

Кроме того, у взрослых могут встречаться тромбоэмболии легочных артерий, обструктивные и хронические болезни легких, острая боль в животе, судорожный синдром, политравма, острые осложнения у диабетического пациента. У детей – затрудненное дыхание, внезапное изменение психического статуса, черепно-мозговая травма, аллергические реакции, укусы насекомых и др.

В практической работе врача первичного звена очень важно определиться с состоянием пациента молниеносно и, исходя из этого, приступить к лечебным или реанимационным мероприятиям.

Любое из urgentных и неотложных состояний, имеющих место вне медицинских учреждений или непосредственно в них, может потребовать экстренных мероприятий в виде основ жизнеобеспечения или базового поддержания жизни (Basis Life Support, BLS) или расширенного поддержания жизни (Advanced Life Support, ALS).

В целевых организованных и серьезных структурах современности необходимо реагировать согласно определенному стандарту, призванному минимизировать необходимость принятия мер, включающих несколько этапов: готовность, тревогу, сортировку, BLS, ALS, стабилизацию, транспортировку и перевод, реактивацию.

BLS – основы жизнеобеспечения, которые могут быть оказаны первыми случайными свидетелями, и продолжены профессиональными медиками. ALS – комплекс мероприятий, которые будут оказаны только профессиональными медиками.

При внебольничных urgentных и неотложных состояниях основная цель заключается в иммобилизации и стабилизации пациента (с использованием имеющихся в распоряжении средств), и скорейшее начало транспортировки в соответствующее лечебное учреждение. Независимо от характера ситуации, необходимо поддерживать жизненно важные функции пациента или пострадавшего, дыхание и пульс.

*Выводы.* Подход к обслуживанию urgentных и неотложных ситуаций является предметом обязательного пересмотра в ходе процессов реформирования системы здравоохранения, ибо чрезмерно высокая обращаемость под маской срочности или неотложности часто является естественным результатом злоупотребления населения этими услугами.

## **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОСТЕОАРТРОЗУ (МЕДИКАМЕНТОЗНІ ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ)**

**Шекера О. Г., Панасенко М. С.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

*Актуальність.* Остеоартроз – це найпоширеніша форма ураження суглобів і одна з провідних причин інвалідизації людей різного віку у світі. Згідно зі статистичними даними, у віковій групі від 25 до 74 років, близько 30 % населення мають суглобову патологію, яка підтверджена променевими методами діагностики. Розподіл у відсотковому співвідношенні виглядає наступним чином: 41 % – суглоби кисті, 25 % – колінні суглоби, 11 % – кульшові суглоби. Провідне місце за частотою звернень за медичною допомогою в структурі остеоартрозів займає гонартроз (13 %). Сьогодні остеоартроз поступово омолоджується, так у 6 % населення старших 30 років є вже ознаки остеоартрозу колінних суглобів і у 3 % – кульшових суглобів.

*Мета дослідження:* дослідити методи лікування та профілактики прогресування остеоартрозу.

*Результати та їх обговорення.* Тривалий, рецидивуючий перебіг захворювання з постійним больовим синдромом не тільки погіршує якість життя населення працездатного віку, але і є частою причиною тимчасової, а часом і стійкої втрати працездатності. Незважаючи на широкий арсенал фармакологічних засобів і консервативних методів лікування остеоартрозу колінних суглобів, особливий інтерес викликають нефармакологічні методи, завданням яких є профілактика прогресування процесу, стимуляція компенсаторних можливостей опорно-рухового апарату та відновлення функції колінного суглобу. За останні роки розроблено ряд рекомендацій щодо ведення пацієнтів з остеоартрозом: Європейським товариством з клінічних і економічних аспектів остеопорозу і остеоартрозу (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis – ESCO), Європейською антиревматичною лігою (European League Against Rheumatism – EULAR), Міжнародним науковим товариством з лікування остеоартрозу (OARSI), Американською колегією ревматологів (American College of Rheumatology). У всіх рекомендаціях в якості основного принципу розглядається поєднання фармакологічних і нефармакологічних методів лікування та профілактики прогресування даного захворювання. У нових рекомендаціях OARSI робиться наголос

на персоналізований підхід до лікування остеоартрозу з урахуванням коморбідності і безпечності лікування.

На перший план при складанні лікувальних програм для пацієнтів з патологією колінних суглобів (NICE, 2014) виступають такі немедикаментозні методи: це – фізичні навантаження, засоби фізичної і мануальної терапії, масаж. Обов'язковим компонентом є засоби ортопедичної корекції (спеціалізоване взуття, устілки, ортези та ін.) і, при необхідності, допоміжні пристрої (тростина, палиці для скандинавської ходьби). Включення у програму лікування пацієнтів з остеоартрозом медикаментозної терапії здійснюється в разі недостатньої ефективності немедикаментозних методів лікування. Ізольоване застосування медикаментозних препаратів не забезпечує стійкий терапевтичний результат, оскільки не створює умов для полегшення функціонування суглобів.

