

Перспективи подальших досліджень

За рахунок кольорової доплерографії судин статевого члена будуть доповнені діагностичні критерії обстеження пацієнтів із сексуальними розладами на фоні АГ та доповнення до рекомендацій щодо лікування таких пацієнтів, що дозволить покращити результати лікування серед пацієнтів з еректильною дисфункцією на фоні АГ.

Література

1. Абдуллаєв Р.Я. Комплексна ультрасонографія статевого члена: медичні аспекти [Текст] /Р.Я.Абдуллаєв, В.В. Гапченко // Український радіологічний журнал. - 2007.-№5.-С.40-44
2. Возіанов О.Ф. Застосування Віагри у лікуванні пацієнтів з еректильною дисфункцією [Текст] /О.Ф. Возіанов, І.І.Горпинченко, М.І.Жваво //Урологія. - 2000. - № 4. - С. 60-66.
3. Горпинченко І.І. Оптимізація лікування хворих інтерорецептивно психогенною статевою дисфункцією під впливом біоінформаційної терапії [Текст] / І.І.Горпинченко //Урологія. -2004. - № 2. - С. 57-62.
4. Горпинченко І.І. Лікування судинної копулятивної дисфункції [Текст] / І.І. Горпинченко, Я.О. Мірошников //Урологія. - 2001. - №2. - С. 61-64.
5. Жваво М.І. Сучасні уявлення про механізми ерекції [Текст] /М.І. Жваво // Урологія - 2000. - № 1 -С. 99-104.
6. Мірошников Я.О. До питань анатомії, фізіології та патофізіології ерекції [Текст] /Я.О.Мірошников //Урологія. - 2000. - № 2. - С. 95-102.
8. Горпинченко І.І. Гормонотерапія полових расстройств у мужчин и другие методы медикаментозного лечения [Текст] /И.И. Горпинченко, Л.П. Имшенецкая // К.: Космополис, 2004. - 48с.
9. Ковалёв В.А. Фармакотерапія еректильной дисфункції [Текст] / В.А. Ковалёв, С.В. Королева, А.А. Качалов //Урологія. - 2002. - №1. -С. 33-38.
10. Лоран О.Б. Віагра (сильденафила цитрат) в лечении больных с эректильной дисфункцией [Текст] /О.Б.Лоран, Ю.Г. Аляев, П.А. Шепельов. //Урологія. - 2000. - № 1. -С. 30-33.
11. Wei M, Macera CA, Davis DR, et al: Total cholesterol and high density lipoprotein cholesterol as important predictors of erectile dysfunction //Am J Epidemiol - 2004 - P. 930-937.
12. Klein R, Klein BE, Lee RE, et al: Prevalence of self-reported erectile dysfunction in people with long-term IDDM //J Diabetes Care - 2006, 19-P. 135-141.
13. Kloner RA, Speakman M: Erectile dysfunction and atherosclerosis //Curr Athewscler Rep - 2002 - №4 - P. 397-401.
14. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, et al: Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. Prevent Med - 2000, 30 - P.328-338.
15. Kloner RA, Mullin SH, ShookT, et al: Erectile dysfunction in the cardiac patient: How common and should we treat? //Urol 2003, 170 - P. 46-50.
16. Kim SW, PaickIS, Park DW, et al: Potential predictors of asymptomatic ischemic heart disease in patients with vasculogenic erectile dysfunction //Urology 2001, 58 - P.441-445.

Литвинец Э.А., Винтонив О.Р., Костенко Л.В.

