(13,0±2,1) %, суботимальный ответ установлен у (29,6±2,9) %, неэффективность терапии - у (57,3±3,1) % больных. Доказано, что предварительное применение гидроксимочевины более 6 мес. перед назначением ТКИ приводит к ухудшению ответа на терапию.

Выводы. Таким образом, «предлеченность» пациентов гидроксимочевиной больше 6 мес. является одним из факторов, ухудшающих результаты терапии ТКИ, и может быть причиной резистентности к лечению.

Ключевые слова: хроническая миелоидная лейкемия, ингибиторы тирозинкиназы, гидроксимочевина, «предлеченность».

T.P. Perekhrestenko[1], I.S. Diahil[2], N.N. Tretiak[1]

Effect of Previous Use of Hydroxyurea on the Formation of Response to Tyrosine Kinase Inhibitor Therapy in Patients with Chronic Myeloid Leukemia

[1] SI «Institute of Hematology and Transfusiology of NAMS of Ukraine», Kyiv

[2] SI «National Research Center for Radiation Medicine of NAMS of Ukraine», Kyiv

Abstract. **The objective** of study was to investigate the role of prior use of hydroxyurea in shaping the response to tyrosine kinase inhibitors therapy (TKI) in patients with chronic myeloid leukemia (CML).

Materials and methods. Patients were divided into 2 groups depending on the duration of the drug application. The first group included 134 patients treated with hydroxyurea no more than 6 months, the second – 253 patients who were treated with these drugs for more than 6 months before the appointment of imatinib.

Results. Studies indicate that the previous use of hydroxyurea no more than 6 months leads to the optimal response after 12 months imatinib treatment in 71.6±3.9% of patients, to suboptimal in 17.2±3.3%, and to treatment failure in 11.2±2.7% of patients. Study of imatinib treatment in patients who previously received hydroxyurea for more than 6 months, showed that in 12 months therapy the optimal response was achieved in 13.0±2.1% of patients, suboptimal response was defined in 29.6±2.9%, treatment failure – in 57.3±3.1%. It was proved that the previous use of hydroxyurea over the 6 months before prescribing TKI led to poor response to the therapy.

Conclusion. Thus, hydroxyurea pretreatment for more 6 months is one of the factors that degrade the results TKI therapy and may be the cause of resistance to treatment.

Keywords: chronic myeloid leukemia, tyrosine kinase inhibitors, hydroxyurea, pretreatment.

Надійшла 10.02.2014 року.

УДК: 616.314-77+616.314.18-002.4

Проць Г. Б.

Ефективність дентальної імплантації в комплексному лікуванні захворювань пародонту

Кафедра хірургічної стоматології (зав.каф.-проф.Пюрик В.П.)
Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. **Постановка проблеми.** Можливості та умови для виконання імплантації у пацієнтів з різним ступенем важкості хронічного пародонтиту в цілому маловивчені, тому **метою** дослідження було підвищити ефективність лікування хворих з частковою адентією зубного ряду при хронічному генералізованому пародонтиті шляхом включення в комплекс лікувальних заходів методу дентальної імплантації.

Матеріали і методи дослідження: Подано результати обстеження 360 хворих з різним ступенем важкості генералізованого пародонтиту, яким проводилося хірургічне втручання на тканинах пародонту з використанням дентальних імплантів. Для підвищення ефективності дентальної імплантації і хірургічного пародонтологічного втручання вивчали якість кісткового ремоделювання, визначаючи маркери метаболізму кісткової тканини.

Результати дослідження: Встановлено, що у 40,81% хворих отримані результати досліджень маркерів кісткового ремоделювання свідчили про високі темпи кісткоутворення (25,12±2,23нг/мл), та незначні процеси розсмоктування кісткової тканини (8,54±1,23н/моль) і дозволили цим хворим не призначати остеотропні препарати. У 50,83% хворих спостерігали підвищення розсмоктування кістки (10,82±1,34н/моль), що сприяло показом до призначення антирезорбентів. А 8,36% хворим, в яких відзначали пригнічення процесів кісткоутворення (18,05±2,08нг/мл) та збільшення показників резорбції (15,34±1,87 н/моль) призначали препарати, що стимулюють кісткоутворення і запобігають резорбції кісткової тканини.

