

5. Carrillo C. Immunohistochemical study of Langerhans cells in periapical lesions: correlation with inflammatory cell infiltration and epithelial cell proliferation. /Carrillo C, Peñarrocha M, Peñarrocha M, Vera F, Peñarrocha D. //Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Mar 1;15(2):e335-9.
6. Fukada SY. Factors involved in the T helper type 1 and type 2 cell commitment and osteoclast regulation in inflammatory apical diseases /SY. Fukada , TA. Silva , GP. Garlet , AL. Rosa , JS. da Silva , FQ. Cunha // Oral Microbiol Immunol. 2009 Feb;24(1):25-31
7. Gay C. Lesiones periapicales. In: Gay C, Berini L eds. Cirugía bucal. Madrid: Ediciones Ergon; 1999.p.749-80.
8. García C.. The post-endodontic periapical lesion: Histologic and etiopathogenic aspects / C.García, F.Sempere, M.Diago, E.Bowen // Med Oral Patol Oral Cir Bucal.-2007.-Vol.12, N 8.-P.E585-E590
9. Hama S. Co-production of vascular endothelial cadherin and inducible nitric oxide synthase by endothelial cells in periapical granuloma / S.Hama, O. Takeichi, M. Hayashi, K. Ito K.Komiyama. // Int Endod J. 2006 Mar;39(3):179- 84
10. Hren NI. Cytotoxic T lymphocytes versus streptococcal colonization in periapical granulomas. / NI. Hren , M.Gubina , A. Ihan . // J Endod. 1999 Apr; 25(4):239-42.
11. Lévesque C. Coaggregation of Streptococcus salivarius with periodontopathogens: evidence for involvement of fimbriae in the interaction with Prevotella intermedia./ C.Lévesque, J.Lamothe, M.Frenette. // Oral Microbiol Immunol. 2003 Oct;18(5):333-7.
12. Liapatas S.Inflammatory infiltrate of chronic periradicular lesions: an immunohistochemical study/Liapatas S, Nakou M, Rontogianni D.// Int Endod J. 2003 Jul;36(7):464-71.
13. Watson M.R. Presence of Treponema denticola and Porphyromonas gingivalis in children correlated with periodontal disease of their parents / M.R.Watson, W.A. Bretz , W.J. Loesche // J Dent Re.-1994.-Vol. 73.-P.1636.

Резюме

#### КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТАХ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

Шешукова О.В.

В статье представлены взаимосвязи клинических симптомов с наличием того или иного инфекционного агента в корневых каналах пораженного зуба и соответствующими морфологическими и иммунологическими особенностями околокорневой грануляционной ткани. Характер микробной инвазии при периодонтитах временных зубов непосредственно воздействует на состояние периапикальной грануляционной ткани, которая формируется в ответ на действие определенного спектра микроорганизмов и вызывает инфильтрацию околокорневой грануляционной ткани основными субпопуляциями лимфоцитов и дендритными клетками.

**Ключевые слова:** пародонтопатогены, хронические периодонтиты временных зубов.

Статья надійшла 2.12.10 р.

#### THE CLINICAL-IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CHRONIC INFLAMMATION IN PERIODONTIUM OF TEMPORARY TEETH

Sheshukova O. V.

In this article, the correlations of clinical symptoms with the presence of infectious agent in root canal of inflamed tooth are present, and also the morphological and immunological features of periapical granulation tissue. The character of microbic invasion under periodontium of temporary teeth directly influences on the stage of periapical granulation tissue which is being formed in response to the action on definite type of microorganisms and reproduces the infiltration of periapical granulative tissue by general subpopulation of lymphocyte and dendritic cells.

