

Опитувальник виявив високий ризик НПЗЗ-гастропатії у 123 осіб, після дообстеження і постановки остаточного діагнозу НПЗЗ-гастропатія була підтверджена у 121 людини.

Ключові слова: НПЗЗ-гастропатія, опитувальник

RAPID DETECTION AND PREVENTION OF NSAID-DEPENDENT GASTROPATHY: SEARCH FOR EFFECTIVE SOLUTIONS

Dorofeev A.E., Osadchaya V.O., Osadchiy M.B.

Summary. The aim of the study was to develop a questionnaire that allows to quickly identify patients at risk for NSAID-gastropathy. 356 patients were interviewed. Questionnaire revealed a high risk of NSAID-gastropathy in 123 people, after additional examination and concluding diagnosis confirmation NSAID-gastropathy was confirmed in 121 people.

Key words: NSAID-gastropathy, questionnaire

Отримано до редакції 01.03.13

УДК 616-008.9+615.825

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ВЫБОРЕ МЕТОДИКИ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Зубенко И.В

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Выбор реабилитационной программы кинезотерапии должен определяться исходным состоянием пациента с выявлением ведущего патогенетического синдрома. При дисметаболическом синдроме с ацидозом и симпатикотонии показана седативная, релаксационная терапия с элементами ощелачивания рН среды, на фоне дисметаболического синдрома с тенденцией к алкалозу и парасимпатикотонии необходимо использовать стимулирующие методики воздействия с подкислением рН среды.

Ключевые слова: кинезотерапия, лечебная физкультура, вариабельность сердечного ритма, дисметаболический синдром

Важной составляющей реабилитационной программы любого пациента является кинезотерапия, эффективность которой будет существенно зависеть от правильного подбора методики лечебной физкультуры (ЛФК) в соответствии с исходным состоянием пациента. Выбор методик ЛФК в большей степени должен определяться преобладающим патогенетическим синдромом, одним из которых выступает дисметаболический [2]. Он, как типовой процесс, составляет основу многих соматических заболеваний. При нарушении

метаболизма меняются физико-химические характеристики коллоидов клеток и межклеточных структур, степень их дисперсности и гидрофилии, поверхностное натяжение плазмы крови, способность к адсорбции и другие важные свойства. Данный синдром проявляется либо угнетением обменных процессов, либо их активацией, и сопровождается развитием внутриклеточного ацидоза или алкалоза [4]. Кислотно-щелочное равновесие является ведущим параметром внутренней среды организма. От соотношения водородных и гидроксильных ионов в крови в значительной степени зависят активность ферментов, направленность и интенсивность окислительно-восстановительных реакций. Процессы расщепления и синтеза белка, гликолиз, окисления углеводов и жиров, функции ряда органов, чувствительность рецепторов к медиаторам, проницаемость мембран определяются балансом указанных ионов [4]. Расстройства липидного, белкового, углеводного метаболизма, сдвиг кислотно-щелочного равновесия, биохимические и энергетические нарушения во многом определяют прогрессирование и прогноз заболевания. В связи с этим первостепенной задачей является дифференцированная профилактика и лечение патологии с учетом метаболических нарушений и их коррекцией, подбором адекватного двигательного режима.

Цель работы состояла в изучении особенностей обменных процессов и вегетативной регуляции у больных с ожирением I-II степени с преобладающим дисметаболическим синдромом и определении возможности отбора больных с помощью данных методов исследования для кинезотерапии.

Материал и методы

В исследование были включены 42 пациента с ожирением I-II степени, которые составили основную группу (1-я группа). Ожирение I степени с превышением нормальной массы тела на 10-29% отмечалось у 27 больных (64,28%), II степень с увеличением веса на 30-49% от нормального наблюдалась у 15 человек (35,72%). Контрольная группа состояла из 12 людей с нормальной массой тела (2-я группа). В группы были включены лица в возрасте от 35 до 55 лет. У всех больных учитывались клинические проявления заболевания на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и результаты медицинского осмотра, проводились определение индекса массы тела (ИМТ), который составил $31,14 \pm 2,16$ и $20,26 \pm 2,13$ для 1-й и 2-й групп соответственно, и мониторинг артериального давления.