Цветная доплерография, как метод определения сосудистой эректильной дисфункции

Резюме. Из всех причин сексуальных расстройств сосудистая эректильная дисфункция (ЭД) составляет 70%. Стандарт для обследования больных с ЭД интракавернозный фармакологический тест. Для подробного изучения гемодинамики была проведена цветовая доплерография полового члена с фармакологической индукцией эрекции у мужчин с сексуальными расстройствами с АГ (артериальной гипертензией). В исследовании проводился анализ основных параметров доплерографии: систолическая максимальная скорость (PSV), конечная скорость диастолы (EDV) и индекс сопротивления (RI). Основные показатели PSV в практически здоровых мужчин были в пределах $43 \pm 0,90$ см/с, среди пациентов, в которых после индукции не наступила эрекция (25 чел.), 19 из них венозная недостаточность, EDV более чем 5 см/с в 63-человек после индукции эрекции получено полную эрекцию, но только после 20 минут. Цветной доплер позволяет диагностировать на малоинвазивном уровне сексуальные расстройства у больных на фоне с артериальной гипертензией, провести дифференциацию венозного или артериального компонента, что позволяет легко выбрать правильный, эффективный терапевтический подход к лечению таких больных.

Ключевые слова: эректильная дисфункция (ЭД), артериальная гипертензия (АГ), диагностика, цветная доплерография, фармакологическая индукция эрекции.

Ye.A. Lytvynec, O.R. Vintoniv, L.V. Kostenko

Colour Dopplerography as a Method for the Detection of Vascular Erectile Dysfunction

Summary. The vascular ED is 70% of all the reasons of sexual disorders. Pharmacological test is a standard for the examination of patients with ED. For a more precise study of the hemodynamics there has been conducted the penile colour dopplerography with the erection pharmacologic induction in men with sexual disorders and with AH. The study investigated the main parameters of the doppler systolic maximal speed (PSV), the ultimate diastolic speed (EDV) and the resistance index (RI).

The main indicators of PSV in healthy men were ranging within 43 ± 0.90 cm/s among patients, who didn't have erection after induction (25 persons), 19 of them experienced venous insufficiency, EDV was more than 5 cm/s in the 63-man after the induction of erection received a full erection, but only after 20 minutes. Normal performance of IR (0.85) of less than 5 cm/s after the introduction of the drug in the dose of 2.5 ml of blood type of ED. Color doppler allows diagnosing the safety level in patients with sexual disorder on the background of arterial hypertension and vascular type of ED, differentiation of venous or arterial blood component, that makes it easier to choose the correct and effective therapeutic approach to the treatment of such patients.

Keywords: erectile dysfunction (ED), arterial hypertension (AH), diagnostics, color Doppler, pharmacological induction of erection.

Надійшла 15.06.2013 року.

УДК 616.33/342-002/44-06:616.36-002-06:616.71-07.234]-074

Лихацька Г.В.

Порівняльна характеристика клініко-біохімічних показників у хворих на хронічний гастродуоденіт, виразкову хворобу і неспецифічний реактивний гепатит із остеопорозом

Кафедра внутрішньої медицини № 2 (зав. каф. - проф. С.І.Сміян)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме. В останні роки встановлено, що близько 70 % від загальної кількості хвороб органів травлення займають гастрити, дуоденіти, виразкова хвороба, які часто поєднуються з неспецифічним реактивним гепатитом. Це приводить до порушення метаболізму і виникнення остеопорозу. Метою роботи було провести

порівняльну характеристику клініко-біохімічних показників, ендогенної інтоксикації у хворих на хронічний гастродуоденіт, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки і неспецифічний реактивний гепатит із остеопорозом. Обстежено 67 хворих на дану патологію. Для верифікації діагнозу визначали, крім загально-