**Key words:** parodontopathogens, chronic periodontium of temporary teeth.

УДК 616.831-009.86(477.53)

Дявльишлю П.В., Бригун А.М.  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

#### ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ В СІЛЬСЬКИХ МЕШКАНЦІВ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ

В статті наведені епідеміологічні дані щодо артеріальної гіпертензії та гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії серед сільських мешканців Полтавської області. Виявлено, що поширеність артеріальної гіпертензії в Полтавській сільській популяції склала 47,6%. Серед 409 гіпертензивних пацієнтів у 22% ураження нервової систем не виявлено, дисциркуляторну гіпертонічну енцефалопатію діагностували у 78%. Серед факторів ризику в усіх групах з артеріальною гіпертензією переважало ожиріння. Ступінь патологічних змін в нервовій системі корелювала з порушенням ліпідного обміну.

**Ключові слова:** гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія, фактори ризику.

Робота є складовою частиною НДР ВДНЗУ «УМСА» - «Дослідження молекулярно-генетичних аспектів патогенезу артеріальної гіпертензії у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію для розробки нових методів діагностики та диференційованого лікування» (№ держреєстрації 0104V005763).

У структурі неврологічної патології найбільш актуальним та соціально значущими залишаються цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ). Саме вони посідають перше місце серед неврологічних захворювань.

Згідно з офіційною статистикою МОЗ України в 2009р. поширеність ЦВЗ серед дорослих становила 8432,9 на 100тис. населення [5]. Полтавська область займає друге місце в Україні за поширеністю ЦВЗ – 13 035,2 на 100 тис. населення. Зростання кількості ЦВЗ у нашій країні в основному зумовлене саме зростанням хронічних, повільно прогресуючих форм - дисциркуляторних енцефалопатій (ДЕ), які займають 95% у структурі розповсюдженості усіх форм ЦВЗ. В багаточисленних дослідженнях і розрахунках, базованих на даних офіційної статистики МОЗ України доведено, що основною причиною і фактором ризику розвитку ДЕ є артеріальна гіпертензія (АГ) [3, 4, 6]. Епідемія серцево-судинних захворювань переважно пов'язана зі способом життя і зумовленим ним виникненням фізіологічних чинників ризику. Зменшення захворюваності та смертності населення супроводжується зниження підвищених рівнів ризик-факторів: артеріального тиску (АТ), концентрації загального холестерину в сироватці крові і паління, а також широким впровадженням у медичну практику сучасних методів діагностики та лікування [1]. АГ займає перше місце серед модифікуємих факторів, на які можливо і потрібно впливати для зниження росту ЦВЗ.

**Метою** роботи було дослідження епідеміологічної ситуації щодо АГ та гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії (ГДЕ) серед сільських мешканців Полтавської області.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами проведено стандартизоване епідеміологічне обстеження 858 (548 жінок і 310 чоловіків) мешканців Полтавського та Диканського районів Полтавської області віком від 18 до 64 років. Серед обстежених було виділено 449 нормотензивних пацієнтів без ураження нервової системи і 409 гіпертензивних пацієнтів. Програма обстеження включала опитування за стандартною кардіологічною анкетною ВООЗ і спеціально розробленою анкетною для виявлення цереброваскулярної патології, збір скарг, вивчення особистого і родинного анамнезу, обстеження антропометричних даних, двократне вимірювання АТ, вимірювання частоти серцевих скорочень, реєстрація ЕКГ у 12 стандартних відведеннях, забір венозної крові для визначення вмісту ліпідів. У кожного обстежуваного ретельно вивчався неврологічний статус. Окремо проводили збір інформації про паління. Курцями вважали обстежених, які щоденно випалюють хоча б одну сигарету. Епідобстеження проводили сумісно із співробітниками відділу популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ.

Групу осіб з АГ склали згідно критеріям ВООЗ обстежені з рівнем систолічного АТ (САТ) 140 мм рт. ст. та більше, і (або) з діастолічним АТ (ДАТ) 90 мм рт. ст. та більше, і (або) з нормальним рівнем АТ при антигіпертензивній терапії протягом останніх 2 тижнів. Встановлення діагнозу – дисциркуляторної енцефалопатії I, II, III ст. проводилося згідно методичних рекомендацій інституту неврології, психіатрії, наркології АМН України (1993, м. Київ). Умовами відбору хворих була наявність АГ не менше 3 років, що є основним критерієм ГДЕ. За допомогою індексу маси тіла (ІМТ) оцінювали надлишкову масу тіла (НМТ) та ожиріння. ІМТ визначали як відношення маси тіла в кілограмах до квадрату зросту в квадратних метрах. У групи з НМТ віднесли осіб з ІМТ 25,0-29,9 кг/м<sup>2</sup>, а в групу з ожирінням – осіб з ІМТ 30,0 кг/м<sup>2</sup> і вище. У групу осіб з дисліпопротеїнеміями відносили обстежених з рівнем загального холестерину (ХС) 6,2 ммоль/л і більше, вмістом тригліцеридів (ТГ) 2,1 ммоль/л і більше, концентрацією альфа-холестеролу 0,9 ммоль/л і менше.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед оглянутих 858 осіб, які мешкали в аграрних районах області, 409 страждали на АГ (47,6% від загальної кількості обстежених). Отже, поширеність АГ в Полтавській сільській популяції склала 47,6%. По Україні стандартизований за віком показник поширеності АГ становить 36,8% [2]. Аналізуючи дані, ми виявили, що в Полтавській сільській популяції спостерігається зростання показника поширеності АГ на 10,8%, це може бути пов'язаним з особливостями регіону. Серед гіпертензивних пацієнтів у 89 осіб (10,4% від загальної кількості обстежених і у 22% від гіпертензивних пацієнтів) ми не виявили патологічних змін в неврологічному статусі; у 320 (37,3% від загальної кількості обстежених і у 78% від гіпертензивних пацієнтів) виявлена ГДЕ різної стадії. ГДЕ I ст. була діагностована у 106 осіб (12,4% від загальної кількості обстежених і у 26% від гіпертензивних пацієнтів), ГДЕ II ст. – у 201 особи (відповідно у 23,4% і у 49% обстежених) та ГДЕ III ст. – у 13 осіб (відповідно 1,5% і 3%). Розподіл пацієнтів в групах обстежених за статтю наведений в таблиці 1. Отже, серед пацієнтів, які страждали на ГДЕ, переважали особи жіночої статі і хворі з ГДЕ II ст. Клініко-епідеміологічні показники, які характеризують розвиток АГ у мешканців Полтавського регіону наведені у таблиці 2.

Група пацієнтів, які мали підвищений артеріальний тиск, складалась з осіб із середнім віком 46,21 ±1,09 роки, що було вірогідно вище, ніж в групі нормотензивних осіб (табл. 3.2). Середні значення САТ, ДАТ та частоти серцевих скорочень в пацієнтів цієї групи також були вірогідно вищі. В групі пацієнтів, які страждали на ГДЕ I ст, вік суттєво не відрізнявся від попередньої групи, але перевищував вік нормотензивних пацієнтів. Відповідно була змінена і частота серцевих скорочень. Рівні САТ складали в середньому 148,67 ±1,46 мм рт ст., ДАТ - 90,75 ±1,15 мм рт ст., і вірогідно перевищували показники нормотензивних та гіпертензивних осіб. Вік виявлення гіпертензії був нижчий, ніж в попередній групі – 41,30 ±0,87 роки, а тривалість гіпертензії вірогідно більша - 4,36 ±0,26 роки (p<0,02). В групі пацієнтів, які страждали на ГДЕ II ст, вік суттєво перевищував показники попередніх груп і складав 53,48 ±0,45 роки. Рівні САТ і ДАТ у цих хворих вірогідно перевищували показники попередніх груп і склали відповідно 169,00 ±1,44 та 99,16 ±0,80 мм рт ст. Вік виявлення АГ суттєво не відрізнявся від попередніх груп, але тривалість АГ була вірогідно вищою – 9,88 ±0,39 роки. В групі пацієнтів, які страждали на ГДЕ III ст, вік був найвищий серед всіх груп 55,54 ±1,88 роки. САТ і ДАТ були вищими за показники гіпертензивних пацієнтів, але не перевищували показників, притаманних пацієнтам із ГДЕ I та II ст. Вік виявлення та тривалість АГ не перевищували

показників в групі пацієнтів із ГДЕ II ст. Під час проведення епідеміологічного обстеження нами були досліджені показники ліпідного обміну (табл. 3).

