

Фізичні вправи підбираються суто індивідуально для кожного пацієнта, виходячи з вихідних інтегральних показників кістково-м'язової системи, за допомогою комплексу для реєстрації та обробки біосигналів у вертебології "Insight".

ЛІТЕРАТУРА

1. Поворознюк В. В. Сучасний погляд на проблему остеопорозу у чоловіків в Україні / В. В. Поворознюк, Т. В. Орлик, Є. О. Креслов // *Боль. Суставы. Позвоночник.* – 2012. – № 2 (6). – С. 42–49.

2. Михайлов Е. Е. Эпидемиология остеопороза и переломов / Е. Е. Михайлов, Л. И. Беневоленская // *Руководство по остеопорозу / под ред. проф. Л. И. Беневоленской.* – М.: БИНОМ, 2003. – С. 10–53.

3. Пат. 66378 Україна, МПК (2011.01) А61В 18/13 (2006.01) А61В 6/00 Спосіб профілактики і лікування остеопорозу хребта / Ігнат'єв О. М., Сагітова Р. І., Засипкіна О. В.,

Турчін М. І.; заявник та патентовласник Одес. держ. нац. мед. ун-т. – № u201112062; заявл. 14.10.2011; опубл. 26.12.2011, Бюл. № 24, 2011. – 2 с.

4. Игнат'ев А. М. Оценка функционального состояния костно-мышечной системы при остеопении и остеопорозе / А. М. Игнат'ев, Н. И. Турчин // *Вестник морской медицины.* – 2015. – № 1. – С. 11–17.

5. Кирдогло Г. К. Диагностические методы измерения функционального состояния позвоночника в комплексе для регистраций и обработки биосигнала Insight: доклад // *Современные технологии в восстановительной медицине: конф., 12 апр. 2012 г., Санкт-Петербург.* – СПб., 2012.

6. Roper J. A. Acute Aquatic Treadmill Exercise Improves Gait and Pain in People with Knee Osteoarthritis / J. A. Roper, E. Bressel, M. D. Tillman // *Archives of physical medicine and rehabilitation.* – 2012. – Vol. 12. – P. 1085–1094.

Надійшла 28.09.2015

Рецензент канд. мед. наук, доц. Л. Н. Єфременкова

УДК 616.314.17-006.04.616.31

Л. С. Кравченко, канд. биол. наук,

Н. С. Розовик,

А. А. Бас, канд. мед. наук, доц.

ЛОКАЛЬНОЕ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АПИГЕЛЯ И МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 616.314.17-006.04.616.31

Л. С. Кравченко, Н. С. Розовик, А. А. Бас

ЛОКАЛЬНОЕ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АПИГЕЛЯ И МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Проведено обследование и лечение 81 больного с хроническим генерализованным пародонтитом. Применение локального сочетанного использования апигеля и магнитотерапии в комплексном лечении генерализованного пародонтита позволяет снизить частоту рецидивов заболевания пародонта, положительно влияя на показатели свободнорадикального окисления и интенсивность воспаления. Включение сочетанного применения апигеля и магнитотерапии в комплексную терапию пародонтита является эффективным методом коррекции клинических симптомов и показателей состояния пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, клинические симптомы, перекисное окисление, воспаление, пародонт.

UDC 616.314.17-006.04.616.31

L. S. Kravchenko, N. S. Rozovik, A. A. Bas

LOCAL COMBINED APPLICATION OF APIGEL AND MAGNETIC THERAPY AT THE COMPLEX TREATMENT OF THE CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Examination and treatment of patients with chronic generalized periodontitis have been conducted. Application of local combined use of apigel and magnetic therapy at the complex treatment generalized periodontitis allows to reduce the rate of recurrence of periodontal disease, and to have positive influence on the indicators of free-radical oxidation and intensity of inflammation. In conclusion it is worth while determining that local combined application of apigel with magnetic therapy at the complex treatment of periodontitis is an effective method of correction of the clinical symptoms and indexes of condition of the periodont.

Key words: generalized periodontitis, clinical signs, free-radical oxidation, inflammation, periodontium.

Несмотря на улучшение качества стоматологической помощи, заболевания пародонта — одни из наиболее распространенных стоматологических заболеваний, которые являются причиной потери зубов [1]. Лечение хронического генерализованного пародонтита (ХГП) имеет комплексный характер — применяются местная и общая терапия, методы которых нельзя рассматривать в отрыве друг от друга. При лечении ХГП особое внимание уделяется ликвидации воспаления в пародонтальных тканях, восстановлению структуры и функции пародонтального комплекса, предупреждению вовлечения в патологический процесс глубоколежащих тканей [2].

Несмотря на многообразие лекарственных форм (антимикробных, противовоспалительных, обезболивающих) и методик терапевтического лечения, использующих сочетание этих препаратов, проблема эффективного лечения патологии пародонта остается не решенной. Перспективным является применение магнитотерапии для купирования воспаления в тканях пародонта [3]. Исходя из этого, посчитали целесообразным разработать способ лечения ХГП путем местного применения нового созданного нами гигиенического средства на основе апипродуктов и адаптогенов растительного происхождения [4] в сочетании с магнитотерапией.

Цель: повышение эффективности комплексного лечения пациентов с ХГП с использованием местной терапии, включающей сочетанное применение нового апигеля с магнитотерапией.

Материалы и методы исследования

Обследован 81 человек (39 женщин и 42 мужчины) от 25 до 55 лет с ХГП различной степени тяжести: легкая — 22 человека (ХГПЛ), средняя — 35 больных (ХГПС) тяжелая — 24 пациента (ХГПТ). Пациенты были разделены на 2 группы: контрольную и основную. Контрольная группа включала 27 человек, лечение которых проводили по традиционной схеме.

Основная группа состояла из 2 подгрупп:

— 1-я подгруппа включала 24 пациента, которым наряду с традиционной терапией накладывали в виде аппликаций на слизистую оболочку десны апигель экспозицией 10–15 мин, процедуру повторяли 2 раза в день в течение 10–14 дней.

— 2-я подгруппа включала 30 пациентов, которым наряду с указанным выше лечением дополнительно после местного применения апигеля проводили магнитотерапию в области пораженного пародонта с помощью аппарата «Полюс-3» в течение 10 мин за сеанс с частотой переменного магнитного поля 50 Гц.

Диагноз устанавливали на основании объективного осмотра, проведенных анамнестических, клинических, клинико-лабораторных и биохимических исследований. В ходе регистрации пародонтологического статуса определяли индекс

гигиены полости рта ОНI-S, пародонтальный индекс по Russel (Pi), индекс кровоточивости по Mullemann (PBI), глубину пародонтальных карманов (ПК) [5].

В ротовой жидкости (РЖ), которую собирали натошак [6] определяли общую протеолитическую активность [7], концентрацию малонового диальдегида (МДА) тиобарбитуровым методом [8], активность антиоксидантной защиты по активности каталазы (К) [9] и супероксиддисмутазы (СОД) [10].

Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи теста Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

При первом клиническом осмотре гигиена полости рта у 89 % пациентов была неудовлетворительной: индекс ОНI-S составлял в среднем 1,2 у пациентов с ХГПЛ, 2,2 — у пациентов с ХГПС, 2,6 — у пациентов с ХГПТ. Индекс Pi, отражающий степень поражения пародонтальных тканей, определялся в среднем в 2,0 балла у пациентов с ХГПЛ; 3,8 — у пациентов с ХГПС; 5,9 — у пациентов с ХГПТ. Индекс кровоточивости составлял 24,8 % у пациентов с ХГПЛ; 68,7 % — у пациентов с ХГПС; 79,8 % — у пациентов с ХГПТ.

Через 14 дней после комплексного лечения у пациентов контрольной и основной групп наблюдались изменения клинических показателей. Выявлено объективно уплотнение десневого края, уменьшение ПК, снижение и в отдельных случаях полное исчезновение кровоточивости, устранение подвижности зубов. Наблюдалась положительная динамика стоматологических индексов: в группе контроля индекс гигиены у пациентов с ХГПЛ снизился в 1,7 раза; с ХГПС — в 1,8 раза; с ХГПТ — в 1,6 раза.

В то же время в основной группе в 1-й подгруппе индекс гигиены при ХГП легкой и средней степени тяжести достоверно уменьшился в 2,5 раза, что превышало снижение в группе контроля, и в 1,9 раза — с ХГПТ. Во 2-й подгруппе основной группы индекс гигиены при ХГПЛ снизился в 3,5 раза, при ХГПС — в 3,2 раза, а при ХГПТ — в 2,6 раза, что в 2 раза превышало снижение данного показателя у больных контрольной группы.

У пациентов контрольной группы Pi после лечения снизился при ХГПЛ в 3,1 раза, при ХГПС — в 4,1 раза, при ХГПТ — в 3,8 раза. В основной группе в 1-й подгруппе Pi снизился при ХГПЛ в 5 раз, а при ХГП средней и тяжелой степенях — почти в 6 раз, что превышало снижение данного показателя в контрольной группе в 1,5 раза для всех степеней тяжести.

Во 2-й подгруппе основной группы Pi снижался после лечения при ХГПЛ в 8 раз, при ХГПС — в 10,5 раз, при ХГПТ — в 9,2 раза, что превышало почти в 2,5 раза снижение данного показате-

ля в контрольной группе и было в 2 раза выраженнее, чем в 1-й подгруппе.

У пациентов группы контроля РВИ уменьшился после лечения в 2,2 раза при ХГПЛ, в 3,5 раза при ХГПС, в 3,1 раза при ХГПТ. В основной группе в 1-й подгруппе РВИ достоверно уменьшился в 3,3 раза у пациентов с ХГПЛ, в 6,2 раза — с ХГПС, в 6,1 раза — с ХГПТ, что почти в 2 раза превышало снижение у пациентов контрольной группы. У пациентов 2-й подгруппы основной группы РВИ уменьшился в 4,4 раза при ХГПЛ, в 6,9 раза при ХГПС, в 8,1 раза при ХГПТ, что достоверно в 2 раза и более превышает снижение того же показателя в контрольной группе при всех степенях тяжести и более выраженное, нежели в 1-й подгруппе (табл. 1).

У пациентов в группе контроля глубина пародонтальных карманов после лечения уменьшилась на 0,2 мм при ХГПЛ, на 0,3 мм при ХГПС, на 2 мм при ХГПТ. В основной группе у пациентов 1-й подгруппы глубина ПК достоверно уменьшилась на 0,5 мм при ХГПЛ, что превышало снижение в контрольной группе на 0,2 мм, у пациентов с ХГПС — на 0,7 мм, у пациентов с ХГПТ — на 2,4 мм, что превышает снижение в

группе контроля на 0,4 мм для средней и тяжелой степени тяжести. Глубина ПК у больных основной группы во 2-й подгруппе при ХГПЛ уменьшилась на 0,7 мм, что превышало снижение в контрольной группе на 0,5 мм, при ХГПС — на 1,4 мм, что превышало снижение в контрольной группе на 1,1 мм, при ХГПТ — на 3,2 мм, что достоверно превышало снижение в контрольной группе на 1,2 мм. При этом глубина ПК уменьшилась во 2-й подгруппе пациентов более выражено, чем в 1-й подгруппе.

Оценивая результаты лечения больных ХГП, необходимо отметить, что традиционная схема лечения (снятие зубных отложений, коррекция гигиены рта и т. д.) способствовала уменьшению воспаления в десне, обеспечивала положительные сдвиги клинических показателей. Местное применение апигеля усиливало лечебный эффект традиционной терапии, а сочетанное применение апигеля с магнитотерапией на область воспаленных околозубных тканей способствовало значительному усилению противовоспалительного эффекта, что находило отражение в положительной динамике клинических показателей оценки состояния пародонта, стоматологических индексов.

Таблица 1

Динамика клинических симптомов полости рта на фоне проводимой терапии

| Показатель | ОНИ-S | | Рi | | РВИ | | Глубина ПК | |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| Контрольная группа | | | | | | | | |
| ХГПЛ | 1,2±0,1 | 0,7±0,1 | 2,2±0,1 | 0,7±0,1 | 22,0±2,8 | 9,8±0,7 | 3,2±0,1 | 3,0±0,1 |
| ХГПС | 2,2±0,2 | 1,2±0,1 | 4,1±0,2 | 1,0±0,1 | 76,4±5,4 | 21,8±2,6 | 4,1±0,1 | 3,8±0,1 |
| ХГПТ | 2,6±0,2 | 1,6±0,1 | 5,8±0,2 | 1,5±0,1 | 82,4±5,8 | 26,4±3,6 | 6,8±0,2 | 4,8±0,1 |
| Основная группа | | | | | | | | |
| <i>1-я подгруппа</i> | | | | | | | | |
| ХГПЛ p | 1,5±0,1 <0,01 | 0,6±0,1 >0,05 | 2,0±0,1 <0,05 | 0,4±0,1 <0,05 | 25,6±2,6 >0,05 | 7,6±0,3 <0,05 | 3,4±0,1 >0,05 | 2,9±0,1 >0,05 |
| ХГПС p | 2,3±0,1 >0,05 | 0,9±0,1 <0,05 | 4,0±0,1 >0,05 | 0,6±0,1 <0,05 | 74,1±4,1 >0,05 | 11,8±1,1 <0,05 | 4,6±0,1 <0,05 | 3,9±0,1 >0,05 |
| ХГПТ p | 2,7±0,2 >0,05 | 1,4±0,1 <0,05 | 6,2±0,2 <0,05 | 1,2±0,1 <0,05 | 82,6±4,6 >0,05 | 13,4±1,2 <0,05 | 6,6±0,3 >0,05 | 4,2±0,2 <0,05 |
| <i>2-я подгруппа</i> | | | | | | | | |
| ХГПЛ p p ₁ | 1,4±0,1 <0,05 >0,05 | 0,4±0,1 <0,05 <0,05 | 2,4±0,1 <0,05 <0,05 | 0,3±0,1 <0,05 >0,05 | 27,2±2,4 >0,05 >0,05 | 6,2±0,6 <0,05 >0,05 | 3,5±0,1 <0,05 >0,05 | 2,8±0,1 <0,05 >0,05 |
| ХГПС p p ₁ | 2,3±0,2 >0,05 >0,05 | 0,7±0,1 <0,05 <0,05 | 4,2±0,1 >0,05 <0,05 | 0,4±0,1 <0,05 <0,05 | 79,2±4,2 >0,05 >0,05 | 11,4±0,6 <0,05 >0,05 | 4,8±0,1 <0,05 <0,05 | 3,4±0,1 <0,05 <0,05 |
| ХГПТ p p ₁ | 2,6±0,1 >0,05 >0,05 | 1,0±0,1 <0,05 <0,05 | 6,5±0,2 <0,05 >0,05 | 0,7±0,1 <0,05 <0,05 | 86,2±5,4 >0,05 >0,05 | 10,6±0,8 <0,05 >0,05 | 7,4±0,2 <0,05 <0,05 | 4,2±0,2 <0,05 >0,05 |

Примечание. В табл. 1, 2: p — показатель достоверности различий с контрольной группой; p₁ — показатель достоверности различий между подгруппами основной группы.

**Влияние комплексного лечения на биохимические показатели ротовой жидкости
у больных хроническим генерализованным пародонтитом**

