

Таким чином, одержані результати дозволяють зробити висновок про доцільність застосування апрокалу в комплексній патогенетичній терапії ГП.

ЛІТЕРАТУРА

1. Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит. — М.: Медицина, 1983. — 240 с.
2. Земсков В. С., Колесников Е. Б., Панченко С. Н. Лечение осложнен-

ных форм острого панкреатита // Клін. хірургія. — 1983. — № 11. — С. 7-10.

3. Крыжевский В. В. Лечение больных некротическим панкреатитом // Вісн. мор. медицини. — 1999. — № 2. — С. 80-81.

4. Шалимов А. А., Крыжевский В. В., Ничитайло М. Е. Лечение острого панкреатита // Клін. хірургія. — 2000. — № 4. — С. 5-9.

5. Гешелин С. А., Мищенко Н. В. Диагностические возможности лапароскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Там же. — 2000. — № 4. — С. 23-26.

6. Синдром полиорганной дисфункции при остром панкреатите / И. А. Криворучко, А. М. Тищенко, Е. М. Климова и др. // Вісн. мор. медицини. — 1999. — № 2. — С. 78-80.

УДК 616:831-005-08-084:616.839

Ю. Л. Курако, І. Г. Чемересюк

ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ КОМПЛЕКСІВ ПРИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОМУ ПІДХОДІ ДО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ І ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ПІДВИЩЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО ФОНУ

Одеський державний медичний університет

Проблема здоров'я населення, що мешкає на забруднених радіонуклідами територіях, сьогодні не втратила своєї актуальності. На одеських курортах здійснюється лікування даного контингенту. Виникають деякі проблеми при призначенні лікування таким пацієнтам у лікувально-профілактичних установах, оскільки ці особи мають різні супровідні захворювання, кожне з яких диктує свою специфічну тактику лікування [1–8].

Метою наших досліджень було вивчення ефективності здійснюваних лікувальних заходів на стан вегетативної нервової системи, а також загальносоматичного і психічного статусу в осіб різних вікових груп, що зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінювання.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 193 особи (145 дітей і підлітків віком від

3 до 16 років, а також 48 жінок дітородного віку — від 22 до 36 років), що прибули з районів, забруднених радіонуклідами. Лікування здійснювалося в клінічному санаторії ім. В. П. Чкалова, санаторіях «Росія» і «Одеський». Виявлені у жінок і їхніх дітей вегетативні дисфункції підтверджувалися даними дослідження центрального і периферичного відділів вегетативної нервової системи (визначали вегетативний індекс Кердо, хвилинний об'єм крові, дихальний коефіцієнт Хільдебранта), вихідного вегетативного тону за допомогою бальної оцінки симптомів за таблицею «11 стигм», вегетативної реактивності за допомогою очно-серцевої проби Даньїні — Ашнера, ортостатичної проби Превеля і солярного рефлексу Тома — Ру, а також результатами реоенцефалографії (досліджували стан центрального кровообігу і уточнювали характер судин-

них змін). Депресивний компонент у жінок і підлітків визначали за допомогою шкали депресії DUODECIM (1994); проводили також коректурну пробу Бурдона для оцінки довірливої уваги і пробу на запам'ятовування 10 слів для оцінки довготривалої і короточасної пам'яті. Досліджувані, як правило, окрім виражених вегетативних дисфункцій, були обтяжені мультифакторною психосоматичною патологією, переважно з поєднанням 3–5 нозологічних форм. Для аналізу клінічної ефективності різних лікувальних комплексів хворі були поділені на три однакові групи за спрямованістю вихідного вегетативного тону, в кожній з яких був наявний увесь застосований при лікуванні медикаментозний і фізіотерапевтичний спектр.

До базової терапії входили такі препарати, застосування яких у осіб із вегетативними дисфункціями, що мешкають



на забруднених радіонуклідами територіях, має бути обов'язковим: перш за все, це прийом мінеральної води всередину, що сприяє елімінації радіонуклідів з печінки, поліпшує функціональний стан органів травлення, допомагає відновленню порушених нейрогуморальних співвідношень і адаптаційно-приспосовних функцій організму. З цією метою призначали прийом всередину мінеральних вод Закарпаття — Лужанської, Поляни Квасової, Поляни Купіль; Миргородської, одеської мінеральної води, (бювет в санаторії ім. М. Горького в Одесі) за 30 хв до їди по 100–150 мл дітям і по 150–200 мл дорослим тричі на день температурою 38–40 °С. Тканинні препарати — біогенні стимулятори — підвищують опірність організму патогенним впливам і сприяють одужанню; доведена сприятлива дія тканинних препаратів на нервову систему, зокрема, на вегетативний її відділ.

