

по відношенню до  $\beta_2$ -агоністів, включення глюкокортикостероїдів в 10 разів підвищує вірогідність покращання до 4-го дня лікування при комбінації  $\beta_2$ -агоністів з еуфіліном, на 7-й день ефективність була однаковою.

Враховуючи виявлені особливості показників ефективності та інтенсивності проведеного лікування, автори вважали за доцільне оцінити тривалість лікування у стаціонарі пацієнтів клінічних груп порівняння з огляду на те, що ці показники також непрямо свідчать про ефективність дезобструктивної терапії.

Так, середня тривалість перебування на ліжку пацієнтів I клінічної групи становила (15,3±0,7) дня, а у II групі вона дорівнювала (16,1±0,8) дня ( $P>0,05$ ). Серед пацієнтів I клінічної групи частка дітей, які знаходились у стаціонарі близько 10 діб, становила (12,5±3,1) %, а у II групі таких дітей було (11,0±3,0) % ( $P>0,05$ ). Тривалість ліжко-дня від 10 до 20 діб реєструвалась у I та II клінічних групах у (68,8±4,4) % випадків ( $P>0,05$ ).

Оцінюючи лікувальну тактику у дітей, хворих на БА на

фоні ХА у нападному періоді, слід зауважити, що вони частіше отримували дезобструктивні комплекси із включенням ГКС, що зумовлювало кращі темпи дезобструкції впродовж перших 4 днів лікування. Порівняльний аналіз дозволяє стверджувати, що на 4-й і 7-й день лікування комбінація бронхолітиків і ГКС сприяє зменшенню атрибутивного і відносного ризику збереження тяжкості загального стану у мінімальної кількості хворих.

**Перспективи подальших розвідок.** Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування даної комбінації засобів для лікування бронхіальної астми у дітей на фоні харчової алергії.

#### Висновки

Раннє використання ГКС у комплексній дезобструктивній терапії нападного періоду БА у пацієнтів раннього та дошкільного віку з ХА мало кращу ефективність і приводило до зниження атрибутивного і відносного ризику.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Беш Л. В. Алгоритм лікування бронхіальної астми у дітей пубертат-

ного віку // Укр. пульмонол. журнал. — 1999. — №1. — С. 44-46.

2. *Бронхиальная астма: Рук. по лечению* // Рус. мед. журнал. — 2000. — Т. 7, № 5. — С. 218-228.

3. Козлик О. В., Балаболкин И. И., Реутова В. С. Ближайшие и отдаленные результаты длительной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами детей с бронхиальной астмой // Педиатрия. — 2000. — № 2. — С. 34-41.

4. Ласица О. И. Современные подходы к лечению бронхиальной астмы у детей // Укр. мед. часопис. — 1998. — № 1(3), I/II — С.14-17.

5. Fletcher R. H., Fletcher S. W., Wagner E. H. *Clinical epidemiology — the essentials.* — Baltimore; London: William & Wilkins, 1982. — 223 p.

6. Goggin N., Macarthur C., Perkin P. C. Randomized trial of the addition of ipratropium bromide to albuterol and corticosteroid therapy in children hospitalized because of the acute asthma exacerbation // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2001. — Vol. 155, N 12. — P. 1329-1334.

7. Kemp J. P., Kemp J. A. Management of asthma in children // Am. Fam. Physician. — 2001. — Vol. 63, N 7. — P. 1341-1348.

8. Pierrepont N. J., Doull I. J. Inflammation in asthma: the basis for rational therapy // Curr. Paediatr. — 2000. — Vol. 10, N 3. — P.145-149.

9. *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children.* — NHLBI/WHO Report. — 2002. — 26 p.

УДК 616.839-008.6-039.31-036.1

О. А. Левада, Н. В. Чередниченко

## ДИНАМІКА ВЕГЕТАТИВНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ЕСЦИТАЛОПРАМОМ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

### Вступ

Вегетативні кризи, або панічні атаки (ПА), — найбільш яскраві та драматичні прояви синдрому вегетативної дисфонії [1]. Широка розповсю-

дженість, висока соціально-економічна значущість, часте поєднання з іншими психічними й органічними захворюваннями (агорафобією, депресією, алкоголізмом, психосоматичними хворобами) зумов-

люють актуальність вивчення механізмів та пошуку успішного лікування цих розладів [2].

