

Висновки

1. ВІЛ-інфекція негативно впливає на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. У тканині послідів розвиваються гемодинамічні, інволютивно-дистрофічні, компенсаторно-приспосувальні та запальні процеси, ступінь вираженості яких різний у піддослідних групах.

2. У другій піддослідній групі значно виражені гемодинамічні порушення, компенсаторно-приспосувальні процеси й інволютивно-дистрофічні зміни у тканині плацент і оболонки. Запальні зміни послідів трапляються у більшості (55 %) випадків. Згідно з морфометричними даними, звуження міжворсинчастого простору, збільшення відносного об'єму материнського й плодового фібриноїду, зростання відносного об'єму судинного компонента, зменшення відносного об'єму синцитіального епітелію, порушення дозрівання ворсинчастого хоріона та запальні інфільтрації у цій групі досягають максимальних значень.

3. Третя піддослідна група характеризується помірно вираженими гемодинамічними по-

рушеннями, компенсаторно-приспосувальними процесами й інволютивно-дистрофічними змінами, що мають осередковий характер. Запальні процеси виявлені у 20 % випадків. Вищеперераховані морфометричні зміни теж мають помірний ступінь вираженості. Слід звернути увагу, що у цій групі мінімально виражена запальна інфільтрація, що, очевидно, є результатом специфічного антиретровірусного лікування.

4. Найнижчий рівень гемодинамічних порушень, компенсаторно-приспосувальних процесів та інволютивно-дистрофічних змін спостерігається у четвертій піддослідній групі. Відповідно й звуження міжворсинчастого простору, збільшення відносного об'єму материнського й плодового фібриноїду, збільшення відносного об'єму судинного компонента, зменшення відносного об'єму синцитіального епітелію, порушення дозрівання ворсинчастого хоріона у цій групі найнижчі серед усіх спостережень. Запальні зміни трапляються у 20 % випадків, але відносний об'єм запальних інфільтратів досить високий.

5. Морфометричне дослідження патологічних процесів у тканині плацент і оболонки при ВІЛ-інфекції дозволяє об'єктивізувати ступінь їх вираженості та провести порівняльний аналіз між спостережуваними групами.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Милованов А. П.* Патология системы мать–плацента–плод / А. П. Милованов. – М. : Медицина, 1999. – С. 219–238.

2. *Запорожан В. Н.* Современные аспекты профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку / В. Н. Запорожан, Н. Л. Аряев, Н. В. Котова // Мистецтво лікування. – 2005. – № 10 (26). – С. 6–9.

3. *Цинзерлинг В. А.* Перинатальные инфекции / В. А. Цинзерлинг, В. Ф. Мельникова. – СПб. : Элби СПб., 2002. – С. 79–82.

4. *Дегтярь О. Ю.* Морфология плаценты при ВИЧ-инфекции / О. Ю. Дегтярь // Судинні й онкологічні захворювання: морфогенез та екологічний патоморфоз : матеріали 6-го конгр. патологів України. – Вінниця, 1998. – С. 182–183.

5. *Pathology of placenta in HIV-1 infection* / S. Chandwani, M. A. Greco, K. Krasinski, W. Borkovski. – Prog. AIDS patol. – 1992. – Vol. 3 (1). – P. 66–69.

6. *Луппа Х.* Основы гистохимии / Х. Луппа. – М. : Мир, 1980. – 343 с.

УДК 616.316-008.8-02:[616.329-002:616.33-008.17+616.721-002.77]

А. А. Заздравнов

САЛІВАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ — ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ВИНИКНЕННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Харківський національний медичний університет

Анкилозивний спондилоартрит (АС) — ревматичне захворювання невідомої етіології, яке характеризується обов'язковим ураженням крижово-клубових суглобів (сакроілеїт) і

хребта (спондиліт). Крім того, у хворих на АС виявляються в різних поєднаннях ентезити, периферичний артрит, міокардит, ураження нирок та інших внутрішніх органів [1]. Не є ви-

нятком й ураження травної системи. Найбільш поширеною сьогодні гастроентерологічною патологією є гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), яка часто супроводжує



перебіг ревматичних захворювань [2]. За даними власних досліджень, симптоми ГЕРХ спостерігаються у трьох чвертей хворих на АС, що значно перевищує середньопопуляційний рівень поширеності ГЕРХ [3]. Отже, при АС логічно припустити наявність певних, притаманних саме цьому захворюванню сполучної тканини, патогенетичних механізмів розвитку ГЕРХ.

