

Матеріали і методи: під спостереженням були 38 пацієнтів із морбідним ожирінням віком 18-34 роки, які склали основну групу. Для порівняльної характеристики було також сформовано контрольну групу з 22 пацієнтів аналогічного віку з нормальною масою тіла. Для оцінки стану тканин пародонта використовували стандартні клініко-рентгенологічні методи обстеження та оцінки гігієни порожнини рота.

Результати та їх обговорення:

Генералізовані ураження пародонта виявлені у всіх 38 пацієнтів з морбідним ожирінням. У переважній більшості діагностовано хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню (24 особи, 63,2%), при цьому переважав загострений перебіг захворювання (22 особи, 91,7%), відповідно лише у 2 осіб (8,3%) перебіг дистрофічно-запального процесу в пародонті можна оцінити як хронічний.

Разом з тим, у інших пацієнтів (14 осіб, 36,8%) з морбідним ожирінням було діагностовано генералізований хронічний катаральний гінгівіт.

На окрему увагу заслуговує факт високої частоти незадовільного стану гігієни порожнини рота у хворих із морбідним ожирінням. Так, виявлено, що у 34 осіб (89,5%) з числа контингенту з морбідним ожирінням гігієнічний стан ротової порожнини відповідав рівню "незадовільний", лише у 4 осіб (10,5%) — рівню «добрий». В контрольній групі частота виявлення генералізованого пародонтиту хронічного перебігу склала 18,2% (4 особи), хронічний катаральний гінгівіт було діагностовано у 16 осіб (72,7%), а стан клінічно інтактного пародонта виявлено у 2 осіб (9,1%).

Висновки:

У структурі захворювань пародонта у осіб молодого віку із морбідним ожирінням переважає хронічний генералізований пародонтит із загостреним перебігом.

Розвиток та перебіг генералізованих уражень пародонта у хворих із морбідним ожирінням — генералізованого пародонтиту та катарального гінгівіту відбувається на тлі незадовільного стану гігієни порожнини рота, що, з одного боку, є складовою клічного перебігу захворювання, але з іншого, може розглядатися як етіологічний чинник хвороб пародонта у цієї категорії осіб, вірогідно, внаслідок психоемоційних предикторів генезу морбідного ожиріння.

РОЛЬ ЛФК В ЛІКУВАННІ Й ПРОФІЛАКТИЦІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Мироненко С.Г.

Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г.Короленка

За даними ВООЗ, за останні десятиріччя поширеність цукрового діабету (ЦД) у країнах світу зростає в 1,5-2 рази і коливається в середньому від 1,5 до 3-4%, а в розвинутих країнах світу — до 8-10%. Кожні 10-15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. Розповсюдженість ЦД носить характер «неінфекційної пандемії» [7]. За прогнозом Міжнародної діабетичної федерації (International Diabetes Federation — IDF) кількість хворих на ЦД зростає до 400 млн., при цьому 93-95 % з них складуть пацієнти 2-го типу. В усьому світі ЦД був і залишається основною причиною сліпоти і ниркової недостатності. Ризик виникнення інсульту й інфаркту міокарду у хворих на ЦД вище у 2-3 рази, а за даними деяких досліджень — у 6 разів.

Проблема ЦД актуальна й для України, де на сьогодні нараховується більше 1 млн. 200 тис. хворих на ЦД (вірогідно, що істинна розповсюдженість захворювання у 3 рази вища за рахунок невиявлених осіб та прихованих форм ЦД) [8,9].

ЦД 1-го та 2-го типу — по суті два різних захворювання, у яких загальним є тільки гіперглікемія, тобто підвищений рівень цукру в крові. Інше ж — етіологія, патогенез та підходи до лікування — різне. ЦД 1-го типу обумовлений абсолютною інсулярною недостатністю внаслідок аутоімунної агресії організму до β -клітин підшлункової залози. У зв'язку з цим основою лікування є екзогенний інсулін. ЦД 2-го типу характеризується інсулінорезистентністю, тому при лікуванні пацієнтів застосовують препарати, які спрямовані на ланки патогенезу цього захворювання [4].

Головною умовою профілактики прогресування ЦД та його ускладнень є виявлення захворювання на ранніх стадіях розвитку, взяття хворих на диспансерний облік та проведення лікувально-оздоровчих заходів в умовах поліклініки, стаціонару, санаторно-курортних закладів, самоконтролю хворих з метою досягнення компенсації захворювання. Важлива роль поінформованості населення, що належить до групи ризику (з діабетом у сімейному анамнезі, артеріальною гіпертензією, ожирінням, ішемічною хворобою серця, атеросклерозом, хворобою печінки та підшлункової залози) з приводу специфічних (типових) діабетичних скарг — спраги, поліурії, втрати маси тіла, сухості в роті, свербіжу шкіри, слабкості та іншої симптоматики, характерної для розвитку діабету [1, 2, 3].

