

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ, НА ТЛІ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ**Разумний Р.В.***Луганський державний медичний університет*

Основними патофізіологічними механізмами розвитку вентиляційної недостатності у хворих на не госпітальну пневмонію (НП) прийнято вважати зменшення обсягу функціонуючої легеневої тканини або синдром "втрати" альвеол внаслідок підвищення трансудації та заповнення рідиною альвеол, порушення дифузії газів через альвеолокапілярну мембрану, зміну еластичних властивостей легеневої тканини та порушення бронхіальної прохідності. Вказані порушення формують респіраторну гіпоксію, при якій в усіх органах відбувається переключення енергетичного обміну на шлях анаеробного гліколізу, що менш ефективний відносно аеробного шляху (окислювального фосфорилування) в плані створення макроергічних сполук, та насамперед АТФ. Раніше нами вже було встановлено, що при наявності фонові хронічної патології печінки у вигляді її стеатозу (СП), розлади з боку енергетичного метаболізму були більш істотні, ніж при відсутності фонівих уражень печінки при такій же тяжкості перебігу НП. Тому ми вважали доцільним та перспективним провести дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД), що дозволить отримати нові дані щодо ролі порушень функціонального стану зовнішнього дихання в патогенезі НП, що перебігала на тлі СП.

Під спостереженням знаходилося 266 осіб у віці від 20 до 55 років, які були розподілені на дві репрезентативні групи. До I групи увійшло 164 хворих на НП, сполучену (коморбідну) зі СП, з них 90 чоловіків (54,9%) та 74 жінок (45,1%). II групу склали 102 пацієнтів, з яких 54 чоловіків (52,9%) та 48 жінок (47,1%) із встановленим діагнозом НП та відсутністю фонового СП. Серед обстежених I групи середньої тяжкості перебіг НП був констатований у 112 (68,3%) пацієнтів, тяжкий – у 52 (31,7%). В II групі середньотяжкий перебіг НП реєструвався у 70 (68,6%) пацієнтів, тяжкий – у 32 (31,4%). Пацієнти, що були під наглядом, отримували загальноприйняте лікування НП, а при коморбідній патології та наявності загострення СП – есенціалі Н та препарати розторопші плямистої – силібор або карсил.

Для реалізації мети дослідження, поряд із загальноприйнятими обстеженнями, всім хворим, які знаходилися під наглядом, в перші та останні 1-2 дні госпіталізації проводили спірометрію за допомогою комп'ютерного спірографа "Masterscope PC" виробництва Jaeger (Німеччина). Вивчалися стандартні спірометричні показники функції зовнішнього дихання (ФЗД), ступінь зниження яких визначали за Р.Ф. Клементом. Ізольоване зниження об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) розцінювали як обструктивний тип вентиляційних порушень, відповідного ступеня. Паралельне зниження життєвої ємності легень (ЖЄЛ) і ОФВ1 розцінювали як рестриктивний

тип вентиляційних порушень. Змішаним типом вентиляційних порушень вважали випадки, коли спостерігалася переважно зниження ОФВ1 в порівнянні з ЖЄЛ.

Згідно отриманим даним, функціональний стан зовнішнього дихання в гострому періоді НП характеризувався зменшенням основних легневих об'ємів, зниженням абсолютних і відносних показників бронхіальної прохідності здебільше в дистальних відділах бронхів з перевагою рестриктивних змін вентиляційної недостатності. Так за результатами спірографічного дослідження рестриктивний (обмежувальний) тип порушень ФЗД реєструвався у 66 хворих (40,2±3,8%) I групи, майже в 1,4 рази рідше (P<0,05) виявлявся змішаний тип вентиляційної недостатності – у 47 обстежених (28,7±3,5%), ще рідше (у 6,6 рази, P<0,05) спостерігалися обструктивні порушення вентиляції легень – у 10 осіб (6,1±1,9%). Відсутність будь-яких порушень функціонального стану зовнішнього дихання за даними спірографії було констатовано у 41 пацієнтів (25,0±3,8%) I групи. У хворих II групи достовірних відмінностей між частотою виявлення рестриктивного та змішаного типу вентиляційних розладів в гострому періоді НП не було. Так рестриктивний тип вентиляційної недостатності у хворих II групи реєструвався у 29 пацієнтів (28,4±4,5%), змішаний – 22 осіб (21,6±4,1%). Обструктивні вентиляційні розлади у порівнянні з рестриктивними, реєструвалися в середньому в 3,6 рази (P<0,05) рідше та виявлялися у 8 хворих (7,8±2,7%) цієї групи. У переважній кількості пацієнтів II групи ФЗД за даними спірографії залишалася в гострому періоді НП в межах норми – у 43 осіб (42,2±4,9%). Показово, що при міжгруповому порівнянні у хворих I групи в середньому в 1,7 рази рідше (P<0,05) ніж у хворих II групи показники ФЗД залишалися в межах норми, а майже в 1,4 рази частіше реєструвалися вентиляційні розлади за рестриктивним типом.