Багато вегетативних показників можуть використовуватися для об'єктивізації патофізіологічних змін діяльності



серцево-судинної системи у даного контингенту хворих [1]. Доцільним, на наш погляд, було вивчення кореляцій цих показників з особливостями перебігу ПА, іншими параметрами психовегетативного синдрому (ПВС) для виявлення патогенетичних зв'язків між ними. Важливим є з'ясування впливу сучасних фармакологічних засобів на динаміку зазначених розладів. Серед останніх великий інтерес викликає есциталопрам — найбільш селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну. Розв'язанню цих завдань присвячене дане дослідження.

### Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети проведено обстеження 33 хворих з ПА. Діагноз ПА встановлювали відповідно до критеріїв DSM-IV. Вираженість ПА визначали за кількістю наявних симптомів. Здійснювали клініко-неврологічне (за традиційною схемою) та психометричне дослідження, вивчали вегетативні порушення.

Психометричне дослідження включало діагностику наявності депресії (згідно з DSM-IV) та оцінку її вираженості за шкалою Бека [3]. Ступінь перманентних вегетативних порушень оцінювали за шкалою вегетативної дисфункції (ШВД) [1]. Вивчали початковий вегетативний тонус: фонову частоту серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск (АТ), вегетативний індекс (ВІ) [1]. Досліджували також вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД) в ортокліностатичній пробі (ОП) за традиційною методикою [1; 4]. Реєстрація всіх параметрів проводилася під час міжкризових проміжків.

Після початкового обстеження всім хворим призначали есциталопрам (ципралекс, Lundbeck, Данія) у дозі 10 мг вранці протягом 2 міс. Дослідження мало відкритий дизайн. Динаміку зазначених па-

раметрів на фоні терапії відстежували протягом 2 тиж, 1 та 2 міс. Отримані результати обробляли за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Excel 2000. Використовували коефіцієнт кореляції, критерій Ст'юдента.

### Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених було 12 (36,3 %) чоловіків і 21 (63,7 %) жінка. Переважали пацієнти віком 31–40 років. Тривалість ПА у більшості хворих (54,5 %) була від 1 до 5 років, у 21,2 % — більше 5 років, у 24,2 % — до 1 року, 72,7 % пацієнтів мали помірні або виражені ПА. У 84,8 % хворих було виявлено депресію. Всі пацієнти мали значні відхилення за ШВД.

Кореляційний аналіз параметрів вегетативного тону виявив деякі закономірності. Систолічний АТ слабо корелював з тяжкістю, частотою ПА, віком і статтю хворих, вираженістю депресії, окремими її симптомами, порушеннями ШВД, окремими ознаками ПА (коефіцієнти кореляції  $r$  в жодному випадку не перевищили значення 0,2). Взаємозв'язок діастолічного АТ з параметрами ПВС також був слабким, а ЧСС помірно корелювала зі статтю хворих ( $r=0,45$ ), давністю хвороби ( $r=0,41$ ), зниженням працездатності ( $r=0,30$ ), соматичним занепокоєнням ( $r=0,28$ ). Більші значення ЧСС були характерними для жінок з тривалішим анамнезом ПА, які мали вищезазначені симптоми депресії.

У 25 (74,8 %) хворих переважали від'ємні значення ВІ. Це свідчить про переважання трофотропних (парасимпатичних) механізмів надсегментарних відділів вегетативної нервової системи (ВНС) у стані спокою. У 8 (25,2 %) пацієнтів зареєстровані позитивні показники ВІ, що свідчило про перевагу ерготропних (симпатичних) механізмів ВНС. Не було зареєстровано еутоніч-

них показників ВІ. Найбільш кореляційні зв'язки ВІ мав зі статтю хворих ( $r=0,6$ ) та давністю хвороби ( $r=0,3$ ). У жінок з більшою давністю ПА відмічено зменшення вираженості парасимпатикотонічних показників ВІ, появу симпатикотонії.

За даними ОП, виявлено всі можливі варіанти ВЗД за [4]. Переважали гіперсимпатичний та нормальний типи ВЗД (відповідно 13 (39,4 %) та 12 (36,4 %) хворих). Зареєстровано також гіпердіастолічний тип ВЗД у 3 (9,1 %) пацієнтів, астеносимпатичний — у 4 (12,1 %), симпатикоастенічний — у 1 (3,0 %). Найбільш кореляційні типи ВЗД мав з деякими симптомами депресії: астеничними феноменами ( $r=0,36$ ), плаксивістю ( $r=0,32$ ) та соматичним занепокоєнням ( $r=0,26$ ). Ці депресивні прояви частіше виникали і були вираженішими у хворих з патологічними типами ВЗД порівняно з пацієнтами, що мали нормальне забезпечення діяльності.

