

6. Saliva as a biomarker for dental caries: A systematic review / Mithra N. Hegde, Shruthi H. Attavar, Nireeksha Shetty [et al] // J. Conserv. Dent. – 2019.-Vol. 22, № P. 2–6.

7. Метелица К.И. ксеростомия и ее осложнения в полости рта / Метелица К.И., Манак Т.Н. // Современная стоматология. 2021. № 2. С. 6-10 // Современная стоматология. 2021. № 2. С. 6-10.

8. Новицкая И.К. Состояние ротовой полости у лиц с заболеваниями слюнных желез / И.К. Новицкая // Modern Science – Moderni Veda. 2014. Т. 2. С. 142-149.

9. Милехина С.А. Состояние фосфорно-кальциевого обмена у детей с кариесом / С.А. Милехина, Т.Н. Климкина // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 59-62.

10. Исследования процессов деминерализации твердых тканей зуба в результате развития кариеса эмали / Середин П.В., Голощاپов Д.Л., Леньшин А.С., Аль Зубайди А.А. // Биотехносфера. 2014. № 4. С. 26-31.

11. Лихорад Е. В. Слюна: значение для органов и тканей в полости рта в норме и при патологии / Е. В. Лихорад, Н. В. Шаковец // Военная медицина. – Минск : Красико-Принт, 2013. № 2. С. 118-119.

12. Терешина Т.П. Влияние Covid-19 на функциональную активность слюнных желез (предварительное исследование) / Т.П. Терешина, М.И. Кот // Вестник стоматологии. 2020. № 4. С. 36-38.

13. Косенко К.Н. Профилактическая гигиена полости рта / К.Н. Косенко, Т.П. Терешина. – Одесса: КП ОГТ. – 2003. – 296 с.

14. Вавилова Т.П., Янушевич О.О., Островская И.Г. Слюна. Аналитические возможности и перспективы / Т.П. Вавилова, О.О. Янушевич, И.Г. Островская. – М.: Изд-во БИНОМ, 2014. – 312 с.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗАСТОСУВАННЯ МІОРЕЛАКСАНТІВ ПРИ БОЛЮ У ПОПЕРЕКУ СПЕЦІАЛІСТАМИ РІЗНИХ ГАЛУЗЕЙ МЕДИЦИНИ

Пицула Н. М.

*викладач першої кваліфікаційної категорії
Чернівецький медичний фаховий коледж
м. Чернівці, Україна*

Згідно з сучасними статистичними даними, больовий синдром у поперековій ділянці являється причиною 2,4% звернень до відділень невідкладної медичної допомоги на території США, що призводить до 2,6 млн відвідувань за рік. Через тиждень після виписування з відділення

70% пацієнтів повідомляють про розвиток стійких функціональних порушень, які пов'язані з болем у спині та 69% пацієнтів повідомляють про часте використання знеболюючих препаратів протягом останніх 24 годин. Виходячи з сучасних методів досліджень, біль у поперековій ділянці хребта залишається актуальною проблемою сучасної медицини, яка потребує постійного дослідження та удосконалення ведення пацієнтів з даною патологією.

На основі детального аналізу сучасної науково-медичної літератури, клінічних настанов, рекомендацій та актів узагальнити дані з приводу больового синдрому у поперековій ділянці, сучасних принципів ведення пацієнтів та профілактики розвитку захворювання.

Аналіз науково-медичної літератури, сучасних міжнародних та вітчизняних протоколів ведення пацієнтів з больовим синдромом у поперековому відділі хребта.

У відповідності з сучасними міжнародними клінічними рекомендаціями болі у спині поділяються на неспецифічні (скелетно-м'язові), болі, пов'язані з «серйозною патологією» (пухлини, травми, інфекції), болі, пов'язані з компресійною радикулопатією. Виділяють гострі (до 12 тижнів) та хронічні болі (понад 12 тижнів), важливо зазначити, що у генезі розвитку больового синдрому у попереку відіграють психологічні фактори. Найбільш часто (у 85% випадків) у клінічній практиці лікарів-невропатологів, сімейних лікарів зустрічається неспецифічний (скелетно-м'язовий, механічний) біль. Корінцева компресія відзначається у 4-7%, синдром кінського хвоста – у 0,04%, інші причини, у тому числі пухлинні ураження, травми, інфекції, ревматичні ураження, сумарно складають близько 7% випадків.