прийнятих клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, показники ендогенної інтоксикації за методом Н.І. Габрієляна і співавт. шляхом прямої спектрофотометрії при довжині хвилі 254 нм (МСМ1) та 280 нм (МСМ2). У всіх пацієнтів оцінювали мінеральну щільність кісткової тканини поперекового відділу хребта методом двофотонної рентгенівської денситометрії на апараті «ДРХ-А» (Lunar, USA). Остеопороз діагностували в разі відхилення показників мінеральної щільності кісткової тканини від нормальних величин понад -2,5 SD; остеопенію – від -1 до -2,5 SD. Виявлено виражений больовий, диспепсичний та астено-невротичний синдроми, підвищення рівня білірубину, трансаміназ у сироватці крові ($p < 0,05$), ендотоксемію. За показниками денситометрії всіх хворих на хронічний гастродуоденіт, виразкову хворобу у фазі загострення з ураженням печінки поділили на такі групи: 1- хворі з нормальною мінеральною щільністю кісткової тканини; 2- з остеопенією; 3- з остеопорозом. Досліджено порушення мінеральної щільності кісткової тканини, що проявлялося розвитком остеопорозу і остеопенії. Встановлено, що при зростанні остеопорозу показники ендогенної інтоксикації істотно вищі, ніж за умови нормальної структури кісткової тканини.

Ключові слова: *загострення, виразкова хвороба, печінка, остеопороз, ендогенна інтоксикація.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Близько 70,0 % від загальної кількості хвороб органів травлення припадає на виразкову хворобу (ВХ), гастрити та дуоденіти. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) посідає друге місце після хронічного гастриту [3, 14]. За останнє десятиріччя кількість хворих на ВХ шлунка і ДПК зросла на 38,0 %, а поширеність цих захворювань досягла 150 випадків на 100 тисяч населення [4]. Хворіють переважно люди молодого працездатного віку. Відсутність суттєвої тенденції до зниження захворюваності, рецидивуючий перебіг, зростання частоти ускладнень спонукають дослідників до розробки нових та вдосконалення відомих методів діагностики [6, 7]. Часто спостерігається поєднання хронічного гастродуоденіту (ХГД) і ВХ із морфо-функціональними змінами печінки. Зміни функціонального стану печінки у хворих на ХГД і ВХДПК, очевидно, зумовлені єдиною нейрогуморальною регуляцією та спільністю етіопатогенезу.

Синдром ендогенної інтоксикації зростає в разі поєднання ХГД, ВХ і неспецифічного реактивного гепатиту. Токсичні сполуки проникають у незмінні, відносно інтактні клітини, спричиняючи в них порушення метаболізму [1, 10, 13]. Одним із цих порушень при ХГД, ВХ у поєднанні з неспецифічним реактивним гепатитом, може бути остеопороз.

За останні десятиліття проблема остеопорозу набула особливого медико-соціального значення у зв'язку зі значним постарінням населення високорозвинених країн і помітним збільшенням частки жінок менопаузального віку [5, 9]. Згідно з даними ВООЗ, остеопороз як причина інвалідизації та смертності хворих від переломів кісток посідає 4-е місце серед неінфекційних хвороб, поступаючись хворобам серцево-судинної системи, онкологічній патології та цукровому діабету [2]. Унаслідок несприятливої соціально-екологічної ситуації, яка склалася в Україні (незбалансоване харчування з недостатнім вмістом у раціоні кальцію та вітаміну D, забруднення території остеотропними радіонуклідами у зв'язку з аварією на ЧАЕС, недостатність приладів для діагностики порушень розвитку кісткової тканини), проблема остеопорозу в дорослих і дітей набуває особливого значення [8, 11, 12].

Метою дослідження було провести порівняльну характеристику клініко-біохімічних показників, ендогенної інтоксикації у хворих на ХГД, ВХДПК і неспецифічний реактивний гепатит із остеопорозом.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 67 хворих на ХГД, ВХДПК у фазі загострення в поєднанні з неспецифічним реактивним гепатитом та 20 осіб контрольної групи віком від 20 до 75 років, чоловіків було 39 (58,2%),

Таблиця 1. Зміни показників ендогенної інтоксикації у хворих на ХГД, ВХ і неспецифічний реактивний гепатит з остеопорозом (M±m)

Показник	Здорові (n=20)	Хворі (n=67)
МСМ1, ум.од.	327,45±4,47	496,15±12,25*
МСМ2, ум.од.	159,60±2,54	224,61±5,37*

Примітка: * - достовірність різниці між показниками обстежуваних та здорових осіб ($p < 0,05$)

