

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

УДК 616.3:613.62:616.12-008-036.82

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.3\(part1\).142381](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.3(part1).142381)**М.М. Сурмило,
О.В. Ковальова****КОРЕКЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ
РОЗЛАДІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ
ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ
ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ
В ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ
У ПОЛІМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ***ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти»**бул. Вінтера, 20, Запоріжжя, 69096, Україна**SI «Zaporizhia Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine»**Vintera boul., 20, Zaporizhia, 69096, Ukraine**e-mail: adminzmapo@gmail.com***Ключові слова:** *поліморбідність, центральна й регіональна гемодинаміка, мікроциркуляція, професійні хвороби органів травлення, реабілітація***Ключевые слова:** *поліморбидность, центральная и региональная гемодинамика, микроциркуляция, профессиональные болезни органов пищеварения, реабилитация***Key words:** *polymorbidity, central and regional hemodynamics, microcirculation, professional illnesses of organs of digestion, rehabilitation*

Реферат. Коррекция микроциркуляторных расстройств при заболеваниях органов пищеварения профессиональной этиологии в период реабилитации у полиморбидных пациентов. Сурмыло Н.Н., Ковалева О.В. В работе на основе литературных данных и собственных исследований делается вывод о том, что гастро-васкулярный континуум является составной частью кардиоваскулярного физиологического (во время старения) и патологического процесса как результата воспаления микроциркуляторного русла при острых и рецидивах хронических болезней органов пищеварения. Установлено, что при заболеваниях органов пищеварения есть нарушение центральной и региональной гемодинамики и связанные с ними микроциркуляторные расстройства. Предложены лечебные схемы для применения семейными врачами и реабилитологами, средним медицинским персоналом во время медицинской реабилитации пациентов с болезнями органов пищеварения профессиональной этиологии.

Abstract. Correction of microcirculation disorders in diseases of digestion organs of professional etiology in the rehabilitation period in multimorbid patients. Surmilo N.N., Kovaliova O.V. In-process on the basis of literary data and own researches a conclusion that gastrovascular continuum is a component part of cardiovascular physiological (during aging) and pathological process as a result of inflammation of microvasculature in acute and relapses of chronic illnesses of organs of digestion is drawn. It is set that in the diseases of digestion organs there is violation of central and regional hemodynamics and connected with them capillary disorders. Treatment regimens for application by family doctors and rehabilitation physicians, by medical attendants during medical rehabilitation of patients with illnesses of digestion organs of professional etiology are offered.

Хвороби органів травлення (ХОТ) у загальній популяції посідають друге місце за кількістю звертань населення за медичною допомогою після хвороб органів дихання, що зумовлює великі фінансові витрати на обстеження та лікування [11]. Серед робітників транспорту, моряків, диспетчерів, спортсменів ХОТ знаходяться на першому місці серед хвороб внутрішніх органів у зв'язку з неправильним режимом харчування та частими психоемоційними та фізичними стресами, що формує стрес-асоційовані функціональні та органічні ХОТ та інші психосоматичні (соматоформні) розлади.

За даними ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», м. Київ, визначено, що абсолютна кількість працюючих на виробництвах в

Україні останнім часом зменшилася, а кількість хворих на професійну патологію, навпаки, зросла. Кількість зареєстрованих випадків вперше виявлених хронічних захворювань коливається в межах 4,0-9,0 тис. (2,3-4,5 випадку на 10 тис. працюючих). У структурі професійної захворюваності перше місце належить хворобам пилової етіології (40-65%), друге – захворюванням кістково-м'язової системи та сполучної тканини (близько 20%), третє – вібраційній хворобі (8-9%). Небезпечними щодо формування професійної патології залишаються регіони, де розташовані великі підприємства провідних галузей промисловості (вугільна, металургійна, машинобудування), в яких зосереджена значна кількість працюючих у шкідливих умовах (Донецька,

Луганська, Дніпропетровська, Запорізька області та ін.). Рівень ризику розвитку професійних захворювань корелює з умовами праці за показниками професійної захворюваності, даних поглиблених медичних оглядів, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності.

Ураження травного каналу професійного генезу може виникати за рахунок прямого впливу фізичних чинників та хімічних агентів (надходження, всмоктування, екскреція і виведення з організму токсичних речовин) та опосередкованих ефектів (через нервову, серцево-судинну системи та інші механізми впливу метаболітів - гомотоксинів). Клінічна картина при цьому досить розмаїта, оскільки ураження травного каналу спостерігається на фоні впливу на організм людини багатьох професійних чинників. Основні клінічні синдроми з боку структур, що входять до травного каналу, можуть бути провідними в перебігу професійної хвороби (наприклад, ерозії та виразки), але все ж таки у більшості випадків вони мають супутній головній патології характер. Не мають ознак самостійної патології, є неспецифічними синдромами. Винятком є свинцева колька, яку розглядають як специфічний синдром для професійної патології — хронічного отруєння свинцем [15].

