

хворих на метаболічний синдром.

Розроблений спосіб лікування протезних стоматитів за допомогою аплікації мазі з тіотриазоліном дозволяє значно знизити ступінь запальних явищ, про що свідчить динаміка кольорового показника, швидкість атрофії альвеолярного відростка. Значно стабілізується проникність стінок судинного русла протезного ложа. Вивчено ефективність застосування патогенетично обґрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів при протезних стоматитах у хворих метаболічним синдромом, що дозволило поліпшити стан слизової оболонки протезного поля та покращити якість протезування в цій групі пацієнтів.

Ключові слова: метаболічний синдром, протезний стоматит, тіотриазолін, зубне протезування

Summary

APPLICATION OF OINTMENT TFOTRYAZOLINU THE TREATMENT PROSTHETIC STOMATITIS IN PATIENTS WITH METHOBOLIC SYNDROME

Yakimenko D.A., Shuturminskyy V.G., Chulak O.L.

Article is devoted to clinical and laboratory substantiation of new methods of treatment of prosthetic stomatitis in patients with metabolic syndrome.

A method for treating prosthetic stomatitis by application of ointment thiotriazolom can significantly reduce the degree of inflammation, as evidenced by dynamic color index, the rate of atrophy of the alveolar ridge. Significantly stabilizes the permeability of the walls of the vascular bed prosthetic bed. The efficacy of using complex pathogenesis reasonable preventive measures in prosthetic stomatitis in patients with metabolic syndrome, thus improve mucosal prosthetic field and improve the quality of prosthetics in this group of patients.

Key words: metabolic syndrome, prosthetic stomatitis, thiotriazolin, dental prosthesis

78

Впервые поступила в редакцию 17.05.2013 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 561.24-007.272-06:616.33/34-092-08

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ ГЕМОДИЛЮЦІЙНІЙ ТЕРАПІЇ ХОЗЛ

Кучер О.В.¹, Гоженко А.І.², Ковалевська Л.А.²

¹ Військовий медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса

² Український НДІ медицини транспорту, м. Одеса

Метою дослідження була оцінка впливу комплексної гемодилюційної терапії на показники гемодинаміки у хворих з ХОЗЛ. Показано, що застосування комбінованої терапії із включенням реополіглюкіну та високо селективного @@в-адреноблокатору (небівалолу) дозволяє нормалізувати гемодинамічні показники та покращити реологічні властивості крові у хворих на ХОЗЛ. Застосування гемодилюційної терапії у хворих на ХОЗЛ із виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки покращує терміни епітелізації виразкового дефекту. Запропонована терапія є ефективною у хворих на ХОЗЛ з вихідною тахікардією, систолічною гіпертензією та гіпоксемічними станами.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легенів, патологія ШКТ, лікування, гемодилюція.

Сьогодні у світі налічується близько 600 млн. хворих на ХОЗЛ [1, 2], при цьому, на кожні 30-45 випадків ХОЗЛ щорічно виявляють 5-7 нових [12]. Таким чином, захворюваність в абсолютних цифрах становить 100 млн. на рік. Щорічно від ХОЗЛ помирає 3 млн. хворих [1-3].

Одним з найбільш важливих патогенетичних факторів розвитку тканинної та органної гіпоксії при захворюваннях легенів і серцево-судинної системи є порушення мікроциркуляції, що, в свою чергу, обумовлено порушеннями реологічних властивостей крові [4, 5].

Враховуючи вищевикладене, важливе значення в лікуванні хворих із хронічним легенеvim серцем з поліцитемією і згущенням крові має інфузійна терапія, спрямована на зменшення ступеня гемоконцентрації (гемоділюційний ефект), зменшення відносної в'язкості крові, що в сукупності, й забезпечує реологічний ефект [5, 6].