жінок - 28 (41,8 %). Із метою верифікації діагнозу застосовували широкий спектр лабораторно-інструментальних досліджень (біохімічний аналіз крові, показники ендогенної інтоксикації, УЗД органів черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопія). Показники ендогенної інтоксикації визначали за вмістом середніх молекул у сироватці крові за методом Н.І. Габрієляна і співавторів шляхом прямої спектрофотометрії при довжині хвилі 254 нм (МСМ1) та 280 нм (МСМ2). У всіх пацієнтів оцінювали мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) поперекового відділу хребта методом двофотонної рентгенівської денситометрії на апараті «ДРХ-А» (Lunar, USA). Остеопороз діагностували в разі відхилення показників МЩКТ від нормальних величин понад -2,5 SD; остеопенію – від -1 до -2,5 SD.

Результати дослідження та їх обговорення

У хворих на ХГД, ВХ у фазі загострення в поєднанні з неспецифічним реактивним гепатитом виявлено виражений больовий (92,3 %), диспепсичний (86,7 %) та астено-невротичний (78,2 %) синдроми. Помітно підвищився рівень білірубину, трансаміназ у сироватці крові ($p < 0,05$), дещо збільшився вміст лужної фосфатази (статистично недостовірно). Показники кальцію та фосфору залишалися в межах норми. У всіх пацієнтів спостерігалось статистично достовірне підвищення рівнів МСМ1 та МСМ2 (табл. 1).

Ці показники підтверджують наявність синдрому ендогенної інтоксикації у хворих на ХГД, ВХ у фазі загострення в поєднанні з неспецифічним реактивним гепатитом.

За показниками денситометрії всіх хворих на ХГД, ВХ у фазі загострення з ураженням печінки поділили на такі групи: 1. хворі з нормальною МЩКТ - 23 особи (34,3 %); 2. з остеопенією 37 (55,2%); 3.- з остеопорозом 7 (10,5 %). Встановлено, що у хворих зі зміненою МЩКТ досліджувані показники значно вищі, ніж у хворих із нормальною МЩКТ (табл. 2).

Можна припустити, що підвищення показників ендогенної інтоксикації призводить до зниження функціональної спроможності остеобластів і розвитку змін кісткової тканини. Підвищення концентрації токсичних метаболітів стимулює активацію процесів катаболізму та спотворення біосинтетичних процесів, сприяючи змінам мінералізації кістки при ХГД, ВХ у фазі загострення з ураженням печінки.

Висновки

У хворих на хронічний гастродуоденіт, виразкову хворобу у фазі загострення з ураженням печінки виявлено виражений клінічний синдром, підвищення біохімічних показників та ендотоксемію за рахунок зростання концентрації обох фракцій середньо-молекулярних пептидів і різні показники мінеральної щільності кісткової тканини.

Таблиця 2. Показники ендогенної інтоксикації у хворих на ХГД, ВХ і неспецифічним реактивним гепатитом з остеопорозом (M±m)

Показник	Здорові (n=20)	Нормальна МЩКТ (n=23)	Остеопенія (n=37)	Остеопороз (n=7)
МСМ1, ум.од.	327,45±4,47	404,78±7,97*	528,38±14,13*	626,0±19,80*
МСМ2, ум.од.	159,60±2,54	182,61±2,15*	236,22±5,30*	301,29±4,59*

Примітка: * - достовірність різниці між показниками обстежуваних та здорових осіб

У хворих на хронічний гастродуоденіт, виразкову хворобу у фазі загострення з неспецифічним реактивним гепатитом ураженням печінки виявлено при зростанні остеоденситету істотно вищі рівні МСМ1 та МСМ2, ніж за умови нормальної структури кісткової тканини.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування при даній мікст-патології препаратів, які зменшують прояви ендотоксикозу та поліпшують стан кісткової тканини.