Динаміка загальних показників ХОТ в Україні виглядає таким чином: підвищення поширеності ХОТ водночас зі зменшенням захворюваності. Це свідчить про збільшення кількості хворих на гастроентерологічну патологію, у тому числі серед молоді. Зменшення кількості вперше встановлених діагнозів свідчить про те, що доступ хворих до спеціалізованої медичної допомоги значно зменшився.

Основним чинником формування цих показників став складний соціально-економічний стан у державі, недоступність для більшої частини населення якісної медичної допомоги. Що ми можемо запропонувати в цій ситуації? Дуже важливим для зменшення кількості рецидивів та подовження ремісії при хронічних ХОТ, на наш погляд, стає проблема реабілітаційного періоду, після встановлення первинного діагнозу та лікування. І тут дуже важливу роль відіграють сімейні лікарі та реабілітологи.

Основним законом при медичній реабілітації ХОТ повинен бути принцип «Лечить следует не болезнь, а больного» (М.Я. Мудров, 1776-1831 гг.), що вимагає системного підходу.

Дуже важлива під час реабілітаційного лікування ХОТ проблема поліморбідності. Так, у молодих хворих віком до 20 років існує одно-

часно до 2,8 хвороб, а патологію людей похилого віку нерідко порівнюють з айсбергом, у якого більша частина обсягу схована під водою [4, 7, 8, 10]. У хворих літнього віку, що перебувають у гастроентерологічних відділеннях, діагностується 5-8 нозологічних форм одночасно [7, 8]. Найчастіше гастроентерологічні захворювання супроводжують ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія й дисциркуляторна енцефалопатія. Виразкова хвороба (ВХ) часто перебігає разом з ішемічною хворобою серця (67%), артеріальною гіпертензією (55%), остеоартрозом (16,6%), цукровим діабетом 2 типу (27,5%), хронічними неспецифічними хворобами легенів (22,2%), захворюваннями печінки (18%), жовчного міхура (24,4%), підшлункової залози (16,5%) [6,7]. При цьому прийнято вважати ВХ самостійним захворюванням, хоча її перебіг і клінічні прояви, прогноз можуть зазнавати важливих змін залежно від наявності й виду супутньої патології. Нозологічна «автономія» ВХ шлунка (ВХШ) і дванадцятипалої кишки (ВХДПК), хронічного панкреатиту, хронічного гепатиту та цирозу печінки привела до створення лікувальних стандартів, спрямованих на етіотропну терапію й корекцію функціональних порушень у роботі органів травлення, без урахування в більшості випадків ролі інших систем організму, особливо системи кровопостачання [18].

У процесі старіння змінюється співвідношення відділів вегетативної нервової системи - симпатична система превалює над парасимпатичною. На тлі підвищеної загальної активності адренергічної системи в літніх і старих людей спостерігається превалювання інгібуючих адренорецепторних ефектів, які проявляються зниженням трофіки СО шлунка [4, 7].

За даними літератури та власних досліджень, у хворих на ВХДПК у період загострення є виражені порушення центральної гемодинаміки (ЦГ), регіональної гемодинаміки (РГ) і мікроциркуляторні розлади (МЦР) [2, 3, 12, 13, 14, 15]. Порушення ЦГ проявляються зниженням ударного обсягу (УО) і систолічного індексу (СІ) більше ніж у 2 рази на тлі збільшення загального судинного опору органів черевної порожнини (ОЧП), що погіршує РГ і мікроциркуляцію в ОЧП [2, 14, 19]. Гіпокінетичний тип центральної гемодинаміки (ЦГ) відзначається у хворих із затяжним перебігом ВХ ДПК, частими рецидивами в анамнезі й тривалістю захворювання понад 10 років. Гіперкінетичний тип кровообігу також зустрічався вірогідно частіше у хворих на ВХ ДПК порівняно зі здоровими. Цей тип ЦГ реєструвався в молодих хворих з невеликим

виразковим анамнезом і тяжким перебігом ВХ ДПК (кровотечами й перфорацією в анамнезі) [14, 15]. Стан РГ та ЦГ у період реабілітації у хворих на ВХ ДПК не вивчався.

