

ЛІТЕРАТУРА

1. Безвучко Е. В. Забруднене довкілля як фактор ризику виникнення флюорозу зубів у дітей // Новини стоматології. — 1999. — № 3 (20). — С. 41-42.
2. *Взаимосвязь* в системе окружающей среда — состояние слизистых оболочек — иммунный статус — заболеваемость / Е. Н. Кутепова, И. В. Петрова, Н. Н. Беляева и др. // Гигиена и санитария. — 1999. — № 5. — С. 6-8.
3. *Влияние* лецитина и зубной пасты «Лецитиновая» на ткани пародонта экспериментальных животных разных возрастных групп / К. Н. Косенко, А. А. Седлецкая, Т. П. Терешина и др. // Вісник стоматології. — 2001. — № 1. — С. 4-6.
4. *Влияние* лецитина на состояние тканей пародонта / А. П. Левицкий, В. М. Зубачек, О. А. Макаренко и др. // Там же. — 1997. — № 1. — С. 42-44.
5. Гірчак Г. В. Особливості ураження тканин пародонта у дітей та підлітків, які проживають у регіоні сірчаного виробництва // Новини стоматології. — 1999. — № 3 (20). — С. 13-15.
6. Грозов І. П., Потанчик А. М. Екологічні аспекти карієсу зубів та хвороб пародонта // Там же. — С. 60-61.
7. Данилевський Н. Ф., Борисенко А. В. Заболевания пародонта. — К.: Здоров'я, 2000. — 461 с.
8. *Дослідження* екзогенних ефектів хімічного забруднення довкілля на організм дітей і репродуктивну функцію жінок та розробка принципів їх медикаментозної корекції / Н. С. Лук'яненко, О. З. Гнатейко, Л. Я. Давидов та ін. // Проблеми екології та медицини. — 1998. — № 3-4. — С. 17-18.
9. Косенко К. Н., Терешина Т. П. Профилактическая гигиена полости рта. — Одеса: КП ОТГ, 2003. — 288 с.
10. *Левицкий А. П.* Биологическая роль лецитина и лечебно-профилактическое действие лецитиновых препаратов // Вісник стоматології. — 1996. — № 2. — С. 252-258.
11. *Леонтьев В. К., Пахомов Г. Н.* Профилактика стоматологических заболеваний. — М., 2006. — 416 с.
12. *Лозовикова В. А.* Оценка эффективности применения циклоферона, полиоксидония в комбинации с различной антибактериальной терапией в комплексном лечении хронического катарального гингивита и генерализованного пародонтита // Вісник стоматології. — 2007. — № 4. — С. 49-54.
13. *Погребняк Г. В., Халілі Джафар.* Клінічні результати застосування препарату «Вітафтор» у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит // Вісник стоматології. — 2007. — № 4. — С. 93-96.
14. *Подорожная Р. П., Белоключкая Г. Ф.* Железо ротовой жидкости при воспалении пародонта // Вісник стоматології. — 1995. — № 4. — С. 244-248.
15. *Современные* средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта // Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко, Е. И. Остапко, В. И. Шматко. — К.: Книга Плюс, 2001. — 208 с.
16. *Фролов В. М., Пересадин Н. А., Петруся А. М.* Влияние экологически вредных факторов крупного промышленного региона на иммунологическую реактивность населения // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. — 1995. — № 2. — С. 119-123.
17. *Эффективность* лецитинсодержащих препаратов в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Ю. Г. Чумакова, А. И. Перова, Н. А. Волик, М. А. Новикова // Вісник стоматології. — 1999. — № 3. — С. 28-30.

УДК 616.314.17-008.1-058.243.2:661.51

Є. Д. Бабов, І. О. Михайленко

ВПЛИВ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У РОБІТНИКІВ АМІАЧНОГО ВИРОБНИЦТВА

Вивчено вплив профілактичних засобів на стан тканин пародонта у робітників аміачного виробництва з гінгівітом і пародонтитом різного ступеня тяжкості.

Ключові слова: профілактичні засоби, захворювання пародонта, робітники аміачного виробництва.