Типи ЦД поділяють за ступенями тяжкості його перебігу:

- *легкий* — без судинних ускладнень;
- *середній* — з'являються діабетична ретинопатія (незапальне ураження сітківки ока) та нефропатія (ураження клубочкового апарату та паренхіми нирок);
- *тяжкий* — наявні діабетична ретинопатія та нефропатія, ангиопатія (ураження кровоносних судин в результаті розладу нервової регуляції), серцева недостатність, порушення мозкового кровообігу, ураження нижніх кінцівок [4].

За захворювання на ЦД лікують комплексно, застосовуючи медикаменти, гормони, дієтотерапію, фізичну реабілітацію: лікувальну фізкультуру (ЛФК), масаж, фізіотерапевтичні методи. Програми фізичної реабілітації є важливою ланкою процесу відновлення здоров'я. Фізичні вправи підвищують споживання м'язами глюкози, жирних кислот та кетонів, що зменшує вміст цих речовин у крові та суттєво впливає на лікування ЦД. Під впливом фізичних вправ підсилюється дія інсуліну. М'язова діяльність активізує окислення жирів та вихід їх із депо, зменшує рівень жирних кислот, холестерину в крові, надмірне утворення жиру з вуглеводів, зайву вагу тіла. Лікувальний масаж позитивно впливає на окисно-відновні процеси в організмі, сприяє нормалізації нейроендокринної регуляції обмінних процесів [5, 6, 10, 11].

При легкій формі ЦД в заняттях ЛФК використовують вправи для всіх груп м'язів. Рухи виконуються з великою амплітудою, в повільному й середньому темпі, а для дрібних м'язових груп — у швидкому. Поступово додаються більш складні вправи на координацію, вправи з предметами, на снарядах (гімнастичній стінці, лавці тощо) і з обтяженням. Тривалість заняття — 30-45 хв., частота має бути досить висока. Крім лікувальної гімнастики необхідно використовувати дозовану ходьбу, поступово збільшуючи відстань з 5 до 10-12 км, спортивно-прикладні вправи, ігри [6].

При ЦД середнього рівня тяжкості заняття ЛФК і регламентація рухового режиму сприяють стабілізації дозування лікарських препаратів. Застосовуються вправи помірної та малої інтенсивності для всіх м'язових груп. Тривалість заняття 25-30 хв., частота невисока. Крім лікувальної гімнастики потрібно широко застосовувати дозовану ходьбу на 2-7 км [6].

При тяжкій формі ЦД, а також при супутніх захворюваннях кровоносної системи у людей середнього і старшого віку перші заняття потрібно проводити за методикою, характерною для хвороб серцево-судинної системи. Загальне навантаження на організм незначне або помірне. Широко використовуються вправи для дрібних і середніх м'язових груп. Вправи для великих груп м'язів додаються поступово і обережно по мірі адаптації організму до навантаження [6].

При дозуванні навантаження необхідно враховувати, що тривалі фізичні вправи, які виконуються у повільному темпі знижують вміст цукру в крові. Заняття ЛФК потрібно проводити не раніше, ніж через годину після ін'єкції інсуліну і легкого сніданку. В іншому випадку може виникнути гіпоглікемія (надмірне зниження рівня глюкози в крові) та гіпоглікемічна кома [6].

Таким чином, застосування ЛФК в комплексному лікуванні хворих на ЦД зумовлено стимулюючим впливом фізичних вправ на тканинний обмін, утилізацією цукру в організмі. У хворих з надлишковою вагою під впливом фізичних вправ нормалізується жировий обмін і зменшується жировідкладення. Фізичні навантаження допомагають боротися з гіподинамією та м'язовою слабкістю, що з'являється у хворих на ЦД, підвищують опірність організму несприятливим чинникам.

Успішна реалізація програми ЛФК здатна збільшити тривалість і покращити якість життя хворих на ЦД.

