

[5], виявили паління у 20% (в Ужгороді 19%), ожиріння у 25 (в Ужгороді у 13%), гіпертензію у 53% (в Ужгороді у 32%), гіперхолестеринемію у 44% (в Ужгороді у 31,5%), а бета-блокатори приймали тільки 54% постінфарктних хворих (в Ужгороді 90%). Разом з цим є резерви покращення ситуації через активнішу пропаганду серед хворих, що перенесли ІМ, необхідності суттєвих корективів у способі життя з метою нормалізації маси тіла, артеріального тиску, порушень ліпідного та вуглеводного обмінів. Для цього слід готувати та роздавати відповідні пам'ятки, проводити групові бесіди та заняття із залученням психотерапевтів, лікарів-дієтологів та лікувальної фізкультури.

Щодо медикаментозної складової вторинної профілактики ІМ, то слід звернути увагу лікарів, які ведуть постінфарктних хворих, на необхідність призначення бета-блокаторів, ІАПФ та статинів з доказаною ефективністю та з досягненням цільових доз, тобто цільових рівнів частоти серцевих скорочень (55-60 за 1 хвилину у стані спокою),

артеріального тиску (< 140/90 мм рт. ст.), загального холестерину крові (< 4,5 ммоль/л).

Висновки.

1. У веденні постінфарктних пацієнтів мають місце проблеми з корекцією способу життя та факторів загального серцево-судинного ризику.

2. Призначення статинів, бета-блокаторів та ІАПФ є часто формальним – без досягнення цільових доз та цільових рівнів холестерину крові, частоти серцевих скорочень та артеріального тиску.

Практичні рекомендації.

1. Активніше переконувати хворих, які перенесли ІМ, у необхідності припинення паління, раціонального харчування, регулярної фізичної активності.

2. Видавати та роздавати пам'ятки, проводити групові заняття та бесіди з пацієнтами із залученням психотерапевтів, лікарів-дієтологів та лікувальної фізкультури.

3. Призначати статини, бета-адреноблокатори та ІАПФ з доведеною ефективністю та в цільових дозах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багрий А.Э., Дядюк А.И. Ишемическая болезнь сердца: современные подходы к лечению (по материалам международных рекомендаций – Украина, ACC/AHA, ESC).–Донецк, 2006. – 98 с.
2. Корнацький В.М. Динаміка кардіологічної патології в структурі загальної захворюваності і смертності населення країни та інших країн Європи // Doctor. – 2006.- №6. – С.63-65.
3. Czuringa I. Szivinfarktus utani szecunder prevencio // Kardiologus. – 2006. – №1. – P.85-94.
4. Dani G., Mark L., Nagy E., Erdei F., Katona A. Szecunder prevencios gyogyszerek alkalmazasa szivinfarktust tuletelt betegek koreben // Cardiologia Hungarica. – 2006. – Vol. 36 – P.26-31.
5. EUROASPIRE II Study Group: Life style and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results // Eur. Heart J. – 2001. – Vol. 22. – P. 554-572.
6. The CAPRICORN investigators: Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with leftventricular dysfunction: the CAPRICORN randomized trial // Lancet. – 2001. – Vol. 357. – P.1385-1390.

SUMMARY

STATE OF SECONDARY PREVENTION OF MYOCARDIAL INFARCTION IN UZHGOROD

Rishko O.A., Bleckan M.V., Ivanyo N.V., Bubryak A.E., Varvarinec A.V., Ivanyo T.V., Pavlyuk A.P.

With the purpose of study the state of secondary prevention of myocardial infarction, the treatment of 114 patients, who have transferred a myocardial infarction in 2004 and are under supervision of the cardiologist was investigated.

As the positive fact was improved, that the majority of the patients receives betablockers (90%), aspirin (88%), statins (88%), ACE-inhibitors (80%), what is due to the European recommendations. At 68% of hypertension patients the blood pressure is in border target. At the same time there are reserves of the secondary prevention of a myocardial infarction in more aggressive correction of lifestyle and cardiovascular risk factors, because 19% patients continue smoking, 75% are high weight or obese, 32% have hypercholesterinemia, 18% – hyperglykemia.

Key words myocardial infarction, secondary prevention

УДК: 616.36-085.327

БАЛЬНЕОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ СІРКОВОДНЕВИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД

Ротаєнко А.П., Швардак М.В., Горицька С.І.

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України м. Ужгород; санаторій "Синяк", Представництва ЗАТ "Укрпрофоздоровниця" в Закарпатській області, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: авторами подана детальна характеристика лікувальної дії сірководневих мінеральних вод, які найбільш відомі в Україні, та їх перелік

Ключові слова: сірководневі мінеральні води, їх лікувальна дія

Вступ. Позитивна лікувальна дія сульфідних (сірководневих) мінеральних вод (СМВ) при захворюваннях різних органів і систем загальноно-дома [1]. В той же час остаточно не вирішене пи-

тання про мінімальну кількість сульфідів (СД) в 1 дм³ МВ, потрібну для визнання її сульфідною. Про це свідчать різні величини критеріїв, прийнятих в окремих країнах, в т.ч. з високим рівнем розвитку курортології. Мінімальним критерієм вмісту СД у СМВ у більшості європейських держав (ФРН, Австрії, Італії, Франції, Угорщині, Польщі, Чехії, Румунії та ін.) вважається 1 мг/дм³ [2]. На сьогоднішній день в Україні для СМВ прийнятий критерій вмісту СД, рівний 10 мг/дм³ [3]. Така суттєва різниця в величинах пояснюється, на наш погляд, тим, що теоретичне обґрунтування дії СМВ базувалось на численних наукових дослідженнях, які проводилися на північнокавказькому курорті Сочі-Мацеста (головним чином, в Сочинському НДІ курортології та фізіотерапії) з використанням сірководневих МВ з середніми та високими концентраціями СД в межах 46-484 мг на 1 дм³.

Мета роботи – вивчення характеристики лікувальної дії сірководневих МВ, які відомі на теперішній час в Україні. Згідно з Кадастром мінеральних вод України розрізняють СМВ слабосульфідні

(з концентрацією СД 10-50 мг/дм³), сульфідні води середньої концентрації (50-100 мг/дм³), міцні сульфідні води (100-250 мг/дм³), дуже міцні сульфідні води (250-500 мг/дм³), ультраміцні сульфідні води (>500 мг/дм³) та в залежності від рН – сірководневі (рН<6,5), сірководневі гідросульфідні, або сульфідні сірководневі (при рН=6,5-7,5) і гідросульфідні (при > 7,5).

Відносно термінології СМВ слід зауважити, що назви "сульфідні" та "сірководневі" МВ у літературі минулих років у більшості випадків використовувались паралельно, як синоніми.

Матеріали та методи. За даними літератури відомо, що згідно з Кадастром МВ в Україні є 18 основних родовищ СМВ, в т.ч. 15 – в Західному регіоні республіки (6 – у Закарпатті, 5 – у Львівській, 2 – в Тернопільській і по одному – в Івано-Франківській та Чернівецькій областях).

З наведеного переліку СМВ (табл. 1) видно, що більшість із них відносяться до слабосульфідних (10 родовищ) і середньої концентрації (8 родовищ).

Таблиця 1

Концентрація сульфідів в основних родовищах СМВ країни в розрізі областей

№ п/п	Родовища СМВ	Область	Загальна кількість СД в мг/дм ³
1.	Синяцьке	Закарпатська	15-34
2.	Тереблянське	"_"	13
3.	Тячівське	"_"	10-12
4.	Верхне-Визницьке	"_"	15
5.	Вільхівське	"_"	10
6.	Пацканівське	"_"	6-8
7.	Немирівське (свердл. 1-К)	Львівська	90
8.	Шкло-ІІ (Цитуля; свердл. 3)	"_"	90
9.	Великолюбенське (свердл. 1-К)	"_"	95
10.	Роздольське (свердл. 344)	"_"	95
11.	Яворівське (свердл. В 3-2)	"_"	126
12.	Конопківське (свердл. 13)	Тернопільська	30-60
13.	Настасівське (свердл. 33)	"_"	30
14.	Щербинецьке (свердл. 4/105)	Чернівецька	38
15.	Черченське (джерело)	Івано-Франківська	36
16.	Донецьке (джерело)	Донецька	100
17.	Феодосійська (Ділянка Західна, свердл. 143)	Авт. Республіка Крим	85
18.	Чокракське (свердл. 1035)	"_"	89

Отже, ретельне вивчення бальнеотерапевтичної дії слабосульфідних МВ є важливою курортологічною проблемою, оскільки вона в нашій країні вивчалася недостатньо.

Результати досліджень та їх обговорення. СМВ, як і інші МВ, мають складний комплекс інгредієнтів, який змінює свої фізико-хімічні властивості

під дією зовнішніх чинників; це система з тісною і складною взаємозалежністю між окремими її компонентами. Сірководень є сильним відновником, слабою кислотою, яка дисоціює на іони водневі (H⁺), гідросульфідні (HS⁻) та сульфідні (S²⁻).