Наявність метаболічного синдрому в 91% гастроентерологічних хворих й інсулінорезистентності в 12-30% цих хворих, ранні ознаки метаболічного синдрому в 40-67% хворих з патологією ШКТ і в більшості хворих з гастродуоденальною патологією після 30 років [10] указують на спільність патогенезу захворювань органів травлення з мікроциркуляторними й імунними розладами при коморбідних захворюваннях.

Це підтверджується результатами, які отримали ізраїльські вчені. Вони показали, що додавання гіполіпідемічних засобів (симвастатину) приводило до підвищення ефективності ерадикаційної терапії. У пацієнтів, які отримували симвастатин та потрійну терапію з кларитроміцином, частота ерадикації становила 86%, а в групі плацебо – 69% [20].

Таким чином, МЦР – одна з провідних ланок патогенезу, що спричиняє зниження адаптаційних можливостей організму, резистентності й погіршення трофічних процесів у СО шлунка та ДПК, паренхімі підшлункової залози та печінки [5]. Ключова роль МЦР при ВХ, наприклад, підтверджується тим, що при класичній виразковій хворобі в шлунку або ДПК спостерігається некроз СО, підслизуватою й часто м'язового шару, з ушкодженням ендотелію судин, мікротромбозами, мікрокрововиливами й неспецифічною інфільтрацією клітинними елементами. Такий субстрат хвороби спостерігається незалежно від наявності або відсутності хелікобактеріозу [5].

Безперервний патогенетичний процес при захворюваннях серцево-судинної системи (ССС) Dzau V., Braunwald E. В 1991 р. назвали «кардіоваскулярним континуумом» (КВК) [17]. КВК – це ланцюг пов'язаних подій, починаючи від факторів ризику й закінчуючи ураженням органів-мішеней і розвитком тяжкої хронічної серцевої недостатності та летальним наслідком. Континуум – це така послідовність, такий ряд подібних явищ, в якому кожне наступне явище надзвичайно схоже на попереднє, тоді як перше явище в ряду радикально відрізняється від останнього. Запропонована схема дістала широку підтримку серед дослідників різних напрямків та спеціальностей.

Основні етапи КВК при захворюваннях ССС: функціональні, соматоформні розлади (вегетосудинна дистонія, кардіоневроз, нейроцир-

куляторна дистонія); гостре, а потім рецидив хронічного запалення (міокардит, дистрес-синдром будь-якого генезу); ураження мікроциркуляторного русла з патологічним ремоделюванням (латентна або діагностована ішемічна хвороба серця, стенокардія, міокардіосклероз); гострий інфаркт міокарда або постійна форма порушення ритму серця; хронічна серцева недостатність; органна недостатність; смерть.

Основні етапи гастроваскулярного континууму (ГВК) при ХОТ: функціональні (соматоформні вегетативні розлади, ахалазія кардії, невроз шлунка, пілороспазм, дуоденоспазм, дискінезії жовчовивідних шляхів); гостре, а потім рецидиви хронічного запалення (гастрит, дуоденіт, панкреатит, гепатит); МЦР з патологічним ремоделюванням (атрофічний гастрит, атрофічний дуоденіт, інфільтративно-фіброзний та склерозуючий панкреатити, фіброз печінки, метаплазія); ВХШ, ВХДПК; перфорація виразки, шлунково-кишкова кровотеча, панкреонекроз, цироз; органна недостатність; смерть [12].

Таким чином, концепція судинного континууму відображає безперервний дегенеративно-дистрофічний природний рух всього живого в процесі існування (старіння) – від повноцінної функціональної системи (наприклад паренхіми печінки) до функціонально неповноцінної, яка має у своєму складі фіброзну тканину (наприклад гепатит, фіброз або цироз печінки). Сполучна тканина (фіброзна) не виконує ніякої функції, споживає ресурси організму і заміщує повноцінні клітини в процесі життя (хвороби та запалення значно прискорюють процес).

