

терапію. В результаті лікування було встановлено, що через 14 днів від початку лікування у пацієнтів 1 групи грибкова контамінація в області ураження відсутня, в той час як у 2 групі вона зберігалася в течение 3 місяців. Також у пацієнтів 1 групи були статистично значимі більш швидкі епітелізація рогової плівки та зменшення розміру інфільтратів.

Ключеві слова: грибковий кератит, фотодинамічна терапія.

Резюме

Зборовська О.В., Горянова І.С., Курилюк А.М. Ефективність фотодинамічної терапії з 0,1% метиленовим синім та низькоенергетичним лазерним випромінюванням з довжиною хвилі 630-670 нм у хворих грибковими кератитами.

Метою дослідження було вивчити ефективність використання фотодинамічної терапії (ФДТ) з 0,1% метиленовим синім в комбінації з низькоенергетичним лазерним випромінюванням з довжиною хвилі 630-670 нм у хворих тяжкими грибковими кератитами. В дослідження входило 35 пацієнтів хворих на тяжкий грибковий кератит. В залежності від отримання ФДТ пацієнтів було поділено на 2 групи: 1 - основна, пацієнти якої в комплексі стандартного лікування отримували АФДТ, 2 - контрольна, пацієнти якої отримували тільки стандартну терапію. В результаті лікування було встановлено, що через 14 днів від початку лікування у пацієнтів 1 групи грибкова контамінація в ділянці ураження була відсутня, в той час як у 2 групі вона зберігалася протягом 3 місяців. Також у пацієнтів 1 групи були статистично значимо більш швидкі епітелізація рогової плівки та зменшення розміру інфільтратів.

Ключові слова: грибкові кератити, фотодинамічна терапія.

Summary

Zborovskaya A.V., Gorjanova I.S., Kuriluk A.N. Efficacy of photodynamic therapy with 0.1% methylene blue and low-energy laser radiation with wave length 630-670 nm in patients with fungal keratitis.

The purpose was to define efficacy of photodynamic therapy (PDT) with 0.1% methylene blue and low-energy laser radiation with wave length 630-670 nm in patients with severe fungal keratitis. We made conclusion that patients treated with PDT have had faster epithelisation and regress of infiltration of cornea. Fungal contamination in these patients was absent in 14 day of treatment with APDT.

Key words: fungal keratitis, photodynamic therapy.

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

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В СПОЛУЧЕННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Л.Н.Іванова, Ю.В.Сидоренко

ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Вступ

Поліморбідність - одна з основних особливостей сучасної клініки внутрішніх хвороб. Існує ряд припущень про взаємозв'язок ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), в основі яких механізми системних прозапальних реакцій при формуванні тієї або іншої патології [6,7,9,10]. На фоні тривало перебігу патологічного процесу (запалення) в легені з перебудовою бронхіального дерева по типу фіброзу, склерозу, розвитку емфіземи поступово формується гіпертензія малого круга кровообігу, з гіпертрофією міокарду правого шлуночка (легеневе серце) [1,8]. Дихальна гіпоксемія, збільшені перед- і постнавантаження (основа ІБС) також сприяють гіпертрофії і формуванню сполученого кардіосклерозу лівого шлуночка з тим, що обтяжує перебіг ХОЗЛ та ІХС [6,9]. В наших попередніх роботах показано стан показників функції зовнішнього дихання у хворих на дану коморбідну патологію [2], тому вважаємо перспективним вивчення особливостей клінічних проявів та інструментальних даних обстеження серцево-судинної системи у хворих на ІХС в сполученні з ХОЗЛ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота проводилася відповідно до основного плану науково-дослідної роботи (НДР) ДЗ "Луганський державний медичний університет" і є фрагментом НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини "Медична реабілітація хворих з поєднаною патологією" (№ держреєстрації 01091004608).