Таблиця 1

**Розподіл обстежених мешканців Полтавського регіону в залежності від статі**

Показник	Нормотензивні особи		Гіпертензивні пацієнти без ДЕ		Гіпертензивні пацієнти з ДЕ I ст		Гіпертензивні пацієнти з ДЕ II ст		Гіпертензивні пацієнти з ДЕ III	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Загальна кількість	449	100	89	100	106	100	201	100	13	100
Жінки	287	63,92	60	67,4	68	65,1	124	61,7	9	69,2
Чоловіки	162	36,1	29	32,6	38	34,9	77	38,3	4	30,8

Таблиця 2

**Показники, які характеризують розвиток артеріальної гіпертензії у мешканців Полтавського регіону**

Показник	Нормотензивні особи без ДЕ (n=449)	Гіпертензивні пацієнти без ДЕ (n=89)	Пацієнти з ГДЕ I ст (n=106)	Пацієнти з ГДЕ II ст (n=201)	Пацієнти з ГДЕ III ст (n=13)
Вік, роки	37,86±0,54	46,21±1,09 *	45,74±0,85 *	53,48±0,45*^∧	55,54±1,88 ^∧
Частота пульсу, уд/хв	72,02±0,52	75,34±1,25 *	77,37±1,31 *	76,98±0,97 *	83,08±4,37*^
САТ, мм рт ст.	116,67±0,55	138,25±1,06 *	148,67±1,46 *^	169,0±1,44*^∧	154,69±8,49*^∧
ДАТ, мм рт ст.	72,17±0,40	85,76±0,94 *	90,75±1,15 *^	99,16±0,80*^∧	95,92±4,36 *^
Вік виявлення гіпертензії, роки	—	44,72±1,14	41,30±0,87 ^	43,61±0,61 ∨	46,54±2,11∨
Тривалість гіпертензії, роки	—	1,45±0,17	4,36±0,26 ^	9,88±0,39 ^∧	9,00±1,18 ^∧

Примітка: тут і далі: \* – показник достовірності відмінностей із нормотензивними особами; p<0,05; ^ – показник достовірності відмінностей із гіпертензивними пацієнтами без ДЕ; p<0,05; ∨ – показник достовірності відмінностей із пацієнтами з ГДЕ I ст; p<0,05; ∞ – показник достовірності відмінностей із пацієнтами з ГДЕ II ст., p<0,05.

Таблиця 3

**Показники ліпідного обміну у мешканців Полтавського регіону (M±m)**

Показник	Нормотензивні особи (n=449)	Гіпертензивні пацієнти без ДЕ (n=89)	Пацієнти з ГДЕ I ст (n=106)	Пацієнти з ГДЕ II ст (n=201)	Пацієнти з ГДЕ III ст (n=13)
Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup>	26,01±0,2	29,35±0,*	30,42±0,5*	31,9±0,42*^	30,71±1,29*
Концентрація загальної холестерину, ммоль/л	5,35±0,06	5,81±0,1*	5,88±0,1*	5,9±0,10*	6,33±0,27*
Концентрація тригліцеридів, ммоль/л	1,39±0,03	1,92±0,1*	1,86±0,09*	2,08±0,07*	2,33±0,30*
Концентрація альфа-холестеролу, ммоль/л	1,59±0,03	1,63±0,06	1,70±0,06	1,8±0,04*^	2,31±0,33*^∧∞

Як видно з даних, наведених таблиці 3.3, гіпертензивні пацієнти мали вірогідно підвищені ІМТ, концентрації ХС, ТГ, альфа-холестеролу в сироватці крові. В групі пацієнтів, які страждали на ГДЕ I ст. - ІМТ, ХС та ТГ були вірогідно вищі ніж у нормотензивних осіб, але не перевищували показники гіпертензивних осіб. В групі пацієнтів, які страждали на ГДЕ II ст.- ІМТ був найвищий серед всіх груп, також були підвищені концентрації ХС, ТГ, альфа-холестеролу. В групі пацієнтів, які страждали на ГДЕ III ст, показники ХС та ТГ були найвищими серед всіх груп, що вивчались. Інші показники мали проміжні значення серед попередніх груп з підвищеним артеріальним тиском. Дані аналізу поширеності факторів ризику ГДЕ серед обстежених мешканців наведений у таблиці 4.

