

Радзіховський А. Застосування Ліотон ховський, Л. Сюта // Ліки України. 1000 гелю для профілактики тром- - 2004. - № 2. - С. 40 - 44. ботичних ускладнень / А. Радзі- Сандер С. В. Комплексна оцінка колате-

рального кровообігу в нижніх кінцівках / С. В. Сандер // Серце і судини. - 2011. - № 1. - С. 71 - 78.

Бабун Д.В., Жук П.М., Бойнюк А.Л.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Резюме. По материалам клинико - лабораторного и доплерографического обследования 256 больных с переломами длинных костей нижних конечностей установлено, что при наличии маркеров патологического тромбообразования в крови таких больных (Д-димер и РФМК) диагноз тромбоза глубоких вен нижних конечностей подтвержден сонографически в 96,3% случаев. Доступность, низкая стоимость и малая инвазивность методики делает её незаменимой в процессе ранней диагностики нарушений антеградного кровотока у травматологических больных.

Ключевые слова: переломы длинных костей нижних конечностей, тромбоз длинных костей нижних конечностей, нарушение кровотока.

Babun D.V., Zhuk P.M., Boynyuk A.L.

PREDICTIVE VALUE OF MARKERS OF TROMBOOBRAZOVANIYA IN THE COURSE OF DIAGNOSTICS OF THROMBOSIS OF DEEP VEINS AT FRACTURES OF LONG BONES OF THE BOTTOM EXTREMITIES

Summary. Based on clinical - laboratory and doppler examination of 256 patients with fractures of the long bones of the lower extremities established that the presence of markers of abnormal blood clots in the blood of these diagnosis of deep vein thrombosis of the lower limbs confirmed the sonographic in 96,3% of cases. Availability, low cost and low invasiveness technique makes it indispensable in the process of wound diagnosis of antegrade circulation in trauma patients.

Key words: fractures of the long bones of the lower extremities, thrombosis of the long bones of the lower limbs, impaired blood flow.

Стаття надійшла до друку 14.05.2014 р.

Бабун Дмитро Валентинович - аспірант кафедри травматології та ортопедії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова +38 067 995-14-44; babis@ukr.net

Жук Петро Михайлович - д. мед. н., проф. кафедри травматології та ортопедії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова +38 067 713-83-93

Бойнюк Андрій Леонідович - аспірант кафедри травматології та ортопедії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова +38 063 307-93-00; andreu_boyn@mail.ru

© Горай М.А.

УДК: 616.311-001:577.175.6

Горай М.А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра терапевтичної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВМІСТУ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ В ОРГАНІЗМІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ТРАВМАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Резюме. В статті наведені результати ендокринологічного обстеження 110 хворих з хронічними механічними травмами слизової оболонки порожнини рота. Встановлено достовірне покращення вмісту естрадіолу та зниження вільної фракції тестостерону у хворих основної групи, які відіграють провідну роль у розвитку даної патології завдяки функціональному взаємозв'язку рівня статевих стероїдних гормонів із станом слизової оболонки порожнини рота. Це свідчило про ефективність використання запропонованої терапії в комплексному лікуванні хронічної механічної травми слизової оболонки порожнини рота.

Ключові слова: хронічна механічна травма, статеві стероїдні гормони.

Вступ

Незважаючи на велику кількість досліджень [Банченко, 1979; Grajewski, Groneberg, 2009] лікування захворювань, пов'язаних з хронічною механічною травмою слизової оболонки порожнини рота, залишається до кінця не вирішеним питанням. Актуальність цього питання обумовлює необхідність розробки обґрунтованих засобів та методів комплексної терапії із застосуванням коректорів порушень ендокринного стану, які б забезпечували високу клінічну ефективність лікування.

Основне значення в етіології та розвитку хронічних пошкоджень слизової оболонки порожнини рота на-

дається місцевим чинникам, але представлені в літературі клінічні та експериментальні дані вказують на зв'язок між рівнем статевих стероїдних гормонів із змінами в слизовій оболонці порожнини рота [Кушлинский і др., 1992; Бородай, 2002].