Таким чином, при важких загостреннях хронічної обструктивної хвороби легень важливим методом лікування є інфузійна терапія, спрямована на зменшення інтоксикації і поліпшення реологічних характеристик крові. З метою зниження легенево-артеріального опору, поліпшення транспорту кисню до тканин в лікуванні хворих використовуються активні реологічні коректори, в тому числі, реополіглюкін. Один з механізмів дії реополіглюкіну полягає в тому, що він утворює молекулярний шар на поверхні формених елементів крові і ендотелії судин, що призводить до ефекту дезагрегації і поліпшенню мікроциркуляції [7, 8].

З іншого боку, наявність легеневої гіпертензії та ХСН може бути причиною призначення високоселективних β_1 -адреноблокаторів, при прийомі яких ризик бронхообструкції є мінімальним. У випадку порушення співвідношень між ерготропними та трофотропними над-сегментарними впливами, та актива-

цією симпатoadреналової системи застосування β -адреноблокаторів повинно давати добрий ефект у плані оптимізації гемодинаміки.

Мета дослідження — оцінка впливу комплексної гемоділюційної терапії на показники гемодинаміки у хворих з ХОЗЛ.

Матеріал та методи

Дослідження виконане на базі Військового медичного клінічного центру Південного регіону (м. Одеса). Обстежено 92 осіб, що страждали на ХОЗЛ II — III стадій. Всі обстежені перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні пульмонології з приводу загострення захворювання. Всі пацієнти були чоловічої статі, віком старше 50 років, зі стажем куріння в середньому більше 30 пачко-років.

Клінічне обстеження виконане відповідно до вимог протоколу, затвердженого наказом МОЗУ N 128 від 19.03.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»» [8].

Всім пацієнтам проводилися клініко-інструментальні методи дослідження (спірометрія, ЕхоКС, рентгенографія органів грудної клітки); лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, печінкові, ниркові проби). Поряд зі стандартним комплексом клініко-лабораторних та інструментальних тестів при ХОЗЛ, обстеження включало езофагофіброгастродуоденоскопію (ЕФГДС), а також кардіоінтервалографію. Оцінка стану вегетативної нервової системи (ВНС) проводилася за допомогою методу кардіоінтервалографії із використанням програмного комплексу Cardio («Сіата», Україна) за стандартною методикою. Гемоділюційний ефект препаратів оцінювався на основі вивчення динаміки гематокриту. Контрольна ЕФГДС проводилася на 10 день з початку лікування.

Всі пацієнти одержували терапію,

згідно протоколу, затвердженого наказом №128 МОЗ України від 19.03.2007 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія” [8].

В залежності від схеми комплексної терапії, яку одержували пацієнти, вони були рандомізовано розділені на дві групи. I група ($n = 45$) одержувала звичайну терапію, в тому числі, антибактеріальні препарати при наявності показань, системні глюкокортикостероїди, муколітики, та при виявленні запальних та ерозивно-виразкових змін з боку гастродуоденальної зони призначалися інгібітори протонної помпи. При наявності хелікобактерної інфекції призначали антихелікобактерну терапію [8]. II група ($n = 47$) одержувала у складі терапії реополіглюкін внутрішньовенно крапельно по 200 мл на добу. Селективний β -адреноблокатор небівалол із титруванням дози з 1,25 мг до 5 мг протягом двох тижнів призначали при супутній ІХС з серцевою недостатністю, при тахікардії зі схильністю до порушень ритму (екстрасистолія, пароксизмальна тахікардія, фібриляція передсердь), або зумовленою вираженою симпатикотонією.

Статистична обробка одержаних даних проводилася із застосуванням програмного середовища R з відкритим кодом (проект GNU, R Foundation, США).

Результати дослідження

У більшості випадків (78,0 %) пацієнти мали різноманітні коморбідні стани, при цьому, на перший план за частотою виходила супутня патологія серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця (10,9 %), гіпертонічна

хвороба (8,9 %), перенесені гострі порушення мозкового кровообігу (2,2 %), дисциркуляторна енцефалопатія (2,2 %), а також патологія органів травлення: грижа стравохідного отвору діафрагми (2,2 %), гастроезофагальна рефлюксна хвороба (4,3 %), виразкова хвороба шлунка і ДПК (21,7 %), хронічний гастрит (97,8 %), хронічний панкреатит (4,3 %). Кожний другий хворий (48,9 %) із супутньою патологією органів ШКТ мав хелікобактерпозитивний статус.

