

8. Фастовець О.О. Клініко-патогенетичне обґрунтування комплексного лікування патологічного стирання зубів: автореф. дис. на здобуття

наук. ст. д-ра. мед. наук: 14.01.22 / Олена Олександрівна Фастовець. – К., 2008. – 35 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЪЕМНОЙ ШИНЫ-КАППЫ ДЛЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЯВЛЕНИЯМИ БРУКСИЗМА

И.М. Ткаченко

Резюме. В работе представлены результаты изучения окклюзионных контактов при повышенной стираемости твердых тканей зубов. Описана новая методика определения суперконтактов при повышенной стираемости зубов с явлениями бруксизма. Изучение точек повышенного контакта даст, в последующем, возможность проводить лечебные и профилактические мероприятия с целью нормализации окклюзионных взаимоотношений при лечении и профилактике повышенной стираемости.

Ключевые слова: повышенное стирание зубов, методика определения суперконтактов при повышенной стираемости, моноблок для лечения и профилактики повышенной стираемости.

THE USE OF A REMOVABLE TRAY-BUS FOR ORTHOPEDIC TREATMENT OF INCREASED ABRASION OF TEETH COMPLICATED BY THE PHENOMENA OF BRUXISM

I.M. Tkachenko

Abstract. The results of a study of occlusal contacts with increased abrasion of the hard dental tissues are presented in the paper. A new technique for determining supercontacts with an elevated abrasion of the teeth with the symptoms of bruxism is described. A study of high contact points will, enable in the future, to conduct therapeutic and preventive measures in order to normalize occlusal relations, when treating and preventing enhanced abrasion.

Key words: heightened abrasion of teeth, technique of determining Supercontact with heightened abrasion, monoblock for treating and preventing heightened abrasion.

HSEE of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy" (Poltava)

Рецензент – проф. О.Б. Беліков

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 1 (65). – P. 129-133

Надійшла до редакції 14.12.2012 року

© I.M. Tkachenko, 2013

УДК 616.126-002-022.7-036-07-08(477.87)

Т.В. Чендей

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Резюме. У статті наведено результати досліджень особливостей перебігу та лікування хворих на інфекційний ендокардит в умовах Закарпатської області. Проаналізовано випадки захворювання у 53 пацієнтів,

котрі були госпіталізовані в спеціалізований заклад третинного рівня протягом 2008-2011 рр.

Ключові слова: інфекційний ендокардит, діагностика, лікування.

Вступ. Інфекційний ендокардит (ІЕ) – тяжке інфекційне захворювання з високими показниками інвалідизації та смертності. Як вітчизняні [1], так і закордонні автори [3] відмічають тенденцію до зростання захворюваності на ІЕ та стабільно високі показники смертності, незважаючи на доступність широкого арсеналу протимікробних засобів та впровадження раннього хірургічного лікування ІЕ. Важливим є й те, що лікування ІЕ дороговартісне й, відтак, недоступне для значної кількості пацієнтів. На відміну від багатьох інших серцево-судинних захворювань, сучасні ре-

комендації з ведення хворих на ІЕ головним чином ґрунтуються на консенсусі експертів, а не на результатах адекватно спланованих і проведених клінічних досліджень. Наслідком цього є істотна гетерогенність підходів до лікування ІЕ в різних країнах та відсутність наукових порівнянь різних стратегій лікування ІЕ.

Мета дослідження. Охарактеризувати особливості перебігу та лікування хворих на ІЕ в умовах Закарпатської області.