Відомо, що слизова оболонка порожнини рота є тканиною мішенню статевих стероїдних гормонів [Петрова та ін., 2002], які впливають на перебіг хронічного запального процесу, що супроводжується глибокими деструктивними та кератотичними змінами в тканинах.

Особливого значення набуває виникнення патологі-

чних процесів при змінах функціонального стану слизової оболонки порожнини рота, пов'язаного з віковою інволюцією коливань рівня та співвідношення статевих гормонів [Сметник, 2006]. Тому, представляється актуальним визначення характеру змін статевих гормонів в організмі хворих при розвитку хронічних механічних уражень слизової оболонки порожнини рота, які частіше спостерігаються у літньому та похилому віці [Вертник та ін. 2006]. Відомо, що лейкоплакія слизової оболонки порожнини рота часто виникає в період розладів менструального циклу під час менопаузи. Порівняльний аналіз гінекологічного та стоматологічного обстеження осіб дозволив виявити жінок з захворюваннями слизових оболонок статевих шляхів одночасно з проявами лейкоплакії на слизовій оболонці порожнини рота [Петрова та ін. 2003]. Враховуючи наявність гормональних і імунологічних дисфункцій у хворих з запально-деструктивними і кератотичними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота перспективним є використання для профілактики розвитку травматичних уражень препаратів, що мають компенсувати наслідки цих дисфункцій і підвищити стійкість слизової оболонки до дії травматичних факторів. Увагу потрібно приділити препаратам та біологічним добавкам на основі рослинних компонентів, що використовують для корекції естрогенного та імунного фону у людей похилого віку в період менопаузи.

Мета дослідження - визначити зміни показників вмісту статевих гормонів в організмі хворих з хронічними травматичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота в процесі лікування.

Матеріали та методи

Для об'єктивної оцінки ефективності лікування проведено комплексне ендокринологічне дослідження ротової рідини 110 хворих на хронічну механічну травму, віком від 55 до 78 років. 30 здорових осіб тієї ж вікової категорії з відсутністю ураження слизової оболонки слугували контролем. Для порівняння ефективності лікування усі хворі були поділені на 2 групи: основну (з хронічною травматичною еритемою - 17 осіб, хронічною травматичною ерозією - 9, з декубітальною виразкою - 6, з плоскою формою лейкоплакії - 18, з верукозною - 3), і порівнювальну (відповідно 18, 10, 7, 19, 3 хворих).

Дослідження ендокринологічних показників ротової рідини проводили до лікування та через 1 місяць після початку лікувальних заходів.

Лікування хворих основної групи після усунення подразнюючого фактора включало: при хронічній катаральній еритемі - антисептична обробка розчином Гівалексу, аплікації розчином Галавіт - 10 хв., потім аплікації плівкою "КП-Пласт віта", при хронічній травматичній ерозії та декубітальній виразці - антисептична обробка розчином Гівалексу, та обколювання зони пошкодження розчином "Галавіт" по типу інфільтраційної анестезії (3 - 4 рази при ерозіях, 5 - 6 - при декубітальних вираз-

ка), аплікації "КП-Пласт віта" до остаточної епітелізації. При плоскій та верукозній формі лейкоплакії - спочатку місцево, тільки на зону гіперкератозу, проводили аплікацію кератолітиком, а саме 2% розчином сечовини на 2 хвилини. При цьому навколишню слизову оболонку ізолювали вазеліном. Потім зону пошкодження промивали дистильованою водою. Для лікування плоскої та верукозної форми лейкоплакії проводили введення Галавіту безпосередньо на слизову оболонку в ділянку пошкодження за допомогою ультрафонофорезу. Тривалість процедури 10 хв. при інтенсивності озвучування 0,4 Вт/см² (до 4 сеансів лікування при плоскій формі та 6 - 8 - при верукозній).

Загально всім хворим призначали полівітамінний комплекс "Декамевіт" по 1 капсулі 1 раз в день після їжі, "Аргінін - цинк" по 1 капсулі 1 раз в день під час їжі протягом 3 тижнів, відвар коренів солодки по 50 мл 4 рази в день до їжі. Для підвищення рівня лактоферину в організмі всім хворим рекомендували випивати 2 літра молока в день.