Особенности вегетативной регуляции определялись при проведении variability сердечного ритма (VCP) с помощью аппаратно-программного комплекса «ANSpro». Рассчитывались относительные мощности спектров сердечного ритма в диапазонах HF, LF, а также отношение LF/ HF.

В аналогичные дни исследовали сыворотку крови больных и здоровых для определения показателей холестерина, триглицеридов, серотонина; продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) по уровню диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), общей антиоксидантной активности (АОА), супероксиддисмутазы (СОД); ионов калия и кальция. Статистическую обработку результатов проводили с использованием метода вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение

Исследования показали различия исходного уровня показателей VCP. В группе здоровых показатели VCP были следующими: LF=236,23±21,67, HF=138,95±18,12, индекс вагосимпатического баланса составил 1,70±0,15. Полученные значения соответствовали данным других исследований и были приняты за норму [1, 2]. Исходный уровень показателей VCP пациентов основной группы позволил разделить их на две подгруппы с различными типами вегетативной регуляции. У 29 пациентов наблюдалось изменение отношения мощностей спектров LF/HF у этих больных ниже нормального значения. Эти пациенты составили 1 подгруппу. Причем у 11 пациентов этой подгруппы (26,19%) зарегистрировано незначительное снижение мощности LF в 1,17 раза, по сравнению с таковыми показателями 1-й группы и значительное повышение HF в 2,33 раза. Увеличение мощностей обоих показателей с преобладанием мощности спектра HF в 2,28 раза прослеживалось у 18 больных 1 подгруппы (42,87%).

Отношение мощностей спектров LF/HF у 13 больных был выше нормального показателя. Эти пациенты составили 2 подгруппу. У 4 из них (9,52%) выявлялось выраженное повышение LF в 2,25 раза, по сравнению с показателем 1-й группы и некоторое снижение мощности спектра HF в 0,76 раза. Менее значимое повышение LF в 1,86 раза с одновременным повышением значения HF 2,16 раза отмечалось у 9 (21,42%) больных. В случае его превышения 1,7±0,15 у больных определяли преобладание симпатической нервной системы, при значениях ниже 1,7±0,15 – диагностировали усиление парасимпатической системы.

У больных 1-й подгруппы 1-й группы чаще наблюдался анемический или смешанный тип ожирения. Клинически больные отмечали слабость, снижение работоспособности, вялость, сонливость, периодически возникающие одутловатость лица, пастозность конечностей. Они чаще указывали на приступообразные, спастического характера боли в области проекции печени и желчного пузыря, а также толстой кишки, изжогу, метеоризм, чувство дискомфорта в животе, спастические запоры. При объективном исследовании: дряблость мускулатуры, выраженная потливость, усиление перистальтики, урчание и спазмированные отрезки кишечника. Наблюдалась склонность к редкому, глубокому дыханию, периодически возникающее чувство нехватки воздуха. Систолическое АД составляло $115,7 \pm 5,9$ мм рт. ст., показатели диастолического давления ($89,7 \pm 6,8$) мм рт. ст. несколько превышали показатели 2-й группы ($122,2 \pm 2,8$ и $78,3 \pm 4,1$ мм рт. ст. соответственно).

Преобладание симпатической нервной системы способствовало формированию дисметаболического синдрома с тенденцией к ацидозу. Пациенты предъявляли жалобы на периодические головные боли разной степени выраженности, бессонницу, дискомфорт или боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой; тупые, ноющие, длительные боли разлитого характера в правом подреберье и области проекции толстой кишки. При внешнем осмотре у этих больных чаще встречался плеторический тип ожирения, кожные покровы сухие, бледные, среднее развитие мускулатуры. Пациенты отличались подвижностью, крепостью, эмоциональной лабильностью. При объективном осмотре обращало внимание незначительное увеличение печени и желчного пузыря, выявляемое перкуторно и пальпаторно. Дыхание поверхностное и частое. Артериальное давление (АД) было нормальным или повышенным с преимущественным увеличением его систолической составляющей ($138,7 \pm 9,6$ мм рт. ст. – систолическое, $82,3 \pm 6,8$ мм рт. ст.- диастолическое).

