

## Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблеми та перспективи сімейної медицини в Україні» 26–27 жовтня 2017 р. (м. Київ, Україна)

### Алкогольний цироз печінки на тлі загострення хронічного бронхіту і печінкова енцефалопатія

Вірстюк Н.Г., Кобітович І.М.

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета дослідження:** оцінити вплив загострення хронічного бронхіту (ХБ) на розвиток і перебіг печінкової енцефалопатії (ПЕ) у хворих на алкогольний цироз печінки (АЦП).

**Матеріали та методи.** Обстежено 100 хворих на АЦП класу В та С за Чайльд — П'ю, 82,00 % чоловіків і 18,00 % жінок віком  $47,2 \pm 3,9$  року: 48 хворих без поєднання з ХБ (І група); 52 хворих на тлі загострення ХБ (ІІ група). Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб. Проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Для оцінки ПЕ використовували критерії West Haven.

**Результати та обговорення.** У 54,17 % хворих на АЦП І групи встановлено печінкову енцефалопатію І стадії, у 35,42 % — ІІ, у 10,42 % — ІІІ стадії. У хворих ІІ групи ПЕ І стадії виявлено у 17,31 %, ІІ — у 50,0 %, ІІІ стадії — у 32,69 % ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів з АЦП та АЦП у поєднанні з ХБ клінічно ПЕ проявлялась порушенням сну, сонливістю вдень та інверсією сну (58,33 і 75,00 % відповідно), зниженням мнестичних функцій, здатності до логічного мислення та концентрації уваги (52,08 і 73,08 %), у тому числі подовженням тривалості тесту ТМТ-час ( $61,59 \pm 2,38$  і  $72,84 \pm 3,03$  с), порушенням настрою за рахунок депресії, агресивності, дратівливості (20,83 і 28,85 %), ейфорії, неадекватної оцінки власного стану (43,75 і 57,69 %), астериксису (флепінг-тремору) у вигляді ляпаючих рухів (54,17 і 76,92 %), конструктивної апраксії (41,67 і 55,77 %). Виявлено прямі кореляції між стадією ПЕ та вмістом білірубину і показником міжнародного нормалізованого відношення ( $r = +0,63$  і  $r = +0,45$  відповідно,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Загострення ХБ сприяє наростанню стадії ПГ, що може бути несприятливою ознакою прогресування АЦП і вимагає своєчасної адекватної терапії.

### Особливості кластерів коморбідних захворювань у хворих на остеоартроз як фактори персоніфікованих удосконалень комплексної терапії

Волошина Л.О., Шкарутяк А.Є., Догаліч О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** Остеоартроз (ОА) — вік-залежне захворювання суглобів, якому властивий зростаючий рівень коморбідних захворювань (КЗ), що є причиною вимушеної поліпрагмазії.

**Мета дослідження:** дослідити особливості формування КЗ у хворих на ОА, їх вплив на персоніфікацію вдосконалення лікування.

**Матеріали та методи.** Обстежено 312 хворих на ОА віком 37–76 років, серед яких 82,4 % жінок. Хворі поділені на три групи: до 50 років, 51–60 років, > 60 років. Методи дослідження: клінічні, інструментальні, біохімічні, статистичні.

**Результати.** У хворих до 50 років ОА проявлявся олігоостеоартрозом, помірними проявами 2–3 КЗ з добрим результатами лікування ОА і КЗ. У віці 51–60 років зростає системність ОА та КЗ (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, окрім гастродуодено- та холецистопатій з'являються панкреатопатії та вторинні ентероколіти, ожиріння, цукровий діабет, гіпотиреоз), ускладнюються лікувальні комплекси, зростають рівні кардіоваскулярних (КВР) та гастроінтестинальних ризиків (ГІР), частота побічних ефектів від ліків. У хворих віком > 60 років зростає частота, вираженість КЗ, погіршується комплаєнс лікування та його результати. Число КЗ у групі 51–60 років зростає до 4–6, > 60 років — 6–9, а рівні КВР — до високого і дуже високого, ГІР — до високого. За патогенетичними механізмами КЗ об'єднали в кластери: домінуючий — кластер судинних хвороб (визначає КВР); кластер уражень травної системи та несамотійний кластер метаболічних порушень (ожиріння, цукровий діабет, гіпотиреоз), що «вплітався» на 2/3 у судинний кластер та 1/3 — у кластер системи травлення, посилюючи їх прояви. Відповідно до ролі

цих кластерів у посиленні КВР та ГР додатково призначали засоби протидії КВР та ГР для досягнення кращих результатів лікування ОА та КЗ.

**Висновки.** З віком у хворих зростає системність проявів ОА і КЗ, яку доцільно групувати в патогенетичні кластери для вдосконалення програм лікування.

