

ступінь синовііту (гемартрозу) визначає дії та швидкість надання травматологічної допомоги. Мета роботи: Проаналізувати поєднання ступеня м'язово-тонічного синдрому м'язів групи Semi і медіальних литкових м'язів з вираженістю синовііту колінного суглобу за допомогою методу УЗД. Вивчено ультразвукографічні дані у 461 пацієнта віком від 13 до 80 років, із зверненнями на скарги та біль в КС і підколінної ямки, обмеження рухів за період з серпня по вересень 2016 р. При обстеження пацієнти були розділені на 3 групи: 1 група – відзначалися УЗ ознаки м'язово-тонічного синдрому м'язів групи Semi і медіальної литкового м'язів до 1/3 загального діаметра м'язи; 2 група – спазм м'язів займав до 1/2; в 3 групі – > 1/2. У пацієнтів 1 групи не визначено УЗ ознак розширення супрапателлярного завороту у 87,8% випадків. У 2 групі діагностовано незначне розширення верхнього завороту за рахунок рідини у 65% випадків. У пацієнтів 3 групи визначено виражений синовііт у 80,7% випадків. Механізм розвитку синовііту колінного суглоба лінійно залежить від м'язово-тонічного синдрому м'язів групи Semi, медіальної литкового і чотириголового м'язів стегна. Збільшення м'язового спазму, внаслідок навантаження, веде до збільшення випоту в колінному суглобі.

Ключові слова: Неспецифічний синовііт, колінний суглоб, ультразвукове сканування, м'язово-тонічний синдром.

Стаття надійшла 7.04.2017 р.

of the knee joint by the ultrasound method. There were studied the ultrasonographic data of 461 patients aged from 13 to 80 years with complaints of pain in the KJ and in the popliteal fossa, with restriction of movements during the period of 08-09.2016. All the patients had US of both knee joints by standard methods on the device by "BK Medical" company with linear sensor with the frequency of 12, 0 MGz. The front, back and side areas of the knee joint were scanned in direct and lateral projection. Complaints about pain location in suprapatellar zone, on back sides of thigh and shin were taken into consideration. The following US evidence was considered: in the front projection: patellar bursa, the patella contours; the condition of adipose bodies and meniscus, joint areas of femoral bone and tibia; in the back projection: the structure of semitendinosus, semimembranosus and gracilis muscles; the contours of hyaline cartilage. There are three groups of patients with US image. The 1st group was patients with US symptoms of muscle-tonic syndrome muscles of Semi group and gastrocnemius muscles till –1/3 from muscles area. The 2nd group was patients with spastic changes till – 1/2, 3th group – >1/2 of diameter. There aren't enlargement suprapatellar bursa in 87,8% cases in patient 1st group. There are small enlargement suprapatellar bursa due to liquid in 65% cases in 2 group. It was impressed synovitis from 3 group patient. Muscle-tonic syndrome muscles of Semi group and gastrocnemius characterize all 3 groups.

Key words: Non-specific synovitis, knee joint, ultrasonography, muscular-tonic syndrome.

Рецензент Старченко І.І.

УДК 316.728:613.7/8:614.8.01

М. М. Потяженко, Г. В. Невойт, О. С. Кігура, Н. О. Лодька, Н. І. Соколчок
 НИИ ЦО В ДНУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ – БАЗОВИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ ПРИНЦИП ЧИ НЕОБОВ'ЯЗКОВА СКЛАДОВА ОСОБИСТІСНОЇ ПОВЕДІНКИ ЛІКАРЯ?

Стаття присвячена проблемам формування у населення мотивації до здорового способу життя та профілактиці неінфекційних захворювань в галузі громадського здоров'я країни, зокрема питанням відношення самих лікарів до здорового способу життя як цінності. Встановлено, що валологічну компетентність і, як наслідок, стан здоров'я багатьох лікарів на сучасному етапі не можна вважати задовільними. На думку авторів необхідна тотальна корекція світогляду на феномен здоров'я.

Ключові слова: неінфекційні захворювання, здоровий спосіб життя.

