



ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

Науковий журнал

1 (01) березень 2013

Одеса
2013

на-природа (робітник) ($r=-0,24$, $p < 0,05$). Серед усіх обстежених більшість склали працюючі особи, що вказує на доцільність подальшого вивчення впливу особливостей трудової діяльності на виникнення психопатології на фоні ІХС.

Певну роль у формуванні ДТР мавтрудовий стаж, так у досліджуваних І А, І Б та порівняльній групі він був наступний: до 10 років – 10 (14,3%), 2 (6,7%) і 4 (13,3%) хворих; 11-20 років – 30 (42,86%), 9 (30,0%) і 6 (20,0%); 21-30 років – 21 (30,0%), 10 (33,3%) і 15 (50,0%); більше 30 років – 9 (12,85%), 9 (30,0%) і 5 (16,7%) пацієнтів відповідно. Отже депресивні та тривожні розлади частіше розвивалися у хворих зі стажем трудової діяльності більше десяти років.

Частота конфліктних ситуацій у хворих основної групи достовірно частіше виявлялись систематичні конфлікти на роботі – $21,0 \pm 4,07\%$ хворих у порівнянні з пацієнтами ІІ групи – $3,3 \pm 3,26\%$ ($p < 0,05$). Виходячи з отриманих даних можна стверджувати, що існує прямий зв'язок між конфліктами на роботі та розвитком ДТР у хворих на ІХС.

Аналізуючи оціночну характеристику матеріального благоустрою хворих на ІХС ми виявили, що свої матеріально-побутові умови обстежені оцінили наступним чином: значно нижче середніх – 6 (4,6%) хворих, нижче середніх – 40 (30,8%), як серед-

ні – 73 (56,2%), дещо вище середніх – 10 (7,7%), значно вище середніх – 1 (0,8%) пацієнт. Більшість хворих обох груп визнали своє матеріальне становище середнім – $53,0 \pm 5,0\%$ та $66,7 \pm 8,8\%$ відповідно, в той же час серед хворих з ДТР достовірно більше означили власні матеріально-побутові умови нижче середніх – $35,0 \pm 4,8\%$ пацієнтів основної групи та $16,7 \pm 6,9\%$ порівняльної групи ($p < 0,05$), що свідчить про негативний вплив на психічне здоров'я низького рівня матеріального забезпечення.

За результатами дослідження встановлено, що початок ДТР у хворих з ІХС, з високою ймовірністю, виникав при сполученні дії біологічних та соціальних чинників. У всіх досліджених відмічався вплив одних і тих самих чинників на стан здоров'я, при цьому дія цього впливу відрізнялася за інтенсивністю.

Опираючись на результати проведеного дослідження можна стверджувати, що для ефективної реабілітації пацієнтів з ДТР при ІХС обов'язково повинен проводитися аналіз біологічних та соціальних чинників, що в подальшому буде враховуватись і стане складовою дії побудови психотерапевтичних та психопрофілактичних заходів. Такий підхід надасть можливість покращити якість лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС.

Література:

1. Graham I. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary / I. Graham // *European Heart Journal*. – 2007. – Vol. 28. – P. 2375–2414.
2. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial / B. Gump, K. Matthews, L. Eberly [et al.] // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36 (1). – P. 98–102.
3. Бурлачук Л. Ф. Словник-довідник по психодіагностиці / За редакцією Л. Бурлачука 3-е вид.: Питер. - С.-Петербург. – 2008. – 180 с.
4. Дзеружинская Н. А. О структуре депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологической практики / Н. А. Дзеружинская // *Арх. психіатрії*. – 2003. – Т. 9, № 1 (32). – С. 83–87.
5. Ветроградова О. П. Соматовегетативные нарушения при разных видах депрессии / О. П. Ветроградова, С. Ю. Диков // *Журн. Неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2011. - № 7. – С. 18–25.
6. Корнацький В. М. Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією / В. М. Корнацький, І. В. Третяк, В. В. Чаплінська // *Укр. кардіол. Журн.* – 2011. – № 3. – С. 55–60.
7. Марута Н. О. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування): Методичні рекомендації / Н. О. Марута, О. І. Мінко. – Харків, 2003. – 20 с.
8. Чернишов В. А. Клініко-генетичні аспекти дисліпопротеїдемії та ішемічної хвороби серця: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.11 / Інститут терапії ім. Л. Т. Малої АМН України. – Х., 2006. – 382 арк.: рис., табл. – Бібліогр.: арк. 341–382.
9. Білостоцька Ж. І. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості (клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія). – автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.16. Харків, 2008. – 32 с.

