

Перспективы дальнейших исследований. Проведенные исследования показали необходимость продолжения изучения этой проблемы с целью возможности использования комплекса лечебных средств для предоперационной подготовки и реабилитации послеоперационных пациентов МБ, направленных на успешное выздоровление оперированных и профилактики возникновения постхолецистэктомического синдрома.

Литература

1. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. Возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. // Клінічна хірургія. – 1995. - №4. – С. 7-9.
2. Иваненко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К.(млад.). К вопросу об отношении к конверсии в лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т.3. - №3. – С.52.
3. Козырев М.А. Заболевания печени и желчных путей. – Минск. – 2002. – 250с.
4. Королев Б.А., Корепанова Н.В., Козырева Д.Ф. Безкаменный холецистит как проблема хирургическая. // Вест. хирургии им.Грекова. – 1985. - №3. – С.119-122.
5. Ничитайло М.Е., Дьяченко В.В., Литвиненко А.Н. Уроки лапароскопической холецистэктомии. // Клінічна хірургія. – 2001. - №10. – С.6-9.
6. Williams O.L., Vellacott K.D. Selective operative cholangiography and perioperative emlo-Hopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy I viable option for choledocholithiasis. // Surg. Endosc – 2002. – Vol. 16. - №3. - P.465-467.

Реферати

ГОМЕОСТАЗ У ПАЦІЄНТІВ МЕТАБОЛІЧНОЮ ХВОРОБОЮ (СИНДРОМОМ) З ХОЛЕЦИСТИТАМИ ДО ОПЕРАЦІЇ І ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Дудченко М.О., Байдо С.В., Дудченко М.А., Третяк Н.Г., Петренко В.А., Ровинська А.И.

Під наглядом перебувало 35 пацієнтів МХ з холециститом. Холецистектомії проводили лапароскопічним методом.

Дослідження виявили виражені гемореологічні та обмінні зміни у пацієнтів МХ. Після холецистектомії імунітет, ферментативна активність, ліпідний обмін, перекисне окислення, гемокоагуляція і фібриноліз мають тенденцію до нормалізації після холецистектомії.

Ключові слова: гомеостаз, метаболічна хвороба, лапароскопічний метод, холецистектомія.

HOMOEOSTASIS OF PATIENTS BY METABOLIC ILLNESS (SYNDROME) WITH CHOLECYSTITIS BEFORE OPERATION AND AFTER CHOLECYSTECTOMY

Dudchenko M.A., Baydo S.V., Dudchenko M. A., Tretyak N., Petrenko V., Rovinskaya A.I.

Under supervision there were 35 patients of MI with cholecystitis. Cholecyst-ectomy conducted by laparoscopic method.

Researches are set expressed haemoreologic and exchange changes of the patients with MI. After cholecystectomy immunity, enzymatic activity, lipid exchange, peroxidation, haemocoagulation and fibrinolysis, have a tendency to normalization after cholecystectomy.

Keywords: homoeostasis, metabolic illness, laparoscopic method, cholecystectomy.

УДК 616.12-008.331.1:616.74-008.9]-084

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ДОМИНАНТЫ МЫШЕЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.П. Кириленко

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Лечение больных артериальной гипертензией (АГ) требует тщательно разработанного и адекватного подхода к немедикаментозным методам контроля артериального давления (АД) [1-10].

В клинической практике все чаще встречаются пациенты с нечетко выраженной клинической картиной АГ, у которых зачастую отсутствуют гемодинамически и морфологически значимые поражения [4, 6, 8-10]. Особенно это касается лиц молодого возраста с выраженным статическим мышечным перенапряжением [1, 2, 5, 9, 11]. У них

обнаруживаются низкие основные показатели физического развития, выражающиеся в снижении толерантности к динамическим физическим нагрузкам и преимущественно гипертоническим типом гемодинамической кривой при проведении функциональных проб [12]. Нормализующее влияние физических нагрузок на АД на начальном этапе зависит от режима их применения. Наиболее оптимальным является тот, при котором физические нагрузки составляют 70% максимальной величины, выполняемые с кратковременным (до 1 сек.) усилением и повторяемым от 10 до 50 раз в подходе, сравнительно большим периодом восстановления между подходами и тренировочным занятием [5-11].

Благоприятными являются прыжковые упражнения с учетом первоначальной высоты прыжка [5-11]. Физические нагрузки околопредельных величин угнетающе влияют на гемодинамику нижних конечностей [5-11]. Длительные, до 60 минут в день, хотя и незначительные динамические нагрузки (например, бег на различные дистанции), требует уже определенной тренированности и подготовки центральной гемодинамики к нагрузке [5, 11].

Целью работы было изучение реакции АД и устранение его метаболичности у больных АГ с помощью применения разработанной нами методики физической нагрузки, создающей доминанту мышечного метаболизма под воздействием ограниченной по объему и интенсивности физической нагрузки.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 37 больных (22 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 25 до 32 лет с диагнозом АГ I ст. Преобладающими жалобами были: головную боль, снижение работоспособности, преходящее головокружение, нарушение сна.

Исследование влияния коррекционно-лечебного комплекса проводилось при обязательной нормализации условий жизни: отказа от употребления алкоголя, курения, кофе, крепкого чая, определенным водном режиме, учете динамических нагрузок основной работы. Использовали разнообразные прыжковые упражнения от 10 до 50 раз (по возрастающей линии) в одном подходе с предварительным выполнением в начале статистических, а затем динамических дыхательных упражнений. Подходы увеличивались с 2 до 5 за одну тренировку, а количество тренировок увеличивалось с 1 до 3 тренировок в неделю. Интервалы восстановления составляли от 5 до 10 минут. Во время отдыха проводились упражнения на расслабление и растягивание мышц. Интенсивность физических упражнений измеряли по частоте сердечных сокращений (ЧСС) в пределах 120-130% от показателей в покое и показателей АД до нагрузки, на высоте проведения занятия, через 5 минут после его окончания (восстановительный период). На начальном этапе (1-ый месяц) интервал между подходами продолжался до восстановления ЧСС и АД. Контроль за состоянием пациентов осуществлялся в амбулаторных условиях в течение 6 месяцев. Всем больным проводилось ежедневное измерение АД, регистрировалось ЭКГ, проводились велоэргометрия, функциональные пробы дыхательной и сердечно-сосудистой системы, исследование глазного дна, эхокардиография, рентгенологическое исследование грудной клетки. В обязательном порядке определялись антропологические показатели.

Эффективность проведенного лечения включала субъективную оценку больными своего состояния, динамику показателей АД, функциональных проб.

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты хорошо переносили лечебно-нагрузочные воздействия. В начальном периоде у отдельных больных отмечались кратковременные эпизоды головокружения сразу после процедуры проведения, которые проходили самостоятельно в течение 5-10 минут в фазе восстановления. У 3 больных (94,6%) отмечалось улучшение самочувствия, улучшение сна. У 18 больных (48,6 %) отмечалось полное устранение симптоматики, у 5 больных (13,5%) – исчезли один или несколько симптомов; у 2 пациентов (5,4%) – уменьшились по интенсивности и частоте эпизоды повышения АД. У 2 больных (5,4%) улучшения не наблюдалось. Максимально выраженный эффект отмечался у мужчин в возрасте до 28 лет.

В таблице 1 представлены результаты велоэргометрии в динамике проведения тренировок. Как видно из представленных данных при проведении физических тренировок отмечались статистически значимые увеличения показателей пороговой нагрузки, относительно объема выполненной работы. Кроме того наблюдалось значимое

урежение ЧСС как в состоянии покоя, так и при средней нагрузке, снижение АД в покое. Статистически значимых различий между другими показателями обнаружено не было.

Таблица 1

Показатели велоэргометрии у молодых больных АГ в динамике проведения динамических физических нагрузок

Показатели	Период наблюдения	
	Исходное состояние	После тренировки
Мощность пороговой нагрузки, Вт	125,4±11,3	156,8±10,1 p<0,05
Общий объем выполненной работы кг/мин	6756,4±206,7	9450,2±188,2 p<0,05
ЧСС		
в покое, мм.рт.ст.	77,3±2,2	69,2±1,8 p<0,05
на высоте нагрузки, мм.рт.ст.	162,1±3,6	178,8±5,3 p<0,05
АД		
в покое, мм.рт.ст.	149,6±8,8	129,3±6,9 p<0,05
на высоте нагрузки, мм.рт.ст.	176,1±7,4	180,2±6,8 p>0,05
АД диастолическое		
в покое, мм.рт.ст.	92,7±3,1	87,3±2,9 p>0,05
на высоте нагрузки, мм.рт.ст.	100,4±3,9	93,8±4,1 p>0,05
Двойное произведение		
в покое, мм.рт.ст.	115,7±4,3	89,4±4,1 p<0,05
на высоте нагрузки, мм.рт.ст.	285,5±5,8	320,3±3,9 p<0,01

Примечания: p – достоверность различий между показателями до и после нагрузки.

В целом следует отметить, что показатели функциональных проб входили в «нормативный» коридор через 3-4 месяца регулярных занятий. После прекращения воздействия активной ЛФК «нормальная волна» стабильных АД сохранялась на протяжении 4 месяцев (далее показатели не определялись). Применение методики лечебно-корректирующей гимнастики позволило достоверно увеличить продолжительность периодов стабильного АД у занимающихся по сравнению с незанимающимися.

Активные тренировки способствовали увеличению толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии. Как известно, сердечно-сосудистая система тесно связана с мышечной. Афферентная импульсация кровеносных сосудов определяет параметры моторного ответа организма. В условиях повышенной двигательной активности (особенно нижних конечностей) центральная нервная система от мышечных нервных окончаний получает дополнительную информацию о параметрах моторики. При удлинении фазы изометрического сокращения повышается импульсация, вызывающая увеличение раздражения механорецепторов мышц и костей. Это вначале ведет к функциональным сдвигам в состоянии периферической гемодинамики, а затем к нормализации кровотока с уменьшением периферического сопротивления.

Учитывая простоту, эффективность, патогенетическую направленность данного метода, целесообразно его широкое применение в амбулаторных условиях.

Выводы

1. Метод лечебно-корректирующей гимнастики с развитием доминанты мышечного метаболизма дает дополнительные возможности для лечения больных с начальными стадиями гипертонической болезни.

2. Метод доминанты мышечного метаболизма – эффективный и безопасный, который кроме снижения АД у пациентов с гипертоническими состояниями благоприятно влияет на вегетативную регуляцию сердечного ритма.

3. Регулярное использование физических нагрузок в данном режиме обеспечивает постепенное снижение уровней систолического артериального давления, диастолического артериального давления и увеличению толерантности к физической нагрузке.

Литература

1. Торогуд М., Хилледон М., Саммербелл К. Изменение образа жизни как способ профилактики сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний // новости медицины и фармации. – № 9 (169). – 2005. – С. 17–20.
2. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – Київ, 2001. – 54 с.

3. Лутай М.Н. Национальная программа по борьбе с артериальной гипертензией // Здоров'я України. – 2003. – № 13. – С. 3–4.
4. Апанасенко Г.Л. Профилактика в кардиологии: новая парадигма // Новости медицины и фармации. – № 8 (190). – 2006. – С. 21.
5. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. – М.: Гуманит. изд.Центр ВЛА ДОС, 2004. – 624 с.
6. Franco O., De Laet C., Peeters A. et al. Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease // Arch. Intern. Med. – 2005. – № 165. – P. 2355–2360.
7. Martinez-Gonzalez M., Martinez J.A., Hu F.B. et al. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 1999. – № 23. – P. 1192–1201.
8. Paffenbarger R., Hyde R.T., Wing A.Z. et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men // N. Engl. J. Med. among. – 1993. – № 328. – P. 538–545.
9. Vanhees L. Lefevre J., Philippaerts R. et al. How to assess physical activity? How to assess physical fitness // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. – 2005. – № 12. – P. 102–114.
10. Taylor R., Brown A., Ebrahim S. et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Am. J. Med. – 2004. – № 116. – P. 682–692.
11. Степашко М.В., Сухостат Л.В. Масаж і лікувальна фізкультура в медицині. – Київ «Медицина», 2006. – 288с.
12. Волков Н.И., Несен Э.Н., Осипенко А.А., Корсун С.Н. Биохимия мышечной деятельности. – Киев, Из-во «Олимпийская литература», 2000. – 499 с.

Реферати

**ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ПАРАПЕЛІ
ДОМІНАНТИ М'ЯЗОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У
ХВОРИХ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕН-ЗІЄЮ**

Кириченко М.П.

В роботі представлені результати обстеження 37 хворих артеріальною гіпертензією I ст. в віці від 25 до 32 років. Показано, що динамічні фізичні навантаження у цих хворих сприяють нормалізації артеріального тиску, покращують самопочуття, збільшують толерантність до фізичного навантаження. Лікувальний тренувальний ефект зберігається у хворих по меншій мірі на протязі 4 місяців.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, динамічні фізичні навантаження, велоергометрия.

**THE CURATIVE AND PROPHYLACTIC PARALLELS
OF MUSCULAR METABOLISM DOMI-NANTS IN
PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

Kirichenko M.P.

It this work the results of investigation of 37 patients with arterial hypertension of initial stage are represented. They were in age of 25-32 years old. It was shown that the dynamic physical loading promote the normalizations of arterial blood pressure, the increase of tolerance to physical efforts. The curative and healthy training effect are gully preserved during 4 months.

Key words: arterial hypertension, dynamic physical exercises, veloergometria.

УДК 616.314-74:615.46

**ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ РАБОТАХ
ПОВЫШЕННОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ТОЧНОСТИ**

**П. Н. Сирячків, Д. Р. Шилленко, В. А. Дубина
ВГУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», м. Полтава**

Каждый практикующий врач знает, что долговечность реставрационной работы, и как следствие успешность стоматолога, напрямую зависит от четкого соблюдения законов окклюзии. Однако, зачастую даже при соблюдении всех окклюзионных характеристик наблюдается появление фасеток истирания патологической формы уже через 4 - 5 месяцев эксплуатации конструкции. Изменяется форма и площадь, как самого контакта, так и околоконтактных зон. Такие изменения могут приводить к еще более сложным осложнениям: патологической миграции зубов, появлению парофункций, выдвигению зубов из лунки, появлению нежелательных контактов, которые могут привести к возникновению неосевой динамической нагрузки и как следствие проявлениям абфракции.

Появление первичных изменений в форме и площади контактов связано с проявлениями ряда механизмов приводящих к убыли твердых тканей зуба. Современную концепцию этиологии зубных повреждений предложил JOHN O. GRIPPO. Он выделял следующие причины: истощение, трение, коррозия, абфракция.