

Для зручності порівняння наводимо зведені результати лікування у відсотках в аналізованих групах (таблиця).

Таким чином, ендопротезування дозволяє істотно знизити відсоток незадовільних результатів.

Висновки

Отже, порівняння результатів лікування переломів шийки стегнової кістки у пацієнтів старше 65 років довело перевагу ендопротезування перед остеосинтезом. Деякі кращі результати отримані при тотальному ендопротезуванні.

Важливе значення для запобігання тромбоемболічним ускладненням мають максимальне скорочення терміну і травматичності операції, ретельний гемостаз, медикаментозна терапія в до- і післяопераційному періоді, ЛФК і масаж. Для поліпшення мінерального обміну і зменшення остеопорозу хворі повинні тривалий час приймати препарати кальцію і антирезорбтивні засоби.

Закріпити і зафіксувати ендопротез за допомогою цементу технічно простіше і швидше. На місці контакту цемент —

кістка через 12–15 років настає розхитування. Це ускладнення не має істотного значення для даного контингенту. Тому цементне кріплення особливо рекомендоване у випадках, коли необхідно максимально закріпити виконання операції, здебільшого в осіб старше 70 років із захворюваннями внутрішніх органів, тобто у переважної більшості аналізованих хворих.

Однополюсне ендопротезування може використовуватися у хворих старше 75 років зі збереженням хряща вертлюжної западини і вираженими змінами внутрішніх органів, а також з матеріальних міркувань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л. Н., Анкин Н. Л. Практика остеосинтеза и эндопротезирования. — К., 1994. — С. 38-49.
2. Гайко Г. В., Поворознюк В. В., Подрушняк Є. П. Геріатрична ортопедія: проблеми та шляхи їх вирішення // Актуальні проблеми геріатричної ортопедії: Зб. матеріалів конф. — К., 1996. — С. 5-8.
3. Подрушняк Є. П., Гібало Н. М. Шейка бедренной кости и возраст человека // Там же. — С. 87-88.
4. Поворознюк В. В. Остеопороз та переломи шийки стегна // Там же. — С. 82-83.

5. Особенности проведения послеоперационной реабилитации пациентов старше 50 лет с тотальным эндопротезом тазобедренного сустава / О. И. Рыбачук, В. В. Поворознюк, С. Н. Бесединский, В. П. Торчинский // Вестн. физиотерапии и курортологии. — 1999. — Т. 5, № 1. — С. 21-24.

6. Рыбачук О. І., Беседінський С. М. Наш досвід лікування остеопорозу у хворих старших вікових груп з ендопротезом кульшового суглоба // Вісн. ортопедії, травматології та протезування. — 1999. — № 1. — С. 59-61.

7. Искусственный тазобедренный сустав / О. И. Рыбачук, А. В. Калашников, И. В. Рой и др. — К., 2000. — 68 с.

8. Терновий М. К., Самохін А. В., Гребенніков К. О. Оптимальні методи остеосинтезу при переломах проксимального відділу стегна з точки зору ефективності та доступності // Укр. мед. часопис. — 2003. — № 1 (33). — С. 113-116.

9. Шапошніков Ю. Г. Травматология и ортопедия. — Т. 1. — М.: Медицина, 1997. — С. 217-252.

10. Garden R. S. Reduction and fixation of subcapital fractures of the femur // Orthop. Clin. North Am. — 1974. — P. 683-712.

11. Lindsay R. Osteoporosis update: Strategies to counteract bone loss, prevent fracture // Consultant July. — Svennberg, 1996. — P. 1387-1396.

12. Singch M. Changes in trabecular pattern of the upper end of the femur as an index of osteoporosis // J. Bone Jt. Surg. — 1970. — Vol. 52 (Suppl. A). — P. 456.

УДК 616.831-005-08-084:616.839

Ю. Л. Курако, І. Г. Чемересюк

ВЕГЕТАТИВНИЙ І ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАТУС ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ЗОНІ ПІДВИЩЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО ФОНУ, І СПОСОБИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Проблема здоров'я жінок, які мешкають у зоні підвищеного радіаційного фону, важлива як в медико-біологічному, так і в соціальному плані. Особливий інтерес становлять жінки репродуктивного віку, оскільки здоров'я дитини

безпосередньо пов'язане зі здоров'ям матері. Ці проблеми хвилюють не лише генетиків, але й акушерів-гінекологів, педіатрів, а також лікарів практично усіх спеціальностей.

Спадковість, а також безпосередньо район мешкання

впливають на розвиток плода і здоров'я дитини так само, як і на організм матері.