Лікування хворих групи порівняння проводили традиційним методом. З цією метою призначали місцево аплікації масляним розчином вітаміна А до остаточної епітелізації, загально полівітаміни "Аевіт" по 1 капсулі 2 рази в день протягом 3 тижнів.

Статистичну обробку результатів проводили за T - критерієм Стьюдента.

Кількісне визначення загального тестостерону та естрадіолу в сироватці крові хворих на хронічну механічну травму та контрольної групи визначали за допомогою імунохімічного аналізатора ACCESS. Результати дослідження клінічних зразків визначали шляхом програмного забезпечення системи автоматично з використанням методу зведеної чотирихпараметрової логістичної кривої. Концентрацію аналізованої речовини в пробі визначали за допомогою збереженої калібрувальної кривої за виміряною інтенсивністю світла.

Вільний тестостерон кількісно визначали за методом імуноферментного аналізу за допомогою реактиву Free Testosterone ELISA (фірми DRG Instruments GmbH - Germany).

Результати. Обговорення

Порівняльну оцінку результатів лікування основної і порівнювальної групи хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота проводили за показниками змін концентрації статевих гормонів в крові обстежених.

Аналіз результатів дослідження естрогенної та андрогенної насиченості організму обстежених (табл. 1) виявив, що до лікування досліджувані показники основної і порівнювальної групи хворих не мали достовірної різниці значень ($p > 0,05$), за виключенням вмісту естрадіолу та вільного тестостерону, які при порівнянні в цих групах з вірогідністю 99% відрізнялись між собою. Крім того, в цілому, спостерігали значне покра-

Таблиця 1. Кількісна оцінка естрогенної та андрогенної насиченості організму основної групи хворих на хронічну механічну травму СОПР після лікування.

Хронічні травматичні ураження СОПР	Кількість обстежених хворих	Основна група					
		До лікування			Після лікування		
		Естрадіол, пг/мл	Загальний тестостерон, мг/л	Вільний тестостерон, пг/мл	Естрадіол, пг/мл	Загальний тестостерон, мг/л	Вільний тестостерон, пг/мл
Хронічна катаральна еритема	Чоловіки, n=14	53,8±3,8	6,5±0,1	11,3±3,1	60,7±2,1	6,6±0,2	9,9±1,1
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p ₁ >0,05	p ₁ >0,05	p ₁ >0,05
	Жінки, n=3	22±1,4	0,48±0,07	0,7±0,07	32,6±2,8	0,38±0,06	0,76±0,07
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p ₁ <0,001	p ₁ >0,05	p ₁ >0,05
Хронічна травматична ерозія	n=9	38±2,2	5,8±0,3	14,1±1,4	48,4±1,5	6,3±0,3	10,6±1,1
		p>0,05	p>0,05	p<0,05	p ₁ <0,001	p ₁ >0,05	p ₁ <0,05
					p ₂ <0,001	p ₂ >0,05	p ₂ >0,05
Декубітальна виразка	n=6	26,5±1,3	4,8±0,5	22±2,1	43,5±2,6	5,6±2,5	12,5±1,2
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p ₁ <0,001	p ₁ >0,05	p ₁ <0,001
					p ₂ <0,001	p ₂ >0,05	p ₂ >0,05
Лейкоплакія плоска форма	n=18	51,1±2,4	3,6±0,1	23,4±1,6	58±2	6±0,1	11,5±0,5
		p<0,01	p>0,05	p<0,01	p ₁ <0,05	p ₁ <0,001	p ₁ <0,001
					p ₂ >0,05	p ₂ >0,05	p ₂ >0,05
Лейкоплакія верукозна форма	n=3	48,6±2,1	4,8±0,4	21,8±4,3	55±0,7	6,5±0,4	12,3±1,7
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p ₁ <0,01	p ₁ <0,01	p ₁ <0,05
					p ₂ >0,05	p ₂ >0,05	p ₂ >0,05
Контрольна група чоловіки	n=10	60,5±2,5	6,4±0,2	10,05±0,5			
Контрольна група жінки	n=5	34,8±0,8	0,38±0,06	0,7±0,1			

Примітки: p - достовірність різниці між показниками основної та групи порівняння до лікування; p₁ - достовірність різниці між показниками основної групи до та після лікування; p₂ - достовірність різниці між контрольною групою та основною групою після лікування.

