

Література

1. Waller E. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective / E. Waller, C. E. Scheidt // *Int. Rev. Psychiatry*. — 2006, Feb. — № 18 (1). — P. 13–14.
2. Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник / О.С Чабан., О.О Хаустова. — К.: ДСГ Лтд. - 2004. — 96 с.
3. Погосов А. В. Соматизовані розлади (клініка, діагностика, терапія) / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевська — Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. — 268 с.
4. Абрахам К. Классические психоаналитические труды / К. Абрахам, Э.Гловер, Ш. Ференци // пер. с англ. М.: Когито-Центр, - 2009. — 223 с.
5. Сукиасян С.Г. О некоторых взаимоотношениях между различными радикалами в рамках аффективной патологии: уровни депрессии, соматизации и тревожности / С. Г. Сукиасян, С. П. Маргарян, Н. Г. Манасян // *Рос. псих. журн.* - 2009. - № 1. - С. 49–6.
6. Freud S. Hysterical conversion / S.Freud // *Abstr. Stand. Edition Compl. Psychol. Works of S. Freud / Ed. C.L. Rothegeb.* — Maryland, 1971. — P. 20.
7. Barsky A. J. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Clinical characteristics / A. J. Barsky, E.J. Orav, D.W. Bates // *Amer. J. Psychiat.* — 2005. — 62: p. 903–10.
8. Миколайський М.В. Клінічна психодіагностика : практикум : навчальний посібник / М.В. Миколайський, М.М. Марусинець. — Івано-Франківськ: Видавництво ЕПлай Е ЦІТ Прикарпатського національного університету ім. Василя Стефаника, 2009. — 279 с.

Бежук Ю.М., Выннык М.И., Тодорив И.В., Бежук М.Ю.

Особенности аффективной сферы больных соматизированное расстройство

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Цель: исследовать особенности аффективной сферы больных соматизированное расстройство. Материал и методы

исследования: психодиагностический анализ 101-го случая соматизированных расстройств в медицинских заведениях Ивано-Франковска. Результаты исследования аффективной сферы больных соматизированное расстройство показали, что среди них преобладали лица с высоким уровнем личностной тревожности (59,41%) и реактивной тревоги (69,31%). Показатели алекситимичной шкалы были выше 75 баллов. Выводы: больные на соматизированное расстройство демонстрируют четкие признаки алекситимии и высокие показатели реактивной тревоги и личностной тревожности по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: *соматизированное расстройство, алекситимия, личностная тревожность и реактивная тревога.*

Yu.M. Bezuk, M.I. Vynnyk, I.V. Todoriv, M.Yu. Bezuk.

Peculiarities of the Affective Sphere in Patients with Somatisation Disorder

Department of Psychiatry, Addiction and Medical Psychology (Head of Department – Prof. M.I. Vynnyk)

Ivano-Frankivsk National Medical University

Abstract. Objective: To evaluate peculiarities of the affective sphere of the patients with somatization disorder. **Materials and methods:** psychodiagnostic analysis of 101 cases of somatization disorder in Ivano-Frankivsk medical institutions. Results of the study on affective somatization disorder of patients showed that among them dominated persons with high level of trait anxiety (59.41%) and reactive anxiety (69.31%). Alexetimid scale indicators were above 75 points. **Conclusions:** patients with somatization disorder show clear signs of alexetimid and high reactive anxiety and trait anxiety as compared to the control group.

Keywords: *somatization disorder, alexitimia, trait anxiety and reactive anxiety.*

Надійшла 05.05.2014 року.

УДК: 616.31+ 616.21

Воляк Ю.М., Ожоган З.Р.

Поширеність, етіологія і вплив зубо-щелепних аномалій на формування лицевого черепа

Кафедра ортопедичної стоматології (зав. каф. - проф. З.Р. Ожоган)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Мета: Аномалії зубощелепної системи у дітей та підлітків займають одне з перших місць серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. При супутніх захворюваннях інших систем організму, зокрема і ЛОР-патології, порушення зубощелепної системи виявляються від 60% до 90% випадків. Серед аномалій форми зубних рядів у трансверсальній площині звуження зубних рядів у постійному прикусі на нижній щелепі зустрічається в 37,8% випадків, а на верхній щелепі - в 57% випадків від числа обстежених.

