

дослідження показників неспецифічного системного запалення, крім традиційних факторів кардіоваскулярного ризику, дозволяє покращити прогноз перебігу й розвитку серцево-судинних ускладнень.

### Список літератури

1. Vostrikova N. V. Markyoryi vospalitelnoy reaktsii (s-reaktivniy belok i interleykin-6) pri arterialnoy gipertenzii / N. V. Vostrikova, D. V. FYodorov, A. N. Mamaev [ta in.] // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2009. – No.4. – S. 33–35.
2. Vyunitska L. V. S-reaktivniy bilok u laboratorniy diagnostitsi y otsinti riziku ateroskleroza / L. V. Vyunitska, G. G. Lunova. // Zb. nauk. sprats spivrobIt. NMAPO im. P.L. Shupika. – 2014. – No.23. – S. 522–528.
3. Dislipidemiyi: diagnostika, profilaktika ta likuvannya. Metodichni rekomendatsiyi asotsiatsiyi kardiologiv Ukraini. - K., - 2011.
4. Koval S. N. Narushenie purinovogo obmena i arterialnaya gipertenziya / S. N. Koval, V. V. Bozhko, O. V. Misnichenko // Ukrayinskiy revmatologichniy zhurnal. - 2009. – No. 4(38). - S. 75-80.
5. Koval S. M. Giperurikemiya ta sumarniy rizik uskladnen u patsientiv iz gipertonichnoyu hvoroboyu (za danimi klinichnogo doslidzhennya) / S. M. Koval, V. V. Bozhko, M. Yu. Penkova [ta in.] // Ukrayinskiy revmatologichniy zhurnal. – 2010. – No.4. – S.42-48.
6. Kravchun P. G. Osoblivosti zmin markeriv zapalennya u hvorih na ishemichnu hvorobu sertsya z ozhirinnyam / P.G. Kravchun, M.O. Shelest, Yu.O. Kovalova [ta in.] // Med. sododni i zavtra. – 2013. – No. 2 (59). – S. 38-42.
7. Luchko O. R. Zvyazok pokaznikiv sistemnogo zapalennya ta endotelialnoy disfunktsiyi u hvorih na hronichniy pielonefrit z arterialnoyu gipertenzieyu / O. R. Luchko. // Bukovinskiy medichniy visnik. – 2013. – No.1. – S. 59–64.
8. Ridker P. M. JUPITER Study Group. Number needed to treat with rosuvastatin to prevent first cardiovascular events and death among men and women with low low-density lipoprotein cholesterol and elevated high-sensitivity C-reactive protein: justification for the use of statins in prevention: an intervention trial evaluating rosuvastatin (JUPITER) / P. M. Ridker, J.G. MacFadyen, F. A. Fonseca [et al.] // Circulat. Cardiovasc. Qual. Outcomes. - 2009. - 2, 6. - 616–623.
9. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension TheTask Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension. - 2013. - Vol. 31. - P. 1281-1357.

### Реферати

#### ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОТ УРОВНЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ

Заремба Е. Х., Верная М. М.

Работа посвящена изучению связей между показателями липидного спектра крови и системного воспаления. Наличие положительных корреляционных связей между показателями системного воспаления и уровнем АД, свидетельствуют об участии воспалительного процесса в патогенезе АГ и поражения органов-мишеней. Установлены связи между показателями липидограммы и системного воспаления, свидетельствуют о метаболической обусловленности гиперактивности цитокиновой звена иммунорегуляции.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, липидный спектр крови, системное воспаление.

Статья надійшла 21.02.2017 р.

#### DEPENDENCE LIPID ABNORMALITIES IN PATIENTS WITH HYPERTENSION ON THE LEVEL INFLAMMATION

Zaremba H. E., Virnaya M.M.

This article is devoted to studying the links between lipid spectrum of the blood and systemic inflammation. Positive correlations between indicators of systemic inflammation and blood pressure indicate inflammation involved in the pathogenesis of hypertension and target organ damage. Established relationships between indicators of systemic inflammation and lipidohramy indicate metabolic conditioning units hyperactivity cytokine immunoregulation.

**Key words:** hypertension, blood lipid profile, systemic inflammation.

Рецензент Катеринчук І.П.