Нами застосовано екстракт алое по 2,0 мл внутрішньом'язово щодня впродовж 20 днів у підлітків і жінок. Вітамінотерапія також є необхідною умовою комплексного лікування осіб, що зазнали впливу іонізуючої радіації, причому вітамінні комплекси обов'язково мають включати основні мікроелементи, такі як цинк, залізо, йод, фосфор, магній, мідь, кальцій.

Цим вимогам відповідають вітамінні комплекси: «Мульти-Табс» для дітей, «Джунгли», «Піковіт» для дітей, для дорослих — «Мульти-Табс», «Вітрум», «Вітам». Полівітаміни з мікроелементами необхідні для підтримки нормального імунного статусу; вони мають антиоксидантні властивості. Їх застосування необхідне у осіб, які зазнали впливу іонізуючої радіації, оскільки в їх організмі знижується вміст антиоксидантів, збільшується кількість окислених продуктів процесів ліпопероксидації настільки,

що ушкоджуються біологічні мембрани клітини, клітинні структури. В процесі ішемії органів відбувається раннє порушення бар'єрної функції, основної та універсальної функції мембранних структур клітини.

Як компонент комплексного лікування в усіх хворих застосовувалася бальнеотерапія у вигляді морських ванн з додаванням різних компонентів. Даний метод лікування впливає на вищі регуляторні механізми, сприяє нормалізації функціонального стану внутрішніх органів, поліпшенню показників неспецифічної резистентності організму та гормональних систем, отже, запобігає виникненню астеновегетативного синдрому.

Лікувальна фізкультура, масаж і голкорексфлексотерапія (ГРТ) також є необхідними в комплексному лікуванні осіб, що проживають у зоні підвищеного радіаційного фону. Як препарати, що позитивно впливають на судинну стінку, поліпшують венозний відтік, використовувалися нікотинова кислота по 1–2 таблетки на день, кавінтон і стугерон (цинаризин) по 1 таблетці тричі на день у дорослих.

Виходячи з наших спостережень, курс лікування цими препаратами має тривати в середньому 2 міс, повторні курси необхідно проводити 2–3 рази на рік. Упевнені, що така тактика подальшої терапії відповідатиме поставленим завданням і принесе певний ефект у лікуванні. Добре переносили жінки різного віку альфа-адренергічний венотонізуючий засіб «Цикло 3 форт» по 2–3 капсули в день протягом 2 тиж. З-поміж гомеопатичних препаратів, які мають венотонізуючу дію, призначали «Ескулюс-композиум» дозою 10 крапель 3 рази на день впродовж 3–4 тиж; відзначено також позитивну дію «Флекситалу» (оксипентифіліну) дозою 1 таблетка тричі

на день (рекомендований курс лікування — 8 тиж).

Результати дослідження та їх обговорення

Слід зазначити, що вплив застосованих у терапії різних лікувальних комплексів на стан здоров'я досліджуваних осіб був неоднозначним і залежав від вихідного вегетативного тону. Проте позитивний ефект від лікування спостерігався практично в усіх хворих. Щодо ефективності дії лікувальних заходів, які проводилися, на стан вегетативної нервової системи, то в цьому разі супровідна психосоматична патологія мала вторинне значення щодо диференційованої терапії і коректувалася відповідно до зниження рівня вегетативних дисфункцій. Таким чином, від наявності вегетативних дисфункцій у досліджуваних осіб залежало призначення того або іншого лікувального комплексу, а стабілізація процесів у вегетативній нервовій системі позначалася позитивно на діяльності всіх органів і систем організму.

Залежність клінічної ефективності різних лікувальних комплексів від вихідного вегетативного тону у дітей, підлітків і жінок дітородного віку, які мешкали на забруднених радіонуклідами територіях, подано в таблиці і на рисунку.

Хворих, які одержали комплексне курортне лікування і виписаних з оцінками «поліпшення» і «значне поліпшення», була більшість — 95,3 %. Причому чим яскравіше були виражені вегетативні дисфункції і супровідна психосоматична патологія у хворих, тим ефективнішими виявлялися результати лікування при правильному, адекватному, диференційованому його призначенні з обов'язковим застосуванням базисних медикаментозних препаратів.

Таким чином, було доведено клінічну ефективність трьох основних лікувальних комп-



Залежність клінічної ефективності різних лікувальних комплексів від вихідного вегетативного тону у дітей, підлітків і жінок дітородного віку, що мешають на забруднених радіонуклідами територіях, %

Групи хворих	Перший ЛК	Другий ЛК	Третій ЛК
Перша			
ейтонія	77,72	66,84	94,81
ваготонія	52,85	93,78	62,18
симпатикотонія	93,78	49,22	75,13
Друга			
ейтонія	77,54	68,80	96,80
ваготонія	55,17	93,67	61,51
симпатикотонія	96,20	51,32	76,40
Третя			
ейтонія	79,50	69,60	96,89
ваготонія	54,10	94,81	62,23
симпатикотонія	94,81	50,93	74,12

лексів, які застосовувалися залежно від вихідного вегетативного тону пацієнта і дозволяли виписати його з лікувальної або лікувально-профілактичної установи з оцінкою «поліпшення» або «значне поліпшення». Вірогідних відмінностей у досліджуваних групах виявлено не було.

Перший лікувальний комплекс, що виявився найефективнішим при симпатикотонії, окрім базових препаратів, включав лавандові й хвойні ванни на морській воді при температурі 37–38 °С тривалістю від 10 до 15 хв, через день, на курс 10–12 процедур. Разом із лавандовими ваннами застосовувався з найбільшим терапевтичним ефектом електрофорез 3%-го розчину феназепаму на ділянку сонячного сплетення, а також трансназально і трансцеребрально курсом 5–8 процедур, а з хвойними — електрофорез на комірцеву зону 5%-го розчину натрію броміду. Процедурою, що позитивно впливала на хворих з симпатикотонією, був електросон — 7–10 сеансів щодня.

Другий лікувальний комплекс, який був найбільш ефективним при вихідній ваготонії, окрім базової терапії, включав застосування перлинних ванн температурою 37–38 °С, тривалістю 8–10 хв і поступовим збільшенням до 15 хв, через день, на курс — 10–12 процедур, які поєднували з електрофорезом на комірцеву зону 1%-го розчину кофеїну. Позитивно впливала на таких хворих також ДМХ-терапія ділянки проекції надниркових залоз, усього на курс від 7 до 10 процедур.

Третій лікувальний комплекс виявився найефективнішим при вихідній ейтонії. Окрім процедур і препаратів базової дії, він включав застосування йодобромних ванн температурою 37–38 °С, тривалістю 12–15 хв, через день, на курс 10–12 процедур; грязьо-

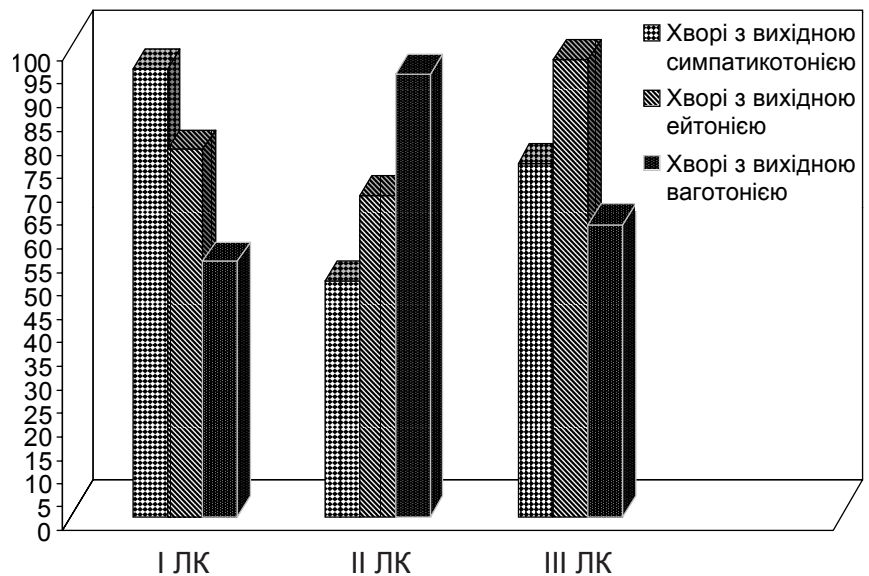


Рисунок. Залежність клінічної ефективності різних лікувальних комплексів від вихідного вегетативного стану у дітей, підлітків і жінок дітородного віку, що мешають на забруднених територіях

ві аплікації на комірцеву зону, на курс — 10 процедур; морські купання влітку при температурі морської води не нижче 21–22 °С щодня. Подібні лікувальні схеми застосовні також при нерізко виражених вегетативних дисфункціях.

Висновки

1. Доцільне застосування доступних схем лікування осіб різного віку, які зазнали впливу малих доз іонізуючої радіації, з використанням природ-

них і преформованих лікувальних фізичних факторів.

