

УДК: 615.24:[161/342-002.44+616.12-008.331.1

■ С.В. Шулер, асист. каф. внутріш. мед. № 3
Л.М. Іванова, д. мед. н., проф., зав. каф. пропедевтики внутріш. мед.

■ Луганський державний медичний університет

ЗАСТОСУВАННЯ ГІНГГО БІЛОБА В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В СПОЛУЧЕННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

На теперішній час поширеність пептичної виразки дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) серед дорослого населення України складає 6,1-13,2 %, що становить важливу соціальну та медичну проблему внаслідок пов'язаної з цим тимчасової та стійкої непрацездатності хворих, а також у зв'язку з розвитком у частині випадків важкого та ускладненого перебігу цієї патології [1, 8].

Водночас серцево-судинні захворювання в загальній структурі смертності населення України становлять 64 % [4, 11]. За даними статистики на цей час підвищений артеріальний тиск виявляється у 11 млн. пацієнтів, частіше у працездатному віці [10, 11].

Нині сполучена патологія внутрішніх органів займає значне місце у структурі захворюваності. Так, гіпертонічна хвороба (ГХ) приєднується до перебігу ПВ ДПК в 8,2 % випадків [3,9]. При поєднанні ГХ та ПВ змінюється клінічна картина обох захворювань, а це утруднює діагностику та знижує ефект лікування [5, 6, 7, 14, 16].

ГХ та ПВ ДПК мають спільні механізми етіопатогенезу, в тому числі вегетативні порушення [2, 5, 6, 7, 9].

Для визначення активності відділів вегетативної нервової системи використовують аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР), який зумовлений симпатичними і парасимпатичними впливами [13]. Зниження показників ВСР підвищує ризик виникнення раптової смерті та інфаркту міокарда, а підвищення активності симпатичної нервової системи збільшує потребу міокарда в кисні [12]. Показники ВСР дозволяють оцінити вплив призначеного препарату на автономну нервову систему [12, 13, 15].

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності застосування в медичній реабілітації хворих на ПВ ДПК у сполученні з ГХ гінгго білоба на підставі вивчення особливостей ВСР.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом знаходилося 120 хворих на ПВ ДПК у сполученні з ГХ у період медичної реабілітації, віком від 23 до 60 років, які були поділені на дві рандомізовані

групи: основну (69 осіб) та зіставлення (51 особа).

Верифікацію діагнозу ПВ ДПК здійснювали згідно з критеріями Маастрихтського Консенсусу III (2006) та Наказу МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р.; ГХ – відповідно критеріям ВООЗ/МТГ (1999), рекомендаціям Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства гіпертензії (2007) та Наказу МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р.

Для оцінки ВСР хворим проводили добове моніторування електрокардіограми (ЕКГ) за допомогою апарату «CardioTens 01» («Meditech», Угорщина) з аналізом за допомогою комп'ютерної програми «Medibase».

ВСР оцінювали за часовими та частотними показниками, які схвалені Робочою групою Європейського товариства кардіологів та Північноамериканського товариства електрофізіології та стимуляції (1996). Аналізували наступні показники:

- SDNN – стандартне відхилення від середньої тривалості всіх інтервалів R-R (мс).
- rMSSD – квадратний корінь із суми квадратів різниці величин послідовних пар інтервалів R-R (мс);
- pNN50% – відсоток R-R інтервалів від загальної кількості послідовних пар інтервалів, що розрізняються більш, ніж на 50 мс (%);
- TINN – відношення загального числа інтервалів R-R до кількості інтервалів R-R з тривалістю, яка зустрічалась найчастіше;
- TP – загальна спектральна потужність кардіоінтервалограми (мс²);
- VLF – потужність спектра у діапазоні дуже низьких частот;
- LF – потужність низькочастотного спектра кардіоінтервалограми (мс²);
- HF – потужність високочастотного спектра кардіоінтервалограми (мс²);
- LF/HF – показник симпатовагального балансу;
- HFn – нормалізована потужність високочастотного спектра, що розрахована за формулою:

$$HF_n = 100 \times HF / (LF + HF),$$

де LF – потужність низькочастотного спектра, (мс²);

HF – потужність високочастотного спектра, (мс²).

• LF_n – нормалізована потужність низькочастотного спектра, що розрахована за формулою:

$$LF_n = 100 \times LF / (LF + HF).$$

Пацієнтам обох груп призначали загальноприйняте лікування згідно рекомендаціям Маастрихтського Консенсусу III (ПВ ДПК) та Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства гіпертензії. Хворим основної групи під час медичної реабілітації додатково призначали гінкго білоба, який має властивості покращувати кровотік, регулювати метаболізм, захищати клітини і тканини від уражень, обумовлених дефіцитом кисню. Гінкго білоба призначали по 1 капсулі (40 мг) тричі на добу впродовж місяця.

Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою стандартних методів.

Результати дослідження та їх обговорення

Наприкінці медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК в сполученні з ГХ інтегральний показник ВСР, що був спочатку знижений, достовірно збільшився у пацієнтів основної групи з $80,1 \pm 3,8$ мс до $112,4 \pm 4,1$ мс ($p < 0,05$). У хворих групи зіставлення відмічалось підвищення показника SDNN з $77,5 \pm 3,9$ мс до $85,3 \pm 3,9$ мс, але воно було недостовірним ($p < 0,05$).

Аналіз часових показників ВСР, що характеризували активність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, дозволив виявити в групі зіставлення відсутність достовірних змін rMSSD ($31,1 \pm 2,0$ мс і $35,6 \pm 2,1$ мс відповідно; $p < 0,05$). Водночас у хворих основної групи спостерігалось достовірне збільшення показника rMSSD (з $29,5 \pm 2,0$ мс до $42,8 \pm 2,7$ мс; $p < 0,05$).

Різниця за показником рNN 50 % у хворих обох груп після проведення медичної реабілітації була достовірною ($8,1 \pm 1,0$ % і $12,6 \pm 1,4$ % відповідно; $p < 0,05$). Показник TINN у хворих основної групи достовірно збільшився з $17,7 \pm 0,9$ до $28,6 \pm 1,9$ ($p < 0,05$).

Таким чином, у пацієнтів з ПВ ДПК у сполученні з ГХ включення до медичної реабілітації гінкго білоба сприяло позитивній динаміці часових показників ВСР.

Загальна спектральна потужність ВСР була знижена у хворих основної групи і групи зіставлення (2224 ± 116 мс² і 2195 ± 117 мс² відповідно). У пацієнтів групи зіставлення показник збільшився до 2458 ± 124 мс² ($p < 0,05$), а у хворих основної групи до 2976 ± 132 мс² ($p < 0,05$). Після медичної реабілітації різниця між пацієнтами основної групи і групи зіставлення була достовірною (в середньому $21,2$ %; $p < 0,05$).

Показник спектральної потужності в ділянці дуже низьких частот (VLF) у осіб групи зіставлення зростав з 303 ± 62 мс² до 386 ± 70 мс² ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи, яким додатково призначали гінкго білоба, показник VLF достовірно збільшився з 270 ± 58 мс² до 482 ± 72 мс² ($p < 0,05$).

Наприкінці медичної реабілітації у хворих основної групи показник LF знизився з 1379 ± 63 мс² до 1282 ± 74 мс²; у хворих групи зіставлення – з 1414 ± 71 мс² до 1381 ± 71 мс² ($p > 0,05$).

У хворих групи зіставлення різниця з початковим значенням показника HF виявилась достовірною (504 ± 41 і 599 ± 42 мс² відповідно; $p < 0,05$). У хворих основної групи, які отримували гінкго білоба, спостерігалось достовірно вищі значення показника HF (541 ± 50 мс² і 752 ± 56 мс² відповідно; $p < 0,05$), що свідчило про позитивний вплив призначення фітозасобу.

Показник LF/HF у хворих групи зіставлення свідчив про підвищення активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи ($2,81 \pm 0,15$ і $2,27 \pm 0,13$ відповідно; $p < 0,05$); у хворих основної групи, які отримували гінкго білоба, – про більш виразне балансування активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи ($2,67 \pm 0,19$ і $1,71 \pm 0,1$ відповідно; $p < 0,05$).

Після медичної реабілітації показник LF_n у осіб групи зіставлення знизився з $73,8 \pm 3,0$ % до $69,7 \pm 3,4$ % ($p > 0,05$). У осіб основної групи було відмічено достовірне зниження даного показника (з $71,6 \pm 2,8$ % до $63,02 \pm 2,76$ %; $p < 0,05$). Різниця за показником LF_n між хворими основної групи і групи зіставлення після медичної реабілітації була достовірною ($p < 0,05$).

Показник спектральної потужності в ділянці високих частот (HF_n) у пацієнтів основної групи достовірно зростав (з $28,4 \pm 2,3$ % до $37,0 \pm 2,0$ %; $p < 0,05$); у пацієнтів групи зіставлення достовірність не визначалась ($26,2 \pm 1,2$ % і $30,3 \pm 2,0$ % відповідно; $p > 0,05$).

Висновки

1. У хворих на ПВ ДПК у сполученні з ГХ спостерігалось порушення ВСР: зниження часових (SDNN, rMSSD, рNN 50 %) і частотних (HF, HF_n) показників, збільшення показника LF/HF, що свідчило про підвищення активності симпатичного і зниження активності парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи в регуляції серцевої діяльності.

2. Застосування в медичній реабілітації фітозасоби гінкго білоба у хворих основної групи на ПВДПК у сполученні з ГХ сприяло достовірній нормалізації симпатико-парасим-

патичного балансу автономної нервової системи за рахунок зниження впливу симпатичного та підвищення впливу парасимпатичного відділів.

Література

1. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення. // *Сучасно гастроентерол. і гепатол.* – 2000. – №1. – С. 17-20.
2. Железнякова Н.М. Морфофункціональний стан слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих з пептичною дуоденальною виразкою в поєднанні з гіпертонічною хворобою. // *Укр. тер. журн.* – 2007. – № 2. – С. 66-69.
3. Звенигородская Л.А., Лазебник Л.Б., Таранченко Ю.В. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. // *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* – 2003. – № 5. – С. 139-140.
4. Коваленко В.М. Кардіологія в Україні: вчора, сьогодні і в майбутньому (до 10-річчя Академії медичних наук України). // *Укр. кардіол. журн.* – 2003. – № 2. – С. 9-16.
5. Коломиец В.И. Плазменные факторы стероиднеза при коморбидном течении гипертонической и язвенной болезни. // *Укр. мед. альманах.* – 2007. – № 2. – С. 73-79.
6. Медведев В.Н. Сравнительное исследование клинических, морфологических и функциональных критериев при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с ИБС и артериальной гипертензией // *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* – 2002. – № 1. – С. 145.
7. Михеева О.М. Язвенная болезнь и артериальная гипертензия у пожилых. // *Клин. геронтол.* – 2004. – Т. 10. – № 7. – С. 50-55.
8. Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В. Язвенная болезнь: прошлое, настоящее, будущее. – К., 2003. – 247 с.

9. Сас Е.И., Струсов И.М. Клинико-морфологические и метаболические особенности язвенной болезни, сочетающейся с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. // *Фармакол. сб. «Лекарства и человек».* – Харьков, 1999. – С. 134-136.
10. Свіщенко Є.П., Багрій А.Є., Єна Л.М. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: Посібник до Національної програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К., 2004. – 86 с.
11. Серцево-судинні захворювання: Методичні рекомендації діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка та М.І. Лутця. – Київ: Здоров'я України, 2005. – 542 с.
12. Соболев А.В. Новый подход к оценке индивидуальной суточной вариабельности ритма сердца у пациентов. // *Кардиол.* – 2003. – № 8. – С. 16-21.
13. Соболев А.В. Проблемы количественной оценки вариабельности ритма сердца при холтеровском мониторинговании. // *Вестн. аритмологий.* – 2002. – № 26. – С. 21-25.
14. Современные концепции лечения инфекции, связанной с H. Pylori. Массачусетский консенсус-2 (2000) // *Сучасно гастроентерол. та гепатол.* – 2000. – № 2. – С. 70-71.
15. Чекман І.С. Метаболічні препарати в сучасній експериментальній та клінічній фармакології. // *Актуальні питання фармац. та мед. науки та практики: 36. наук. статей. К.* – 2002. – Вип. 8. – С. 11-17.
16. Perri F., Festo V., Clemente R., Villani V.R. et al. Randomized study of two "rescue" therapies for *Helicobacter pylori*-infected patients after failure of standard triple therapies // *Am. J. Gastroenterol.* – 2001. – V. 96 – P. 58-62.

Надійшла до редакції 24.03.2009

УДК: 615.24:[161/342-002.44+616.12-008.331.1

С.В. Шупер, Л.Н. Иванова

ПРИМЕНЕНИЕ ГИНКГО БИЛОБА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ключевые слова: пептическая язва двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь, вариабельность сердечного ритма, гинкго билоба

При анализе вариабельности сердечного ритма у 120 больных с пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с гипер-

S.V. Shuper, L.N. Ivanova

APPLICATION OF GINKGO BILOBA IN MEDICAL REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH PEPTIC DUODENAL ULCER IN COMBINATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Key words: peptic duodenal ulcer, arterial hypertension, heart rate variability, ginkgo biloba

In analysis of heart rate variability of 120 patients with peptic duodenal ulcer in

томической болезнью выявлены изменения вариабельности сердечного ритма со снижением частоты (SDNN, rMSSD, pNN 50 %) и частотных (HF, HFn) показателей, а также повышением показателя LF/HF, что свидетельствовало о повышении активности симпатического и уменьшении активности парасимпатического отделов вегетативной нервной системы в регуляции сердечной деятельности. Применение в медицинской реабилитации гинкго билоба способствовало нормализации симпатико-парасимпатических влияний за счет снижения симпатического и повышения парасимпатического влияния на сердечную деятельность.

combination with arterial hypertension changes of HRV with decreasing of time (SDNN, rMSSD, pNN 50 of %) and frequency (HF, HFn) parameters and also increasing of a parameter LF/HF were revealed. That confirmed the increasing of sympathetic activity and reduction of parasympathetic activity in autonomic regulation of cardiac functioning. The application of ginkgo biloba in medical rehabilitation promoted normalisation of sympathetic and parasympathetic influences because of decreasing of the sympathetic and increasing of the parasympathetic regulation activities to the cardiac functioning.

□

УДК: 616.36+ : 616.12-092/9-085.577.125

- В.А.Туманов¹, д.м.н., зав. каф. фармакол.
І.С. Чекман², д.м.н., проф., член-кор. НАН І АМН України, зав. каф. фармакол. І клін. фармакол.
Н.О.Горчакова², д.м.н., проф., каф. фармакол. І клін. фармакол.
О.Г. Тимченко¹, к.м.н., доц. каф. фармакол.

- *Медицинский институт УАНМ, м. Київ*
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

НОВІ ВЛАСТИВОСТІ ЖЕНЬШЕНЮ: ГІПОГЛІКЕМІЧНИЙ ЕФЕКТ, МЕХАНІЗМИ ДІЇ

Рослини – найдавніша сировина для виготовлення ліків. Упродовж історії рослинний світ був джерелом не лише харчових продуктів, а й цінних лікарських засобів. За історичними даними лікарські рослини застосовували для лікування цукрового діабету в глибоку давнину, особливо у країнах сходу, що наведено у рукописах, книгах, збірниках, у тому числі у “Каноні лікарської науки” Авіценни. Провідне місце у лікуванні цукрового діабету належить дієті, засобам замісної терапії – препаратам інсуліну, а також пероральним проти діабетичним засобам – похідним сульфонілсечовини, амінокислот, бігуанідам, інгібіторам тіазолідиндіонів, інгібіторам альфа-глюкозидази. Препарати з лікарських рослин призначають переважно як допоміжні й обов’язково у комплексі з вищепереліченими ліками. При легких формах цукрового діабету засоби фітотерапії можуть бути застосовані як основні цукрознижувальні засоби у доповненні до дієтотерапії [1].

Незважаючи на формулярні схеми лікування цукрового діабету 1-ого та 2-ого типу, увагу вчених усього світу в якості препаратів супроводження привертають лікарські засоби рослинного походження [23], адже не завжди навіть сильнодіючі ліки можуть здійснити контроль за лікуванням [7, 27], мають значну кількість побічних ефектів. Цукровим діабетом страждає значна кількість населення, з

яких 90 % припадає на інсуліннезалежний діабет [27], що вимагає пошуку альтернативних формулярним гіпоглікемічних засобів без тих побічних реакцій, які мають засоби базисної терапії. Відкриття діючих речовин у рослинах з гіпоглікемічною дією дозволило визначити новий клас гіпоглікемічних агентів [13]. В останні роки з’явилися повідомлення щодо гіпоглікемічної дії женьшеню [31, 33]. Головні дослідження проведені з препаратами китайського, японського та американського женьшеню [22].

Женьшень називають королем трав, ця рослина дуже важлива у китайській традиційній і народній медицині. Його застосовують у медичній практиці понад 2000 років, у багатьох східних країнах його вважають панацеєю. Тому не дивно, що в деяких старовинних довідниках повідомляють про можливість його застосування при діабеті [4]. У західні європейські країни женьшень був завезений арабами можливо у IX сторіччі [21]. У спогадах Марко Поло є повідомлення про те, як женьшень і шовк були завезені в Європу та Південну Америку. Спочатку його культивували в Китаї, Кореї, Східному Сибіру. Поступово ним зацікавилися в усьому світі [12]. У препаратах женьшеню відкрився широкий спектр дії завдяки біологічно активним речовинам гінзеноїдам [32]. В експериментах на тваринах і в клініці показаний