УДК 616.834-002.152

І. А. Колісник

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

#### КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА КРИЛОПІДНЕБІННИЙ ГАНГЛІОНІТ

Проведено клінічне обстеження 93 пацієнтів з крилопіднебінним гангліонітом. Захворювання правого крилопіднебінного вузла зустрічалось в 53 хворих, лівого – в 37, у 3-х хворих відмічалось двобічне ураження вузлів. Крім того, у 9-и хворих крилопіднебінний гангліоніт поєднувався із невралгією II гілки трійчастого нерва переважно периферійного генезу, в 1- із гангліонітом вушного вегетативного вузла. Проаналізовано характер больових нападів, їх інтенсивність, тривалість та частоту, наявність провокуючих факторів, та факторів, що полегшують біль. Відмічено виникнення вегетативних порушень, їх яскравість і характер, болісність при пальпації проєкційних точок виходу черепно-мозкових нервів та позитивний симптом «щипка». На основі аналізу клінічних проявів крилопіднебінного гангліоніту виділено його ступені тяжкості: легкий, середній, тяжкий, які доцільно враховувати при призначенні лікування.

**Ключові слова:** крилопіднебінний гангліоніт, клінічні прояви, ступені тяжкості.

Робота є фрагментом НДР "Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки", державний реєстраційний номер 0116U003821.

Діагностика різноманітних форм лицевого болю і лікування пацієнтів з прозопалгіями досьгодні залишаються складною невирішеною задачею [3]. Значне розмаїття клінічних проявів,

відсутність загальноприйнятих методів діагностики, протирічність точок зору щодо етіології і патогенезу захворювань, неоднозначність підходів до трактовки класифікації та лікування – усі ці фактори в сукупності призводять до неправильної постановки діагнозу, застосування неефективного лікування і як результат – частих рецидивів захворювань. Серед вегетативних прозопацій найчастіше зустрічається ураження крилопіднебінного вузла – крилопіднебінний гангліоніт (КПГ) [4, 5].

**Метою** роботи був аналіз клінічних проявів крилопіднебінного гангліоніту.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами обстежено 93 пацієнти із крилопіднебінним гангліонітом, які на основі клінічної картини були розділені на три групи у залежності від ступеню тяжкості захворювання.

Під час обстеження пацієнтів звертали увагу на інтенсивність та характеристику болю, його первинну локалізацію, частоту больових нападів, їх тривалість, залежність від часу доби, наявність провокуючих факторів та факторів, що полегшують больовий напад. Відмічали наявність чи відсутність вегетативних проявів: слино-, слъзотечі, ринореї, почервоніння шкіри, місцевого підвищення температури, набряку м'яких тканин. Виявляли порушення чутливості та перевіряли болісність при пальпації точок виходу черепно-мозкових нервів, а також симптом «щипка» (шкірної складки) на боці ураження [2].

З метою об'єктивізації даних, для оцінки інтенсивності болю застосовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ, Visual Analog Scale, VAS) [1].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Захворювання правого крилопіднебінного вузла зустрічалось в 53 хворих (56,99%), лівого в 37 (39,78%), у 3-х хворих (3,23%) відмічалось двобічне ураження вузлів. Крім того, у 9-и хворих (9,68%) крилопіднебінний гангліоніт поєднувався із невралгією II гілки трійчастого нерва переважно периферійного генезу, в 1 (1,07%) – із гангліонітом вушного вегетативного вузла.

Клінічна картина крилопіднебінного гангліоніту з легким ступенем тяжкості була виявлена у 22 хворих (23,65%).

У даної групи пацієнтів виникав біль, інтенсивністю до 4-5 балів, тривалістю, в середньому, до 30 хвилин та частотою 1-3 рази на добу, який носив ознаки локалізованого характеру в межах однієї-двох анатомічних ділянок. Інколи, виникаючи в одній ділянці, біль поширювався на сусідню. Хворі характеризували біль як пекучий, свердлючий, колючий, ниючий. Виникнення нападів болю частіше спостерігалось вдень (11 пацієнтів). Середня інтенсивність болю за ВАШ у групі хворих склала 4,3 бали.

Стан хворих покращувався при прийомі анальгетиків, протисудомних, судинорозширюючих препаратів. Крім того, 11 хворих (50%) відмічали фактори, що полегшували біль: 5 хворих (45,4%) намагалися уникнути світлових та звукових подразників, 3 хворих (27,3%) приймали горизонтальне положення, 3 (27,3%) – прикладали грілки в ділянку локалізації болю. У 7 хворих (31,8%) напади провокувалися різними факторами: фізичним та емоційним напруженням (4 хворих), переохолодженням (3 хворих). Решта хворих (15 чоловік) виникнення нападу не пов'язують з якоюсь причиною. Наявність вегетативних порушень відмічали всі обстежені хворі під час нападу, та 6 хворих у міжнападному періоді. Виникало незначне почервоніння шкіри обличчя, кон'юнктиви, слъзотеча, слинотеча, ринорея. Розлади чутливості при легкій формі гангліоніту були відсутні в 13 хворих (59,09%), незначна гіперестезія відмічена у 9 хворих (40,91%). Болісність проєкційних точок виходу черепно-мозкових нервів на боці ураження при легкій формі КПГ у більшості хворих (12 чоловік – 54,55%) відсутня. У 6 хворих (27,27%) – незначна болісність при пальпації великого піднебінного нерва, у 4 (18,18%) – підчочномкового нерва, що належать до системи верхньощелепного нерва. Симптом „шкірної смужки” в усіх хворих негативний.

Середній ступінь тяжкості КПГ був діагностований у 43 хворих (46,24%). У них частіше виникав біль середньої інтенсивності – 5-7 балів, тривалістю від 30 хвилин до 1-2 годин та частотою 4-5 разів на добу. У деяких хворих виникали 1-2 довготривалі (1-2 год.) напади або незначна кількість (1-3) нападів середньої тривалості (30-60 хвилин) інтенсивного болю. Біль частіше виникав в одній анатомічній ділянці та, поступово наростаючи, поширювався на всю половину обличчя. Хворі характеризували біль як пекучий, свердлючий, колючий, ниючий, ріжучий. У 4 хворих зустрічався продромальний період, коли за 20-30 хвилин до нападу виникали передвісники у вигляді головокружіння, нудоти, головного болю. Напади болю у пацієнтів виникали частіше ввечері (15 пацієнтів) і вдень (12 хворих). Середня інтенсивність болю за ВАШ у групі хворих склала 5,5 балів. При прийомі анальгетиків, протисудомних, судинорозширюючих препаратів стан частини хворих здебільшого покращувався. Фактори, що полегшували біль, виявлялися у 23 хворих (53,5%) і були індивідуальними: 12 хворих (52,2%) намагалися уникнути світлових та звукових подразників, 5

хворих (21,7%) приймали горизонтальне положення, 4 (17,4%) – прикладали грілки в ділянку локалізації болю, 2 (8,7%) – стискали голову руками під час нападу.

У 17 хворих (39,5%) напади провокувалися різними факторами: фізичним та емоційним напруженням (8 чол. – 47,1%), переохолодженням (7 чол. – 41,2%), прийомом незначних доз алкоголю (2 чол. – 11,7%). Решта хворих (26 чол. – 60,5%) виникнення нападу не пов'язують з якоюсь причиною.

Під час нападу всі обстежені хворі відмічали наявність яскравих вегетативних порушень (так звана „вегетативна буря”). Виникало значне почервоніння шкіри обличчя, кон'юнктиви, набряк м'яких тканин обличчя, повік, сльозотеча, слинотеча, ринорея. У міжнападному періоді вегетативні порушення втрачали свою яскравість, але можна було помітити почервоніння кон'юнктиви, набряк верхньої або нижньої повіки на боці ураження, інколи – незначне почервоніння шкірних покривів підочної ділянки. Розлади чутливості мали місце у всіх хворих. Гіперестезія виявлена в 32 хворих (74,42%), гіпестезія – у 10 (23,26%), парестезія – у 1 (2,32%). При пальпації проекційних точок виходу периферичних гілок черепно-мозкових нервів на боці ураження болісність виявлено у всіх хворих. Частіше визначається болісність при пальпації великого піднебінного нерва в 39 хворих (90,7%) та підчочномкового в 34 хворих (79,1%), значно рідше – надчочномкового в 12 хворих (27,9%) і досить рідко – ментального в 4 хворих (9,3%) та великого потиличного в 2 хворих (4,7%). Симптом „шкірної смужки” позитивний у 2 хворих (4,7%).