Література

1. Бакалець О.В. Особливості синдрому ендогенної інтоксикації у хворих на алергічні дерматози / О.В. Бакалець // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. -2012.-№ 2 (17).-С. 13-15.
2. Балацька Н.І. Дефіцит вітаміну Д у населення України та чинники ризику його розвитку / Н.І. Балацька // Вісник наукових досліджень. - 2013. -№ 1. -С.37 -41.
3. Гравіровська Н.Г. Показники поширеності та вперше виявленої патології органів травлення у міського населення / Н.Г. Гравіровська // Сучасна гастроентерологія. -2008. -№ 1. -С.4-6.
4. Дорофеев А.С. Ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної локалізації: діагностична тактика і лікувальні підходи / А.С. Дорофеев, О.В. Томаш, М.М. Руденко // Новости медицины и фармации. -2013. -№ 451. - С. 5-13.
5. Жулкевич І.В. Вікова динаміка змін стану мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на хронічну лімфоїдну лейкемію / І.В. Жулкевич, З.Й. Вибирана, К.В. Баранникова // Вісник наукових досліджень. -2013. -№ 1. -С. 47-51.
6. Исаева Г.Ш. Проблемы совершенствования диагностики Helicobacter pylori / Г.Ш. Исаева // Казанский медицинский журнал. -2011. -Т. 92, № 2. - С. 257-261.
7. Маев И.В. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции Helicobacter pylori (по материалам консенсуса Маастрихт-IV Флоренция, 2010) / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев // Здоров'я України. Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія. -2012.-№ 3 (25).- С. 27.
8. Мисула І.Р. Вивчення впливу сульфідної бальнеотерапії на маркери кісткового та хрящового метаболізму у хворих на остеоартроз із зниженою щільністю кісткової тканини / І.Р. Мисула, Т.Г. Бакалюк, С.Є. Вахновська // Вісник наукових досліджень. -2012.-№ 2.- С. 113-115.
9. Синяченко О.В. Гендерные особенности остеоденситита у больных остеоартрозом / О.В. Синяченко // Український ревматологічний журнал. -2010. -№ 1 (39). -С. 31-37.
10. Шано В.П. Синдром эндогенной интоксикации / В.П. Шано, Е.А. Кучер // Острые и неотложные состояния в практике врача. -2011. -№ 1 (25). -С.3-8.
11. Щербатюк Н.Ю. Структурно-функціональний стан кісткової тканини у дітей з гіпоталамічним синдромом пубертатного періоду / Н.Ю. Щербатюк // Вісник наукових досліджень. -2007. -№ 2. -С. 15-17.
12. Cortical and trabecular bone distribution in the femoral neck in osteoporosis and osteoarthritis / H. Blain, P. Chavassieux, N. Portero-Muzy [et al.] // Bone. - 2008. - № 43 (5). - P. 862-868.
13. Chudaikin A.N. Endotoxycosis Problem in Obstetric-Gynecology Practice / A.N. Chudaikin, M.A. Levina, S.L. Peshev // J. Med. Sch. Foeseerch. -2009. -Vol. 5, № 1. -P. 56-59.
14. Tonkis A. Epidemiology and diagnosis of Helicobacter pylori infection / A. Tonkis, M. Tonkis, P. Lehours P. // Helicobacter. -2012. -Vol. 17, suppl.1 -P. 1-8.

Література

1. Bakalets O.V. Osoblivosti sindromu endogennoi intoksikatsii u khvorikh na alergichni dermatози / J.V. Bakalets // Zdobutki klinichnoi i teoretichnoi meditsini/ - 2012. - #2 (17). - S. 13-15.
2. Balatska N.I. Deficit vitaminu D u naseleण्या Ukraini / N.I. Balatska // Visnik naukovich doslidzhen'. - 2013. - #1. - S. 37-41.
3. Gravirovska N.G. Pokazniki poshirenosti ta vperше viyavlenoi patologiyi organiv travlennya u mis'kogo naseleण्या / N.G. Gravirovska // Suchasna gastroenterologiya. - 2008. - #1. - S.4-6.
4. Dorofeyev A.Ye. Erozivno-virazkovі urazhennya gastroduodenal'noyi lokalizatsiyi: diagnostichna taktika i likuvalni pidchodi / A.Ye. Dorofeyev, O.V. Tomash, M.M. Rudenko // Novosti medicini i farmaciyi. - 2013. - #452. -S. 5-13.