У системі езофагопротекції важливе місце посідає кліренс слини, завдяки якому відбувається «промивання» стравоходу, ініціюється його перистальтика. Загальний об'єм слини, органічні та неорганічні сполуки забезпечують її протективні властивості в преепітеліальному захисті стравоходу. Особливу роль відіграє білковий компонент. Білки слини формують поверхневий шар на епітелії, запобігають його травматизації при пасажі їжі, сприяють регенерації ушкоджених ділянок слизової оболонки, справляють буферну дію при змінах внутрішньостравохідного рН.

Гіпосалівація характерна для хворих із ревматичною патологією, вона часто трапляється при ревматоїдному артриті, системному червоному вовчаку, склеродермії [4; 5]. Синдром Шегрена, що ускладнює перебіг багатьох аутоімунних захворювань і є найбільш вираженою формою саліваційної дисфункції, майже завжди супроводжується ураженням стравоходу. Однак при ревматичних хворобах не можна виключити й наявність згладжених проявів недостатності слинних залоз, адже симптоматична ксеростомія виявляється при зниженні салівації не менш ніж на 50 % [6]. Усе вищевказане дало можливість припустити, що одним із чинників розвитку ГЕРХ у хворих на АС може бути порушення секреції слини.

Мета роботи: оцінити стан салівації та вміст білка в слині у хворих на АС із супровідною ГЕРХ і без такої.

Матеріали та методи дослідження

Діагностика АС базувалася на модифікованих Нью-Йоркських критеріях, діагноз ГЕРХ встановлювали згідно з вимогами Монреальського консенсусу 2006 р. Обстежено 51 хворого на АС із супровідною ГЕРХ, із них 37 чоловіків і 14 жінок. Тривалість АС становила ($18,0 \pm 5,9$) року. В усіх випадках ГЕРХ була діагностована через кілька років від дебюту АС. Групу порівняння утворили 20 пацієнтів з АС, у яких ураження стравоходу виявлено не було. За основними ознаками (вік, стать, ступінь активності тощо) та характером терапії група порівняння була репрезентативною до основної. Хворі, що приймали глюкокортикоїди, пацієнти із синдромом Шегрена, а також особи, що палять або зловживають алкоголем, у дослідженні не включалися.

Поряд із загальноклінічним обстеженням проводили дослідження вмісту загального білка слини (біуретова реакція), а також сіалометрію. Стан базальної салівації досліджувався вранці, натщесерце. Обстежуваний у положенні сидячи зковтував наявну слину, після чого впродовж 15 хв збирав слину, що пасивно секретувалася. Стимульована салівація досліджувалася шляхом механічної стимуляції при жуванні парафіну впродовж 2 хв. Отримані результати порівнювали з ідентичними показниками, що були одержані при обстеженні 20 практично здорових осіб. Статистичну обробку проводили методами параметричної статистики, вірогідність розбіжностей оцінювали за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

Характеризуючи результати загального опитування хворих на АС, як із супровідною ГЕРХ, так і в разі ізольованого АС, слід вказати, що у жодному випадку

ку скарги на сухість у роті не домінували. Але при поглибленому опитуванні подібні скарги виявлялись у 21 (41 %) хворого основної групи та у 5 (25 %) пацієнтів групи порівняння. Зазвичай, ксеростомія була інтермітуючою й турбувала при хвилюванні, несприятливих кліматичних умовах (спекотлива, морозна, нестійка погода), фізичному навантаженні, тривалій розмові тощо. Характерною для обстежених осіб була потреба в рідині для запивання під час їди. При огляді ротової порожнини усі пацієнти основної групи не мали повного зубного ряду, у групі порівняння аналогічний показник сягав 80 % (16 хворих). Ознаки глоситу та/або стоматиту спостерігались у 41 (80 %) пацієнта основної групи та у 7 (35 %) хворих групи порівняння.