Матеріали та методи дослідження: Одним з найважливіших етіологічних факторів розвитку звуження зубних рядів є порушення функції дихання і, як наслідок, виникнення ротового дихання. До цього призводять захворювання ЛОР-органів: викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин, глоткових і піднебінних мигдалини, аденоїдні розростання.

Для вирішення поставленої мети і завдань роботи проведено клінічні, антропометричні і лабораторні дослідження. Діагностику зубощелепних аномалій та деформацій проводили на основі клінічного обстеження хворих. При внутрішньоротовому огляді визначали стан твердих тканин зубів і пародонту, положення зубів у зубних рядах, форму та розміри зубних рядів та їх співвідношення.

Результати У пацієнтів з наявністю патології ЛОР - органів і відсутністю звуження верхньої щелепи порушення носового дихання виявлено у 45,8% осіб. У пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи і відсутністю патології ЛОР-органів порушення носового дихання відзначено у 35%. У пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи та наявністю патології ЛОР-органів порушення носового

дихання було відзначено у 71,4%.

Порушення носового дихання відзначається у пацієнтів як із звуженням верхньої щелепи, так і без нього, з патологією ЛОР-органів і без неї.

Висновки Таким чином, поширеність ЗЩА, в тому числі і звуження верхньої щелепи, залишається високою серед дітей. Етіопатогенетичні механізми розвитку звуження зубних рядів є дуже різноманітними і часом суперечливими, проте відомостей про взаємовідносини звужених зубних рядів і порожнини носа, що детермінують зміни лицевого черепа, недостатньо.

Ключові слова: *звуження верхньої щелепи, порушення носового дихання, викривлення носової перегородки.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Аномалії зубощелепної системи у дітей та підлітків займають одне з перших місць серед захворювань щелепно-лицевої ділянки [9, 10]. За останні десятиліття частота виявлення аномалій прикусу збільшується, а потреба в лікувально-профілактичних заходах становить при змінному прикусі 36,9%, а в період постійного прикусу більше, ніж 40%, і постійно збільшується з віком [11]. При супутніх захворюваннях інших систем організму, зокрема і ЛОР-патології, порушення зубощелепної системи виявляються від 60% до 90% випадків [3]. Серед аномалій форми зубних рядів у трансверсальній площині, звуження зубних рядів у постійному прикусі на нижній щелепі зустрічається в 37,8%

випадків, а на верхній щелепі - в 57% випадків від числа обстежених. У 95 - 98% звуження верхньої щелепи поєднується з дистальним або мезіальним прикусом, глибоким різцевим перекриттям, вертикальною різцевою дезоклюзією та іншими зубощелепними деформаціями [15]. Аномалії зубних рядів у процесі та після закінчення росту щелеп призводять до порушення форми обличчя з деформацією скелета, порушують морфофункціональні співвідношення, погіршують координацію нервово-м'язового апарату і зменшують витривалість м'язів [1, 2].

У літературі відзначено велику різноманітність варіантів звуження зубних дуг, які зустрічаються в клінічній практиці: рахітична верхня щелепа, V-подібна верхня щелепа, рахітична нижня щелепа - трапецієподібна форма зубного ряду. Фактори, що призводять до звуження зубних рядів, у літературі поділяють на ендегенні та екзогенні, а за часом дії - вроджені і набуті. Етіопатогенетичні механізми розвитку аномалій необхідно розглядати, починаючи з внутрішньоутробного періоду, коли дія різних етіологічних чинників призводить до виникнення патологічних морфо-функціональних змін у зубощелепній системі. Спадковість відіграє величезну роль у розвитку зубощелепних аномалій, так як від батьків до дітей передаються особливості будови лицевого скелета, розмір і форма зубів, щелеп, зубних дуг, м'якотканний профіль обличчя [16, 17]. Однак, частка спадкових аномалій невелика і приблизно становить 14% від загального числа. У матерів з токсікозом вагітності і захворюваннями серцево-судинної системи народжуються недоношені діти, зубощелепні аномалії, у яких відзначаються в 40% випадків. Тому необхідно враховувати вплив декількох етіологічних факторів зовнішнього середовища, що призводять до різноманітних відхилень у розвитку зубощелепної системи [4].