Традиційно проблему больового синдрому у спині дослідники розглядають у рамках дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків. За сучасними даними, дискогенна патологія являє собою найбільш часту причину болю у попереку (у 15-42%).

Найпоширеніший неврологічний синдром – патологічно підвищений тонус скелетних м'язів, який позначається як «спастичність». Причиною даного патологічного стану являються зміни та травми, які торкаються α -мотонейронів передніх рогів спинного мозку, центральних мотонейронів кори головного мозку, пірамідних або екстрапірамідних шляхів та підкіркових центрів, які регулюють тонус скелетної мускулатури.

Міжнародна асоціація з вивчення болю (IASP) представила класифікацію хронічного больового синдрому для МКХ-11. Згідно з даною класифікацією представлені кілька додаткових типових станів: периферичний нейропатичний біль: невралгія трійчастого нерву, ушкодження периферичного нерву, хвороблива полінейропатія,

постгерпетична невралгія, хвороблива радикулопатія; центральний невропатичний біль: біль, викликаний пошкодженням спинного або головного мозку, постінсультний біль, біль, пов'язаний з розсіяним склерозом.

Станом на 2021 рік, найчастішими причинами дорсалгій являються остеоартрит відросткових (фасеточних) суглобів хребта (хронічне прогресуюче дегенеративно дистрофічне захворювання суглобів) та міофасціальний больовий синдром. Медичним працівникам різних галузей надання медичної допомоги необхідно володіти знаннями проведення диференційної діагностики причин виникнення больового синдрому у спині. Отже, одним з патогенетичних механізмів формування даної патології являється стиснення, нозологічними чинниками якого виявляються грижі міжхребцевих дисків, остеофіти (кісткові шпори), остеоартрит, стеноз хребтового каналу, спондилолітез. Клінічні критерії больового синдрому у даному випадку – корінцевий біль у попереку з або без чутливих та рухових порушень у зоні іннервації ураженого нервового корінця; досить частий симптом – м'язовий спазм у ділянці нирок, що являється важливим диференційно-діагностичним критерієм у практиці сімейного лікаря для диференціювання терапевтичної патології та неврологічної.

Наступним механізмом виникнення болю у спині являється розтягування зв'язок, нозологічними причинами якого відзначаються хлестова травма. Клінічні критерії – корінцевий характер болю, травма в анамнезі (виявляється при опитуванні пацієнта). Окрім вище представлених механізмів виникнення болю у попереку, причинами виникнення даної патології визначається ішемія на фоні цукрового діабету. Клінічні особливості: швидкий розвиток симптомів захворювання, у тому числі корінцевого болю, при опитування не виявляються травми в анамнезі, досить важке проведення диференційної діагностики з компресійною радикулопатією, у зв'язку з чим необхідне проведення додаткового спектру обстеження пацієнта для виставлення остаточного діагнозу та визначення причини болю у поперековій ділянці.

Науковці визначають «червоні прапорці» при больовому синдромі у спині: при наявності синдрому кінського хвоста можливий розвиток порушення функціональної діяльності тазових органів, анестезії промежини, нижнього парапарезу; інфекції супроводжуються розвитком лихоманки та імуносупресії; у випадку поєднання інфекційного процесу з травмами в анамнезі визначається необхідність тривалого використання кортикостероїдів. Пухлинний процес можна запідозрити у разі наявності у пацієнта немотивованого зниження маси тіла, при цьому вік пацієнта – понад 50 років, наявність онкологічного захворювання. Будь-яка причина больового синдрому у попереку може виявлятися при немеханічному

характері болю, наростанні або відсутності покращення стану пацієнта протягом 6 тижнів від початку лікування.