Оцінюючи стан саліваційної функції за даними сіалометрії, як базальної, так і стимульованої, спостерігали вірогідне зменшення секреції слини як в основній групі ($p < 0,001$), так і в групі хворих на АС без супровідної ГЕРХ ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими особами (табл. 1). Крім того, у пацієнтів з АС та супровідною ГЕРХ салівація була вірогідно меншою ($p < 0,05$), ніж у хворих групи порівняння. Ще більш разюча картина спостерігалася при дослідженні стимульованої салівації. Якщо у здорових осіб співвідношення стимульована салівація / базальна салівація становило 8,1, то у хворих на АС: 4,0 в основній групі та 5,9 — у групі порівняння. Відмінності сіалометричних даних в абсолютних цифрах були вірогідні при порівнянні аналогічних показників між обома групами хворих ($p < 0,001$) і здоровими особами, а також між пацієнтами основної групи та групи порівняння ($p < 0,02$). Слід зауважити, що в жодному випадку у пацієнтів із ГЕРХ на тлі РА зменшення стимульованої секреції слини не досягало показника, характерного для



Результати сіалометрії та вміст білка у слині обстежених осіб, M±m

Група обстежених	Базальна салівація, мл/хв	Стимульована салівація, мл/хв	Вміст білка, г/л
Основна група, n=28	0,280±0,011*,**	1,12±0,20*,**	0,82±0,09*
Група порівняння, n=33	0,320±0,014*	1,89±0,23*	0,86±0,12*
Здорові особи, n=20	0,370±0,017	3,01±0,22	1,25±0,13

Примітка. * — відмінності достовірні порівняно з аналогічним показником у здорових осіб; ** — відмінності достовірні порівняно з аналогічним показником у хворих групи порівняння.

синдрому Шегрена — 1,5 мл за 15 хв [7].

Дослідження вмісту загального білка у стимульованій слині показало, що в обох групах хворих на РА відзначалося його вірогідне ($p < 0,05$) зменшення порівняно зі здоровими особами. Вірогідних розбіжностей між вмістом загального білка в основній групі та групі порівняння виявлено не було, хоча й спостерігалася тенденція до зменшення даного показника у пацієнтів з АС із супровідною ГЕРХ.

Висновки

1. У хворих на АС відзначається пригнічення саліваторної функції порівняно зі здоро-

вими особами. У пацієнтів із ГЕРХ на тлі АС стимульована й базальна секреція слини вірогідно зменшена порівняно з хворими на АС без ураження стравоходу.

2. У хворих на АС вміст загального білка в слині вірогідно зменшений порівняно зі здоровими особами.

3. Дефіцит об'єму слини при АС потенціюється якісною (функційною) неповноцінністю даного секрету. Гіпосалівація найбільш виражена у хворих на ГЕРХ на тлі АС.

У подальшому планується розглянути інші етіопатогенетичні механізми виникнення та перебігу ГЕРХ у хворих на АС.

1. Бочкова А. Г. Анкилозирующий спондилит / А. Г. Бочкова // Справочник поликлинического врача. — 2006. — № 5. — С. 43–48.

2. *Поширеність* гастроэзофагальной рефлюксной хвороби серед хворих ревматологического профілю / В. І. Вдовиченко, А. В. Острогляд, Я. С. Денисюк [та ін.] // Український терапевтичний журнал. — 2006. — № 4. — С. 65–67.

3. *Заздравнов А. А.* Клініко-патогенетична характеристика уражень стравоходу у хворих на анкілозуючий спондилоартрит / А. А. Заздравнов // Крымский терапевтический журнал. — 2006. — № 3. — С. 70–72.

4. *Aspects of xerostomia prevalence and treatment among rheumatic patients* / Z. Cuobis, N. Basevicene, P. Paipaliene [et al.] // Medicina (Kaunas). — 2008. — Vol. 44 (12). — P. 960–968.

5. *Nederfors T.* Xerostomia and hyposalivation / T. Nederfors // Adv. Dent. Res. — 2000. — Vol. 14. — P. 48–56.

6. *Mathews S. A.* Oral Manifestations of Sjögren's Syndrome / S. A. Mathews, B. T. Kurien, R. H. Scofield // Journal of Dental Research. — 2008. — Vol. 87, N 4. — P. 308–318.

7. *Ревматичні хвороби та синдроми* / А. С. Свінцицький, О. Б. Яременко, О. Б. Пузанова, Н. І. Хомченкова. — К. : Книга-плюс, 2006. — 680 с.

УДК 616.14-007.64-007.271:615.849-08

С. В. Кадочников

КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И КОМПРЕССИОННОЙ СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Институт пластической хирургии «Виртус», Одесса

Вступление

Проблема лечения варикозно измененных вен нижних конечностей является весьма актуальной в связи с высокой распространенностью данной

патологии — различные формы и стадии этого заболевания встречаются у 26–38 % женщин и у 10–20 % мужчин, а также недостаточной эффективностью существующих методов хирургической его кор-

рекции [1; 8; 9]. Варикозная болезнь сопровождается появлениями дефектов косметического, функционального и органического характера, существенно ухудшая качество жизни больных. Большое чис-