В контрольной группе лабораторные показатели были следующими: холестерин – $4,46 \pm 0,18$ ммоль/л; триглицериды – $0,93 \pm 0,16$ ммоль/л; серотонин – $1,58 \pm 0,12$ мкмоль/л; ДК – $2,27 \pm 0,23$ Е/мл, МДА $8,73 \pm 0,25$ мкмоль/г белка, АОА $52,28 \pm 4,37\%$, СОД $0,053 \pm 0,01$ Е/мг белка; Са – $2,17 \pm 0,08$ ммоль/л, К – $4,49 \pm 0,29$ ммоль/л.

У пациентов 1-й подгруппы основной группы на фоне парасимпатикотонии выявляли дефицит внутриклеточного кальция, сниженную активность ПОЛ при нормальных показателях АОЗ, повышенный уровень калия, показатели холестерина и триглицеридов

оставались на уровне нижней границы нормы. У больных 2-й подгруппы отмечались гиперхолестеринемия ($5,54 \pm 0,28$), гипертриглицеридемия ($1,78 \pm 0,38$), высокая активность ПОЛ (рост ДК в 1,2 раза в сравнении со 2-й группой, МДА – в 1,17 раза), снижение АОЗ, тенденция к повышению уровня серотонина, но изменения не носили достоверного характера, повышенная концентрация Са ($2,83 \pm 0,04$) и снижение К сыворотки крови ($3,46 \pm 0,18$).

Кинезотерапия при дисметаболическом синдроме должна быть направлена на нормализацию метаболических нарушений и кислотно-щелочного равновесия, стабилизацию окислительно-восстановительных реакций, оптимизацию регуляторной функции ЦНС и ВНС, улучшение деятельности внутренних органов, повышение физической работоспособности и психоэмоционального состояния больного.

При дисметаболическом синдроме из форм ЛФК необходимо использовать утреннюю гигиеническую гимнастику, процедуры лечебной гимнастики, аэробные циклические нагрузки, упражнения на тренажерах, самостоятельные индивидуальные занятия. В качестве специальных применять дыхательные упражнения (ДУ) и физические упражнения (ФУ), которые будут выполняться мышечными группами, которые иннервируются теми же сегментами спинного мозга, что и орган с измененной функцией (по типу моторно-висцеральных рефлексов, а также воздействие на зоны Захарьина-Геда). Это, прежде всего, динамические физические упражнения для мышц спины, живота, тазового дна, ягодиц и нижних конечностей. Темп, ритм, амплитуда движений, исходные положения определяются формой нарушений.

Важно формировать у больного навыки локализованного типа дыхания, в частности диафрагмального (брюшного) типа. При тенденции к внутриклеточному ацидозу существенным является использование полного, глубокого дыхания, в течение дня (4-6 раз). Активная вентиляция легких вызывает снижение лактатов и CO_2 в крови, способствуя насыщению крови кислородом, и нормализует сдвиги кислотно-щелочного равновесия. Глубокое диафрагмальное дыхание с удлиненным выдохом и паузой после него активизирует парасимпатический отдел ВНС, нормализуя ее звенья и восстанавливая регуляторные влияния ЦНС и ВНС, что способствует повышению уровня инсулина в крови и, как следствие, активизирует трансмембранный перенос ионов калия и магния внутрь клетки, уменьшая проявления элементоза этих ионов. Увеличение экскурсии