щення показників у хворих основної групи. Звертає на увагу високий рівень естрадіолу у чоловіків як у хворих основної та порівнювальної групи, так і у практично здорових осіб контрольної групи. Напевно це обумовлено перетворенням тестостерону в 2 інших стероїдних гормонів - дігідротестостерон і естрадіол, на що вказують автори [Верткин та ін., 2008].

Після проведеного лікування основної групи хворих чоловіків на хронічну травматичну еритему виявили тенденцію до незначного збільшення вмісту естрадіолу в крові (з 53,8±3,8 до 60,7±2,1 пг/мл) і загального тестостерону (з 6,5±0,1 до 9,9±1,1 мг/л) та зменшення його вільної форми (з 11,3±3,1 до 9,9±1,1 пг/мл), однак результат недостовірний (p₁>0,05) як відносно початкового рівня, так і відносно групи контролю. У жінок з аналогічним діагнозом зміни показників андрогенної насиченості організму обстежених були ідентичними. Разом з тим, визначення концентрації естрадіолу виявило позитивну динаміку показника з високим ступенем достовірності відносно такого до лікування (з 22±1,4

до 32,6±2,8 пг/мл, при p₁<0,001) і наближенням його значень до контрольної групи (p₂>0,05). Це вказувало на нормалізацію цього показника у обстежених жінок в результаті проведеної класичної терапії.

У хворих на хронічну травматичну ерозію і декубітальну виразку слизової оболонки порожнини рота вміст естрадіолу в крові достовірно підвищився і склав відповідно 48,4±1,5 пг/мл (проти 38±2,2 пг/мл до лікування, при p₁<0,001) і 43,5±2,6 пг/мл (проти 26,5±1,3 пг/мл, при p₁<0,001), але залишився достовірно нижче, ніж в групі контролю (p₂<0,001).

Визначення концентрації іншого статевих гормонів у крові - загального тестостерону виявило недостовірне підвищення показника відносно початкового рівня після лікування хворих з хронічною травматичною ерозією (з 5,8±0,3 до 6,3±0,3 мг/л, при p₁>0,05) і декубітальною виразкою (з 4,8±0,5 до 5,6±2,5 мг/л, при p₁>0,05) та відносно групи контролю (p₂>0,05). Проте рівень більш адекватного гормонального критерію - вільного тестостерону, мав стійку тенденцію до зниження

Таблиця 2. Кількісна оцінка естрогенної та андрогенної насиченості організму порівнювальної групи хворих на хронічну механічну травму СОПР після лікування.

Хронічні травматичні ураження СОПР	Кількість обстежених хворих	Група порівняння					
		До лікування			Після лікування		
		Естрадіол, пг/мл	Загальний тестостерон, мг/л	Вільний тестостерон, пг/мл	Естрадіол, пг/мл	Загальний тестостерон, мг/л	Вільний тестостерон, пг/мл
Хронічна катаральна еритема	Чоловіки, n=15	55,6±2,8	5,8±0,3	10,6±1,1	56,3±2,7	5,9±0,3	10,5±1,1
					p ₁ >0,05	p ₁ 0,05	p ₁ >0,05
	Жінки, n=3	22,3±2,2,1	0,42±0,07	0,8±0,2	23,1±2,6	0,4±0,07	0,8±0,2
					p ₁ >0,05	p ₁ >0,05	p ₁ >0,05
Хронічна травматична ерозія	n=10	37,4±1,6	5,1±0,2	19,3±1,4	38,2±1,6	5,4±0,2	19,1±1,3
					p ₁ >0,05	p ₁ >0,05	p ₁ >0,05
Декубітальна виразка	n=7	29,5±2,9	5,3±0,3	17,4±1,9	32±3,3	5,4±0,2	17,1±1,8
					p ₁ >0,05	p ₁ >0,05	p ₁ >0,05
Лейкоплакія плоска форма	n=19	43,4±1,4	3,3±0,3	26,4±0,04	44,7±1,2	3,5±0,3	24,5±1
					p ₁ >0,05	p ₁ >0,05	p ₁ <0,05
Лейкоплакія верукозна форма	n=3	50,6±5,4	4,8±0,2	21,6±3,04	51,6±4,3	4,9±0,2	21±3,6
					p ₁ >0,05	p ₁ >0,05	p ₁ >0,05
Контрольна група чоловіки	n=10	60,5±2,5	6,4±0,3	10,05±0,4			
Контрольна група жінки	n=5	34,8±0,8	0,38±0,06	0,7±0,1			