Вегетативна нервова система, отже й адаптаційна організація жінки, безумовно, співвідноситься з аналогічними критеріями її дитини. Ці зв'яз-



ки вдається відстежити на прикладі обстежених пар мати — дитина, які приїхали з радіаційно заражених районів і проходили курс реабілітаційної терапії в Одеському клінічному санаторії ім. В. П. Чкалова.

Метою дослідження є обстеження вегетативної нервової системи та психосоматичного статусу жінок дитородного віку.

Матеріали та методи дослідження

Здійснено комплексне дослідження вегетативного та психосоматичного стану 48 жінок та їхніх дітей, що мешкають на забруднених радіонуклідами територіях. Виявлені вегетативні дисфункції підтверджувались даними дослідження центрального і периферичного відділів вегетативної нервової системи (визначався вегетативний індекс Кердо, хвилинний об'єм крові, дихальний коефіцієнт Хільдебранта), вихідного вегетативного тону за допомогою бальної оцінки симптомів за таблицею «11 стигм», визначенням вегетативної реактивності за допомогою очно-серцевої проби Даньїні — Ашнера, ортостатичної проби Превеля і солярного рефлексу Тома — Ру, а також проведенням реоенцефалографії для дослідження стану центрального кровообігу й уточнення характеру судинних змін. Депресивний компонент у жінок і підлітків визначався за допомогою нової діючої шкали депресії (DUODECIM) (1994). Проводилися також коректурна проба Бурдона для оцінки довільної уваги і проба на запам'ятовування 10 слів, що відображає процеси довготривалої і короткотривалої пам'яті.

Результати дослідження та їх обговорення

Виявлена у жінок соматична патологія включала хронічні захворювання органів ди-

ханья (41,6 %), шлунково-кишкового тракту і жовчовивідних шляхів (20,8 %), патологію щитоподібної залози (33,28 %), захворювання серцево-судинної системи (29,12 %); при цьому висока частка гінекологічних захворювань: на хронічний двобічний аднексит страждає 43,68 % жінок, на хронічний одnobічний аднексит — 31,2 %, порушення менструального циклу спостерігається у 47,84 % жінок, хронічний сальпінгоофорит — 4,16 %, невиношування вагітності — 8,32 % випадків, хронічний периметрит — 2,08 %. У більшості жінок менструації розпочалися в період від 11 до 16 років. Болісні менструації відмічають 60,32 % жінок.

До факторів, які провокують порушення менструального циклу, можна зарахувати наявність психотравмуючих ситуацій, інформаційну агресивність середовища, поганий соціально-економічний стан, незбалансоване харчування з недостатньою кількістю вітамінів та мікроелементів. При наявності регулярного статевого життя і постійного партнера у 87,36 % жінок, відсутність лібідо відмічають 18,72 %, зниження — 37,44 %, аноргазмію — 64,2 %. Медичні аборти в кількості 2–4 були наявні у 22,88 % жінок, 1 аборт — у 37,44 %, самоаборти — у 14,56 %. Ускладнення у пологах були у 54,08 %, кесарів розтин перенесли 29,12 % жінок. Більшість жінок має одну дитину (58,24 %). На ЕКГ зміни у вигляді порушення ритму відмічаються у 29,12 % жінок, дифузні метаболічні зміни у стінці міокарда — у 14,56 %, гіпертрофія стінки лівого шлуночка — у 22,88 %, порушення внутрішньошлуночкової провідності — у 8,32 %.

Виявлено, що у жінок 1971–1975 рр. народження, період статевого дозрівання яких припав за часом безпосередньо на момент аварії в 1986 р., визначається більш виражена психовегетативна неспроможність, ніж у решти. Спостере-

ження свідчать і про те, що їхні діти також мають більш глибокі і стійкі психовегетативні відхилення, що особливо характерно для підлітків пубертатного віку (а це більш ранні вікові градації, ніж у їхніх батьків). На підставі цього можна говорити про наявність у жінок 28–32 років, які піддалися впливу малих доз іонізуючого випромінювання, подвійного адаптаційного зриву. Тим же часом у їхніх дітей 9–16 років відмічається подвійний потенційований адаптаційний зрив, зумовлений спадковим фактором, впливом іонізуючої радіації і безпосередньо пубертатною перебудовою вегетативного апарату.

Для оцінки довільної уваги проводилася коректурна проба Бурдона, попередньо пацієнткою було розділено на три вікові групи. Причому до окремої групи зараховано жінок 28–32 років, період статевого дозрівання яких збігся за часом з моментом аварії на Чорнобильській електростанції.

Як видно з табл. 1, більшість обстежених при виконанні завдання допускали від 1 до 16 помилок. Причому більшу кількість помилок допускали хворі другої групи порівняно з пацієнтками першої та третьої груп.

