

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕЛАТОНИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ*В.Б.Шатило, Е.В.Бондаренко, И.А.Антонюк-Щеглова*

Резюме. Исследовали антигипертензивную эффективность монотерапии мелатонином у 23 больных пожилого возраста гипертонической болезнью II стадии с I степенью артериальной гипертензии.

При применении мелатонина в дозах 1,5 мг и 3 мг (каждая доза по 14 дней) достигается компенсация функциональной недостаточности пинеальной железы. При этом у больных улучшается функциональное состояние эндотелия микрососудов и автономная нервная регуляция сердечно-сосудистой системы. Благодаря указанным механизмам снижается артериальное давление по данным суточного мониторирования.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, мелатонин, сосудодвигательная функция эндотелия, суточный профиль артериального давления, автономная нервная регуляция сердечно-сосудистой системы.

ANTIHYPERTENSIVE ACTION OF MELATONIN IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS*V.B.Shatilo, O.V.Bondarenko, I.A.Antoniuk-Shcheglova*

Abstract. This investigation was undertaken to study the antihypertensive efficacy of monotherapy with melatonin in 23 elderly patients with stage 2 hypertensive disease and the 1st degree of arterial hypertension. When using melatonin in the doses of 1.5 and 3 mg (each dose being prescribed for 14 days) there occurred a compensation of pineal gland functional failure. The patients showed an improvement of the endothelial microvessel functioning. Besides, the autonomous regulation of the cardiovascular system was also improved due to melatonin treatment. Owing to the mechanisms under study there occurs a reduction of arterial pressure according to diurnal monitoring.

Key words: essential hypertension, melatonin, endothelial vasomotor function, 24-hour profile of arterial pressure, autonomous nervous regulation of cardio-vascular system.

State Institute of Gerontology of the Ukrainian Academy of Medical Sciences (Kyiv)

Рецензент – доц. В.В.Степанчук

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol.13, №4.–P.261-265

Надійшла до редакції 2.08.2009 року

© В.Б.Шатило, О.В.Бондаренко, І.А.Антонюк-Щеглова, 2009

УДК 616.348:616-089

*З.І.Шевцова¹, В.В.Гапонов², А.В.Гапонов***ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОБОДОВІЙ КИШЦІ**

¹ДУ «Інститут гастроентерології АМН України» (дир. – чл.-кор. АМН України Ю.О.Філіппов), м. Дніпропетровськ

²Дніпропетровська державна медична академія

Резюме. Вивчено якість життя 91 хворого після оперативних втручань з приводу запальних (14) та онкологічних (77) захворювань ободової кишки. Встановлено особливості якості життя після первинно-

відновних та обструктивних втручань на ободовій кишці, розроблено рекомендації.

Ключові слова: колоректальні операції, якість життя.

Вступ. Подальше зростання колоректальної патології запального та онкологічного походження супроводжується постійним збільшенням ускладнених форм, які призводять до необхідності виконання різних оперативних втручань [4]. У більшості випадків операції завершуються накладанням колостом, а інвалідація пацієнтів супроводжується значним погіршенням якості життя [2]. В останні роки в протилежність багатоетапним втручанням з'явилася тенденція до виконання первинно-відновних операцій у хворих цієї категорії [1, 3]. Ефективна медична реабілітація забезпечує успіх соціальної реабілітації, що особливо актуально для стомованих хворих, які є однією з дезадаптованих груп інвалідів [2, 4].

Мета дослідження. Вивчити особливості якості життя осіб після різних оперативних втручань на ободовій кишці та розробити шляхи поліпшення медичної та соціальної реабілітації пацієнтів.

Матеріал і методи. Під наглядом знаходився 91 хворий після різних операцій з приводу запальних (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона – 14 осіб) та онкологічних (77) захворювань ободової кишки. Чоловіків було 35, жінок – 56. Пацієнти розподілені на дві групи: перша – операції без стоми, після первинно-відновних втручань (43 особи), друга – операції зі стоною (після обструктивних резекцій, 48 осіб). У 17 двічі оперованих хворих якість життя оцінено після першого та другого етапів оперативного

© З.І.Шевцова, В.В.Гапонов, А.В.Гапонов, 2009

лікування. Якість життя оцінювалася в терміни від одного місяця до семи років після операції. Проводилося фізикальне та проктологічне обстеження, за показаннями використовувалися додаткові методи, анкетування пацієнтів за експериментально-психологічною методикою оцінки суб'єктивного задоволення якістю життя SF-36 Health Status Survey, яка рекомендована ВООЗ та містить 36 питань. Всі шкали опитувальника об'єднані в два сумарні виміри – фізичний (1-4 шкали) та психічний (5-8 шкали) компоненти здоров'я. Підрахунки проводилися згідно з формулою: [(реальне значення показника) – (мінімально можливе значення показника)] : (можливий діапазон значень) * 100.