Робота з фрагментом НДР «Розробка алгоритмів і технологій запровадження здорового способу життя у хворих на неінфекційні захворювання на підставі вивчення психоемоційного статусу», № держреєстрації 0116U007798

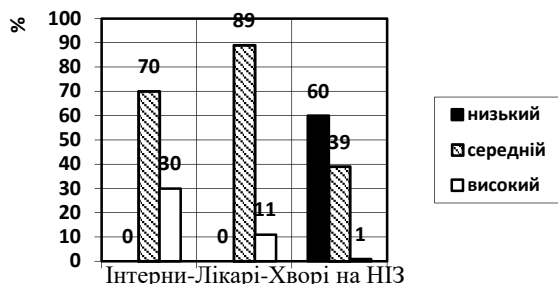
Неінфекційні захворювання (НІЗ) продовжують залишатися головною проблемою внутрішньої медицини всього світу. Як довів досвід розвинутих країн, саме впровадження засад здорового способу життя (ЗСЖ) – ключовий напрямок їх лікування і профілактики. Сучасні заходи світової спільноти проти НІЗ реалізується через «Глобальний план дій Всесвітньої організації охорони здоров'я з профілактики НІЗ та боротьби з ними на 2013-2020 роки». Саме він передбачає за мету запровадження в усіх країнах принципів ЗСЖ завдяки досягнення дев'яти стратегічних цілей. Підтримуючи ці ідеї, Україна затвердила Національний план заходів з імплементації та реалізації засад європейської політики «Здоров'я-2020: основ Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» щодо НІЗ на період до 2020 року», а також Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.2016 року №564 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань». Згідно передбаченого наказом «Клінічного протоколу профілактики серцево-судинних захворювань на первинній ланці» лікар тепер на законодавчому рівні зобов'язаний запроваджувати ЗСЖ серед пацієнтів. Але залишається відкритим ряд проблемних питань, головними з яких є «чому людина сама не бажає вести ЗСЖ?», «чи існують алгоритми і механізми ефективного запровадження ЗСЖ?», «чому ефективність запровадження ЗСЖ є низькою?» [1, 4].

Метою роботи було дослідження - задля розробки ефективних алгоритмів запровадження ЗСЖ оцінити стан становлення ЗСЖ у різних верств населення, у тому числі у лікарів в межах дослідження «Лікар у боротьбі з НІЗ: почни із себе».

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 128 лікарів, які розподілено на дві підгрупи. I підгрупа - 59 лікарів-інтернів різних спеціальностей, у віці від 22 до 30 (середній 24±2 роки), які проходили навчання на кафедрі внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з шкірними та венеричними хворобами навчально-наукового інституту післядипломної освіти ВДНЗУ «УМСА» м. Полтава, з них 47(79,6%) жінки. II підгрупа - 69 професійних лікарів різних спеціальностей у віці від 26 до 73 (середній 42±4 роки), які працюють на клінічних базах кафедри, з них з них 53(77%) жінки. Усі респонденти заповнювали, розроблений дослідниками опитувальник, в якому погоджувались із добровільною участю, з обробкою отриманої інформації без розголошення особистих даних, надавати правдиву інформацію. Етап «А» включав тестування за опитувальником «Сформованість компонентів здорового способу життя» (методика Носова А.Г., кафедра методології освіти «Саратовського державного університету ім Н.Г.Чернишевського», Росія, 2014), з внутрішньою узгодженістю питань, задовільною надійністю (коефіцієнт Кронбаха у блоках відповідно: 0,71; 0,76; 0,71 за мінімуму 0,7 і вище) [2, 5]. Етап «Б» - скринінгове тестування на предмет виявлення відхилень від засад ЗСЖ, наявності факторів ризику і об'єктивних доказів ведення ЗСЖ з оцінкою складу тіла на моніторі (модель HBF-500-E, Omron, Японія) з визначенням параметрів: ваги, індексу маси тіла (ІМТ), відсоткового вмісту жиру (5,0-60,0% з кроком 0,1%), рівню внутрішнього жиру (на 30-ти рівнях з кроком 1 рівень), відсоткового співвідношення скелетної м'язової тканини (5,0-50,0% з кроком 0,1%), обміну речовин у повному спокої (385-5000 ккал) [5, 6]. Етап «С» - обробка отриманих даних. Отримані дані порівнювали з результатами тестування хворих на НІЗ за аналогічним алгоритмом обстеження, які були виконані раніше.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати загального стану становлення ЗСЖ наведені на рис.1 у відсотках.

