

Висновки. Проведене дослідження показало, що достовірно частіше маніфестація аутоімунного тиреоїдиту відзначалася у пацієток із СаgА-позитивним штамом *H. Pylori*. Наведені дані треба враховувати при обстеженні пацієнтів із гастропатіями для ранньої діагностики аутоімунного тиреоїдиту і корекції тактики лікування

Васильєва-Лінецька Л.Я.
КІНЕЗОТЕРАПІЯ ТА ФІЗІОТЕРАПІЯ В
БАГАТОПРОФІЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ
НЕСПЕЦИФІЧНУ ДОРСАЛГІЮ З ПОЄДНАНОЮ
АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ: ДОКАЗОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків,
Україна

Хронічні неспецифічні дорсалгії (ХНД) становлять 71–80 % від усіх захворювань периферичної нервової системи. У 2015 році глобальна поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) у світі склала 1,13 млрд осіб, що визначає значну наявність у них поліморбідності з ХНД.

Мета роботи - пошук доказових досліджень про ефективність впливу основних методів сучасної багатопрфільної реабілітації – кінезо- та фізіотерапії на больовий та м'язово-тонічний синдроми у хворих на ХНД з подальшим аналізом доцільності їх призначення при поєднаній АГ.

Матеріал і методи. Стратегія пошуку доказових досліджень включала регулярний перегляд рандомізованих клінічних досліджень, систематичних оглядів, мета-аналізів і клінічних протоколів за ключовими словами в електронних базах публікацій Cochrane library, PEDro та PubMed.

Результати та їх обговорення. На підставі аналізу знайдених робіт можна прийти до висновку про безсумнівну ефективність використання методів кінезотерапії (КТ) та фізіотерапії (ФТ) в реабілітації як гострих, так і хронічних болів у хворих на ХНД. Так, відповідно до рекомендацій Європейського симпозиуму 2006 р., присвяченого проблемі болю в спині, ліжковий режим у разі больового синдрому не повинен перевищувати 2-х діб, так як активізація хворих в періоді гострого болю створює оптимальні умови для одужання і попередження її хронізації (рівень доказовості 1А).

У комплексній реабілітації хворих на дорсалгію КТ має дуже важливе значення, широкий діапазон її дії забезпечується багатогранністю механізмів впливу, що містить у своєму складі усі рівні

центральної та периферичної нервової системи, ендокринні й гуморальні чинники. Поряд з класичною лікувальною гімнастикою для боротьби з болем і м'язово-тонічними синдромами розроблено спеціалізовані сертифіковані технології: тривимірна терапія К. Schroth, метод механічної діагностики та терапії McKenzie, метод Feldenkreis, пропріоцептивна нейром'язова фацілітація Kabat ті ін.

Результати опублікованого у 2017 р. наукометричного аналізу Ковлена Д.В., Пономаренка Г.Н., присвяченого застосуванню фізичних методів у пацієнтів з АГ, свідчать про те, що фізичні вправи у хворих АГ сприяють зниженню артеріального тиску, зменшенню кардіоваскулярного ризику, поліпшенню загального фізичного здоров'я та загалом підвищенню якості життя. Переважна кількість доказових досліджень ефективності КТ представлена в базах, починаючи з 2015 р., і присвячена вивченню ефективності застосування фізичних вправ (53%), оздоровчої традиційної гімнастики (9%) і гідрокінезотерапії (8%). Встановлено, що дозовані фізичні навантаження (в тому числі аеробні навантаження, скандинавська ходьба, гідрокінезотерапія та ін.) і традиційна лікувальна оздоровча гімнастика показані усім пацієнтам з гіпертонічною хворобою незалежно від клінічної форми та стадії захворювання. Характер та інтенсивність вправ залежать перш за все від вихідної толерантності хворого до фізичного навантаження.

Розкриття наприкінці ХХ ст. механізмів функціонування найважливіших систем болю — ноцицептивної та антиноцицептивної — створили можливість розглянути механізми болезаспокійливого впливу лікувальних фізичних чинників не тільки з нових позицій, але й створити нові методи, які направлено впливають на корекцію різних типів болю. Так був розроблений метод короткоімпульсної електроаналгезії, в якому використовуються дуже короткі (20–500 мкс) моно- та біполярні імпульси з частотою до 150 Гц, які збігаються за тривалістю й частотою проходження з електричними імпульсами у нервових волокнах, що передають біль. Слід зазначити, що створення короткоімпульсної електроаналгезії, названої в Україні «черезшкірною електронейростимуляцією» (ЧЕНС), а в країнах Західної Європи й Америки «transcutaneous electrical nerve stimulation» (TENS), проводилося з використанням принципів доказової медицини. TENS ґрунтується на блокаді зворотнього контролю болю та стимуляції синтезу опіоїдних нейромедіаторів.

Аналогічно ЧЕНС впливають класичні діадинамічні та синусоїдальні модульовані струми. Створені в той час, коли ще не існувало методології доказової медицини, вони, як доводить багаторічний досвід клінічного застосування, мають не тільки значний протибольовий ефект, але й спазмолітичну дію, зменшують венозний застій та

периневральні набряки, які є причиною компресії ноцицепторних провідників.

