребу вивчити вплив такої терапії і на функціональний стан серцево-судинної системи, що було метою нашого дослідження.