Висновки: Для підвищення ефективності дентальної імплантації та хірургічного пародонтологічного втручання необхідно визначати маркери кісткового ремоделювання для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини і для диференційованого призначення остеотропних препаратів, що сприятиме позитивному протіканню післяопераційного періоду.

Ключові слова: генералізований пародонтит, дентальна імплантація, структурно-функціональний стан кісткової тканини.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Основним методом ортопедичного лікування пацієнтів з хронічними формами генералізованого пародонтиту (ГП), які супроводжуються втратою зубів, є протезування мостоподібними протезами [3,4,8].

В 42,8 – 87,4 % випадків переважаючою причиною,що посилює запально-дистрофічні процеси, є патологічне перевантаження опорних тканин. Це значно обтяжує перебіг хронічного ГП: сприяє утворенню пародонтальних кишень, оголенню шийок опорних зубів та запальним явищам в ділянці маргінального пародонту[1,2,8].

Основним постулатом пародонтологічного лікування є усунення факторів, травмуючих пародонт, створення умов для нормалізації його властивостей. Оптимальним для ортопедичного лікування визначаються конструкції з додатковими опорами на внутрішньокісткові імпланти [5,6]. В результаті перерозподілу навантаження на зуби та імпланти зменшується, або й усувається, оклюзійна травма пародонту, атрофія беззубої ділянки щелепи під дією функціональних перевантажень сповільнюється в 2-3 рази [5,10].

Можливості та умови для виконання хірургічного втручання на тканинах пародонту та імплантації у пацієнтів з різним ступенем важкості хронічного ГП в цілому маловивчені.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих з частковою адентією зубного ряду при хронічному генералізованому пародонтиті шляхом включення в комплекс лікувальних заходів методу дентальної імплантації.

Матеріал і методи дослідження

Нами проведено обстеження 360 пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом легкого, середнього і важкого ступенів

з частковою адентією верхньої і нижньої щелеп, яким в подальшому було проведено комплексне пародонтологічне лікування з використанням методів дентальної імплантації. Дослідження проводилося на базі стоматологічного відділення ОКЛ м. Івано-Франківська з 1997-2013 р.

Поставлено 340 імплантів із титану типу «U-impl», Entegra (Innova, Канада), «Alpha-Bio,MIS»(Ізраїль), з них 196 імплантів на нижній щелепі, 71 імплант на верхній щелепі, 73 імпланти встановлено одномоментно на верхній і нижній щелепах. Імпланти встановлювались за двохетапною методикою з приводу включених дефектів – 125 хворим (55,8 %), кінцевих – 85 хворим (37,9 %), комбінованих – 14 пацієнтам (6,3 %).

Для об'єктивної оцінки стану пародонту використовували пробу Шіллера-Пісарєва, індекс гігієни Грін-Вермільйона, індекс кровоточивості Мюлемана, індекс Рамфйорда, визначали число Сврякова.

Проводили рентгенологічні методи дослідження стану тканин пародонту (ортопантомограму, прицільні рентгенограми). Зниження мінеральної щільності кісткової тканини оцінювали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на денситометрі Chelenger (ДМС-Франція). Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили, визначаючи маркери метаболізму кісткової тканини, які реагують швидше, порівняно з денситометрією. Найбільш специфічним маркером кісткового формування є остеокальцин, рівень циркуляції якого відображає швидкість утворення кістки [7], а високочутливим і специфічним маркером резорбції є діоксипіридинолін, високий рівень якого в сечі вказує на підвищену резорбцію кісткової тканини.

Для кількісного визначення остеокальцину в сироватці крові застосовувався імуноферментний тест Nordic Bioscience Diagnostics A/S N-MIDO steocalcin ELISA (Данія), референтні показники для якого становили у чоловіків 9,6 – 40,8 нг/мл, для жінок в променопаузі 8,4-33,9 нг/мл, (для жінок в постменопаузі 9,5-48,3 нг/мл). Рівень діоксипіридиноліну в сечі визначали імуноферментним методом із застосуванням набору DPD EIA KIT (США), референтні показники складали для жінок (25-44років) 3,0-7,4 н/моль, для чоловіків (25-55років) 2,3-5,4 н/моль.