Таблиця 4

**Поширеність факторів ризику ГДЕ у обстежених мешканців Полтавського регіону, %**

Показник	Групи пацієнтів				
	Нормотензивні без ДЕ (n=449)	Гіпертензивні без ДЕ (n=89)	Пацієнти з ГДЕ I ст (n=106)	Пацієнти з ГДЕ II ст (n=201)	Пацієнти з ГДЕ III ст (n=13)
Наявність гіперхолестеринемії, %	23,61	35,96*	39,62*	38,81*	53,85*^
Наявність гапертри-гліцеридемії, %	12,69	34,83*	32,08*	41,29*	46,15*
Наявність гіпоальфа-холестеролемії, %	12,92	7,87	8,49	6,97*	0*
Паління, %	34,52	17,98*	21,70*	15,42*	0*
Надлишкова маса тіла, %	42,09	33,71	38,68	24,88*^∧	30,77
Ожиріння, %	15,14	46,07*	46,23*	64,18*^∧	61,54*
АГ у батька або матері, %	—	56,47	57,14	60,20	76,92
АГ у матері і батька, %	—	4,71	8,57	20,40 ^∧	23,08 ^
Інсульт у батька або матері, %	—	10,59	21,90^	42,29^∧	53,85^∧
Інсульт у матері і батька, %	—	1,18	0	4,98^∧	15,38^∧

Ми виявили, що наявність гіперхолестеринемії та гіпертригліцеридемії вірогідно збільшена у гіпертензивних пацієнтів і підвищується по мірі наростання патологічних змін в нервовій системі. Кількість пацієнтів з гіпоальфахолестеролемією найбільша у групі нормотензивних пацієнтів – 12,92%. Кількість осіб, що палять, виявилася максимальною в групі здорових осіб (34,52%). В групі з ГДЕ I ст. кількість курців становила 21,7%, у хворих на ГДЕ II ст. – 15,42%, пацієнти із III стадією ГДЕ не палили взагалі, що могло бути пов'язане з підвищеною увагою пацієнтів до свого здоров'я. Також оцінювали зв'язок ГДЕ з НМТ та з ожирінням. Наведені в таблиці 3.4 дані свідчать про переважання НМТ у нормотензивних пацієнтів (42,09%), а у всіх групах з АГ переважали хворі з ожиріння. Найбільша кількість пацієнтів з ожирінням виявлена у хворих на ГДЕ II ст. (64,18%), дещо нижчий показник у хворих з ГДЕ III ст. (61,54). При проведенні аналізу даних анамнезу стало можливим виділення зв'язку спадковості по АГ та перенесеному інсульту у батьків з розвитком ГДЕ. Отримані дані дають можливість заключити, що в усіх групах гіпертензивних пацієнтів місце чітке, статистично достовірне переважання наявності АГ у батька чи матері, або у обох батьків. Ця закономірність зростає із збільшенням стадії ДЕ і є максимальною в групі пацієнтів з ГДЕ III ст. (76,92 % АГ у одного з батьків і 23,08% у обох батьків). Подібну картину спостерігали і при аналізі анамнестичних даних про перенесений інсульт у батьків. При цьому важливо підкреслити, що в групі гіпертензивних пацієнтів без ДЕ також у 10,59% пацієнтів батько чи мати перенесли інсульт, у 1,18% в обох батьків в анамнезі був інсульт. Анамнестичні дані стосовно перенесених захворювань та лікування з приводу АГ наведені в таблиці 5.