Особливе значення у лікуванні ХНД належить методам електростимуляції нервово-м'язового апарату, які мають болезаспокійливий вплив при купіруванні ХНД та, як зазначають доказові рандомізовані дослідження, сприяють відновленню функціональної активності м'язів при млявих периферичних парезах, спричинених грижами міжхребцевих дисків.

Низькоінтенсивна лазеротерапія (НІЛТ) відноситься до методів rain-терапії. У базі Cochrane library знайдено 6 систематичних оглядів, присвячених застосуванню НІЛТ у хворих на скелетно-м'язову патологію, зокрема ХНД. Водночас визначено вплив на больові рецептори та зворотній контроль болю, встановлено стимулюючий ефект на синтез ендорфінів та оксиду азоту. Виявлено, що аналогічно до дії нестероїдних протизапальних препаратів застосування низькоінтенсивного лазерного випромінювання сприяє зниженню рівня простагландину-2, циклооксигенази-2 та ін.

На початку ХХ ст. в США створена технологія високоінтенсивного лазера з використанням високої потужності та різної довжини хвилі, що забезпечує глибоке проникнення у тканини. Метод високоінтенсивної лазерної терапії (High Intensity Laser Therapy — НІЛТ), схвалений до застосування Управлінням з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів (Food and Drug Administration, FDA) США, передбачає ефективну форму управління болем, яка не спричинює звикання. Він все ширше використовується в реабілітації різних больових синдромів, зокрема ХНД.

Нині поряд з розвитком лазерних технологій значуще місце в практичній медицині починає займати більш економічно доступна світлодіодна апаратура, терапія за допомогою якій має значний фотомодуляційний вплив. У клінічній практиці встановлено односпрямований доказовий вплив обох видів випромінювання на больовий синдром та м'язово-тонічні порушення у хворих на ХНД.

Ультразвукова терапія, яка була розроблена в Америці, у хворих на ХНД досліджена з позицій доказової медицини як з використанням частоти 880 кГц, так і більш низької частоти 20–100 кГц, призначення якої надає протизапальний ефект. З метою посилення ефективності методу у хворих на ХНД обґрунтовано його застосування у варіанті ультрафонофорезу НПВП, бішофіту, ферментів. Всі вищезазначені методи ФТ не мають протипоказань для застосування у пацієнтів з АГ.

Висновок. Зроблений пошук та аналіз доказових досліджень про ефективність впливу методів КТ та ФТ на больовий та м'язово-тонічний синдроми у хворих на ХНД дозволив встановити, що як ізольоване, так і, особливо, їх комплексне використання суттєво підвищують результати

сучасної багатопрофільної реабілітації та обґрунтовують доцільність їх призначення при поєднаній АГ.

**Верзілов С.М., Алієва Т.Ю., Синяченко Т.Ю., Кушакова Н.І.,
Єрмолаєва М.В., Тарасова В.І.
ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТІВ,
ПОЄДНАНИХ
З ХРОНІЧНИМИ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ**

Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна

Існує певний коморбідний зв'язок між розвитком деяких системних васкулітів і хронічних вірусних гепатитів, зокрема вузликового поліартеріїту (ВПА) Куссмауля-Майера та гепатиту-В (HVB), есенціального кріоглобулінемічного васкуліту (КГВ) й гепатиту-С (HVC). У таких випадках перебігу ВПА частіше спостерігається носійство HLA DR2, DR3 і DR4, а у випадках КГВ – HLA DQw7 та DRw2. Обговорюється етіологічна значущість цих вірусів гепатитів при ВПА й КГВ. Зв'язок інших системних васкулітів з HVB і HVC залишається нез'ясованим, що і стало основною метою даного дослідження.

Проаналізовано результати спостереження за 904 пацієнтами із системними васкулітами, серед яких на IgA-асоційований васкуліт Шьонлайна-Геноха (ВШГ) страждали 285 (31,5%) хворих, на КГВ – 189 (20,9%), на мікроскопічний поліангіїт (МПА) – 178 (19,7%), на ВПА – 78 (8,6%), на еозинофільний гранулематозний васкуліт Черджа-Стросс (ЕГВ) – 61 (6,8%), на неспецифічний аортоартеріїт Такаясу (НАА) – 56 (6,3%), на гранулематоз з поліангіїтом Вегенера (ГПВ) – 56 (6,2%). В розробку не було включено хворих з панікулітом Крісчена-Вебера-Чорногубова, темпоральним гігантоклітинним артеріїтом Хортонна, хворобами Бехчета, Когана, Ілза та Вінівартера-Бюргена, дітей з синдромом Кавасакі, а також лейкоцитокластичного суто шкірного васкуліту. Оцінку активності захворювань здійснювали за допомогою шкали «Birmingham Vasculitis Activity Score».

Серед хворих з НАА і ЕГВ осіб із супутніми хронічними гепатитами не спостерігали, тоді як така печінковала патологія мала місце у 19,1% випадків КГВ, у 18,0% - ВПА, у 13,5% - МПА, у 10,2% - ВШГ, у 7,1% - ГПВ. Якщо в групі КГВ частота співвідношення HVB і HVC склала 1:18, при ГПВ – 1:3, при МПА – 1:1, то при ВШГ – 4:1, а у разі ВПА – навіть 13:1. Треба підкреслити, що у всіх хворих на КГВ з коморбідним вірусним гепатитом в сироватці крові виявляли кріоглобуліни II змішаного типу (складаються з імуноглобулінів G і M,