**Мізін Володимир Іванович. Факторна оптимізація санаторно-курортного відновлювального лікування : Дис... д-ра наук: 14.01.33 – 2007**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Мізін В.І. Факторнаоптимізація санаторно-курортного відновлювального лікування. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.33 – медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія. –Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України, Одеса, 2007.У дисертації розроблено оптимальні комплекси санаторно-курортного відновлювального лікування хворих на ГХ та ХБ на курортах Південного берегу Криму з використанням поліфенолів винограду. В результаті клініко-функціональних та лабораторних досліджень 363 хворих обґрунтована доцільність використання двох оптимальних лікувальних комплексів, до складу яких входять як традиційні курортні та фізіотерапевтичні чинники – кліматотерапія, інгаляції, арома - та фітотерапія, ЛФК, масаж, гідротерапія, питне водолікування та фізіотерапія (електротерапія, світлотерапія, лазерна терапія, УВЧ та інші види фізіотерапії), так і новий лікувальний чинник – комплекс поліфенолів винограду (КП). Окреслені критерії оптимізації санаторно-курортного відновлювального лікування хворих на ГХ та ХБ з точки зору сінергетичних та інших клінічнних цілей лікування. Проведений порівняльний аналіз ефективності лікувальних чинників дозволив виробити рекомендації з їх диференційного застосування. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено узагальнення і нове вирішення наукової проблеми факторної оптимізації СКВЛ хворих на ГХ та ХБ на курортах ПБК, яке засновано на розвязку актуальних питань розробки та практичного застосування методології сінергетичного та системно-цільового аналізу змін функцій КРС, ефективності кисеньзалежного енергообміну та активності стрес-лімітуючих реакцій, котрі зумовлені впливом комплексу ФППЛЧ, що поєднані з застосуванням комплексу поліфенолів винограду.1. Показано, що сінергетична факторна модель енергообміну «зовнішнє середовище – організм людини та його фізіологічні системи» упорядковано відображає енергетичний баланс лікувальної дії ФППЛЧ на організм хворого. Інтегральним показником факторних сінергетичних лікувальних впливів є зміни ефективності захоплення із зовнішнього середовища ресурсу кисню, що визначається по підвищеній ефективності роботи легень, серця, КРС та еритрону. Збільшення ефективності захоплення ресурсу кисню та його перетворення у процесі енергозабезпечення фізіологічних функцій організму вказує на позитивний сінергетичний лікувальний ефект діючого ФППЛЧ.
2. Розроблена методологія якісної та кількісної оцінки потужності кисеньзалежного енергообміну «зовнішнє середовище – організм людини та його фізіологічні системи» дозволяє здійснити оцінку лікувальних сінергетичних впливів ФППЛЧ на підставі даних результатів обстежень хворих уніфікованими лабораторними та функціональними методами досліджень.
3. Сінергетична концепція стрес-лімітуючих впливів ФППЛЧ відкриває можливість оцінки рівня та ефективності кисеньзалежного енергообміну з точки зору їх значення для процесів енергетичної адаптації до стресу та подолання дістресу різних функціональних систем організму. Для ефективної адаптації до стресу та подолання дістресу у хворих з патологією КРС необхідне достатнє забезпечення організму відповідними ресурсами, у ролі яких, поряд з киснєм повітря, виступають й антиоксидантні властивості КП.
4. Практичне застосування розробленої сінергетичної моделі та методології оцінки дало можливість встановити сінергетичний лікувальний вплив КП на кисеньзалежний енергообмін й функціональний стан КРС у хворих на ГХ та ХБ. Загальна сінергетична лікувальна дія КП у хворих на ГХ та ХБ проявляється у вірогідній (р<0,05) позитивній динаміці ЧСС (встановлено позитивну вірогідну корреляцію зменшення ЧСС з отриманою дозою КП), ДО (встановлено позитивну вірогідну корреляцію збільшення ДО з отриманою дозою КП), індексу Робінсона (встановлено позитивну вірогідну корреляцію зменшення індексу Робінсона з отриманою дозою КП у хворих на ХБ та зменшення індексу Робінсона з 106,437 до 88,267 у.о. у хворих на ГХ) та коефіцієнту захоплення ресурсу кисню роботою легень (збільшення КЗРл разом з курсовою дозою КП формують склад першого головного фактору енергообміну у хворих на ХБ, встановлено позитивну вірогідну корреляцію збільшення КЗРл з отриманою дозою КП у хворих на ГХ).