*Висновки.* Лікування остеоартрозу досі залишається складною і невирішеною проблемою. Традиційна медикаментозна терапія остеоартрозу порівняно малоефективна, з точки зору досягнення стійкої тривалої ремісії. Значні можливості в цьому плані мають лікувальні фізичні фактори, правильне використання яких посилює дію лікарських засобів, оптимізує функціонування основних гомеостатичних систем організму, підвищує його резервні можливості, гальмує прогресування хвороби і прискорює перебіг відновних процесів. Таким чином, застосування комплексного поєднання фармакологічних і нефармакологічних методів лікування при остеоартрозі колінних суглобів забезпечує вплив на всі етіопатогенетичні ланки захворювання та клінічну симптоматику захворювання, дозволяє підвищити ефективність лікування, оптимізувати терміни реабілітації і підвищити якість життя пацієнтів.

## **ВПЛИВ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ**

**Шекера О. Г., Ткаченко В. І., Кухарчук Х. М.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

*Актуальність.* Проблема субклінічного гіпотиреозу (СГ) і на далі залишається актуальною. Сам по собі термін «субклінічний» в буквальному змісті означає відсутність будь-яких клінічних проявів захворювання. Але не дивлячись на це, дефіцит тиреоїдних гормонів призводить до розвитку тяжких змін в усіх без виключення органах та системах, в тому числі і в психічній сфері.

*Мета дослідження:* вивчення та аналіз впливу СГ на психічний стан пацієнтів.

*Матеріали та методи.* Обстежено 25 пацієнтів з СГ (I група), з яких 21 (84 %) – жінки з середнім віком  $40,12 \pm 8,69$  р. та 4 (16 %) – чоловіки з середнім віком  $50 \pm 7,53$  р. В якості групи порівняння обстежено 15 пацієнтів з еутиреозом (II група) – 5 чоловіків (33,3 %) та 10 (66,7 %) жінок; середній вік жінок та чоловіків II групи становив  $43,54 \pm 3,87$  р. та  $48,35 \pm 1,59$  р. відповідно. За допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, проведено оцінку рівня тривоги та депресії у пацієнтів і статистичну обробку даних в програмі Excel.

*Результати та їх обговорення.* В I групі рівень тиреотропного гормону (ТТГ) у чоловіків становив  $7,29 \pm 2,07$  mIU/l та  $8,51 \pm 0,89$  mIU/l у жінок, рівень тироксину був в межах норми, що відповідало субклінічному гіпотиреозу і відрізнялось від показників групи порівняння. У II групі ТТГ становив  $3,01 \pm 0,95$  mIU/l у чоловіків та  $2,86 \pm 0,98$  mIU/l у жінок. При опрацюванні госпітальної шкали тривоги та депресії HADS було виявлено, що у чоловіків I групи відсутні виражені симптоми тривоги та депресії, де –  $4,75 \pm 2,22$  бали – рівень тривоги та  $3,75 \pm 1,71$  бали рівень депресії. На відміну від чоловіків у жінок I групи ситуація дещо інша: у 10 (47,63 %) жінок виявлено відсутність виражених симптомів тривоги з середнім значенням  $4,27 \pm 2,28$  бали, у 7 (33,3 %) жінок – наявна субклінічно виражена тривога, а у 4 (19,07 %) – клінічно виражена тривога. Що стосується депресії, то у 15 (71,43 %) жінок I групи відсутні виражені симптоми депресії ( $4,27 \pm 2,28$  бали), у 2 (9,52%) жінок наявна субклінічно виражена депресія та у 4 (19,05 %) – клінічно виражена депресія ( $13,25 \pm 2,22$  бали). На відміну від цього у II групі лише у 3 (30%) жінок мали наявну субклінічно виражену тривогу, і у 2 (20%) - наявні ознаки субклінічної депресії, у решти симптоми тривоги і депресії були відсутні. У чоловіків II групи, як і в чоловіків I групи, відсутні достовірно виражені симптоми тривоги та депресії:  $4,97 \pm 1,15$  та  $3,56 \pm 1,01$  бали відповідно.

*Висновки.* Незважаючи на те, що пацієнти з СГ не мають чітко вираженої клінічної картини гіпотиреозу, проте його вплив на психічну сферу пацієнтів є беззаперечним. Підтвердженням цього є те, що пацієнти з СГ мають більш виражені ознаки тривоги та депресії на відміну від пацієнтів з еутиреозом. У більшості пацієнтів з СГ наявні як субклінічні так і клінічні прояви тривоги і депресії, і частіше у жінок. Слід зазначити, вираженість тривоги та депресії не залежала від віку пацієнтів.