Хворих із тяжким ступенем перебігу крилопіднебінного гангліоніту (28 чол. – 30,11%) турбував інтенсивний біль від 8 до 10 балів, тривалістю від 2 годин та більше. Інколи – постійний біль із незначними „світлими” проміжками, на фоні якого виникали більш інтенсивні напади в кількості від 4 до 6-10 за добу. Біль виникав переважно в одній анатомічній ділянці та поширювався на всю половину обличчя, віддаючи в шию, плече, лопатку, вухо.

Хворі характеризували біль як пекучий, свердлючий, колючий, інколи порівнюючи поширення больового нападу з „розтіканням гарячого шару” від ділянки первинної локалізації по всьому обличчю. Напад болю виникав, як правило, протягом декількох хвилин, поступово наростаючи та становлячись нестерпним. У 7 хворих (25%) відмічалися передвісники у вигляді поколювання обличчя, „повзання мурашок”, нудоти, запаморочення, почервоніння обличчя, яке під час нападу змінювалось блідістю шкірних покривів. Напади болю виникали частіше вночі та вдень. Середня інтенсивність болю за ВАШ у групі хворих склала 8,75 балів.

Стан хворих покращувався лише при прийомі значних доз протисудомних препаратів. Фактори, що полегшували біль, відмічали 9 хворих (32,1%): у 2 хворих (22,2%) зменшувалась інтенсивність болю при уникненні світлових та звукових подразників, у 3 (33,3%) – при прийомі горизонтального положення, 3 (33,3%) – прикладали грілки в ділянку локалізації болю, 1 (11,2%) відмічав зниження інтенсивності болю при нахилі голови до переду та стискуванні скронь.

У 7 хворих (25%) напади провокувалися різними факторами: фізичним та емоційним напруженням (4 чол. – 57,1%), переохолодженням (3 чол. – 42,9%). Решта хворих (21 чол. – 75%) виникнення нападу не пов'язують з якоюсь причиною.

У хворих із тяжким перебігом КПП виникали вегетативні порушення, що свідчили про випадіння функцій вузла. Хворі скаржилися на відчуття оніміння шкіри обличчя на боці ураження, „повзання мурашок”, пощипування, поколювання. У 19 хворих (67,86%) виникала сухість слизової оболонки порожнини рота, носа, кон'юнктиви. Такі порушення виникали не лише під час нападу, але й у міжнападному періоді.

Серед розладів чутливості найчастіше – у 15 хворих (53,57%) зустрічалися парестезії, рідше – у 8 хворих (28,57%) гіпестезії, та в 5 хворих (17,86%) – гіперестезії.

Пальпація проекційних точок на боці ураження у всіх хворих була болісною або різко болісною. У 28 хворих (100%) виявлено болісність при пальпації великого піднебінного нерва, у 27 (96,43%) – при пальпації підчочномкового нерва, у 21 (75%) – надчочномкового нерва, у 6 (21,43%) – великого потиличного і у 4 (14,29%) – ментального нерва. Симптом „шкірної смужки” був позитивний у 19 хворих (67,9%).

## Висновки

1. На основі аналізу клінічних проявів крилопіднебінного гангліоніту цілком логічно виділяти ступені тяжкості захворювання: легкий, середній, тяжкий.
2. Інтенсивність болю, за даними візуально-аналогової шкали, яку доцільно оцінювати при даній патології, посилюється залежно від ступеню тяжкості КПП.

3. У пацієнтів з КПП прослідковуються різні вегетативні розлади: при легкому ступені тяжкості спостерігаються незначні вегетативні прояви переважно під час нападів, для середнього ступеню тяжкості характерна «вегетативна буря», а при тяжкому перебігу виникають порушення, що свідчать про випадіння функцій вузла.

4. Болісність при пальпації проекційних точок виходу черепно-мозкових нервів посилюється також залежно від ступеню тяжкості КПП, який доцільно враховувати при призначенні пацієнтам лікування.