Яремчук О. Б., Васильєва Н. В., Білоус І. І.

доценти

кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психіатрії

Павлович Л. Б.

доцент

кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

ВПЛИВ КОРПОРАЛЬНОЇ АКУПУНКТУРИ НА ПОКАЗНИКИ ОКИСНОВАЛЬНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ КРОВІ ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА

Анотація: Стаття присвячена дослідженню показників оксидантної та антиоксидантної систем крові хворих на хворобу Паркінсона, яке показало наявність порушень про-антиоксидантної рівноваги. Показано виражений антиоксидантний

ефект корпоральної акупунктури, який полягає в стабілізації окисно-відновних процесів у хворих на хворобу Паркінсона.

Аннотация: Стаття посвящена дослідженню показателів окисидантної та антиоксидантної систем крові больних болезню Паркінсона, которое показало наличие нарушеній про-антиоксидантного равновесия. Показан выражений антиоксидантний ефект корпоральної акупунктури, который заключаетс в стабилизации окислительно-восстановительных процессов у больних болезню Паркінсона.

Summary: The article is dedicated to researching the indices of the oxidant and antioxidant blood systems in patients with Parkinson's disease, which has demonstrated a disturbance of pro-antioxidant equilibrium. A marked antioxidant effect of acupuncture, which is characterized of the stabilization of oxidation-reduction processes in patients with Parkinson's disease was expressly showed.

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної неврології. Так, за останні роки в Україні спостерігаються суттєві зміни структури населення в бік збільшення числа людей похилого віку. Це зумовлено демографічним постарінням жителів України, що в першу чергу пов'язано зі зниженням народжуваності та поступовим збільшенням середньої тривалості життя. В результаті має місце відносний та абсолютний ріст хвороб похилого та старечого віку, в тому числі нейродегенеративного генезу, а саме – ХП [1]. ХП – це хронічний, прогресуючий, пов'язаний з віком, нейродегенеративний розлад, котрий характеризується дегенерацією дофамінергічних нейронів в компактній частині чорної речовини із специфічними патоморфологічними змінами (включення, що містять альфа-синуклеїн – тільки Леві і нейрити), синуклеїнергічною дегенерацією адренергічних нейронів голубої плями, холінергічних нейронів базального ядра Мейнерта, серотонінергічних нейронів дорзального шва, нейронів нюхової системи, великих півкуль, стовбура, спинного мозку і периферичної вегетативної нервової системи [1]. Роль вільнорадикальних окиснювальних процесів в патології на теперішній час є загальноприйнятною у всьому світі. Відомо, що найсприятливіші умови для розвитку вільнорадикальної патології існують в головному мозку. Найбільш високий вміст ліпідів і води, максимальне споживання кисню, наявність розвинутої системи біологічних мембран роблять головний мозок особливо чутливим для окиснювального пошкодження. Численні літературні дані доводять, що серед найбільш значущих механізмів, які призводять до загибелі нейронів при хворобі Паркінсона (ХП), є оксидативний стрес, що розвивається внаслідок порушення функціонування мітохондріального дихального ланцюга. Оксидативний стрес запускає визначений “метаболічний каскад”, тобто сукупність взаємозалежних патологічних реакцій, які незворотно пошкоджують клітину [2, 3].