Примітки: p - достовірність різниці між показниками основної та групи порівняння до лікування; p₁ - достовірність різниці між показниками основної групи до та після лікування; p₂ - достовірність різниці між контрольною групою та основною групою після лікування.

і вірогідністю 95 - 99,9% відрізнявся від такого до лікування (10,6±1,1, проти 14,1±1,4 пг/мл - при хронічній травматичній ерозії і 12,5±1,2 проти 22±2,1 пг/мл при декубітальній виразці). При цьому отримані результати даного показника достовірно не відрізнялися від такого здорових осіб, як контрольної групи (p₂>0,05), що підтверджувало ефективність лікування основної групи хворих із запально-деструктивними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота травматичного походження.

На високу ефективність запропонованого методу комплексного лікування хронічних травматичних уражень слизової оболонки порожнини рота вказувало також достовірно підвищення синтезу статевих стероїдів (естрадіолу і загального тестостерону) відповідно до 58±2 пг/мл (p₁<0,05) і 6,0±0,1 мг/л (p₁<0,001) при плоскій формі лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота, дефіцит яких був виявлений до лікування: 51,1±2,4 пг/мл і 3,6±0,1 мг/л. Вплив комплексної терапії відобразився на показнику вмісту вільної форми

тестостерону в крові, якій після лікування хворих на плоску форму лейкоплакії знизився вдвічі (з 23,4±1,6 до 11,5±0,5 пг/мл, при p₁<0,001) та достовірно не відрізнявся від осіб контрольної групи (p₂>0,05).

Аналогічні результати лікування отримані у хворих на верукозну форму лейкоплакії слизової оболонки порожнини рота, що наглядно видно з табл. 1. При цьому показники концентрації статевих стероїдних гормонів після лікування з достовірністю 95% відрізнялись від вихідних та наблизились до таких групи здорових осіб (p₂>0,05) і вказували на нормалізацію естрогенного і андрогенного статусу в крові обстежених хворих.

На відміну від них, після лікування хворих групи порівняння (табл. 2) незважаючи на деякі позитивні зміни, усі середньостатистичні значення рівня естрадіолу, загального та вільного тестостерону в крові достовірно не відрізнялись від таких до лікування (p₁>0,05). Так, у хворих на хронічну травматичну ерозію підвищення показника вмісту естрадіолу в крові у процесі лікування склало 38,2±1,6 пг/мл, загального тестостерону -

5,4±0,2 мг/л, у хворих на декубітальну виразку - відповідно 32±3,3 пг/мл і 5,4±0,2 мг/л, на плоску форму лейкоплакії - 44,7±1,2 пг/мл і 3,5±0,3мг/л, на верукозну - 51,6±4,3 пг/мл і 4,9±0,2 мг/л. Ідентичне зниження показника вільної фракції тестостерону склало 19,1±1,3, 17,1±1,8, 24,5±1, 21±3,6 пг/мл. Слід відмітити, що в зазначених групах статистичні показники концентрації досліджуваних статевих гормонів з великою ймовірністю різниці значень відрізнялися від групи практично здорових осіб ($p_2 < 0,001$). Отримані результати свідчать про те, що у хворих із запально-деструктивними і кератотичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота травматичного походження після лікування залишались дисфункціональні зміни статевих стероїдних гормонів.

При аналізі показників досліджуваних гормонів у чоловіків і жінок з хронічною травматичною еритемою слизової оболонки порожнини рота після лікування теж не спостерігали достовірних змін, як відносно таких до лікування ($p_1 > 0,05$), так і відносно осіб контрольної групи ($p_2 > 0,05$). Звертає на себе увагу гіпоестрогенія у жінок даної групи, що в 1,5 рази перевищувала групу контролю та вказувала на невисоку ефективність традиційного лікування.

Таким чином, використання запропонованої нами методики лікування хворих на хронічну механічну травму слизової оболонки порожнини рота сприяло високому терапевтичному ефекту: підвищення естрадіолу та зниження вільної фракції тестостерону в крові хворих, які відіграють значну роль у розвитку даних захворювань завдяки функціональному взаємозв'язку рівня стероїдних статевих гормонів із станом слизової оболонки порожнини рота, на яку вказують автори [Петрова та ін., 2004]. Між тим, застосування традиційного методу лікування у хворих групи порівняння не виявило суттєвих змін показників та вказувало на невисокий терапевтичний ефект лікування.

Список літератури

- Банченко Г. В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Банченко Г. В. - М. : Медицина, 1979 - 154 с.
- Бородай Н. В. Морфофункціональні особливості слизової оболонки порожнини рота та зміни в ній при різних патологічних процесах / Н. В. Бородай // Лабораторна діагностика. - 2001. - № 1. - С. 49 - 55.
- Верткин А. Л. Возрастной андрогенный дефицит в общесоматической практике: причины возникновения, клиника, диагностика, лечение / А. Л. Верткин, А. В. Наумов, Л. Ю. Моргунов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2008. - № 5. - С. 20 - 28.
- Дефицит тестостерона и соматическая патология / А. Л. Верткин, Л. Ю. Моргунов, Е. Н. Аринина [и др.] // Лечащий врач. - 2006. - № 10. - С. 34 - 39.
- Петрова Л. В. Рецепторы андрогенов слизистой оболочки полости рта у больных лейкоплакией / Л. В. Петрова, Н. Е. Кушлинский, Я. Л. Макаров // Вестник дерматологии и венерологии. - 2004. - № 3. - С. 4 - 5.
- Петрова Л. В. Слизистая оболочка полости рта как ткань-мишень половых стероидных гормонов / Л. В. Петрова, Н. Е. Кушлинский, Я. Л. Макаров // Вестник дерматологии и венерологии. - 2002. - № 2. - С. 13 - 15.
- Петрова Л. В. Содержание фракций тестостерона в сыворотке крови больных лейкоплакией / Л. В. Петрова, Н. Е. Кушлинский, Л. Я. Макаров // Вестник дерматологии и венерологии. - 2003. - № 5. - С. 4 - 7.
- Сметник В. П. Менопаузальный метаболический синдром / В. П. Сметник // Лечащий врач. - 2006. - № 10. - С. 39 - 42.
- Содержание стероидных гормонов, их свободных фракций и глобулина, связывающего половые стероиды, в сыворотке крови у больных плоскоклеточным раком и лейкоплакией слизистой оболочки полости рта / Н. Е. Кушлинский, А. А. Нагибин, П. И. Лаптев [и др.] // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1992. - № 2. - С. 65 - 69.
- Grajewski S. Leukoplakia and erythroplakia - two orale precursor lesions / S. Grajewski, D. Groneberg // Laryngorhinootologie. - 2009. - № 88 (10). - P. 666 - 672.

Горай М.А.

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Резюме. В статье приведены результаты эндокринологического обследования 110 больных с хроническими механичес-

кими травмами слизистої оболочкі порожнини рота. Установлено достовірне удосконалення вмісту естрадіола та зниження вільної фракції тестостерону у хворих основної групи, які грають провідну роль у розвитку даної патології завдяки функціональній зв'язці рівня статевих стероїдних гормонів з станом слизистої оболочкі порожнини рота. Це свідчувало про ефективність застосування запропонованої терапії в комплексному лікуванні хронічної механічної травми слизистої оболочкі порожнини рота.

Ключові слова: хронічна механічна травма, стероїдні гормони.

Goray M.A.

