

значно зменшувалася вираженість болю при ходьбі в колінних суглобах. Магнітотерапія покращує кровообіг, нормалізує реологічні показники крові, викликає гіпотензивний ефект, стимулює роботу надниркових залоз, активує компенсаторно-адаптаційні реакції організму хворого. Бішофітотерапія має досить виражений протизапальний і спазмолітичний ефект, впливає на процеси імунітету через стимуляцію активності фагоцитів. Магній, введений в організм при бішофітотерапії, викликає гіпотензивний і седативний ефект, йод та інші мікроелементи стимулюють регенаторні й метаболічні процеси. Метод бішофітотерапії та магнітотерапії на фоні медикаментозної терапії має наукове обґрунтування у осіб із гіпертонічною хворобою II стадії та деформуючим артрозом, заслуговує уваги і може бути рекомендованим для широкого застосування.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ — ПРОФИЛАКТИКА ОТ МНОГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ

Р.М. Заворотная

ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, Киев

Курение табака является одной из самых вредных привычек, опасной для здоровья не только самих курящих, но и их окружающих.

В настоящее время курение превратилось в массовую эпидемию, наносящую существенный ущерб населению и национальной экономике. Отношение к курению у людей разное, поэтому многие курильщики полагают, что с ними ничего не произойдет и что основные неприятности, связанные с курением, их минуют. Однако, к сожалению, это не так, и за вредную привычку придется расплачиваться здоровьем и даже жизнью. Поэтому не случайно во многих странах мира сейчас развернулась активная борьба с курением, ее возглавила Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), под эгидой которой выполнен целый ряд крупных исследований и разработаны предложения по решению проблемы «Курение или здоровье?». Что же такое курение — привычка или болезнь? на этот вопрос однозначного ответа нет. Борьбу с курением следует проводить целенаправленно и комплексно, используя всевозможные способы и средства, включая меры индивидуального воздействия. Как же бросить курить?

Методы лечения никотиновой наркомании применяются в зависимости от трех стадий курения (бытового, привычного и пристрастного) и подразделяются на групповые (главным образом групповая психотерапия) и индивидуальные методы, включая психотерапию, гипноз, рефлексотерапию и ее разновидности: акупунктуру, электропунктуру, лазеропунктуру, химиотерапию. Достаточно устойчивые результаты дает рефлексотерапия методом электропунктуры. При реализации так называемой программы «Антитабак» рекомендовано первоначально воздействовать на восемь точек ушной раковины. Если пациент правша, воздействие прово-

дится в правое ухо, а если левша — в левое. Первой берется точка нулевая «Ножье» в центре ушной раковины или так называемая точка «Зеро». Остальные точки, по методике В.Г. Вогралика, берутся в области завитка, на них воздействуют кратковременными импульсами 45 с на минусе и 15 с на плюсе, длительностью 1–2 мин (аппарат «Элап-1»). Локализация точек определяется тем же прибором. Помимо аурикулярных точек, используются точки общего воздействия: Дзу-сань-ли, Хе-гу, симметрично слева и справа. Процедуру следует проводить не менее чем через 10 ч после последней выкуренной сигареты, 3 дня подряд а если эффект незначителен, то продолжаем лечение 1 раз в 5–7 дней и воздействуем уже на противоположное ухо. Реакция на данный метод лечения достаточно выражена (отвращение к запаху табака, ощущение запаха травы). Под наблюдением было 105 больных (60 мужчин и 45 женщин). Бросили курить после трех процедур 80%. Следует отметить возрастную особенность: быстрее бросают курить люди пожилого возраста, а также мужчины. Женщины большей частью уменьшают количество выкуренных сигарет. Метод рефлексотерапии можно применять при любой патологии, и в любом возрасте, он безопасный, не дает никаких побочных реакций, заслуживает внимания при борьбе с таким злом, как курение, но только в руках врача — специалиста, владеющего методом рефлексотерапии.

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ПАТОЛОГІЄЮ СТРАВОХОДУ

А.А. Заздравнов

Харківський національний медичний університет

Сучасні погляди на ревматичну патологію спрямовані не лише на сучасні методи діагностики та лікування, але й на нові підходи у виявленні невідомих патогенетичних ланок формування цілісного патологічного комплексу хвороба — ускладнення. Сучасна діагностика не виключає використання перевірених часом і доступних фізикальних методів обстеження. Існування комплексу хвороба — ускладнення змінює акценти діагностичного пошуку, розширює можливості дещо забутих методик, що дозволяє більш раціонально застосовувати подальші складні інструментальні та лабораторні методи дослідження.

Анкілозивний спондилоартрит (АС) належить до захворювань, перебіг яких характеризується вираженою деформацією хребта, порушеннями статури та пригніченням рухової активності пацієнтів. Означені порушення впливають як на якість життя пацієнтів з АС, так і на функціональний стан окремих органів і систем (серце, легені тощо), змінюючи клінічну картину захворювання та погіршуючи його перебіг.

Мета: дослідити особливості антропометричних характеристик хворих на АС, перебіг якого ускладнений ураженням стравоходу.

Методи дослідження. Обстежено 22 хворих на АС, ускладнений патологією стравоходу (основна група) та 20 осіб з АС без езофагеальних ура-

жень (група порівняння). За основними ознаками групи хворих були зіставними. Езофагеальні ураження діагностувалися на основі ендоскопічного (за умов можливості його виконання) та/чи клінічного обстеження. Метричні величини окремих тестів вимірювалися мірною стрічкою.

Результати. За основними антропометричними характеристиками (зріст, індекс маси тіла) розбіжностей між групами хворих на РА не виявлено. Однак при оцінці специфічних для АС антропометричних тестів встановлено певні відмінності у групах хворих. Так, позитивний симптом Форестье спостерігався у 19 (86,4%) хворих основної групи та у 14 (70%) осіб групи порівняння. Ці відмінності були достовірними ($df=1$, $\chi^2=3,923$; $p=0,048$). При характеристичних абсолютних величин антропометричних показників також виявлено вірогідні розбіжності між групами хворих на АС (таблиця).

Таблиця

Результати антропометричних тестів у хворих на АС, см (M \pm m)

Група	Симптом Форестье	Симптом Отта	Експерсія грудної клітки
Основна (n=22)	8,1 \pm 0,61*	2,05 \pm 0,131	2,49 \pm 0,177**
Порівняння (n=20)	5,8 \pm 0,81	2,40 \pm 0,195	3,43 \pm 0,282

Відмінності достовірні: *порівняно з аналогічним показником групи порівняння ($p<0,05$); **порівняно з аналогічним показником групи порівняння ($p<0,01$).

Достовірна різниця у вираженості симптому Форестье та зменшенні експерсії грудної клітки у хворих основної групи порівняно з особами групи порівняння свідчили, що зміни в шийно-грудному відділі хребта при АС можуть бути етіопатогенетичним фактором виникнення езофагеальних ускладнень. Гіперлордоз шийного та кіфоз грудного відділу хребта сприяють анатомічно-функціональній деструктуризації кардіальної частини стравоходу, впливають на загальну езофагеальну топографію. Обмеження дихальної експерсії грудної клітки веде до напруження передньої групи м'язів шиї. Тиск м'язів на передню езофагеальну стінку порушує перистальтику органа, викликає дисбаланс між пропульсивними та циркулярними скороченнями стравоходу, і в результаті, створює передумови для виникнення гастроєзофагеального рефлюксу та езофагіту.

Висновки. Антропометричні характеристики хворих на АС з ураженням стравоходу відображають деформацію шийно-грудного відділу хребта у хворих на АС, яка змінює езофагеальну топографію, сприяє функціональним порушенням моторики стравоходу й може бути етіопатогенетичним чинником езофагеальних ускладнень у цих пацієнтів.