5. Zhulkevich I.V. Vikova dinamika zmin stanu mineralnoyi shchilnosti kistkovoyi tkanini u khvorikh na khronichnu limfoidnu leykemiyu / I.V. Zhulkevich, Z. Y.Vibirana, K.V. Barannikova // Visnik naukovich doslidzhen'. - 2013. - #1. - S. 47-51.

6. Isaeva G. Sh. Problemi sovershensvovaniya diagnostiki Helicobacter pylori / G. Sh. Isaeva // Kazanski medizinskiy zhurnal. - 2022. -T.92,#2. - S. 257-261.

7. Mayev I.V. Evolutsiya predstavleniy o diagnostike i lechenii infektsii Helicobacter pylori (po materialam konsensusa Maastrikt-IV Florentiya, 2010) / I.V. Maev, A.A. Samsonov, D.N. Andreev // Zdorov'ya Ukraini. Gastroenterologiya, gepatologiya, koloproktologiya. - 2012. - #3 (25). - S. 27.

8. Misula I.R. Vivchennya vplivu sulfidnoyi balneoterapiyi na markeri kistkovogo ta khryashchovogo metabolismu u khvorikh na osteoartroz iz znizhenoyu shchilnistyu kistkovoyi tkanini / I.R. Misula, T.G. Bakalyuk, Ye.Ye. Vakhnovska // Visnik naukovich doslidzhen'. - 2012. - #2. - S. 113-115.

9. Sinyachenko O.V. Genderniyе osobennosti osteodeficyta u bolnikh osteoartrozom / O.V. Sinyachenko // Ukrainskiy revmatologichnyi zhurnal. - 2010. - #1 (39). - S. 31-37.

10. Shano V.P. Sindrom endogennoy intoksikatsiyi / V.P. Shano, E.A. Kucher // Ostriye i neotlozhniye sostoyaniya v praktike vracha. - 2011. - #1 (25). - S. 3-8.

11. Shcherbatyuk N. Yu. Strukturno-funktsionalniy stan kistkovoyi tkanini u ditey z gipotalamichnim sindromom pubertatnogo periodu / N. Yu. Shcherbatyuk // Visnik naukovich doslidzhen'. - 2007. - #2. - S. 15-17.

12. Cortical and trabecular bone distribution in the femoral neck in osteoporosis and osteoarthritis / H. Blain, P. Chavassieux, N. Portero-Muzy [et al.] // Bone. -2008. -№ 43 (5). -P. 862-868.

13. Chudaikin A.N. Endotoxycosis Problem in Obstetric-Gynecology Practice / A.N. Chudaikin, M.A. Levina, S.L. Peshev // J. Med. Sch. Foeseerch. -2009. -Vol. 5, № 1. -P. 56-59.

14. Tonkis A. Epidemiology and diagnosis of Helicobacter pylori infection / A. Tonkis, M. Tonkis, P. Lehours P. // Helicobacter. -2012. -Vol. 17, suppl.1 -P. 1-8.

Лихацька Г.В.

Сравнительная характеристика клинико-биохимических показателей у больных хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью и неспецифическим реактивным гепатитом с остеоденсититом

