

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Бойко Д.М., Бойко М.Г., Бойко О.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Робота з пацієнтом вимагає від лікаря високої концентрації та швидкого аналізу великого об'єму інформації для прийняття ряду рішень — постановка діагнозу, план обстеження, лікування, оцінка динаміки перебігу захворювання, прогноз та розробка стратегії реабілітації тощо.

Метою нашої роботи було оцінити ефективність алгоритму ведення пульмонологічних хворих за показниками рівня загострень та госпіталізації на прикладі пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) та хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ).

Дана робота виконана на базі Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського, пульмонологічного кабінету. Дослідження виконано на основі аналізу історій хвороб 1077 пацієнтів пульмонологічного профілю (593 жінки та 484 чоловіків), що знаходились на спостереженні з 2004 по 2011 роки. Віком 47,80 (33,95; 69,72) років. Серед цієї групи пацієнтів було виділено 207 хворих на БА та 159 хворих на ХОЗЛ, що не мали супутньої патології. Методика алгоритму включала заповнення спеціально розробленої карти хворого з описом основних клініко-анамнестичних даних, ведення індивідуальної теки з електронним архівом результатів клініко-лабораторних обстежень в динаміці. Кожен пацієнт отримував розклад основних (від одного до 24 тижнів) та позапланових візитів до лікаря, які варіювали в залежності від стану пацієнта та рівня комплаєнтності. Обов'язковими були телефонні контакти з хворими або зв'язок з ними за допомогою електронної пошти та ін. Основними критеріями для оцінки стали частота візитів з приводу загострення та кількість планових візитів. Статистична обробка даних проведена з використанням непараметричних методів, зокрема χ^2 . Відмінності вважалися статистично достовірними при $p \leq 0,05$. За вищенаведений часовий період у хворих на БА було зареєстровано 94 візити з приводу загострення БА, що є вірогідно ($p < 0,05$) меншим порівняно з кількістю планових візитів - 227. У хворих на ХОЗЛ зафіксовано 86 планових відвідувань лікаря, частота яких є майже вдвічі меншою, ніж з приводу загострення - 32 візити ($p < 0,05$). Застосування даного алгоритму ведення хворих зменшило частоту госпіталізацій серед хворих з БА на 93,12%, а рівень загострень на 45,41%, тоді як у пацієнтів з ХОЗЛ загострення зменшились на 20,12%, а частота госпіталізацій з приводу загострень ХОЗЛ на 67,43%. Застосування даного алгоритму ведення пульмонологічних хворих допомагає лікарю збільшити контроль над перебігом захворювання та підвищує ефективність терапії.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИГІПОКСАНТІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ДІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ

Бойченко О.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Хронічний генералізований пародонтит - найпоширеніший вид патології пародонта, особливо у другій половині життя людини. Встановлений тісний зв'язок патології пародонта з загальними захворюваннями організму, особливе місце серед яких займає серцево-судинна патологія, найчастіше - ішемічна хвороба серця (ІХС).

Метою роботи було з'ясування ефективності диференційованого використання антигіпоксантив метаболічної дії (мексикору, препаратів коензиму Q_{10}) для корекції метаболічних та гемодинамічних порушень у пародонті в залежності від тяжкості перебігу генералізованого пародонтиту у пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги. До дослідження за участю кардіолога (терапевта) було залучено 72 хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ст.

Виявлено, що в групі хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу без серцевої недостатності з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ст., яким на тлі лікування за стандартами ведення стоматологічного хворого призначали мексикор протягом 10 діб (у капсулах по 100 мг 3 рази на добу), усунення гострих запальних явищ з поліпшенням пародонтальних індексів, індексу Гріна-Вермілліона, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу РМА, індексу кровоточивості за Muhlemann-Cowell відбувалося швидше в середньому на 3-4 доби ($p < 0,05$), зменшувалася інтенсивність вільнорадикального окиснення, збільшувався антиоксидантний захист.

Найбільш успішним було лікування із одночасним введенням 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату в тканини пародонту шляхом проведення інстиляцій 5% розчину та накладання твердіючої пов'язки, що містить препарат, на слизову оболонку ясен з вестибулярної та оральної сторін альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелепи.

Нами виявлено, що застосування мексикору в комплексній терапії генералізованого пародонтиту I-II ст. у хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III функціонального класу, серцевою недостатністю I, IIА ст., II-III класу NYHA потребує певної корекції дози препарату (по 100 мг 3 рази на добу) внаслідок інтенсивності систем-

ного гіпоксичного впливу і ступеня гіпоксичних порушень. Це, на наш погляд, потребує залучення препаратів здатних відновлювати електронно-транспортну функцію дихального ланцюга не тільки через активацію альтернативних НАДН-оксидазному шляху компенсаторних метаболічних потоків, але і на рівні коензим Q - цитохроми b-c₁. Результат лікування хронічного генералізованого пародонтиту I-II ст. за цих умов виявився найкращим при доповненні комплексної терапії препаратами коензиму Q₁₀, (убіхінон композитум або вітрум б'юті Q10).

