

проведення подібного роду реабілітаційних мироприємств при ураженні нервової системи є. Потрібна лише організаційна та незначна фінансова допомога від держави для повноцінного становлення цієї галузі медицини.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-559-7-34>

ПОЛІМОРБІДНІСТЬ ПРИ ЕРОЗИВНІЙ ФОРМІ ОСТЕОАРТРОЗУ СУГЛОБІВ КИСТЕЙ

Єфременкова Л. Н.

*доктор медичних наук,
завідувач кафедри внутрішніх хвороб,
Міжнародний університет
м. Одеса, Україна*

Рудой Д. О.

*аспірант кафедри внутрішніх хвороб
Міжнародний університет
м. Одеса, Україна*

Остеоартроз (ОА) – хронічна артропатія, що характеризується ушкодженням і потенційною втратою суглобового хряща поряд з іншими змінами, включаючи гіпертрофію суглобових поверхонь (остеофіти і склероз кісток), до якої може приєднуватись запальний компонент [1–3]. Наявність запалення пов'язують з ушкодженням сполучної тканини, вивільненням під час цього процесу антигенних детермінант фрагментів колагену, до яких немає імунологічної толерантності, синтез аутоантитіл імунною системою, яка знаходиться в гіперактивному стані, і виникнення інтенсивного запального процесу в суглобах. Інтенсивне запалення призводить до розвитку ерозій суглобових поверхонь, швидкого прогресування і деформації суглобів кистей. Така форма ОА є більш рідкісною, ніж форма, що характеризується повільним перебігом з формуванням остеофітів (вузлів Гебердена і Бушара).

Ще одною характерною рисою ОА є поліморбідність – наявність у одного пацієнта ще декількох хвороб. Цей факт може бути обумовлений похилим віком пацієнтів. Причому, для ерозивного ОА поліморбідність також характерна.

Спостерігали за 10 хворими на ерозивну форму ОА суглобів кистей, всі хворі – жінки, середній вік $61,1 \pm 0,7$ року. Обстеження включало оцінку

скарг та анамнезу хвороби, больового синдрому, об'єктивне дослідження з вивченням зросту, маси тіла, артеріального тиску, стану суглобів. Лабораторне дослідження включало загальні аналізи крові, сечі, визначення вмісту загального білка та його фракцій, глюкози, білірубину, креатиніну, кількісне визначення С-реактивного білка загальноприйнятими методами. Інструментальне дослідження включало ЕКГ, УЗ дослідження серця, рентгенографію кистей з оцінкою наявності звуження суглобової щілини, остеофітів, субхондрального склерозу суглобів пальців. Діагноз ОА ставили на основі критеріїв ACR[4]. У всіх хворих спостерігався виражений запальний процес в суглобах: спочатку набряк, дефігурація проксимальних і дистальних міжфалангових суглобів, біль і обмеження рухів по причині болю, а потім їх деформація.

Паралельно до такої форми ОА у всіх хворих були наявні: у 3 ожиріння і у 7 – надмірна маса тіла.

Хвороби серцево-судинної системи: у всіх пацієнток наявна артеріальна гіпертензія, у 4 м'яка, у 5 – помірна, у 1 ізольована систолічна, у одної хворої – ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія 2 ФК, рідкі шлуночкові екстрасистолі. У трьох хворих зареєстрована фібриляція передсердь: у двох пароксизмальна форма і у однієї пацієнтки постійна форма.

Хвороби шлунково-кишкового тракту: у трьох хронічний гастрит (у 2 – типу А і у 1 – типу В), у однієї пацієнтки – виразкова хвороба шлунку в анамнезі. У двох хворих наявний хронічний холецистит. Всього хвороби шлунково-кишкового тракту наявні у 4 хворих.

Хвороби ендокринної системи: у трьох пацієнток наявний цукровий діабет 2 – го типу середньої тяжкості, у 4 хворих – хвороби щитоподібної залози (у 1 – тіреоїдит Хашимото і у 3 – вузлові утворення в щитоподібній залозі), причому в однієї пацієнтки були одночасно наявні цукровий діабет та вузлові утворення в щитоподібній залозі. Сумарно хвороби ендокринної системи наявні у 6 пацієнток.

Тобто, у кожної пацієнтки, окрім ОА суглобів кистей, були наявні інші патологічні стани: у шести – ще 3 хвороби, у трьох – 4 хвороби і у однієї – 5 хвороб. Таким чином, ерозивний ОА суглобів кистей характеризується значною поліморбідністю, у жодної з пацієнток ця хвороба не була єдиною. Ця ситуація значно погіршує якість життя і дуже ускладнює підбір адекватних засобів корекції кожного патологічного стану, оскільки наявність поліморбідності різко звужує можливості фармакологічної терапії та накладає відбиток на процеси реабілітації.

Література:

1. Клінічна настанова за темою Остеоартроз. URL: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/113-osteartroz>
2. Дубкова А. Г., Крилова А. С., Цимбалюк Т. С. Сучасні аспекти лікування та моніторингу остеоартрозу кистей. *Український ревматологічний журнал*. 2020. № 4(82). С. 1–10.
3. Bijsterbosch J., Watt I., Meulenbelt I. et al. Clinical and radiographic disease course of hand osteoarthritis and determinants of outcome after 6 years. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2011. № 70(1). P. 68–73.
4. Altman R., Alarcon G., Appelrouth D. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis and Rheumatology*. 1990. № 33(11). P. 1601–1610.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-559-7-35>

РОЛЬ ЗАВІДУВАЧА ВІДДІЛЕННЯ У ФОРМУВАННІ КОМАНДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ: ЛІДЕРСТВО, КОМУНІКАЦІЯ, МЕНТОРСТВО

Журавльова О. О.

завідувачка відділення відновного лікування
КНП «Міська лікарня № 8» Одеської міської ради
м. Одеса, Україна

Вступ. Реабілітаційна допомога в Україні перебуває на етапі активного розвитку та становлення галузі, яка трансформується у відповідності до принципів біопсихосоціальної моделі надання допомоги [1]. Успішність процесу значною мірою залежить від ефективності роботи фахівців мультидисциплінарної команди, яка й забезпечує комплексність та безперервність реабілітаційного процесу [2]. Якщо ж казати про роботу реабілітаційного відділення воно поєднує велику кількість фахівців з реабілітації у декілька мультидисциплінарних команд в залежності від потреб кожного пацієнта, а координація діяльності всіх фахівців потребує лідерства на рівні керівника відділення. Роль завідувача відділення виходить далеко за межі адміністративного управління, він поєднує роль лідера, наставника та фасилітатора у процесах реабілітаційного лікування та роботи відділення загалом [3]. В умовах підвищеного навантаження, кадрового дефіциту та психологічної напруги особливої уваги потребують питання профілактики професійного вигорання, розвиток взаємопідтримки та формування менторства у колективі [4, 5].