

**ПОКАЗНИКИ МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦІЇ ТА ЇХ
ЗМІНИ У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНИЙ НЕОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ У
ПОЄДНАННІ З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

В.О.Усенко

ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Введення

В Україні, як і в інших промислово розвинутих країнах світу, відбувається підвищення розповсюдженості бронхолегеневих захворювань [9], а доля хронічного необструктивного бронхіту (ХНБ) у структурі захворювань органів дихання, що мають хронічний перебіг, сягає 80-90% [4] і, при цьому, за прогнозами ВООЗ у XXI віці летальність, обумовлена патологією органів дихання, буде займати другу сходинку у загальній структурі причин смерті. Зазначимо, що в останні роки велика увага приділяється проблемі коморбідної патології [2, 15, 6, 9], однією з котрих є поєднання ХНБ із гастроінтестинальними захворюваннями - це призводить до певних змін перебігу захворювань та, можливо, обумовлює також резистентність до лікування, ускладнює ситуацію та погіршує прогноз у цілому [8]. Серед ерозивно-виразкових захворювань травної системи виразкова хвороба є найбільш розповсюдженою і посідає одне з провідних місць і, при цьому, за останній час майже на третину відмічається зростання захворюваності на пептичну виразку (ПВ) [11]. Відомо, що у механізмах розвитку як ХНБ, так і ПВ, залучена велика кількість факторів, при цьому, окрім факторів нейрогуморальної регуляції та метаболічних процесів певну роль відіграють зміни мікроциркуляторного русла та порушення мікрогемодинаміки [1, 3, 7, 10]. Викладене вище і стало підґрунтям до проведення даного дослідження.

Метою дослідження стало вивчення стану мікрогемоциркуляції та динаміки її змін у лікуванні хворих на ХНБ у поєднанні з ПВ дванадцятипалої кишки (ДПК).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до основного плану науково-дослідних робіт ДЗ "Луганський державний медичний університет" за темою: "Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань внутрішніх органів із наявністю синдрому взаємного обтяження, шляхи оптимізації лікування та профілактики" (№ державної реєстрації 0104U004327).

Матеріали та методи дослідження

Група досліджених вмікала 26 хворих із ХНБ у поєднанні з ПВ ДПК у віці від 35 до 46 років (чоловіків 17, жінок 9). У лікуванні ХНБ використовувались антибактеріальні, протизапальні, детоксикуючі, антигістамінні препарати, бронхолітики, полівітаміни, фізіотерапевтичні засоби (УВЧ або індуктотермію на грудну клітку, інгаляції з муколітичними сумішами). Усім хворим проводилось дослідження мікрогемоциркуляції (ШЛ-2М) із розрахунком кон'юнктивальних індексів КІ₁, КІ₂, КІ₃, відображуючи відповідно периваскулярні, судинні та внутрішньосудинні зміни, а також розраховували індекс сумарних змін - КІ_{заг}. Отримані дані співставлялись з показниками контрольної групи (20 практично здорових осіб). Математична обробка здійснювалась методами варіаційної статистики за допомогою ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica.

Отримані дані та їх обговорення

Як з'ясувалося, найбільш розповсюдженими позасудинними (КІ₁) порушеннями у хворих на ХНБ у поєднанні з ПВ дванадцятипалої кишки були мутний фон та дещо рідше - пігментні п'ятна. Найбільш суттєвими у абсолютному вимірі були зміни на судинному та внутрішньосудинному рівнях - зниження кількості функціонуючих капілярів, наявність аневризм, артеріоловенулярних анастомозів нерівномірність калібру судин, звитість (КІ₂), а, окрім того, редукція кровоплину, його зупинка та бусоподібний кровоплин на внутрішньосудинному рівні (КІ₃). Означене сформувало вірогідні зміни кон'юнктивальних показників: КІ₁ 1,92±0,21 (у контролі - 0,08±0,05); КІ₂ - який перевищував контрольні показники більш, ніж у 2,2

рази і (у контролі $2,28 \pm 0,15$) відповідав значенню $5,16 \pm 0,22$, а також збільшення індексу внутрішньосудинних змін (KI_3) до значення $5,76 \pm 0,23$ (у контролі $0,47 \pm 0,03$). Індекс сумарних змін, таким чином, ($KI_{\text{заг.}}$) відповідав значенню $12,80 \pm 0,40$ і перевищував контрольні показники більш, ніж у чотири з половиною рази.

Проведене лікування хворих на ХНБ у поєднанні з ПВ ДПК привело до певних зрушень аналізованих показників мікрогемодинаміки, а саме - відбувалася їх редукція. Так, простежувалось зниження KI_1 у 1,14 рази (до $1,68 \pm 0,22$), KI_2 - у 1,21 рази (до $4,24 \pm 0,24$) та KI_3 у 1,22 рази (до $4,72 \pm 0,22$). Вищевказане призводило до вірогідного зниження індексу загальних змін - до $10,64 \pm 0,37$ ($p < 0,05$). Проведене дослідження дозволяє констатувати наступне.

Висновки

1. У хворих на ХНБ у поєднанні з ПВ ДПК має місце суттєве порушення стану мікрогемодинаміки та мікрогемодинамічного русла у цілому, що відбивається змінами аналізованих кон'юнктивальних індексів.

2. Після проведеного лікування відбувалось зниження вираженості порушень мікрогемодинаміки та мікрогемодинамічного русла на всіх рівнях, проте фізіологічних значень аналізовані показники не досягали.

