

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНИХ ПИТАНЬ
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Матеріали
всеукраїнської науково-практичної конференції

**«ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА
ТА ЛІКУВАННЯ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ»**

16-17 квітня 2014 р.,
м. Харків

Бортний М.О. МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	26
Єрмоленко О.В., Соцька Я.А. КЛІНІКО - ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ	28
Жандарова Н.О. ВПЛИВ ФАКТОРІВ АНАМНЕЗУ НА ПЕРЕБІГ НСV-ІНФЕКЦІЇ	29
Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю. АКТУАЛЬНІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	30
Жук О.В. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У КОНТЕКСТІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ	32
Жук О.В. ПЕРВИННИЙ ВИХІД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ НА ІНВАЛІДНІСТЬ (НА МАТЕРІАЛІ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)	34
Жук О.В., Зайцев О.М. ДЕМОГРАФІЧНІ ЗМІНИ В СІЛЬСЬКИХ РАЙОНАХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	36
Жук О.В., Зайцев О.М., Корбань В.В. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	37
Завгородний А.А. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ	39

ним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Обстежено 156 хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ віком від 20 до 59 років, при цьому відмічено що у обстежених хворих віком 30 – 49 років частіше зустрічається дана коморбідна патологія, при цьому серед обстежених хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ превалювали чоловіки. Клінічна картина ГЕРХ досить варіабельна. Серед клінічних ознак, якими характеризувався ГЕРХ на тлі ХОЗЛ на перший план виступали стравохідні та позастравохідні атипові симптоми (бронхолегеневі, отоларингологічні, стоматологічні, шлункові та кардіальні). Аналіз структури ГЕРХ у пацієнтів з ХОЗЛ за даними ЕФГДС дослідження стравоходу продемонстрував перевагу ерозивної форми захворювання (55,1%) над неерозивною формою (44,9%). При одномоментному фракційному зондуванні шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворюючої функцій шлунка частіше визначається нормохлоргідрія (46,2%) та гіперхлоргідрія (41,0%), ніж гіпохлоргідрія (19,9%). Поєднання ГЕРХ з ХОЗЛ свідчить про механізм так званого взаємообтяження, коли наявність одного захворювання сприяє клінічним проявам супутньої патології, що надалі визначає тактику лікування цієї групи хворих.

АКТУАЛЬНІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

м.Полтава

Остеоартроз (ОА) – одне з самих розповсюджених та найбільш частих захворювань суглобів, з приводу якого часто звертаються пацієнти до сімейних лікарів та лікарів-ревмато-

логів. Захворюваність ОА в 2011 році в Україні склала 227661 чоловік (605,6 на 100 тис. населення), а розповсюдженість - 1 290 509 (3432,7 на 100 тис. населення). ОА складає 80% усієї патології суглобів, викликає погіршення якості життя пацієнтів, значні фінансові витрати, часто приводить до тимчасової непрацездатності, а в подальшому до інвалідизації. В популяції досить частим є поєднання ОА і АГ, яке спостерігається в 48-65% пацієнтів. Ці захворювання приводять до зниження якості і тривалості життя. Незважаючи на значні успіхи в останні роки вивчені ОА в поєднанні з АГ, залишається відкритими питання про активацію їх загальних патогенетичних механізмів і особливості терапії в умовах їх поєднаного перебігу.

У дослідженні взяли участь 32 пацієнти, чоловіків і жінок у віці 48-72 роки з ОА I-II стадії в поєднанні з АГ I-II ст. та атеросклерозом. Контрольна група - 20 здорових осіб. Основній групі призначалася традиційна патогенетична терапія, яка включала хондропротектор - глюкозаміну сульфат 200 мг, який вводили щоденно внутрішньом'язово і, за відсутністю алергічних реакцій після проведення шкірної проби, курс лікування дорівнював 15 ін'єкцій; іАПФ (лізиноприл 5-10 мг на добу, 6 міс.), препарати кальцію (кальцемін сільвер або кальцій Д₃ нікомед по 2 таблетки на добу по 4 міс. в весняний і осінній періоди), статин (розувастатин 20 мг на ніч, постійно).

Ефект лікування оцінювали за індексами Lequesne, Річі, оцінку болю при ходьбі, наявність труднощів у повсякденному житті, обсяг рухів, аналіз больового та запального індексу показники візуальної аналогової шкали болю пацієнта, ранкову скутість, проводили моніторинг АТ до лікування та через 1 міс.. ЕхоКГ виконували при поступленні та через 1 міс., УЗД колінних суглобів та оцінку якості життя по EuroQol-5D проводили при поступленні та через 6 міс. Проведено загальноклінічні, біохімічні та імунологічні обстеження. Результати оцінювання динаміки тяжкості ОА за індексом Lequesne свідчать, що у хворих вираженість болю при рухах зменши-

лася після лікування на 54%, ранкова скутість на 28%, вираженість болю після стояння протягом 30 хв. – 34%, після подолання певної дистанції – на 57%, зменшення вираженості болю та дискомфорту при підйомі з положення сидячи – на 37%. Якість життя за критеріями EuroQol-5D - зменшилися на 56% труднощі під час ходьби, також при виконанні повсякденної роботи – на 46%, помірний біль та дискомфорт зменшилися на 34%, покращився настрій хворих про це свідчить зменшення помірної тривоги і помірних депресій.

Отже, клінічна ефективність проведеної комплексної терапії свідчить про її позитивний вплив на прояви суглобового синдрому, артеріальний тиск та якість життя у хворих на ОА в поєднанні з АГ та атеросклерозом.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У КОНТЕКСТІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ

Жук О.В.

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків, Україна*

У сучасних умовах реформування охорони здоров'я підвищується роль сімейного лікаря у боротьбі з онкологічними захворюваннями, зокрема у своєчасному їх виявленні і наданні паліативної допомоги, насамперед у сільській місцевості. У даній роботі наведено результати вивчення діяльності первинної медико-санітарної допомоги за 2002-2012рр. на базі вибірки 12-ти сільських районів різної потужності Харківської області. За критерій потужності обрано чисельність населення: при кількості мешканців до 30 тисяч – район малої потужності, від 30 до 60 тисяч – середньої потужності, більше 60 тисяч – великої потужності.