

Acute Physiology And Chronic Health Evaluation-II вище 20 баллов, двучастотным импедансным методом изучены изменения объемов водных пространств и секторов организма в процессе жидкостной реанимации с помощью разных групп современных плазмозаменителей. Обнаружено, что уже на 2-е сутки после операции у больных с высокими оценками тяжести состояния появляются признаки синдрома капиллярной утечки, характеризующейся потерей жидкости из сосудов в интерстиций. Наиболее тяжелые расстройства наблюдали при использовании исключительно кристаллоидных плазмозаменителей. Применение всех коллоидных растворов способствовало увеличению количества жидкости в сосудах и уменьшению гипергидратации интерстиция. Преимущество имели производные гидроксиэтилкрахмала (ГЭК), при использовании которых быстрее восстанавливалось физиологическое распределение жидкости в водных пространствах и возрастала выживаемость больных. Производные ГЭК 200/0,5 способствовали уменьшению капиллярной утечки эффективнее, чем модифицированная желатина.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, синдром капиллярной утечки, кристаллоиды.

Стаття надійшла 12.09.2011 р.

estimation of state difficulty according to the Acute Physiology And Chronic Health Evaluation-II scale more than 20 have been examined as to the body fluid volumes changes depending on the composition of infusion therapy with the help of different groups of modern plasma substitutes. At the second day after operation the patients with a high state difficulty estimations have turned out to reveal the signs of capillary lack syndrome which is characterized by the fluid loss from vessels to the interstitial sector. Fluid body volumes have been determined by two frequency biological impedance method. The heaviest failures were observed with the usage of crystalloid plasma substitutes only. The use of all colloid solutions contributed to the fluid volume increase in vessels and to the interstitial sector hyperhydration decrease. The advantage was given to the hydroxyethylstarch (HES) derivatives, the usage of which promoted the restoration of the physiological fluid distribution in water areas, the patients survival increasing. HES derivatives 200/0,5 supported the capillary lack syndrome more effectively than modified gelatine.

Key words: abdominal sepsis, capillary lack syndrome, crystalloids..

616.314.18-002-085.356

Л.Ю. Литовченко, Т.Ю. Петрушанко, Л.М. Тарасенко, Т.Ю. Дев'яткина
ВДЦЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕТАБОЛІЗМУ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ СТРЕСПРОТЕКТОРНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

У статті наведений аналіз віддалених результатів лікування хворих на генералізований пародонтит, які піддавались тривалому впливу шкідливих факторів, що викликали хронічне емоційне напруження із застосуванням препаратів стреспротекторної дії (натрія оксидбутират, метіонін, токоферол ацетат, ретинол ацетат, аскорбінова кислота).

Ключові слова: генералізований пародонтит, хронічне емоційне напруження, лікування, віддалені результати, стреспротекторні препарати.

Публікація є фрагментом теми “Зв’язок стресорного пошкодження органів порожнини рота з типологічними особливостями нервової регуляції” (№ держреєстрації 0194.035004).

Роль емоційного напруження в сучасному житті важко переоцінити. Професійні перевантаження емоційного характеру при відсутності раціонального відпочинку в більшості людей призводять до стану хронічного емоційного стресу [1]. Експериментальні та клінічні дослідження показують, що хронічний психоемоційний стрес впливає на метаболічні і фізіологічні процеси різних органів і систем організму, зокрема на тканини пародонту, що призводить до виникнення в них дистрофічно-запальних змін. Порівняльний аналіз участі різноманітних факторів у виникненні патологічних змін у тканинах пародонту показав, що хронічний стрес вносить найбільший вклад у розвиток загальних і деструктивних змін у них поряд з іншими факторами: захворюваннями шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок, серцево-судинної системи, порушеннями прикусу, дефектами зубних рядів. Результати експериментальних і клінічних досліджень свідчать про значний вплив стресу на метаболічні та структурні зміни в тканинах пародонту. З віком вплив стресу на розвиток дистрофічно-запальних змін у тканинах пародонта зростає [2]. Нами доведено, що тривале емоційне напруження посилює тяжкість перебігу генералізованого пародонтиту [3], що зумовлює необхідність впровадження в клінічну практику стреспротекторних засобів для коригування змін, які виникають. Антистресорні засоби, незалежно від групової належності, за винятком симптоматичних, мають здатність нормалізувати функції природних захисних систем організму. Провідну роль у їх розвитку відіграють гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система і антиоксидантна [4], що обумовило вибір антистресових засобів для лікування хворих у наших дослідженнях.