Матеріал і методи. Проведено одномоментне ретроспективне описове дослідження, під час

© Т.В. Чендей, 2013

якого обстежено 63 пацієнтів, які були скеровані у Закарпатський обласний клінічний кардіологічний диспансер (ЗОККД) з підозрою на ІЕ. Після дообстеження діагноз ІЕ був виключений у 10 осіб (15,9 %); 53 пацієнти – 39 (73,6 %) чоловіків та 14 (26,4 %) жінок, віком $45,1 \pm 1,9$ року (від 19 до 74 років), включені в остаточний аналіз. Усі пацієнти проходили стаціонарне лікування в ЗОККД (м. Ужгород) протягом 2007-2011 років. Оскільки дослідження охопило усіх хворих на ІЕ, які були госпіталізовані в регіональну спеціалізовану клініку третинного рівня надання допомоги впродовж п'яти послідовних років, то популяцію госпіталізованих пацієнтів у ЗОККД можна вважати репрезентативною щодо усієї Закарпатської області. Усім пацієнтам проводили загальноклінічні дослідження, включно з трансторакальною ехокардіографією (апарат Philips EnVisor C, США) та лабораторними дослідженнями. Статистичний аналіз даних проводили за допомогою програмного забезпечення SPSS 17.0. Середні значення подавали у вигляді $M \pm m$, де M – серед-

нє арифметичне, m – стандартна похибка середнього арифметичного. Статистичні гіпотези перевіряли на рівні значимості $p < 0,05$. Відповідно до модифікованих діагностичних критеріїв Duke (Li et al., 2000) [5] діагноз ІЕ оцінили як визначений у чотирьох осіб, можливий – у 29 пацієнтів і неуточнений – у 20 пацієнтів. Середня тривалість госпіталізації пацієнтів склала $13,1 \pm 1,5$ дня. Після обстеження та лікування у ЗОККД більшість осіб були скеровані для оперативного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення.

Упродовж останніх п'яти років спостерігається чітка тенденція до зростання як кількості випадків захворювань на ІЕ (з 28 випадків у 2007 році до 32 випадків у 2011 році), так і смертності від ІЕ (максимальна летальність 6,25 % у 2010 р., див. рис. 1).

Серед 53 хворих на ІЕ переважали чоловіки (відношення чоловіки: жінки = 2,8) та сільські жителі (67,9 %). Середній вік пацієнтів склав $45,1 \pm 1,9$ року (чоловіки $42,6 \pm 2,1$, жінки $52,0 \pm 3,6$ року, $p = 0,02$). Кожен третій пацієнт (34 %) не мав

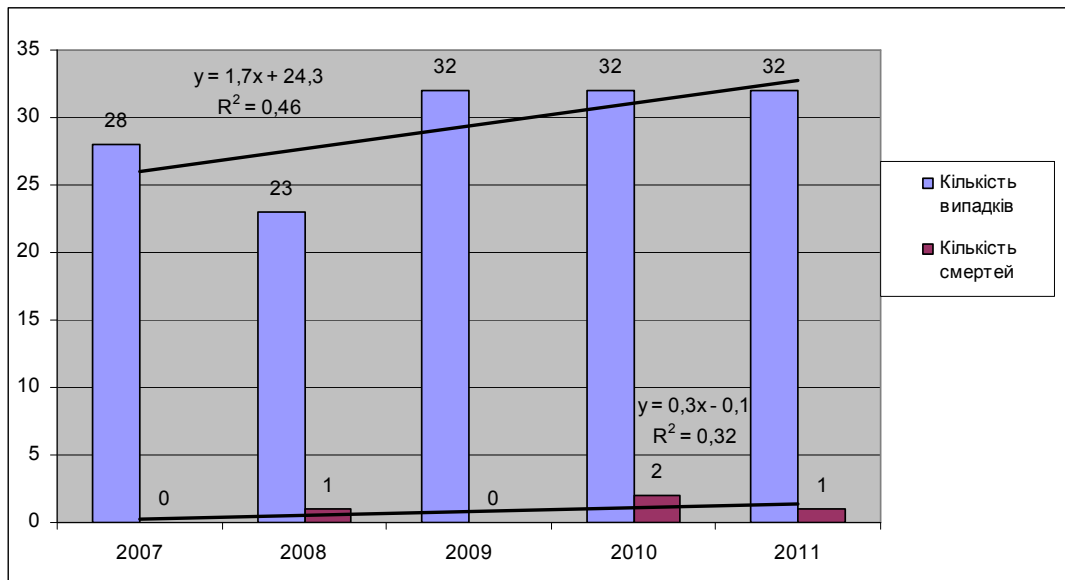


Рис. 1. Динаміка кількості захворювань на інфекційний ендокардит та летальних випадків у Закарпатській області протягом 2007-2011 рр.

