

Не тільки сам лікар повинен вживати в справу все, що необхідно, але й хворий, й оточуючі, й усі зовнішні обставини мають сприяти лікарю в його діяльності.

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

ГІППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року

Квітень 2022 № 4 (213)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|--|---------|-----------------------------------|---------|
| • Продовжуйте жити! | стор. 1 | • Постковідний синдром | стор. 4 |
| • Перша домедична допомога при пораненні | стор. 2 | • Порушення постави... Сколіоз... | стор. 6 |
| | | • Не дайте печі зіпсувати свята | стор. 8 |

ПРОДОВЖУЙТЕ ЖИТИ!

У 2014 році з початком проведення АТО в Україні психіатри і психологи замислилися над введенням окремого розділу — психіатрія війн. Досвід надання психологічної допомоги військовослужбовцям прописаний в курсі військової психології й успішно практикується. А як бути з мирним населенням — біженцями, жителями місць, де ведуться активні бойові дії? У 2016 році розділ «Військова психіатрія» був офіційно прийнятий в нашій країні.

Чи могли ми подумати тоді, що наші зусилля виявляться пророчими? Ранком 24 лютого 2022 року ми прокинулися від звуків війни і включилася психологічна реакція Уолтера Кеннона «Бий або Біжи» — стан, при якому організм мобілізується для усунення загрози. Ця реакція має нейрофізіологічне підґрунтя у вигляді концепції стресу Ганса Сельє.

У момент небезпеки гіпоталамус передає хімічний сигнал наднирковим залозам, тим самим активуючи



симпатичну нервову систему. Надниркові залози виділяють гормони катехоламіни — адреналін і норадреналін. Вони сприяють негайним фізичним реакціям, пов'язаним з підготовкою усіх м'язів до підвищеної активності. Це чинить на організм сильну стимулювальну дію, корот-

кочасно збільшуючи м'язову силу, швидкість реакції, чутливість рецепторів і витривалість, а також підвищуючи больовий поріг. В результаті викиду цих гормонів значно частішає серцебиття, підвищується кров'яний тиск, частішає дихання, збільшується потовиді-



Клення. Свідомість звужується, концентруючись на джерелі небезпеки, що дає змогу частково або повністю ігнорувати сигнали, що не належать до нього: сторонні звуки, рухи на периферії зору і слуху.

Усі, абсолютно усі люди проходять три стадії стресової реакції:

1. Тривога — струс усього організму. Утворюється коли, виникає загроза існування і триває від 6 до 48 годин.

2. Адаптація — ознаки стадії тривоги зникають, і показник стресостійкості стає вище за норму.

Минув місяць війни і багато хто відмічає, що почали відчувати голод, приплив сил, бажання робити щось. Якраз зараз час перемкнутися і почати піклуватися про себе з потрібною силою, інакше настане третя стадія.

3. Виснаження — після довготривалого впливу стресора адаптивна енергія вичерпується. Можуть з'являтися незворотні симптоми тривоги, психічних розладів. Вмикається механізм дистресу, що викликає відчуття безпорадності та нездатності вплинути на події.

Що важливо знати про тривогу і страх?

Тривога під час війни — нормальна реакція на небезпеку. Цей емоційний стан з постійним очікуванням негативних подій. Давайте коротко розглянемо функції страху:

— охоронна: запобігає участі в потенційно небезпечній поведінці;

— мотиваційна: стимулює до дій щодо ймовірності сприятливого завершення подій;

— адаптаційна: мобілізація організму для швидкої зміни поведінки і пристосування до нових умов існування.

Під час воєнних дій війна оселяється всередині кожного з нас. Настрій людей у цей непростий час постійно змінюється — від оптимізму та натхнення до страху та паніки. Коли стається щось жахливе, люди діють за програмою виживання. Вони діють швидко та планують своє життя лише на кілька годин. Після того, як шок минає та повертаються базові емоції, людина може відчувати страх та відчай, або ж сильну ейфорію. Втім, ейфорія не може тривати довго, адже ресурси психіки обмежені, тому настрій поступово починає погіршуватися. Якщо ви знаєте про коливання настрою та циклічність цих коливань, вам простіше буде переживати емоційні ями, під час яких особливо гостро відчуються страх та відчай.

Розчарування, страх та відчай виникають тоді, коли не здійснюються очікування. Психологи радять не очікувати, що війна завершиться швидко. Найкраще для психіки — звикнути до нових реалій. Якщо ж постійно чекати на швидке завершення цього жаху, можна впасти у відчай.

Найкраще, що можуть зробити українці, — вірити в перемогу, але не чекати її, а працювати і жити далі. Зараз немає неважливої роботи, немає неважливих людей. Кожен має робити те, що вміє найкраще, і допомагати так, як може. Щоб допомагати своїм близьким та країні, важливо самому залишатися в ресурсі. Щоб зберігати життєву енергію, вам необхідно:

— достатньо спати (якщо треба, приймаємо заспокійливе);

— пити достатньо води;

— робити паузи від новин;

— відкидати жаль за втраченим майном, обов'язково все відбудується;

— не припиняти мріяти й планувати, що зробите після війни;

— знижувати стрес обіймами та гумором, взаємодіяти з тваринами;

— підтримувати близьких словами «Я тебе люблю».

Корисно прийняти ідею: «Є речі, на які я можу вплинути. І ті, які поза моєю владою». Те, що я можу робити — робитиму, а те, на що я не можу вплинути, — прийматиму як факт.

Якщо ви зараз потурбуєтеся про себе, то пізніше зможете підтримати ваших близьких. Сьогодні як ніколи ми повинні приділити увагу своєму психічному і психологічному здоров'ю. До війни ніхто не готовий, але навіть у такій ситуації треба знати як справлятися з панікою і страхом — це наше першочергове завдання!

На мій погляд, сьогодні дуже актуальні слова австрійського психотерапевта Віктора Франкла, що вижив у нацистському таборі: «Першими зламалися ті, хто вірив, що скоро все закінчиться. Потім — ті, хто не вірив, що це колись закінчиться. Вижили ті, хто сфокусувався на своїх справах, без очікувань того, що ще може статися».

Якщо не виходить впоратися з тривоگوю і емоціями самостійно, психологи радять звертатися за допомогою до фахівців. Колектив кафедри психіатрії, наркології та психології надає психіатричну та психологічну допомогу всім, хто її потребує.

Т. М. ЧЕРНОВА,
к. мед. н., доцент кафедри психіатрії,
наркології та психології

НАШ ЧАС

ПЕРША ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОРАНЕННІ

В умовах воєнної агресії ризик зазнати поранення, на жаль, є високим. Навіть якщо в регіоні, де ви зараз перебуваєте, спокійно і немає обстрілів, запам'ятайте або

збережіть собі послідовність дій у разі отримання колотої, різаної або вогнепальної рани кінцівок.

Насамперед потрібно оглянути рану. Якщо наявна масивна зовні-

шня кровотеча, зупиніть кровотечу за допомогою прямого тиску на рану, доки не знайдете можливості використати кровоспинний джгут, турнікет або зробите само-



робний джгут; їх слід накласти якнайвище від місця поранення, в жодному разі не на суглобі.

Якщо кровотеча з рани незначна — накладіть пов'язку, що тиснутиме на неї, використовуючи для цього серветки (за наявності — стерильні) та еластичний або простий бинт.

Якщо до рани потрапили дрібні предмети і ви можете їх легко видалити — зробіть це. Якщо з рани стирчить уламок снаряда тощо — обережно зафіксуйте його до моменту передачі потерпілого лікарям, адже вилучення може відкрити кровотечу із судини, яку він зараз перекриває.

При значній кровотечі обов'язково якнайшвидше викличте медиків, навіть якщо вам вдалося її зупинити.

Виконуючи перев'язки в наступні дні, обробляйте ділянку навколо рани з використанням одного з таких препаратів:

- хлоргексидину біглюконат;
- повідон-йод;
- 70 % розчин етанолу.

Стежте, щоб антисептики не потрапили безпосередньо до рани, інакше вони спровокують хімічний опік.

Якщо ушкодження велике, рана викликає занепокоєння і не загоюється, слід якомога швидше звернутися по медичну допомогу. Також при обстрілах та бомбардуваннях можливі термічні опіки.

При отриманні термічних опіків (ушкодження шкіри внаслідок контакту з вогнем, гарячою парою, гарячою рідиною, окропом, розпеченим предметом) зупиніть контакт з джерелом опіку, тобто зніміть гарячий чи обгорілий одяг. Приберіть

прикраси, тісні речі, що знаходяться поблизу ділянки опіку. Але НЕ чіпайте речей, які прилипли до ураженої шкіри.

