

## СТАН КИСНЕВОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ З ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА З СУБ'ЄКТИВНИМ ВУШНИМ ШУМОМ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

СТАН КИСНЕВОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ З ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА З СУБ'ЄКТИВНИМ ВУШНИМ ШУМОМ – Стаття присвячена вивченню кисневого балансу у хворих з вертебро-базиллярною недостатністю та аурикулярним синдромом. Встановлено достовірне в 1,6 раза ( $P < 0,001$ ) зростання споживання кисню цієї категорією пацієнтів. Наголошується на необхідності застосування в їх терапії антидепресантів. Лікування останніми призводило до достовірного зменшення вищезазначеного показника та суб'єктивного покращання стану хворих.

СОСТОЯНИЕ КИСЛОРОДНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СУБЪЕКТИВНЫМ УШНЫМ ШУМОМ – Стаття посвящена изучению кислородного баланса у больных с вертебро-базиллярной недостаточностью и аурикулярным синдромом. Установлено достоверное в 1,6 раза ( $P < 0,001$ ) возрастание потребления кислорода этой категорией пациентов. Подчеркивается необходимость применения в их терапии антидепрессантов. Лечение последними приводило к достоверному уменьшению вышеназванного показателя и субъективному улучшению состояния больных.

OXYGEN HOMEOSTASIS IN PATIENTS WITH VERTEBRO-BASILIAR FAILURE AND TINNITUS – The article is devoted to investigation of oxygen balance of patients with vertebro-basilar and auricular syndromes. It was observed increasing of oxygen consumption in 1,6 times ( $P < 0,001$ ) more than in normal persons. Authors consider that antidepressants should be obligatory used for treatment of such patients.

**Ключові слова:** вертебро-базиллярна недостатність, тинітус, антидепресанти.

**Ключевые слова:** вертебро-базиллярная недостаточность, тинитус, антидепрессанты.

**Key words:** vertebro-basilar failure, tinnitus, antidepressants.

**ВСТУП** Перебіг вертебро-базиллярно недостатності або синдрому вертебрально артерії часто супроводжується аурикулярним синдромом у вигляді суб'єктивного шуму у вухах, або тинітусу [1]. Лікування останнього є значною проблемою, вирішенню яко присвячені численні рандомізовані багатоцентрові дослідження [1, 2]. Тинітус є надзвичайно неприємним симптомом для осіб, що страждають від нього. Зокрема, рівень самогубств серед цих хворих в декілька десятків разів перевищує такий в звичайній популяції [2].

Будь-який стрес викликає зростання споживання кисню, що посилює гіпоксичні процеси. Ймовірно, що у хворих з тинітусом будуть спостерігатись подібні порушення, які потребуватимуть відповідно корекції. Питання дослідження стану кисневого балансу у таких хворих є досить актуальним, оскільки отримані результати дадуть можливість оп-

тимізувати результати лікування та підвищити якість життя цих хворих. Наявність хронічного тинітусу, згідно з висновками численних досліджень, прирівнюється за впливом на організм та якість життя з синдромом хронічного болю. Важливість корекції такого стану підтверджується вкрай низькими показниками якості життя хворих на цю патологію.

Метою даного дослідження було вивчення стану обміну кисню у хворих на вертебро-базиллярну недостатність та аурикулярний синдром у вигляді шуму у вухах, або тинітусу.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Обстежено 18 хворих на вертебро-базиллярну недостатність та аурикулярний синдром у вигляді вираженого тинітусу. Діагноз вертебро-базиллярно недостатності встановлено після проведення магнітно-ядерно-резонансного сканування та наявності відповідних критеріїв в цього захворювання.

До лікування хворих обстежували за допомогою оксиметрії (оксиметром "Unistat") [3], тетраполярно реографії [4]. Парціальний тиск кисню в артеріальній крові визначали за допомогою полярографа LP7e [5, 6]. На основі даних оксиметрії та показника хвилинного об'єму крові, визначеного реографічно, вираховували величини доставки ( $DO_2$ ), споживання ( $VO_2$ ) кисню організмом [3], величину внутрішньолегового шунтування крові у [7].

Хворих було поділено на три групи по 6 осіб. В першій групі пацієнтів лікували комбінацією стугерону (0,6 мг/кг/добу), кавінтону (0,1 мг/кг/добу), бетасерку (24 мг/добу). В другій групі крім цієї терапії застосовували афобазол (0,3 мг/кг/добу). Пацієнтів третьої групи лікували комбінацією антидепресантів: ікселу (1 мг/кг/добу) та амітриптиліну (1 мг/кг/добу). Лікування проводили протягом 2 місяців. Всім пацієнтам до та після лікування пропонували оцінити якість життя за 10-бальною системою. Всі вищеприписані дослідження повторювали через 2 місяці від початку лікування. Для контролю були оцінені відповідні показники у 15 здорових осіб віком від 40 до 60 років. Статистичну обробку результатів виконували за допомогою пакету програм для персонального комп'ютера STATISTIKA [8].