Серед хвороб раннього дитячого віку, які викликають зубощелепні аномалії, необхідно виділити рахіт, при якому спостерігається недостатнє зростання кісток основи черепа і зменшення його висоти, сплюснення потилиці, звуження верхньої щелепи, високе готичне піднебіння, відставання росту щелеп [14]. Причиною розвитку аномалій зубощелепної системи також є порушення фізіологічної рівноваги м'язів щелепно-лицьової ділянки [7, 8]. Штучне вигодування впливає на формування патологічних видів оклюзії в 2,3 рази частіше, ніж у дітей з природним вигодуванням. Необхідно відзначити, що наявність одного або декількох етіологічних факторів призводять до появи інших, посилюючи тим самим наявну патологію [13]. Одним із найважливіших етіологічних факторів розвитку звуження зубних рядів є порушення функції дихання і, як наслідок, виникнення ротового дихання. До цього призводять захворювання ЛОР-органів: викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин, глоткових і піднебінних мигдалин, аденоїдні розростання та інші [11]. Одні автори вважають, що утруднення носового дихання є причиною виникнення звуження щелеп та інших зубощелепних аномалій, а інші, навпаки, вважають, що звужена верхня щелепа викликає порушення дихання [5, 6, 12]. Достатньо часто, поряд із порушенням прохідності носових ходів, присутні хронічні бронхолегеневі захворювання, такі як бронхіальна астма, хронічний бронхіт, хронічні бронхопневмонії [16, 17].

Тому на даний час актуальним є вивчення поширеності і причин розвитку зубо-щелепних аномалій у пацієнтів з поєднаною патологією і, зокрема, ЛОР-органів.

Метою дослідження є вивчення поширеності різних видів зубо-щелепних аномалій і деформацій у пацієнтів із поєднаною патологією ЛОР-органів.

Матеріал і методи дослідження

Нами було обстежено 350 дітей, віком 6-18 років, з метою виявлення зубощелепних аномалій і деформацій, ЛОР-патології і їх поєднання.

Для вирішення поставленої мети і завдань роботи проведено

клінічні, антропометричні дослідження. Діагностику зубощелепних аномалій та деформацій проводили на основі клінічного обстеження хворих, яке включало збір анамнезу, зовнішній огляд, огляд обличчя, його симетрію, пропорційність розвитку щелеп, виразність носогоубних і підборідкових складок, ступінь відкриття рота та тип дихання. При внутрішньоротовому огляді визначали стан твердих тканин зубів і пародонту, положення зубів у зубних рядах, форму та розміри зубних рядів та їх співвідношення. Ортодонтчний діагноз встановлювався відповідно до класифікацій Калвеліса, Енгля та Хорошилкиної [15]. Антропометричні методи дослідження. При вивченні діагностичних моделей щелеп визначали аномалії розмірів зубів і зубних рядів, розташування зубів, форму зубних рядів. При вимірюванні штангенциркулем діагностичних моделей щелеп визначали в міліметрах наступні розміри та їх співвідношення: мезіо-дистальні розміри коронок зубів; ширину зубних рядів (Pont); параметри піднебінного склепіння за З. І. Долгополовою та Н. В. Панкратовою; індекс висоти піднебіння за методикою П. Берцбаха [15].

Результати дослідження та їх обговорення

При обстеженні встановлено, що у 21,4% обстежених відсутні зубощелепні аномалії та деформації і ЛОР-патологія. Нами були виявлені 41,4% пацієнтів з наявними зубощелепними аномаліями і деформаціями, без поєднання з ЛОР-патологією. Крім цього, серед обстежених є група пацієнтів без зубощелепних аномалій з ЛОР-патологією - 10,3%. Також, значний відсоток пацієнтів виявлено нами з наявними зубощелепними аномаліями і деформаціями, поєднаними з ЛОР-патологією - 26,9%.

Серед зубощелепних аномалій дистальний прикус було виявлено у 27% обстежених, перехресний прикус - у 7%, відкритий - у 3%, а аномалії положення окремих зубів - у 29%. Звуження верхньої щелепи нами було виявлено у 69% пацієнтів.