UDC 616.314.17-008.1-058.243.2:661.51

Ye. D. Babov, I. O. Mikhailenko

INFLUENCE OF PROPHYLACTIC MEANS OF THE STATE OF PARODONTIUM TISSUES IN THE WORKERS OF AMMONIAC PRODUCTION

The influence of prophylactic means on the state of parodontium tissues in the ammoniac production workers suffering from gingivitis and periodontitis with different degree of severity.

Key words: prophylaxis, diseases of parodontium, workers of ammoniac production.

УДК 616.12-008.331.1:616.124.2-008.]-036

В. К. Кротенко

ЗНАЧЕННЯ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПРОГНОЗІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Одеський обласний кардіологічний диспансер

Питання патогенезу, своєчасної діагностики й оцінки динаміки функціонального стану міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) є надзвичайно актуальними для про-

гнозу захворювання. Результати деяких багатоцентрових досліджень із фармакотерапевтичного контролю за підвищенням рівня артеріального тиску (АТ) продемонстрували зменшення

випадків кардіальних ускладнень, менш виражене порівняно з інсультами, зокрема серцевої недостатності, зумовленої діастолічною, рідше змішаною дисфункцією лівого шлу-

ночка (ДДЛШ) при застосуванні класичних лікувально-профілактичних програм [1].

У цей час одним із можливих шляхів розв'язання цієї злободенної проблеми вважається раннє та тривале використання лікарських антигіпертензивних засобів, які сприяють не тільки нормалізації АТ та зворотному розвитку гіпертрофії лівого шлуночка, але й корекції наявних порушень процесу розслаблення м'яза серця, що виступають у деяких випадках маркерами його раннього ураження [2].

За даними, отриманими деякими вченими, головними патогенетичними факторами, що сприяють частішій появі дисфункції при ГХ, є збільшення післянавантаження, гіпертрофія міокарда, фіброз та ішемія міокарда [3–5].

У зв'язку з вищевикладеним доцільно у хворих із ГХ застосовувати комплексну терапію, яка об'єднує різні види лікування, що впливають на ключові ланки патогенезу.

Оптимальною можна вважати адекватно підбрану антигіпертензивну терапію препаратами, що знижують АТ і разом із тим забезпечують регрес гіпертрофованого міокарда. З другого боку, доцільне застосування методів, яким притаманна антифібротична дія, які сприяють поліпшенню метаболізму, активації процесів ПОЛ й антиоксидантного захисту [6; 7].

Метою даної роботи є досягнення нормалізації процесів розслаблення, що формують ДДЛШ, шляхом застосування та вивчення комплексу медикаментозної

й немедикаментозної терапії у хворих із ГХ II ступеня (м'якої та помірної форми) в умовах денного стаціонару (ДС).

Матеріали та методи дослідження

Обстежувана група складалася з 20 (12 чоловіків, 8 жінок; середній вік — $(46,0 \pm 5,8)$ року) хворих на АГ, які на фоні інфузійної медикаментозної терапії в денному стаціонарі ОКД одержували по 2 курси (кожний з яких по 10 процедур) озонотерапії в/в і магнітотерапії з інтервалом 6 міс. Комплекс медикаментозної терапії включав внутрішньовенне краплинне введення глюкозо-інсулін-калієвої суміші 100 мл, актовегіну 5 мл внутрішньовенно струминно (в/с), гепарину 5 тис. ОД в/с — N 10. Усі пацієнти приймали ретельно підбрану превентивну антигіпертензивну таблетовану терапію, що дозволяла контролювати рівень АТ (β -блокатори, інгібітори АПФ або їх комбінації).

Метод озонотерапії здійснювався шляхом внутрішньовенного краплинного введення 100,0 мл озонованого фізрозчину з інтервалом 1 год після медикаментозної інфузії. Всім хворим була виконана загальна магнітотерапія з застосуванням вітчизняного приладу «Алімп-1» (10 сеансів на курс).

Групу порівняння утворили 20 пацієнтів (11 чоловіків, 9 жінок; середній вік — $(47,0 \pm 7,5)$ року) з аналогічними характеристиками, що приймали традиційно призначувану терапію та не проходили курси лікування в денному стаціонарі.

В обох групах до початку дослідження та після його закінчення була проведена ехокардіоскопія із визначенням показників діастолічної функції ЛШ (ДФЛШ), а також добовий моніторинг АТ (ДМАТ). Для оцінки якості життя хворих уточнювалися дані суб'єктивного стану за основними ознаками хвороби (кількість нападів головного болю, болю в ділянці серця, епізодів запаморочень, гіпертонічних кризів (ГК) у середньому за тиждень).

Оцінювалася ДФЛШ за такими параметрами:

1. Співвідношення піків трансмітрального діастолічного потоку — E / A (норма — 1,0–1,5 од.).

2. Час уповільнення потоку в фазу раннього діастолічного наповнення — DTE (норма — 160–220 мс).

3. Індекс ЛШ (для оцінки глобальної функції ЛШ) за формулою:

$$\text{INDEX} = \text{IVCT} + \text{IVRT} / \text{ET} \\ (\text{норма} — 0,36 \pm 0,04),$$

де IVST — час ізоволюметричного скорочення; IVRT — час ізоволюметричного розслаблення; ET — час викиду.

Результати дослідження та їх обговорення

Динаміка показників ДФЛШ в обох групах наведена в табл. 1.

Наведені дані свідчать про те, що в усіх пацієнтів спостерігалися відхилення від припустимого розкиду значень ДФЛШ, що свідчать про наявність ДДЛШ.

У результаті лікування середні показники діастолічної функції змінилися так: у досліджуваній групі співвідношення

Таблиця 1

Показники діастолічної функції лівого шлуночка у досліджуваній і контрольній групах до початку лікування та через півроку

Показники	Основна група			Контрольна група		
	до дослідження	після дослідження	коефіцієнт вірогідності	до дослідження	після дослідження	коефіцієнт вірогідності
E/Aпорів, од.	$0,75 \pm 2,10$	$0,99 \pm 5,50$	$P \leq 0,05$	$0,78 \pm 5,80$	$0,83 \pm 7,20$	$P > 0,05$
DTEпорів, мс	$170,0 \pm 12,4$	$157,0 \pm 6,8$	$P \leq 0,05$	$112,1 \pm 8,9$	$116,7 \pm 7,4$	$P > 0,05$
INDEXпорів, од.	$0,58 \pm 0,04$	$0,42 \pm 0,04$	$P \leq 0,05$	$0,55 \pm 0,05$	$0,51 \pm 0,04$	$P > 0,05$

Е / А збільшилося до 0,99 од., час уповільнення потоку зменшився до 157 мс, а INDEX дорівнював 0,42 од., що мало статистично значущі розходження порівняно з показниками, отриманими до дослідження. У групі контролю при збереженні позитивної динаміки істотних відхилень у параметрах ДФЛШ не спостерігалось. Таким чином, на фоні комбінації медикаментозної та немедикаментозної терапії у хворих на АГ, які отримали лікувальний курс у ДС, простежувалася стійка тенденція до нормалізації показників діастолічної та глобальної функції ЛШ.

Усім пацієнтам, що брали участь у дослідженні, проводилося визначення добових коливань АТ за стандартним протоколом [8; 9].

Аналізували вибіркові показники ДМАТ: середньодобові, денні та нічні рівні систолічного й діастолічного АТ (САТсд,

ДАТсд, САТсдн, ДАТсдн, САТсн, ДАТсн). Дані аналізу подані в табл. 2.

З наведених даних видно, що позитивна динаміка показників ДМАТ в основній групі значно перевищувала таку в групі контролю й характеризувалася статистичною вірогідністю всіх параметрів.

Якість життя пацієнтів обох груп визначали за клінічними даними, наведеними в табл. 3.

Усі хворі, що ввійшли в дослідження, не страждали на гіпертонічні кризи з ускладненнями, тому що скринінг і рандомізація пацієнтів припускали доброякісний варіант перебігу захворювання. Однак важливо, що в процесі лікування вдалося повністю уникнути розвитку неускладнених ГК у досліджуваній групі.

Динаміка суб'єктивного статусу хворих указувала на пріоритетність розробленої нами комбінованої терапії (медика-

ментозні, немедикаментозні комплекси + денний стаціонар) і доводила її виражений позитивний вплив на якість життя хворих досліджуваної групи.

Кореляційні зв'язки між досліджуваними параметрами продемонстрували загальні закономірності в перебігу захворювання, що доводить виражений позитивний вплив застосовуваного комплексу лікування як на суб'єктивний статус хворих, так і на функціонально-анатомічні показники внутрішньосерцевої гемодинаміки, що обґрунтовує висновок про прогностичну значущість ДФЛШ у лікуванні хворих на АГ при її адекватній корекції.

Висновки

1. Одним із маркерів прогресування ступеня тяжкості АГ, що призводить до серйозного клінічного структурно-анатомічного ремоделювання ЛШ серця, є ДФЛШ.

Таблиця 2

Показники добового моніторингу артеріального тиску в основній і контрольній групах до та після закінчення дослідження

Показники, мм рт. ст.	Основна група			Контрольна група		
	Дослідження		Коефіцієнт вірогідності	Дослідження		Коефіцієнт вірогідності
	до	після		до	після	
САТ середньодобовий	165,0±4,8	135,0±7,2	P≤0,05	162,0±4,3	142,0±7,1	P≤0,05
ДАТ середньодобовий	109,0±6,1	89,0±4,3	P≤0,05	105,0±2,4	93,0±4,5	P>0,05
САТ середньоденний	172,0±8,1	142,0±7,8	P≤0,05	174,0±2,4	164,0±3,2	P>0,05
ДАТ середньоденний	111,0±4,3	91,0±2,4	P≤0,05	108,0±2,8	101,0±3,8	P>0,05
САТ середьнонічний	140,0±7,1	121,0±6,5	P≤0,05	138,0±6,2	129,0±3,1	P>0,05
ДАТ середьнонічний	92,0±4,1	78,0±4,2	P≤0,05	91,0±2,7	84,0±2,1	P>0,05

Таблиця 3

Динаміка клінічних показників перебігу захворювання пацієнтів обох груп

Клінічні ознаки у середньому за тиждень	Основна група			Контрольна група		
	Дослідження		Коефіцієнт вірогідності	Дослідження		Коефіцієнт вірогідності
	до	після		до	після	
Напади головного болю	7,2±4,1	1,2±0,7	P≤0,05	6,8±4,1	4,7±1,2	P>0,05
Напади болю у грудній клітці	3,0±1,2	0,70±0,07	P≤0,05	3,1±1,1	2,1±0,9	P>0,05
Епізоди запаморочень	1,1±0,4	0,20±0,05	P≤0,05	0,9±0,2	0,7±0,1	P>0,05
Гіпертонічний криз (неускладнений)	1,2±0,1	—	P≤0,05	0,9±0,1	0,2±0,2	P≤0,05

2. Поліпшення та нормалізація ДДЛШ у хворих на ГХ при раціонально підібраній терапії корелює з позитивною динамікою клінічного стану хворих і розглядається як вірогідний прогностичний фактор хвороби.

3. Запропонована комбінована терапія (медикаментозний комплекс, преформовані методи лікування, умови денного стаціонару) у хворих із АГ забезпечує оптимальну динаміку захворювання за основними клініко-функціональними параметрами порівняно з традиційними методами лікування, які застосовуються в широкій клінічній практиці.

4. Озоно- та магнітотерапія посилює ефективність антигіпертензивних програм лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Свищенко Е. П., Коваленко В. Н.* Артериальная гипертензия: Практическое руководство / Под ред. В. Н. Коваленко. — К.: Марион, 2001. — 528 с.