| Показатель | МДА, мкмоль/л | | СОД, усл. ед/л | | К, мкат/л | | ОПА, нкат/л | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| Контрольная группа | | | | | | | | |
| ХГПЛ | 0,24±0,02 | 0,21±0,02 | 0,27±0,04 | 0,32±0,04 | 0,20±0,03 | 0,30±0,02 | 2,94±0,13 | 2,62±0,24 |
| ХГПС | 0,48±0,03 | 0,40±0,02 | 0,20±0,02 | 0,30±0,03 | 0,18±0,02 | 0,28±0,01 | 2,98±0,40 | 2,54±0,24 |
| ХГПТ | 0,73±0,05 | 0,64±0,06 | 0,18±0,02 | 0,28±0,01 | 0,22±0,01 | 0,38±0,03 | 3,14±0,36 | 2,48±0,32 |
| Основная группа | | | | | | | | |
| 1-я подгруппа | | | | | | | | |
| ХГПЛ р | 0,25±0,02 >0,05 | 0,20±0,02 >0,05 | 0,26±0,02 >0,05 | 0,36±0,02 >0,05 | 0,19±0,01 >0,05 | 0,32±0,02 >0,05 | 2,87±0,40 >0,05 | 2,04±0,24 <0,05 |
| ХГПС р | 0,54±0,04 >0,05 | 0,38±0,03 >0,05 | 0,22±0,01 >0,05 | 0,35±0,01 >0,05 | 0,22±0,02 >0,05 | 0,38±0,02 <0,05 | 2,79±0,34 >0,05 | 2,14±0,28 >0,05 |
| ХГПТ р | 0,80±0,04 >0,05 | 0,69±0,06 >0,05 | 0,19±0,01 >0,05 | 0,38±0,02 <0,05 | 0,26±0,02 >0,05 | 0,40±0,02 >0,05 | 3,06±0,42 >0,05 | 2,08±0,30 >0,05 |
| 2-я подгруппа | | | | | | | | |
| ХГПЛ р р ₁ | 0,24±0,02 >0,05 >0,05 | 0,19±0,01 >0,05 >0,05 | 0,28±0,02 >0,05 >0,05 | 0,40±0,02 >0,05 >0,05 | 0,21±0,01 >0,05 >0,05 | 0,35±0,02 >0,05 >0,05 | 2,92±0,42 >0,05 >0,05 | 1,84±0,42 >0,05 >0,05 |
| ХГПС р р ₁ | 0,48±0,03 >0,05 >0,05 | 0,25±0,02 <0,05 <0,05 | 0,22±0,02 >0,05 >0,05 | 0,44±0,02 >0,05 <0,05 | 0,16±0,02 >0,05 <0,05 | 0,38±0,03 <0,05 >0,05 | 3,24±0,50 >0,05 <0,05 | 2,18±0,50 >0,05 >0,05 |
| ХГПТ р р ₁ | 0,81±0,06 >0,05 >0,05 | 0,56±0,03 >0,05 >0,05 | 0,18±0,02 >0,05 >0,05 | 0,42±0,02 <0,05 >0,05 | 0,18±0,01 <0,05 <0,05 | 0,42±0,02 >0,05 >0,05 | 2,68±0,37 <0,05 >0,05 | 1,74±0,42 >0,05 >0,05 |

В ротовой жидкости у больных ХГП по мере развития патологии изменялись показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ): содержание МДА повышалось, а активность СОД и К падала соответственно тяжести заболевания. В группе контроля отмечено снижение концентрации МДА в РЖ, которое проявлялось более существенно после лечения у пациентов с ХГПС и ХГПТ. У больных этой группы активность ферментов АОЗ повышалась: СОД в 1,5 раза при ХГПС и ХГПТ, К при этом — в 1,5 и 1,7 раза соответственно.

Местное применение апигеля в виде аппликаций у больных способствовало положительной динамике показателей ПОЛ и АОЗ. В обеих подгруппах основной группы было отмечено снижение концентрации МДА в РЖ у пациентов с ХГП всех степеней тяжести с параллельным повышением активности СОД и К. При этом у пациентов 2-й подгруппы изменения данных показателей были более выраженными. Полученные данные показали достоверное снижение в 1,2 раза содержания МДА в РЖ при ХГПЛ, в 1,9 раза при ХГПС, в 1,4 раза — при ХГПТ с параллельным увеличением активности СОД в 1,4 раза

при ХГПЛ и в 2 и 2,3 раза при ХГПС и ХГПТ соответственно. Активность каталазы у этих пациентов в ротовой жидкости повышалась в 1,6 раза при ХГПЛ и в 2,3 раза при ХГПС и ХГПТ (табл. 2).

Проведенный биохимический анализ РЖ у больных с ХГП показал увеличение маркера воспаления ОПА. Лечение позволило снизить уровень ОПА, при этом наиболее выраженное снижение до нормальных значений наблюдалось у больных 2-й подгруппы основной группы.

Таким образом, наши исследования выявили положительное влияние локального применения нового апигеля в комплексной терапии ХГП на динамику клинических симптомов за счет противовоспалительного и антиоксидантного действия. Наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдался у пациентов с ХГП различной степени тяжести при сочетанном действии апигеля с магнитотерапией. Биохимический анализ РЖ у больных показал, что местное применение апигеля и магнитотерапии снижает степень воспаления в полости рта и повышает специфическую реактивность за счет активизации ферментов АОЗ.

Выводы

Местное применение нового апигеля в комплексной терапии ХГП улучшает динамику клинических симптомов и коррелирует показатели ПОЛ и АОЗ в ротовой жидкости.

Использование апигеля способствует предупреждению всплеск воспаления и ПОЛ, повышает неспецифическую реактивность за счет активации ферментов АОЗ.