Таблиця 5

**Розподіл обстежених гіпертензивних пацієнтів в залежності від перенесених захворювань та антигіпертензивної терапії, %**

Показник	Гіпертензивні пацієнти без ДЕ (n=89)	Пацієнти з ГДЕ I ст (n=106)	Пацієнти з ГДЕ II ст (n=201)	Пацієнти з ГДЕ III ст (n=13)
Наявність стенокардії	5,62	4,72	11,94 <sup>^</sup>	30,77 <sup>^</sup> ∇
Перенесений інфаркт міокарду	1,12	2,83	4,98	23,07 <sup>^</sup> ∇
Наявність цукрового діабету	2,24	2,83	4,48 <sup>^</sup>	7,69 <sup>^</sup>
Антигіпертензивна терапія в анамнезі	31,46	43,40 <sup>^</sup>	56,22 <sup>^</sup> ∇	69,23 <sup>^</sup> ∇

Отримані результати свідчили про достовірне збільшення частоти реєстрації стенокардії, інфаркту міокарду та цукрового діабету у хворих на ГДЕ із зростанням стадії ГДЕ. Так, якщо у хворих на ГДЕ I ст стенокардія виявлена у 4,72%, перенесений інфаркт міокарду (ІМ) та цукровий діабет (ЦД) у 2,83%, у хворих на ГДЕ II ст: стенокардія- у 11,94%, ІМ- у 4,98%, ЦД – у 4,48%, то у групі з ГДЕ III ст.- стенокардія- 30,77%, ІМ- 23,07%, ЦД-7,69% відповідно. З прогресуванням ГДЕ зростала кількість осіб, які приймали антигіпертензивне лікування. Так, у групі хворих на ГДЕ I ст, гіпотензивну терапію отримували 43,40%, з ГДЕ II ст – 56,22% і з ГДЕ III ст - 69,23% пацієнтів. В групі гіпертензивних осіб без ДЕ лише 31,46% хворих приймає гіпотензивні препарати, що впливає на подальший прогрес патології і ураження органів-мішеней.

#### Висновок

Поширеність АГ в Полтавській сільській популяції склала 47,6%, що на 10,8% більше, ніж стандартизований за віком показник поширеності АГ по Україні. Серед 409 гіпертензивних пацієнтів у 22% ураження нервової систем не виявлено, ГДЕ I ст. виявлена у 26%, ГДЕ II ст. – у 49% і ГДЕ III ст. – у 3%. Серед хворих на ГДЕ переважали особи жіночої статі та хворі на ГДЕ II ст. Гіпертензивні пацієнти мали вірогідно підвищений індекс маси тіла (найбільша кількість пацієнтів з ожирінням виявлена у пацієнтів з ГДЕ II ст - 64,18%), гіперхолестеринемію та гіпертригліцеридемію, які збільшувалися при зростанні патологічних змін в нервовій системі. Частота наявності стенокардії, ІМ та ЦД у хворих збільшувалася із зростанням стадії ГДЕ, що вказувало на чітку асоціацію цих захворювань з церебральною патологією.

*Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають в тому, що вивчення епідеміологічних аспектів АГ та ГДЕ в Полтавському регіоні необхідне для розробки та проведення конкретних та ефективних заходів щодо зниження ЦВЗ.*

#### Література

1. Горбась І.М. Епідеміологічні аспекти поширеності артеріальної гіпертензії та дисліпідемій серед населення України / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – №6 (187). – С. 30-31.
2. Епідеміологічні аспекти артеріальної гіпертензії в сільській популяції України / І.М. Горбась, І.П. Смирнова [та інш.] // Український кардіологічний журнал. – 2006. – №2.
3. Міщенко Т.С. Епідеміологія мозкового інсульту в Україні / Т.С. Міщенко, І.В. Здесенко // Український вісник психоневрології. - 2005. - Т.13, випуск 1(42). - С. 23-27.