2. *Перспективы* медикаментозного лечения эндотелиальной дисфункции / Г. А. Романовская, Е. В. Акатова, Г. Н. Гороховская и др. // *Фарматека*. — 2005. — № 9. — 31-37 с.

3. *Cardiac and vascular remodeling in older adults with borderline isolated systolic hypertension* / R. Pini, M. Chiara Cavallini, Francesca Bencini et al. // *Hypertension*. — 2001. — N 38. — P. 1372.

4. *Parallel cardiac and vascular adaptation in hypertension* / M. J. Roman, P. S. Saba, R. Pini et al. // *Circulation*. — 1992. — Vol. 86. — P. 1909-1918.

5. *Свищенко Е. П., Боброва Е. В.* Современные представления о меха-

низмах развития и функциональных последствиях гипертрофии левого желудочка при артериальной гипертензии // *Укр. кардиол. журнал*. — 1994. — № 3. — С. 100-104.

6. *Рекомендації* української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. — К., 2004. — 85 с.

7. *Guidelines committee.* 2003 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertensions*. — 2003. — N 21. — P. 1011-1053.

8. *Пушеницин А. И., Мазур Н. А.* Суточное мониторирование артериального давления. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — 216 с.

9. *Blood Pressure Monitoring.* Task force I: Methodological aspects / O. O'Brien, T. G. Pickering, G. A. van Montfrans et al. // *Blood Press Monit.* — 1999. — Vol. 4, N 6. — P. 279-293.

УДК 616.12-008.331.1:616.124.2-008.]-036

В. К. Кротенко

ЗНАЧЕННЯ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПРОГНОЗІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Вивчено вплив комплексної терапії (медикаментозна, преформовані методи, умови денного стаціонару) на перебіг гіпертонічної хвороби I, II ступеня, м'якої та помірної форм. Досліджено показники діастолічної дисфункції ЛШ методом ультразвукових і доплерівських вимірювань, динаміку добових коливань АТ при проведенні ДМАТ, простежені кореляційні зв'язки отриманих даних із клінічними ознаками хвороби. Встановлено, що перманентні курси лікування в денному стаціонарі у поєднанні з медикаментозною, озоно- та магнітотерапією більш ефективні, ніж традиційні методи лікування гіпертензивної популяції.

Ключові слова: діастолічна функція, озонотерапія, денний стаціонар.

UDC 616.12-008.331.1:616.124.2-008.]-036

V. K. Krotenko

IMPORTANCE OF DIASTOLIC DYSFUNCTION OF LEFT VENTRICLE OF HEART IN PROGNOSIS OF ARTERIAL HYPERTENSION

Influence of complex therapy (drug treatment, physical methods, conditions of a daytime hospital) on the course of arterial hypertension (AH) I, II degrees, mild and moderate forms is studied. It was investigated the dynamics of the parameters of diastolic dysfunction of left ventricle of heart (LV) by the method of ultrasound and doppler measurement, daily fluctuations of the arterial pressure (AP) are investigated at 24-hour monitoring of AP, correlating interrelations of the obtained data with clinical signs of the disease are studied. It is established that permanent treatment in the day time hospital combined with of complex therapy (medicamentous, ozono-, magnetotherapy) is much more effective than an isolated traditional drug treatment therapy.

Key words: diastolic dysfunction, ozonotherapy, daytime hospital.

УДК 617.764.6-002-036.12-084

В. Б. Лищенко, канд. мед. наук

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА РЕОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДАКРИОЦИСТИТЕ

Институт глазных болезней и тканевой терапии им. акад. В. П. Филатова АМН Украины, Одесса

В настоящее время патология слезоотводящих путей довольно распространена. От 6,2 до 10 % больных, обратившихся к врачу-офтальмологу, страдают заболеваниями слезоотводящей

системы, а 2 % нуждаются в оперативном лечении — дакриоцисториностомии [1]. Основной способ восстановления проходимости слезоотводящих путей при хроническом дакриоцис-

тите — дакриоцисториностомия, т. е. наложение искусственного соустья между слезным мешком и полостью носа. Однако рецидивы заболевания наблюдаются в 13-42 % случа-