

структурных признаков выпадения со стороны нервных стволов в начальной фазе неврита говорит о том, что невралгия является предварительной фазой, сигнализирующей о развитии тяжёлого заболевания. Первичные невралгии имеют общие основы происхождения и общий генез с первичными невритами, а вторичные (симптоматические) невралгии всегда сигнализируют о приближении фазы выпадения, развития неврита. На протяжении развития невралгии надо учитывать первичную и вторичную природу, а диагноз невралгии требует всегда большой осторожности и неослабного внимания. При невралгии доказаны факты различия реакции нервных стволов на патогенные воздействия при структурной и функциональной индивидуальности нервных стволов. Именно эти данные определяют преобладание болевых явлений в клиническом комплексе признаков разнородных заболеваний. Первичные невралгии могут развиваться остро и внезапно и часто резко обрываются. В основе их обычно лежат легкие формы неврита, возникающие чаще всего при воспалительно-инфекционных или интоксикационных заболеваниях. Эффективность лечения зависит только от методов диагностики для выявления факторов риска и причин развития головной боли.

Методы обследования пациентов с головной болью: обращает на себя внимание на положение головы, подвижность мимической мускулатуры, ширину зрачков, окраску кожи на лице; перкуторное и пальпаторное исследование; наличие или отсутствие болевых феноменов, провоцируемых различными воздействиями на чувствительный нервный аппарат (определения ригидности затылка, симптомов Кернига, Брудзинского); рефлекторно возникающие сокращения черепной и шейной мускулатуры (во время приступа мигрени на стороне головной боли сжатие век, расширение ноздри, поднятие носогубной складки, сокращение грудино-ключично-сосцевидной мышцы с поворачиванием лица кверху и в сторону, противоположную боли, иногда поднятие плеча на стороне боли); при исследовании кожной болевой чувствительности у некоторых больных с жалобами на головные боли удается обнаружить на голове зону болевой гиперестезии или гипестезии, режестезии. На глазном дне у больных, страдающих головными болями при артериальной гипертензии, обнаруживается сужение артерий и расширение вен. У больных с повышенным внутричерепным давлением на глазном дне глаз отмечаются застойные явления. На рентгенограммах черепа у больных с упорными головными болями сосудистого происхождения можно наблюдать чрезмерную выраженность артериальных борозд твердой мозговой оболочки. При повышении внутричерепного давления отмечаются изменения структуры черепных костей; они становятся порозными, наблюдается вторичное, гипертензионно-гидроцефальное расширение турецкого седла. У больных с хроническими воспалительными внутричерепными процессами, сопровождающимися головными болями, на снимках черепа иногда обнаруживается массивное расширение диплоэтических сосудов и обызвествления в арахноидальной оболочке. При исследовании спинномозговой жидкости надо обращать внимание не только на ее состав, но и на давление, хотя повышение внутричерепного давления и не является основным причинным фактором развития головной боли.

Принципы лечения головной боли. Основным направлением лечения любого заболевания является целенаправленный патогенетический подход, который подразумевает четкое представление о механизме развития заболевания и точное фармакологическое воздействие на его основные звенья, позволяющее остановить прогрессирование патологического процесса. Принимая во внимание общность патогенетических механизмов развития боли и воспаления, в лечении болевого синдрома при хронических заболеваниях позвоночника используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС). Они сочетают в себе анальгетическое, противовоспалительное и жаропонижающее действие, что обеспечивают эффективное воздействие на основные симптомы при данной патологии. В 2013 году было проведено исследование (Pharmacokinetic-Pharmacodynamic Model of Newly Developed Dexibuprofen Sustained Release Formulations), в котором показано, что дексипрофен эффективнее влияет на боль в более низкой дозе, чем ибупрофен. Это может свести к минимуму уровень побочных эффектов и, в конечном итоге, улучшить соблюдение больных режима и терапевтического лечения боли, а быстрота наступления эффекта и низкий спектр побочных явлений особо выделяет указанный препарат среди других НПВС.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЙОДОДЕФІТУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Олексійчук Н. В., Періг Ю. С., Титова Т. А.**

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

*Актуальність.* Для України проблема йододефіциту актуальна, тому що в країні, на сьогодні, майже 1,5 млн хворих на зоб та іншу тиреоїдну патологію, серед них 500 тис. дітей. Йододефіцит