рис 1. Загальний стан становлення ЗСЖ



При цьому в підгрупі 1 близько чверті респондентів не застосовують принципи ЗСЖ у власному житті (рис. 2.1 та 2.2). Факт, що в своєму власному житті лікарі адекватно не реалізують вміння та навички здоров'язберігаючої діяльності був підтверджений результатами біоімпедансометрії. Розлади жирового обміну виявлені у 69(54%) лікарів: в підгрупі 1- 19(33%), в підгрупі 2 - 50(72%) осіб. В підгрупі 1 підвищений індекс маси (≥ 25) виявлено у 15(30,6%), за відсотковим вмістом жиру встановлено передожиріння - у 10(17%), ожиріння - у 5(8,5%) осіб, з них у 4(6,8%) - вісцеральна форма. Відповідно в підгрупі 2 діагностовано ожиріння за ІМТ у 19(28%) осіб, передожиріння - у 20(29%), дуже високий відсотковий вміст жиру - у 23(33%), високий у 19(28%) осіб, вісцеральне ожиріння діагностовано у 22(32%), при цьому виражена його форма (рівень вісцерального жиру понад 15) - у 7(10%) осіб. Встановлене демонструє, що вже після закінчення навчання третина лікарів мають до клінічні розлади ліпідного обміну речовин внаслідок неправильного способу життя. В середовищі професійних лікарів зазначені показники у двічі більші і більш критичні за рівнем, що підтверджує тривале не слідування принципам ЗСЖ. Ігнорування лікарями в своєму житті принципів ЗСЖ підтверджується зниженим відсотковим вмістом м'язової тканини. Так в підгрупі 1 недостатній віковий відсотковий вміст м'язів встановлено у 56(95%), в підгрупі 2 - у 85(84%) осіб. Факт, що в підгрупі професійних лікарів

За загальним станом становлення ЗСЖ лікарі на відміну від групи хворих характеризуються значно вищими показниками - низького рівня становлення ЗСЖ не діагностовано в жодного респондента. Зазначене виявляється цілком логічним, оскільки розуміння принципів ЗСЖ є частиною професійних знань лікаря. Однак аналіз результатів за блоками питань показав, що лікарі, хоча розуміють значення, сутність ЗСЖ, але не дотримуються адекватно їх на практиці: рис.2.1 та 2.2., де внутрішнє коло - вартісно-змістовний блок (віддзеркалює розуміння принципів ЗСЖ), середнє - інформаційно-змістовний (відповідні знання стосовно ЗСЖ), зовнішнє - індивідуально-діяльний у відсотках (реалізація у власному житті).

показник кращий, ніж в підгрупі інтернів, може свідчити про суттєве погіршення стану здоров'я молоді за рахунок гіподіномії, відсутності у них відповідного систематичного м'язового навантаження, починаючи із студентських, а можливо і з дитячих років. Комплексний аналіз результатів біоімпендансометрії показав, що нормальний склад тіла мають лише 3(5%) осіб підгрупи 1 і 4(6%) підгрупи 2, що є зовсім незадовільним результатом.

Рис.2.1. Оцінка рівня становлення ЗСЖ по блокам (підгрупа 1- інтерни)

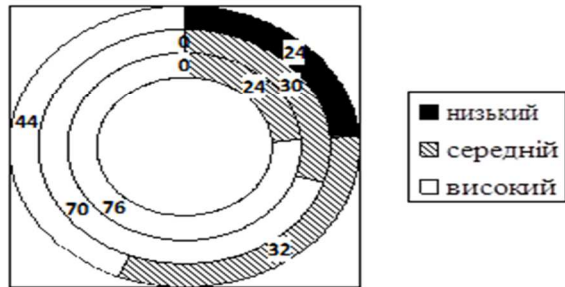
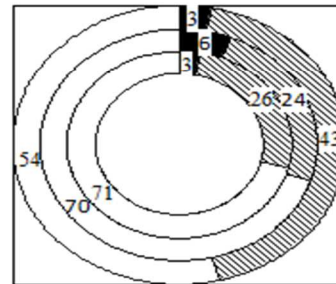


Рис.2.2. Оцінка рівня становлення ЗСЖ по блокам (підгрупа 2- лікарі)



Загрозливими і потребує додаткової уваги являються результати скринінгу: міцні алкогольні напої більше ніж тричі на рік вживають 38(64%) осіб підгрупи 1 і 42(61%) підгрупи 2, слабкі – 46(78%) і 46(67%); вживають сучасні солодощі (цукерки, торти, тощо) – 52(88%) і 47(68%), палять – 8(14%) і 9(13%) відповідно. При цьому щодня ранкову зарядку виконують лише 8(14%) підгрупи 1 і 13(19%) підгрупи 2, регулярно займаються спортом – 47(40%) підгрупи 1 і 21(30%) підгрупи 2, щодня вживають п'ять видів фруктів і/або овочів лише 10(17%) і 18(26%); вважають, що дотримуються рекомендацій нормотрофного харчування – 34(73%) і 47(68%), вживають понад 6 г повареної солі – 7(15%) і 24(35%) відповідно.

Зазначене свідчить, що індивідуальну валеологічну компетентність і, як наслідок, стан здоров'я лікарів на сучасному етапі не можна вважати задовільними. Парадоксальна ситуація: але на сучасному етапі лікарі мають такі ж самі кардіоваскулярні ризики і можуть виявлятися такими ж хворими на НІЗ як і їх пацієнти. Постають питання: «наскільки ефективною може бути робота по впровадженню засад ЗСЖ тими лікарями, які до кінця не усвідомили його принципи і не дотримуються їх на практиці?», «як може «запалити той» хто «не палає» сам?», «як бути із лікарями, що не усвідомили феномен здоров'я?» і «що робити далі із виявленою проблематикою, як здолати НІЗ?».

На нашу думку шлях один – тотальна корекція світогляду, і в першу чергу у робітників медичної сфери, на феномен здоров'я. Для перемоги над НІЗ сучасна медична галузь повинна бути невіддільною від валеології з огляду на нагальність здоров'язбережувального спрямування медичного навчання, особистісного валеогенезу і життя кожного лікаря. Теперішньою першочерговою задачею вищої медичної школи потрібно вважати формування компетентності індивідуального здоров'язбереження майбутніх лікарів як базового професійного принципу, а не як суто особистісної поведінки власного життя лікаря-індивіда. В діяльності вже практикуючих лікарів, як можливий варіант, може бути рекомендовано проведення моніторингу їх валеологічної компетентності, із застосуванням методологічних підходів корекції їх індивідуального валеогенезу. Планування валеогенезу може дозволити лікарю здійснити якісну рефлексію феномену власного здоров'я, глибше усвідомити його складові через конкретні прояви життєдіяльності, з'ясувати прогалини самореалізації в усіх базових сферах життя, скоректувати свою поведінку відповідно до виявлених потреб. Подібні підходи можуть сприяти світоглядному вирішенню проблем здоров'язбереження лікарів на сучасному етапі і заслуговують подальшого вивчення і методологічної апробації.

Список літератури

1. Doklad o situatsii v oblasti neinfektsionnyh zbolevaniy v mire 2014 "Dostizhenie devyati globalnyh tseley po NIZ, obschaya otvetstvennost"/ Vsemirnaya organizatsiya zdravoohraneniya – 2014. - http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/6/WHO_NMH_NVI_15.1_rus.pdf.

2. Nosov A. G. Diagnostika urovnya stanovleniya zdorovogo obraza zhizni u obuchayuschihnya/ A. G. Nosov // Fundamentalnyie issledovaniya. – 2014. – No.12. – S. 2644-2648.
3. Potiazhenko M. M. Dosvid vykorystannia monitora skladu tila BF 500-E Omron v otsinsi rehionalnykh zhyrovnykh depo i osnovnoho obminu u khvorykh iz zakhvoriuvanniamy sertsevo-sudynnoi systemy / M. M. Potiazhenko, M. M. Nevoit, H. V. Nevoit [ta in] // – Sevastopol, - 2009.- S. 66-67.
4. Potiazhenko M. M. Zdorovyi sposib zhyttia – napriamok borotby z neinfektsiinymy zakhvoriuvanniamy v Ukraini / M. M. Potiazhenko, H.V. Nevoit // – Poltava: Astraia, - 2016. – S. 103-106.
5. Potiazhenko M. M. Zdorovyi sposob zhyzny kak medytynskoe meropriyatie v lechenyy neynfektsyonnykh zabolevanyi/ M. M. Potiazhenko, H. V. Nevoit, N O. Liulka // – Kh.: KhNU imeni V.N.Karazina, - 2017 – S. 238-241.
6. Instruction Manual Body Composition Monitor HBF-500-E Omron. – Omron Healthcare, INC. – 2008. – 44 p.