ВПЛИВ АФІННО ОЧИЩЕНИХ АНТИТІЛ ДО ЛЮДСЬКОГО ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН- α НА АКТИВНІСТЬ РЕАКТИВНОГО АРТРИТУ ТА ХРОНІЧНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ

О.В. Залявська, О.С. Хухліна

Буковинський державний медичний університет,
Чернівці

Мета: виявити вплив афінно очищених антитіл до людського ФНП- α (суміш гомеопатичних розведень

С12, С30 та С200) на імунологічні показники активності реактивного артрити (РеА) у осіб із коморбідною хронічною хворобою нирок (ХНН): хронічним піелонефритом (ХП).

Методи дослідження. Проведено дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на РеА I–III ст. активності. Функціональна недостатність суглобів (ФНС) I–III ст. без патології нирок (30 осіб) та РеА, активність I–III ст. ФНС I–III ст. із коморбідним перебігом ХНН I–II ст.: хронічний піелонефрит, ХНН 0–I ст. (30 осіб). Згідно з призначеним лікуванням обстежені хворі були поділені на дві групи. Контрольну (1-шу) групу становили 15 хворих на РеА без патології нирок, 15 хворих на РеА на тлі хронічного піелонефриту, які отримували традиційну терапію: харчування з урахуванням обмежень дієти № 6/7, антибіотики (доксидиклін, або моксифлоксацин, або азитроміцин), нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) (лорноксикам 0,004 г 2 рази на добу). Основну (2-гу) групу становили пацієнти (30 осіб), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій, антибактеріальної та протизапальної терапії, застосовували антитіла до людського ФНП- α (по 0,006 г 4 рази на добу) впродовж 3 міс. Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. Для оцінки цитокінового статусу у обстежених хворих визначали вміст ІЛ-6, ФНП- α і ІЛ-1 β у сироватці крові методом твердофазового імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням моноклональних антитіл (набір реактивів «Diaclone», Франція).

Результати. Середня тривалість захворювання обстежених хворих становила 24,4 \pm 4,7 міс. Середній вік хворих — 32,5 \pm 1,2 року. При вивченні динаміки основних прозапальних цитокінів у хворих обох груп вміст у крові ФНП- α та ІЛ-1 β перевищував значення у групі ПЗО у 1,6 та 1,5 рази відповідно ($p<0,05$), у той час, як вміст у крові ІЛ-6 був нижчий від показника у групі контролю у 1,5 рази ($p<0,05$). Водночас у хворих контрольної та основної груп спостерігалися близькі дані діапазону середніх значень вмісту у крові протизапального ІЛ-4 порівняно із ПЗО ($p>0,05$). Через 3 міс лікування у 2-й групі відзначено статистично достовірне зниження рівня цитокінів ФНП- α , ІЛ-1 β та ІЛ-6 на 45; 41 і 50% відповідно порівняно із вихідними показниками ($p<0,05$). У групі порівняння відзначалася лише тенденція до зниження цих цитокінів впродовж усього періоду спостереження. В обох групах до початку терапії визначали низькі рівні протизапального цитокіну ІЛ-4. На 3-му місяці лікування виявлено значне зростання ІЛ-4 у 2-й групі порівняно із вихідними даними та з показниками 1-ї групи на 38,8 та 38% відповідно в той же період лікування ($p<0,05$). З метою контролю функціонального стану нирок було визначено швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) на всіх етапах дослідження. В обох групах вихідні величини ШКФ були дещо знижені порівняно із ПЗО ($p>0,05$). Проте вже в 1-й місяць лікування у 2-й основній групі хворих спостерігалось підвищення ШКФ майже на 5%, а на 3-й місяць — на 6% порівняно із вихідними даними та достовірно вище порівняно із групою контролю ($p<0,05$). Зовсім протилежна дина-