Численними дослідженнями доведено, що сірка всмоктується в організм через пошкоджену шкіру у вигляді вільного H_2S і гідросульфідних іонів та включається в органічні сполуки [2]. Експериментальні дослідження свідчать про те, що сульфідні ванни навіть при концентрації СД 1 мг/дм^3 (Schmidt, 1951) є фармакологічно активними та діють аналогічно специфічним донаторам тіолових груп (А.А.Лозинський, 1949; С.Я.Каплун, І.Г.Коптева, Л.І.Брюханова, 1972.). Вищенаведені дані дають підставу пов'язати позитивну дію сульфідної бальнеотерапії з впливом на порушений метаболізм сірковміщуючих сполук з низкою патологічних процесів, а саме – на ревматизм, ревматоїдний артрит, системну склеродермію, атеросклероз, гіпертонічну хворобу, цукровий діабет тощо [5]. Сірководень, проникаючи в кров і внутрішнє середовище організму, інтенсифікує окисні та енергетичні процеси; при цьому збільшується обмін катехоламінів у наднирниках і міокарді, збільшується споживання кисню тканинами, в т.ч. міокардом [4]. Сульфідні ванни суттєво впливають також на периферичний кровообіг і центральну гемодинаміку поряд з ваготропною дією на ритм серцевої діяльності та артеріальний тиск [1]. Отримані переконливі докази дії сульфідних ванн на мікроциркуляцію: збільшення м'язового кровотоку, зниження агрегації тромбоцитів і в'язкості крові [1, 4]. Під дією сульфідних ванн збільшується кровопостачання головного мозку, покращується функціональний стан нервової системи, що виявляється короткочасним підвищенням збудливості рецепторів шкіри, синокаротидної зони, центрів вегетативної нервової системи та кори головного мозку [4].

Наш багаторічний досвід лікувально-оздоровчої роботи на Закарпатському бальнеологічному курорті "Синяк" свідчить про позитивний бальнеотерапевтичний ефект слабосульфідної ба-

льнеотерапії у хворих на ревматизм, ревматоїдний артрит, деформуючий остеоартроз, остеохондроз, вертеброгенні ураження периферичної нервової системи, а також при деяких хронічних запальних процесах гінекологічної сфери. За останні роки ми проводимо спостереження за лікувальною дією перорального застосування слабосульфідної води при хронічних некалькульозних холециститах та дискінезіях жовчовивідних шляхів у стадії ремісії; отримано попередні позитивні результати.

Опубліковані нами раніше дані [5] свідчать про те, що у процесі бальнеотерапії слабосульфідними ваннами курорту "Синяк" у хворих на деформуючий остеоартроз, ревматизм і ревматоїдний артрит підвищуються початкові знижені рівні вільних сульфгідрильних та дисульфідних груп сироватки крові. Ці дані дають підстави стверджувати, що навіть невелика кількість СД у мінеральних ваннах є активним фармакологічним чинником, який усуває "дефіцит сірки" при деяких захворюваннях, з чим і слід пов'язати позитивну дію сульфідної бальнеотерапії.

Вважаємо важливим наголосити, що у деяких європейських країнах функціонують відомі курорти, які використовують слабосульфідні МВ значно нижчої концентрації та із значно нижчою концентрацією сірководню, ніж прийнятий у нас критерій (10 мг/дм^3); це курорти Шаллербах і Баден бай Він в Австрії, Ексleben у Франції, Альвенау в Швейцарії, Будапешт і Хейвіз в Угорщині та ін.

Висновки. Вищенаведені дані експериментальної курортології та численні клінічні спостереження вказують на можливість більш широкого застосування сірководневих мінеральних вод України навіть із концентрацією СД (1 мг/дм^3). Така принципова позиція дала б можливість збільшити кількість зареєстрованих родовищ СВ в Україні і має неабияке значення для перспективи розвитку курортів нашої держави.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вопросы сульфидной бальнеотерапии // Под ред. Н.Е.Романова. – Сочи: Центральный совет по управлению курортами профсоюзов, 1973. – 255 с.
2. Иванов В.В., Невраев Г.А. Классификация подземных минеральных вод. – Москва: Недра, 1964. – 167 с.
3. Кадастр мінеральних вод України // За ред. М.В. Лободи, В.І.Ловінюкова. – К.: Укрпрофоздоровниця, 1996. – 27 с.
4. Курортология и физиотерапия // Под ред. В.М.Боголюбова. – Москва: Медицина, 1985. – Том I. – 560 с.
5. Ротаянко А.П., Швардак М.В., Дуло О.А., Гайнас Л.Л. Характеристика бальнеологічних реакцій у хворих на деформуючий остеоартроз при сірководневій бальнеотерапії // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина. – 2007. – Вип. 30. – С. 80-82.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CURATIVE EFFECT OF SULFIDE MINERAL WATERS

Rotayenko A.P., Shvardak M.V., Horitskaja S.I.

Of the base of scientific and personal investigations the necessity for more extensive use of sulfid balneotherapy at certain diseases is presented in given article.

Key word: sulfide mineral waters, of curative