

УДК: 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02

© Задніпр'яний І.В., Третьякова О.С., Фархад аль Доусарі, Енг Лу Сан, 2011

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІПІНУ В КОРЕКЦІЇ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ГІПОКСИЧНОМУ УШКОДЖЕННІ МІОКАРДУ НОВОНАРОДЖЕНИХ **Задніпр'яний І.В., Третьякова О.С., Фархад аль Доусарі, Енг Лу Сан**

Кримський державний медичний університет ім.С. І. Георгієвського

Загальновідомо, що будь-який патологічний процес має у своїй основі порушення структурно-функціональної організації клітини, і в першу чергу, клітинних мембран та їхнього рецепторного апарату. Утворенню і накопиченню токсичних речовин у нормальній клітині запобігає дія природних антиоксидантів, до яких відносять і фосфоліпіди. На практиці доведена висока ефективність використання ліпосомальних форм медикаментозних речовин, в склад яких входять фосфоліпіди, при різноманітних екстремальних станах, у тому числі й при гіпоксії.

Метою дослідження стало з'ясування терапевтичних можливостей ліпосомного препарату ліпину в корекції метаболічних порушень, які виникають при ушкодженні серцевого м'язу у новонароджених внаслідок дії перинатальної гіпоксії.

Ліпосомний препарат ліпін – це лікарський засіб природного походження, який є ліофілізованим яєчним фосфатиділахоліном. А як відомо, саме цей різновид фосфоліпідів входить до складу зовнішнього шару сарколеми та внутрішнього прошарку мембран мітохондрій, які найбільш страждають в умовах перинатальної гіпоксії.

Було обстежено 160 новонароджених з гіпоксичним ушкодженням серця. В 30 випадках окрім традиційної терапії було застосовано ліпін внутрішньовенно із розрахунку 10-15 мг/кг маси 2 рази на добу протягом 7-14 діб. Ефективність лікування відстежували за динамікою клінічних проявів, ЕКГ-них та ЕхоКГ-них показників, змінами активності кардіоспецифічного ізоферменту МВ-КФК, продуктів перекисного окислення ліпідів.

Під впливом лікування з залученням ліпину спостерігалась більш швидка в порівнянні з традиційною терапією позитивна динаміка клінічних проявів захворювання, ліквідація ЕКГ-ознак дис-

метаболізму серцевого м'язу, нормалізація ЕхоКГ-показників, що характеризують стан центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки. Поряд з цим ресструвалися біохімічні ознаки нормалізації проникності клітинних мембран кардіоміоцитів (фізіологічний рівень МВ-КФК, продуктів ліпопероксидації еритроцитів: малонового діальдегіду, гідроперекисів ліпідів, перекисної резистентності еритроцитів, визначення в фосфоліпідах та нейтральних жирах еритроцитів рівня арахідонової кислоти, диенових та трієнових кон'югатів). Стабілізація процесів ПОЛ під впливом ліпину забезпечує нормальну проникність клітинних мембран та фізіологічний перебіг метаболічних процесів на рівні кардіоміоцитів. Відомо, що перебіг процесів ліпопероксидації на фізіологічному рівні полегшує дифузійний транспорт недокислених метаболітів з цитоплазми ішемізованих кардіоміоцитів і пролонгує період зворотних змін внутрішньоклітинних структур, відіграючи роль компенсаторно-адаптаційних реакцій з боку мембран ушкоджених кардіоміоцитів.

Мембраностабілізуючий ефект ліпину патогенетично обумовлений його структурною ідентичністю фосфоліпідам оболонки серцевих клітин, спроможністю ліпину вбудовуватися в мембрани як самих кардіоміоцитів, так і їх органел, що обумовлює стабільність їх проникності та гомеостаз клітин серця. Спроможність ліпину викликати антигіпоксичний, антиоксидантний ефекти за рахунок стабілізації проникності клітинних мембран, захисту кальцієвих каналів від дії продуктів ПОЛ, його властивість накопичуватися в ішемізованих тканинах ставлять цей препарат у ряд засобів з кардіопротекторною дією, спрямованою на оптимізацію енергетичного обміну ішемізованого міокарду у новонароджених з гіпоксичним ушкодженням серця.

УДК: 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02

© Игнатьев А.М., Ермоленко Т.А., Ямилова Т.Н., 2011

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА

Игнатьев А.М., Ермоленко Т.А., Ямилова Т.Н.

Одесский государственный медицинский университет.

Цель работы. Изучить эффективность комплексного лечения структурно-функциональных изменений костной ткани.

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов (14 мужчины и 46 женщин в возрасте от 42 до 70 лет (средний возраст 53,85 +

8,91 года) с остеопорозом (ОП) и остеоартрозом (ОА) коленных суставов. Критерии включения: наличие гонартроза, болевого синдрома не менее 40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Критерии исключения: ИБС, сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, саха-

рний діабет, порушення функції печені і почек. Пацієнти рандомізовані в 2 групи: більші основної групи ($n = 40$) отримували комплексну терапію, пацієнти групи порівняння ($n = 20$) — не отримували остеотропну терапію. Групи були сопоставимі по віку, основним клінічним проявам.