Аналізуючи результати за показником якості роботи (Q) в різних вікових групах, можна відмітити нерівномірне його зниження, найбільш виражене у другій групі. Дослідження показника точності роботи виявило його зниження, також найбільш виражене у другій групі (табл. 2).

Аналізуючи результати досліджень, проведених з метою з'ясування активності психічної діяльності жінок дитородного віку, які мешкають у зоні підвищеного радіаційного фону, а також стану їхньої розумової працездатності, можна зробити висновок, що в досліджуваних групах немає прямої залежності функцій, що вивчаються, від віку жінок. Продук-



**Кількість помилок при коректурній пробі
Бурдона у жінок дітородного віку, %**

Кількість помилок	22–27 років	28–32 роки	33–36 років
1–7	52	16	33
8–11	33	–	7
8–15	6	20	39
12–16	9	41	–
16–20	–	23	21
Час виконання завдання, хв	5–9	8–15	8–14

Таблиця 2

Показник якості і точності роботи

Показник	22–27 років	28–32 роки	33–36 років
Якість роботи	228,99±26,70	137,96±14,18	159,25±17,00
Точність роботи, %	94,65±0,40	92,4±0,50	95,2±0,30

Таблиця 3

**Показники короткотривалої і довготривалої пам'яті у жінок
дітородного віку, які мешкають
в зоні підвищеного радіаційного фону**

Показник	22–27 років	28–32 роки	33–36 років
Короткотривала пам'ять (кількість слів)	7,90±0,16	5,10±0,9	5,20±0,12
Довготривала пам'ять	9,80±0,30	7,04±0,06	8,06±0,14

тивність розумової діяльності у обстежуваного контингенту максимально знижена саме у другій групі (у жінок 28–32 років). В основі описаних порушень, скоріше за все, лежать явища хронічної цереброваскулярної недостатності, зниження рухливості нервових процесів і працездатності кіркових клітин при наявності подвійного адаптаційного зриву.

Дослідження стану процесів мнестичної діяльності у пацієнток із клінічними проявами вегетативних дисфункцій виявило зміни мнестичних функцій у молодих жінок, які піддалися впливу малих доз іонізуючого випромінювання, причому більш яскраво ці зміни виражені у жінок 28–32 років (табл. 3).

Комплекс оздоровчих заходів містив бальнеотерапію, регулярний прийом мінеральної води, дієтотерапію, тканинну і судинну терапію, комплекс електропроцедур (який включав лазеро- і магнітотерапію), масаж, ЛФК, ІРТ, грязелікування, вітамінотерапію.

В результаті проведеної комплексної терапії загальний стан поліпшився у 87 % жінок, ознаки вегетативних дисфункцій зменшилися у 83 %, зниження депресивного компонента відмічалось у 69 %, у тому числі поліпшення фону настрою — у 92 %, нормалізація сну — у 57 %. Увага і пам'ять поліпшилися практично в усіх досліджуваних групах, причому у другій групі, де були найнижчі показники, стабілізація на фоні лікування була більш виражена.

Висновки

1. У молодих жінок дітородного віку, які піддалися впливу малих доз іонізуючої радіації, наявні різні гінекологічні захворювання в поєднанні з мультифакторною соматичною патологією.

2. Захворювання здебільшого мають хронічний харак-

тер з тенденцією до частих загострень.

3. Фоном, на якому розвиваються психосоматичні захворювання, служать виражені вегетативні дисфункції.

4. Наявна пряма залежність між ступенем вираженості вегетативних дисфункцій у жінок та їхніх дітей.

5. Прямої залежності між досліджуваними психічними функціями і віком жінок не виявлено.

6. Застосування адекватних лікувальних комплексів сприяє значному зменшенню ознак вегетативних дисфункцій у жінок, поліпшенню психічних функцій, а також стабілізації діяльності інших органів та систем організму.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямку

Результати дослідження дають підставу для подальшого вивчення вегетативних і психосоматичних розладів у

жінок, що підлягають впливу малих доз іонізуючого випромінювання. Цю проблему слід розглядати у зв'язку з виявленою патологією у їхніх дітей. Заходи реабілітаційної терапії повинні мати комплексний характер і застосовуватися залежно від характеру вегетативного стану жінок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко А. Н. Экзо- и эндогенные факторы, способствующие развитию органических изменений в головном мозге пострадавших в связи с аварией на ЧАЭС: анализ проблемы (обзор литературы) // АМН Украины. — 2000. — Т. 6. — № 4. — С. 686-702.

2. Лоренсо Луис Алексис. Психокультуральное наследие от Чернобыля: пятнадцать лет спустя // Вестн. физиотерапии и курортологии. — 2001. — № 1. — С. 120-124.