Таблиця 1

Деякі характеристики груп хворих на інфекційний ендокардит

Діагноз/ Показник	Визначений (n=4)	Можливий (n=29)	Неуточнений (n=20)
Середній вік, роки	$39,3 \pm 7,9$	$46,9 \pm 2,9$	$43,6 \pm 2,6$
Гемоглобін, г/л	$108,5 \pm 9,5^*$	$112,7 \pm 7,5$	$120 \pm 4,8$
Лейкоцити, Т/л	$6,35 \pm 2,3$	$6,0 \pm 0,6$	$7,3 \pm 0,7$
ШОЕ, мм/год	$52,3 \pm 10,5^*$	$31,7 \pm 3,5$	$30,5 \pm 3,7$
Креатинін, мкмоль/л	$42,5 \pm 28,9$	$78,3 \pm 12,2$	$130,5 \pm 41,4$

Примітка. * – $p < 0,05$, порівняно з групою неуточненого ІЕ

Таблиця 2

Частота використання різних груп антибіотиків для лікування інфекційного ендокардиту

Група антибіотиків	Частота, %
Цефалоспорини	64,2
Фторхінолони	52,8
Метронідазол	35,8
Пеніциліни	11,3
Антибіотикотерапію не проводили	11,3
Аміноглікозиди	9,4
Ванкоміцин	1,9
Рифампіцин	1,9

постійного місця роботи, у 7 (13,2 %) осіб мала місце стійка втрата працездатності. Наведені дані дозволяють дійти висновку, що ІЕ уражає переважно продуктивний і водночас соціально незахищений прошарок популяції, причому чоловіків – у молодшому віці.

У більшості випадків (46 – 86,8 %) ІЕ мав гострий перебіг. Найбільш часто траплялися інфекційне ураження аортального клапана (23 випадки, 43,4 %) та поєднане ураження аортального та мітрального клапанів (12 випадків, 22,6 %); ізольоване ураження мітрального клапана спостерігали в 11 осіб (20,8 %), поєднане ураження мітрального та трикуспідального клапанів – у п'яти випадках (9,4 %). У двох випадках (3,8 %) клапани серця не були уражені. Особливістю досліджуваної групи пацієнтів виявилось часте ураження кількох клапанів (всього 17 випадків) та лише один випадок ізольованого ураження трикуспідального клапана. Це може вказувати на те, що розпізнаними виявляються найбільш тяжкі випадки ІЕ, і певна кількість випадків з більш легким перебігом захворювання так і залишаються нерозпізнаними. Справді, за даними досліджень [1, 4], захворюваність на ІЕ складає від 1-6 до 4-10 випадків на 100 000 дорослого населення на рік, що в масштабах Закарпатської області відповідає близько 60 випадкам ІЕ на рік, тоді як останніми роками в області реєструють всього понад 30 випадків щороку.

Сприятливий чинник виникнення ІЕ у вигляді природженої або набутої (переважно ревматичної) вади серця мав місце у 30 осіб (56,6 %), у 8 випадках (15,1 %) таким фактором був протезований клапан серця. У 15 (28,3 %) пацієнтів виявлений уроджений двостулковий аортальний клапан, у 7 (13,2 %) випадках діагностували пролапс мітрального клапана. У значної частини пацієнтів (15 випадків – 28,3 %) не виявлено жодного сприяючого фактора. Ми не спостерігали жодного випадку ІЕ в осіб, що вживають ін'єкційні наркотики, що можна вважати особливою Закарпатської області. Інша особливість, на яку слід звернути увагу, – відносно незначна частка пацієнтів з ІЕ протезованого клапана або ІЕ після інвазивних судинних втручань. Таким чином, соціально-демографічний статус пацієнтів та профіль

сприяючих чинників у досліджуваній популяції виявився подібним швидше до країн, що розвиваються, ніж до картини, яку спостерігають у розвинених країнах [4].