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Ми спостерігали достовірну різницю між деякими величинами обміну кисню у досліджуваних пацієнтів в порівнянні зі здоровими (табл. 1).

Таблиця 1. Показники кисневого гомеостазу у хворих на вертебро-базиллярну недостатність та тинітус

Досліджувані параметри	Здорові особи	Вихідні дані	Хворі на вертебро-базиллярну недостатність, тинітус, лікування		
			Стугерон, кавінтон, бетасерк	Стугерон, кавінтон, бетасерк, афобазол	Іксел, амітриптилін
SaO <sub>2</sub> , %	96,0±1,0	96,0±1,0	96,0±1,0	96,0±0,5	96,0±1,0
SvO <sub>2</sub> , %	64,2±2,4	47,9±1,5*	47,3±3,6*	52,5±3,4	62,8 ±3,2**
Проба Штанге, с	35,3±2,2	15,7±2,0*	15,2±2,1*	15,4±2,4*	35,2±2,8**
DO <sub>2</sub> , мл/хв/м <sup>2</sup>	601,0± 14,3	632,0±15,4	620,6±11,4	615,1±24,5	611,0±10,1
VO <sub>2</sub> , мл/хв/ м <sup>2</sup>	140,5± 9,6	267,2±8,8*	276,1±8,3*	210,2±11,1*	158,2±9,6 **
У, л/хв	0,11± 0,01	0,28±0,02*	0,28±0,02*	0,24±0,02 *	0,12±0,01 **
раО <sub>2</sub> , мм рт. ст.	88,5± 5,6	86,6±7,4	85,6± 3,0	86, 8±3,1	88,5±9,2
Якість життя, бали	9,6±0,5	2,5±0,4*	2,5±0,5*	3,4±0,5*	7,9±0,4**

Примітки: \* – результати достовірні ( $P < 0,001$ ) відносно здорових осіб; \*\* – результати достовірні ( $P < 0,001$ ) відносно вихідних даних

Зокрема, величина насичення гемоглобіну венозної крові була в 1,39 ( $P < 0,001$ ) раза меншою, ніж у здорових осіб; споживання кисню хворими до лікування було вищим від здорових в 1,9 раза ( $P < 0,001$ ), внутрішньолегеве шунтування крові у хворих було в 2,5 раза більшим ( $P < 0,001$ ) у порівнянні з даними здорових осіб (табл. 1). Різні види застосовано терапі викликали різні зміни кисневого балансу. Традиційна терапія з використанням судинно-розширюючих засобів, а також лікування з додаванням до традиційних засобів афобазолу не покращували стан кисневого балансу досліджуваних хворих. Використання антидепресантно терапі не тільки достовірно покращувало якість життя хворих, але й приводило до достовірних позитивних змін всіх досліджуваних показників.

Таким чином, отримані результати стверджують про необхідність включення антидепресантів в програму терапі хворих з тинітисом.

**ВИСНОВКИ** 1. У хворих на вертебро-базиллярну недостатність з аурикулярним синдромом у вигляді тинітусу спостерігаються виражені зміни кисневого гомеостазу у вигляді достовірного зростання споживання кисню в 1,9 раза ( $P < 0,001$ ), зниження сатурації венозної крові в 1,39 раза ( $P < 0,001$ ).

2. Включення в терапію хворих на вертебро-базиллярну недостатність з аурикулярним синдромом у вигляді тинітусу ікселу та амітриптиліну приводить до суттєвого досто-

вірного покращання якості життя зазначеного контингенту пацієнтів та позитивних змін кисневого балансу організму, у вигляді нормалізації споживання кисню, зростання сатурації венозної крові, зменшення внутрішньолегеве шунтування, що є підтвердженням необхідності включення цих засобів в схеми терапі таких хворих.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Алексеева Н.С. Периферические вестибуло-кохлеарные синдромы, обусловленные вертебро-базиллярной недостаточностью // Южно-Российский медицинский журнал. – 2003. – № 4. – С. 59–65.
2. Kaltenbach J. The dorsal cochlear nucleus as a participant in auditory, attentional and emotional components of tinnitus // Hearing Research. – 2006. – V. 216–217. – P. 224–234.
3. Марино П. Интенсивная терапия: пер. с англ. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 634 с.
4. Брудная Е.М. Функциональні методи дослідження серцево-судинної системи і зовнішнього дихання. – К.: Здоров'я, 1975. – С. 95–183.
5. Березовский В.П. Напряжение кислорода как показатель функционального состояния тканей. Полярографическое определение кислорода в биологических объектах / Под ред. проф. Е.В. Колпакова. – К.: Наукова думка, 1978. – С. 218 – 235.
6. Полярографическое определение кислорода в биологических объектах / Под ред. В.А. Березовского. – К.: Наукова думка, 1968. – 302 с.
7. Утверждение Г.А. Оксигенометрия в функциональном исследовании кровообращения. – Тбилиси, 1988. – 30 с.
8. Гойго О.В. Практичне використання пакета STATISTIKA для аналізу медико-біологічних даних. – К., 2004. – 76 с.