Проводили анкетування, клінічне обстеження, визначення маркерів резорбції (В-CrossLaps (СТх). СТх визначали вихідно і через 3 місяці лікування. Об'єм рухів, функціональні можливості, болювий синдром оцінювали з допомогою ВАШ і індексу Лекена вихідно і через 3, 6 і 12 місяців після прийому препарату. Застосовували ультразвукову денситометрію ("Аloka-AOS-100"), вихідно і через 12 місяців.

Комплексне лікування включало: СаДЗ — постійно, Кальцитонин — спрей в дозі 200МЕ, курсом 15-20 днів в поєднанні з хондропротектором — комплекс (глюкозаміна сульфат і хондроїтин сульфат натрію), на протязі 3х місяців.

Результати і їх обговорення. У 37 (58,8%) хворих була діагностована І стадія гонартроза, у 23 (41,2%) — ІІ. Середня тривалість захворювання становила $6,2 \pm 0,98$ років (від 1 року до 20 років). Зростання болювого синдрому, зменшення рухливості суглобів спостерігалося у 61 (76,3%) пацієнта на протязі від 1 до 3 тижнів, у 19 (23,7%) хворих — впродовж 1 міс. Всі пацієнти мали болювий синдром різної інтенсивності, у 32 — явлення астено-невротического синдрому і у 28 — загальна слабкість.

Втрата кісткової тканини у всіх хворих перевищала: $-2,5$ по Т критерію ($-2,7 \pm 1,31$), що згідно класифікації ВОЗ відповідає вираженому ОП. Вихідно СТх був підвищений (СТх - $0,64 \pm 0,04$ нг/мл), що свідчить про прискорену втрату МПКТ.

Зміцнення самопочуття відзначали всі пацієнти кінця третього місяця лікування. Це відобразилося в зменшенні болю в області спини, рук, ніг, в суглобах і зменшенні загальної слабкості, що сприяло розширенню рухового режиму, нормалізації сну і збільшенню настроєння. Визначення СТх через 3 місяці лікування показало достовірне зниження — на 27,4%, що свідчить про ранню ефективність проводимої терапії. В групі порівняння СТх був незмінним.

В основній групі у 20 пацієнтів зникла загальна слабкість, у 27 — нормалізувався сон і настроєння. Виявлено пряму корелятивну залежність між СТх і ступенем зростання МПКТ на фоні лікування ($r = 0,47$). Через 6 місяців збільшення самопочуття відзначали всі пацієнти. Це відобразилося в зменшенні болю в області спини, в кістках і зменшенню загальної слабкості, що сприяло розширенню рухового режиму, нормалізації сну. Stiff. ind. зріс на 3,9% ($p < 0,05$) через 6 міс., через 1 рік на 4,6% ($p < 0,05$). В групі порівняння не було позитивної динаміки.

Таким чином, збільшення самопочуття пацієнтів основної групи, позитивна динаміка СТх, МПКТ свідчить про сповільнення процесу втрати кісткової маси і про позитивний результат терапії.

Висновки: Для лікування хворих ОП і ОП необхідно застосовувати комплексну терапію з використанням остеотропних препаратів і хондропротекторів, які доповнюють і посилюють ефекти однієї іншої, що дає пролонгований терапевтичний ефект і клінічно виражається в зменшенні болювого синдрому.

УДК: 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02

© Ігнат'єв А.М., Засипкіна О.В., Сагідова Р.І., 2011

КІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ ХРЕБТА

Ігнат'єв О.М., Засипкіна О.В., Сагідова Р.І.

Одеський національний медический університет

Актуальність теми: відомо, що остеопороз є «німою хворобою» і здебільшого розвивається асимптоматично до виникнення перших переломів. В умовах гіподинамії відбувається поступове ослаблення м'язів спини та живота, зменшуються їх фіксувальна та стабілізуюча функції. Порушення рівноваги сил веде до того, що маса тіла, яка зменшується допереду, не компенсується напруженням м'язів спини. Створюється поступове формування патологічних згинів хребта, які ускладнюють клінічну картину, збільшують ризик падіння, чим погіршують якість життя. Виявлено, що найбільш «слабкими» є грудний та поперековий відділи хребта, викривлення яких погіршується віковою слабкістю м'язів — розгиначів спини з переважанням

сили м'язів -згиначів. Тому підхід до лікування остеопорозу хребта має полягати не тільки в фармако- та дієтотерапії, а ще він має включати лікувальну фізкультуру, направлену на укріплення в першу чергу м'язів спини та черевного пресу, при цьому підхід до кожного пацієнта повинний бути суворим індивідуальним, а навантаження адекватним.

Мета роботи: розробка комплексу вправ, біомеханічно доцільний для хворих остеопорозом для профілактики падіння з метою поліпшення якості життя.

Матеріали та обладнання: як ми знаємо м'язи тулуба розміщуються пошарово, що дозволяє виконувати найрізноманітніші комбінації рухів, до