Під час трансторакальної ехокардіографії вегетації виявлені в 36 осіб (67,9 %), причому у 27 (50,9 %) випадках – це дрібні вегетації розміром 1-3 мм, великі вегетації виявлені у восьми осіб (15,1 %), в одного пацієнта (1,9 %) спостерігали множинні великі вегетації. Більш часте виявлення дрібних («санованих») вегетацій можна пояснити тим, що більшість пацієнтів до госпіталізації у ЗОККД вже отримали щонайменше кількотижневу антибіотикотерапію. У 17 пацієнтів (32,1 %) під час трансторакальної ехокардіографії не виявлено вегетацій, що значною мірою пов'язано з технічними обмеженнями трансторакального ультразвукового обстеження та недостатністю черезстраховідної ехокардіографії у ЗОККД.

У переважній більшості осіб (49 – 92,5 %) перебіг ІЕ ускладнився серцевою недостатністю ІА-ІІБ стадії. Серед ускладнень також траплялися абсцеси кореня аорти та стулок клапанів (три випадки – 5,7 %), емболічні ускладнення (три випадки – 5,7 %). Спленомегалія виявлена у 3 (5,7 %) чоловіків. Фібрильна гарячка була зареєстрована у 30 (56,6 %) осіб, причому в чоловіків вона траплялася частіше (24 випадки – 61,4 %), ніж у жінок (п'ять випадків – 35,7 %, $p=0,096$). Цікаво, що у двох пацієнтів ІЕ поєднувався із злоякісними новоутвореннями – в одному випадку з колоректальним раком (що може вказувати на етіологічний чинник захворювання – *Streptococcus bovis*) [2], а в іншому – з раком легені. Подібна знахідка потребує подальшого вивчення, але може вказувати на підвищений ризик ІЕ у пацієнтів із екзофітними пухлинами дихальних шляхів і травного каналу. Можливим патогенетичним механізмом може бути порушення бар'єрної функції слизових на тлі злоякісного переродження, що сприяє проникненню мікрофлори в кровотік та масивній бактеріємії.

Середній рівень гемоглобіну в крові склав $119,6 \pm 3,5$ г/л, причому у 12 (22,6 %) осіб мала місце анемія менше 100 г/л. Середнє значення ШОЕ склало $33,4 \pm 2,7$ мм/год, у 12 (22,6 %) осіб ШОЕ перевищувало 50 мм/год. Креатинінемія в

середньому дорівнювала $136,3 \pm 25,6$ мкмоль/л, у 3 (5,7 %) пацієнтів рівень креатиніну сироватки перевищував 220 мкмоль/л. С-реактивний протеїн був позитивним у 63 % випадків, ревматоїдний фактор – у 17,4 % осіб, антистрептолізин-О – у 18,5 % осіб.

На жаль, мікробіологічна верифікація діагнозу ІЕ серед досліджуваних осіб не проводилася, що зумовлено низкою об'єктивних причин. Інформація про етіологію ІЕ була доступна тільки для кількох пацієнтів, яким провели дослідження операційного матеріалу: виявлено по одному випадку захворювання, спричиненого *Staphylococcus aureus* (MRSA) та *Staphylococcus epidermidis*, та один випадок ІЕ, спричинений *Streptococcus viridans*. У деяких випадках видову приналежність збудника не встановили, вказавши натомість, що захворювання зумовлене грампозитивними коками. За відсутності мікробіологічної верифікації діагнозу ІЕ істотного значення для тریажу пацієнтів, встановлення діагнозу, планування діагностичних та лікувальних заходів набувають т.зв. модифіковані діагностичні критерії Д'юка. Використання цих критеріїв дозволяє віднести пацієнта з підозрою на ІЕ до однієї з трьох категорій – визначений, можливий або не уточнений ІЕ. Ми проаналізували особливості пацієнтів різних категорій (див. табл. 1).

