

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців
Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ
2005

В.П. Пішак, І.Й.Сидорчук, М.Ю.Коломоець НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2004 РОЦІ	3
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

М.А.Карлійчук ЛОВАСТАТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ, ЗУМОВЛЕНОГО ЗАДНІМ ВІДЩАРУВАННЯМ СКЛИСТОГО ТІЛА	11
М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш, О.Л. Присяжнюк КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „ПРОТЕФЛАЗИД” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	14
О.П.Кучук, Г.Д.Ловля ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ: ОФТАЛЬМОСКОПІЧНІ ПРОЯВИ ТА КЛАСИФІКАЦІЙНІ СХЕМИ	18
О.В.Мироник, О.М.Давиденко, Г.І.Печенюк, В.В.Печенюк КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А	23
О.В.Пішак, Г.І.Арич ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СХЕМ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ДОБОВОМУ АСПЕКТІ	26
І.А.Плеш, А.М.Троян, В.І.Каленюк ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ЦИРКАДАННИМ РИТМОМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ	30
О.С.Полянська РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ.....	34
О.С. Полянська, Т.М. Амеліна, Н.М. Зюлковська ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ.....	37
О.С. Полянська, Т.В.Куртян МАЛАТ ЦИТРУЛІНУ ТА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ.....	42
І.Ю.Полянський ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ.....	49

МАЛАТ ЦИТРУЛІНУ ТА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ

О.С. Полянська, Т.В. Куртян

Кафедра реабілітації, лікувальної фізкультури, спортивної
медицини, фізичного виховання та здоров'я
(зав. – проф. О.С.Полянська)

Буковинського державного медичного університету

Вступ. В усіх видах діяльності на організм людини діють фізичні, психічні, екологічні навантаження. Для пристосування до таких умов та для ефективної діяльності необхідні великі резервні можливості організму – адаптаційний потенціал [10,11]. Прийняття концепції якості життя дозволяє описати ланку розвитку хронічного захворювання, та чим раніше в ній будуть прийняті відповідні міри, тим вище буде рівень збереження здоров'я [11]. Нейроциркуляторну дистонію (НЦД) розглядають як нозологічно самостійне захворювання, яке не відноситься до категорії небезпечних для життя, проте викликає зниження, а іноді і повну втрату працездатності [5,6,3,7]. За сучасними літературними джерелами, виділяють синдром вегетативної дистонії (СВД), який включає в себе прояви всіх форм порушення вегетативної регуляції, що дає змогу говорити про вегетативно-вісцеральну дистонію, яка може бути розділена на різносистемні дистонії (вегетокардіальні, вегетогастральні) [2].

Актуальність вивчення даної проблеми пов'язана з розповсюдженістю хвороби у осіб молодого працездатного віку, що складає 32-50% серед всіх кардіологічних хворих, які потрапляють у кардіологічні відділення [3,4,7], з них діти та підлітки складають 20-30% [7]. Безперечно, не можна залишати без уваги факт помилкових діагнозів, процент яких сягає до 82,2% за даними Г.І. Сидоренко [7]. Саме з цим пов'язана необхідність у конкретизації клініки, діагностики та лікуванні даної нозології.

Діагностика функціональних захворювань серця неможлива без аналізу вегетативного стану організму. Тонус вегетативної нервової

системи (ВНС) впливає на механізми, які регулюють метаболічну рівновагу та баланс між симпатичними та парасимпатичними відділами. Вегетативний дисбаланс в організмі людини веде до виникнення комплексу скарг та об'єктивних симптомів. Багатогранність скарг, їх різна вираженість та стабільність у різні періоди хвороби нерідко складають враження наявності різних захворювань, оскільки на перший план виступають загальна слабкість, субфібрилітет, біль у серці, розлади дихання або вегетосудинний криз, що ускладнює діагностику [3,4,6,9].

Основою діагностики НЦД є виключення всіх захворювань, які перебігають з подібними симптомами. Вперше діагностичні критерії були запропоновані Маколкіним В.І. та Аббакумовим С.А. у 1986 році. Сьогодні існує багато інших спроб діагностувати НЦД, але критерії залишаються без змін. Основними ознаками є порушення психоемоційної сфери та нейро-вегетативного балансу. Запропоновані у 2001 році Бабовим К.Д. та соавт. тести, дають змогу оцінити та динамічно спостерігати за пацієнтами з наявністю діагностичних критеріїв НЦД.

Мета дослідження. Виявити особливості психофізіологічного стану у хворих на НЦД, визначити динаміку змін показників на фоні прийому малату цитруліну та оцінити ефективність застосування для лікування метаболічної терапії.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 24 осіб віком від 18 до 31 року, що склало в середньому 26,1 років. Контрольну групу склали 6 добровільних чоловіків-волонтерів віком від 18 до 24 років, що склало в середньому 21,0 рік.

Діагноз НЦД встановлювався на основі критеріїв, що розроблені у І ММІ ім. І. М. Сеченова В. І. Маколкіним та співавт. [1991] та з урахуванням нових підходів до діагностики та класифікації даного захворювання [9]. Для клінічного обстеження використовувались рекомендації Українського НДІ медичної реабілітації та курортології [1]. Для лікування застосовувався 50% розчин малату цитруліну виробництва лабораторії BIOCODEX (Франція) у дозі 6,0 г тричі на день упродовж 2 тижнів.

Результати дослідження та їх обговорення. На фоні прийому малату цитруліну впродовж 14 діб нами було проведено повторне психофізіологічне обстеження досліджуваної групи пацієнтів. За шкалою астеничних станів (ШАС) у 70% обстежуваних ознак астенії встановлено не було. Лише у 30% хворих діагностована незначна ас-

тенізація. Помірної та вираженої астенії у групі досліджуваних виявлено не було.

Аналізуючи скарги пацієнтів, відмічаємо позитивну динаміку на фоні лікування. 100% пацієнтів залишилися працювати з великим напруженням. Важко зосередитись 40% проти 90% досліджуваних, очікування впливає лише на 30% проти 70% хворих; відчують м'язову слабкість 20% проти 50%, втомлення 20% проти 90%, холодні кінцівки 20% проти 40% та підвищене потовиділення при хвилюванні 20% проти 60% пацієнтів; погано розуміють прочитане, спостерігають тремтіння рук, вранці прокидаються втомленими, відчують важкість у голові, загальну слабкість – 10% хворих проти 40%, 40%, 70%, 30% та 80% відповідно. Зовсім зникли скарги (0%) на головний біль, смикання м'язів, шум у вухах, біль у потилиці, втомлення від оточуючих людей (табл.1).

Таблиця 1

Шкала астеничних станів

Скарги пацієнтів	% до лікув.	% після лікув.
1. Я працюю з великим напруженням	100	100
2. Мені важко зосередитись	90	40
3. Очікування нервує мене	70	30
4. Я відчуваю м'язову слабкість	50	20
5. Я відчуваю себе втомленим	90	20
6. Мої руки тремтять	40	10
7. Я вже не так добре розумію прочитане	40	10
8. Мої руки і ноги холодні	40	20
9. Мене легко образити	50	20
10. У мене болить голова	40	0
11. Я прокидаюся вранці втомленим	70	10
12. У мене буває смикання м'язів	40	0
13. У мене шумить у вухах	30	0
14. Я відчуваю важкість у голові	30	10
15. Я відчуваю загальну слабкість	80	10
16. Я відчуваю біль у потилиці	30	0
17. Життя для мене пов'язане з напруженням	90	40
18. Моя голова ніби стягнута обручем	30	10
19. Мене втомлюють люди	50	0
20. Коли я хвилююся, я пітнію	60	20
21. Мені не дають заснути неспокійні думки	70	10

Для підтвердження динаміки змін виявлених ШАС проводили повторне обстеження за шкалою субдепресії та депресії. В ході дослідження у 100% пацієнтів після лікування відхилень не діагностовано.

Аналізуючи суб'єктивну оцінку вегетативного дисбалансу у хворих після лікування, нами виявлено слабковиражену ВД у 20% пацієнтів та у 80% відсутність ВД. Помірної, вираженої та важкої ВД діагностовано не було.

Деталізуючи суб'єктивну оцінку посимптомно, виявлено наступну динаміку: почервоніння обличчя та підвищене потовиділення при хвилюванні відмічають лише 20% хворих проти 60%, похолодання пальців рук і ніг 10% проти 50% обстежуваних, швидке втомлення та важке засинання 10% проти 80% досліджуваних (табл. 2). Зникли прояви зміни кольору кінцівок, відчуття “завмирання”, “зупинки” серця, сильне серцебиття у стані спокою, “нестачі” повітря, раптової втрати свідомості, порушення травлення, головного болю нападного типу.

Таблиця 2

Суб'єктивна оцінка вегетативного дисбалансу

Симптоми	% до лікув.	% після лікув.
1. Чи відмічали Ви (при будь-якому хвилюванні) а) почервоніння обличчя? б) зблідніння обличчя?	60 20	20 0
2. Чи буває у Вас затерпання, похолодіння а) пальців рук, ніг? б) повністю рук, ніг?	50 20	10 0
3. Чи бувають у Вас зміна кольору (посиніння, зблідніння, синюватість) а) пальців рук, ніг? б) повністю рук, ніг?	- 20	- 0
4. Чи відмічали Ви підвищене потовиділення (іноді, коли хвилююся, завжди)?	50	20
5. Чи бувають у Вас часті відчуття “завмирання”, “зупинки” серця, сильне серцебиття у стані спокою?	30	0
6. Чи бувають у Вас часті відчуття, що Вам важко дихати (не вистачає повітря, ядуха, важко вдихнути)?	40	0

7. Чи характерні для Вас постійні порушення травлення (поноси, запори, здуття живота)?	30	0
8. Чи бувають у Вас непритомність, раптова втрата свідомості чи відчуття, що можете її втратити?	20	0
9. Чи буває у Вас головний біль нападного типу (дифузний, локальний, "вся голова", стискаючий або пульсуючий)?	60	0
10. Чи відмічаєте ви останнім часом зниження працездатності, швидке втомлення?	80	10
11. Чи відмічаєте Ви порушення сну: важке засинання, поверхневий неглибокий сон, відчуття невиспаності, втоми?	80	10

Для поточення суб'єктивної оцінки вегетативного дисбалансу нами проведено обстеження хворих за об'єктивною оцінкою вегетативної дисфункції (ВД). Нами діагностовано у 10% легку ВД та у 90% відсутність ВД. Помірна, виражена та важка ВД не були виявлені.

Аналізуючи об'єктивну оцінку посимптомно, виявлено тенденцію до зміни кольору шкіри у 10% пацієнтів проти 100%, стійкий червоний дермографізм у 50% проти 100% та зберігається локальна пітливість у 10% хворих проти 60% обстежуваних (табл. 3). Наявність інших симптомів не діагностована.

Підсумовуючи описані вище результати, можна зробити висновок щодо клінічного зменшення проявів хвороби у групі досліджуваних. Таким чином, у хворих на 70% зменшились прояви астенії за ШАС. За суб'єктивною оцінкою ВД у пацієнтів наступило покращання на 80%. Об'єктивна оцінка ВД вказує на одужання 90% обстежених. Отже, застосування малату цитруліну нормалізує вегетативні функції організму та покращує діяльності ЦНС.

Таблиця 3

Об'єктивна оцінка вегетативного дисбалансу

Симптоми	% до лікув.	% після лікув.
1. Зміни кольору і стану шкіри	100	100
2. Стійкий дермографізм	100	50
3. Оцінка ступеня пітливості		
а) локальна (долоні, стопи)	60	10
б) генералізована	30	0

4. Наявність зміненої температури (постійний субфібрилітет, немотивовані, спонтанні підйоми температури за відсутності захворювання)	20	0
5. Наявність погіршення самопочуття при змінах погоди	50	0
6. Погане перенесення холоду, спеки, задухи	60	0
7. Лабільність АТ (різниця більше 20 мм рт. ст. між вимірами на початку і наприкінці огляду)	30	0
8. Лабільність серцевого ритму (різниця більше 10 уд. між вимірами на початку та наприкінці огляду)	30	0
9. Наявність гіпервентиляційного синдрому (порушення глибини та частоти дихання)	40	0
10. Порушення функції ШКТ при відсутності органічної патології	30	0
11. Наявність кризів, мігрені, схильності до непритомності	50	0
12. Наявність психоемоційних порушень	80	0
13. Підвищена нервово-м'язова збудженість, схильність до м'язових спазмів	40	0

Існує гіпотеза, відповідно до якої виникнення ураження міокарда може бути пов'язане з порушенням функціонального антагонізму між симпатичною та парасимпатичною іннервацією серця [8].

Симпатоадреналова (САС) та парасимпатична нервова система забезпечують медіаторний вплив на мембранні структури клітин, органів та систем організму. Сьогодні цілком обгрунтовано індикатором адаптаційної діяльності організму розглядається система кровообігу, яка у значній кількості випадків є лімітуючою ланкою пристосування організму до навантаження [10,11].

За даними Ткаченко Л.М. [2000], у симпатотоніків реєструється напруженість регуляторних систем організму, яка пов'язана із зменшенням функціональних можливостей парасимпатичної нервової системи. За несприятливих умов це призводить до значного підвищення навантаження на серце, погіршення відновлювальних процесів, зниження аеробної та фізичної продуктивності організму. У ваготоніків під час навантаження висока реактивність САС у поєд-

нанні з великими можливостями парасимпатичної нервової системи зумовлюють істотну активацію серцево-судинних функцій, яка відбувається із зменшеним навантаженням на серце та скороченим періодом реституції і супроводжується достатньо високою аеробною здатністю. У осіб з нормотонією енергозабезпечення організму під час роботи відбувається переважно за рахунок функцій зовнішнього дихання, що сприяє збереженню резервів серцево-судинної системи та досягненню великої фізичної працездатності.

Висновок. Використання запропонованих методик дає можливість виявляти особливості психофізіологічного стану у хворих на НЦД та призначати малат цитруліну для корекції виявлених порушень.

Література. 1. Бабов К.Д. Немедикаментозні методи лікування синдрому хронічної втоми. – Одеса, 2001. – 30 с. 2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – Москва: МИА, 2003. – 749 с. 3. Коваленко В.Н. Некоронарогенные болезни сердца: практическое руководство. – К.: Морион, 2001. – 480 с. 4. Коваленко В.Н., Викторов А.П. Компендиум (лекарственные препараты). – Киев: Морион. – 2003. – С. 485-486. 5. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония // Терапевтический архив. – Т.67, №6. – С. 66-70. 6. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. – М.: Медицина, 1994. – 464 с. 7. Сидоренко Г.И. Нейроциркуляторная дистония // Международный медицинский журнал. – 2003. – №1. – С.22-27. 8. Смирнов В.М., Лычкова А.Э. Некоторые аспекты биохимического механизма синергизма отделов вегетативной нервной системы // Российский кардиологический журнал. – 2002. – №4 (36). – С.64-69. 9. Середюк Н.М., Нейко Є.М. Госпітальна терапія – К.: Здоров'я, 2003. – 1176 с. 10. Ткаченко Л.М. Реакції дихання та кровообігу на м'язове навантаження та їх зв'язок з автономною нервовою системою // Фізіологічний журнал. – 2000. – Т.46, №4. – С. 33-40. 11. Ушаков И. Б., Сорокин О.Г. Адаптационный потенциал человека // Российский кардиологический журнал. – 2004. – №4. – С. 8-3.