Динаміка вегетативних показників у процесі лікування ципралексом наведена у таблиці. Зважаючи на те, що найбільш показовими параметрами, які корелювали з клінічними проявами ПА, були ЧСС, ВІ та ВЗД, у таблиці наведені саме їх зміни. Крім того, показано паралельні зміни вираженості та частоти ПА, тяжкості депресії та вегетативної дисфункції. Як видно з проведеного аналізу, найбільш значущим був вплив лікування на параметри ВЗД. Вже після двох тижнів прийому ципралексу у більшості хворих нормалізувалося ВЗД, а до кінця другого місяця патологічні типи ВЗД залишалися лише у 12,1 % пацієнтів. Вплив терапії на зміни ВІ був дещо меншим. Проте наприкінці терміну спостереження зменшувалася вдвічі кількість хворих із симпатикотонією, траплялися випадки еутонії. Значення ЧСС вірогідно зменшувалися на-



**Динаміка вегетативних параметрів, вираженості та частоти ПА, тяжкості вегетативної дисфункції та депресії в процесі лікування есциталопрамом**

Показники	Частота параметру або його вираженість			
	До лікування	Через 2 тиж	Через 1 міс	Через 2 міс
ВІ:				
парасимпатикотонія	25 (75,76 %)	27 (81,81 %)	28 (84,84 %)	25 (75,76 %)
симпатикотонія	8 (24,24 %)	6 (18,19 %)	5 (15,16 %)	4 (12,12)
еутонія	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (12,12)
Типи ВЗД:				
нормальний	12 (36,36 %)	23 (69,70 %)	27 (81,81 %)	29 (87,88 %)
гіперсимпатичний	13 (39,39 %)	3 (9,09 %)	3 (9,09 %)	3 (9,09 %)
гіпердіастолічний	3 (9,09 %)	5 (15,15 %)	2 (6,06 %)	0 (0%)
асимпатичний	4 (12,12 %)	2 (6,06 %)	1 (3,03 %)	1 (3,03 %)
симптоастенічний	1 (3,03 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
ЧСС, уд/хв, M±m	71,45±1,98	65,12±1,41*	65,03±1,25*	65,52±1,08*
Тяжкість ПА за DSM-IV, бали, M±m	9,73±0,59	4,36±0,60 *	2,76±0,51*	1,67±0,34*
Частота ПА за тиждень, M±m	6,59±1,04	1,15±0,25 *	0,46±0,11*	0,23±0,06*
Депресія, за Беком, бали, M±m	19,55±1,53	10,91±1,09*	7,76±0,67*	5,91±0,92*
Показники ШВД, бали, M±m	47,30±2,17	33,70±2,49*	28,33±2,49*	22,55±2,53*

Примітка. \* — P<0,05. Вірогідність порівняно з показниками до лікування.

прикінці 2-го тижня спостереження, залишаючись стабільними до кінця 2 міс терапії.

Паралельно з покращанням вегетативних показників значних позитивних змін зазнавала клінічна структура захворювання. Вже до кінця 2-го тижня вірогідно зменшувалися частота та вираженість ПА, тяжкість депресії та перманентної вегетативної дисфункції. Через 2 міс терапії повний регрес депресивної симптоматики досягнуто у 90,9 % хворих, припинення ПА — у 54,5 %, нормалізації ШВД — у 33,3 %.

Лікування есциталопрамом добре переносилося. Побічні ефекти були незначними і не потребували відміни препарату. До них належали анорексія (у 15,2 % пацієнтів), сухість у роті (9,1 %), нудота (9,1 %). Зазначені симптоми регресували до кінця 2-го тижня лікування.

Резюмуючи результати проведеного дослідження, слід зазначити, що вивчення вегетативних показників серцево-

судинної системи у хворих на ПА дає додаткові можливості об'єктивізації стану надсегментарного вегетативного апарату. Так, переважання парасимпатичних значень ВІ може вказувати на додаткове напруження трофотропних систем ВНС у стані спокою, що може бути компенсаторним механізмом досягнення динамічної рівноваги з ерготропними впливами, які переважають у даних пацієнтів при забезпеченні фізичного навантаження. Переважання ерготропних впливів на ВЗД відзначено у обстежених хворих. При довготривалому анамнезі ПА даний компенсаторний механізм може порушуватися, призводячи до зриву компенсації та появи гіперсимпатикотонічних показників ВІ.