погіршує розумовий розвиток, що впливає на інтелект нації, формує відстале суспільство, країна втрачає освітній, професійний та науковий потенціал. Київська область відноситься до зон з частково вираженим йододефіцитом. Враховуючи підвищену потребу організму людини в йоді саме в період фізичного росту і інтелектуального розвитку та дефіциту природних джерел даного мікроелементу на вищевказаній території, доцільним є дослідження споживання основних природних запасів йоду та виявлення обізнаності населення у специфічній профілактиці йододефіциту. Нестача йоду зумовила підвищене накопичення радіоактивного йоду в щитоподібній залозі у значного числа жителів (особливо в дітей) і вважається чинником підвищеного ризику розвитку онкологічних захворювань.

*Мета дослідження:* виявити рівень споживання йодовмісних продуктів в раціоні дітей молодшого і старшого шкільного віку. Виявити доцільність використання йодованої солі, як додаткове джерело йоду в раціоні харчування.

*Матеріали та методи.* У дослідженні взяли участь 112 учнів. З них 72 хлопчики (64,3 %) та 40 дівчаток (35,7 %). Було запропоновано питання з тесту типу В – можливо декілька варіантів відповідей і відкрита відповідь. Питання включали якісний склад продуктів (чи вживаєте ви морепродукти, йодовану сіль, препарати з йодом), кількість споживання солі і води.

*Результати та їх обговорення.* Йододефіцитні захворювання виникають внаслідок зниженого вживання йодовмісних продуктів і нестачі даного елемента в навколишньому середовищі. Ці патологічні стани включають в себе йододефіцитний гіпотиреоз, дифузний нетоксичний зоб, що трапляється на наших територіях найчастіше, вузловий і багатовузловий еутиреоїдний зоб, функціональну автономію щитоподібної залози. Як відомо, область, на території якої більше ніж 10 % жителів мають зоб, має назву ендемічного по зобу регіону.

Ендемічний зоб - це не лише косметична проблема, але й клінічна, так як дефіцит йоду суттєво впливає на інтелектуальні здібності дітей, а власне здатність до збереження і відтворення інформації, здатність до логічного мислення. У шкільному віці цьому приділяється значно менша увага. Проблема йододефіциту несе виражений соціальний характер і важлива для інтелектуального та професійного фонду нації.

В організмі йод присутній у кількості (15–20 мг), добова норма 100–150 мкг. В Україні проблема ЙДЗ упродовж останніх років значно загострилася. Йодний дефіцит притаманний не лише ендемічним зонам, а також областям України, які постраждали внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС.

Для оцінки вживання йодовмісних продуктів і визначення виконання заходів специфічної профілактики йододефіциту було проведено дослідження, що включало загально клінічне обстеження та анкетування школярів старшого шкільного віку (від 11 до 14 років).

У дослідженні взяли участь 146 учнів. З них 92 хлопчики (63 %) та 54 дівчаток (37%). Запропоновані питання тесту типу В – можливо декілька варіантів відповідей і відкрита відповідь.

За результатами підрахунків виявлено, що 45 уч. (31 %) вживає достатню кількість йоду, 61 уч. (42 %) вживає незначну кількість йодовмісних продуктів, 40 уч. (27 %) не вживає жодних йодовмісних джерел. З усіх опитаних їжу споживають не досолоюючи 94 уч., що становить 64 %, досолоює їжу 52 уч. - 36% відповідно. Достатню кількість води вживає 120 уч., що становить 82 %.

З метою запобігання йододефіцитним захворюванням (ЙДЗ) фахівці рекомендують:

обов'язкове використання йодованої солі для приготування їжі в дошкільних навчальних закладах та школах;

популяризація використання йодованої солі серед широких верств населення, особливо дітей до 2-х років;

популяризація проведення для жінок дітородного віку індивідуальної профілактики лікарськими препаратами йодиду калію у фізіологічних дозах (150-200 мкг/доб);

підвищення нормативів споживання йодиду калію для вагітних та жінок, що годують грудьми, до 250 мкг/доб (відповідно до сучасних рекомендацій ВООЗ та Міжнародної ради з контролю ЙДЗ);

контроль рівня тиреоїдних гормонів серед жінок, які планують вагітніти або на ранніх термінах (4-6 тижнів) вагітності.