Перед проведенням хірургічного лікування всім пацієнтам: усували місцеві фактори, які сприяли накопиченню і активації дії мікробного фактору, шинували рухомі зуби, проводили місцеву протизапальну терапію, призначали диференційовано остеотропну терапію, враховуючи результати дослідження маркерів кісткового ремоделювання: кісткоутворюючі середники, дія яких спрямована на відновлення втраченої кісткової маси і кісткові антирезорбенти, які здатні сповільнити її втрату.

Хворим проводилося поетапне пародонтологічне втручання з наступною дентальною імплантацією та хірургічні втручання на тканинах пародонту і дентальна імплантація проводилися в один етап.

При поетапному лікуванні дентальну імплантацію проводили не швидше, як за 3 місяці після пародонтологічного втручання, тобто після ліквідації запальних явищ і стабілізації тканин пародонту. Ортопедичне лікування проводили через 3-6 місяців, тобто термін від початку лікування до протезування складав у середньому не менше, як 9 місяців.

Одноетапне хірургічне втручання проводили після санації порожнини рота. Першим етапом виконували операцію з кюретажем кісткових кишень, вестибулопластику, френулопластику, запропоновану нами клаптеву операцію із застосуванням аутотрансплантату кісткового мозку і остеогенного препарату, готували ложе під імплант з урахуванням об'єму кістки атрофованого альвеолярного відростка. Одноетапне хірургічне втручання і дентальна імплантація скорочували тривалість лікування в 1,5-2 рази.

В післяопераційному періоді всім пацієнтам призначали протизапальну, дезінтоксикаційну, знеболюючу терапії. Клінічні дослідження проводили в динаміці до і після хірургічного втручання через 1, 6 і 12 місяців. Рентгенологічний параметр оцінювали до лікування і через 12 місяців.

Результати дослідження та їх обговорення

За ступенем важкості хронічного генералізованого пародонтиту хворі були розділені наступним чином:

1 група: пародонтит легкого ступеня важкості — 107 людей, із них 50 пацієнтам проведена одномоментна дентальна імплантація з хірургічним пародонтологічним втручанням, 57 хворим – поетапно пародонтологічне втручання з наступним проведенням дентальної імплантації;

2 група: пародонтит середнього ступеня важкості 97 людей, із них 40 особам проведено одномоментна дентальна імплантація з хірургічним пародонтологічним втручанням, 49 – поетапно пародонтологічне втручання з наступним проведенням дентальної імплантації ;

3 група: пародонтит важкого ступеня важкості – 36 людей: 16 – відмовлено в імплантації через значну резорбцію кісткової тканини, 20 пацієнтам проведене поетапно пародонтологічне втручання і дентальна імплантація.

За результатами остеоденситометрії і досліджень маркерів ремоделювання виділили групи хворих: з остеопорозом, остеопенією, осіб з нормальним станом кісткової тканини та підвищеними показниками щільності кісткової тканини остеосклерозом.

В І групі –50 (47%) хворих мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) в межах норми, у 57 (53%) хворих знижена МЩКТ (у 50 остеопенія, у 7 остеопороз).

В ІІ групі – у 38 (39%) хворих МЩКТ в межах норми, у 59 (61%) хворих знижена МЩКТ (остеопенія у 52 хворих, остеопороз у 7 хворих).

В ІІІ групі 10 (28%) хворих МЩКТ в межах норми, 26 (72%) хворих знижена МЩКТ(20 хворих – остеопенія, у 6 хворих остеопороз). Отже, тільки в 38% хворих хірургічні втручання проводилися на фоні нормальної МЩКТ, а у 62% МЩКТ знижена.