Дане дослідження дозволяє робити припущення щодо залучення серотонінових медіаторних систем мозку у реалізацію патологічних вегетативних порушень у хворих на ПА. Призначене лікування, спря-

моване виключно на збільшення рівня синаптичного серотоніну, привело до суттєвого регресу гіперсимпатичних типів ВЗД, що були найбільш характерними для даних пацієнтів. Наслідком цього було також зменшення найбільш несприятливих симпатикотонічних значень ВІ, стабілізація ЧСС. На залучення у патологічні надсегментарні механізми реалізації ПА серотонінергічних систем вказують і одержані нами суттєві кореляції вегетативних показників з жіночою статтю, а також з астеничними симптомами депресії. На суттєве зниження метаболізму серотоніну у жіночому мозку порівняно з чоловічим звернули увагу багато дослідників [5]. Важлива роль серотонінергічних систем у розвитку переважної кількості депресивних симптомів наразі також не викликає сумніву [6].

#### Висновки

1. Найбільш характерними порушеннями вегетативних



параметрів у хворих на ПА є гіперсимпатичний тип ВЗД і парасимпатичні показники ВІ. Останні можуть трактуватися як компенсаторне підвищення напруження трофотропних вегетативних систем для досягнення рівноваги з підвищеним ерготропним забезпеченням діяльності.

2. Зазначені патологічні зміни вегетативних параметрів є проявом ПВС, що корелює з іншими його симптомами.

3. До реалізації патологічних вегетативних змін у хворих на ПА залучені серотонінергічні медіаторні системи головного мозку.

4. Застосування есцита-лопраму дозою 10 мг на добу є ефективним і безпечним методом впливу, що оптимізує ВЗД та інші об'єктивні вегетативні параметри разом з ліквідацією симптомів ПА.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Заболевания вегетативной нервной системы* / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев и др.; Под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицина, 1991. — 624 с.

2. *Проблема психофизиологической специфичности панических атак* / М. С. Синячкин, А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, Г. М. Дюкова // Журн. неврологии и психиатрии. — 1996. — № 3. — С. 113-118.

3. *An inventory for measuring depression* / A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson et al. // Arch. Gen. Psychiat. — 1961. — Vol. 4. — P. 561-571.

4. *Белоконь Н. А., Кубергер М. Б.* Болезни сердца и сосудов у детей: Рук. для врачей. — В 2-х т. Том 1. — М.: Медицина, 1987. — 439 с.

5. *Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brain* / S. Nishizawa, C. Benkelfat, S. N. Young et al. // Proc. Nat. Acad. Sci. USA. — 1997. — Vol. 94. — P. 5308-5313.

6. *Иззати-Заде К. Ф., Баша А. В., Демчук Н. Д.* Нарушения обмена серотонина в патогенезе заболеваний нервной системы // Журн. неврологии и психиатрии. — 2004. — № 9. — С. 62-70.

УДК 616.314.163+616.94+616.155.1:577.121

Н. В. Прийма, Л. І. Авдоніна, В. В. Казакова, Ю. В. Пальона, В. Ф. Вайнтруб

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ВНУТРІШНЬОЕРИТРОЦИТАРНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ І СУПРОВІДНИМ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Кримський державний медичний університет

Хронічний періодонтит становить більш 50 % усіх осередків ротового сепсису. З первинного септичного осередку мікроорганізми надходять у кровоносне русло — розвивається бактеріємія, а також зумовлюють виникнення сенсibiliзації і змін реактивності організму [4].

За даними вітчизняних авторів [2; 8], за наявності в організмі навколозубних осередків інфекції збільшується вміст середньомолекулярних олігопептидів у сироватці крові, що є інтегральним показником ендогенної інтоксикації організму. Підвищення рівня токсичних субстанцій у крові часто су-

проводжується клінічними ознаками інтоксикації: субфебрильною температурою, що тривало зберігається, та холодним потом. Слід зазначити, що поєднання цих симптомів з наявністю у хворого одонтогенних осередків хронічної інфекції може бути ознакою ротового хроніосепсису [6].

Як відомо, однією з актуальних проблем стоматології є удосконалення методів лікування хронічних форм періодонтиту у хворих із супровідною патологією [1; 3], тому що особливістю сучасного пацієнта є наявність у нього відразу кількох хвороб.

Через те що головним органом екскреції бактеріальних і тканинних токсинів є нирки, **метою** нашого дослідження було вивчення у динаміці елімінації токсичних субстанцій із крові після лікування загострення періодонтиту у хворих із супровідною патологією — хронічним пієлонефритом.

Той факт, що середні молекули порушують метаболічні процеси та функції формених елементів крові [9], став підставою для дослідження метаболізму еритроцитів порівняно зі ступенем ендогенної інтоксикації у хворих із загостренням періодонтиту, що мали хронічний пієлонефрит.