диафрагмы, при выполнении дыхательных упражнений, сокращения и расслабления мышц живота периодически изменяют внутрибрюшное давление, массируют внутренние органы (в частности кишечник), усиливают гемодинамику данной области, ликвидируют застойные явления в брюшной полости. Дыхание из исходного положения (ИП) лежа на правом боку, усиливает массирующее действие диафрагмы на область печени, желчного пузыря, улучшая кровообращение данной зоны. В методике ЛФК у пациентов со сниженной секреторной активностью (у симпатотоников) рекомендуются также общеразвивающие упражнения для мышц спины (поясницы), прямых и косых мышц брюшного пресса, внутренней и наружной групп мышц таза, прежде всего, подвздошно-поясничной, грушевидной и внутренней запирательной мышц, четырехглавой мышцы бедра, с постепенным наращиванием нагрузки в течение процедуры и курса кинезотерапии, по 3-5 повторений каждого упражнения в спокойном темпе с ограниченной амплитудой движений. Нагрузка должна быть умеренной интенсивности, за 1,5-2 часа до или после приема пищи, чтобы стимулировать пониженную секрецию. В занятия включать элементы механотерапии, различные виды ходьбы, в том числе с высоким подниманием бедра, малоподвижные и подвижные игры, что значительно ускорит кровоток, увеличит сеть капилляров в работающих мышцах, улучшит микроциркуляцию. Соблюдение принципа рассеивания мышечной нагрузки, систематическое, регулярное использование ФУ средней интенсивности будет способствовать снижению уровня триглицеридов и холестерина в крови. Для усиления перистальтики включают статические ФУ в сочетании с диафрагмальным дыханием и динамическими упражнениями на расслабление мускулатуры, т.к. использование только активных ФУ может привести к угнетению перистальтики. Важна смена исходных положений ИП на спине, на боку, на четвереньках.

При тенденции к внутриклеточному алкалозу видоизменение дыхательного цикла направлено на волевое уменьшение амплитуды и увеличение частоты дыхательных движений, поверхностное дыхание с увеличением паузы после выдоха (по методике Бутейко). Это приведет к накоплению CO_2 в крови, смещению рН крови в кислую сторону. Сочетание с общеразвивающими упражнениями в сознательном, мышечном расслаблении мускулатуры области брюшного пресса, поясницы, ягодичных мышц будет способствовать уменьшению проприоцептивной афферентации в ЦНС из данной сегментарной зоны

и нормализации тонуса гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и кишечника. Поэтому следует избегать значительных длительных мышечных статических нагрузок передней брюшной стенки и мышц поясницы. Для активации катаболических процессов предпочтение отдается ФУ динамического характера в ИП: лежа на спине, лежа на спине с согнутыми ногами, коленно-локтевом, сидя. В основном разделе процедуры ЛФК физиологическая кривая распределения мощности физической нагрузки должна иметь двух или трехвершинный характер, с включением кратковременных (не более 1-1,5 минут) силовых, скоростных и скоростно-силовых элементов субмаксимальной и большой мощности, упражнений в сопротивлении, на механоаппаратах, элементов спортивной тренировки, спортивных игр для мелких и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей. Крутизна подъемов и спусков во время занятий более пологая, выражена менее значительно, чем при предыдущей форме дисметаболического синдрома, где она выражена резко и четко. При этом в результате активации гликолиза образуются значительные количества молочной кислоты, которая успевает диффундировать в кровь, вызывая ее подкисление и снижение значений рН. Кроме того, в этот момент в крови повышается осмотическое давление вследствие перехода воды из плазмы в мышцы и начавшегося интенсивного потоотделения. Усиление функций дыхания и кровообращения при изменении рН в кислую сторону, возрастание напряжения CO_2 и уменьшение O_2 крови способствует совершенствованию механизмов адаптации и регуляции метаболических процессов, расширению диапазона интенсивности нагрузок. При парасимпатикотонии, при спастических колитах, метеоризме, чувстве распирания, дискомфорта в животе, склонности к запорам целесообразно сочетать вышеперечисленные физические упражнения с расслабляющими приемами самомассажа для мышц спины и живота, приемами сегментарного массажа (ТН6-ТН9 справа, ТН10-ТН11 слева).

Выводы

Таким образом, выбор методик ЛФК должен зависеть от исходного состояния пациента и типа ведущего патогенетического синдрома. При дисметаболическом синдроме с ацидозом и симпатикотонии показана седативная, релаксационная терапия с элементами ощелачивания рН среды, на фоне дисметаболического синдрома с тенденцией к алкалозу и парасимпатикотонии необходимо использовать стимулирующие методики воздействия и подкисление рН среды. Показатели спектрального анализа ритма сердца, исходный

уровень холестерина, триглицеридов, серотонина, активность процессов липопироксидации, уровень ионов сыворотки крови могут служить информативными критериями отбора больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р. М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р. М. Баевский, Г. Г. Иванов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – № 3. – С. 108–127.
2. Гриднев В. И. Применение спектрального анализа вариабельности сердечного ритма для повышения диагностического значимости нагрузочных проб / В. И. Гриднев, А. Р. Киселев, О. М. Посненкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Серия 11, вып. 2. – С. 21–22.
3. Седлецкий Ю. И. Современные методы лечения ожирения : руководство для врачей / Ю. И. Седлецкий. – СПб. : «ЭЛБИ-СПб», 2007. – 416 с.
4. Фізичні чинники в медичній реабілітації : підручник для студентів та лікарів / [під ред. В. М. Сокрута, В. М. Казакова]. – Донецьк : ДонНМУ; ДОКТМО, 2008 – С. 83–95.