Враховуючи відсутність в анкеті SF-36 певних важливих, на наш погляд, показників, додатково створено анкету з 32 пунктів, в якій респондент на кожне запитання давав відповіді в балах, відмічав свій стан та вказував зміни після оперативного лікування, оцінював характер форми калу за Бристольською шкалою. Функцію шлунково-кишкового тракту оцінювали за сумою балів: до 5-7 балів – добра, 8-10 балів – задовільна, 11 балів та більше – незадовільна.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз засвідчив, що показники якості життя хворих зі стомою статистично достовірно гірші, ніж у пацієнтів після первинно-відновних втручань, за 7 критеріями з 8. У пацієнтів 1-ї групи за виміром «фізичний компонент здоров'я» найбільш суттєва різниця відмічена за ролевим функціонуванням (77,08±7,19 проти 25,00±9,73 у другій групі), де більш як втричі кращий показник у 1-й групі. Фізичне функціонування пацієнтів після первинно-відновних втручань дорівнювало (70,83±4,68) проти (53,33±5,55) після обструктивних втручань. Пацієнти 2-ї групи обмежені в помірних фізичних навантаженнях, їх фізичний стан не дозволяв виконувати певну роботу в повному обсязі, потребував скорочення часу та відмову від виконання бажаного обсягу роботи. Загальний стан у пацієнтів обох груп не відповідав бажанням прооперованих, але в 1-й групі (57,50±2,42) він статистично вищий за аналогічний показник другої групи (48,33±2,25). Респонденти обох груп у перші 6 міс. після операції відмічали певні обмеження передопераційного життя. Пацієнти, які перенесли реконструктивні операції кілька років тому, вважали фізичний стан свого здоров'я відмінним або дуже гарним. При віддаленні часу від виконання обструктивної операції хворі відмічали поліпшення загального стану порівняно з першими післяопераційними місяцями, збільшення обсягів домашньої роботи та можливість самостійно доглядати за собою. Це дозволяло вважати, що з певним часом настає компенсація головних функцій шлунково-кишкового тракту, втрачених при його часткових видаленнях.

Опитування респондентів показало переваги операцій з накладанням анастомозів перед обструктивними втручаннями в кількох напрямках, особливо що стосується характеру їжі, періодич-

ного вживання медикаментів проносної або закріплювальної дії. У 2-й групі періодичний біль у животі, здуття та гуркіт були у 28 осіб. Більшість з них вважала себе неповноцінними членами сім'ї та суспільства, не могла працювати за попередньою професією.

Вивчення психічного компоненту здоров'я підкреслило переваги одномоментних втручань перед багатоетапними операціями. Якщо в 1-й групі життєва активність склала 66,67±1,88, то в 2-й групі – 35,00±4,08. У пацієнтів, яким оперативні втручання виконувалися в два етапи, після другого етапу оперативного лікування покращувалися показники якості життя. Фізичне функціонування підвищувалося в 1,42 раза, ролеве функціонування зростало в 4,21 раза. Інтенсивність болю зменшувалась з 48,33±4,77 до 23,33±4,22, а загальний стан пацієнтів поліпшувався з 48,33±4,22 до 54,17±3,75. Життєва активність після другого етапу збільшилася в 1,75 раза. Особливо слід відмітити поліпшення соціального функціонування та психологічного здоров'я, які збільшилися вдвічі та в 3,4 раза відповідно.