У сучасних рекомендаціях ведення пацієнтів з больовим синдромом у спині наведений принцип проведення мультимодальної анальгезії. У перехресному дослідженні на території США виявлено, що у період з 2005 по 2016 рік кількість призначених міорелаксантів збільшилася у два рази, що було пов'язано зі збільшенням кількості візитів до лікарів, під час яких відбувалося подовження тривалості прийому даних препаратів. Що стосується кількості нових призначень міорелаксантів, то вона залишається стабільною.

Важливо розуміти, що м'язовий біль досить важко піддається лікуванню та часто вимагає специфічної, орієнтованої на причину виникнення патологічного стану, з активними інгредієнтами, які змінюють м'язовий тонус. У Німеччині на даний час у якості препарату першої лінії доступний Метокарбамол для тривалого перорального використання у пацієнтів з м'язовим больовим синдромом у попереку або спині.

Згідно з науковими спостереженнями, міорелаксанти являються спірною альтернативою, яка володіє ефективністю при неспецифічному болі у спині, але при цьому має ризик виникнення побічних явищ та високої вартості лікування. Незважаючи на те, що дані препарати не рекомендуються у якості основної терапії, все ж таки 35% пацієнтів використовують міорелаксанти при неспецифічному больовому синдромі у спині, а 18,5% отримують початкову терапію саме міорелаксантами. Медичні спеціалісти часто використовують дану групу препаратів з метою лікування. Виділяють дві групи міорелаксантів: антиспастичну та спазмолітичну. Необхідно зазначити, що дані дві групи препаратів мають різні показання, механізми дії та профілі побічних ефектів, у зв'язку з чим саме розуміння даних відмінностей покращує вибір з метою оптимізації терапії кожного конкретного пацієнта.

Сьогоднішня медицина пропонує використання для комбінації з фізіотерапією при веденні пацієнтів з гострим скелетно-м'язовим болем міорелаксанту центральної дії – Метокарбамолу, який на території України представлений препаратом Дорсум. Клінічними ефектами від застосування Дорсуму: полегшення больового синдрому, зниження інтенсивності спазму м'язів, підвищення рухливості ураженого м'язу.

На основі проведеного аналізу даних науково-медичної літератури, клінічних рекомендацій та актів з приводу больового синдрому у поперековій ділянці можна зробити висновок, що можливими причинами виникнення клінічної симптоматики даного захворювання являються фізичні, анатомічні та психологічні фактори, гіпокінезія,

порушення харчування, диференційна діагностика яких націлена на виключення прогностично несприятливих факторів та у якості міорелаксанту рекомендується застосування Дорсуму як патогенетичної терапії болю у спині.

Література:

1. Исайкин, А. И., Иванова, М. А., Кавелина, А. В., & Черненко, О. А. (2016). Дискогенная боль в пояснице. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 8(3).

2. Исайкин, А. И., Черненко, О. А., Иванова, М. А., & Стищенко, А. Н. (2015). Боль в пояснице, обусловленная патологией межпозвоночных дисков. *Consilium medicum*, 17(2).

3. Ахмадеева, Л. Р., & Раянова, Г. Ш. (2016). Острые неспецифические боли в пояснице как медико-социальная проблема. *Современные проблемы науки и образования*, (3), 113.

БАГАТОКОМПОНЕНТНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У КОНКРЕТНОМУ ВИПАДКУ

Собко О. Т.

*викладач першої кваліфікаційної категорії
Чернівецький медичний фаховий коледж*

Мигалатюк А. М.

*викладач другої кваліфікаційної категорії
Чернівецький медичний фаховий коледж
м. Чернівці, Україна*

Артеріальна гіпертензія до сьогоднішнього дня являє собою найбільш важливий фактор ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, що потребує повноцінного та адекватного органопротективного ведення пацієнтів. Сучасні матеріали ВООЗ переконливо свідчать про те, що серцево-судинна патологія домінує серед причин смертності та інвалідизації осіб у всіх розвинутих країнах світу, тому підходи до лікування та профілактики захворювання являють собою актуальну, першочергову проблему на даний момент, яка потребує подальшого вивчення та удосконалення.

На основі детального аналізу сучасної науково-медичної літератури, даних досліджень, міжнародних та вітчизняних клінічних рекомендацій,