

утворень в очі. Визначена необхідність проведення подальших досліджень щодо встановлення причин зниження якості життя та розробки заходів медико-соціальної реабілітації хворих.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, орган зору та його придатки, якість життя.

Резюме

Гудзь А.С. *Оценка качества жизни больных со злокачественными новообразованиями органа зрения с использованием вопросника "SF-36".*

Исследованием установлено, что среди офтальмоонкологических больных наблюдается снижение качества жизни за счет физического и психологического компонентов. В особенности выражено снижение качества жизни среди больных пенсионного возраста и при локализации злокачественных новообразований в глазу. Определена необходимость проведения дальнейших исследований для установления причин снижения качества жизни и разработки мероприятий медико-социальной реабилитации больных.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, орган зрения и его придатки, качество жизни.

Summary

Hudz A.S. *Estimation of quality the life of patients with the malignant new formations of the visual organ with the use of a questionnaire "SF-36".*

A study established that reduction in the quality of life due to the physical and psychological components is observed among the ophthalmologic patients. Is in particular expressed reduction in the quality of life among the patients of pension age and with the localization of malignant new formations in the eye. The need for conducting further studies for the establishment of the reasons of reduction in the quality of life and development of the measures of the medico-social rehabilitation of patients is determined.

Key words: malignant new formations, the visual organ and its appendages, the quality of life.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М.Петруня

УДК 616.12-009.72+616.24-004.271-036-12]+615/835/1

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ВІД ВИХІДНИХ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИХ ВЕЛИЧИН У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ З СУПУТНІМ ХОЗЛ

Г.А.Ігнатенко, І.В.Мухін, Є.А.Контовський
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Вступ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найбільш частою причиною смерті людей в Україні [4, 6]. Близько 15% населення України страждають хронічними формами ІХС. Після гіпертоніків, що становлять майже 1/3 населення, це другий за чисельністю контингент хворих. Факторами, що ускладнюють перебіг стенокардії напруги (СН) є: порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД), легенева гіпертензія, системна артеріальна гіпертензія, гіпертрофія лівого шлуночка, систолічна, діастолічна або змішана серцева недостатність, гіпер-/дісліпідемія [2]. Хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) є четвертою за частотою причиною смертності населення в сучасному суспільстві [1]. Головними причинами смерті хворих на ХОЗЛ є: гостра дихальна недостатність - 38%; легеневе серце - 13%; гострий коронарний синдром - 12%, легеневі інфекції - 11%; емболії легеневої артерії - 10%; хронічна ішемія міокарду і серцеві аритмії - 8% [13]. Ситуація значно погіршується при наявності у хворих двох (СН і ХОЗЛ) патологічних станів, що взаємно обтяжують перебіг один одного через наявність загальних патогенетичних механізмів прогресування, одним з яких, універсальним, є гіпоксія [12]. До того ж, відсутність чітких рекомендацій з приводу лікування сукупної кардіо-респіраторної патології є вельми актуальною сучасною проблемою, що далека від остаточного вирішення [11].

В останні роки розроблена і широко застосовується методика підвищення неспецифічної резистентності організму за

рахунок адаптації до стану гіпоксії в нормобаричних умовах - інтервальна нормобарична гіпокситерапія (ІНБГТ), яку активно застосовують в проведенні комплексного лікування хворих на таку сукупну патологію [7, 8].

Мета роботи полягала в аналізі залежності показників ФЗД від вихідних ехокардіографічних величин у хворих на стенокардію напруги з супутнім ХОЗЛ.