## Клінічний випадок дифузного ідіопатичного гіперостозу — хвороби Форестьє — у практиці сімейного лікаря

Гриб Н.В., Зінчук С.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Актуальність.** Ревматичні захворювання вже тривалий час посідають лідируючі позиції серед причин звернень пацієнтів за медичною допомогою, особливо до фахівців первинної ланки. Незважаючи на те, що протягом останніх років досягнуто значних успіхів у діагностиці та лікуванні цих захворювань, вони й надалі залишаються серед найчастіших причин ранньої інвалідизації населення всього світу.

Зважаючи на старіння та враховуючи те, що ревматична патологія налічує близько 100 нозологічних одиниць, сімейний лікар (СЛ) у своїй практиці все частіше зустрічається з дегенеративними захворюваннями суглобів та кісток, прояви яких часто характеризуються нечіткою клінічною картиною.

Прикладом є фіксуєчий лігаментоз, або хвороба Форестьє, — запальне ураження хребта, яке досить рідко діагностують лікарі вузьких спеціальностей (ортопеди, ревматологи), не говорячи вже про лікарів первинної ланки. Захворювання характеризується кальцифікацією та осифікацією зв'язкового апарату, принаймні вздовж 4 хребців тих відділів хребта, що піддаються максимальним навантаженням. Світові статистичні дані вказують на те, що практично кожному четвертому представнику чоловічої статі та кожній сьомій жінці, старшим за 50 років, СЛ самотійно та в рамках мультидисциплінарного підходу виставляє діагноз «хвороба Форестьє». Діагноз ґрунтується на даних рентгенографії хребта. Виявляється патогномонічна ознака — осифікація передньої поздовжньої зв'язки, часто в грудному відділі хребта. Основне завдання СЛ в Україні полягає у своєчасному виявленні патології, проведенні прискіпливої диференціальної діагностики та визначенні подальшої тактики ведення таких пацієнтів.

**Мета дослідження:** розширити та поглибити знання серед сімейних лікарів про рідкісні та недостатньо вивчені захворювання шляхом демонстрації клінічного випадку з нашої практики.

**Результати та їх обговорення.** На момент огляду пацієнт Ш., 1948 року народження, отримувач стаціонарне лікування у вузькоспеціалізованому терапевтичному відділенні. Скаржився на обмеження рухів у шийному відділі хребта, біль переважно ко-

лючого та періодично тиснучого характеру в ділянці грудного відділу хребта та грудної клітки зліва, за-терпання та періодичний біль ниючого характеру суглобів рук та ніг, періодичне набрякання колінних суглобів. Діагноз при направленні в стаціонар — верифікація діагнозу анкілозуючого спондилоартриту (АС).

Завдяки детально зібраній інформації ми виявили, що пацієнт працював на шахті. У віці 20–30 років працював відбійником, після чого зайняв керівну посаду, проте періодичні фізичні навантаження все ж збереглися. З анамнезу захворювання відомо, що пацієнт вважає себе хворим з 35 років, коли вперше з'явився біль у грудному відділі хребта, та звернувся за допомогою до мануального терапевта. Пройшовши курс лікування, больові відчуття зникли на тривалий термін. Цікавим є той факт, що біль незначної інтенсивності відновився аж через 15 років після проведених сеансів масажу, тобто прогресувати захворювання почало в середньому віці (50 років). По медичну допомогу не звертався. Упродовж останніх років інтенсивність болю наростала. За останні декілька років з'явився біль за грудиною тиснучого характеру при незначному фізичному навантаженні. На початку вересня загальний стан погіршився, консультовався в кардіолога та невропатолога. Направлений до ревматолога з метою верифікації діагнозу.

З анамнезу життя відомо: веде звичайний спосіб життя, не працює, пенсіонер. Привертає увагу те, що фізичні навантаження пацієнта в основному пов'язані з роботою на городі та періодичною ранковою зарядкою, після чого інтенсивність больових відчуттів знижується.

Для верифікації діагнозу ми використовували лабораторні методи обстеження: загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, гострофазові показники в динаміці та коагулограму, результати яких повністю відповідають показникам норми, а також інструментальні дослідження: електрокардіографія (ЕКГ), рентгенографія (Rtg) органів грудної клітки та хребта в прямих та бокових проекціях, консультація невролога та кардіолога.

На Rtg шийного відділу хребта — ознаки поширеного остеохондрозу шийного відділу хребта, масивні передні остеофіти як продовження замикаючих пластинок по передніх та бокових поверхнях тіл хребців. Деформуючий спондилоартроз. Випрямлення шийного лордозу.

На Rtg грудного відділу хребта — ознаки поширеного остеохондрозу. Деформуючий спондилоартроз. Звапнення передньої поздовжньої зв'язки Th3-Th12 (фіксуєчий лігаментоз).

На Rtg попереково-крижового відділу хребта — ознаки поширеного остеохондрозу. Масивні крайові остеофіти як продовження замикаючих пластинок по передній та бокових поверхнях L1-L5. Деформуючий спондилоартроз. Лівобічний С-подібний сколіоз. Хрящові вузли тіл L1-L4.