Матеріали і методи дослідження

Під наглядом знаходилося 31 хворий на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ віком від 20 до 59 років (середній вік $36,1 \pm 0,9$), серед них було 22 (68,7%) чоловіків і 10 (31,3%) жінок. Діагноз ХОЗЛ і ступінь тяжкості його перебігу виставлявся згідно наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. на підставі скарг, анамнестичних, рентгенологічних даних і результатів спірометрії [4]. При цьому I стадія (легкий ступінь) ХОЗЛ діагностувалася при ОФВ1 - 80% належних; клінічно - звичайно, але не завжди, хронічний кашель, виділення мокроти; II стадія (помірний ступінь) при ОФВ 50%, але <80% від належних, клінічно - прогресування симптомів, задишка при фізичному навантаженні; III стадія (важкий ступінь) при ОФВ1 <50% від належних, клінічно - наростання задишки, погіршення якості життя [5]. I стадія ХОЗЛ реєструвалася в 9 пацієнтів (29%), II - в 19 (61,3%) і III - у 3 (9,7%) обстежених хворих.

Діагноз ІХС встановлювали згідно критеріїв ВООЗ (1999) і рекомендацій Європейського суспільства кардіологів (2007) [5].

Усім хворим була проведена стратифікація ризику стабільної стенокардії за клінічною оцінкою та деталізацією історії хвороби, даних об'єктивного обстеження, включаючи визначення індексу маси тіла та окружності талії, електрокардіограми (ЕКГ) в стані спокою. З метою уточнення функціонального класу (ФК) стабільної стенокардії при відсутності протипоказань хворим проводився велоергометричний тест (ВЕМ) під контролем ЕКГ. При визначенні ФК дотримувалися критеріїв Канадської асоціації серця; ЕКГ - дослідження у динаміці проводилося всім хворим. Функціональний стан міокарда і показники внутрішньосерцевої гемодинаміки вивчали методом ехокардіоскопії (ЕхоКС) за рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства з використанням сканера "SIM 7000 CFM Challenge" (Італія) [5].

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ за допомогою одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel і Statistica) з урахуванням принципів, прийнятих в медико-біологічних дослідженнях [3].

Отримані результати та їх обговорення

При оцінці серцево-судинного ризику згідно до рекомендацій Європейського та Українського товариств кардіологів по стратифікації загального серцево-судинного ризику, у 18 з обстежених (58,1%) встановлено високий рівень та у 4 осіб (12,9%) - дуже високий рівень, в той час як середній рівень ризику був виявлений у 9 хворих (29%).

В клінічній картині обстежених з ІХС (стабільна стенокардія II ФК) у сполученні з ХОЗЛ відмічалися типові ангинозні напади, у 7 хворих (22,6%) - кардіалгії, частіше короточасні, з різноманітною іррадіацією болю. У 22 обстежених (71%) біль виникав під час фізичного навантаження, у 4 хворих (12,9%) - при психоемоційних навантаженнях, а у решти (5 осіб - 16,1%) відмічалися еквіваленти болю (відчуття важкості, стиснення за грудиною, нестачі повітря). Як правило, тривалість болювого нападу не перевищувала 10 хвилин.

Больовий синдром був представлений наступним характером болю: давлючим у 17 (54,8%), стискаючим - у 10 (32,2%), пекучим - у 6 (19,3%), ниючим - у 5 (16,1%) та колючим у 4 (12,9%) хворих. На відміну від чоловіків, у яких переважав давлючий біль за грудиною (41,7%), у жінок спостерігався стискаючий біль (43,3%). Іррадіація болю у чоловіків була наступна: в ліву руку (53,1%), в праву руку (22,7%), ліве плече - (21,5%), під ліву лопатку та спину (21,5%), шию (6,3%). У жінок іррадіація болю була однаковою як у ліву лопатку (30,0%) і руку (26,7%), так й в праву половину грудної клітини (23,3%). У переважної більшості хворих (16 обстежених - 51,6%) частота епізодів стенокардії становила 3-4 напади. У 26 хворих (83,9%), що приймали нітрогліцерин, больовий напад проходив через 2-3 хвилини; 5 (16,1%) хворих зовсім не застосовували нітропрепарати. Більшість обстежених (13 осіб - 41,9%) приймала 3-4 таблетки нітрогліцерину за добу.