3. *The health of women and children in Ukraine. The state statistics committee of Ukraine and National academy of sciences of Ukraine.* — К., 1997. — 152 p.

4. Пономаренко Е. Н. Ранние формы цереброваскулярной патологии у лиц молодого возраста, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующего излучения: Автореф.



дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 2003. — 19 с.

5. Юрченко А. В. Психовегетативний синдром у осіб, які зазнали впливу малих доз іонізуючої радіації // 36. наук. праць співробітників КМАПО по закінчених та перехідних НДР за 1990–1996 рр. — К., 1997. — С. 371–372.

6. Нягу А. И., Логановский К. Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. — К., 1998. — 350 с.

7. Туруспекова С. Т. Нейропсихологические функции у лиц, подвергшихся влиянию малых доз ионизи-

рующих излучений // Журн. неврологии и психиатрии. — 2002. — № 3. — С. 12.

8. Здесенко И. В. Реабилитация неврологических нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на ЧАЭС // Вестн. физиотерапии и курортологии. — 2001. — № 3. — С. 56–58.

9. Маркелов Г. И. Заболевания вегетативной системы. — ГМИ УССР, 1948. — 685 с.

10. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. — М.: Мед. информ. агентство, 1998.

11. Сборник методик и тестов исследования вегетативного отдела нервной системы // Под общ. ред. Ю. Л. Курако. — Одесса, 1999.

12. Застосування природних і переформованих цілющих фізичних факторів у відновному лікуванні осіб, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС: Метод. рекомендації / К. Д. Бабов, А. Г. Літвиненко, І. П. Шмакова та ін. — Одеса, 1994.

13. Табачников С., Титиевский С. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // Докт. — 2002. — № 6. — С. 14–16.

УДК 616.12-009.72-053.9:616.13-002

В. Ю. Лішневська

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗАПАЛЕННЯ У РОЗВИТКУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Інститут геронтології АМН України, Київ

Відповідно до сучасних уявлень, одна з провідних ролей у забезпеченні стабільності внутрішньосудинного гомеостазу належить ендотелію [1; 2]. Ендотелій функціонує як єдиний біохімічно активний орган, що сприймає механічні, хімічні та гуморальні стимули і відповідає на них, виходячи з локальних потреб органа або тканини або системних потреб організму. Ендотелій служить бар'єром між кров'ю та іншими тканинами, регулює судинний тонус, бере участь у модуляції репаративних, імунних, запальних реакцій. Має антитромбогенні й антиоксидантні властивості. У зв'язку з цим порушення морфофункціонального стану ендотелію є одним із пускових факторів дестабілізації гемоваскулярного гомеостазу і розвитку захворювань серцево-судинної системи [1–3].

Разом з тим, з огляду на дані численних клінічних й експериментальних досліджень, одним з основних механізмів

розвитку і прогресування судинної патології сьогодні визнане запалення. Запальні реакції ініціюють і супроводжують процес утворення атеросклеротичної бляшки, сприяють активації внутрішньосудинного тромбоутворення, вазоспазму, потенціюють реперфузійні ушкодження міокарда [4; 5].

Слід зазначити, що розвиток і реалізація дії запальних реакцій, яка викликає ушкодження, безпосередньо пов'язані з ендотелієм судинної стінки [3]. Неушкоджений ендотелій має могутній протизапальний резерв і здатний перешкоджати розвитку запального процесу, однак при порушенні захисних властивостей ендотелію, наприклад, у результаті надмірного впливу на ендотеліоцити вазоактивних гуморальних речовин, продуктів паління, активованих тромбоцитів, атерогенних ліпопротеїнів, циркулюючих імунних комплексів, цитокінів від-

бувається активація клітин ендотелію [2; 3]. Стимульовані ендотеліоцити набувають здатності «захоплювати» нейтрофіли, при цьому активовані нейтрофіли ушкоджують ендотелій внаслідок утворення вільних радикалів кисню і продукції протеолітичних ферментів, що супроводжується зміною форми ендотеліоцитів, порушенням їхньої бар'єрної функції, підвищенням судинної проникності [6; 7]. Крім того, стимуляція протизапальними цитокінами ендотеліальних клітин і їхнє ушкодження супроводжується підвищеною експресією тканинного фактора, посиленням продукції інгібітора активатора плазміногену і зниженням експресії тромбомодуліну і протеїну С [8]. Це обумовлює підвищення прокоагулянтних властивостей ендотелію з одночасним зниженням його фібринолітичної активності і сприяє активації внутрішньосудинного тромбоутворення.

Тим же часом ендотелій