Як показали наші дослідження, симпатикотонія не є рідкісним станом у пацієнтів — вона зустрічалася у 21 випадках, що складає 23,3 % від загальної чисельності вибірки. Розподіл пацієнтів із симпатикотонією в обох групах був приблизно однаковий. Більшість обстежених мали ейтонічний тип вегетативної регуляції ($BP = 0,16-0,29$).

Подальші спостереження показа-

Таблиця 1

Динаміка клінічних показників

Показник	I група ($n = 45$)		II група ($n = 47$)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ОФВ1, %	74,4 ± 3,6	88,2 ± 3,8*	72,8 ± 3,2	86,7 ± 3,4*
АТ сист, мм.рт.ст.	138,2 ± 2,4	132,5 ± 3,3	139,8 ± 3,2	128,2 ± 2,4*
АТ діаст, мм.рт.ст.	82,3 ± 1,8	80,1 ± 2,2	81,8 ± 2,2	79,4 ± 2,4
ЧСС, уд./хв.	99,3 ± 3,2	94,4 ± 2,8	101,1 ± 2,8	80,3 ± 2,2*
Ht, абс.	0,55 ± 0,02	0,54 ± 0,02	0,54 ± 0,03	0,42 ± 0,03*

Примітка: * — відмінності з вихідним рівнем є статистично значущими ($p < 0,05$)

ли, що у II групі на тлі застосування диференційованого застосування селективного β -адреноблокатора та гемоділюційної терапії значно покращилися основні гемодинамічні показники та знизився гематокрит (табл. 1). При цьому, статистично значущих відмінностей між групами за спірометричними показниками знайдено не було.

Як видно з наведеної таблиці, застосування реополіглюкіну дозволило знизити показник гематокриту з $0,54 \pm 0,03$ до $0,42 \pm 0,03$, а одночасне застосування небівалола у малих дозах знизити вираженість систолічної гіпер-

тензії та усунути тахікардію. Слід зазначити, що найкращу «відповідь» на комплексну терапію із включенням реополіглюкіну та селективного β-адреноблокатору давали хворі на ХОЗЛ з вихідною тахікардією, систолічною гіпертензією та гіпоксемічними станами.

Цікаво, що за даними клінічного моніторингу та при проведенні контрольної ЕФГДС на 10 день, у пацієнтів II групи з ХОЗЛ і супутньою виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки значно прискорилися темпи епітелізації виразкових дефектів порівняно із хворими, які не отримували гемодиліюїну терапію. Так, повна епітелізація виразки у хворих II групи відзначалася у 100 %, термін епітелізації склав 7-10 днів, тоді як у I групі на тлі стандартної терапії через 10-14 днів мала місце неповна епіталізація виразки. Даний клінічний ефект може пояснюватися нормалізацією перфузії тканин та мікроциркуляції у зоні виразкового дефекту. Дійсно, одним з механізмів альтеруючого впливу *Helicobacter pylori* на слизову є пригнічення регіонарної мікроциркуляції. *Helicobacter pylori* ініціює імунологічні реакції, які служать причиною тканинних ушкоджень. Інфікована слизова інфільтрується плазматичними клітинами, моноцитами, нейтрофілами, лімфоцитами. Ці клітини звільняють біологічно активні сполуки, які пошкоджують слизову і викликають порушення мікроциркуляції.

З іншого боку, вплив реополіглюкіну на регіонарну гемодинаміку реалізується незалежно від хелікобактерного статусу хворих із ХОЗЛ та супутньої хронічної патології органів ШКТ.

Дане припущення підтверджується тим, що позитивна динаміка визначалася при ЕФГДС й у відношенні інших захворювань гастроудоденальної зони, зокрема хронічного гастриту, гастроудоденіту та ГЕРХ. Так, у хворих II групи з хронічним гастритом при контрольній

ЕФГДС відбулося відновлення структури слизової оболонки шлунка у вигляді повної редукції запальних змін слизової оболонки шлунка. Описані зміни не залежали від хелікобактерного статусу обстежених пацієнтів.

