

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення активності і співвідношення перекисного окиснення ліпідів і показників антиоксидантної системи під впливом різних схем анестезіологічного забезпечення при проведенні операцій у хворих з ІХС.

Література

1. Boven van W.J. Myocardial oxidative stress, and cell injury comparing three different techniques for coronary artery bypass grafting / W.J. van Boven, W.B. Gerritsen, A.H. Driessen [et al.] // Eur. j. cardiothorac. surg. – 2008. – Vol.34, №5. – P. 969-975.
2. Baranova O.A. A search for new markers of oxidative stress in brain ischemia for the optimization of treatment approaches / O.A. Baranova, A.V. Chekanov, A.N. Karneev [et al.] // Zh. nevrol. psikiatr. im. S.S. Korsakova. – 2011. – Vol.111. – №12. – P. 25-31.
3. Kobayashi K. Direct assessments of the antioxidant effects of propofol medium chain triglyceride/long chain triglyceride on the brain of stroke-prone spontaneously hypertensive rats using electron spin resonance spectroscopy / K. Kobayashi, F. Yoshino, S.S. Takahashi, [et al.] // Anesthesiology. – 2008. – Vol.109, №3. – P. 426-435.
4. Kelly P.J. Oxidative stress and matrix metalloproteinase-9 in acute ischemic stroke: the biomarker evaluation for antioxidant therapies in stroke (BEAT-Stroke) study / P.J. Kelly, J.D. Morrow, M. Ning [et al.] // Stroke. – 2008. – Vol.39, №1. – P. 100-104.
5. Prasad K. