

Міністерство охорони здоров'я України
Всеукраїнська асоціація фізіотерапевтів та курортологів

**МЕДИЧНА
РЕАБІЛІТАЦІЯ
КУРОРТОЛОГІЯ
ФІЗІОТЕРАПІЯ**

Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия
Medical Rehabilitation, Balneology, Physiotherapy

Науково-практичний журнал



2 (58) '09

навантаження розведеним бішофітом з мінералізацією 5,0 г/дм³.

Робота була проведена на 106 білих щурах. Моделювання алоксанової інтоксикації, яка відповідала переддіабету у людей, отримували введенням 5 % розчину алоксану підшкірно у дозі 0,075 г/кг маси тварини. Розчин бішофіту вводили у шлунок зондуванням з розрахунку 1 % від маси тіла. В усіх серіях дослідів функцію сечоутворення визначали за наступними показниками: добовий діурез, швидкість фільтрації первинної сечі у клубеньках нефронів та відсоток канальцевої реабсорбції рідини за креатиніновим індексом; вивідна функція нирок оцінювалась за добовою екскрецією креатиніну, сечовини та хлоридів; визначалась концентрація іонів водню, іонорегулююча функція нирок оцінювалась за концентрацією іонів натрію, калію, кальцію та хлорид-іонів у крові та за добовою екскрецією цих електролітів з сечею.

При алоксановій інтоксикації відбуваються порушення функцій нирок: збільшується добовий діурез через збільшення швидкості фільтрації первинної сечі у клубень-

ках нирок, підвищується відсоток реабсорбованої води в ниркових канальцях. Відбувається олужнення сечі. Підвищується виведення з організму натрію та калію.

Профілактичне введення щурам протягом 14 діб розчину бішофіту впливає на розвиток порушень, які моделюються. Так, вірогідно знизилась швидкість фільтрації первинної сечі, поступово підвищилась реабсорбція води і наприкінці досягла вихідного рівня; але такі зміни не спричинили нормалізації добового діурезу — він залишився вище вихідного рівня. Вивідна функція нирок теж була підвищеною. Добова екскреція креатиніну, хлоридів та сечовини перевищувала контрольні значення. Без корекції залишилася реакція добової сечі.

Таким чином, отримані дані свідчать про здатність зазначеного розчину Полтавського бішофіту (який є магнієвмісною сполукою) коригувати порушену алоксановою інтоксикацією іонорегулюючу функцію нирок. Втім, вочевидь, концентрація застосованого розчину була замала, тому необхідно проведення додаткових досліджень з розчинами бішофіту більшої мінералізації.

УДК 616.379-008.64-085.838:616-036.8

Значення санаторного етапу відновлювального лікування хворих на цукровий діабет

М. Л. КИРИЛЮК, О. Д. ГАВЛОВСЬКИЙ, Д. М. ХРАМЦОВ

За власними даними при надходженні на санаторний етап відновного лікування за біохімічними параметрами контролю діабету більшість хворих (56,9 %) є з поганим рівнем його компенсації. За наявності ускладнень перші місяці займають полінейропатія (91,8 %) та ангіопатія нижніх кінцівок (92,0 %) (в тому числі й на I функціональній стадії розвитку патологічного процесу в нижніх кінцівках — 63,8 %). У хворих на цукровий діабет мають місце і клінічні симптоми, які вказують на недостатню компенсацію вуглеводного обміну, що проявляється наявністю клінічних проявів гіперглікемії (гіперосмолярності крові) у вигляді спраги, сухості в роті, періодичної поліурії та полідипсії.

Показано, що на санаторний етап відновлювального лікування надходять хворі на цукровий діабет з показниками глікемічного контролю, який відповідає *de facto* даним ста-

ціонару, що говорить про недостатній відповідний рівень поліклінічного етапу відновлювального лікування цих хворих (у тому числі неадекватний рівень самоконтролю), що значно підвищує роль санаторного етапу лікування щодо досягнення адекватного рівня компенсації цукрового діабету.

Після санаторно-курортного лікування відбувається суттєве поліпшення самопочуття пацієнтів, що знаходить своє віддзеркалення у значному зменшенні чи зникненні специфічних для цукрового діабету проявів до рівня, характерного для задовільної компенсації вуглеводного обміну. Втім, у 14,3 % пацієнтів ще залишаються ознаки органічної стадії, а у 24,3 % — функціональної стадії діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок та прояви недостатньої компенсації вуглеводного обміну по різних клінічних проявах у 3—10 % пацієнтів.

УДК 616.379-008.64-053.2:612.015.32]-036.8

Стан вуглеводного обміну у дітей, хворих на цукровий діабет I типу, на стаціонарному етапі відновлювального лікування

В. С. ВОЛЯНСЬКА, Н. В. ГОВОРОВА

В останнє десятиліття має місце «омолоджування» контингенту хворих на цукровий діабет (ЦД), збільшення частоти розвитку ЦД I типу у перші роки життя, а та-

кож ступеня тяжкого перебігу останнього і його ускладнень, що обумовлює актуальність вивчення даної проблеми.