Через відсутність мікробіологічного підтвердження діагнозу, більшість осіб (54,7 %) з клінічно встановленим діагнозом ІЕ потрапили до категорії можливого ІЕ. Спостерігали закономірно нижчі рівні гемоглобіну та вищі значення ШОЕ у підгрупі осіб із визначеним ІЕ, що відображає більшу активність інфекційного процесу та імунозапальних механізмів при тяжкому перебігу захворювання. Пацієнти з визначеним діагнозом ІЕ були дещо молодшими, хоча ця відмінність не була статистично значимою.

Під час аналізу етіотропного лікування ІЕ слід зауважити, що 10 осіб (18,9 %) отримували монотерапію, 24 пацієнти (45,3 %) приймали два антибактеріальні засоби і 13 осіб (24,5 %) отримували три антибіотики. Антибактеріальна терапія проводилася за емпіричним принципом, причому спектр використаних антибіотиків істотно відрізнявся від рекомендованих у відповідних Настановах Європейського товариства кардіологів (ЄТК) [4]. Так, найбільш часто використовували цефалоспоринові антибіотики III та IV покоління (див. табл. 2), причому серед цефалоспоринів III покоління переважали препарати цефтріаксону без інгібітору β-лактамази, тоді як у Настановах ЄТК емпірична терапія ІЕ нативних клапанів базується на напівсинтетичних пеніцилінах з інгібітором β-лактамази. Більше ніж у половини хворих використовували фторхінолони (переважно II покоління – ципрофлоксацин та пефлоксацин). Несподівано на третьому місці за частотою опинився метронідазол – препарат, який взагалі не згадується у жодних настановах із ведення хворих на ІЕ. Тільки кожен десятий пацієнт отримувал аміноглікозиди.

Менше 2 % пацієнтів до оперативного лікування отримували високоефективний антибіотик ванкоміцин, очевидно через високу вартість такого лікування та побоювання розвитку резистентності. Аналізуючи частоту призначення антибактеріальних засобів, можна дійти висновку, що емпіричний режим антибіотикотерапії, котрий використовувався для лікування хворих, не був оптимальним і часто включав неефективні препарати.

Висновки

1. Інфекційний ендокардит – це тяжке захворювання зі стабільно високими показниками смертності, яке потребує складних і дороговартісних методів діагностики і лікування.

2. Популяція госпіталізованих хворих на інфекційний ендокардит у Закарпатській області представлена переважно особами працездатного віку. Часто спостерігається тяжкий перебіг захворювання з ураженнями кількох клапанів та різноманітними ускладненнями.

3. У діагностичному процесі не використовуються черезстрахорідна ехокардіографія та мікробіологічні дослідження, що перешкоджає своєчасному встановленню правильного діагнозу та призначенню ефективного лікування.

4. Антибіотикотерапія інфекційного ендокардиту проводиться за емпіричним принципом і не відповідає сучасним європейським рекомендаціям.

Перспективи подальших досліджень. Доцільно вивчити особливості перебігу та ефективність лікування інфекційного ендокардиту, залежно від збудника захворювання, а також ефективність заходів первинної профілактики захворювання.