Таким чином, отримані результати дослідження маркерів резорбції і формування кісткової тканини дозволили цілеспрямовано призначати хворим, в яких були сповільнені процеси кісткоутворення, препарати, які стимулюють новоутворення кістки – Остеогенон по 1 табл. 2р. на день, тривалість лікування 3 місяці. Хворим, в яких підвищено розсмоктування кісткової тканини призначали антирезорбенти– Кальцій-Д3-Нікомед по 1 табл. 2р. на день, 3 місяці.

У хворих І групи при проведенні одномоментної дентальної імплантації і пародонтологічного втручання (кюретаж зубо-ясенних кишень, вестибулопластика, пластика вуздечок) та хворих, яким проводилось поетапне хірургічне лікування тканин пародонту з наступною дентальною імплантацією, статистично достовірної різниці не виявлено.

Порівняльний аналіз показав, що протікання післяопераційного періоду у хворих даної групи при проведенні одномоментної дентальної імплантації, пародонтологічного втручання та поетапного лікування за даними клінічного (гіперемія, набряк, біль, колір ясен) та рентгенологічного контролю відрізнявся незначно, ліквідація запального процесу в навколозубних тканинах після проведеного лікування спостерігалась у 94,8% осіб.

Через 12-18 місяців після проведеного лікування клініко-рентгенологічна стабілізація тканин пародонту наступила у 83,4% хворих. При огляді слизова оболонка навколо імплантів блідо-рожевого кольору. Рухомість імплантів не спостерігалася, перкусія не болюча. У 2 пацієнтів розвинувся періімплантит, в 1 пацієнта спостерігалась рецесія ясен в ділянці імплантів. Через один рік у хворих даної групи всі імпланти були збережені. Резорбтивний процес навколо імплантів через 5 років привів до втрати кісткової тканини в середньому на 0,8±0,3 мм. Отже, дентальна імплантація у пацієнтів з легким ступенем генералізованого пародонтиту дозволяє добитися стабільно хороших результатів незалежно від вибору методу лікування.

В ІІ групі пацієнтів, яким проводилось поетапне пародонтологічне лікування з наступною дентальною імплантацією, спостерігалася позитивна динаміка клінічних змін, а термін регресії клінічних ознак запалення запізнювався в середньому на 2-3 дні у хворих, яким одномоментно проводилася дентальна імплантація і хірургічні втручання на тканинах пародонту, спостерігалася знижена динаміка показників пародонтальних проб та індексів. Через 12-18 місяців після проведеного лікування клініко-рентгенологічна

стабілізація наступила у 80,2% хворих з одномоментним проведенням дентальної імплантації і пародонтологічного втручання, у 82,8% у хворих з поетапним лікуванням. Слизова оболонка в ділянці імплантів блідо-рожевого кольору, перкусія не болюча. При проведенні одноетапної дентальної імплантації і пародонтологічного втручання в 4 хворих розвинувся періімплантит,у 5- спостерігалася рецесія ясен навколо імплантів, у 2 хворих стабілізація імплантів відсутня, тобто спостерігалися ознаки дезінтеграції імплантів, що стало показом до їх видалення. При поетапному лікуванні періімплантит розвинувся у 2 хворих, рецесія ясен не спостерігалася, відсутність стабілізації - в 1 хворого. Зниження висоти альвеолярної кістки через 5 років у хворих з одномоментним проведеням дентальної імплантації і пародонтологічного втручання склав в середньому до 2,4±0,2 мм, а при поетапному - 1,9±0,1 мм. Отже, враховуючи сповільнену динаміку показників пародонтальних проб та індексів, частіше виникають післяопераційні ускладнення у пацієнтів, яким проводилися одноетапна дентальна імплантація і пародонтологічне втручання. Доцільно у хворих на генералізований пародонтит середнього ступеня важкості проводити поетапне хірургічне лікування тканин пародонту з наступною дентальною імплантацією.

В 20 пацієнтів III групи з важким перебігом ГП проводилось тільки поетапне парадонтологічне втручання з наступною дентальною імплантацією. 16 хворим даної групи відмовлено в імплантації через значну резорбцію кісткової тканини. В результаті пародонтологічного втручання спостерігались незначні запальні явища, ясенні краї щільно не охоплювали шийки зубів, глибина пародонтальних кишень зменшилась незначно. В 4 хворих розвинувся періімплантит, у 2 пацієнтів спостерігалася рецесія ясен в ділянці імплантів. Резорбтивний процес навколо імплантів привів до втрати кісткової тканини в середньому на 3,2±0,2 мм. У свою чергу втрата кісткової тканини призвела до дезінтеграції 4 імплантів.