Метою роботи було вивчення та аналіз віддалених результатів ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит, які перебувають у стані хронічного емоційного напруження, стреспротекторними препаратами.

Матеріал та методи дослідження. У клінічних умовах спостерігали 92 жінки віком 20-39 років хворих на генералізований пародонтит першого та другого ступенів тяжкості, хронічного перебігу. З них 46 – працювали в умовах тривалого емоційного напруження: виробничого шуму, гіподинамії, монотонності праці. Генералізований пародонтит діагностували відповідно до загальноприйнятих клінічних та параклінічних методів обстеження. Для встановлення діагнозу використовували класифікацію захворювань пародонта М.Ф.Данилевського. Стан психоемоційної сфери вивчали за допомогою аналізу особистої шкали проявів тривоги за I.Taylor.

Залежно від застосованих методів лікування, хворі були розподілені на дві групи: у першій (46 пацієнтів) проводили комплексне лікування пародонтиту за традиційною схемою, в другій (46 пацієнтів) – запатентованим нами способом терапії (патент на винахід Держпатенту України А61К 31/00 „Спосіб комплексного лікування пародонтиту” від 02.06.98), який включає в себе комплекс препаратів стреспротекторної дії: натрію оксидобутрат, метіонін, токоферолу ацетат, ретинолу ацетат, аскорбінову кислоту [5]. Стан тканин пародонту оцінювали до лікування, після лікування та у віддалений термін (через 24-36 місяців) за допомогою індексної оцінки: гігієнічного індексу (ГІ) за Green-Vermillion, пародонтального індексу (ПІ) за Russel, індексу РМА за Рагма; визначали функціональну стійкість капілярів (ФСК) за В.Кулаженко [6]. Біохімічно вивчали: загальну колагенолітичну активність (КА) ротової рідини за I.Mandl [7]; екскрецію оксипроліну з сечею за методом G.Begman [8]. Результати досліджень обробляли статистично з використанням критерію t Стьюдента [9].

Результати дослідження та їх обговорення. Нами проведено контрольне спостереження за пацієнтами у віддалений термін за клінічними критеріями ефективності лікування пародонтиту. Після використання традиційної методики лікування (контрольна група) генералізований пародонтит у стадії ремісії констатували у 67% випадків, покращення стану пародонту - у 12%, без змін – у 14% та погіршення стану – у 7% пацієнтів. У групі хворих з хронічним емоційним напруженням, після загальноприйнятого лікування, ці показники становили відповідно – 54%, 9% та 25%. Результати дослідження свідчать про низьку ефективність традиційних підходів до лікування пародонтиту у хворих з емоційними перевантаженнями. Після лікування запропонованим нами способом - у 86% жінок ми реєстрували генералізований пародонтит у стадії ремісії, в 11% - покращення стану пародонту та в 3% - без змін. У групі хворих з хронічним емоційним напруженням, ці показники становили відповідно 77%, 15% та 8%. У віддалений період спостереження у хворих, яким у комплексному ліванні генералізованого пародонтиту застосовували стреспротекторні препарати, ми спостерігали нормалізацію клінічних показників стану пародонту, як при першому, так і при другому ступенях тяжкості патологічного процесу (табл.1). Достовірні зміни пародонтальних індексів і функціональної стійкості капілярів свідчили про покращення гігієни, досягнення стійкого терапевтичного ефекту лікування генералізованого пародонтиту, в той час, як у хворих контрольної групи динаміка позитивних змін була значно меншою. Запропонований нами спосіб комплексного лікування мав найбільшу ефективність у групі хворих з хронічним емоційним напруженням. Ми спостерігали достовірні зміни всіх клінічних показників порівняно з аналогічними після лікування загальноприйнятим способом (табл.2). При цьому в групі хворих на генералізований пародонтит першого ступеня тяжкості індекс РМА зменшився в 10 раз по відношенню до контрольних величин (до лікування) та в 8,4 разу по відношенню до показників групи хворих з традиційною схемою лікування, пародонтальний індекс зменшився в 4,0 та в 3,3 разу відповідно, комплексний періодонтальний індекс в 6,3 та 6,0 рази відповідно. Після лікування препаратами стреспротекторної дії було відмічено достовірне зростання функціональної стійкості капілярів на 73%, а після традиційної терапії – лише на 6%.

Таблиця 1

Індексна оцінка стану пародонту у хворих на генералізований пародонтит в динаміці лікування різними методами (M±m)

Строки обстеження	Г І, бали	РМА, %	П І, бали	КП І, бали	ФСК, с
До лікування					
I ступінь тяжкості (n=23)	1,88±0,22	63,02±2,20	1,65±0,32	1,80±0,10	29,20±0,63
II ступінь тяжкості (n=23)	2,15±0,08	79,23±2,10	3,24±0,65	3,50±0,14	20,87±1,06
Традиційна терапія (контрольна група)					
Після лікування					
I ступінь тяжкості (n=11)	0,57±0,35*	10,71±2,45*	0,56±0,17*	0,30±0,20*	37,60±1,06*
II ступінь тяжкості (n=11)	0,95±0,41*	23,45±2,08*	1,03±0,46*	1,40±0,50*	29,71±1,20*
Віддалені результати					
I ступінь тяжкості (n=10)	0,55±0,40*	10,60±2,04*	0,56±0,25*	0,30±0,25*	37,30±2,15*
II ступінь тяжкості (n=10)	0,65±0,35*	25,35±2,10*	1,10±0,28*	1,38±0,50*	27,80±1,10*
Стреспротекторна терапія					
Після лікування					
I ступінь тяжкості (n=12)	0,58±0,20*	6,84±1,13*	0,48±0,16*	0,22±0,20*	42,50±0,70**
II ступінь тяжкості (n=12)	0,90±0,12*	11,23±1,40**	0,84±0,38*	1,20±0,30*	35,88±1,30**
Віддалені результати					
I ступінь тяжкості (n=10)	0,55±0,25*	5,10±1,01**	0,37±0,20*	0,20±0,18*	43,50±1,26**
II ступінь тяжкості (n=10)	0,67±0,18*	8,10±2,01**	0,77±0,20*	1,01±0,25*	34,80±1,30**

Примітки: * - достовірні відмінності показника до та після лікування ($p \leq 0,05$); ** - достовірні відмінності між групами з традиційною та стреспротекторною терапією ($p \leq 0,05$); n - кількість пацієнтів в групі.

Динаміка клінічних показників у групі хворих на генералізований пародонтит другого ступеня тяжкості також підтверджує більшу ефективність запропонованого нами способу корекції і має аналогічні відмінності порівняно з даними контрольної групи. При оцінці показників біохімічних досліджень у віддалений термін, нами встановлено, що у хворих на хронічний генералізований пародонтит першого та другого ступенів тяжкості, яким призначали антистресорні препарати, відбувалось достовірне зниження рівня загальної колагенолітичної активності ротової рідини на 39,3% та 48,5% відповідно, порівняно з даними до лікування (табл.3). Це свідчить про нормалізацію метаболізму в тканинах пародонту та ротовій порожнині. Лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням традиційних підходів до терапії, в групі хворих у стані хронічного емоційного напруження, суттєво не вплинуло на рівень біохімічних показників. Таким чином, результати клінічних спостережень добре узгоджуються з даними біохімічних досліджень.

Таблиця 2

Індексна оцінка стану пародонту у хворих на генералізований пародонтит, які працювали в умовах хронічного емоційного напруження, в динаміці лікування різними методами (M±m)