CHANGES OF THE MAINTENANCE OF SEXUAL STEROID HORMONES IN THE ORGANISM OF PATIENTS WITH CHRONIC TRAUMATIC DEFEATS OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY

Summary. This article presents the results of the endocrinological examination of 110 patients with chronic mechanical injuries of the oral mucosa. Significant improvement of the estradiol level and reduction in the free testosterone fraction was revealed in the patients from the main group; they play a leading role in this pathology development due to functional interconnection of the sex steroid hormone level with the state of the oral mucosa. This proved the efficacy of use of the proposed therapy in combined treatment of the chronic mechanical injury of the oral mucosa.

Key words: chronic mechanical trauma, steroid hormones.

Стаття надійшла до друку 22.05.2014 р.

Горай Марина Антонівна - к. мед. н., асистент кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова +38 063 390-53-30

© Демчук Г.В.

УДК: 616.24-002:615.036.8:615.33

Демчук Г.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОЦІНКА БЕЗПЕЧНОСТІ ФТОРХІНОЛОНІВ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Резюме. Проведено проспективне дослідження ефективності, відповідності до державних рекомендацій, безпечності застосування фторхінолонів для антибактеріального лікування негоспітальної пневмонії (НП) у 37 хворих з цукровим діабетом (ЦД) II типу. Середній вік - 64,9±11,5 років, чоловіків - 15 (40,5%), жінок - 22 (59,5%). Виявили, що перелік антибіотиків, які призначались хворим відповідає тим, що рекомендовані для лікування НП. Фторхінолони призначали 33 (89,2%) пацієнтам. Спостерігалось надмірне необгрунтоване застосування альтернативної комбінації цефалоспоринів III покоління та левофлоксацину хворим з середньо важким перебігом НП у 24 (64,9%) випадках. Втрата контролю над ЦД зі значною гіперглікемією або різкими коливаннями рівня глюкози крові спостерігалась у 11 (42,3%) осіб, що отримували левофлоксацин та у всіх, хто лікувався гатіфлоксацином. Одна пацієнтка, яка лікувалась левофлоксацином, померла внаслідок гіпоглікемії, що розвинулась після одужання від НП. Фторхінолони не можуть бути препаратами вибору для лікування НП у даній категорії пацієнтів і можуть бути призначені лише за життєвими показами під ретельним контролем рівня глюкози крові.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, цукровий діабет, фторхінолони.

Вступ

В основі успішного лікування негоспітальної пневмонії (НП), як одного з найпоширеніших та небезпечних інфекційних захворювань, лежить якомога швидке та ефективне призначення антибактеріальної терапії. В багатьох випадках складаються несприятливі умови для адекватної оцінки стану пацієнта, які пов'язані з віком, наявністю супутніх захворювань, що модифікують перебіг хвороби і утворюють складності у призначенні відповідного лікування [Djuric et al., 2009; Martinez et al., 2009; Ishiguro et al., 2013].

Лікування НП у хворих на цукровий діабет (ЦД) різного ступеня важкості та контролю, коли високою є ймовірність стійких грамположитивних та грамнегативних збудників, потребує призначення антибактеріальних препаратів широкого спектру дії. Препаратами вибору можуть бути захищені амінопеніциліни, цефалоспори-

ни 3-4 поколінь в поєднанні з макролідами, або респіраторні фторхінолони [Фещенко та ін., 2012]. Завдяки широкому спектру дії, зручному дозуванню респіраторні фторхінолони, мають певні переваги перед іншими препаратами, призначення яких потребує дотримання часових термінів між введеннями кілька разів на добу.

Однак використання фторхінолонів для лікування НП при ЦД має певні ризики втрати контролю над останнім та виникнення ускладнень, які загрожують життю пацієнта, що доведено для гатіфлоксацину [Onyenwenyi et al., 2008]. Відомості про ризики при застосуванні інших фторхінолонів обмежені [Sherrie et al., 2009]. Моксіфлоксацин та левофлоксацин вважаються безпечними і такими, що не впливають на вуглеводний обмін та не взаємодіють з препаратами, які приймають для контролю ЦД.