Таким чином, на сучасному етапі у випадку необхідності проведення дентальної імплантації у хворих на генералізований пародонтит, вважаємо за доцільне проводити одномоментне виконання хірургічнного втручання на тканинах пародонту і дентальної імплантації у хворих легкого ступеня важкості, що в 1,5-2 рази скоротить тривалість лікування без зниження його якості. У хворих на генералізований пародонтит середнього та важкого ступенів рекомендуємо поетапне проведення пародонтологічних втручань з наступною дентальною імплантацією для запобігання післяопераційних ускладнень і втрати імплантів.

Висновки

1. Для підвищення ефективності дентальної імплантації та хірургічного пародонтологічного втручання необхідно визначати маркери кісткового ремоделювання для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини і для диференційованого призначення остеотропних препаратів, що сприятиме позитивному протіканню післяопераційного періоду.

2. Дентальна імплантація у хворих на ГП легкого ступеня дозволяє добитися стабільно хороших результатів незалежно від методу лікування. Одномоментне виконання хірургічного втручання на тканинах пародонту і проведення дентальної імплантації в 1,5-2 рази скорочує тривалість лікування без зниження його якості.

3. У хворих на ГП середнього та важкого ступенів доцільне поетапне проведення хірургічних втручань з наступною дентальною імплантацією для запобігання післяопераційних ускладнень і втрати імплантів.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому планується провести ретроспективний аналіз впливу захворювань пародонту на інтеграцію імплантів і довготривалий прогноз проведеної імплантації.

Література

1.Вовк Ю. В. Реконструкція альвеолярних відростків щелеп за допомогою трансплантатів, титанових мембран та дентальних імплантів/Ю. В. Вовк // 2-га Східноєвроп. конф. з проблем стом. імплантації . Львів. 2005. С. 6.

2.Грудянов А. И. Заболевания пародонта /А. И. Грудянов. М.:МИА, 2009. 331с.

3.Дмитриева Л. А.Современные аспекты клинической пародонтологии/Л. А. Дмитриева, И. Н. Беспалова, З. Э.Золоева М.: Медпресс, 2001. 128 с.

4.Заблоцький Я. В. Незнімні протези з опорою на імплантати при повній відсутності зубів, спричиненій множинними видаленнями / Я. В. Заблоцький //Современная стоматология. 2005. №4 (32). С. 139-136.

5.Заблоцький Я. В. Потреба та показання до заміщення включених дефектів зубних рядів незнімними протезами з опорою на імплантати залежно від стану зубів, що їх обмежують /Я. В. Заблоцький//Стоматологічна імплантологія. Остеоінтеграція: матер. 2-го Укр. міжнарод. конгр. Київ. 2006. С. 165-167.

6.Иванов С. Ю.Стоматологическая имплантология/ Под ред. С. Ю. Иванова. М.:ГЭОТАР-МЕД. 2004. 296 с

7.Нейко Є. М. Клінічні, інструментальні та лабораторні методи діагностики остеопорозу / Є. М. Нейко, І. Ю. Головко, З. М. Митник // Навчальний посібник. 2001. 53 с.

8.Павленко О. В. Використання «Біопланту» при підготовці протезного ложа до протезування незнімними і знімними конструкціями зубних протезів / О. В. Павленко, З. Р. Ожоган, В. З. Обідняк// Нові методики та технології в стоматології: Матеріали наук.-практ. конф. Львів, 1997. С. 48.

9.Проць Г. Б. Оптимізація процесів регенерації тканин при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту/ Г. Б. Проць, В. П. Пюрик, Я. В. Пюрик // Галицький лікарський вісник. 8 2009. №1 с. 55-58.