ДО ПИТАННЯ ПРО ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІЙ ВИБОР МЕТОДИКИ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДИСМЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Зубенко І.В.

Резюме. Вибір реабілітаційної програми кінезотерапії повинен визначатися вихідним станом пацієнта з виявленням провідного патогенетичного синдрому. При дисметаболическому синдромі з ацидозом і симпатикотонії показана седативна, релаксаційна терапія з елементами олужнювання рН середовища, на тлі дисметаболического синдрому з тенденцією до алкалозу і парасимпатикотонії необхідно використовувати стимулюючі методики впливу с підкисленням рН середовища.

Ключові слова: кінезотерапія, лікувальна фізкультура, варіабельність серцевого ритму, дисметаболический синдром

TO THE QUESTION OF DIFFERENTIATED CHOICE OF KINEZOTHERAPY METHOD FOR DYSMETABOLIC SYNDROME

Zubenko I.V.

Summary. A choice of kinesotherapy rehabilitation program should depend from the initial patient condition and the determination of leading pathogenetic syndrome. Dysmetabolic syndrome with acidosis and high activity of sympathetic nervous system required of sedation, relaxation therapy with elements of alkalinity pH, simulative method and acidification pH should be used from dysmetabolic syndrome with a tendency to alkalosis and prevalence of the parasympathetic nervous system.

Key words: kinezotherapy, treatment exercises, heart rate variability, dysmetabolic syndrome

Отримано до редакції 28.02.13

УДК 616.13/14:616.379-008.64[-084

ЗАКОНОМЕРНО ЛИ ВОЛНООБРАЗНОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ ПРИ «ИДЕАЛЬНОЙ» ЕЕ ПРОФИЛАКТИКЕ?

Иващенко В.В., Иващенко А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. *Обобщив 25-летний опыт лечения 2615 больных с синдромом диабетической стопы авторы пришли к выводу, что одним из существенных факторов в улучшении результатов лечения этих больных, наряду с регулярной коррекцией уровня гликемии и возникающих метаболических нарушений, является комплексная системная профилактика влияния возможных провоцирующих факторов (механических повреждений стопы, негативных воздействий на сетчатую оболочку глаза, сосуды нефрона и др.), усугубляющих клиническое течение сахарного диабета.*

Ключевые слова: *сахарный диабет, микроангиопатия, волнообразное течение, провоцирующие факторы, профилактика*

В последние годы в медицинской литературе все чаще встречается изречение, что «сахарный диабет II типа – это не болезнь, а образ жизни». Занимаясь в течение 25 лет проблемой диабетической стопы и накопив опыт лечения 2615 подобных больных, мы все более и более находим аргументов свидетельствующих, пусть даже и косвенно, о небезосновательности возникновения подобного изречения.

Уже давно доказано, что сахарный диабет (СД) начинается как болезнь обмена, а заканчивается сосудистыми поражениями. Неслучайно, на протяжении XX столетия смертность от диабетических ком уменьшилась с 47,7% до 1,2%, а от сосудистых осложнений возросла с 21,1 до 77% [1]. Несмотря на появление все новых лекарственных средств, воздействующих на различные звенья патогенеза СД, эффективно предупредить развитие и прогрессирование ангиопатии пока не удается.

Материал и методы

Нами на основании многократных морфологических исследований, проведенных на световом и ультраструктурном уровнях, установлено в развитии специфической для СД микроангиопатии IV стадии [2]. Однако при этом отмечено, что не всегда клинические проявления диабетической ангиопатии соответствуют морфологическим, за исключением язвенно-некротических поражений, которые всегда соответствуют IV стадии