При об'єктивному обстеженні хворих з коморбідною патологією з боку серцево-судинної системи найчастіше визначалися такі ознаки: приглушеність тонів серця у 21 пацієнта (67,7%), зміщення меж відносної серцевої тупості вліво - у 13 хворих (41,9%), тахікардія - у 12 (38,7%), серцеві шуми - у 7 (22,6%).

ЕКГ без патологічних змін було зареєстровано у 25,8% хворих, у решти визначенні функціональні і органічні відхилення: у 12 (38,7%) - скороминучі зміни зубця Т (двофазний, зниженої амплітуди), у 11 (35,5%) - скороминучі зміни сегменту ST у вигляді його горизонтального зміщення. Наявність порушень ритму та провідності виявлено в 48,4% випадків, в тому числі порушення функції автоматизму (синусова тахікардія - 9,7%, синусова брадикардія - 6,45%), порушення функції збудливості (суправентрикулярна - 3,2% та шлуночкова екстрасистоля - 16,1%), порушення провідності (атріовентрикулярної - 6,45%, внутрішньошлуночкової - 9,7%, блокади ніжок пучка Гіса - 12,9%, синдром ранньої реполяризації шлуночків - 3,2%).

Вивчення толерантності до фізичного навантаження показало її помірний рівень, що було, в певній мірі, пов'язано з гіподинамією, шкідливими звичками, спадковою схильністю до серцево-судинних захворювань.

Функціональні показники ВЕМ-проби у хворих зі стабільною стенокардією II ФК в середньому становили: максимальна потужність $53,7 \pm 2,1$ Вт, значення подвійного добутку - $186,1 \pm 3,6$ ум. од., середнє відхилення сегменту ST - $1,65 \pm 0,11$ мм.

При аналізі показників ЕхоКС встановлено, що у хворих з II ФК стабільної стенокардії спостерігалось збільшення порожнини ЛШ: КСР - $4,5 \pm 0,1$ см ($p < 0,05$), КДР - $5,8 \pm 0,1$ см ($p < 0,05$), які перевищували відповідні показники у осіб контрольної групи. Зростання розмірів ЛШ відбувалось переважно за рахунок збільшення КСР, що свідчило про погіршення здатності міокарда до активного скорочення.

Висновки

1. У хворих з ІХС у сполученні з ХОЗЛ можна відзначити деякі особливості клінічної картини: значну кількість ангінозних нападів та нітропрепаратів, що приймають хворі для зняття нападу, часті кардіалгії як еквівалент стенокардитичного характеру больового синдрому, поширену зону іррадіації болю.

2. У переважній більшості хворих виявлено функціональні і органічні відхилення ЕКГ, ЕхоКС та помірний рівень толерантності до фізичного навантаження.

3. В подальшому плануємо продовжити вивчення особливостей патогенезу коморбідної патології в вигляді ІХС та ХОЗЛ, зокрема стан перекисного окислення ліпідів.

Література

1. Гриппи М.А. Патофизиология легких / М.А.Гриппи. - [Изд. 2-е, исправ.]. - М.: Бином, 2008. - 304 с.
2. Иванова Л.Н. Показатели функции внешнего дыхания у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с ишемической болезнью сердца / Л.Н.Иванова, Ю.В. Сидоренко // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ, 2012. - Вип. 1 (109). - С. 368-374.
3. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.
4. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.
5. Руководство по кардиологии / под ред. В.Н. Коваленко. - Киев: Морион, 2008. - 1424 с.
6. Тарасенко О. Ф. ИБС и ХОБЛ, патофизиологические особенности клиники и лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.05 "Внутренние болезни" / О. Ф. Тарасенко. - М., 2009. - 20 с.
7. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А.Г.Чучалин // Здоров'я України. - 2010. - № 3 (232). - С. 40-41.
8. Agusti A. G. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease / A. G. Agusti, A. Noguera, J. Sauleda // Eur. Respir. J. - 2003. - 21. - P. 347-360.
9. Le Jemtel T.H. Diagnostic and therapeutic challenges in patients with coexistent chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure / T.H. Le Jemtel, M. Padeletti, S. Jelic // J. Am. Coll. Cardiol. - 2007. - Vol. 49 (2). - P. 171-180.
10. Sin D.D. COPD as risk for cardiovascular morbidity and mortality / D.D. Sin, S.F. Man // Proc. Arch. Thorax Soc. - 2005. - Vol. 2(1). - P. 8-11.