4. Профилактика мозкових ускладнень артеріальної гіпертензії / В.О. Бобров, І.С. Зозуля [та інш.] // Методичний посібник. – К., «Четверта хвиля», 2002. – 27 с.
5. Проблема патології нервової системи в Україні та стан вітчизняної неврологічної служби на межі десятиріччя / М.К. Хобзей, О.М.Зінченко, М.В. Голубчиков, Т.С. Міщенко // Медична газета «Здоров'я України» – 2010. – №3 (14). – С. 3-4.
6. Сіренко Ю.М. Ураження органів-мішеней при артеріальній гіпертензії: профілактика, діагностика та лікування / Ю.М. Сіренко, В.М. Граніч // Методичні рекомендації. - К., - 2003. - 42с.

Резюме

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ  
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ  
ПОЛТАВСКОГО РЕГИОНУ**

**Литвиненко Н.В., Кривчун А.М.**

В статье приведены эпидемиологические данные артериальной гипертензии и гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии среди сельских жителей Полтавской области. Выявлено, что распространенность артериальной гипертензии в Полтавской сельской популяции составила 47,6%. Среди 409 гипертонических пациентов у 22% поражения нервной системы не выявлено, дисциркуляторную гипертоническую энцефалопатию диагностировали у 78%. Степень патологических изменений в нервной системе коррелировала с нарушениями липидного обмена.

**Ключевые слова:** гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, факторы риска.

Стаття надійшла 15.11.2010 р.

**EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES  
HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY AT  
PATIENTS POLTAVA REGION WICH LITES  
IN VILLAGE**

**Lytvynenko N.V., Kryvchun A. M.**

In article explain epidemiological peculiarities of arterial hypertensive and hypertensive dyscirculative encephalopathy among the people which lites in village Poltava region. Constant, that quantaly arterial hypertension was 47,6%. Among 409 hypertensive patients at 20% people diagnostic pathology of nervosus system hypertensive dyscirculative encephalopathy was diagnostic at 78% ( I degree – at 26%, II – at 49%, III– 3% patients). Degree of pathological changes in nervosus system correlated with disturbances lipids.

**Key words:** hypertensive dyscirculative encephalopathy, factor of risc.

УДК. 616. 366 - 002.1 / 3 - 008.87 - 089 – 08

Пшурбий А.А.

ВІУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

**ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИПРОТОВОКОВОЙ САНАЦИИ ГИПОХЛОРИТОМ НАТРИЯ В  
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА**

За период 2004 - 2008 гг. произведено бактериологическое исследование желчи, полученной интраоперационно или эндоскопически у 217 пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство по поводу ЖКБ, холедохолитиаза и гнойного холангита. У 169 больных желчь для бактериологического исследования получена интраоперационно. У других 48 больных желчь получена эндоскопическим методом при исследовании БДС. Бактериологическое исследование желчи выявило наличие бактериохоллии у 95,5% обследованных больных. Наиболее часто выявляли Escherichia coli, Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa. Также отмечено, что, при уровне сывороточного альбумина больше 99 мкм, протоковая желчь была инфицирована в 100% наблюдений, однако 90,6% флоры было представлено только двумя формами: Klebsiella и Pseudomonas aeruginosa.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз, холангит, бактериальная флора.

Острый гнойный холангит является наиболее тяжёлым осложнением заболеваний желчных путей, самым значимым из которых является желчекаменная болезнь (ЖКБ). Проблема лечения его остаётся неизменно актуальной, а частота - при механической желтухе составляет 23,1-39,3%, летальность достигает 30% и более [2, 3, 6, 8, 11]. Отличительной особенностью течения холангита является его частое сочетание с деструктивными формами воспаления желчного пузыря. Бактериальная флора при острых и хронических заболеваниях внепеченочных желчных протоков изучена довольно хорошо. Однако до сих пор остаётся нерешённым противоречие: многие патогенные микроорганизмы, высеваемые из пузырной, и протоковой желчи не культивируются на средах, содержащих желчь [1, 5, 9, 12, 13]. Желчь представляет собой агрессивную, токсичную среду не только для большинства микроорганизмов, но и для собственных клеток организма, в том числе лейкоцитов. В то же время целенаправленная антибактериальная терапия больных холедохолитиазом и холангитом представляет собой сложную и не до конца решённую проблему [4, 7, 10].