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ “ ПОЛІМІКУ” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ПЕРІОСТИТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Бойко І.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Актуальною проблемою хірургічної стоматології сьогодні є профілактика та лікування гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої локалізації (ЩЛЛ), які мають значну частоту, що певною мірою обумовлено способом життя, соціальними факторами, екологічними негараздами, низькою культурою населення та ін. Причиною розвитку майже усіх запальних захворювань ЩЛЛ у 95% випадків є мікробна флора, що вегетує в порожнині рота.

Медикаментозне лікування часто утруднено у зв'язку із зростанням числа антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів, підвищенням вірулентності мікробної флори, зниженням реактивності організму в окремих категорій населення, неадекватним використанням антибіотиків та ін.

Полімік призначений для лікування змішаних інфекцій, та апробований при лікуванні захворювань сечостатевої системи та післяопераційними інфекційними ускладненнями в загальній хірургії.

Метою дослідження була оцінка ефективності та переносимості препарату Полімік у комплексному лікуванні хворих з гнійним одонтогенним періоститом нижньої щелепи (ГОПНЩ).

Обстежено 30 пацієнтів з ГОПНЩ, серед яких чоловіків було 17, жінок – 13. Лікування пацієнтів проводили згідно з Протоколом, наведеним в наказі МОЗ України №566. До складу медикаментозної терапії був введений Полімік по 1 табл. 2 рази на день впродовж 5 днів. Під час лікування вивчалися суб'єктивна оцінка хворими болювого симптому, зміни загального стану та лабораторні показники (ЗАК, ЗАС, функції печінки (білірубін загальний, прями, непрямий), нирок (креатинин), ферментативної системи (АЛТ, АСТ). Встановлено, що застосування Поліміка у пацієнтів з ГОПНЩ з об'єктивною оцінкою динаміки температурної реакції пацієнтів, зменшення болювого симптому, набряку та інфільтрації тканин в осередку запалення, позитивної динаміки ліквідації контрактур жувальних м'язів, відсутності у хворих небажаних загальних та місцевих реакцій, позитивної динаміки післяопераційного перебігу загоювання гнійної рани, результатів лабораторних досліджень сечі та крові хворих встановлено, що препарат не виявив гепато- та нефротоксичних ефектів, його можна пропонувати до широкого використання в комплексному лікуванні хворих з ГОПНЩ.

ТЕОРІЯ ФАГОЦИТОЗУ І.І.МЕЧНИКОВА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК СУЧАСНОЇ ІМУНОЛОГІЇ

Боровик О.Б.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Ідея порівняльної патології, еволюційної ембріології, мікробіології, зоології та імунології, яка пов'язана, в першу чергу, з іменем Іллі Мечникова, увійшла до багатьох галузей наукового знання. І. І. Мечников створив нову наукову дисципліну – порівняльну патологію, якою довів, що патологічний процес має таку ж саму довгу еволюційну історію, як і саме життя.

Універсалізація дослідження імунології І.І. Мечниковим привела до плідних результатів у розвитку сучасної еволюційної ембріології, мікробіології та імунології.

Саме І.І.Мечников відкрив явище фагоцитозу (1883 р.), тобто здатність кров'яних клітин організму знешкодувати та знищувати смертоносні бактерії. Ці класичні за ясністю та простотою виконання експерименти Іллі Ілліча лягли в основу розробленої ним же теорії імунітету, без якої неможливо уявити собі розвиток біології та медицини ХХ - ХХІ століття. Він сформулював загальну теорію запалення як захисної реакції організму в боротьбі з інфекцією та заклав основи імунобіології. Усі розуміли, що існують хвороботворні бактерії, але Мечников першим заявив, що запалення — це не лише свідчення «атакування» мікробів, а й захисна реакція організму. Відкриття мало виняткове значення у вченні про імунітет – несприйнятливості до інфекцій. «Під несприйнятливостю до заразних захворювань, — зазначав учений, — слід розуміти загальну систему явищ, завдяки яким організм може витримувати напад хвороботворних мікробів».

Ілля Ілліч довів, що функцію фагоцитозу виконують лейкоцити двох типів (макро- і мікрофаги), які виконують різноманітну роль в імунних реакціях організму, і що запальна реакція є пристосовуваною, захисною. Після виступу Мечникова на конгресах у Будапешті (1894) і Парижі (1900) фагоцитарна теорія отримала визнання. Так, у 1908 році Нобелівський комітет присудив премію І. Мечникову за дослідження з імунології. Її вчений був удостоєний у галузі фізіології та медицини (спільно із Паулем Ерліхом). Сформована І.І. Мечниковим принципово нова парадигма імунітету, що дала змогу охопити патологічний процес у цілому – одне із найбільш добре обґрунтованих.