Местная терапия апигелем в сочетании с магнитотерапией обеспечивает стойкий клинический эффект при лечении пациентов с ХГП различной степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Болезни пародонта* / А. С. Григорьян, А. И. Грудянов, Н. А. Рабухина, О. А. Фролова. – М. : Мед. информ. агентство, 2004. – 320 с.
2. *Аболмасов Н. Г.* Результаты и возможности комплексного лечения заболеваний пародонта / Н. Г. Аболмасов, В. Р. Шамшурина // *Стоматология*. – 2011. – Т. 90, № 1. – С. 83–87.
3. *Кучумова Е. Д.* Особенности влияния импульсного сложномодулированного электромагнитного излучения на микроциркуляцию тканей пародонта / Е. Д. Кучумова, С. С. Ермаева, В. А. Докучаева // *Пародонтология*. – 1999. – № 2. – С. 34–36.
4. *Пат. 75859* Україна МПК (2006.01) А61К31/70, А61К31/195, А61К35/56 Гель «Апідент» для профілактики та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота і пародонта / Кравченко Л. С., Солоденко Г. М.; заявник і патентовласник Одес. нац. мед. ун-т. – № u201208388; заявл. 09.01.12; опубл. 10.12.2012, Бюл. № 23.
5. *Головко Н. В.* Оцінка стану гігієни порожнини рота і тканин пародонта в пацієнтів із хронічним гіпертрофічним гінгівітом на тлі лікування незнімною технікою / Н. В. Головко, А. Д. Бабенко // *Український стоматологічний альманах*. – 2010. – № 1. – С. 8–10.
6. *Левицкий А. П.* Саливация у здоровых лиц разного возраста и у стоматологических больных / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, Л. Н. Россаханова // *Вісник стоматології: спец. випуск*. – 2005. – № 2. – С. 7–8.
7. *Барабаш Р. Д.* Казеинолитическая и БАЭЭ-эстеразная активность слюны и слюнных желез у крыс в постнатальном онтогенезе / Р. Д. Барабаш, А. П. Левицкий // *Бюллетень экспериментальной биологии*. – 1973. – № 8. – С. 65–67.
8. *Стальная И. Д.* Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И. Д. Стальная, Т. Г. Гаришвили // *Современные методы в биохимии*. – М. : Медицина, 1977. – С. 66–68.
9. *Королюк М. А.* Метод определения активности каталазы / М. А. Королюк, Д. И. Иванова, И. Г. Майорова // *Лабораторное дело*. – 1988. – № 1. – С. 16–18.
10. *Чевари С.* Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах клетки и метод определения ее в биологическом материале / С. Чевари, И. Чаба, И. Секей // *Лабораторное дело*. – 1985. – № 1. – С. 678–681.

Поступила 25.01.2016

Рецензент д-р мед. наук, проф. Ю. Г. Романова

УДК 616.853-06:616.1-07

Т. А. Литовченко, д-р мед. наук, проф.,
В. Н. Гримайло

ОСОБЕННОСТИ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ НА ФОНЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

УДК 616.853-06:616.1-07

Т. А. Литовченко, В. Н. Гримайло

ОСОБЕННОСТИ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ НА ФОНЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

В статье представлены данные мировой литературы и собственные наблюдения пациентов с эпилепсией, страдающих кардиоваскулярной патологией (КВП). Проанализированы нейрофизиологические, ультразвуковые, биохимические показатели кардиоваскулярной системы обследованных с КВП по сравнению с пациентами без КВП в зависимости от принимаемого антиэпилептического препарата. Представлены особенности антиэпилептической терапии у больных с эпилепсией и кардиальными нарушениями.

Ключевые слова: эпилепсия, кардиоваскулярные нарушения, антиэпилептические препараты.

UDC 616.853-06:616.1-07

T. A. Litovchenko, V. N. Grimailo

PECULIARITIES OF ANTI-EPILEPTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH EPILEPSY AND CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

World literature data and own observations of the patients with epilepsy and cardiovascular pathology (CVP) are presented in the paper. Analysis of neurophysiological, ultrasound, biochemical parameters of the cardiovascular system in patients with epilepsy and CVP compared to those without CVP depending on the antiepileptic medication is considered. Peculiarities of antiepileptic treatment in patients with epilepsy and cardiovascular disturbances are presented.

Key words: epilepsy, cardiovascular disturbances, antiepileptic drugs.