Реферати

ЗДОРОВЫЙ СПОСОБ ЖИЗНИ – БАЗОВЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПРИНЦИП ИЛИ НЕОБЯЗАТЕЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЛИЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА?

Потяженко М. М., Невоит А. В., Кітура О. Е., Люлька Н. А., Соколюк Н.Л.

Статья посвящена проблемам формирования у населения мотивации к здоровому способу жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в сфере гражданского здоровья страны, в частности вопросам отношения самих врачей к здоровому способу жизни как к ценности. Установлено, что валеологическую компетентность а, как следствие, состояние здоровья многих врачей нельзя считать удовлетворительными. Авторы считают, что необходима тотальная коррекция мировоззрения относительно феномена здоровья.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания, здоровый способ жизни.

Статья надійшла 11.03.2017 р.

IS HEALTHY LIFESTYLES THE BASIC PROFESSIONAL PRINCIPLE OR AN OPTIONAL COMPONENT OF PERSONAL BEHAVIOR OF THE DOCTOR?

Potjagenko M.M., Nevoit A.V., Kitura O.E., Lulka N.A., Sokoluk N.L.

The article is devoted to the problems of forming the population motivation for a healthy way of life and prevention of non-infectious diseases in the sphere of the country's civil health, in particular, the attitude of the doctors themselves towards a healthy way of life as a value. It is established that the valeological competence and, consequently, the health of many doctors can not be considered satisfactory. The authors believe that a total correction of the world outlook regarding the health phenomenon is necessary.

Key words: Noncommunicable Diseases, Healthy Lifestyles.

Рецензент

УДК 611.34-02.18

В. Б. Радчук, П. А. Гасюк, П. В. Гасюк
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНИ ЗМІНИ ТКАНИН ЗУБА, ІНЦІЙОВАНІ ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯМ ПІД МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОНСТРУКЦІЇ

Прогресуючий розвиток сучасної стоматологічної науки передбачає постійне вдосконалення відомих методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань. В галузі ортопедичної стоматології прикладом даної тенденції є наявність на ринку безметалевих коронок, що з'явилися як альтернатива металокераміці. Проте, зважаючи на ряд чинників, металокерамічні конструкції і досі є актуальними. Однак, протезування даним типом конструкцій вимагає подальшого вдосконалення в плані модифікації способу одонтопрепарування. Метою роботи було оптимізувати підходи до одонтопрепарування під металокерамічні коронки, визначити морфологічні зміни тканин зубів при різних видах одонтопрепарування, дати клініко-морфологічне обґрунтування запропонованого методу препарування зубів під металокерамічні конструкції. В результаті власних досліджень, слід стверджувати про розвиток у тканинах зуба своєрідної вібраційної хвороби, що призводить до деструктивних змін твердих тканин та пульпи зуба, виражених різною мірою у дослідних групах. На основі встановлених морфологічних змін тканин зубів при одонтопрепаруванні під металокерамічні конструкції, обґрунтованим є максимальне збереження твердих тканин пришийкової ділянки, формуючи символ уступу, з метою максимального забезпечення функціональної здатності пульпи, що підтверджено рядом власних лабораторних досліджень.

Ключові слова: одонтопрепарування; металокерамічні коронки; морфофункціональні зміни тканин зуба; CAD/CAM.

Робота є фрагментом НДР «Розробка нових індивідуалізованих підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із первинними та вторинними ураженнями тканин порожнини рота на основі вивчення їх патогенетичних механізмів», № державної реєстрації 0117U003024.

Зважаючи на прогресування розвитку уражень твердих тканин зубів, актуальним є питання протезування пацієнтів із дефектами коронкової частини зуба. Беручи до уваги тенденцію стрімкого розвитку безметалевих естетичних ортопедичних конструкцій, металокерамічні конструкції залишаються актуальними, причиною чого є відносна доступність у ціновому аспекті у порівнянні з безметалевими [11].