2. Лікувальні комплекси слід призначати з урахуванням вихідного вегетативного тону даного контингенту.

3. На фоні поліпшення вегетативних функцій відбувається стабілізація психосоматичного статусу хворих.

4. Визначена низка заходів, які слід зарахувати до базової терапії: тканинна терапія, прийом вітамінів з мікроелементами, судинних препаратів з пе-



реважною венотонізуючою дією, дієтотерапія з обов'язковим включенням мінеральних вод, ЛФК, масажу, ГРТ.

Перспективи подальшого розвитку даного напрямку

Визначені нами лікувальні комплекси можна застосовувати не тільки у декретованих осіб, але і в інших хворих з вегетативними дисфункціями і психосоматичною патологією в умовах лікувальних і лікувально-профілактичних установ. У одеських лікувально-профілактичних установах є все необхідне для реалізації подібних терапевтичних заходів, тому їх використання може значно підвищити рівень лікувальної роботи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Здесенко И. В. Реабилитация неврологических нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на ЧАЭС // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2001. — № 3. — С. 56-58.
2. Маркелов Г. И. Заболевания вегетативной системы. — ГМИ УССР, 1948. — 685 с.
3. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика // Под ред. А. М. Вейна. — М.: Мед. информ. агентство, 1998. — 752 с.
4. Сборник методик и тестов исследования вегетативного отдела нервной системы / Под общ. ред. Ю. Л. Курако. — Одесса, 1999. — 191 с.
5. Застосування природних і преформованих цілющих фізичних факторів у відновному лікуванні осіб, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС: Метод. рекомендації / К. Д. Бабов, А. Г. Літвинен-

ко, І. П. Шмакова та ін. — Одеса, 1994. — 28 с.

6. Курако Ю. Л., Чемересюк І. Г. Вегетативний та психосоматичний статус жінок дітородного віку, які мешкають в зоні підвищеного радіаційного фону, та способи його корекції // Одес. мед. журнал. — 2003. — № 5 (79). — С. 73-76.

7. Чемересюк І. Г. Значение бальнеотерапии в комплексном санаторно-курортном лечении вегетативных дисфункций у детей и подростков, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях // Укр. вісн. психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 4 (33). — С. 46-48.

8. Чемересюк І. Г. Современные методы диагностики вегетативных дисфункций у детей и подростков, проживающих в зоне повышенного радиационного фона, и их коррекция в санаторно-курортных условиях // Укр. мед. альманах. — 2002. — Т. 5, № 6. — С. 155-156.

УДК 618.3-008.6-092:616.151.511/.5+616.294-008]-083

В. І. Лінніков

ТРОМБОФІЛІЯ ПРИ МУТАЦІЇ МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТРЕДУКТАЗИ ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ФАКТОР АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ

Одеський державний медичний університет

В іноземній медичній літературі за останні 20 років велика увага приділяється різним аспектам впливу гіпергомоцистеїнемії на організм. У нашій країні ця проблема тільки починає вивчатися.

З'явилися дані про велику роль гіпергомоцистеїнемії в патогенезі мікроциркуляції та тромботичних ускладнень при різних захворюваннях, у тому числі в акушерській практиці [1]. Гіпергомоцистеїнемія розглядається зараз як фактор підвищеного ризику багатьох акушерських ускладнень, таких як невиношування вагітності, гестоз, передчасне відшарування нормально розта-

шованої плаценти (ПВНRP), а також тромбози і тромбофілії [2]. Джерелом гомоцистеїну в організмі є метіонін, який надходить з їжею.

Наявність у денному раціоні необхідних мікроелементів визначає ефективність обміну гомоцистеїну. До них належать фолієва кислота, вітаміни групи В: В6, В12. Дефіцит цих вітамінів у їжі є причиною розвитку набутої гіпергомоцистеїнемії. Фолієва кислота не є кофактором, це субстрат для лабільних метильних груп метиленового циклу. Саме низька концентрація фолатів у плазмі крові здатна значно впливати на вміст гомоцистеї-

ну. Однак характер харчування не завжди є основною причиною розвитку гіпергомоцистеїнемії при нормальному вмісті кобальту та фолатів у крові.

Гіпергомоцистеїнемія сама по собі є мультифакторним процесом із залученням генетичних і негенетичних факторів, фізіологічних особливостей організму, способу життя, наявності супровідних захворювань і прийому лікарських препаратів. Понад 25 років тому було виявлено, що генетична мутація гена С677Т метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR) є причиною розвитку гіпергомоцистеїнемії [3].