Мета роботи – запропонувати ефективні методи системної медикаментозної корекції МЦР як матеріальної основи дегенеративно-дистрофічних захворювань (ДДЗ) при ХОТ у період реабілітації у хворих з поліморбідними станами із застосуванням лікарських препаратів, які можуть призначати лікарі загальної практики (сімейні лікарі), реабілітологи та середній медичний персонал.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Хворі на ХОТ (ВХ як модель психосоматичного та стрес-асоційованого захворювання) із супутніми хворобами серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія (АГ) як модель стрес-асоційованого захворювання) та супутніми мікроциркуляторними розладами. Ультразвукове дослідження, реогепатографія, електрокардіографія, фіброгастродуоденоскопія, біопсія. Характер мікроциркуляторних розладів (МЦР) визначався за даними загального мікроциркуляторного індексу (ЗМІ; Ткачев В. А. та ін., 1999) і реовазографії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для визначення типу ЦГ та мікроциркуляції у хворих на ВХ та АГ у період реабілітації нами було проведено дослідження [14], в якому взяли участь 60 пацієнтів, що перебували на реабілітації в санаторії «Великий Луг» (м. Запоріжжя). Середній вік був $42 \pm 3,2$ року. Гіпокінетичний тип ЦГ зберігався в 38,4% з 60 хворих на ВХ ДПК до початку реабілітації. Гіперкінетичний тип ЦГ реєструвався в 10% з 60 пацієнтів. Таким чином, у 48,4% хворих ВХ у період реабілітації зберігаються відхилення в типі ЦГ, які впливають на подальший перебіг і прогноз основного захворювання. Ми вважаємо, що у зв'язку з цими порушеннями виникає необхідність цілеспрямованої корекції ЦГ для відновлення нормальної РГ і мікроциркуляції, що буде сприяти запобіганню рецидивів і ускладнень ВХ ДПК [14, 15].

За нашим даними, порушення РГ корелюють з вираженістю клінічних проявів та МЦР і часто зберігаються в період ремісії. Вони проявляються посиленням внутрішньопечінкового кровообігу й утрудненням венозного відтоку по воротній вені, гіперпарасимпатикотонічним посиленням артеріального кровонаповнення й зниженням венозного відтоку від СО шлунка й ДПК, підвищенням загального периферичного судинного опору й зниженням хвилинного обсягу кровопостачання органів черевної порожнини (ОЧП) [15].

Для корекції виявлених порушень ЦГ, РГ і мікроциркуляції були застосовані антигомтоксичні препарати (АГТП) і складені персоналізовані лікувальні схеми (табл. 1-4) [9]. АГТП приготувані за вимогами гомеопатичної фармакопеї, але на відміну від класичних гомеопатичних препаратів, вони комплексні і містять від одного до декількох десятків гомеопатичних складових [1, 21].

Таблиця 1

Екстрена профілактика стрес – асоційованих МЦР при ХОТ

№	АГТП	Методика вживання
1	«Ігнація - Гомаккорд» або «Нервохесль»	у режимі, що ініціює, – сублінгвально по 1 таб. або 10 крап. кожні 15 хв. протягом 2 годин.
2.	«Граумель»	

У разі різко вираженої стресової реакції показано вживання АГТП у режимі, що ініціює, – сублінгвально по 1 таб. або 10 крап. кожні 15 хв. протягом 2 годин, парентерально – 1 ампула на день N 5 з подальшим переходом на плановий прийом АГТП протягом 2 тижнів [1, 21].

Комплексні АГТП у цілому викликають ефект, зумовлений дією всього спектра потенцій компонентів, що входять до їх складу. Низькі і середні потенції (до Д23, гіпомолекулярні) мають у

своєму складі матеріальні носії інформації і викликають швидку відповідну реакцію організму – з перших хвилин після прийому.

Високі потенції АГТП не мають матеріальної складової, вони передають організму інформацію про хворобу, ініціюють та підсилюють тривалі процеси саногенезу. Поєднання в АГТП різних потенцій забезпечує швидкий і тривалий лікувальний ефект.

Таблиця 2

Лікування субкомпенсованих функціональних розладів при ХОТ (дискінезії, гастро- та дуоденоспазм, «ведмежа хвороба» та ін.)

АГТП	Методика вживання
«Ігнація - Гомаккорд» (кап.)	10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2 тижні
або «Нервохесль» (таб.)	1 таб. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2 тижні
«Граумель» (таб.,амп.)	1 таб. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2 тижні
«Лімфоміозот» (таб., амп.)	10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2 тижні
«Ескулюс-комп.» (кап.) або	10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2 тижні
Плацента-комп.» або «Ангіо-Ін'ель» (амп.)	по 1 амп. в/м або, в/в, або п/шк. через день N 5

При розвитку фіброзу паренхіми, який дуже добре виявляється при ультразвуковій діагностиці у вигляді посилення ехогенності органа й зменшення (або збільшення) його розмірів, показана конституціональна корекція, яка дозволяє досягти стійкої і тривалої ремісії («Псорінохесель», «Гліюксаль», «Убіхінон», «Каталізатори циклу лимонної кислоти», «Коензим – компо-

зитум» по 1 амп. в/м, або в/в, або п/к 1 р/с N 10-15, таблиця 4) [1, 21].