#### Список літератури

1. Veyn A. M. Zabolevaniya vegetativnoy nervnoy sistemy: Ruk-vo dlya vrachey / A.M. Veyn // – M.:Meditsina, -1991 – 622 s.
2. Erohina L. G. Litseyvie boli : monografiya / L. G. Erohina // – M.: Meditsina, -1973. – 176 s.
3. Samohvalov D. P. Diagnostika i lechenie virusnogo ganglionita kryilonebnogo uzla : avtoreferat diss. kand. med nauk: spets. 14.00.21 «stomatologiya» / D. P. Samohvalov // – Ekaterinburg, -2009. – 21 s.
4. Yavorskaya E. S. Diagnostika, klinika i lechenie vegetativnyih ganglionitov golovy / E. S. Yavorskaya, T. K. Besharova, L. D. Okonskaya // Metodicheskie rekomendatsii. – K., -1988. – 19 s.
5. Yavorskaya E. S. Bolevyie i paresteticheskie sindromy chelyustno-litsevoy oblasti: metod. posobie / E. S. Yavorskaya // – Kiev: Medkniga, - 2007. – 56 s. –23-25.

#### Реферати

##### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ НА КРЫЛОНЕБНЫЙ ГАНГЛИОНИТ

Колесник И. А.

Проведено клінічне дослідження 93 пацієнтів з крылонебним гангліонітом. Заболование правого крылонебного узла встречалось в 53 больных, левого – в 37, у 3 пациентов отмечалось двустороннее поражение узлов. Кроме того, у 9 пациентов крылонебный гангліонит сочетался с невралгией II ветви тройничного нерва преимущественно периферического генеза, у 1 – с гангліонітом ушного вегетативного узла. Проанализирован характер болевых приступов, их интенсивность, длительность и частота, наличие провоцирующих факторов и факторов, облегчающих боль. Отмечено возникновение вегетативных нарушений, их выраженность и характер, болезненность при пальпации проекционных точек выхода черепно-мозговых нервов и положительный симптом «щипка». На основании анализа клинических проявлений крылонебного гангліонита выделено его степени тяжести: легкий, средний, тяжелый, которые целесообразно учитывать при назначении лечения.

**Ключевые слова:** крылонебный гангліонит, клинические проявления, степени тяжести.

Стаття надійшла 24.11.2016 р.

##### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PTERYGOPALATINE HANGLIONIT

Kolesnik I. A.

93 patients with pterygopalatine ganglionitis were examined. By clinical picture they were divi While dividing patient into groups we took into account the intensity and characteristics of pain, its original location, frequency of pain attacks and their duration. We noted the presence or absence of autonomic manifestations: salivation, lacrimation, rhinorrhea, skin redness, local fever, swelling of soft tissues. The disorders of sensitivity and pain on palpation of exit points of cranial nerves, as well as a symptom of "pinch" (skin folds) on the affected side were revealed. With the aim of objectification of data, and evaluation of pain intensity we used visual analog scale (Visual Analog Scale, VAS). Clinical picture of pterygopalatine ganglionitis of mild severity was detected in 22 patients, moderate severity was diagnosed in 43 patients and severe – 28 people. The degree of clinical severity of pterygopalatine ganglionitis it is advisable to consider in administration of treatment.

**Key words:** pterygopalatine ganglionitis, clinical manifestations, severity of clinical course.

Рецензент Ткаченко П.І.

UDK 616.23/24:616.2]-031-085

N. V. Moiseeva, A. V. Vakhnenko, M. O. Rummyantseva  
HSEI of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava

##### MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF COMORBID PATHOLOGY BRONCHOPULMONARY AND THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

Chronic obstructive pulmonary disease is a weighty social health and economic importance, and remains one of the major causes of morbidity and mortality worldwide. Presently, special attention is paid to comorbid conditions, when the patient has a combination of pathology respiratory and cardiovascular systems. This research has been devoted to finding ways to optimize the treatment of moderate acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with the complication of bronchoectasis on the background of arterial hypertension.

**Key words:** obstructive bronchitis, bronchiectasis, arterial hypertension, glutoksim, L-arginine.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) today remains an urgent problem of the therapy due to late diagnosis of medical science and health care, lack of efficiency, and permanent loss of working capacity of patients [2, 3, 5, 6, 7]. This pathology is becoming more substantial medical and social and economic importance, and remains one of the major causes of morbidity and mortality worldwide [1, 3]. High incidence of COPD population is a heavy economic burden on the economies of all countries [1, 8]. Continued growth in the incidence of COPD is caused by environmental pollution,