Резюме. В последнее время установлено, что около 70 % от общего количества болезней органов пищеварения занимают гастриты, дуодениты, язвенная болезнь, которые часто сочетаются с неспецифическим реактивным гепатитом. Это приводит к нарушению метаболизма и к возникновению остеопороза. Целью работы было провести сравнительную характеристику клинико-биохимических показателей, эндогенной интоксикации у больных хроническим гастродуоденитом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с остеоденсититом. Обследовано 67 больных данной патологии. Для верификации диагноза определяли, кроме общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных исследований, показатели эндогенной интоксикации методом Н.И. Габриеляна и соавторов путем прямой спектрофотометрии длиной волны 254 нм (МСМ1) и 280 нм (МСМ2). У всех пациентов оценивали минеральную плотность костной ткани поясничного отдела позвоночника методом двойной рентгеновской денситометрии на аппарате «ДРХ-А» (Lunar, USA). Остеопороз диагностировали в случае отклонения показателей минеральной плотности костной ткани от нормальных величин более $-2,5$ SD; остеопению - от -1 до $-2,5$ SD. Выявлено выраженный болевой, диспепсический и астено-невротический синдромы, повышение уровня билирубина, трансаминаз в сыворотке крови ($p < 0,05$), эндотоксемию. За показателями денситометрии, всех больных на хронический гастродуоденит, язвенную болезнь в фазе обострения с поражением печени разделили на такие группы: 1- больные с нормальной минеральной плотностью костной ткани; 2- с остеопенией; 3- с остеопорозом. Выявлено нарушение минеральной плотности костной ткани, что проявлялось развитием остеопороза и остеопении. Установлено, что при нарастании остеоденситита значительно выше показатели эндогенной интоксикации, чем при нормальной структуре костной ткани.

Ключевые слова: гастродуоденит, язвенная болезнь, печень, остеоденситит, эндогенная интоксикация.

G.V. Lyhatska

Comparative Characteristics of the Clinical and Biochemical Indices in Patients Suffering from Chronic Gastroduodenitis, Ulcer Disease, and Reactive Hepatitis with Osteodeficiency

Summary. During last years it has been discovered, that gastritis, duodenitis, and ulcer disease, often combined with reactive hepatitis, make up about 70 % of the total number of digestive diseases. This leads to metabolic disorders and occurrence of osteoporosis. The aim of the research was to conduct the comparative description of clinical and biochemical indices of the endogenous intoxication in patients with chronic gastroduodenitis, ulcer of duodenum, and nonspecific reactive hepatitis with osteodeficiency. The study involved 67 patients with this pathology. To verify the diagnosis, except the generally accepted clinical-and-laboratory and instrumental examinations, there have been determined indicators of endogenous intoxication by the method N.I. Gabrielian by direct spectrophotometry at a wavelength 254 nm and 280 nm. All the patients' lumbar spine bone mineral density has been investigated by the two-photon X-ray densitometry using the ap-

paratus (Lunar, USA). Osteoporosis has been diagnosed when mineral density indices changed from normal values to more than - 2,5 SD; osteopenia - from - 1 to -2,5 SD. There has been revealed expressive pain, dyspeptic and astenic syndromes, increased bilirubin level, transaminases in serum ($p < 0,05$), and endotoxemia. According to the densitometry indices all patients with chronic gastroduodenitis and ulcer disease in the acute phase with the affected liver have been divided into the following groups: 1 - patients with normal mineral density; 2 - with osteopenia; 3 - with osteoporosis. There have been investigated bone mineral density deviations, which revealed the development of osteoporosis and osteopenia. It has been found out that with the increase in osteodeficiency the indices of endogenous intoxication are more higher, than those in normal bone structure.

Key words: *gastroduodenitis, ulcer disease, liver, osteodeficiency, endogenous intoxication.*

Надійшла 26.06.2013 року.

УДК 616-08+616.85+616.833.17+613.95

Ліскевич І.І.

Оцінка клінічної ефективності лікування невротії лицевого нерва у дітей з використанням середників антиоксидантного та вегетостабілізуючого впливу

Кафедра неврології (зав. каф. – доц. В.А.Гриб) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Наведені дані про клінічний перебіг невротії лицевого нерва у 122 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, порушенням функції опорно-рухового апарату. Проаналізовано ступінь тяжкості дисфункції лицевого нерва за шкалою House-Brackmann, прояви вегетативних змін за клінічним опитувальником, темпи відновлення функції системи «лицевий нерв – мімічні м'язи». Встановлено, що у дітей, які в комплексному лікуванні отримували тіотриазолін, спостерігалася скорочення термінів стаціонарного лікування, зниження частоти затяжного перебігу захворювання та розвитку контрактури мімічних м'язів.