Для терапії ДДЗ, преканцерозів і канцерозів показано вживання схеми Леймбаха: Псорінохель Н + Лімфоміозот + Галіум-Хесель + Траумель С, посиленої препаратом «Гліюксаль – композитум» [1, 21].

Таблиця 3

Лікування МЦР при ерозивно-виразкових та паренхіматозних ХОТ

АГТП	Методика вживання
АГТ-терапія 2 етапу (табл. 2);	
<p>АГТП згідно з нозологічним діагнозом (органонаправленої дії):</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Гастрікумель» (таб.) при захворюванні шлунка; - «Кралонін» (крап.) при захворюванні серця; - «Нукс – вомікагомаккорд» (кап.) при захворюванні кишківника; - «Момордіка комп.» (амп.) при захворюванні підшлункової залози; - «Гепаркомполітум» (амп.) або «Хепель» (табл., амп.) при захворюванні печінки; - «Діскус – комп.» (амп.) при ураженні сполучної тканини; - «Солідаго – комп.» (амп.) або «Ренель» (таб.) при захворюванні нирок і сечових шляхів; - «Оваріум – комп.» (амп.) або «Мулімен» (крап.) при порушенні менструального циклу; - «Вертігохесель» при запамороченні; - «Церебрум-комп.» (амп.) при неврозах, депресії, погіршенні пам'яті; <p>Інші органотропні АГТП згідно з діагнозом.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 таб. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2-4 тижні; - 10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2-4 тижні; - 1 таб. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2-4 тижні; - по 1 амп. в/м або в/в або п/шк. 1-1-2 рази на тиждень N 5-10; - 10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 2-4 тижні; - 10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди – 2-4 тижні; - по 1 амп. в/м, або, в/в, або п/шк. 1-1-2 рази на тиждень N 5-10;

Таблиця 4

Лікування дегенеративно-дистрофічних ХОТ (атрофічний гастрит, дуоденіт, ВХ, фіброз та цироз печінки, фіброзно-інфільтративний панкреатит, доброякісні пухлини цих органів)

АГТП	Методика вживання
АГТТ 3 етапу патогенезу (табл. 3);	
<ul style="list-style-type: none"> - «Галіум-Хесель» (крап.); <p>АГТП – імунomodulatory:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Ехінацея-комп.» (амп.) у ст. загострення; - «Енгістол» (таб., амп.) під час ремісії; <p>АГТП метаболічної і деполімеризуючої дії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Каталізатори циклу лимонної кислоти» (амп.); - «Коензим – композитум» (амп.); - «Убіхінон-комп.» (амп.); - «Гліюксаль-комп.» (амп.); <p>АГТП конституціональної дії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «ПСОРИНОХСЛЬ-Н» (крап.); 	<ul style="list-style-type: none"> - 10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 4-8 тижнів; - по 1 амп. в/м, або в/в, або п/шк. 1-1-2 рази на тиждень N 10-15; - 1 таб. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 4-8 тижнів; - по 1 амп. в/м, або в/в, або п/шк. 1-1-2 рази на тиждень N 10-15; - 1-2 крап. 2-3 р/д, збільшуючи дозу на 1-2 дні, до 10 крап. 3 р/д за 15 хв. до їди під язик – 4-8 тижнів;

ВИСНОВКИ

1. Порівняльний аналіз результатів стандартної реабілітаційної терапії і лікування з АГТП

показав: через місяць лікування в обох групах отримано значне поліпшення, але повного

відновлення мікроциркуляції при ВХ і ВХ з АГ не настало в обох групах. Зберігалися незначні МЦР слизової оболонки антрального відділу шлунка (ЗМІ 1-5 балів, $p < 0,01$).

2. У групі хворих з ВХ і АГ 3 ст. зберігалися помірні (у 30% хворих, (ЗМІ 6-11 балів, $p < 0,01$) і незначні (у 70% хворих, ЗМІ 1-5 балів, $p < 0,01$) МЦР. Це вимагає продовження періоду реабілітації в цієї групи хворих до 2-3 міс. з повторними курсами профілактичної терапії 2-3 рази на рік.

3. Упродовж 1 року спостереження 21,4% хворих, що отримали стандартну терапію упродовж 1 місяця, зверталися за медичною допомогою повторно, 4,2% хворих були госпіталізовані.

4. Хворі з групи АГТТ по медичну допомогу не зверталися, госпіталізація не була потрібна.

5. Ефективність стандартної й антигомотоксичної котерапії в короткостроковій перспективі порівняні, у довгостроковій перспективі АГТТ мають переваги.