Клінічні обстеження пацієнтів через 3, 6 і 12 міс. та 2 роки після операції дозволили оцінити функції кишечника, виключити рецидиви захворювань та виявити супутню патологію чи ускладнення операцій. Через 1 рік патологічні зміни виявлені у двох осіб 1-ї групи та трьох пацієнтів 2-ї групи, їм проведено відповідне лікування. У 12 з 23 обстежених рентгенологічно хворих 1-ї групи через 6-12 міс. після операції відмічено компенсаторне розширення привідного відділу кишечника. У 2-й групі аналогічні зміни виявлено в 17 пацієнтів з 28 обстежених, при цьому причиною дилатації привідного відділу кишечника в трьох випадках були стриктури колостоми, які викликали необхідність її реконструкції (2) або прискорили терміни виконання другого етапу оперативного лікування (1). У 1-й групі явища стриктури анастомозу виявлені в чотирьох осіб. Серед віддалених ускладнень у чотирьох пацієнтів 2-ї групи виявлено параколомічні грижі.

Всі хворі 2-ї групи користувалися калоприймачами різних конструкцій. Більшість пацієнтів надавала перевагу калоприймачам фірми Conva-Tec, Bristol-Myers Squibb Company (Велика Британія), які дозволяли пересуватися та виконувати посильну роботу більш активно та були герметичними протягом 4-7 діб.

Хворим із запальними захворюваннями кишечника до оперативного втручання призначалися салазопрепарати, гормони, антибіотики, амінокислотні суміші, глюкозо-сольові розчини, вітаміни. У післяопераційному періоді з реабілітаційною метою хворі отримували препарати 5-аміносаліцилової кислоти, ферменти, гепатопротектори, пре- та пробіотики.

Висновки

1. Порівняння якості життя хворих після оперативних втручань на ободовій кишці при запальних та онкологічних захворюваннях свід-

чить на користь оперативних втручань без накладання колостом, що підтверджується даними експериментально-психологічної методики оцінки суб'єктивного задоволення якістю життя SF-36.

2. Головними негативними явищами, які спостерігалися у стомованих хворих, були психологічні розлади, обмеженість фізичних та життєвих запитів, емоційного та ролевого функціонування.

3. Загальна оцінка отриманих даних дозволила констатувати, що у хворих з анастомозами через рік та більше після операції при використанні медикаментозного лікування спостерігалася адаптація шлунково-кишкового тракту до нових умов функціонування.

Перспективи подальших досліджень полягають у застосуванні комплексних заходів реабілітації та вивченні їх результатів.

Література

1. Гавриков О.Є. Субтотальна і тотальна колектомія при непрохідності лівої половини обо-

дової кишки пухлинної етіології: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / О.Є.Гавриков. – Харків, 2004. – 20 с.

2. Павловський М.П. Колостома в проктології. Реабілітація стомованих пацієнтів в Україні / М.П.Павловський, Ю.С.Лозинський, О.В.Леончик // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.2 (34). – С. 65-66.
3. Саєнко В.Ф. Сучасні підходи до проблем гострої обструкції ободової кишки / В.Ф.Саєнко, Л.С.Білянський, А.С.Лаврик // Шпит. хірургія. – 2005. – № 1. – С. 10-14.
4. Захараш М.П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы / М.П.Захараш // Матер. II з'їзду колопроктологів України. – К.: Медицина, 2006. – С. 21-34.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ

З.И.Шевцова, В.В.Гапонов, А.В.Гапонов

Резюме. Изучено качество жизни 91 больного после оперативных вмешательств по поводу воспалительных (14) и онкологических (77) заболеваний ободочной кишки. Установлены особенности качества жизни после первично-восстановительных и обструктивных вмешательств на ободочной кишке, разработаны рекомендации.

Ключевые слова: колоректальные операции, качество жизни.

IMPROVEMENT OF PATIENTS' QUALITY OF LIFE AFTER OPERATIONS ON THE COLON

Z.I.Shevtsova, V.V.Gaponov, A.V.Gaponov

Abstract. The quality of life of 91 patients after operations on the colon for inflammatory (14) and oncologic (77) diseases has been studied. The peculiar features of the life quality have been established after original-restorative and obstructive operations on the colon, recommendations have been elaborated.

Key words: colorectal operations, quality of life.

SI "Institute of Gastroenterology of the AMS of Ukraine" (Dnipropetrovs'k)
State Medical Academy (Dnipropetrovs'k)

Рецензент – доц. Н.В.Черновська

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol.13, №4.–P.265-267

Надійшла до редакції 10.07.2009 року