

взаимосвязи между воспалительным процессом в желчном пузыре, бронхах, явлениями гипоксии, нарушением пероксидно-противопероксидного равновесия и последовательностью изменений реологических свойств эритроцитов.

Summary

CHANGES IN MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL PROPERTIES OF ERYTHROCYTES AND THEIR ROLE IN PATHOGENESIS OF RECIPROCAL BURDEN OF BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC CHOLECYSTITIS

Dudka T.V., Khukhlina O.S., Dudka I.V.

Key words: bronchial asthma, chronic non-calculous cholecystitis, erythrocytes, erythrocyte deformability index.

This research paper presents the results of studying the morphological and functional conditions of erythrocytes in patients with isolated bronchial asthma and chronic non-calculous cholecystitis. The changes which have been registered prove the hypothesis validity on the interrelation between the inflammatory processes in gall bladder, bronchi, hypoxia occurrence, peroxide-anti-peroxide imbalance and the succession in the changes of erythrocyte rheological properties.

УДК [616.342+616.31]-002-08

Дудченко М.А., Скрыпникова Т.П., Дудченко М.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ СТОМАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Результаты исследований 60 больных язвенным стоматитом в сочетании с дуоденальной язвой, разделенных на две равные группы, установили, что показатели субъективных, объективных симптомов, заживления язв в полости рта и дуоденальной зоне, индексов состояния тканей ротовой полости более чем в половину лучше в тех больных, которые содержались на лечебном режиме, диетическом питании и принимали Випромак с использованием в тяжелых случаях Пилобакт, гепон, лазерное облучение крови внутривенным подкожным методом, области челюсти и дуоденальной зоны в сравнении с лечившимися стандартными методами стоматологом и гастроэнтерологом.

Ключевые слова: язвенный стоматит, дуоденальная язва, лечение, Випромак.

Язвы различной локализации в организме в своем происхождении и характере развития имеют много общих черт. Возникновение язв связано с влиянием общих и местных факторов на организм и зависит от агрессивности причинных влияний и защитных возможностей организма, к которым относятся генетической предрасположенность, состояние нейро-эндокринной регуляции, резистентности слизистых оболочек, микроциркуляции, активности регенерации [2].

Язвенный процесс довольно распространен среди заболеваний органов пищеварительного тракта. Статистика свидетельствует о том, что стоматитом, как предвестником эрозий и изъязвления слизистой оболочки полости рта, страдают около 20% населения, а гастродуоденальными язвами болеют приблизительно 6-10% людей мира. Эффективность лечения таких больных желает быть лучшим, ибо только от последствий неадекватного лечения гастродуоденальных язв в России умирают около 60000 человек в год, в США – 15000 [1, 5]. Такому состоянию вопроса способствует не только продолжающийся рост язвенных заболеваний, но и возвращение к локалистическому взгляду на происхождение язвенного процесса (*Helicobacter pylori* и ацедопептический фактор), а так же дуалистический принцип лечения больных (антибиотики + блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов или «протонового насоса») по со-

кращенному курсу терапии [6]. Менее всего исследователи касаются изучения сочетанных язв у больных и их лечения.

Вошло в традицию, что болезни полости рта лечат стоматологи своим набором лечебных возможностей, а желудочно-кишечного тракта – гастроэнтерологи. При сочетании язвенного стоматита и дуоденальной язвы лечение, как правило, проводят или последовательно в зависимости от тяжести течения заболевания (стоматолог-терапевт, терапевт-стоматолог), или оба специалиста «свои» заболевания лечат одновременно у больного, что создает определенные неудобства и в том, и другом случаях.

Цель работы

Изучить эффективность одновременного лечения больных язвенным стоматитом в сочетании с дуоденальной язвой, одним и тем же набором лекарственных средств.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 60 больных язвенным стоматитом (ЯС) в сочетании с дуоденальной язвой (ДЯ) в возрасте от 22 до 60 лет. Мужчин было 36, женщин – 24 с длительностью заболевания ЯБ до 6 лет. Лечение проводилось в гастроэнтерологическом отделении Полтавской областной больницы и областной стоматологической поликлинике на кафедрах внутренней медицины №1 и последипломного

образования врачей-стоматологов в период 2007-2010 года. Все больные подвергались полному клиническому и стоматологическому обследованию с использованием лабораторных и инструментальных методов. У всех исследуемых больных был установлен язвенный стоматит и язва двенадцатиперстной кишки.

Поскольку гингивиты и пародонтиты сосуществуют рядом с язвенным стоматитом, то нас интересовали изменения тканей пародонта. С этой целью использовали исследование индексов, кроме гигиенического состояния тканей полости рта (ГИ по Грину-Вермилена) и состояния тканей полости рта (РИ по Russel), глубину пародонтальных каналов (ГПК) и степень воспаления пародонта (ИРМА по Парма).