Рекомендації.

1. При терапії ХОТ необхідно проводити системну, поетапну АГТТ з урахуванням стадії патогенезу, призначаючи одночасно не більше 3 АГТТ.

2. АГТТ «Нервохеєль» або «Ігнація-Гомакорд» відіграють роль етіотропної терапії в профілактиці і лікуванні САЗ, особливо на стадії функціональних МЦР.

3. Своєчасність завершення гострого індукованого стресом перикапілярного запалення препаратами «Траумель» і «Лімфоміозот» – важлива складова лікування ранніх форм МЦР і профілактики виникнення дегенеративно-дистрофічних змін органів і тканин, є початковим етапом дренажної і протизапальної терапії у всіх фазах гомотоксикозу.

4. Базовими засобами для терапії МЦР і профілактики ДДЗ є такі АГТТ:

- «Плацента композитум» ефективна для корекції МЦР артеріального і венозного типу у всіх басейнах;

- «Ескулюс-композитум» - показаний за наявності порушення венозного відтоку у всіх басейнах;

- «Ангіо-Ін'ель», «Кор-суіс комп.» - показані при супутніх серцево - судинних МЦР при ХОТ;

- «Хепель» - показаний при порушенні портального кровопостачання і МЦР органів черевної порожнини.

5. Для подолання індукованої стресом імунодепресії при ХОТ, особливо після ерадикації хелікобактеру, показано вживання АГТТ: «Ехінацея-композитум» у гуморальні фази функціональних розладів або «Енгістол» у фази матриксу та клітинні фази (дегенерації і дедиференціювання).

6. Для усунення вегетативної дисфункції показано вживання препаратів «Вертігохель», «Церебрум-композитум», «Дискус-композитум» у всіх фазах гомотоксикозу.

7. При соматоформних розладах показано вживання «Нервохеєль», «Церебрум-композитум Н», «Ігнація-Гомакорд».

8. Для направленого поліпшення мікроциркуляції при супутній патології внутрішніх органів додатково застосовуються органотропні АГТТ: «Гепар – композитум», «Момордіка-композитум», «Нуксвомика-Гомакорд», «Пілозелла - композитум» і ін.

9. Для деполімеризації агрегованих із структурними елементами матриксу токсинів та покращення метаболізму у фазі імпрегнації показано вживання «Убіхінон – композитум», «Коензим – композитум», «Каталізатори циклу лимонної кислоти».

10. Для деполімеризації агрегованих токсинів і дренажу цитозоля клітини показано вживання препарату «Гліюксаль - композитум» (клітинні фази гомотоксикозу).

11. При розвитку виражених склеротичних процесів і виникненні ДДЗ, преканцерозів і канцерозів можливе застосування схеми Леймбаха: «Псорінохель Н» + «Лімфоміозот» + «Галіум-Хеєль» + «Траумель С» (11-12 етап патогенезу). При канцерозах обов'язкове одночасне лікування в спеціалізованих онкологічних клініках.

12. Для диференціальної діагностики типу МЦР й індикації результатів лікування реографія та капіляроскопія є найбільш доступними методами вибору. Зниження регіонального венозного відтоку є раннім і надійним маркером порушення мікроциркуляції в органах зацікавленого басейну.