Серед обстежених пацієнтів у 37,2% виявлено наявність патології ЛОР-органів. Так, у пацієнтів віком від 6 до 18 років структура патології ЛОР-органів виглядала наступним чином. Найбільш часто зустрічалася поєднана патологія, тобто наявність двох або більше нозологічних форм (42%), а далі йшло викривлення носової перегородки, яке становить 32% від усієї патології ЛОР-органів. В осіб зі звуженням верхньої щелепи частота поєднаної патології становить 34%, а у пацієнтів без звуження верхньої щелепи 25%. Викривлення носової перегородки в осіб зі звуженням верхньої щелепи зустрічалася в 11,4%, без звуження - у 8,3%. Частота гіпертрофії нижньої носової раковини у пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи становило 14,3%, а без звуження - 8,3%.

Частота хронічного тонзиліту у пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи становила 5,7%, а без звуження - 4,2%. З анамнезу з'ясували, що у 20% пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи в дитячому віці була проведена аденоотомія, а у пацієнтів без звуження верхньої щелепи в анамнезі аденоотомія відзначена лише у 12,5%.

Серед обстежених пацієнтів у 54% відзначалося порушення повітряної прохідності носових ходів, нормальні показники ринопневмометрії відзначені у 46%.

У пацієнтів з наявністю патології ЛОР-органів і відсутністю звуження верхньої щелепи порушення носового дихання виявлено у 45,8% осіб. У пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи і відсутністю патології ЛОР-органів порушення носового дихання відзначено у 35%. У пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи та наявністю патології ЛОР-органів порушення носового дихання було відзначено у 71,4%.

Таким чином, поширеність ЗЩА, в тому числі і звуження верхньої щелепи, залишається високою серед дітей. Етіопатогенетичні механізми розвитку звуження зубних рядів є різноманітними і часом суперечливими, проте відомостей про взаємовідносини звужених зубних рядів і порожнини носа, що детермінують зміни лицевого черепа, недостатньо.

Висновки

1. Нами встановлено, що поширеність зубощелепних

аномалій у обстежених дітей становить 68,3%. При цьому наявність ЛОР патології становила 37,2%. Необхідно відзначити, що у 26,9% обстежених спостерігається поєднання зубощелепних аномалій та деформацій із патологією ЛОР-органів.

2. Найбільш часто в обстежених пацієнтів було виявлено дистальний прикус і звуження верхньої щелепи, а також викривлення носової перегородки, порушення носового дихання та хронічні тонзиліти.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягає у вивченні взаємозв'язку між захворюваннями ЛОР-органів і зубощелепними аномаліями та деформаціями.

Література

1. Диагностика и лечение сочетанных деформаций челюстей / Безруков В.М., Оспанова Г.Б., Рудько В.В., Степанова И.Г.// —К.: Стоматология, 1997. — С.47-51.
2. Дабаева Д.Г. Лечебная гимнастика в комплексном лечении детей 7- 12 лет с сужением зубных рядов: дис. ... канд. мед. наук / 14.00.21./ Дабаева Д.Г./- М., 1998. - 22с.
3. Зубкова Л.П. Исследование жизненной ёмкости лёгких у пациентов с вертикальными аномалиями прикуса/ Л.П. Зубкова// - Вестник стоматологии.-1997.-№ 4.-С. 250-253.
4. Минаева И.Н. Изменения черепных костей при дистальном прикусе по данным рентгенологического обследования / Минаева И.Н., Рабухина Н.А., Хорошилкина Ф.Я. // Стоматология 1995. - № 1. - С. 62-64.
5. Овчинников Ю.М. Оториноларингология. / Ю.М. Овчинников // - М.: Медицина, 1995.- С. 186-189.
6. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология /Пальчун В.Т., Крюков А.И./- М.: Литера, 1997.- с.252- 256.
7. Функциональная характеристика мышц челюстно-лицевой области у детей в возрасте 8-12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов при различных антропологических типах головы и лица. / Персин Л.С., Набиль М., Титов В.И., Козырева Т.Ф.//— М., Деп. ГЦНМНБ 12.01.93, № Д-23000. 1992. - 6 с.
8. Попова О.И. Состояние жевательной функции у детей с ортогнатическим прикусом. / О.И. Попова, Н.К. Логинова// Стоматология. — 1990.- №3. - С. 76-78.
9. Сазонова О.Н. Ортодонтическое лечение дистального прикуса. / Сазонова О.Н., Еричев В.В.// -М.: 1992. - С. 58-60.
10. Тимачева Т.Б. Научное обоснование потребности населения крупного промышленного центра в дифференцированной стоматологической ортопедической помощи: дис. ... канд.мед.наук. / Т.Б. Тимачева//— Волгоград, 1996. - 17 с.
11. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии/ Ф.Я.Хорошилкина// - М., 1999. — 218 с.
12. Treatment of obstructive sleep apnea syndrome by rapid maxillary expansion / Cistulli P.A., Palmisano R.G., Poole M.D. // Sleep. - 1998. — Vol. 21, - № 8.-P.831-835.
13. Temporal variation in nasal and oral breathing in children / Ellingsen R., Vandevanter C., Shapko P., Spiro G.// —American Orthodontics. —1995. - Vol. 107, N 3. - P. 411-417.
14. Janzed D.L. Current imaging of temporomandibular joint abnormalities; a pictorial essay. / Janzed D.L. // Canadian Association of Radiologists Journal Instructions to Authors. - 1998. - Vol.49, N1. -P.21-34
15. Jendresen-MD. Annual review of selected dental literature; report of the Committee on Scientific Investigation of the American Academy of Restorative Dentistry / Jendresen-MD; Allen-EP // Journal of Prosthetic Dentistry—1998. - Vol.80, N1. - P.81-120.
16. Stohler C.S. Phenomenology, epidemiology, and natural progression of the muscular temporomandibular disorders / Stohler C.S./ / Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology—1997. - Vol.83,N1. - P.77-81.
17. Sugavara N. A survey on condition of outpatients at prosthodontics. / Sugavara N. // Kokubyo-Gakkai-Zasshi - 1998. - Vol.65, N2. -P.251-259.

Воляк Ю.Н., Ожоган З.Р.

Распространенность, этиология и влияние на формирование лицевого черепа зубочелюстных аномалий

Кафедра ортопедической стоматологии Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Резюме. Цель: Аномалии зубочелюстной системы у детей и

подростков занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области. При сопутствующих заболеваниях других систем организма, в том числе и ЛОР-патологии, нарушения зубочелюстной системы наблюдаются от 60% до 90% случаев. Среди аномалий формы зубных рядов в трансверсальной плоскости сужение зубных рядов в постоянном прикусе на нижней челюсти встречается в 37,8% случаев, а на верхней челюсти - в 57% случаев от числа обследованных.

Одним из важнейших этиологических факторов развития сужения зубных рядов, является нарушение функции дыхания и, как следствие, возникновение ротового дыхания. К этому приводят заболевания ЛОР - органов: искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, глоточных и небных миндалин, аденоидные разрастания.

Материал и методы

Для решения поставленных целей и задач работы проведены клинические, антропометрические и лабораторные исследования. Диагностику зубочелюстных аномалий и деформаций проводили на основе клинического обследования больных. При внутриворотном осмотре определяли состояние твердых тканей зубов и пародонта, положение зубов в зубных рядах, форму и размеры зубных рядов и их соотношение.

Результаты У пациентов с наличием патологии ЛОР - органов и отсутствием сужения верхней челюсти нарушение носового дыхания выявлено у 45,8% лиц. У пациентов с сужением верхней челюсти и отсутствием патологии ЛОР-органов нарушение носового дыхания отмечено у 35%. У пациентов с сужением верхней челюсти и наличием патологии ЛОР-органов нарушение носового дыхания было отмечено в 71,4%.

Нарушение носового дыхания отмечается у пациентов как с сужением верхней челюсти, так и без него, с патологией ЛОР-органов и без нее.

Выводы Таким образом, распространенность зубо-челюстных аномалий, в том числе и сужение верхней челюсти, остается высокой среди детей. Этиопатогенетические механизмы развития сужения зубных рядов очень разнообразны и порой противоречивы, однако сведений о взаимоотношениях суженных зубных рядов и полости носа, детерминирующих изменения лицевого черепа недостаточно.

Ключевые слова: сужение верхней челюсти, нарушение носового дыхания, искривление носовой перегородки.

Yu.M. Voliak, Z.R. Ozhogan

Prevalence, Etiology and Influence of the Dentoalveolar Anomalies and Deformations on the Growth of the Facial Cranium

Department of Orthopedic Dentistry

Ivano-Frankivsk National Medical University

Abstract. The dentoalveolar system anomalies in children and teenagers occupy one of the first places among the jaw-facial section diseases. While the concomitant diseases of the other systems of organism, in particular, otolaryngologic pathologies, violations of the dentoalveolar system are from 60% to 90% of cases. Among the anomalies of the dental rows form in the transversal plane the narrowing of the dental rows in a permanent bite of lower row of teeth can be found in 37.8% of the cases, and of upper row of teeth in 57% of the cases from the number of examined patients.

One of major etiologic factors of the development of dental rows narrowing is breathing parafunction and, as a result, the arising of the mouth breathing. To the above mentioned lead the otolaryngologic diseases such as the curvature of nasal septum, hypertrophy of nasal shells, gullet and palate tonsils and adenoid growth.

For the decision of the purpose and tasks of the work clinical, anthropometric and laboratory researches were conducted. The dentoalveolar anomalies and deformations diagnostics was conducted on the basis of clinical examination of patients. While intraoral examination, the state of hard tissues of teeth and parodontum, the position of teeth in dental rows, their shapes and sizes of dental rows and their correlation were determined.

For patients with the presence of otolaryngologic pathology and the absence of maxilla narrowing the violation of the nasal breathing was discovered in 45.8% from the number of inspected. For patients with maxilla narrowing and the absence of otolaryngologic pathology the violation of the nasal breathing was marked in 35%. For patients with maxilla narrowing and presence of otolaryngologic pathology the violation of the nasal breathing was found in 71.4%.

The violation of the nasal breathing is marked in patients with both maxilla narrowing and without it, as well as, with otolaryngologic pathology and without it.

Thus, prevalence of the dentoalveolar anomalies, including maxilla narrowing, remains high among children. Etiopathogenetical mechanisms of development of dental rows narrowing are various and sometimes contradictory, however, there is not enough information about the mutual relations of the narrowed dental rows and nose cavities

that determines the changes of facial cranium.

Keywords: maxilla narrowing, violation of the nasal breathing, curvature of nasal septum.

Надійшла 31.03.2014 року.

УДК616-071+547.96+616.24-008.4+616.12-008.1

Герич П.Р., Яцишин Р.І.

Клінічне і прогностичне значення біологічних маркерів у діагностиці і перебігу кардіопульмональної патології

Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Є.М. Нейка ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. У 72 хворих із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) III ст. проведено вивчення рівнів антецедентних біологічних маркерів типу 0 в плазмі крові (імунoglobulinів, С-реактивного білка (СРБ) та α_2 -макроглобуліну), які використовувалися нами в якості первинних точок оцінки ризику формування, тяжкості перебігу і прогнозу коморбідної ішемічної хвороби серця (ІХС). У пацієнтів із кардіореспіраторною патологією (КРП) встановлено помірне підвищення продукції IgM у пацієнтів усіх обстежуваних груп, водночас виявлено зниження рівнів IgA і IgG. Зменшення вмісту IgG було найбільш виразним у пацієнтів із ХОЗЛ і супутньою ІХС, середні значення якого становили $(9,30 \pm 0,28)$ мг/л при нормі $(12,51 \pm 0,21)$ мг/л. Найбільш низький рівень IgA відмічено у пацієнтів із ХОЗЛ в поєднанні з коморбідною ІХС, який становив $(1,32 \pm 0,11)$ мг/л, що у 1,49 разів є вірогідно менший ($p < 0,05$), порівняно з групою практично здорових осіб (ПЗО).

Найвищі рівні СРБ та α_2 -макроглобуліну встановлено у пацієнтів із ХОЗЛ III ст. в поєднанні з коморбідною ІХС, що дозволяє припускати їх важливу роль в порушеннях ліпідного спектру крові і патогенезі атероматозного ураження коронарних артерій та формуванні ІХС, що підтверджено результатами ліпідограми і коронарографії. Аналіз порівнюваних анамнестично-клінічних критеріїв ризику формування та показників біологічних маркерів тяжкості і прогнозу ІХС виявив їх особливості залежно від тяжкості перебігу ХОЗЛ і від варіанту її перебігу.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, супутня і коморбідна ішемічна хвороба серця, біологічні маркери, кардіореспіраторна патологія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. На сьогодні ХОЗЛ розглядають як хронічне дифузне, неалергійне запалення бронхів, паренхіми легень та судин, у клінічній картині якого домінує обструктивний тип дихальної недостатності з необоротною або частково оборотною обструкцією дихальних шляхів, що перебігає з системними наслідками або супутніми захворюваннями [18]. Наведене визначення вказує на одночасне існування у хворих із ХОЗЛ як системних ефектів, так і власне супутніх захворювань. Між системними ефектами і супутніми захворюваннями існує істотна різниця, яка витікає із самої їхньої суті. З одного боку, ХОЗЛ погіршує перебіг хронічних супутніх захворювань, які розвинулися ще до його клінічних виявів, що спостерігається у більшості людей старшого і похилого віку і, які визначають поняття поліморбідності [1,7,13]. З другого боку, ХОЗЛ, з його хронічним перебігом, кумуляцією тривалодіючих чинників ризику і тривалим прийомом медикаментозних препаратів, програмує системні ефекти [5,16]. Найбільш вивчені метаболічні і м'язово-скелетні системні ефекти: дисфункція скелетних м'язів, зниження маси тіла, остеопороз, анемія, поліцитемія тощо, які можуть значно погіршувати його перебіг, що визначає поняття коморбідності [1,7, 11, 13]. В останні роки підвищується значення

коморбідності як прогностичного маркера при ХОЗЛ [8,14]. Традиційно під коморбідністю (лат. со – разом, morbus – хвороба) розуміють наявність декількох хвороб у пацієнтів. На сьогодні це визначення значно модифікується і передбачає наявність синдромів або хвороб, патогенетично пов'язаних, які збігаються за часом з основним захворюванням, в даному випадку із ХОЗЛ [3,5]. Одними із потенційних системних ефектів ХОЗЛ є кардіоваскулярна патологія, при якій важливе місце займають пошкодження ендотеліальних судин з розвитком ендотеліальної дисфункції, метаболічна кардіоміопатія, стабільна стенокардія напруги на тлі ІХС, артеріальна гіпертензія чи легенева гіпертензія з подальшим розвитком хронічного легеневого серця [8, 20]. Висловлюють припущення, що власне персистуюче запалення, яке характерне для ХОЗЛ, і пов'язані з ним імунологічні порушення складають основний внесок у патогенез серцево-судинних захворювань, зокрема ІХС [14]. За даними окремих авторів, значення ХОЗЛ, як самостійного фактора розвитку і перебігу ІХС, виявляється незалежно від наявності та дії інших чинників ризику (артеріальної гіпертензії, дисліпідемія, куріння) серцево-судинних захворювань [19]. Недостатня увага до системних ефектів або супутніх захворювань, а інколи й неадекватна оцінка їхнього впливу на основні клінічні ознаки ХОЗЛ, є нерідко причиною діагностичних і лікувальних помилок [7]. Причини виникнення ІХС у хворих із ХОЗЛ вивчено недостатньо. Механізми поєданого перебігу їх складні. Вищенаведене свідчить про насущну потребу в розгляді проблем у пульмонологічній і кардіологічній практиці на конкретних клінічних ситуаціях у єдиному блоці.

Актуальною залишається також своєчасна діагностика супутньої і коморбідної ІХС у хворих на ХОЗЛ, яка утруднена через подібність симптомів, а також через те, що у 80,5% хворих на ХОЗЛ спостерігаються безбольові форми ІХС [15] та від 80,1 до 96,7% випадків –порушення ритму серця [10,16]. Усвідомлення такої ситуації зумовило підвищити увагу дослідників до вивчення визначальних чинників ризику і механізмів формування, розвитку і перебігу супутньої ІХС у хворих на ХОЗЛ і визначення місця біологічних маркерів в ранній діагностиці КРП.

Мета дослідження. Визначити місце і значення біологічних маркерів у ранній діагностиці коморбідної ішемічної хвороби серця у пацієнтів із загостренням ХОЗЛ III стадії.

Матеріал і методи дослідження

У дослідження включено 72 пацієнти на ХОЗЛ III стадії. Із них 60 (83,33%) чоловіків і 12 (16,66%) жінок із ізольованим перебігом ХОЗЛ III ст. і в поєднанні із ІХС, стабільна стенокардія, І-ІІ ФК. У 19 (26,38%) хворих встановлено помірний перебіг захворювання, у 53 (73,61%) – тяжкий.

Для порівняння результатів дослідження всіх пацієнтів мето-