Висновки

1. Застосування комбінованої терапії із включенням реополіглюкіну та високоселективного β-адреноблокатору небівалолу дозволяє нормалізувати гемодинамічні показники (знижити вираженість систолічної гіпертензії та усунути тахікардію) та покращити реологічні властивості крові (зменшити показники гематокриту до $0,42 \pm 0,03$) у хворих на ХОЗЛ II-III стадій.
2. Застосування гемодиліюїнової терапії (реополіглюкін 200,0 в/в крапельно) у хворих на ХОЗЛ II-III стадій з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки скорочує терміни епітелізації виразкового дефекту до 7-10 днів.
3. Запропонована терапія є ефективною у хворих на ХОЗЛ II-III стадій з вихідною тахікардією, систолічною гіпертензією, гіпоксемічними станами та супутньою гастроентерологічною патологією, в т.ч., ерозивно-виразкових змінах гастроудоденальної зони.

Література

1. Особливості лікування хворих на хронічні обструктивні захворювання легень в поєднанні з артеріальною гіпертензією / М.М. Потяженко, Н.Л. Соколюк, К.В. Шепітько [та ін.] // Світ медицини та біології — 2010. — № 3. — С. 35-37.
2. The prevalence of clinically-relevant comorbid conditions in patients with physician-diagnosed COPD: a cross-sectional study using data from NHANES 1999-2008. / K. Schnell, C.O. Weiss, T. Lee [et al.] // BMC Pulm Med. — 2012 – Vol.12 – P. 26.
3. Pharmacology and Therapeutics of Asthma and COPD / ed. Clive P. Page, Peter J. Barnes, NY Springer, 2004 — 376 p.
4. Нарушение текучести крови при хронич-

- ческих обструктивных заболеваниях легких / Н.Р. Палеев, В.И. Карандашов, Е.Л. Жомов, Е.Б. Петухов // Альманах клинической медицины. — 2000. — № 3. — С. 156-160.
5. Григорьева Н.Ю. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, механизмы развития и естественное течение / Н.Ю. Григорьева, Е.Г. Шарабрин, А.Н. Кузнецов // Медицинский альманах. — 2008. — № 4. — С. 35-38.
 6. Prothrombotic state in senile patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease combined with respiratory failure. / YJ Song, ZH Zhou, YK Liu [et al.] // Exp Ther Med. — 2013 — Vol. 5(4) — P. 1184-1188.
 7. Реополиглюкин. Электронный ресурс. Режим доступа: http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/rheopolyglukin__25419.htm
 8. Наказ МОЗУ від 19.03.2007 № 128 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”. Електронний ресурс. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html

References

1. Features of treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease combined with hypertension / M.M. Potjazhenko, N.L. Sokoljuk, K.V. Shepit'ko [et al.] // Svit medycyny ta biologii — 2010. — № 3. — P. 35–37. [In Ukrainian]
2. The prevalence of clinically-relevant comorbid conditions in patients with physician-diagnosed COPD: a cross-sectional study using data from NHANES 1999–2008. / K. Schnell, C.O. Weiss, T. Lee [et al.] // BMC Pulm Med. — 2012 — Vol. 12 — P. 26.
3. Pharmacology and Therapeutics of Asthma and COPD / ed. Clive P. Page, Peter J. Barnes, NY Springer, 2004 — 376 p.
4. Violation of blood flow in chronic obstructive pulmonary disease / N.R. Paleev, V.I. Karandashov, E.L. Zhomov, E.B. Petuhov // Al'manah klinicheskoy mediciny. — 2000. — № 3. — P. 156–160. [In Russian]
5. Grigor'eva N.Ju. Chronic obstructive pulmonary disease: definition, mechanisms of development and natural history / N.Ju. Grigor'eva, E.G. Sharabrin, A.N. Kuznecov // Medicinskij al'manah. — 2008. — № 4. —