5. Доведено, що у додаток до загальної сінергетичної лікувальної дії, вживання КП у хворих на ГХ спричиняє вірогідній (р<0,05) позитивний вплив на динаміку САТ (з 148,649 до 127,792 мм. рт. ст.), ДАТ (з 91,358 до 79,764 мм. рт. ст.), ПС (встановлено позитивну вірогідну корреляцію зменшення ПС з отриманою дозою КП), ЧД (встановлено позитивну вірогідну корреляцію зменшення ЧД з отриманою дозою КП), проби Генча (збільшення з 22,662 до 25,572 с), індексу Кердо (збільшення з -29,925 до -17,502 у.о.) й кольорового показника крові (встановлено позитивну вірогідну корреляцію збільшення показника з отриманою дозою КП).
6. Вживання КП у хворих на ХБ, у додаток до загальної сінергетичної лікувальної дії, спричиняє щє й вірогідній (р<0,05) позитивний вплив на ХОД (встановлено позитивну вірогідну корреляцію зменшення ХОД з отриманою дозою КП), на потужність еритрону (стає 2,043 Вт в групі А та 1,973 в групі В), на активність мікросомальних монооксігеназ (CІ стає 109,291 мл/хв в групі А та 90,136 в групі В), на коефіцієнт захоплення ресурсу кисню роботою еритрону (збільшення КЗРе разом з курсовою дозою КП формують склад першого головного фактору енергообміну) та на коефіцієнт захоплення ресурсу кисню працею КРС (встановлено позитивну вірогідну корреляцію збільшення КЗРкрс з отриманою дозою КП).
7. Практичне застосування розробленої сінергетичної моделі та методології оцінки дало можливість вперше встановити сінергетичний стрес-лімітуючий лікувальний вплив КП: відмічене у хворих на ГХ та ХБ загальне підвищення ефективності кисеньзалежного енергообміну як енергетичного джерела розгортання стрес-лімітуючих реакцій супроводжується у хворих на ГХ вірогідними (р<0,05) підвищенням активності каталази крові (встановлено позитивну вірогідну корреляцію збільшення активності каталази з отриманою дозою КП) й зменшенням рівня фактору ризику підвищення артеріального тиску (встановлено позитивну вірогідну корреляція зменшення фактору ризику вживання алкоголю з отриманою дозою КП), а у хворих на ХБ супроводжується вірогідним (р<0,05) зростанням значення тесту Рідера (з 2,270 до 2,841 у.о.).
8. Розроблено методологію порівняльної оцінки досягнення сінергетичної та клінічної мети комплексного СКВЛ з угрунтуванням на послідовним формулюванні складових (етапних) клінічних цілей лікування, окресленні показників клінічних, об’єктивних, лабораторних та функціональних досліджень, що відіграють роль дескрипторів досягнення складових (етапних) клінічних цілей лікування, та на застосуванні якісної та кількісної векторної оцінки позитивних й негативних впливів лікувальних чинників відносно досягнення як складових (етапних) клінічних цілей, так й інтегральної клінічної мети комплексного СКВЛ.
9. Практичне застосування методології цільової оцінки дало можливість встановити, що КП спричиняє позитивний ефект на досягнення інтегральної клінічної мети лікування у хворих на ГХ (ІВКЦ = 2,691) та ХБ (ІВКЦ = 3,846), отже КП може бути використаним для факторної оптимізації СКВЛ.