3. У подальших дослідженнях передбачається пошук методів ефективної корекції мікрогемодинамічних порушень у хворих на ХНБ у поєднанні з ПВ ДПК.

Література

1. Белоусов А.С. Морфология нарушенной микроциркуляции и гемостаза при язвенной болезни / А.С. Белоусов, Г.В. Леонтьева, М.Д. Туманян [и др.] // Советская медицина. - 1983. - № 1. - С. 12-15.

2. Гембицкий Е.В. Заболевания пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой / Е.В. Гембицкий // Клиническая медицина. - 2000. - № 3. - С. 54-57.

3. Гринберг А.А. Регионарный кровоток и секреторная функция желудка у больных с дуоденальной язвой / А.А. Грин-

берг, С.Г. Гришко, Л.Ф. Столярова, [и др.] // Клиническая медицина. - 1987. - № 4. - С. 72-74.

4. Кокосов А.Н. Хронический простой (необструктивный) бронхит / А.Н. Кокосов // Хронические обструктивные болезни легких / А.Н. Кокосов. - СПб.: Невский диалект, 1998. - С. 117-120.

5. Кочетков С.Г. Новые подходы к изучению патологии желудка у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких / С.Г. Кочетков // Казан. мед. журнал. - 1996. - № 77 (2). - С. 112-114.

6. Крылов А.А. Язвенная болезнь в сочетании с др. патологией, клинические проявления, течение, терапия / А.А. Крылов // Терап. архив. - 1992. - № 2. - С. 121-124.

7. Маленко И.В. Системный анализ взаимосвязи содержания микроэлементов, нарушенной вентилляционной функции легких и состояния микроциркуляции крови хронических бронхитов / И.В. Маленко, Е.С. Тутаева, Л.И. Каменев [и др.] // Фундаментальные исследования. - 2004. - № 4. - С. 75.

8. Христин Т.М. Хронический бронхит, варианты та геріатричні особливості перебігу, диференційована фармакотерапія / Т.М. Христин. - Чернівці, 2001. - 225 с.

9. Шестакова К.Г. Хронический бронхит у осіб похилого та старечого віку: особливості епідеміології, патогенезу, діагностики, реабілітації / К.Г. Шестакова, Т.М. Христин // Укр. пульмонолог. журн. - 2002. - № 2. - С. 58-62.

10. Селезнёв С.А. Клинические аспекты микрогемодинамики / С.А. Селезнёв, Т.И. Назаренко, В.С. Зайцев. - Медицина: Ленинград, 1985. - 208 с.

11. Філіппов Ю. О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скурда, Л. М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. збірник. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3-9.

Резюме

Усенко В.О. Показники мікрогемодинаміки та їх зміни у динаміці лікування хворих на хронічний необструктивний бронхит у поєднанні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки.

За результатами роботи наведено особливості змін мікрогемодинаміки у хворих на хронічний необструктивний бронхит у поєднанні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, приведено

динаміку аналізованих показників у процесі лікування та показано збереження порушень мікрогемодинаміки на всіх рівнях мікроциркуляторного русла після традиційного лікування.

Ключові слова: хронічний необструктивний бронхіт, пептична виразка, мікрогемодициркуляція, лікування.

Резюме

Усенко В.А. Показатели микрогемодициркуляци и их изменения в динамике лечения больных хроническим необструктивным бронхитом в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки.

В работе представлены особенности изменения микрогемодициркуляци у больных хроническим необструктивным бронхитом в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки, приведена динамика анализированных показателей в процессе лечения и показано сохранение нарушения микрогемодинамики на всех уровнях микроциркуляторного русла после традиционного лечения.

Ключевые слова: хронический необструктивный бронхит, пептическая язва, микрогемодициркуляция, лечение.

Summary

Usenko V.A. Microhaemocirculation indices alteration in patients with chronic nonobstructive bronchitis in combined peptic ulcer duodeni in dynamic of treatment.

This publication presents main peculiarities and changes of microcirculation's course indices of the patients with chronic nonobstructive bronchitis in combined peptic ulcer duodeni before and after treatment. The dynamics indices in treatment process are presented, maintenance of microcirculation's course disturbances after traditional treatment are presented.

Key words: nonobstructive bronchitis, peptic ulcer, microhaemocirculation, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

УДК 616.366-002:[616.12-005.4+616-002.44

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ЭСПА-ЛИПОНА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

К.Н. Компаниец

ГУ "Луганский государственный медицинский университет"

Введение

Хронический холецистит занимает одно из основных мест среди заболеваний билиарной системы. По данным различных авторов, больные хроническим холециститом составляют 17-20%, уступая по своей распространенности только болезням желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 7]. У лиц среднего и особенно старшего возраста с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) расстройства кровообращения в стенке пузыря, развивающиеся на фоне атеросклеротического поражения артерий пузыря, играют важную роль в патогенезе [2,5]. ХНХ не принадлежат к тем болезням, которые с течением времени и с изменением бытовых и социальных условий идут на убыль [4,8,10]. Согласно данным научного прогнозирования, заболеваемость болезнями пищеварительной системы в ближайшие 15-20 лет возрастет на 30-50% за счет увеличения числа болезней, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические и метаболические механизмы [2, 9], которые присутствуют и в патогенезе ХНХ. В развитии и прогрессировании сочетанной патологии гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем лежат общие патогенетические механизмы [3, 6, 10]. Поэтому в комплексное лечение больных с ХНХ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) следует включать препараты, фармакологические механизмы которых