

Література

1. Лейс П.А. Dental plaque in young adults with different caries levels / П.А. Лейс, С.В. Агеевцева // Dental Forum. – 1994. – Vol.28, №3. – P. 186.
2. Лукиных Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях крупного индустриального города : автореф. дис. на соискание учен. степени докт. мед. наук : спец. 14.00.21 “Стоматология” / Л.М. Лукиных // - Нижний Новгород. - 2001. – 32 с.
3. Нормативні, директивні, правові документи “Бактеріологія і вірусологія”. - К.:Медінформ,- 2004. - С.134-136.
4. Славин М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях / М.Б.Славин. - М.:Медицина, 1999. - 304 с.
5. Сидалиев А.А. Влияние социально-экономических факторов на динамику распространенности кариеса у детей школьного возраста: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 “Стоматология” / А.А.Сидалиев // - Воронеж, - 2009. - 21 с.
6. Терешина Т.П. Корреляционная связь между интенсивностью кариеса и факторами кариесогенной ситуации в полости рта / Т.П.Терешина, Ж.А.Новикова // Вісник стоматології.- 2009– №3. - С.43-44.
7. Чижевський І.В. Клінічне та гігієнічне обґрунтування профілактики карієсу зубів у дітей в промислово розвиненому регіоні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец.14.01.22 “Стоматология” / І.В. Чижевський // - К., - 2004. - 33 с.
8. Green J.C. The simplified oral hygiene index: A method for classifying oral hygiene status / J.C.Green., J.R.Vermillion // J.Am.Dent.Assoc. – 1960. - Vol. 61. – P. 172-175.
9. Rateitchak, K.H. Periodontology / K.H. Rateitchak, E.Rateitchak, H.F Wolf // Color atlas of dental medicine, 2-rd revised and expanded edition. — New York: Thieme, 1989. — P. 230-231.
10. Schour I. Survey of gingival disease using the PMA Index / I. Schour, M. Massler // J. Dent. Res. – 1948. – Vol. 27. – P. 733-735.

Реферати

ПЛОТНОСТЬ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ ПОЛОСТИ РТА ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА

Петрушанко Т.А., Черда В.В., Лобань Г.А.

У людей с кариесом логарифмическое микробное число аэробных и анаэробных бактерий превышало этот показатель у людей с интактными зубами. Выявлены корреляционные связи средней силы гигиенических индексов с уровнем интенсивности кариозного процесса, между логарифмическими микробными числами аэробных и анаэробных бактерий, гигиеническими индексами и интенсивностью кариеса.

Ключевые слова: интенсивность кариеса, гигиенический индекс, микробная колонизация.

Стаття надійшла 05.02.2013 р.

DENSITY OF MICROBIAL COLONIZATION OF YOUNG PEOPLE ORAL CAVITY DEPENDING ON THE CARIES INTENSITY

Petrushanko T.A., Chereda V.V., Loban' G.A.

Individuals with caries have logarithmic microbial count of aerobic and anaerobic bacteria higher than people with intact teeth. We found average power correlation connection between hygienic indices and the level of intensity of caries process, between logarithmic microbial count of aerobic and anaerobic bacteria, hygienic indices and intensity of caries.

Key words: caries intensity, hygienic index, microbial colonization.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.34 – 004

М.М. Потяженко, М.О. Савченко

ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ

Серцева недостатність буває безпосередньою причиною смерті хворих із хронічною патологією печінки. Її розвиток обумовлює зниження скоротливої функції міокарда, перебудову загальної гемодинаміки, прогресування дистрофії міокарда як наслідок виражених обмінних процесів. У відповідь на перевантаження змінюється структура і функції серця, розвивається його ремоделювання. При цьому збільшується маса міокарда, розвиваються фіброз строми і дилатація серцевих порожнин, а також змінюються геометричні характеристики шлуночків.

Ключові слова: хронічний гепатит, міокард лівого шлуночка, структурно-функціональні показники.

На сьогодні в клінічній практиці важливе значення надається вивченню міжсистемних зв'язків при захворюваннях внутрішніх органів. До числа подібних взаємодій відносять зміни стану серцево-судинної системи при хронічних дифузних захворюваннях печінки, які істотно впливають на тяжкість стану хворого, перебіг і прогноз захворювання [3].

Серцева недостатність буває безпосередньою причиною смерті хворих із хронічною патологією печінки. Її розвиток обумовлює зниження скоротливої функції міокарда, перебудову загальної гемодинаміки, прогресування дистрофії міокарда як наслідок виражених обмінних процесів. У відповідь на перевантаження змінюється структура і функції серця, розвивається його ремоделювання. При цьому збільшується маса міокарда, розвиваються фіброз строми і дилатація серцевих порожнин, а також змінюються геометричні характеристики шлуночків [1,2].

Метою роботи було вивчення структурно-функціональні показники міокарду лівого шлуночка у хворих на хронічні гепатити невірусної етіології в залежності від їх активності.

Матеріал та методи дослідження. У дослідження було включено 19 пацієнтів на хронічний гепатит: 10 (52,6 %) чоловіків та 9 (47,4 %) жінок. Тривалість захворювання склала $5,6 \pm 2,3$ роки. Діагноз хронічного гепатиту встановлювали на підставі анамнестичних, клініко-лабораторних та інструментальних даних у відповідності до МКХ-Х. Хронічна патологія печінки була обумовлена токсичними та обмінними порушеннями, неуточненими (криптогенними) та змішаними факторами. В залежності від ступеню активності запального процесу всі пацієнти були розділені на три групи: I групу склали 6 (31,6 %) хворих з мінімальною активністю, II групу – 8 (42,1 %) хворих з помірною активністю, III групу – 5 (26,3 %) хворих з високою активністю.

Всі групи співставленні за віком, статтю, тривалістю захворювання. Структурно-функціональні показники лівого шлуночка оцінювали за даними ЕКГ в 12-ти стандартних відведеннях та за даними ЕхоКГ. Ехокардіографічна оцінка внутрішньосерцевої гемодинаміки проводилась з використанням апарату «Acuson» в М- і В-режимах. Визначали наступні показники: кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка (КДР ЛШ), розмір лівого передсердя (ЛП), товщину міжшлуночкової перегородки (ТМШП), товщину задньої стінки лівого шлуночка в систолу та діастолу (ТЗСЛШ). Кінцево-діастолічний об'єм (КДО) та кінцево-систолічний об'єм (КСО) визначали за методом Simpson. Фракцію викиду визначали як відношення величин ударного об'єму (УО) і КДО [4].

Для визначення маси міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) користувалися методикою Penn-Convention. Для оцінки ремоделювання лівого шлуночка визначали індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ). Для визначення типу ремоделювання додатково вираховували відносну товщину стінок (ВТС) [5].

Для оцінки діастолічної дисфункції міокарда використовували відношення максимальної швидкості трансмітрального потоку на початку діастолі (хвиля Е) до максимальної швидкості трансмітрального потоку в фазу систоли передсердь (хвиля А) – Е/А [4].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі ЕКГ виявлено патологічні зміни у всіх хворих. Порушення реполяризації виявлено у 5 пацієнтів І групи, 3 – ІІ групи, та 2 – ІІІ групи. гіпоксичні зміни міокарду спостерігалися у 1 пацієнта І групи, 5 – ІІ групи, 3 пацієнтів ІІІ групи. Гіпертрофія лівого шлуночка на ЕКГ була виявлена у 7 пацієнтів (3 – ІІ групи, 4 – ІІІ групи).

Порушення ритму та провідності спостерігалися у 7 хворих (ектопічний передсердний ритм у 1 хворого з високою активністю, передсердна екстрасистоля у 3 хворих з помірною активністю та 2 хворих з високою активністю, шлуночкові екстрасистоля – у 2 хворих з помірною активністю та 4 з високою активністю процесу). Порушення внутрішньошлуночкової провідності було виявлено у 3 хворих І групи, синусову брадикардію – у 2 хворих ІІІ групи).

Збільшення КДР, КДО, КСР, КСО спостерігалось тільки у пацієнтів з високою та помірною активністю хронічного гепатиту.

З них у 6 (46,2 %) виявлено концентричну гіпертрофію лівого шлуночка, у 4 (30,8 %) - ексцентричну гіпертрофію лівого шлуночка, у 3 (23,0 %) - нормальну геометрію лівого шлуночка. У 2 (15,4%) хворих було виявлено помірне зниження фракції викиду, у 3 (23,0 %) встановлена діастолічна дисфункція І типу.

Висновки

1. У хворих на хронічні гепатити спостерігаються структурно-функціональні зміни серцево-судинної системи, які проявляються порушеннями ритму та провідності, зміною геометричних показників ЛШ, систолічною та діастолічною дисфункцією;
2. Структурні зміни міокарду у хворих на хронічний гепатит залежать від його активності.

Література

1. Жарикова М.В. Клинико-эхокардиографические аспекты изменений сердечно-сосудистой системы при хронических диффузных заболеваниях печени. Автореферат диссертации кандидата мед. наук / М.В. Жарикова // - М.: – 2004.
2. Журавлёва Л.В. Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у больных хроническими гепатитами и циррозом печени / Л.В. Журавлёва // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 4 (24). – С. 47-49.
3. Денисов А.А. Оценка функции левого и правого желудочков с позиции структурно-функциональных изменений миокарда у больных хроническими гепатитами и циррозом печени в процессе лечения // Вестник новых медицинских технологий / А.А. Денисов // – 2007. - №2. - С. 38-45.
4. Рыбакова М.К. Комплексная эхокардиографическая оценка систолической и диастолической функции левого и правого желудочков в норме / М.К. Рыбакова, В.В. Митьков, М.Л. Платова // - 2005. - №4. - С. 64-71.
5. Радченко Г.Д. Гіпертрофія лівого шлуночка: визначення, методи оцінки, можливості регресу / Г.Д. Радченко // Український кардіологічний журнал. - 2010. - №6. - С. 99-109.

Реферати

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

Потязенко М.М., Савченко М.О.

Сердечная недостаточность бывает непосредственной причиной смерти больных с хронической патологией печени. Ее развитие обуславливает снижение сократительной функции миокарда, перестройку общей гемодинамики, прогрессирование дистрофии миокарда как следствие выраженных обменных процессов. В ответ на перегрузку изменяются структура и функции сердца, развивается его ремоделирование. При этом увеличивается масса миокарда, развиваются фиброз стромы и дилатация сердечных полостей, а также изменяются геометрические характеристики желудочков.

Ключевые слова: хронический гепатит, миокард левого желудочка, структурно-функциональные показатели.

STRUCTURAL-FUNCTIONAL INDICES OF LEFT VENTRICLE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS

Potyazhenko M.M., Savchenko M.O.

Cardiac insufficiency is direct reason of death of patients with chronic pathology of liver. Its development stipulates the decline of retractive function of myocardium, re-erecting of general hemodynamics, progress of dystrophy of myocardium as a result of the expressed exchange processes. A structure and functions of heart change in reply to an overload, develops his remodelirovaniya. Mass of myocardium is thus increased, fibrosis of stromy and dilatation of cardiac cavities develop, and also geometrical descriptions of ventricles change.

Key words: chronic hepatitis, myocardial left ventricular, structural and functional characteristics.