10. Доведено, що включення КП до складу комплексного СКВЛ хворих на ГХ призводить до більш ефективного досягнення п’яти складових (етапних) клінічних цілей: поліпшення функцій зовнішнього дихання (ВКЦ = 1,345), поліпшення кисеньтранспортної функції крові (ВКЦ = 0,673), підвищення ефективності кисень залежного енергообміну (ВКЦ = 0,673), збільшення резервів детоксикації й антиоксидантного потенціалу (ВКЦ = 0,673) та поліпшення обміну ліпідів й інших гуморальних факторів (ВКЦ = 0,673). Одночасно КП спричиняє негативний вплив на ступінь досягнення двох інших складових (етапних) клінічних цілей лікування у хворих на ГХ, а саме: на поліпшення бронхіальної прохідності й евакуаційних функцій бронхів (ВКЦ = 0,673) та на поліпшення гемодинаміки (ВКЦ = 0,673).
11. Включення КП до складу комплексного СКВЛ хворих на ХБ призводить до більш ефективного досягнення п’яти складових (етапних) клінічних цілей: на зменшення стресу й усунення дістресу (ВКЦ = 2,038), на поліпшення функції зовнішнього дихання (ВКЦ = 2,308), на поліпшення кисень транспортної функції крові (ВКЦ = 1,538), на поліпшення гемодинаміки (ВКЦ = 0,769) і на підвищення ефективності кисеньзалежного енергообміну (ВКЦ = 0,769); одночасно КП спричиняэ й негативний вплив на досягнення 5 складових (етапних) клінічних цілей лікування хворих на ХБ – на корекцію іммуного статусу (ВКЦ = -0,378), на поліпшення бронхіальної прохідності та евакуаційних функцій бронхів (ВКЦ = -0,769), на зменшення наслідків порушень газообміну та гемодинаміки (ВКЦ = -0,769), на збільшення резервів детоксікації та антиоксідантного потенціалу (ВКЦ = -0,769) та на поліпшення якості життя (ВКЦ = - 1,538).
12. У хворих на ГХ й ХБ наявні спільні вірогідні позитивні системні впливи КП у відношенні трьох складових (етапних) клінічних цілей СКВЛ, а саме: поліпшення функції зовнішнього дихання, поліпшення кисеньтранспортної функції крові та підвищення ефективності кисеньзалежного енергообміну. Одночасно встановлено спільний для хворих на ГХ й ХБ вірогідний негативний вплив на складову (етапну) клінічну ціль поліпшення бронхіальної прохідності й евакуаційної функції бронхів. Спільні (аналогічні) для хворих обидвох видів патології ефекти свідчать про універсальність досліджених механізмів лікувальної дії КП у хворих з патологією КРС.
13. Оптимальний комплекс СКВЛ для хворих на ГХ (що складається з повітряних ванн, сонячних ванн, купань в морській воді, арома-фітотерапії, вживання КП та гіпотензивних препаратів) збільшує значення інтегрального вектору досягнення всіх клінічних цілей лікування до +27,532 та підвищує медико-економічну ефективність лікування на 150% (у порівнянні до середньостатистичного лікувального комплексу).
14. Оптимальний комплекс СКВЛ для хворих на ХБ (що складається з повітряних ванн, сонячних ванн, купань в морській воді, питного водолікування, вживання КП, інгаляцій, масажу, ЛФК, апаратної світлотерапії та лазерної терапії) збільшує значення інтегрального вектору досягнення всіх клінічних цілей лікування до +13,343 та підвищує медико-економічну ефективність на 33% (у порівнянні до середньостатистичного лікувального комплексу).
15. Результи проведеного дослідження обґрунтовують сінергетичну та системно-цільову оптимізацію СКВЛ хворих на ГХ та ХБ шляхом застосування КП (у якості фактору оптимізації кисеньзалежного енергообміну, функцій КРС та стрес-лімітуючих реакцій) та встановлюють доцільність залучення КП до рекомендованих стандартів СКВЛ
 |

 |