10. Alveolarridge augmentation with Bio-Oss: ahistologicalstudy-inhumans / N. U. Zitzmann, P. Scharer, C. P. Marinelloetal. // Int. J. Periodontics &Restor. Dent. 2001. V.21, №3 P. 288- 295.

11.Babbush C. A. The use of a new allograft material for osseous reconstruction associated with dental implants // Implant Dent. 1998 V.7, №3. P. 205-212.

Проць Г. Б.

Эффективность дентальной имплантации в комплексном лечении заболеваний пародонта

Резюме. Пастановка проблемы. Возможности и условия для имплантации у пациентов с разной степеню тяжести хронического генерализированного пародонтита в целом мало изучены,поэтому целью исследования было повышение лечения больных с частичной адентией зубного ряда при хроническом генерализованном парадонтите путем включения в комплекс лечебных мероприятий метода дентальной имплантации.

Материалы и методы исследованя: Представлено результаты обсследования 360 больных с разными степенями сложности генерализировонного пародонтита, которым проводилось хирургическое вмешательство на тканях пародонту с использованием дентальных имплантов. Для повышения эффективности дентальной имплантации и хирургических пародонтологических вмешательств необходимо определять маркеры метаболизма костной ткани.

Результаты исследования: Установлено, что 40.81% больных полученные результаты исследований маркеров костного ремоделирования свидетельствовали о высоких темпах костеобразования (25.12±2.23нг/мл) и незначительных процессах рассасывания костной ткани (8.54±1.23н/моль), что способствовало им не назначать остеотропных препаратов. У 50.83% больных наблюдали повышение рассасывания кости(10.82±1.34н/моль), что стало показанием к назначению антирезорбентов. А 8.36% больным,в которых отмечали угнетение процессов костеобразования (18.05±2.08 нг/мл) и увеличение показателей резорбции (15.34±1.87 н/моль), назначали препараты, стимулирующие костеобразование и препятствующие резорбцию костной ткани.

Выводы: Для повышения эффективности дентальной имплантации и хирургических пародонтологических вмешательств необходимо определять качество костного ремоделирования для оценки структурно-функционального состояния костной ткани и для дифференцированного назначения остеотропных препаратов,

что будет влиять на положительное течение послеоперационного периода.

Ключевые слова: генерализированный пародонтит, дентальная имплантация, структурно-функциональное состояние костной ткани.

H.B. Prots

The Effectiveness of Dental Implants in the Complex Treatment of Periodontal Disease

Department of Surgical Dentistry
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Problem statement and analysis of recent research. As a result of redistribution of the pressure on teeth and implants there decreases the occlusal periodontal trauma, the atrophy of the edentulous jaw areas under the influence of functional overpressure decelerates by 2-3 times. Possibilities and conditions for performing tooth implantation in patients with various severity degree of chronic GP on the whole are not enough researched, that is why the objective of the research is: to improve the treatment of patients with partial dentition edentia in chronic generalized periodontitis by including dental implantation to the complex of therapeutic measures.

Materials and methods. There have been presented the results of 360 patients with various severity degrees of generalized periodontitis who underwent surgery on periodontal tissues with dental implantation. To improve the efficiency of dental implantation and surgical periodontal intervention there studied the quality bone remodeling by determining markers of the osseous tissue metabolism.

Results. It was ascertained, that in 40.81% of patients the results obtained after the research on determining bone remodeling markers indicated high rate of bone formation (25.12±2.23 ng/ml) and insignificant processes of bone resorption (8.54±1.23 n/mol) and, therefore, allowed not to prescribe osteotropic drugs to these patients. In 50.83% of patients there was observed increased bone resorption (10.82±1.34n/mole), which was an indication for the prescription of antiresorptive drugs. 8.36% of patients, who were noticed to show inhibition of bone formation processes (18.05±2.08 ng/ml) and increase in the resorption indices (15.34±1.87 N/mol) were prescribed medications stimulating bone formation and prevent bone resorption.

Conclusions: To increase the efficacy of dental implantation and surgical periodontal intervention it is necessary to determine bone remodeling markers to assess the structural and functional state of bone tissue and to differentially prescribe osteotropic drugs that will be favorable for the positive postoperative period.