13. Гомотоксикологія і її інструмент – антигомотоксична терапія базуються на фундаментальних, загальноприйнятих біологічних законах, принципи антигомотоксичної терапії відповідають вимогам стандартів МОЗ України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антигомотоксическая терапия заболеваний внутренних органов: Руководство для врачей / Н.Б. Губергриц, П.Ф. Дудка, Р.И. Ильницкий [и др.]; под ред. В.Ф. Москаленко, Б.К. Шамугия. – Киев: Книга плюс, 2008. – 421 с.
2. Бобров В.А. Центральная гемодинамика у больных язвенной болезнью / В.А. Бобров, Н.Я. Доценко, И.М. Фуштей. – Запорожье. – 2002. – 114 с.
3. Дробот Е.В. Региональная гемодинамика у больных язвенной болезнью / Е.В. Дробот // Международный журн. экспериментального образования. – 2009. – №4. – С. 34.
4. Жернакова Н.И. Клиническая нейроиммуноэндокринология язвенной болезни у людей пожилого возраста: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.53 «Геронтология и гериатрия» / Н.И. Жернакова. – С.-Петербург, 2010. – 31 с.
5. Зак М.Ю. Клініко-функціональні та морфологічні аспекти виразкової хвороби дванадцятипалої кишки і хронічного гастриту у хворих на гіпертонічну хворобу та їх лікування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.36 «Гастроентерологія» / М.Ю. Зак. – Дніпропетровськ, 2005. – 23 с.
6. Криворчук И.Г. Группы риска развития и методы профилактики острой артериальной мезентериальной ишемии / И.Г.Криворчук, В.Г. Мишалов // Укр. мед. часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 121-122.
7. Лазебник Л.Б. Особенности сочетанного течения артериальной гипертензии и язвенной болезни у пожилых больных / Л.Б. Лазебник, О.М. Михеева, И.А. Комиссаренко [и др.] // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2004. – № 6. – С. 1-11.
8. Парахонский А.П. Патогенетические основы развития полиморбидности геронтов // Успехи соврем. естествознания. – 2009. – № 7. – С. 81-82.
9. Пат. 31171 Україна, МПК А 61 До 35/12, А 61 До 36/00. Спосіб лікування хворих на хронічні захворювання органів травлення з мікроциркуляторними порушеннями в умовах стаціонару / Сурмило М.М., заявник і патентовласник ЗМАПО. – № u200714157; заявл. 17.12.2007; опубл. 25.03.2008, Бюл. № 6.
10. Смирнова Л.Е. Системные нарушения и возможности их амбулаторной коррекции при сочетанном течении язвенной болезни и артериальной гипертензии: фвтореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук. – Москва, 2006. – 38 с.
11. Степанов Ю.М. Хвороби органів травлення та гастроентерологічна допомога: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю.М. Степанов // Здоров'я України. – 2014. – № 3. – С. 10-11.
12. Сурмило М.М. Серцево-судинний континуум та виразкова хвороба / М.М. Сурмило // Укр. терапевт. журнал. – 2011. – № 3. – С. 106-113.
13. Сурмыло Н.Н. Диагностика та антигомотоксична терапія мікроциркуляторних порушень у випадку хронічних захворювань органів травлення // Биологическая терапия. – 2008. – № 1. – С. 16-18.
14. Сурмыло Н.Н. Лечение нарушений центральной гемодинамики у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в период медицинской реабилитации / Н.Н. Сурмыло // Актуальні питання медичної реабілітації, курортології та фізіотерапії дорослих і дітей: XI Міжнар. наук.-практ. конф. 28–29 вересня 2011 р., м. Євпаторія, АР Крим: тез. докл. – “Денеб”. – Київ, Євпаторія. – 2011. – С. 233-235.
15. Ткачишин В.С. Основні клінічні синдроми при ураженнях травного каналу професійного генезу // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 2 (40). – С. 99-102.
16. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения / Я.С. Циммерман // Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. – Москва: МЕДпресс-информ, 2013. С. 85-107.
17. Dzau V. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronari artery disease: a workshop consensus statement / V. Dzau, E. Braunwald // Am. Heart. J. – 1991. –Vol. 121. – P. 1244-1263.
18. Gasbarrini A. Helicobacter pylori and Extra-gastric Diseases — Other Helicobacter / A. Gasbarrini, E. Carloni, G. Gasbarrini [et al.] // Helicobacter. – 2004. – Vol. 9. – P. 12.
19. Lizogub G.V. Cenyral and intracardiac hemodynamics in patients with duodenal ulcer and Helicobacter infection / G.V. Lizogub, G.P. Gutsal, A.N. Bondarchuk // Lic. Sprava. – 2002. – N 2. – P. 37-39.
20. Ma H.J. Quadruple therapy lor eradication of Helicobacter pylori / H.J. Ma, J.L. Wang // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19. – P. 931-935.
21. Ordinatio Antihomotoxica Et Materia Medica (издание на русском яз.) // Под общей ред. науч. отд. фирмы. Biologische Heilmittel Heel GmbH, Dr.-Reckeweg-Str. 2-4, D-76532. – Baden- Baden, 1998. – 452 с.

REFERENCES

1. Gubergrits NB, Dudka PF, Ilnitskii RI et al., editors Moskalenko VF, Shamugiya BK. [Antihomotoxic therapy of internal diseases: A guide for doctors]. Kyiev, Kniga plus, 2008;421. Russian.
2. Bobrov VA, Dotsenko NYa, Fushtej IM. [Central hemodynamics in patients with peptic ulcer]. Zaporozh'e. 2002;114. Russian.
3. Drobot EV. [Regional hemodynamics in patients with peptic ulcer disease]. Mezhdunarodnyi zhurn. eksperimentalnogo obrazovaniya. 2009;4:34. Russian.
4. Zhernakova NI. [Clinical neuroimmunoendocrinology of peptic ulcer in elderly people]. [dissertation]. "Gerontologiya i geriatriya", Sankt-Peterburg. 2010;180. Russian.