Ключові слова: *невротія лицевого нерва, клінічний перебіг, шкала House-Brackmann, тіотриазолін.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема підвищення ефективності лікування невротії лицевого нерва у дітей залишається актуальною, оскільки ця патологія є найбільш частою серед гострих уражень черепно-мозкових нервів [1] та посідає перше місце серед захворювань периферичної нервової системи. Невротія лицевого нерва у дітей найчастіше розвивається на фоні переохолодження, загальної інфекції або ж виникає ураження лицевого нерва неуточненого генезу [7, 9, 10]. Провідними ланками патогенезу захворювання є первинна ішемія – набряк – компресія – вторинна ішемія. Наслідком тривалої і вираженої компресії нерва є демієлінізація та вторинна дегенерація нервових волокон [3, 10]. Лікувальна тактика має бути диференційованою залежно від періоду захворювання: гострий, ранній відновлюваний (10-30 днів від початку захворювання), пізній відновлюваний (30 днів – 6 місяців), період стійких резидуальних змін (понад 6 місяців) [8], а також від початку лікування. В гострому періоді терапія спрямована в основному на усунення набряку нерва і, таким чином, його компресії в каналі та включає сечогінні, нестероїдні протизапальні середники та кортикостероїди, препарати, що впливають на судинну ланку запалення та покращують мікроциркуляцію. У комплексній терапії все ширшого застосування набувають лікарські засоби з антиоксидантною дією. Виходячи з цього в схему комплексного терапії невротії лицевого нерва нами було введено вітчизняний

препарат тіотриазолін, який має комплексну протиішемічну, антиоксидантну, імуномодулюючу та протизапальну дію, має виражені саногенні властивості [6]. Комплексний механізм дії зумовлений наявністю в його структурі тіогрупи, що забезпечує відновлення активних форми кисню, блокує їх утворення, інтенсифікує гліколітичні шляхи продукції АТФ, активує лактатдегідрогеназну реакцію, внаслідок якої рівень лактату, що викликає явища набряку і ацидозу, знижується. Препарат широко використовується в кардіології, офтальмології [4, 11, 12]. В неврологічній практиці він знайшов застосування при черепно-мозкових травмах в якості нейропротектора [12]. Таким чином, фармакологічні властивості препарату, зокрема протиішемічна, антиоксидантна, саногенна дії, а також його низька токсичність дозволяють обґрунтувати можливість його застосування в лікуванні невротії лицевого нерва у дітей.

Метою роботи було вивчення клінічної ефективності лікування невротії лицевого нерва з використанням препарату тіотриазоліну.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 122 дітей з гострою невротією лицевого нерва нетравматичного генезу, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи та порушенням функції опорно-рухового апарату Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні.

У 55 (45,08%) хворих основною причиною захворювання було переохолодження. У 9 (7,38%) хворих невротія лицевого нерва виникла після перенесеного простудного захворювання або на його тлі, у 3 (2,46%) дітей – після перенесеної ЛОР- чи стоматологічної патології (отиту, гаймориту, пульпіту). У 55 (45,08 %) хворих етіологічний чинник з'ясувати не вдалося.

Всім пацієнтам проведено клініко-неврологічне обстеження із встановленням ступеня дисфункції системи «лицевий нерв – мімічні м'язи» за шкалою House-Brackmann, обстеження функції вегетативної нервової системи з використанням «Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін» [2], розрахунку індексу Кердо (ІК) та стандартні обстеження, передбачені Додатком до Наказу МОЗ №502 від 28.12.2002 «Тимчасові нормативи надання медичної допомоги» за напрямком дитяча неврологія та Додатком до Наказу МОЗ №226 від 27.07.1998.