Строки обстеження	Г І, бали	PMA, %	П І, бали	КП І, бали	ФСК, с
До лікування					
I ступінь тяжкості (n=22)	1,75±1,40	68,60±1,50	1,87±0,15	1,90±0,12	25,10±0,89
II ступінь тяжкості (n=24)	2,23±0,20	78,16±2,30	4,01±0,81	3,60±0,10	16,60±1,80
Традиційна терапія (контрольна група)					
Після лікування					
I ступінь тяжкості (n=11)	0,64±0,19*	36,83±2,03*	1,16±0,36*	1,09±0,50*	31,80±1,19*
II ступінь тяжкості (n=11)	1,03±0,60*	48,65±2,33*	2,25±0,71*	2,40±0,50*	27,81±1,10*
Віддалені результати					
I ступінь тяжкості (n=10)	0,60±0,21*	58,60±3,65	1,51±0,40	1,80±0,40	26,70±2,10
II ступінь тяжкості (n=11)	0,90±0,38*	68,60±4,10	2,75±0,50	2,90±0,50	19,14±2,10
Стреспротекторна терапія					
Після лікування					
I ступінь тяжкості (n=11)	0,56±0,41*	6,48±1,82**	0,46±0,18**	0,34±0,10**	44,50±0,90**
II ступінь тяжкості (n=12)	0,78±0,58*	8,48±1,31**	0,76±0,27**	0,93±0,40**	36,44±0,91**
Віддалені результати					
I ступінь тяжкості (n=11)	0,55±0,38*	6,90±1,90**	0,46±0,30**	0,30±0,20**	43,50±2,06**
II ступінь тяжкості (n=12)	0,65±0,39*	9,60±1,40**	0,77±0,30**	0,97±0,50**	35,20±2,00**

Примітки: * - достовірні відмінності показника до та після лікування ($p \leq 0,05$); ** - достовірні відмінності між групами з традиційною та стреспротекторною терапією ($p \leq 0,05$); n - кількість пацієнтів в групі.

Таблиця 3

Загальна колагенолітична активність ротової рідини у хворих на генералізований пародонтит в динаміці лікування різними методами (M±m)

Групи обстежених	До лікування	Після лікування		Віддалені результати	
		Традиційна терапія	корекція	Традиційна терапія	корекція
Хворі на пародонтит I ступеня тяжкості	17,75±0,55 (n=23)	14,55±0,61* (n=11)	13,67±0,80* (n=12)	16,89±0,99 (n=10)	14,38±1,10* (n=10)
Хворі на пародонтит I ступеня тяжкості з хронічним емоційним напруженням	24,85±0,88 (n=22)	20,16±0,91 (n=11)	13,57±0,85** (n=11)	21,78±1,09 (n=11)	15,08±1,23** (n=11)
Хворі на пародонтит II ступеня тяжкості	20,88±0,62 (n=23)	17,81±0,78* (n=11)	17,03±0,69* (n=12)	19,14±1,01 (n=10)	18,07±0,89* (n=10)
Хворі на пародонтит II ступеня тяжкості з хронічним емоційним напруженням	35,50±0,90 (n=24)	32,29±1,09 (n=11)	16,89±1,00** (n=13)	32,37±2,01 (n=11)	18,27±1,68** (n=12)

Примітки: * - достовірні відмінності показника до та після лікування ($p \leq 0,05$); ** - достовірні відмінності між групами з традиційною та стреспротекторною терапією ($p \leq 0,05$); n - кількість пацієнтів в групі.

Дослідження екскреції оксипроліну з сечею показали її зниження в динаміці лікування у всіх групах хворих на генералізований пародонтит, що підтверджує нормалізацію процесів обміну колагену. Але після впровадження запропонованого нами способу – спостерігали достовірні зміни цього показника, порівняно з традиційним лікуванням. Більша ефективність запропонованого способу лікування узгоджується з літературними даними про високу терапевтичну дію антиоксидантів у лікуванні захворювань тканин пародонту [10]. Таким чином, розроблений та впроваджений нами спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит у стані хронічного емоційного напруження має високу лікувальну ефективність у віддалених термінах спостережень. Він сприяє нормалізації метаболічних змін у тканинах пародонту і ротовій рідині, що призводить до скорочення термінів лікування та ремісії генералізованого пародонтиту в 77% хворих.

Висновок

Патогенетична терапія генералізованого пародонтиту із застосуванням комплексу препаратів стреспротекторної дії сприяє нормалізації метаболічних змін у тканинах пародонту і ротовій рідині у хворих та призводить до стійкої ремісії захворювання. Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту рекомендується для терапії хворих, що перебувають у стані хронічного психоемоційного напруження.