5. Zak MYu. [Clinico-functional and morphological aspects of peptic ulcer of the duodenum and chronic gastritis in hypertensive patients and their treatment]. [dissertation]. "Gastroenterologiya", Dnipropetrovsk. 2005;23. Ukrainian.
6. Krivoruchuk IG, Mishalov VG. [Developmental risk groups and prevention methods for acute arterial mesenteric ischemia]. Ukrayinskyi medichnyi chasopis. 2014;5(103):121-2. Russian.
7. Lazebnik LB, Miheeva OM, Komissarenko IA et al. [Features of the combined course of arterial hypertension and peptic ulcer in elderly patients]. Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2004;6:1-11. Russian.
8. Parahonskii AP. [Pathogenetic bases of development of gerontium polymorbidity]. Uspehi sovremenno ego estestvoznaniya. 2009;7:81-82. Russian.
9. Surmilo MM, inventor; ZMAPO, assignee [Patent 31171 Ukraine, IPC A 61 to 35/12, A 61 to 36/00. Method of treatment of patients with chronic diseases of the digestive system with microcirculatory disorders in a hospital setting]. Ukraine, U200714157, 17.12.2007, 2008.25.03. Ukrainian.
10. Smirnova LE. [Systemic disorders and the possibility of their outpatient correction in the combined course of peptic ulcer and arterial hypertension]. [dissertation]. Moskva. 2006;38. Russian.
11. Stepanov YuM. [Digestive diseases and gastroenterological help: achievements, problems and ways of their solution]. Zdorovia Ukrainy. 2014;3:10-11. Ukrainian.
12. Surmilo MM. [Cardiovascular continuum and peptic ulcer disease]. Ukr. terapevt. 2011;3:106-13. Ukrainian.
13. Surmilo NN. [Diagnosis and antihomotoxic therapy of microcirculatory disorders in the case of chronic diseases of the digestive system]. Biologicheskaya terapiya. 200;1:16-18. Ukrainian.
14. Surmilo NN. [Treatment of violations of central hemodynamics in patients with duodenal ulcer in the period of medical rehabilitation]. Actual questions of medical rehabilitation, health resorts and physiotherapy for adults and children. XI International science-practice conference, 28-29 September 2011, Yevpatoriya, AR Krym. Theses, Kyiv. 2011;233-235. Russian.
15. Tkachishin VS. [The main clinical syndromes in lesions of the digestive canal of professional genesis]. Suchasna gastroenterol. 2008;2(40):99-102. Ukrainian.
16. Tsimmerman YaS. [Peptic ulcer: topical problems of etiology, pathogenesis, differentiated treatment]. Nereshenye i sporne problemy sovremennoj gastroenterologii. Moskva, MEDpress-inform. 2013;85-107. Russian.
17. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronari artery disease: a workshop consensus statement. Am. Heart. J. 1991;121:1244-63.
18. Gasbarrini A, Carloni E, Gasbarrini G et al. Helicobacter pylori and Extragastric Diseases – Other Helicobacter. Helicobacter. 2004; 9:12.
19. Lizogub GV, Gutsal GP, Bondarchuk AN. Cerenyral and intracardiac hemodynamics in patients with duodenal ulcer and Helicobacter infection. Lic. Sprava. 2002;2:37-39.
20. Ma HJ, Wang JL. Quadruple therapy lor eradication of Helicobacter pylori. World J. Gastroenterol. 2013;19:931-5.
21. Ordinatio antihomotoxica et materia medica. Biologische Heilmittel Heel GmbH, Dr.-Reckeweg-Str. 2-4, D-76532 Baden- Baden. 1998;452.



УДК 616.71-007.234:659.3:71.454

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.3\(part1\).142384](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.3(part1).142384)

**I.В. Тищенко¹,
О.О. Бондарева¹,
І.А. Єсауленко²,
Т.Л. Крайняк²,
А.Ю. Волкова¹**

РЕАЛІЇ ПОІНФОРМОВАНОСТІ ПОСТІЙНИХ МешКАНЦІВ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ ПРО ПРОБЛЕМУ ОСТЕОПОРОЗУ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49009, Україна
КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 9» ДОР»²
пр. Мануйлівський, 29, Дніпро, 49023, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: rocket.dsma@gmail.com
ME «Dnipropetrovsk city clinical hospital N 9» DRC»²
Manuilivskyi aven., 29, Dnipro, 49023, Ukraine
e-mail: nachmed.ia@meta.ua*