

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 ("Алока-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). Наростання болювого синдрому, зменшення рухливості суглобів спостерігалося у 61 (76,3%) пацієнта на протязі від 1 до 3 нед., 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.

Улучшення самопочуття відзначали всі пацієнти кінця третього місяця лікування. Це виражалося в зменшенні болю в області спини, рук, ніг, в суглобах і зменшенні загальної слабкості, що сприяло розширенню рухового режиму, нормалізації сну і покращенню настрою. 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 настрій. Виявлено пряму корелятивну залежність між СТх і ступенем приросту МПКТ на фоні лікування ($r = 0,47$). Через 6 місяців покращення самопочуття відзначали всі пацієнти. Це виражалося в зменшенні болю в області спини, в кістках і зменшенні 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, покращення самопочуття пацієнтів основної групи, позитивна динаміка СТх, МПКТ свідчить про уповільнення 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, знизуються їх фіксуєча та стабілізуєча хребет функції. Порушення рівноваги сил веде до того, що маса тіла, яка змищується допереду, не компенсується напруженою м'язовою системою. Стається 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

того ж м'язи передньої частини (тобто живота) превалюють за силою над м'язами спини. Вправи, що пропонуються, у заявленому технічному рішенні поділяються, на 2 категорії. I категорія - укріплення м'язів завдяки їх скороченню, зближення їхніх кінців. II категорія - укріплення м'язів завдяки їх подовженню, розведення їхніх кінців. Важливим є те, що кожна категорія вправ повинна виконуватися конкретною групою м'язів.

Нами було обстежено 45 хворих жіночої статі, хворих на остеопороз. Дослідження тривало 6 міс., Протягом яких хворими виконувался запропонований комплекс вправ 3 рази на тиждень. На початку дослідження проводилась стабілографія, рентген-дослідження, комп'ютерна томографія, денситометрія і показники маркерів резорбції кістки.

Кожні 2 місяці проводився контроль показників маркерів резорбції кістки, де була виявлена позитивна динаміка. В кінці 6 міс. також змінилися показники стабілографії, що свідчить про значне поліпшення стану кістково-м'язової системи.

Висновки: таким чином, в порівнянні з прототипом, заявлений спосіб профілактики і лікування остеопорозу хребта дозволяє, за рахунок грамотно підбраного комплексу фізичних вправ, правильно сформуваного м'язовий каркас, що сприяє скороченню числа ускладнень, є економічно придатним та значно покращує якість життя хворих на остеопороз хребта.

УДК 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02

© Ковешников В.Г., Фомина К.А., 2011

ВОЗМОЖНОСТИ ТИОТРИАЗОЛИНА И ЭХИНАЦЕИ В КАЧЕСТВЕ КОРРЕКТОРОВ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ ЛЕТУЧИХ КОМПОНЕНТОВ ЭПОКСИДНЫХ СМОЛ НА МОРФОГЕНЕЗ ОРГАНОВ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ **Ковешников В.Г., Фомина К.А.**

ГЗ «Ауганский государственный медицинский университет»

Восстановление функции желез внутренней секреции в условиях воздействия неблагоприятных экологических факторов является одной из наиболее актуальных проблем в эндокринологии. Применение гормональных препаратов не обеспечивает постоянство гомеостаза у людей с эндокринными нарушениями, а в ряде случаев вызывает осложнения различного характера. Поэтому актуально применение высокоэффективных лекарственных средств с широким спектром действия. Нас привлекли два препарата, обладающие антиоксидантной активностью, различного происхождения: синтетического – тиотриазолина и растительного – эхинацеи пурпурной. Тиотриазолин, обладая многопрофильностью фармакодинамики, высокой фармакотерапевтической эффективностью и безопасностью, является весьма перспективным в плане его изучения в части экспе-

риментальной и клинической медицины. Эхинацея является мощным стимулятором защитных функций организма, способствует укреплению целостности мембран клеток и используется в качестве активатора естественных адаптационных процессов организма, обладая минимальной токсичностью.

В условиях хронического ингаляционного влияния на организм экологически неблагоприятных летучих компонентов эпоксидных смол, таких как эпихлоргидрин и толуол, изучаемые антиоксиданты оказывают протекторное действие на гипоталамус, гипофиз, щитовидную и надпочечные железы. С помощью современных методов исследования выявлена целесообразность их применения. Тиотриазолин оказывает более выраженный эффект, нежели настойка эхинацеи пурпурной.

УДК: 611.311:611.16-018.74-019]:616.152.112-08

© Кордяк О.Й., 2011

МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ТА ЙОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ НА СТАН СУДИН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЯСЕН ЩУРІВ **Кордяк О.Й.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Морфологічні ознаки впливу процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), зокрема-зміни мікроциркуляторного русла тканин пародонту при

гіпоксії, на виникнення і перебіг захворювань пародонту у сучасній літературі висвітлені недостатньо. При виборі експериментальної моделі