Література

1. Гігієна праці / Під ред. проф. Шевченка А.М. – К.: Вища школа, 1993. – 582с.
2. Тарасенко Л.М. Стресс и пародонт / Л.М. Тарасенко, Т.А. Петрушанко – Полтава, 1999. – 189с.
3. Литовченко І.Ю. Вплив тривалого емоційного напруження на структурні та метаболічні зміни в тканинах пародонта / І.Ю. Литовченко, А.К. Ніколішин, Л.М. Тарасенко, К.С. Непорада // Новини стоматології. – 1999. – №3(20). – С.48-49.
4. Окислительный стресс и комплексная антиоксидантная энергокоррекция в лечении пародонтита / И.А. Омаров, С.Б. Болевич, Т.М. Саватеева-Любимова [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2011. – Т.90, №1. – С.10-17.
5. Метод лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням стреспротекторних препаратів, корегуючих емоційне напруження / І.Ю. Литовченко, Т.О. Петрушанко, Л.М. Тарасенко [та ін.]. – Інформаційний лист. – К., 1997. – 2с.
6. Терапевтична стоматологія: Підручник у 4-х томах – Т.3 Захворювання пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун. – К.: Медицина, 2008. – 616с.
7. Mandl I., MacLennan J., Howes E. Collagenlytik activity dermation // J. Clin. Invest. – 1953. - Vol. 32. – P.1323-1329.
8. Bergman G., Loxley R. // Analyt. Chem. – 1963. – Vol. 35. – P.1961-1963.
9. Минцер О.П. Методы обработки медицинской информации / Минцер О.П., Угаров Б.П., Власов В.В. – К.: Вища школа, 1991. – 271с.
10. Симакова Т.Г. Применение антиоксидантов в лечении заболеваний пародонта (обзор) / Т.Г. Симакова // Институт стоматологии. – 2007. – №1 (34). – С.105-109.

Реферати

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ
СТРЕССПРОТЕКТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Литовченко И.Ю., Петрушанко Т.А., Тарасенко Л.М.,
Девяткина Т.А.**

В статье представлен анализ отдаленных результатов лечения больных генерализованным пародонтитом, которые подвергались длительному воздействию неблагоприятных факторов, вызывающих хроническое эмоциональное напряжение, с применением препаратов стресспротекторного действия (натрия оксидбутират, метионин, токоферола ацетат, ретинола ацетат, аскорбиновая кислота).

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, хроническое эмоциональное напряжение, лечение, отдаленные результаты, стресспротекторные препараты.

Стаття надійшла 31.10.2011 р.

**CORRECTION OF METABOLIC DISORDERS
IN GENERALIZED PERIODONTITIS STRESS
PROTECTOR DRUGS**

**Litovchenko I.Y., Petrushanko T.A., Tarasenko
L.M., Devyatkina T.A.**

The paper presents an analysis of long-term results of treatment of patients generalized periodontitis that long-term exposure of adverse factors causing chronic emotional stress, with the use of drugs stress protector action (sodium hydroxybutyrate, methionine, tocopherol acetate, ascorbic acid).

Key words: generalized periodontitis, chronic emotional stress, medication, long-term results, stress protector drugs.

УДК 618.14-002-089: 616-079.89-039

И. Ш. Магалов

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

**СОЧЕТАНИЕ АДЕНОМИОЗА И ЭНДОМЕТРИОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА**

243 пациентки, оперированные в плановом порядке с возможностью ревизии брюшной полости, вошли в исследование. Они были разбиты на 4 группы в зависимости от характера вмешательства: гистерэктомии (ГЭ), миомэктомии (МЭ), вмешательства по поводу доброкачественных образований в области придатков (ВДОП), диагностические вмешательства для выяснения причин бесплодия (ВНРЖ). Были сопоставлены данные ультразвукового, внутриоперационного и патогистологического обследований. Аденомиоз при эндометриозе встречался в 2,5 раза чаще, чем при его отсутствии. Подобная тенденция отмечалась во всех группах оперированных нами больных. С нарастанием степени выраженности эндометриоза учащались случаи сопутствующего аденомиоза. Частая встречаемость аденомиоза у женщин с тазовым эндометриозом косвенно свидетельствует о возможно едином патогенезе этих двух состояний.

Ключевые слова: аденомиоз, эндометриоз, гистерэктомия, миомэктомия

До недавнего времени аденомиоз оставался исключительно патогистологическим диагнозом, для постановки которого требовалось удалить матку [7]. Принципиально эндометриоз и аденомиоз могут встречаться у женщин любого возраста [7]. Чаще всего они диагностируются у пациенток репродуктивного возраста [1,4, 7]. Однако, если судить по большинству цитируемых публикаций в научной периодике, первый