УДК 616.311–006.6–089.842:616.314.22

**Галай О.О.**

**СЕГМЕНТАРНА РЕЗЕКЦІЯ НИЖНЬО ЩЕЛЕПИ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВО ПОРОЖНИНИ РОТА**

**Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр**

**СЕГМЕНТАРНА РЕЗЕКЦІЯ НИЖНЬО ЩЕЛЕПИ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВО ПОРОЖНИНИ РОТА** – У статті проведено аналіз ефективності реконструктивних операцій на нижній щелепі після резекції у 35 хворих з місцево-розповсюдженими пухлинами слизово порожнини рота.

Резекцію нижньої щелепи проведено у 35 хворих з місцево-розповсюдженим раком слизово порожнини рота III-IVA стадії: 30 чоловіків і 5 жінок. Вік хворих коливався від 27 до 73 років. У 62,3 % випадків місцем локалізації пухлини була слизова дна порожнини рота.

В 17 випадках проведено резекцію невеликого бокового сегмента нижньої щелепи (до 3 см) без встановлення цілісності. Відновлення цілісності нижньої щелепи після резекції проведено у 18 хворих. У 7 хворих провели заміщення резектованої частини аутоаутотрансплантатом: у 3 – ребром кривоповерхової кістки, у 4 випадках за допомогою ребра. У 11 пацієнтів дефект нижньої щелепи був закритий реконструктивною титановою пластиною, з них у двох – разом з ендопротезом суглобової головки.

Виявлено, що метод закриття дефекту нижньої щелепи після резекції в кожному конкретному випадку визначається індивідуально і залежить від багатьох факторів. Застосування титанових пластин дозволяє здійснити заміщення будь-яких дефектів нижньої щелепи.

**СЕГМЕНТАРНА РЕЗЕКЦІЯ НИЖНЬОЩЕЛЮСТИ У БОЛЬНИХ РАКОМ СЛИЗОВОЇ ПОЛОСТИ РОТА** – В статті проведений аналіз ефективності реконструктивних операцій на нижній щелепі після її резекції у 35 хворих з місцево-розповсюдженими опухлинами слизової ротової порожнини.

Резекція нижньої щелепи проведена у 35 хворих з місцево-розповсюдженим раком слизової порожнини рота III-IVA стадії: 30 чоловіків і 5 жінок. Вік хворих коливався від 27 до 73 років. У 62,3 % випадків місцем локалізації опухлини була слизова дна порожнини рота.

В 17 випадках проведена резекція невеликого бокового сегмента нижньої щелепи (до 3 см) без встановлення її цілісності. Відновлення цілісності нижньої щелепи після резекції проведено у 18 хворих. У 7 пацієнтів провели заміщення резектованої частини аутоаутотрансплантатом: у 3 – ребром підвздошної кістки, у 4 випадках з допомогою ребра. У 11 пацієнтів дефект нижньої щелепи був закритий реконструктивною титановою пластиною, з них у двох – разом з ендопротезом суглобової головки.

Установлено, що метод закриття дефекту нижньої щелепи після її резекції в кожному конкретному випадку визначається індивідуально і залежить від багатьох факторів. Застосування титанових пластин дозволяє здійснити заміщення будь-яких дефектів нижньої щелепи.

**SEGMENTAL RESECTION OF THE LOWER JAW IN PATIENTS WITH CANCER OF ORAL CAVITY MUCOSA** – The effectiveness of the restorative operations on the lower jaw after its resection in patients with locally advanced tumors of the mucosa of the oral cavity has been analysed in the article.

Resection of the lower jaw was performed in 35 patients with stage III-IVA locally advanced cancer of the floor of the oral cavity: 30 males and 5 females. The age of the patients varied from 27 to 73 years. In 62,3 % of cases the cancer originated from the mucosa of the floor of the oral cavity.

In 17 cases we performed resection of the small lateral segment of the lower jaw (up to 3 cm) without restoration of the bone integrity. Restoration of the integrity of the lower jaw was later performed in 18 patients. In 7 patients we performed autotransplantation to restore the missing part: in 3 cases we used the rib, in 4 patients – a rib. In 11 patients the missing part of the bone was reconstructed using the titanium reconstruction plate, in 2 patients – with prosthesis of the mandibular joint.

It has been revealed that the method of reconstruction of the lower jaw after resection is determined individually in each case and depends on multiple factors. The use of titanium plates allows to perform the reconstruction of any defects of the lower jaw.

**Ключові слова:** рак слизової порожнини рота, резекція нижньої щелепи.

**Ключевые слова:** рак слизистой полости рта, резекция нижней челюсти.

**Key words:** cancer of the oral mucosa, resection of the lower jaw.

**ВСТУП** Слизова оболочка порожнини рота і прилягаючі тканини – анатомічно складна ділянка, що зумовлює специфічність клінічного перебігу і лікування пухлин, які тут розвиваються [2,6,8]. Захворюваність на рак слизової порожнини рота (РСРП) постійно збільшується, і в структурі