P. 35–38. [In Russian]

6. Prothrombotic state in senile patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease combined with respiratory failure. / Y.J. Song, Z.H. Zhou, Y.K. Liu [et al.] // Exp Ther Med. — 2013 — Vol. 5(4) — P. 1184–1188.
7. Reopoliglyukin. Electronic resource. Access: http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/rheopolyglukin__25419.htm [In Russian]
8. Order of the Ministry of Health of 19.03.2007 № 128 “On approval of clinical protocols of medical care in “Pulmonology”. Electronic resource. Access: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html [In Ukrainian]

Резюме

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕМОДИЛЮЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХОЗЛ

Кучер О.В.¹, Гоженко А.И.²,
Ковалевская Л.А.²

¹ Военный медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса

² Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта, г. Одесса

Целью исследования была оценка влияния комплексной гемодилюции на показатели гемодинамики у больных с ХОЗЛ. Показано, что применение комбинированной терапии с включением реополиглюкина и высоко селективного β-адреноблокатора (небивалола) позволяет нормализовать гемодинамические показатели и улучшить реологические свойства крови у больных ХОЗЛ. Применение гемоделирующей терапии у больных ХОЗЛ с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки улучшает сроки эпителизации язвенного дефекта. Предложенная терапия эффективна у больных ХОЗЛ с исходной тахикардией, систолической гипертензией и гипоксемическими состояниями.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, патология ЖКТ, лечение, гемодилюция.

Summary

CLINICAL AND PATHOGENETIC PARALLELS WITH COMPLEX HEMODILUTION TREATMENT OF COPD

Kucher O.V.¹, Gozhenko A.I.², Kovalevskaya L.A.²

¹ *Military Medical Clinical Centre of the Southern Region, Odessa*

² *SI 'Research Institute of Medicine of Transport, Ministry of Health', Odessa, Ukraine*

The aim of the study was to evaluate the hemodynamic effects of complex hemodilution therapy in patients with COPD. There was shown that combined therapy with the inclusion of reopoliglucine and highly selective β -

blockers can normalize hemodynamic parameters and improve blood rheology in patients with COPD. The application of hemodilution therapy in patients with COPD and gastric ulcer and duodenal ulcer could improve ulcer epithelization time. The proposed therapy is effective in COPD patients with initial tachycardia, systolic hypertension and hypoxemic states

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, GIT pathology, treatment, hemodilution.

*Впервые поступила в редакцию 15.08.2013 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 616.12 – 089.843+612.017

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ТРАНСПЛАНТАТА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА ДОНОРА-ТРУПА

Салютин Р.В., Паляница С.С., Давидова Т.И., Соколов Н.Ф.
*Координационный центр трансплантации органов, тканей и клеток
Министерство здравоохранения Украины, Киев*

В статье представлены иммунологические показатели качества и безопасности трансплантата сердца человека донора-трупа, возможные пути устранения процессов отторжения с целью долгосрочной выживаемости трансплантата.

Ключевые слова: сердце человека, донор, иммунологические показатели

Трансплантология вышла за пределы экспериментальной дисциплины и применяется как альтернативный метод лечения необратимых заболеваний и повреждений сердца на конечной стадии заболевания. Потенциальные реципиенты для трансплантации сердца наиболее тяжелая категория кардиохирургических больных. У них невозможно добиться стойкого улучшения сердечной функции с помощью традиционных терапевтических мероприятий и хирургических вмешательств, а длительность жизни без операции исчисляется месяцами или даже неделями. В анамнезе многих больных имеются случаи внезапной кли-

нической смерти, тромбоэмболические осложнения, сложные нарушения сердечного ритма и проводимости.

При исследовании центральной гемодинамики, как правило, у таких пациентов регистрируют крайне низкие сердечный индекс (менее 2,5 л/мин/м — менее 25 %) и фракцию изгнания левого желудочка (менее 25 %), высокое конечное диастолическое давление в нем (более 20 мм рт.ст.). У большинства (более 50 %) больных повышено давление в легочной артерии (систолическое выше 30 мм рт. ст.) [1, 2].

Современный уровень развития трансплантологии требует эффективной