Матеріал та методи дослідження

До дослідження включено 90 хворих на стабільну стенокардію (II-III функціонального класу за NYHA) з супутнім ХОЗЛ (1-2 стадії) віком від 40 до 60 років. Наявність і ступінь тяжкості ХОЗЛ встановлювали згідно з наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія" [9]. Хворі розподілені в 2 групи. До 1-ї групи включені 45 пацієнтів, які лікувалися медикаментозними засобами, що регламентовані діючими наказами і відповідними рекомендаціями. Базова медикаментозна терапія включала: статини, аспірин, нітрати, антитромбоцитарні засоби, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, антагоністи кальцію, короткодійні і пролонговані інгаляційні бета-2 агоністи або холінолітики, інгаляційні кортикостероїди (при загостренні ХОЗЛ, бронхіальній обструкції), або метілксантини. До 2-ї групи увійшли 45 хворих, які отримували аналогічну медикаментозну терапію, але з щоденними сеансами ІНБГТ протягом місяця. Критеріями виключення з дослідження були: гострий коронарний синдром, прогресуюча стенокардія, СН 4 функціонального класу, інфаркт міокарда давниною до 6 місяців, хронічна постінфарктна аневризма лівого шлуночка, наявність тромбів в порожнинах серця, хронічна серцева недостатність 3 стадії, артеріальна гіпертензія 3 стадії, стан після ревазуляризуєчих операцій на коронарних судинах, стан після імплантації штучного водія серцевого ритму або кардіовертера-дефібрилятора, астматичний стан, загострення ХОЗЛ з наявністю гіпоксемії, декомпенсація хронічного легеневого серця, потреба в реанімаційних засобах лікування.

В роботі використана трансторакальна ехокардіографія і доплерографія (ехокардіограф "Vivid 3", фірми "General Electric", (США)) за стандартними методиками [10]. ФЗД вив-

чали на апараті "Master Lab Pro" (фірми "Jaeger", Німеччина) методом бодіплетизмографії з газоаналізатором для визначення дифузійної здатності легенів. Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері з використанням пакетів програм "Statistica 6.0". Статистично значущі відмінності визначали при рівні $p < 0,05$.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконувалася згідно планової наукової теми кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №2 Донецького національного медичного університету ім. М.Горького "Застосування інтервальної нормобаричної гіпокситерапії в комплексному лікуванні моноорганної і поєднаної терапевтичної патології" (№ держреєстрації 0108U009884).

Отримані результати та їх обговорення

У хворих 1-ї групи статистично достовірні відмінності встановлено між: ОФВ1 і скоротністю лівого шлуночка серця (пряма кореляція), між ОФВ1 і розміром лівого шлуночка (зворотна кореляція), між ОФВ1 і фракцією викиду (пряма кореляція), між ЖЄЛ і скоротністю (зворотна кореляція), ЖЄЛ і розмірами лівого передсердя (зворотна кореляція), ЖЄЛ і фракцією викиду (зворотна кореляція). В 2-ій групі достовірні відмінності отримані між ОФВ1 і скоротністю (пряма кореляція), МОШ_{75%} і скоротністю (зворотна кореляція), між ЖЄЛ і скоротністю (пряма кореляція), D_LCO і скоротністю (пряма кореляція), D_LCO і фракцією викиду (пряма кореляція), між АО і скоротністю (зворотна кореляція), між АО і фракцією викиду (пряма кореляція).

У хворих з сукупною патологією (СН і ХОЗЛ) визначається значна частота безболісної ішемії міокарду (silent ischemia), частота якої наближається до 10-15%. Вважають, що у хворих на СН з наявністю супутнього ХОЗЛ, порушення дифузії кисню сприяє погіршенню коронарного кровопостачання і появи саме безболісної ішемії міокарду [7]. Наявність її при сукупній серцево-легеневій патології є прогностично несприятливим, оскільки в 5-6 разів збільшує частоту раптової смерті [8].

На думку одних клініцистів, виражений атеросклероз у хворих на ХОЗЛ розвивається досить часто, на думку інших,

атеросклероз при ХОЗЛ розвивається рідко й буває слабо вираженим. Якщо спочатку виникла ХОЗЛ, тим більше у хворого в молодому віці, то ймовірність розвитку вираженого атеросклерозу в даній ситуації не велика [14]. Навпроти, якщо спочатку виникає атеросклероз, то ймовірність розвитку ХОЗЛ у цьому випадку різко зростає [8].

Таблиця 1

Достовірність (р) кореляційних зв'язків показників ФЗД з ЕхоКГ показниками у хворих на стенокардію напруги з супутнім ХОЗЛ 1-ї групи

Показники ФЗД	ЕхоКГ показники			
	ΔS ЛШ	Розмір ЛП	ФВ	
1	абсолютні величини	↑0,12	↓0,18	↑0,12
	відносні величини	↑0,40*	↓0,31*	↑0,32*
2	абсолютні величини	↑0,10	↑0,14	↑0,03
	відносні величини	↑0,11	↑0,09	↑0,08
3	абсолютні величини	↑0,17	↑0,12	↓0,06
	відносні величини	↑0,10	↑0,11	↓0,04
4	абсолютні величини	↑0,03	↓0,09	↑0,09
	відносні величини	↑0,04	↓0,11	↑0,22
5	абсолютні величини	↑0,17	↓0,16	↑0,15
	відносні величини	↑0,20	↓0,41	↑0,22
6	абсолютні величини	↑0,07	↓0,24	↑0,93
	відносні величини	↑0,10	↓0,10	↑0,08
7	абсолютні величини	↑0,19	↑0,37*	↑0,05
	відносні величини	↑0,07	↑0,40*	↑0,16
8	абсолютні величини	↓0,13	↓0,12	↓0,22
	відносні величини	↓0,10	↓0,22	↓0,13
9	абсолютні величини	↓0,35*	↓0,31*	↓0,31*
	відносні величини	↓0,29*	↓0,20*	↓0,37*
10	абсолютні величини	↑0,09	↓0,05	↑0,06
	відносні величини	↑0,12	↓0,01	↑0,08
11	абсолютні величини	↑0,09	↓0,05	↑0,01
	відносні величини	↑0,14	↓0,18	↑0,28
12	абсолютні величини	↓0,09	↑0,19	↑0,13
	відносні величини	↓0,15	↑0,10	↑0,16

Примітки: в табл. 1-2: 1 - ОФВ1, 2 - ФЖЕЛ, 3 - МОШ_{25%}, 4 - МОШ_{50%}, 5 - МОШ_{75%}, 6 - СОШ_{25-75%}, 7 - ЖЕЛ, 8 - ФЗЄ, 9 - ЗО, 10 - ЗЕЛ, 11 - D_{CO}, 12 - АО; ↑ - прямиї кореляційні зв'язки, ↓ - зворотні кореляційні зв'язки; * - достовірний кореляційний зв'язок.

За результатами низьки досліджень СН у 30-45% хворих поєднується з ХОЗЛ, до того ж, кількість таких хворих в останні

роки невпинно зростає і вони займають понад 50% в структурі смертності [15]. Як СН, так і ХОЗЛ дебютують приблизно в одному віці, їх зближують такі спільні фактори ризику, як хронічне запалення, паління, гіподинамія, ожиріння, несприятливі умови навколишнього середовища, чоловіча стать [7].

Таблиця 2

Достовірність (р) кореляційних зв'язків показників ФЗД з ЕхоКГ показниками у хворих на стенокардію напруги з супутнім ХОЗЛ 2-ї групи

Показники ФЗД	ЕхоКГ показники			
	ΔS ЛШ	Розмір ЛП	ФВ	
1	абсолютні величини	↑0,49*	↑0,16	↑0,42
	відносні величини	↑0,42*	↑0,17	↑0,41
2	абсолютні величини	↓0,19	↑0,10	↑0,40
	відносні величини	↓0,18	↑0,09	↑0,17
3	абсолютні величини	↑0,26	↑0,23	↓0,47
	відносні величини	↑0,21	↑0,21	↑0,13
4	абсолютні величини	↓0,17	↓0,13	↑0,19
	відносні величини	↓0,14	↓0,09	↑0,17
5	абсолютні величини	↑0,38*	↓0,07	↑0,10
	відносні величини	↑0,32*	↓0,12	↑0,25
6	абсолютні величини	↓0,09	↓0,16	↑0,24
	відносні величини	↓0,29	↓0,30	↑0,13
7	абсолютні величини	↑0,39*	↑0,21	↑0,13
	відносні величини	↑0,48*	↑0,24	↑0,19
8	абсолютні величини	↓0,52	↓0,36	↓0,08
	відносні величини	↓0,21	↓0,20	↓0,10
9	абсолютні величини	↓0,30	↓0,30	↓0,22
	відносні величини	↓0,25	↓0,21	↓0,29
10	абсолютні величини	↓0,19	↓0,26	↑0,10
	відносні величини	↓0,10	↓0,17	↑0,13
11	абсолютні величини	↑0,41*	↓0,28	↑0,29*
	відносні величини	↑0,49*	↓0,19	↑0,24*
12	абсолютні величини	↓0,39*	↓0,10	↑0,25*
	відносні величини	↓0,54*	↓0,19	↑0,65*

Основними механізмами патогенезу синдрому взаємного обтяження у хворих із поєднаною патологією є зниження імунологічної реактивності з імунорегуляторними порушеннями, гіперкоагуляція зі зниженням фібринолізу, активація симпато-адреналової та ренін-ангіотензинової систем, перекисного окислення ліпідів, що сприяє порушенням мікроциркуляції в легенях та міокарді, вентиляційній, гемодинамічній і тканинній гіпоксії [15].

Існує також проблема поєднання ліків, що застосовуються при лікуванні ІХС і ХОЗЛ. Бета-адреноблокатори, що є базовими засобами лікування стабільної стенокардії і післяінфарктних хворих, погіршують бронхіальну провідність. Навпаки, бета-2 агоністи, які є базисними засобами терапії бронхообструктивного синдрому прискорюють серцевий ритм, погіршують коронарне кровопостачання через зменшення діастолічної перфузії міокарду, а високих дозах - сприяють виникненню порушень серцевого ритму [7].

Висновки

1. Показники ФЗД у хворих на СН з супутнім ХОЗЛ на тлі стандартної медикаментозної терапії прямо корелюють з скоротністю лівого шлуночка (ОФВ₁), фракцією викиду (ОФВ₁), та обернено з розміром лівого передсердя (ОФВ₁), скоротністю (ЖЄЛ), розмірами лівого передсердя (ЖЄЛ) і фракцією викиду (ЖЄЛ).

2. При додатковому залученні в лікувальний процес ІНБГТ отримані вже інші результати, а саме, показники ФЗД прямо корелюють з скоротністю (ОФВ₁, ЖЄЛ, D_LCO), фракцією викиду (D_LCO і АО) та обернено з скоротністю (МОШ_{75%}, АО).

3. Такі результати свідчать про те, що, залучення гіпосите-рапії в комплекс лікувальних заходів сприяє поліпшенню не лише систолічної функції лівого шлуночка (скоротності і фракції викиду), але й процесів альвеолярної дифузії газів.

Література

1. Авдеев С. Н. Стратегия ведения кардиологического пациента, страдающего ХОБЛ. Кардио-пульмонологические взаимоотношения / С. Н. Авдеев, Г. Е. Баймаканова // Сердце. - 2006. - №6. - С. 305-309.
2. Авдеев С. Н. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы ассоциации / С. Н. Авдеев, Г. Е. Баймаканова // Пульмонология. - 2008. - №1. - С. 5-13.
3. Белов, А. А. Оценка функции внешнего дыхания. Методические подходы и диагностическое значение / А. А. Белов, И. А. Лакишина. - М., 2002. - 34 с.

4. Ватутин Н. Т. Ишемическая болезнь сердца / Н. Т. Ватутин, Е. В. Михальченко // Университетская клиника. - 2008. - №2. - С. 43-47.

5. Захарова А. И. Диагностические возможности эхокардиографии у больных ишемической болезнью сердца / А. И. Захарова, В. С. Никифорова, А. С. Свистов // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. - 2009. - №6. - С. 78-84.

6. Ишемична хвороба серця - стенокардія / За ред. О. І. Дядика. - Донецьк : Регіон, 2005. - 134 с.

7. Закощиков К. Ф. Гипокситерапия / К. Ф. Закощиков, С. О. Катин. - М.: Бумажная Галерея, 2002. - 64 с.

8. Колчинская А. З. Нормобарическая интервальная гипоксическая тренировка в медицине и спорте / А. З. Колчинская, Т. Н. Цыганова, Л. А. Остапенко. - М.: Медицина, 2003. - 408 с.

9. Наказ № 128 від 19.03.2007 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія". - Київ, 2007. - 146 с.

10. Шиллер Н. Клиническая эхокардиография / Н. Шиллер, М. А. Осипов. - М., 2005. - 347 с.

11. Beta-blockers use in patients with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant cardiovascular conditions / K. Albouaini, M. Andron, A. Alahmar, M. Egred // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon Dis. - 2007. - Vol.2, № 4. - P. 535-540.

12. Cardiac disease in chronic obstructive pulmonary disease / J. A. Falk, S. Kadiev, G. J. Criner [e.a.] // Proc. Am. Thorac. Soc. - 2008. - Vol.5, № 4. - P. 543-548.

13. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Updated 2008.

14. Huerta C. Respiratory medications and the risk of cardiac arrhythmias / C. Huerta, S. F. Lanes, L. A. Garcia Rodriguez // Epidemiology. - 2005. - Vol.16(3). - P. 360-366.

15. Palomo L. The comorbidity in primary care / L. Palomo, C. Rubio, J. Gervas // Gac. Sanit. - 2006. - Vol.20, Suppl. 1. - P.182-191.

Резюме

Игнатенко Г.А., Мухін І.В., Контовський Є.А. Залежність показників функції зовнішнього дихання від вихідних ехокардіографічних величин у хворих на стенокардію напруги з супутнім ХОЗЛ.

В роботі проаналізовано залежність показників функції зовнішнього дихання від похідних ехокардіографічних показників у хворих з використанням двох терапевтичних режимів.

Ключові слова: показники функції зовнішнього дихання, ехокардіографічні величини, стенокардія напруги, ХОЗЛ.

Резюме

Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Контовский Е.А. Зависимость показателей функции внешнего дыхания от исходных эхокардиографических величин у больных стенокардией напряжения с сопутствующим ХОЗЛ.

В работе проанализирована зависимость показателей функции внешнего дыхания от исходных эхокардиографических показателей у больных с использованием двух терапевтических режимов.

Ключевые слова: показатели функции внешнего дыхания, эхокардиографические величины, стенокардия напряжения, ХОЗЛ.

Summary

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Kontovsky E.A. Relation indexes of function of exterior breath to the initial echocardiographic values for patients with angina and accompanying COPD.

The relation of indexes of function of exterior breath to the initial echocardiographic indexes for patients with two therapeutic regimens is in-process parsed.

Key words: indexes of function of exterior breath, echocardiographic values, angina, COPD.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

УДК 616.28-008.14-073

ЗМІНИ СПЕКТРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО ВУШНОГО ШУМУ ПІД ВПЛИВОМ ЕЛЕКТРИЧНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ

Л.А. Карамзіна, В.К. Рибальченко

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України",

Київський Національний університет ім.Тараса Шевченка

Вступ

Дослідження багатьох авторів останніх років свідчать, що суб'єктивний вушний шум (СВШ) - це не самостійне захворювання, а симптом, який сигналізує про розвиток патологічного процесу в організмі. Такі симптоми в літературі зветься "сигнальними" [1,2]. Чисельні гіпотези і практичні дії поки що не в змозі остаточно пояснити патогенетичний механізм СВШ [3,4]. Однак відомо, що генерується вушний шум фізіологічними розладами, які виникають безпосередньо в органі слуху (СВШ отологічного походження) або за його межами, в інших системах організму (СВШ неотологічного походження) [5, 6]. За даними літератури від 16,5 до 90 % отологічних хворих мають різне за гучністю і спектром відчуття шуму у вухах [7, 8]. Причому спектральне забарвлення СВШ може бути одно- і багатокомпонентним. Однокомпонентний СВШ характеризується відчуттям широкосмугового (ШС), вузькосмугового (ВС) або тонального сигналу (Т), тоді як багатокомпонентний СВШ проявляється комбінацією тону чи тонів на фоні шуму.

Існуючі на сьогодні підходи боротьби з СВШ від нутріцевтиків до маскерів за діючим агентом можна поділити на медикаментозні і немедикаментозні. Багатьох дослідників цієї проблеми більш приваблюють безмедикаментозні підходи якнайменше з кількох причин:

- 1) відсутність побічних дій, притаманних дії медикаментів;
- 2) неінвазивність;
- 3) безболісність;
- 4) можливість повторення без наслідків для досліджуваного;