В теперішній час активно вивчається механізм окиснювальної модифікації білків (ОМБ), що має місце в органах і тканинах людини за умов норми і різко зростає під дією окиснювального стресу. Нагромадження окисненого білка може бути раннім критерієм пошкодження тканин активними формами кисню [4]. Одним з показників метаболічної інтоксикації в організмі є середні молекули (СМ). СМ - неоднорідна за хімічною структурою та біологічною дією група речовин, суттєвою особливістю яких є висока біологічна активність. Речовини

цієї групи вважаються неспецифічним маркером інтоксикації будь-якого походження [5]. Пероксиди ліпідів тканин в нормі знаходяться у низьких концентраціях тому, що швидкості їх утворення і розпаду збалансовані, а реакції пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) знаходяться на певному стаціонарному рівні. Суворо регламентація реакцій ПОЛ у мембранних структурах досягається за рахунок функціонування злагодженої системи ферментних і неферментних механізмів контролю за вмістом АФК, вільних радикалів і молекулярними продуктами ПОЛ. Тобто, в організмі людини функціонує складна ієрархічна багатокomпонентна антиоксидантна система, основною функцією якої є регуляція процесів ПОЛ і біополімерів. Провідну роль в формуванні резистентності організму до дії різноманітних хімічних і фізичних факторів відіграє глутатіонова система - найбільш важливий захисний механізм клітини від окиснювального стресу. Відновлений глутатіон є головним джерелом відновлених еквівалентів для регуляції окиснювального статусу всередині клітини [6]. Основним антиоксидантом сироватки крові як у нормі, так і при патології є церулоплазмін, який інгібує і попереджує окиснення ліпідів за рахунок окиснення Fe^{2+} у Fe^{3+} , який зв'язується трансферином.

Акупунктура є безпечним, економічно привабливим методом лікування. Враховуючи дані про позитивний вплив акупунктури (АП) на стан окисно-відновних процесів [7], доцільне вивчення антиоксидантної дії АП у хворих на ХП.

Мета дослідження. Оцінити вплив корпоральної акупунктури (КАП) на показники окиснювальної та антиоксидантної системи крові хворих на ХП.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 26 хворих на ХП. Діагноз виставляли згідно МКБ-10 (1995) у відповідності з загальноприйнятими критеріями Британського банку мозку. Середній вік хворих склав $52,3 \pm 13,5$ років, середня тривалість захворювання – $3,6 \pm 3,1$ років. Середня важкість рухової симптоматики за частиною III Уніфікованої рейтингової шкали оцінки ХП (UPDRS) склала $25,9 \pm 8,4$ бали, важкість за шкалою Хен-Яра – $2,8 \pm 0,6$. У 14 пацієнтів спостерігалась змішана (ригідно-тремтлива) форма ХП, у 5 пацієнтів – тремтлива і у 7 – акінетико-ригідна форма захворювання. Хворих розділили на дві групи. 12 пацієнтів I групи отримували протипаркінсонічне лікування (агоністи дофамінових рецепторів, амантадину гідрохлорид, препарати леводопи чи їх комбінацію), а 14 хворих II групи на фоні комплексного лікування про-

води
реф.
кліє
перс
вик
VB2
МС.
ним
40 >
пла:
пла:
окис
крос
альд
пу с
го в
лож
та бі
при
резу
варі
t Ст
при
F
E
шос
суб'
сими
лась
трем
P
дант

Ак DE/
Мо біл
Ок біл DE/
Від мл і
Ма крос
Ак кат
Прим груп і груп

водили КАП. Проводився індивідуальний підбір рефлекторних точок з урахуванням домінуючого клінічного синдрому захворювання, характеру перебігу захворювання, віку хворого. Найчастіше використовувались наступні точки: VG20, VG14, VB20, V40, GI11, V62, VB21, C7, TR9, TR5, TR4, MC5, VB34, E36, RP6, VB40. Впливали гальмівним методом, залишаючи голки в точках на 30-40 хвилин. До та після проведеного лікування у плазмі крові хворих визначали активність церулоплазміну, вмісту молекул середньої маси, ступінь окиснювальної модифікації білків, а в цільній крові – вміст відновленого глутатіону, малонавого альдегіду та активність каталази. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб відповідного віку. Дослідження виконані з дотриманням положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину і рекомендації Комітету з біоетики при Президії АМН України. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали за методом варіаційної статистики з використанням критерію t Стьюдента. Результати вважалися вірогідними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення.

В результаті проведеного лікування у більшості хворих відмічалась позитивна динаміка суб'єктивного стану та об'єктивної неврологічної симптоматики: покращувався настрій, збільшувалась працездатність, зменшувались вираженість тремору, ригідності.

Результати вивчення стану показників оксидантної та антиоксидантної систем у цільній крові

та плазмі крові хворих на ХП наведені в табл. 1.

У хворих на ХП спостерігається збільшення в плазмі крові активності церулоплазміну на 17,2%, вмісту ОМБ – на 23,5%, малонавого альдегіду - на 17,3%. Активність каталази вірогідно зменшується на 16,4%. Не виявлено вірогідних змін рівня СМ. Не відмічається вірогідних змін вмісту в крові відновленого глутатіону.

Після медикаментозного лікування в плазмі крові хворих на ХП спостерігається зменшення активності церулоплазміну на 7,0%, вмісту ОМБ – на 10,6%, та підвищення активності каталази на 8,0% ($p < 0,05$). Проте, ці показники залишаються достовірно зміненими відносно контролю, окрім показника активності церулоплазміну. Вміст малонавого альдегіду знижується на 15%.

Після курсу КАП виявляється вірогідне зменшення активності церулоплазміну на 18%, вмісту ОМБ – на 17%, малонавого альдегіду на 20%. Зростає активність каталази на 23,8% та вміст у цільній крові відновленого глутатіону на 15,8%.

Отже, в крові хворих на ХП має місце розбалансування системи ПОЛ - антиоксидантний захист у вигляді активації процесів ПОЛ (зростання рівня МА) та гальмування активності антиоксидантних ферментних систем (зменшення активності каталази). Накопичення в плазмі крові хворих ОМБ є раннім критерієм пошкодження тканин активними формами кисню і може свідчити про більшу вразливість білків плазматичних мембран до дії активних кисневих метаболітів, ніж ліпідів. Зростання активності церулоплазміну в плазмі крові хворих

Таблиця 1.

Показники оксидантного та антиоксидантного стану плазми та цільної крові у хворих на хворобу Паркінсона

Показники	Контроль, n=10	До лікування, n=26	Медикаментозне лікування, n=12	Комплексне лікування +КАП, n=14
Активність церулоплазміну, DE/г білка плазми	66,7±0,60	78,17±2,29*	72,63±2,13 $p < 0,05$	64,10±1,74 $p < 0,01$ $p_1 < 0,05$
Молекули середньої маси, DE/г білка плазми	3,64±0,02	3,71±0,07	3,59±0,03 $p > 0,05$	3,54±0,03 $p > 0,05$ $p_1 > 0,05$
Окиснювальна модифікація білків, DE/г білка плазми	44,5±0,79	54,94±2,06*	49,13±1,84* $p < 0,05$	45,50±1,08 $p < 0,01$ $p_1 < 0,05$
Відновлений глутатіон, мкмоль/мл крові	1,06±0,01	1,01±0,05	1,07±0,06 $p > 0,05$	1,17±0,04 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
Малонавий альдегід, мкмоль/л крові	11,44±0,16	13,42±0,68*	11,41±0,62 $p > 0,05$	10,76±0,51 $p < 0,05$ $p_1 > 0,05$
Активність каталази, мкмоль/год·мл плазми	311,1±4,09	260,0±6,01*	281,0±7,88* $p < 0,05$	322,9±7,7 $p < 0,01$ $p_1 < 0,05$

Примітка: 1. * - вірогідні зміни показників щодо контрольної групи; 2. p - вірогідність між відповідною групою і групою хворих до лікування; 3. p_1 - вірогідність між групою хворих, які отримували медикаментозне лікування і групою хворих, яким проводився КАП.

свідчить про активацію неспецифічних захисних механізмів, а зниження його активності після лікування може бути показником ефективності проведеної терапії. КАП володіє вираженими антиоксидантними властивостями, про що свідчить нормалізація показників оксидантної та антиоксидантної систем крові хворих після проведеного лікування.

Висновки. 1. У крові хворих на хворобу Паркінсона спостерігається підсилення процесів ліпепе-

роксидації та недостатність власної системи антиоксидантного захисту.

2. Корпоральна акупунктура має нормалізуючий вплив на стан показників оксидантної та антиоксидантної систем крові хворих на хворобу Паркінсона, що робить доцільним її застосування у цієї категорії хворих.

3. Необхідно проводити подальше поглиблене дослідження впливу голкорексфлексотерапії на клінічні прояви та перебіг хвороби Паркінсона.

Література:

1. Wolters E.Ch. Parkinsonism and Related Disorders / E.Ch. Wolters, T. van Laa., H.W. Berendse eds. // VU University Press. – Amsterdam – 2007. – 576 p.
2. Banerjee R. Mitochondrial dysfunction in the limelight of Parkinson's disease pathogenesis / R.Banerjee, A. Starikov, M. Beal, B. Thomas // Biochimica et biophysica acta-molecular basis of disease. – 2009. – N 7. – P. 651–663.
3. Chung K. Say NO to neurodegeneration: the role of S-nitrosylation in neurodegenerative disorders / K. Chung // Neurosignals. – 2007. – Vol. 15. – P. 307–313.
4. Мещишен І.Ф., Польовий В.П. Механізм окиснювальної модифікації білків // Буковинський медичний вісник. – 2001. – 5. №2. – С. 18–25.
5. Шевага В.М., Паєнок А.В., Олексюк А.Г. Вміст середніх молекул та реологічні властивості крові у хворих з початковими проявами недостатності кровопостачання головного мозку на фоні атеросклерозу та гіпертонічної хвороби // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т. 3, № 5. – С. 187-189.
6. Мещишен І.Ф., Пішак Б.П. Обмін речовин у людини: Навч. посібник. - Чернівці: Медінститут, 1995. - 193 с.
7. Яремчук О.Б. Вплив голкорексфлексотерапії на стан показників окиснювальної та антиоксидантної систем у крові хворих на дисциркуляторну енцефалопатію / О.Б. Яремчук, Н.В. Васильєва, І.І. Білоус, О.О. Філіпець // Укр. мед. альманах. – 2010. – Т. 13, № 4. – С. 170-171.

Ясніковська С. М.
доцент

кафедри акушерства, гінекології та перинатології

Кравченко О. В.

професор, завідувач

кафедри акушерства, гінекології та перинатології,

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Анотація: В статті наведені результати відновлювального лікування жінок із запальними захворюваннями геніталій, що спричинили розвиток порушень менструальної та дітородної функцій. Проведені дослідження довели доцільність використання грязевих процедур в комплексі реабілітаційних заходів у хворих із хронічними запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів, що дало змогу відновити їх повноцінне функціонування та забезпечити реалізацію в подальшому дітородної функції жінки.

Анотация: в статье приведены результаты восстановительного лечения женщин с воспалительными заболеваниями гениталий, вызвавших нарушения менструальной и репродуктивной функции. Проведенные исследования доказали эффективность использования грязелечения в комплексе реабилитационных мероприятий у больных с хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, в результате которого восстановилась их функция и способность к деторождению.

Summary: In the article the brought results over of renewal treatment of women with the inflammatory diseases of genitalia that entailed development of violations of menstrual and genital functions. Result of studies led to expediency of the use of mud procedures in the complex of rehabilitation measures for patients with the chronic inflammatory diseases of internal muliebrias, that gave an opportunity to renew them reproductive function of woman.

Запальні захворювання внутрішніх статевих органів є найбільш частою гінекологічною патологією у жінок. Перенесений один раз запальний процес додатків матки за умов недосконалих методик лікування та реабілітації призводить до неплідності у 25-30 % випадків, двічі перенесений - в 45-50 % , тричі - в 70% [1]. Позамагкова вагітність зустрічається у 5 разів частіше, порушення менструального циклу – у 7 разів частіше [3]. У комплексі методів консервативного лікування особлива роль

належить курортним факторам (грязі, рапа солених озер та лиманів, сірководневі, радонові та інші лікувальні води) [2].

З метою оцінки ефективності санаторно-курортного лікування нами виділено групу із 47 жінок, які знаходилися на диспансерному обліку з приводу запальних захворювань внутрішніх статевих органів і мали порушення оваріально-менструального циклу, неплідність чи звичне невиношування, пов'язані із перенесеними запальними процесами

ми
усіх
хрої
лій,
цес
мал
за в
рідп
деш
вип
мен
нані
% ж
інш
орга
(
зала
сут
погі
ня б
числ
жах
мал
ня р
вані
гряз
стру
при
мен
стер
збіл
бли
ціям
нов
жін
І
до н
Із 17

1
гной
гов"
2
восп
3