Література

1. Целуйко В.И. Инфекционный эндокардит / В.И. Целуйко // Здоров'я України. – 2009. – № 3/1. – С. 50-52.
2. Association between *Streptococcus infantarius* (Formerly *S. bovis* II/1) bacteremia and noncolonic cancer / J. Corredoira, A. Pilar, A. Coira [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2008. – Vol. 46 (4). – P. 1570.
3. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study / D. Murdoch, G. Corey, B. Hoen [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2009. – Vol. 169. – P. 463-473.
4. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009) / The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2009. – Vol. 30 (19). – P. 2369-2413.
5. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis / J. Li, D. Sexton, N. Mick [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2000. – Vol. 30. – P. 633-638.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ*T.V. Chendei*

Резюме. В статье рассматриваются результаты исследований особенностей течения и лечения больных инфекционным эндокардитом в условиях Закарпатской области. Проанализировано случаи заболевания у 53 больных, которые были госпитализированы в специализированное учреждение третичного уровня на протяжении 2008-2011 гг.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, диагностика, лечение.

CURRENT FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF INFECTIVE ENDOCARDITIS IN THE ZAKARPATTIA REGION*T.V. Chendei*

Abstract. The paper deals with the results of studies of the features of the course and treatment of patients with infective endocarditis in the Zakarpattia region. Disease cases in fifty-three patients who were hospitalized during 2008-2011, at a tertiary specialized facility have been analyzed.

Key words: infective endocarditis, diagnosis, treatment.

National University (Uzhhorod)

Рецензент – д. мед. н. Т.О. Ілащук

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 1 (65). – P. 133-137

Надійшла до редакції 23.10.2012 року

© Т.В. Чендей, 2013

УДК577.15:616-008.3/.5:616.13-004.6:543.635.4

*С.В. Шевчук, Ю.С. Сегеда, О.В. Шевчук***РОЛЬ ПАРАОКСОНАЗИ У ФОРМУВАННІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН У СУДИНАХ ХВОРИХ НА АНТИФОСФОЛІПІДНИЙ СИНДРОМ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. У результаті проведених досліджень продемонстровано значне зниження активності сироваткової параоксонази в українській популяції хворих на антифосфоліпідний синдром (АФС). Основними чинниками, які впливають на рівень ферменту, були чоловіча стать, вік, артеріальна гіпертензія, тютюнокуріння, порушення ліпідного обміну. Перебіг захворювання та ожиріння суттєвої ролі не відігравали. Встановлено причинно-наслідкові зв'язки низької ферментативної

активності у хворих на АФС та наявності високих титрів антитіл до кардіоліпіну та β_2 -глікопротеїну-1. Зниження рівня параоксонази є предиктором раннього розвитку структурно-функціональних змін у судинах хворих на АФС.

Ключові слова: параоксоназа, антифосфоліпідний синдром, метаболічні фактори ризику, структурно-функціональні зміни судин.

Вступ. Атеросклероз та його ускладнення залишаються головними причинами смертності хворих на антифосфоліпідний синдром (АФС). Чинники, які ведуть до прискореного розвитку серцево-судинних ускладнень загалом і при АФС зокрема, значною мірою не з'ясовані. Більшість науковців пов'язує їх з негативним впливом дисліпідемії, гіпергомоцистеїнемії, надмірній продукції різного класу антифосфоліпідних антитіл тощо [5]. Останнім часом проводяться активні пошуки можливих, так званих «нових» факторів ризику виникнення та прогресування атеросклерозу. Особлива увага приділяється антиоксидантним ферментним системам організму, ключова роль серед яких належить параоксоназі. Параоксоназа представлена кількома формами, кожна з яких володіє антиоксидантною та антиатероген-

ною активністю, запобігає окисдації ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), інгібує диференціацію моноцитів у макрофаги, захоплення макрофагами окиснених ЛПНЩ та перетворення останніх в пінисті клітини [13].

Клінічні та експериментальні дослідження цілком переконливо свідчать, що низька активність параоксонази є незалежним фактором ризику серцево-судинних ускладнень не лише при ішемічній хворобі серця (ІХС), але й при системних аутоімунних захворюваннях [2, 10, 12]. Водночас можливість впливу активності даного ферменту на розвиток атеросклеротичних змін у судинах у хворих на АФС не з'ясована. Практично не дослідженим залишається зв'язок активності параоксонази з іншими метаболічними факторами серцево-судинного ризику, а також, коли змі-