Больные распределены на две одинаковые группы по полу, возрасту, длительности и проявлению болезни. Первая группа лечилась по стандартным методикам одновременно гастроэнтерологом набором своих лекарственных средств, стоматологом – своим методом. Вторая группа в лечении использовала Випромак с одновременным применением для терапии как язвенного стоматита, так и дуоденальной язвы. В состав Випромака входило льяное масло, прополис, токоферол, эхинацея, ретинол, календула, новокаин, метронидазол. Больные принима-

ли по 1-1,5 десертных ложек этой смеси за час до еды и перед сном. При употреблении сначала смесь задерживали во рту, орошая слизистую оболочку, десну, зубы, затем ее глотали.

При тяжелой степени течения заболеваний дополнительно назначали антибактериальный противоязвенный препарат Пилобакт (омепразол, кларитромицин, тинидазол) пятидневным курсом, гепон и лазерное облучение челюстной области и дуоденальной зоны и крови внутривенным накожным методом.

Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили вариационно-статистическим методом с использованием t-критерия Стьюдента. Статистически достоверные показатели считали при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследования полости рта показали наличие отечности сосочков десен с гиперемией и изъязвлением слизистой оболочки, наддесневых и поддесневых зубных отложений, патологической подвижности отдельных зубов. Язвы двенадцатиперстной кишки сопровождались болевым и диспепсическим синдромами, наличием дуоденальной язвы.

Результаты лечения больных ЯС и ДЯ представлены в таблице.

Таблица
Изменение показателей заболевания у лечившихся больных

Показатели	Стандарт			Випромак		
	до лечения	после лечения	%	до лечения	после лечения	%
Исчезновение симптомов (в днях) – субъективных	-	5,6±1,1	-	-	3,2±0,09	-
– объективных	-	11,2±2,8	-	-	6,8±1,43	-
Индексы – ГПК (мм)	3,1±0,98	2,7±0,74 $p < 0,05$	114,8	3,2±0,76	1,6±0,28 $p < 0,05$	200,0
– ГИ по Грину-Вермилена (баллы)	2,7±0,2	1,6±0,1 $p < 0,05$	168,7	2,81±1,1	1,29±0,09 $p < 0,05$	217,8
– ИРМА по Пармо, %	11,82±1,9	6,4±1,2 $p < 0,05$	184,6	12,72±3,6	2,37±0,04 $p < 0,05$	536
– ИРИ по Расселу (баллы)	2,31±0,29	1,83±0,21 $p < 0,05$	126,2	2,95±1,23	0,81±0,07 $p < 0,05$	359,7

Из приведенной таблицы видно, что субъективные и объективные показатели, а также состояние тканей полости рта по индексам и дуоденальных язв в результате лечения претерпели существенные изменения. Суть их сводится к тому, что под влиянием проведенной терапии как в группе больных, лечившихся стандартными методами, так и Випромаком получены положительные результаты с той только разницей, что эффективность лечения во второй группе была лучше по сравнению с первой. Так, исчезновение субъективных и объективных симптомов во второй группе произошло почти в два раза быстрее, чем в первой. Поверхностная эпителизация закрыла дефекты изъязвления на слизистой оболочке ротовой полости и дуоденальных язв при приеме Випромака на половину дней раньше по сравнению со стандартным лечением. Такое же соотношение изменений установлено и в показателях индексов состояния тканей полости

рта: глубина пародонтальных карманов во второй группе в сравнении с первой уменьшилась на 85,2% мм, гигиеническое состояние тканей полости рта (ГИ по Грину-Вермилена) улучшилось на 217,8% (в баллах), степень воспаления пародонта (ИРМА по Парма) уменьшилась на 536%, состояние тканей полости рта (РИ по Russel) уменьшилась на 359,7% бала. По завершению курса лечения со значительным улучшением были выписаны со стационара все лечившиеся Випромаком и 82% - по стандартным методам.

Следовательно, по результатам лечения больных ЯС в сочетании с ДЯ, показатели субъективных, объективных симптомов, состояния тканей полости рта и дуоденальной зоны с эпителизацией язв оказались более эффективными при использовании Випромака с включением в тяжелых случаях пиллобакта, гепона, лазерной терапии, по сравнению со смешанным методом соответствующих специалистов.

После выписки со стационара все лечившиеся больные по стандартным методикам прекращали прием лекарств, соблюдая диету №1 еще 1-2 месяца, и переходили на общий жизненный режим, а те больные, которым проводилась терапия Випромаком, продолжали двукратный (натощак и перед сном) его прием еще 1-1,5 месяца с повторением осенью и весной курса профилактического лечения с двукратным приемом Випромака. Спустя год у больных с профилактическим приемом Випромака обострения заболеваний не отмечено. В это время 52% больных, прошедших только стационарный курс лечения, ощущали дискомфорт с изъязвлением слизистой полости рта и возникновением дуоденальных язв.