Після завершення загальноприйнятої терапії функціональні розлади дихальної системи частіше виявлялися у хворих I групи. Так при виписки хворих із стаціонару помірно виражені рестриктивні порушення ФЗД зберігалися у 38 пацієнтів (23,17±3,29%) I групи, що було в середньому в 1,82 рази (P<0,05) частіше ніж у обстежених II групи, у яких подібний тип вентиляційної недостатності реєструвався у 13 осіб (12,75±3,3%).

Таким чином, в гострому періоді НП порушення функціонального стану зовнішнього дихання у хворих із коморбідною патологією виявлялися частіше ніж у пацієнтів, у яких була відсутня будь-яка хронічна патологія печінки та переважали вентиляційні розлади за рестриктивним типом. При розробці програми лікування і медичної реабілітації хворих із патологією бронхолегеневої системи, що перебігала на тлі хронічної патології

печінки невірусного генезу слід враховувати, що навіть після усунення клінічних проявів запального

процесу в бронхолегеневій системі у частини хворих можуть зберігатися порушення ФЗД.

УДК: 616.314.17- 008.1- 085.276 - 085.28

© Рябоконт Е.Н., Стебляно Л.В., Баглык Т.В., Гурьева Т.Е., 2010

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИКА «ДЕКАСАН» И СОРБЕНТА «АТОКСИЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Рябоконт Е.Н., Стебляно Л.В., Баглык Т.В., Гурьева Т.Е.

Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время проблема заболеваний пародонта является одной из актуальных в стоматологии. В связи с этим постоянно ведется поиск эффективных лекарственных препаратов и способов лечения.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности сочетанного действия антисептика «Декасан» («Юрия-Фарм», г. Киев) и сорбента «Атоксил» (Львовская ФФ, г. Львов) при лечении хронического катарального гингивита (ХКГ) и хронического генерализованного пародонтита I и II степени тяжести (ХГП – I, ХГП – II), а также его обострившихся форм (ОХГП – I, ОХГП – II).

«Декасан» представляет собой 0,02% раствор декаметоксина в 0,9% растворе натрия хлорида и оказывает выраженное бактерицидное действие в отношении широкого спектра микробной флоры, в том числе и антибиотикоустойчивой. Сорбент «Атоксил» имеет выраженные сорбционные свойства, оказывает дезинтоксикационное, противомикробное и ранозаживляющее действие. Использование его с растворами антисептиков повышает эффективность лечения гнойно-воспалительных процессов.

Нами проведено комплексное лечение 28-и больных в возрасте 18 - 47 лет, из них с ХКГ- 8 человек, с ХГП - I - 5, ХГП – II - 7, ОХГП -I -3, ОХГП –II – 5 пациентов. Постановку диагноза осуществляли на основании жалоб больных, данных анамнеза, клинического статуса, индексной оценки состояния тканей пародонта и дополнительных методов исследования.

Местное лечение осуществляли с использованием индивидуальной пародонтальной кашпы, изготовленной из термопластической пластины толщиной 0,1 мм фирмы «Schtu – dental» (Biostar,

Германия).

Всем исследуемым пациентам после профессиональной гигиены полости рта проводили ирригацию десневой борозды и пародонтальных карманов теплым раствором «Декасана» (30 - 40 мл). Затем к «Декасану» в объеме 15 мл добавляли сорбент «Атоксил», смешивали в мензурке до получения оптимальной гелеобразной консистенции. Состав вводили в заранее изготовленные индивидуальные кашпы, которые фиксировали больному на верхние и нижнюю челюсти на 20 минут. В последующем пациенты после обучения самостоятельно проводили данную процедуру в домашних условиях в течение 5-7 дней.

Результаты исследований показали, что при применении «Декасана» в комбинации с «Атоксилом» положительная динамика патологического процесса наблюдалась у 100% пациентов. У всех больных снизилась интенсивность воспаления, повысилась стойкость капилляров к вакууму, оптимизировались значения показателей гигиенических и пародонтальных индексов. Следует отметить, что обострение воспалительного процесса в тканях пародонта купировалось в течение 2-3 дней.

Таким образом, согласно нашим исследованиям, проведение антимикробной терапии с назначением «Декасана» и «Атоксила» явилось рациональным и эффективным в комплексном лечении ХКГ и различных форм ХГП. Исследуемая нами комбинация отечественных препаратов отличается как своими выраженными лечебными характеристиками, так и ценовой доступностью, что позволяет рекомендовать «Декасан» и «Атоксил» для широкого использования в пародонтологической практике.

УДК: 615.4.014:616.31

© Рябоконт Е.Н., Печенежская Л.А., Баглык Т.В., Стебляно Л.В., Олейничук В.В., 2010

РАЗРАБОТКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФИТОПЛЁНОК

Рябоконт Е.Н., Печенежская Л.А., Баглык Т.В., Стебляно Л.В., Олейничук В.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Создание и применение новых эффективных лекарственных форм для лечения заболеваний пародонта является актуальной задачей для фар-

мации и стоматологии. Продолжаются разработки и клиническое изучение лекарственных форм нового поколения, к которым принадлежат транс-