Метою дослідження було дати оцінку лабораторним показникам рівня вуглеводного обміну у дітей різних вікових груп, хворих на ЦД I типу, які після стаціонарного лікування направляються на санаторний етап відновлювального лікування.

Було обстежено 27 дітей, хворих на ЦД I типу, які були поділені на дві групи: до I групи увійшли діти у віці 6—13 років, до II — діти у віці 14—17 років.

Вивчення стану вуглеводного обміну показало серед дітей досліджених вікових груп суттєві відмінності наступних показників: глюкоза крові у дітей I групи була вірогідно вищою, аніж у дітей старшої (II) групи, як на початку ($9,80 \pm 1,94$ ммоль/л), так і наприкінці лікування ($10,49 \pm 1,37$ ммоль/л); середній добовий глікемічний

профіль — на початку був ($8,4 \pm 1,38$) ммоль/л, а наприкінці лікування — ($11,13 \pm 1,36$) ммоль/л; глікозилірований гемоглобін складав ($8,33 \pm 0,52$) %. У дітей II групи глюкоза крові була відповідно нижчою на початку ($6,38 \pm 0,82$) ммоль/л та наприкінці лікування ($7,88 \pm 0,42$) ммоль/л; середній добовий глікемічний профіль — на початку був ($7,01 \pm 0,64$) ммоль/л, наприкінці лікування — ($7,86 \pm 0,69$) ммоль/л та глікозилірований гемоглобін складав ($7,88 \pm 0,48$) %.

Таким чином, виявлені вікові особливості стану вуглеводного обміну у дітей, хворих на ЦД, пре- та постпубертатного віку слід враховувати при призначенні відповідного санаторно-курортного лікування.

УДК 616.441-006.5-085.838

Санаторно-курортне лікування жінок з захворюваннями щитовидної залози

О. В. КОЛОДЕНКО

Метою роботи було вивчення можливостей санаторно-курортного лікування жінок із захворюваннями щитовидної залози.

Під спостереженням знаходились 147 жінок репродуктивного віку (18—45 років). Серед них 30 жінок з дифузним нетоксичним зобом I ступеня (ДНЗ I), 38 жінок з дифузним нетоксичним зобом II ступеня (ДНЗ II), 38 жінок з вузловим зобом I ступеня (ВЗ I) та 41 жінка з вузловим зобом II ступеня (ВЗ II). Нами були розроблені та застосовані санаторно-терапевтичні комплекси (СТК), що включали клімато-, дієто-, бальнео- та високотону біорезонансну терапію (ВТБРТ). Усім пацієнткам до та після лікування (через 21 день та 12 місяців) проводили ультразвукове дослідження щитовидної залози, оцінку гормонального, загальнофункціонального та нервово-психічного станів.

Аналіз матеріалів клінічного обстеження показав, що запропоновані СТК були достатньо ефективними. Після

лікування у всіх жінок відмічалась позитивна динаміка загальнофункціонального, нервово-психічного та гормонального станів. При цьому у хворих, які отримували ВТБРТ, результати були найкращими. Це стосувалося перш за все тиреоїдних гормонів (Т3, Т4, ТТГ) та морфофункціонального стану щитовидної залози: розмір та кількість вузлів в середньому зменшились у 2 рази, на 20 % зменшились і розміри щитовидної залози при дифузному нетоксичному зобі. Про системні зміни в організмі хворих за період лікування свідчить і динаміка мікроелементного складу — відбулися збільшення вмісту есенціальних мікроелементів та позитивна динаміка відносно концентрації йоду.

Таким чином, запропоновані нами СТК у жінок з захворюваннями щитовидної залози в усіх випадках були ефективними, але найбільш виразні позитивні зміни мали місце при застосуванні клімато- та бальнеотерапії, лікувального харчування на основі морепродуктів та ВТБРТ; добрі віддалені результати зберігались у 76,6 % жінок.

УДК 616.1:616.839-008.6]-036.8:613

Влияние комплексного восстановительного лечения на показатели качества жизни у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сосудов

Е. А. ГОЖЕНКО

Соматоформная вегетативная дисфункция (СВД) — заболевание, которое значительно снижает качество жизни пациентов. Нами было проведено изучение влияния дифференцированного комплексного восстановительного лечения у пациентов с симпатикотоническим типом СВД сердца и сосудов на показатели качества жизни. Исследование было проведено в группе из 21 па-

циента в возрасте 22—28 лет; для оценки качества жизни использовался короткий опросник ВОЗ (WHOQOL). Исследование проводилось в динамике — до и после курса восстановительного лечения. Все пациенты были обследованы с учётом субъективных жалоб, психологического статуса и объективных клинико-функциональных данных: уровня артериального давления, ЭКГ, ЭхоКС;