*Висновки.* В контексті проведеного опитування дітей було виявлено, що 45 уч. (31 %) вживає достатню кількість йоду, 61 уч. (42 %) вживає незначну кількість йодовмісних продуктів, 40 уч. (27 %) не вживає жодних йодовмісних джерел. Серед усіх опитаних лише 31 % дітей вживає йодовмісні продукти в достатній кількості.

Тож очевидно, що потреба у йоді висока, а профілактика у вигляді вживання йодованої солі малоефективна навіть теоретично, бо дітей, які досолоюють готові страви мало. Натомість споживання води, особливо в дитячому віці не становить проблем.

Враховуючи соціально-економічну ситуацію в країні споживання морепродуктів для середньостатистичної сім'ї є недоступним або малодоступним варіантом.

Профілактика йододефіцитних захворювань, своєчасне виявлення захворювань щитоподібної залози та лікування є запорукою забезпечення здоров'я громадян усіх поколінь і це одна із головних завдань сімейного лікаря.

## **РОЛЬ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ІНКУРАБЕЛЬНИМ ПАЦІЄНТАМ ВДОМА**

**Царенко А. В.**

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

*Актуальність.* Впродовж останніх десятиліть особливостями сучасної медико-демографічної ситуації в Україні є швидке постаріння населення, високий рівень захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень та тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, значне поширення захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз (МРТБ і РРТБ), вірусні гепатити «В» і «С», наслідки аварії на Чорнобильській АЕС та військових дій в АТО тощо. Інкурабельні прогресуючі захворювання, особливо у декомпенсованих та у термінальних стадіях перебігу, супроводжуються вираженим больовим синдромом, іншими важкими ураженнями органів і систем організму та розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів та членів їхніх родин.

Отже, сьогодні в Україні створення і розвиток доступної та ефективної системи ПХД населенню є одним з найбільш пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань уряду та суспільства, що зумовлено невпинно зростаючою кількістю паліативних пацієнтів – інкурабельних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя. Головною метою сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) є забезпечення максимально досяжної якості життя інкурабельних пацієнтів у фінальному періоді, шляхом полегшення фізичних та моральних страждань, психологічної, соціальної та духовної (релігійної) підтримки і супроводу пацієнта і його близьких, збереження людської гідності пацієнтів наприкінці земного (біологічного) життя. Зазначене вимагає створення та розвитку в Україні доступної та ефективної системи надання ПХД населенню, у тому числі і на амбулаторному рівні, що і визначає актуальність нашого дослідження.

*Мета дослідження:* визначення оптимальної організаційної моделі залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) до надання ПХД інкурабельним пацієнтам вдома.

*Матеріали та методи:* інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, порівняльний контент-аналіз, статистичний, системного підходу. *Матеріали*, що були використані для виконання роботи: вітчизняна та закордонна наукова література, медико-статистичні та демографічні дані ВООЗ, Держкомстатистики і МОЗ України, звіти МОЗ України і регіональних управлінь охорони здоров'я, міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи, експертні заключення.

*Результати та їх обговорення.* Згідно сучасних уявлень та підходів, ПХД є інноваційним пацієнт-сім'я-орієнтованим гуманітарним підходом, який найбільш адекватно забезпечує потреби та належну якість життя паліативних пацієнтів (ПП) та їхніх рідних, сприяє збереженню людської гідності наприкінці біологічного життя, про що переконливо свідчить більше як 60-річний досвід Великобританії, Польщі, Німеччини, Угорщини, США, Канади, Австралії та інших країн світу.

Обов'язковими складовими ПХД, що відрізняють її від традиційного паліативного/симптоматичного лікування є наступні:

професійна медична (зокрема, хірургічна, хіміо- і радіотерапевтична фармакотерапевтична, дієтична, реабілітаційна тощо) складова;

професійна психологічна допомога, яка надається фахівцями-психологами або лікарями-психотерапевтами і стосується також членів сім'ї пацієнта;

соціальна складова, що реалізується соціальними працівниками, волонтерами НУО;

духовна складова (медичне капеланство), що здійснюється священнослужителями відповідної релігійної конфесії.

Результати наших досліджень свідчать, що впродовж останніх 5 років близько 600 тис. пацієнтів, у тому числі майже 90 тис. хворих, які помирають від злоякісних новоутворень (ЗН), та понад 1,5 млн. членів їхніх родин щороку потребують ПХД, і лише біля 5% пацієнтів мають змогу одержати стаціонарну ПХД в умовах хоспісу або у відділеннях паліативної та хоспісної медицини