Такое расхождение в результатах лечения двумя методами больных ЯС в сочетании с ДЯ можно объяснить двумя факторами. К первым особенностям относится известное положение, что в рубцевании язв, начиная от развития грануляций с эпителизацией дефекта, продолжают стадии красного рубца (гиперплазия капилляров), «булыжной мостовой» (капилляры запустевают) вследствие регенерации слизистой, стадия белого рубца. После заживления язв полости рта и двенадцатиперстной кишки рубцы могут не проявляться [3]. Продолжительность рубцевания дуоденальных язв при лечении продолжается в среднем при ДЯ 25-30 дней, а симптоматических и язв желудка – 40-60 дней. Поэтому, не случайно А.Н.Окороков (2001) приводит ориентировочные сроки стационарного, амбулаторного лечения и временной нетрудоспособности при медиогастральной язве стационарное лечение 45-50 дней, амбулаторное лечение после стационарного 4-10 дней, общий срок нетрудоспособности – 50-60 дней, а при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (хроническое течение) в период обострения средней тяжести стационарное лечение 30-35, общий срок временной нетрудоспособности – 30-35 дней, при тяжелой степени – 40-45 дней [4].

Пропагандируемые ныне 5-10 дневные эридикационные курсы терапии согласно патогенезу возникновения язв по «весам Шея» [6], не состоятельны по своей сути, привели к значительному росту осложнений язвенной болезни с хирургическим их лечением и смертностью больных.

Предложенный нами метод лечения с использованием смеси Випромак и в тяжелых случаях пилоробакта, гепона и лазерного местного и крови облучения является консервативной этиопатогенетической терапией, воздействующей на центральные и местные механизмы язвообразования с антибактериальным, дезинфицирующим, антисептическим, противовоспалительным, антиоксидантным действием и стимулирующим иммунитет, репаративные, язвозаживления процессы.

Выводы

1. Лечение больных ЯС и ДЯ консервативным методом с использованием лечебного режима и питания в сочетании с Випромаком, пилоробактом, гепоном, лазерным местным облучением и крови является наиболее эффективным средством в терапии этих заболеваний.

2. Указанный метод может быть рекомендован в стоматологической и терапевтической практике для одновременного лечения больных с сочетанными заболеваниями ЯС и ДЯ и отдельно каждого из них в стационарных, амбулаторных условиях и в профилактических целях.

Перспектива дальнейших исследований

Использование предложенного метода лечения язвенного стоматита в сочетании с дуоденальной язвой и каждого в отдельности, а также в профилактике их рецидивов, значительно уменьшит рост числа заболеваний, осложнений, инвалидность и смертность больных. Дальнейшее исследование этих вопросов будет способствовать оздоровлению людей страдающих язвенными заболеваниями пищеварительной системы.

Литература

1. Григорьев П.Я. Клиническая гастроэнтерология / П.Я.Григорьев. – М.: МНА, 2005. – 768 с.
2. Дудченко М.А. Язвенная болезнь / М.А.Дудченко. – Полтава «Дивосвіт», 2005. – 210 с.
3. Зайчик А.Ш. Общая патофизиология. Учебник для медвузов / А.Ш.Зайчик, Л.П.Чурилов. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2001. – 602 с.
4. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Руководство / А.Н.Окороков. – М.: Мед.литература, 2001. – 534 с.
5. Сойхер М.Г. Влияние специфической санации полости рта у больных язвенной болезнью, ассоциированной с Helicobacter pylori по результатам эридикационной терапии / М.Г.Сойхер // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 1998. – №5. – С.62.
6. Язвенная болезнь или пептическая язва / Под ред. В.Г.Передерия. – К., 1997. – 158 с.

Реферат

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ВИРАЗКОВИМ СТОМАТИТОМ В ПОЄДНАННІ З ДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ

Дудченко М.О., Скрипнікова Т.П., Дудченко М.А.

Ключові слова: виразковий стоматит, дуоденальна виразка, лікування, Випромак.

Результати досліджень 60 хворих виразковим стоматитом в поєднанні з дуоденальною виразкою, розділених на дві групи, установили, що показники суб'єктивних, об'єктивних симптомів, рубцювання виразок в порожнині рота і дуоденальній зоні, індексів стану тканин ротової порожнини більше ніж на половину кращі у тих хворих, які знаходились на лікувальному режимі, дієті і приймали Випромак з використанням у тяжких випадках Пілобакт, гепон, лазерне опромінення крові внутрішньовенним надшкірним методом, ділянки щелепи та дуоденальної зони порівняно з тими, які лікувалися стандартними методами стоматологом і гастроентерологом.

Summary

EFFECTIVENESS OF THERAPY OF ULCERATIVE STOMATITIS AND CONCOMITANT DUODENAL ULCER

Dudchenko M.A., Skrypnikova T.P., Dudchenko M.A.

Keywords: ulcerous stomatitis, duodenal ulcer, treatment, Vipromak.

The research was carried out on 60 patients with ulcerous stomatitis and concomitant duodenal ulcer. The patients were divided into 2 equal groups. It was found out the subjective symptoms, objective signs, ulcers healing indices in the oral cavity and duodenal area, the indices of oral tissues status were more than one-half better in the patients who kept on therapeutic regimen, proper diet and took Vipromak and Pylobact, Gepon (in severe cases), underwent laser blood exposure by intravenous-cutaneous method and jaw area and duodenal zone in comparison with patients treated by standard methods.

УДК: 616.72-002-08.

Ждан В.М., Кітура Є.М., Кітура О.Є., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В.

СУГЛОВОВИЙ СИНДРОМ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті на прикладі клінічного випадку туберкульозного кокситу висвітлено проблеми диференційної діагностики болю в суглобах. Показано важливість первинного огляду хворого із суглобовим синдромом. Послідовно розглянуто стани діагностичного пошуку для визначення нозологічної приналежності суглобового болю.

Ключові слова: суглобовий синдром, коксит, диференційний діагноз.

Хвороби кістково-м'язової системи по розповсюдженості займають четверте місце в світі [2, 6]. В практиці терапевта і сімейного лікаря хворі із суглобовими больовими синдромами зустрічаються достатньо часто. В Україні в загальній структурі захворюваності дана патологія займає третє місце після органів кровообігу і травлення, а в структурі первинної інвалідності – II місце [2, 7].

Статистичні дані свідчать про те, що у кожного п'ятого пацієнта, що звертається за медичною допомогою до лікаря загальної практики, має місце суглобовий синдром різного ступеня вираженості. Як відомо, при діагностиці цього синдрому виникають певні труднощі, на що вказують дані статистики. Процент розходження між клінічними діагнозами, що встановлені на рівні первинної ланки, і діагнозами спеціалізованими клініками достатньо високий [1, 2].

В той же час своєчасна і правильна інтерпретація суглобового синдрому адекватна, в т.ч. і патогенетична терапія, часто визначає прогноз і перебіг захворювання, якість життя пацієнта, збереження його фізичної активності. Про це свідчить наведений нижче клінічний випадок.

Клінічний випадок: хвора С., 16 років, студентка, поступила в ревматологічне відділення із скаргами на біль в ділянці кульшового і колінного суглобів зліва, обмеження рухів, напруження м'язів стегна.

Хворіє приблизно 1,5 місяці, коли вперше без видимих причин раптово з'явився біль в ділянці лівого кульшового суглобу, обмеження рухів, з'явилася хромота. Через 2 тижні з'явився біль в лівому колінному суглобі. Лікувалася безуспішно в неврологічному відділенні. Направлена в спеціалізоване відділення із діагнозом «ревматоїдний артрит». В анамнезі даних за перенесений туберкульоз не виявлено.

Об'єктивно. Атрофія м'язів стегна зліва, права нога коротша на 1,5 см. Виразений біль і значне обмеження рухів у лівому кульшовому суглобі. Потовщення підшкірної клітковини зліва – позитивний симптом Александрова. Легені – везикулярне дихання. Тони серця ослаблені, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 72 ударів за хвилину. Живіт м'який, безболісний.

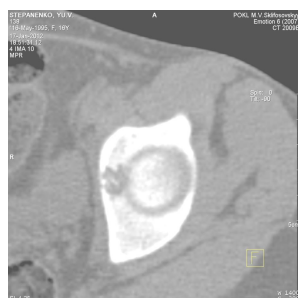
Аналіз крові загальний: Ер - $4,25 \times 10^{12}/л$; Нв - 126 г/л; ШОЕ – 45 мм/год; пал. – 4%; еоз. – 2%; сегментоядерні – 53%; лімфоцити – 31%; моноцити – 10%; СРП – негативний; ревматоїдний фактор – негативний.

Ртг-графія органів грудної клітки: легеневі поля без вогнищевих і інфільтративних тіней, синуси вільні, серце – в нормі.

Комп'ютерна томографія КТ (мал. 1а та 1б): ізольоване вогнище деструкції кортикального шару медіального сегменту вертлюжної впадини зліва.



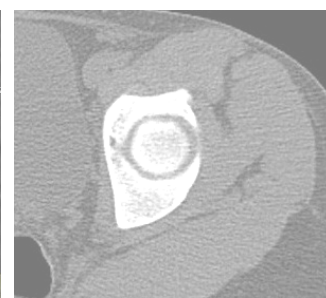
Мал. 1а



Мал. 1б



Мал. 2а



Мал. 2б