Література

1. Аметов А.С., Кулиджанян Н.К. Как правильно лечить сахарный диабет 2-го типа: простые принципы, спасающие пациентам жизнь // Український медичний часопис. — № 2, 2012. — С. 150-155.
2. Антошук Р.Я. Цукровий діабет: етіологія захворювання // Молодий учений. — № 6, 2016. — С. 277-280.
3. Буряковская А.А., Исаева А.С. Сахарный диабет: роль генетических факторов в развитии заболевания // Міжнародний ендокринологічний журнал. — Том 13, № 1, 2017. — С. 110-119.
4. Внутрішні хвороби: Підручник для студентів стоматологічних факультетів / Під ред. Расіна М.С. — Полтава: ЧФ «Форміка», 2002. — 344 с.
5. Дедов И.И., Кураев Т.К., Петеркова В.А. Сахарный диабет у детей и подростков: Руководство. — М.: ТЕОТАР-Медиа, 2013. — 272 с.
6. Правосудов В.П. Учебник инструктора по лечебной физкультуре: Учеб. для ин-тов физ. культ. — М.: Физкультура и спорт, 1980. — 415 с.
7. Смирнов А.В., Накула М.А. Сахарный диабет 1-го типа у детей и подростков: етиопатогенез, клиника, лечение // Лечащий врач. — №6, 2015. — С. 31-36.
8. Соколова Л.К. Сахарный диабет 2-го типа. Роль семейного врача // Український медичний часопис. — №1(87), 2012. — С. 70-74.
9. Нетребенко О.К. Младенческие истоки хронических неинфекционных заболеваний: сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания // Педиатрия: Журнал имени Г.Н.Сперанского. — №5, том 93, 2014. — С. 109-117.

10. Тронько Н.Д., Зак К.П. Ожирение и сахарный диабет // Лікарська справа. — № 8, 2013. — С.3-8.
11. Чурсина Т.Я. Михалев К.А. Сахарный диабет второго типа: комбинированная антигипергликемическая терапия // Therapia — український медичний вісник. — 2014. — № 2-3 (88). — С.36-38.

ПОГЛЯД НА БЕЗПЕКУ І ВИПРАВДАНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Молотягін Д.Г.

Харківський національний медичний університет

Атеросклероз є провідним фактором розвитку ішемічної хвороби серця. Численні дослідження довели існування зв'язку між розвитком атеросклерозу і наявністю порушень ліпідного спектра. Одним з найважливіших напрямків профілактики серцево-судинних катастроф є сучасна медикаментозна терапія статинами. Ефективність ліпідознижуючої терапії при використанні статинів, а також дієти з обмеженням споживання жирів, алкоголю, легкозасвоюваних вуглеводів, доведена для пацієнтів високого і дуже високого кардіоваскулярного ризику [11].

Однак, існуюча раніше думка, що для застосування статинів не існує верхньої вікової межі, на сьогоднішній день активно переглядається.

Дані численних досліджень показали значне зниження ризику серцево-судинних ускладнень, зокрема, у пацієнтів з інсулінорезистентністю, на тлі застосування статинів [1, 4, 7, 8, 16].

Виражений позитивний ефект статинів щодо зниження ризику серцево-судинних ускладнень є навіть у осіб з низькою концентрацією холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), а також у хворих на цукровий діабет, незалежно від типу. Однак, зважаючи на збільшення числа хворих, які приймають статини, в першу чергу хворих похилого віку, збільшується і кількість побічних ефектів. Тому практикуючим лікарям необхідно з обережністю призначати препарати цієї групи, зважаючи всі ризики і користь.

З огляду на зниження з віком швидкості обміну речовин, зайвий зовнішній вплив на рівень ендогенного холестерину (ХС) може призвести до прогресування дегенеративних захворювань, виходячи з мультифункціональності ХС в організмі: ХС є субстратом для утворення жовчі; відіграє важливу роль у підтримці нормального стану слизової кишечника — дієта без жирів і холестерину призводить до порушення непроницності слизової кишечника (leaky gut syndrome), що дозволяє токсинам з кишечника проникати в кров; є антиоксидантом і захищає внутрішньоклітинні структури від руйнівної дії вільних радикалів; з ХС синтезуються стероїдні гормони, що виробляються кірковою речовиною надниркових залоз, які впливають на обмін речовин, судинний тонус, імунітет; ХС необхідний для нормальної діяльності серотонінових рецепторів в мозку — дефіцит серотоніну асоційований з депресією, агресивною поведінкою; з ХС під впливом сонячного світла синтезується вітамін D, який необхідний для регенерації та мінералізації кісткових тканин, нормальної діяльності нервової системи, вироблення інсуліну, підтримки м'язового тонусу, регуляції мінерального обміну, підтримки імунітету, діяльності статевих органів.