Резюме

Іванова Л.М., Сидоренко Ю.В. *Клініко-інструментальна характеристика серцево-судинної системи пацієнтів з ішемічною хворобою серця в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень.*

У хворих на ішемічну хворобу серця в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень виявлені особливості клінічної картини: значна кількість ангінозних нападів та нітропрепаратів, що приймають хворі для зняття нападу, часті кардіалгії як еквівалент стенокардитичного характеру больового синдрому, поширена зона іррадіації болю, а також функціональні, органічні відхилення ЕКГ, ЕхоКС та помірний рівень толерантності до фізичного навантаження.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хронічне обструктивне захворювання легень, серцево-судинна система, патогенез.

Резюме

Іванова Л.Н., Сидоренко Ю.В. *Клинико-инструментальная характеристика сердечно-сосудистой системы пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких.*

У больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких выявлены особенности клинической картины: значительное количество ангинозных приступов и нитропрепаратов, которые принимают больные для их снятия, частые кардиалгии как эквивалент стенокардитического характера болевых синдромов, распространенная зона иррадиации боли, а также функциональные, органические отклонения ЭКГ, ЭхоКС и умеренный уровень толерантности к физической нагрузке.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хроническое обструктивное заболевание легких, сердечно-сосудистая система, патогенез.

Summary

Ivanova L.N., Sydorenko J.V. *Clinical and instrumental description of the cardiac system of patients with ischemic heart disease in combination with the chronic obstructive pulmonary disease.*

At patients with with ischemic heart disease in combination with the chronic obstructive pulmonary disease the features of clinical picture are exposed: far of anginal attacks and nitropreparation, which are adopted by patients for their removal, frequent cardialgia, widespread area of irradiation of pain, and also functional, organic rejections of ECG, EchoCGS and moderate level of tolerance to the physical loading.

Key words: ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, cardiac system, pathogenesis.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г.Бурмак

УДК 612.1.062:612.8.067

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗМУ В УМОВАХ ВПЛИВУ ІНТЕНСИВНИХ ТРЕНУВАЛЬНИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

**І.О.Іванюра, В.М.Раздайбедін, Е.О.Глазков,
О.С.Коробейников, С.М.Чай,
О.О.Пількевич, С.Г.Лисенко**

Луганський національний університет ім. Тараса Шевченка

Вступ

Відомо, що загальний адаптаційний синдром, який виникає в організмі при різких відхиленнях середовища (зміна температури, фізичні і психічні травми, м'язові навантаження і т.п.) розвивається у вигляді послідовних стадій [2,3]. Суть одного із напрямків адаптації ґрунтується на тому, що при зміні умов існування організм переходить на новий життєвий рівень можливий у даних умовах. Частина функцій організму при цьому виключається або значно знижується. В результаті біологічного регулювання відхилення будь-якого параметру організму від вихідного рівня він активно повертається до попереднього або нового стаціонарного значення. Відомо, що систематичні тренування викликають помітні зрушення у вегетативному балансі регуляції роботи синусового вузла та суттєво впливають на функцію серця [7,11,13]. В залежності від властивостей регулюючої системи перехідний процес може мати різний характер. У зв'язку з цим з'ясування питання взаємовідношень індивідуальних особливостей організму з характером вегетативних реакцій в умовах фізичних навантажень різної інтенсивності видається надзвичайно перспективним, якщо враховувати значущість його не тільки у чисто теоретичному аспекті, але і в плані розв'язання ряду прикладних задач і прогнозування функціонального стану людини, оцінки "фізіологічної вартості" виконання окремого завдання або програми в цілому, оцінки реактивності вегетативного реагування за фізіологічними показниками. Вивчення цієї проблеми сприятиме розробці функціональних тестів для адекватного