Обробіть рану прохолодною водою або водою кімнатної температури. Охолодження є ефективним, якщо триває протягом 20 хвилин упродовж перших 3 годин після ураження. Ділянки, які не постраждали, потрібно залишати сухими і теплими. Не можна охолоджувати, якщо температура тіла впала до 35 °С.

Якщо маєте в аптечці протиопікову пов'язку, краще скористатися саме нею. Вона охолоджує місце опіку, зменшує ймовірність виникнення опікових пухирів, захищає рану від механічних ушкоджень та інфікування. Необхідно зняти верхню захисну плівку з одного боку пов'язки, прикласти ним до рани, потім зняти з другого боку і зафіксувати бинтом або лейкопластиром на шкірі.

За відсутності спеціальної протиопікової пов'язки прикрийте рану стерильною пов'язкою з марлі.

Дайте потерпілому випити води, щоб зменшити інтоксикацію та уникнути зневоднення.

Можна дати знеболювальний лікарський засіб, наприклад, ібупрофен або парацетамол, які використовують для полегшення болю будь-якого типу та інтенсивності.

Оптимальна поза для людини з опіком обличчя або очей — сидяча: вона допоможе зменшити набряк. Крім того, опіки обличчя, особливо ті, що сталися в закритих просторах, можуть поєднуватися з ураженням дихальних шляхів. Буде

добре, якщо за наявності пульсоксиметра ви зможете контролювати насичення крові киснем (сатурацію) постраждалого і повідомити про неї лікарів.

Якщо опік поверхні площі тіла у дорослого 10 % і більше, а у дитини — 5 %, або якщо з опіком пов'язана травма — слід якнайшвидше викликати медиків. Також по екстрену медичну допомогу потрібно негайно звертатися при опіках дихальних шляхів та очей.

Пацієнти з великою площею опіків особливо схильні до переохолодження. В такому випадку необхідно запобігти втраті тепла організмом, зігріти постраждалого, накрити ковдрою, теплим одягом тощо.

Чого при опіках робити НЕ можна:

НЕ використовуйте для охолодження лід, це категорично заборонено. Він може викликати гіпотермію (патологічний стан, який розвивається у разі зниження внутрішньої температури людини нижче 35 °С).

НЕ можна використовувати олію, сік алое, борошно, продукти тваринного походження тощо.

НЕ використовуйте будь-які мазі/гелі до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

НЕ проколуйте пухирі у разі їхньої появи. Якщо пухирі розірвалися, накладіть чисту стерильну пов'язку.

НЕ використовуйте препарати, що містять спирт, інакше опік може посилитися.

За матеріалами дайджесту МОЗ
«Здорова Україна»

ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ: ЯК ЙОГО ПОДОЛАТИ

За період пандемії COVID-19 встановлено, що наявність соматичної патології, похилий та старечий вік пацієнтів можуть бути фактором ризику тяжкого перебігу COVID-19, потреби у госпіталізації та навіть летальності.

Найпоширенішими супровідними захворюваннями у госпіталізованих пацієнтів з тяжким перебігом коронавірусної інфекції найчастіше були артеріальна гіпертензія (АГ) (30 %), цукровий діабет (ЦД) (19 %) та ішемічна хвороба серця (ІХС).

Зважаючи на це, актуальним досі залишається необхідність вакцинації проти COVID-19. Клінічними дослідженнями та практичними спостереженнями переконливо доведено, що вакцинація суттєво зменшує кількість тяжких випадків коронавірусної хвороби, госпіталізації та смертельних випадків внаслідок захворювання. Повторне щеплення має бути зроблене через рік для більшості вакцин. Для деяких пацієнтів, у яких є високий ризик отримати тяжку форму коронавірусної хвороби, рекомендують робити так звану бустерну або додаткову дозу вакцини через півроку після першого щеплення. Позитивний досвід застосування бустерних вакцинацій ще досліджується та обговорюється. Зауважимо, що бустерна вакцинація стосується лише РНК вакцин (Pfizer, AstraZeneca). Крім того, повторну вакцинацію також бажано робити тією ж самою вакциною, яка була застосована для першого щеплення.

Наявність поєднання декількох захворювань у пацієнтів, тобто коморбідної патології, такої як АГ, ІХС, ЦД, суттєво підвищує ризик кардіоваскулярних ускладнень у хворих із соматичною патологією, а також тривалу наявність симптомів, які з'явилися або загострилися під час COVID-19.

Згідно з останніми міжнародними даними, гострою інфекцією COVID-19 називають появу ознак і симптомів до 4 тижнів, триваючою симптомною інфекцією COVID-19 — наявність ознак та симптомів від 4 до 12 тижнів, пост-COVID-19 синдромом — ознаки та симптоми, які виникають під час або після інфекції COVID-19, тривають понад 12 тижнів та не пояснюються альтернативним діагнозом.

Постковідний синдром проявляється багатьма симптомами, які можуть змінюватись з часом та бути

пов'язаними з різними органами та системами. Зазначають також, що діагноз постковідного синдрому може бути встановлений також у термін до 12 тижнів за відсутності іншого діагнозу.

Загалом у постковідному періоді у хворих з хронічними захворюваннями спостерігається загострення наявної соматичної патології, збільшення ризику виникнення ускладнень, а також розмаїття нових симптомів, які з'явилися під час захворювання на коронавірусну хворобу.

Загострення соматичної патології потребує перегляду та, за необхідності, корекції базисної терапії тих хронічних захворювань, які має пацієнт. Цю корекцію може здійснювати сімейний лікар або вузький спеціаліст за профілем захворювань.

Стосовно симптомів, які з'явилися під час коронавірусної хвороби, то у більшості пацієнтів вони можуть зникнути без додаткового лікування та реабілітації. Деякі симптоми, наприклад порушення смаку, нюху, суттєво не впливають на працездатність людини, але можуть погіршувати якість життя. Такі пацієнти потребують додаткової реабілітації під наглядом відповідних вузьких спеціалістів.

У 2020 році в Британському медичному журналі опублікована інтегральна схема реабілітації у постковідному періоді, яка наведена на стор. 5 мовою оригіналу. На цій схемі дуже демонстративно показано, які заходи необхідно здійснювати, якщо симптоми погіршення стану після перенесеного COVID-19 тривають більше 3 тижнів.

У центрі цієї схеми у колі зліва перелічено заходи, які стосуються медичної допомоги у цьому періоді: лікування окремих симптомів; оптимізація контролю тривало існуючих станів; психологічна допомога; вирішення питання про застосування антибіотиків при вторинних інфекціях, лікування ускладнень захворювань. Права частина цього кола містить заходи, які рекомендують здійснювати самому пацієнтові, щоб позбутись постковідного синдрому. Серед цих заходів перші місяці, окрім само-

стійної оксигеметрії, посідають рекомендації щодо змін стилю життя. Пацієнтам рекомендують дотримуватись дієти, нормалізувати сон, зменшити (або відмовитись) вживання алкоголю та кофеїну, відмовитись від паління сигарет.

Більшості пацієнтам рекомендують збільшувати дозовані фізичні навантаження, враховуючи індивідуальну переносимість цих навантажень. Найчастіше пацієнтам без тяжких захворювань внутрішніх органів, які потребують лімітування фізичних навантажень, рекомендують застосовувати звичні фізіологічні навантаження, до яких належить дозована ходьба. Пацієнтам рекомендують дотримуватись комфортного темпу, звертаючи увагу на кількість кроків за хвилину та правильність дихання під час ходьби. За можливості дозовану ходьбу краще здійснювати на свіжому повітрі, поступово збільшуючи темп та дистанцію.


Важливою складовою реабілітації пацієнтів у постковідному періоді є необхідність виконувати рекомендації лікарів щодо профілактики ускладнень тривало існуючих захворювань.

Отже, у постковідному періоді у багатьох пацієнтів спостерігається розмаїття нових симптомів, які з'явилися під час захворювання на коронавірусну хворобу і які можуть суттєво погіршувати загальний стан та якість їхнього життя. Особливу увагу щодо реабілітації після перенесеного COVID-19 необхідно приділяти хворим з хронічними захворюваннями, у яких може спостерігатись загострення наявної соматичної патології, збільшення ризику виникнення серйозних ускладнень.

Вакцинація проти COVID-19 залишається ефективним методом зменшення ризику тяжких випадків хвороби і, відповідно, постковідного періоду.

О. Б. ВОЛОШИНА,
д. мед. н., професор, зав. кафедри загальної практики,
О. Р. ДУКОВА,
к. мед. н., доцент кафедри загальної практики,
І. С. ЛИСИЙ,
к. мед. н., доцент кафедри загальної практики

ІНТЕГРАЛЬНА СХЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ

thebmj Visual summary 

“Long covid” in primary care

Assessment and initial management of patients with continuing symptoms

Post-acute covid-19 appears to be a multi-system disease, sometimes occurring after a relatively mild acute illness. Clinical management requires a whole-patient perspective. This graphic summarises the assessment and initial management of patients with delayed recovery from an episode of covid-19 that was managed in the community or in a standard hospital ward.

An uncertain picture



The long term course of covid-19 is unknown. This graphic presents an approach based on evidence available at the time of publication.

However, caution is advised, as patients may present atypically, and new treatments are likely to emerge

Managing comorbidities




Many patients have comorbidities including diabetes, hypertension, kidney disease or ischaemic heart disease. These need to be managed in conjunction with covid-19 treatment. Refer to condition specific guidance, available in the associated article by Greenhalgh and colleagues

Safety netting and referral

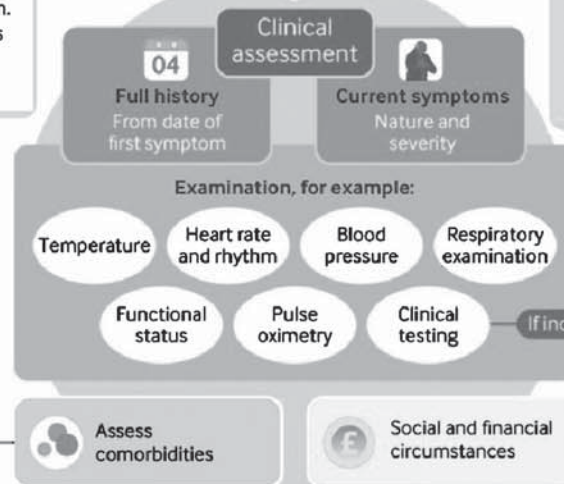
The patient should seek medical advice if concerned, for example:

- Worsening breathlessness
- PaO₂ < 96% Unexplained chest pain
- New confusion Focal weakness

Specialist referral may be indicated, based on clinical findings, for example:

-  **Respiratory** if suspected pulmonary embolism, severe pneumonia
-  **Cardiology** if suspected myocardial infarction, pericarditis, myocarditis or new heart failure
-  **Neurology** if suspected neurovascular or acute neurological event

 Pulmonary rehabilitation may be indicated if patient has persistent breathlessness following review



Investigations

Clinical testing is not always needed, but can help to pinpoint causes of continuing symptoms, and to exclude conditions like pulmonary embolism or myocarditis. Examples are provided below:

Blood tests

- Full blood count
- Electrolytes
- Liver and renal function
- Troponin
- C reactive protein
- Creatine kinase
- D-dimer
- Brain natriuretic peptides
- Ferritin – to assess inflammatory and prothrombotic states

Other investigations

- Chest x ray
- Urine tests
- 12 lead electrocardiogram

Social, financial, and cultural support

Prolonged covid-19 may limit the ability to engage in work and family activities. Patients may have experienced family bereavements as well as job losses and consequent financial stress and food poverty. See the associated article by Greenhalgh and colleagues for a list of external resources to help with these problems

Medical management

- Symptomatic, such as treating fever with paracetamol
- Optimise control of long term conditions
- Listening and empathy
- Consider antibiotics for secondary infection
- Treat specific complications as indicated

Self management

- Daily pulse oximetry
- Attention to general health
- Rest and relaxation
- Self pacing and gradual increase in exercise if tolerated
- Set achievable targets

- Diet
- Sleep
- Quitting smoking
- Limiting alcohol
- Limiting caffeine

Mental health

In the consultation:

- Continuity of care
- Avoid inappropriate medicalisation
- Longer appointments for patients with complex needs (face to face if needed)

In the community:

- Community linkworker
- Patient peer support groups
- Attached mental health support service
- Cross-sector partnerships with social care, community services, faith groups

thebmj Read the full article online

 <https://bit.ly/BMJlong>

© 2020 BMJ Publishing Group Ltd.

Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representations, conditions, or warranties that it is accurate or up to date. BMJ and its licensors assume no responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see BMJ's terms and conditions: <http://www.bmj.com/company/legal-information/>



See more visual summaries

 <http://www.bmj.com/infographics>



ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ... СКОЛІОЗ...

А ЩО, ВОНИ ЛІКУЮТЬСЯ?

Порушення постави є однією з ортопедичних патологій, що найчастіше зустрічаються у дітей і підлітків. Вони становлять 90 % усіх відхилень від норми з боку опорно-рухової системи молодших школярів. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, у 5–6 осіб з тисячі — це сколіоз.

Частіше від сколіозу потерпають дівчата (у співвідношенні з хлопцями 1 : 6), що пояснюється менш досконалим фізичним розвитком. Найбільша кількість випадків деформацій припадає на вік старше 7 років, хоча не рідкісним є прояв її симптомів уже в 4–6 років, а деколи і в 2–3 роки.

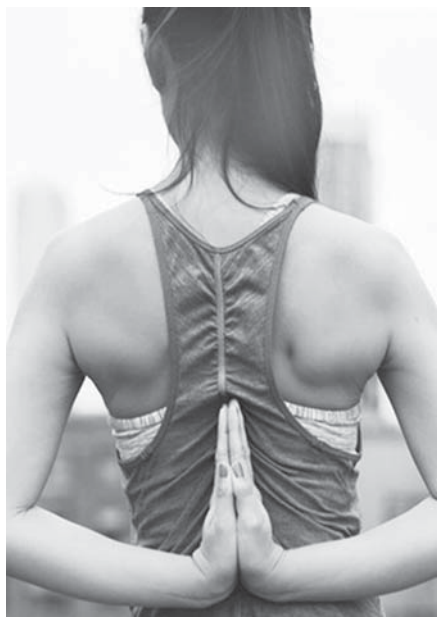
Постава формується у процесі фізичного розвитку людини, яка може бути патологічною, тобто провісником розвитку захворювання хребта або сприяти розвитку дегенеративно дистрофічних процесів у хребті.

Сколіоз — одне з найрозповсюдженіших ортопедичних захворювань, яке уражає дітей і підлітків у період пришвидшеного росту організму. Слово «сколіоз» має грецьке походження “scolios” і означає «кривий», «зігнутий». Сколіоз — захворювання, при якому є фіксоване вроджене або набуте фронтально торсійне зміщення хребта.

Ідіопатичний сколіоз — найбільш поширений тип латерального викривлення хребта. Він вперше був описаний Гіппократом, а термін «сколіоз» запропонований Галеном (131–201 рр. н. е.).

Хоча клінічні прояви сколіозу відомі давно, але й досі ніхто не зміг визначити причину цього стану. Від глибокої давнини до наших днів етіологія і патогенез ідіопатичного сколіозу залишаються невирішеними проблемами ортопедії. Існує велика кількість теорій, але жодна з них донині не є загальновизнаною.

Історично походження ідіопатичного сколіозу пов'язували з різними станами — від порушення постави і «неправильного» сидін-



ня за шкільною партою до неякісного харчування та рахіту. Сьогодні ці теорії повністю залишені, хоча в 60-х роках ХХ століття група рахітичних сколіозів ще виділялася. У другій половині ХХ століття пошуки причин захворювання зосередилися навколо структуральних елементів хребта, спінальної мускулатури, колагенових структур, ендокринної системи, вестибулярного апарату і генетичної природи ідіопатичного сколіозу. Зараз загальноновизнаним є те, що ідіопатичний сколіоз — це генетично детерміноване захворювання.

Основним показником, що визначає тяжкість ураження, вважають ступінь порушення обміну сполучної тканини. Порушення обміну веде до послаблення сполучнотканинних структур хребетного стовпа, що створює умови для епіфізіологічного дисбалансу. Останній може бути лише пусковим механізмом,

а далі викривлення відбувається під впливом антигравітаційного скорочення м'язів, які зумовлюють формування викривлення хребта. Найбільше прогресування сколіозу відбувається у період бурхливого росту. Поряд з викривленням хребетного стовпа збільшується деформація грудної клітки, порушуються функції серцево-судинної та дихальної систем, що є важливою патогенетичною ланкою сколіозу. Зменшення життєвої ємності легень, зовнішнього дихання і порушення роботи серця викликає гіпоксемію і гіпоксію, ускладнення і часті запальні процеси в легенях, що вкорочує життя хворих.

Виділяють критичні періоди розвитку, коли висока активність біологічних процесів на тлі лінійного росту і диференціювання кісткової тканини супроводжується у дітей прискореним ремоделюванням (резорбцією і формуванням кістки). Критичні періоди супроводжуються високими темпами росту кісток скелета і характерні для дітей першого року життя, для дітей у віці 5–7 років і в періоді пубертату.

Однією з клінічних ознак розвитку викривлення хребта є зміна постави. Сколіотичні деформації хребта мають безліч варіантів залежно від анатомічної локалізації дуг викривлення, їхньої вираженості та характеру розвитку, що відбувається і на стані постави.

Підвищення якості ранньої діагностики порушень постави та профілактики сколіозу у дітей і підлітків є важливою науково-прикладною проблемою сучасної травматології та ортопедії.

Відповідно до сучасних уявлень, профілактика ідіопатичного сколіозу практично неможлива через відсутність загальноприйнятої та доказової теорії його походження. Може йтися лише про за-

побігання розвитку тяжких форм захворювання. Важливо відзначити, що специфіка сколіозу полягає в тому, що ця хвороба дитяча, так як в дорослому віці виправити вже нічого не можна. Тому необхідні виявлення і своєчасне комплексне лікування сколіозу на ранніх стадіях розвитку. Для корекції патологічного рухового стереотипу, що призводить до порушення постави, необхідна комплексна дія, основною метою такого лікування є запобігання прогресуванню хвороби і в міру можливості досягнення корекції деформації хребетного стовпа.

Для лікування сколіозу використовуються як консервативне, так і оперативне лікування. Сьогодні консервативне лікування сколіозу носить комплексний характер і включає раціональний режим дня, що відповідає віку і стану дитини, лікувальне харчування з підвищеним вмістом кальцію і фосфору, за-

гальнозміцнювальні і загартовувальні процедури, ортопедичне лікування (розвантаження хребта, його росткової зони максимально навіть від власної маси, тобто перебування дитини в горизонтальному положенні, залежно від тяжкості захворювання, 12–19 годин на добу, включаючи нічний сон, використання корсетів, ліжечок, супінаторів, «косків»). Крім того, застосовують методи лікувальної фізичної культури, в тому числі лікувальне плавання, а також масаж, в деяких випадках рефлексотерапію, за необхідності пацієнтам надають психологічну допомогу.

Консервативне лікування відіграє провідну роль при початкових структурних змінах у хребті на ранніх стадіях хвороби. Його мета — досягнення такого стану хребта, його судинних, м'язових і сполучнотканинних структур, які забезпечили б стійку ремісію сколіозу. Спільними принципами консервативного лікування сколіозів є:

— виключення несприятливих статико-динамічних навантажень на уражений відділ хребта;

— стимуляція власної активності м'язів хребта;

— фазовість, комплексність, індивідуалізація лікування — вибір засобів лікувально-фізкультурних і реабілітаційних заходів повинен розумно поєднувати загальні та індивідуальні підходи;

— необхідність впливу не тільки на хребет, а й на внеverteбральні органи, які беруть участь і часом посилюють деформацію;

— закріплення статико-динамічної пози на рівні мозкового імпульсу.

Проблема лікування ідіопатичного сколіозу у дітей і підлітків є актуальною, незважаючи на велику кількість запропонованих методів терапії.

Однак практично всі консервативні методи корекції постави зв'язані з обмеженням функції руху у пацієнта, що особливо болісно переносять діти. Також не можна не відзначити, що жорстка фіксація часто досить болюча, а іноді може сприяти погіршенню кровопостачання сегментів, що фіксуються, посилює гіпокінезію дитини, призводячи до формування хибного

кола етіологічних чинників даного захворювання.

Кінезіотейпування — перспективний метод неінвазивного лікування сколіозу.

Техніка тейпування і, безпосередньо, сама стрічка (тейп) розроблені японським лікарем Кензо Касе в кінці XX століття. Тейпування — це терапевтичний метод відновного лікування, заснований на активації пропріорецепторів м'язових волокон, поліпшенні мікроциркуляції крові і лімфи. Метод полягає в наклеюванні спеціального еластичного пластиру на шкіру і наданні специфічного впливу на м'язову, судинну, нервову і сполучну тканину. Тейп виготовляється на основі бавовняної або синтетичної тканини. Це еластичні клейкі стрічки, покриті гіпоалергенним клеючим шаром на акриловій основі, який активується при температурі тіла. Фізичні властивості тейпів наближені до параметрів розтягнення шкіри, за рахунок спеціального еластичного шару. Основа тейпів не перешкоджає диханню шкіри і випаровуванню поту з її поверхні.

Кінезіотейпування як ефективний метод корекції постави особливо актуальний при діагностиці захворювань опорно-рухового апарату в початковій стадії. Методика заснована на фіксації м'язового волокна в певних анатомічних сегментах, стимуляції м'язів, внаслідок впливу на пропріорецептори. У поєднанні з лікувальною гімнастикою і прийомами пілатесу тейпування при сколіозі дозволить зняти м'язову напругу в спині та реабілітувати ушкоджену ділянку хребта без його жорсткої фіксації.

Кінезіологічний тейп при сколіозі кріпиться на спину відповідно до обраної техніки тейпування. Накладання тейпів при порушенні постави забезпечує:

1. Лікування без обмеження природних рухів.
 2. Зниження больових відчуттів.
 3. Підтримку м'язів протягом тривалого часу.
 4. Безболісне виконання лікувальних вправ.
 5. Релаксацію і відновлення.
- Будьте здорові!!!

В. М. АПЛЕВИЧ,
к. мед. н., доцент кафедри
дитячої хірургії



Кінезіологічний тейп при сколіозі

НЕ ДАЙТЕ ПЕЧІІ ЗІПСУВАТИ СВЯТА

Будь-які свята — це обов'язково святковий стіл, щедро заставлений різноманітними стравами. Господині традиційно прагнуть перевершити самих себе в майстерності приготування гарних, смачних та оригінальних страв.

І навіть якщо на початку застілля у вас були правильні думки про помірність у їжі, то від усього цього натюрморту та одурманюючих ароматів вони вмиль випаровуються. Неможливо все це не спробувати! «Адже не можна ж ображати господиню, яка весь день готувала цю пишність!» — виправдуєте ви себе. І ось уже на вашій тарілці жирне, смажене, гостре, борошняне, солодке, і все це щедро приправлене алкоголем.

Тут і ховається небезпека! І веселий початок свята може змінитися нав'язливим печінням за грудниною або у верхній частині живота — печією!

Найчастіше печія виникає при впливі кислого шлункового соку на слизову оболонку стравоходу. Відбувається це через потрапляння вмісту шлунку в стравохід (рефлюкс). Причина такого неприродного процесу — неповне змикання сфінктера (м'яза, який в нормі розділяє стравохід та шлунок). Агресивний шлунковий сік подразнює стінку стравоходу, що проявляється відчуттям печії. У медицині таке захворювання позначається непростим терміном — «гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» (ГЕРХ)!

За даними досліджень, у країнах Західної Європи та США 20–40 % осіб постійно (з різною частотою) відчувають печію.

Характерними симптомами ГЕРХ є печія та відрижка кислим. Як правило, печія виникає через 1–1,5 години після їди. Причинами печії можуть стати такі продукти, як шоколад, кава, міцний чай, м'ята, жирні страви, цитрусові, гарячі або спиртні напої. Факторами, що провокують печію, є переїдання, прийом їжі менш ніж за 2–3 години до сну. На печію частіше страждають особи з надмірною масою. Куріння тютюнових виробів стимулює секрецію кислоти у шлунку, а також сприяє розслабленню нижнього стравохідного сфінктера, що, в свою чергу, сприяє потраплянню вмісту шлунку в стравохід. Заняття спортом після прийому їжі з виконанням нахилів тулуба і вправ, що супроводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску, також можуть провокувати печію. Носіння стислого одягу (корсетів, тугих поясів) здатні викликати симптоми ГЕРХ. Наявність



грижі стравохідного отвору діафрагми дещо збільшує ймовірність печії.

Варто пам'ятати, що у випадку, коли епізоди печії систематично виникають більш ніж 2–3 рази на тиждень, це можна розцінювати як явний симптом ГЕРХ. У такому разі варто звернутися до лікаря (терапевта, сімейного лікаря, гастроентеролога).

Щоб уникнути такого страшного діагнозу, як гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, дотримуйтесь таких рекомендацій:

- відмовтеся від продуктів, які здатні провокувати печію;
- не переїдайте;
- останній прийом їжі повинен бути не пізніше ніж за 3 години до сну;
- відмовтеся від куріння та алкоголю;
- контролюйте свою масу;
- не носіть стисний одяг;
- тренуйтеся не раніше ніж через 2 години після їди.

Якщо ці поради не знизили кількість епізодів печії, слід звернутися до лікаря для призначення відповідної медикаментозної терапії. Пам'ятайте, що самолікування та тривалий безконтрольний прийом препаратів можуть завдати шкоди вашому здоров'ю!

Будьте здорові!

А. В. ШАНИГІН,
асистент кафедри гігієни
та медичної екології

Редактор випуску І. В. Барвіненко
Відповідальні секретарі
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Засновник і видавець — Одеський
національний медичний
університет

Адреса редакції:
65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.
Свідоцтво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 18.04.2022. Тираж: 300. Замовлення 2383.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.