Keywords: generalized periodontitis, dental implantation, structural and functional state of osseous tissue.

Надійшла 03.02.2014 року.

УДК: 577.125:[616.24-002]+616.36-003.826

Разумний Р.В.

Вплив імуномаксу на стан системи глутатіону у хворих на негоспітальну пневмонію, поєднану зі стеатозом печінки

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Резюме. Вивчений вплив імуноактивного препарату імуномаксу на біохімічні показники, що характеризують стан системи глутатіону (СГ) у хворих на негоспітальну пневмонію (НП), сполучену зі стеатозом печінки (СП). Встановлено, що в гострому періоді НП, сполучену зі СП відбувається зниження рівня відновленого глутатіону (ВГ) та підвищення вмісту окисленої форми глутатіону (ОГ) у сироватці крові, зменшення коефіцієнта ВГ/ОГ, а також зниження функціональної активності ферментативної ланки редокс-системи глутатіону за рахунок зменшення активності глутатіонпероксидази, глутатіонредуктази та глутатіонтрансферази. Включення імуномаксу до комплексу лікування хворих на НП, сполучену зі СП, сприяє ліквідації клінічних прояві захворювання у більш короткий термін, ніж при використанні лише загальноприйнятої терапії. У патогенетичному плані призначення імуномаксу сприяло нормалізації вмісту у крові ВГ, співвідношення ВГ/ОГ, та підвищенню активності специфічних ферментів СГ.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, стеатоз печінки, лікування, імуномакс, система глутатіону.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Негоспітальна пневмонія (НП) належить до найбільш поширених гострих захворювань респіраторної системи інфекційного ґенезу і на сьогодні, як і раніше, представляє важливу медико-соціальну і економічну проблему [7, 17, 19]. Клінічний досвід показує, що в якості несприятливого фону для розвитку НП та іншої патології дихальної системи, особливо в умовах екологічно несприятливих регіонів з високим рівнем забруднення оточуючого середовища ксенобіотиками, нерідко виявляється хронічна патологія печінки у вигляді її стеатозу (СП) або стеатогепатиту [1, 10].

При наявності фонової хронічної патології печінки у хворих на НП внаслідок зниження антитоксичної функції печінки та розвитку синдрому взаємного обтяження нерідко відмічається тенденція до тривалого перебігу пневмонії, розвитку ускладнень, виникнення залишкових явищ хвороби, що суттєво знижує працездатність пацієнтів та погіршує якість життя таких осіб [11]. У патогенетичному плані в таких випадках спостерігається порушення процесів вільнорадикального окислення ліпідів та дисбаланс про- та антиоксидантних властивостей організму [12, 13]. У цих умовах важливою ланкою в процесах інактивації вільних радикалів є система глутатіону (СГ), що представлена глутатіоном і глутатіонзалежними ферментами – глутатіонпероксидазою (ГП), глутатіонредуктазою (ГР) та глутатіонтрансферазою (ГТ) [15]. Компоненти цієї системи беруть участь не тільки у відновленні супероксидрадикалів, перекисів і органічних гідроперекисів, але й у знешкодженні високо реакційних вторинних метаболітів, що утворюються в клітці при окислювальному стресі [15, 18].

Як було показано у наших попередніх роботах, у хворих на НП при наявності сполученої хронічної патології печінки, після завершення загальноприйнятої терапії зберігається зсув функціональних спроможностей СГ, а саме зменшення протиокидантних властивостей крові [13]. Виснаження СГ може призводити до серйозних цитотоксичних і деструктивних ефектів та бути патогенетичною підставою для прогресування СП та можливих повторних випадків виникнення пневмонії. Отже проведення корекції стану СГ при лікуванні хворих з даною коморбідною патологією – патогенетично та саногенетично обґрунтовано, доцільно та перспективно. При розробці раціональних підходів до лікування хворих на НП, сполучену зі СП, нашу увагу привернула можливість використання в комплексі терапевтичних засобів сучасного імуноактивного препарату імуномаксу, який має також антиоксидантні, гепатозахисні, мембраностабілізуючі та детоксикуючі властивості [2, 9].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами,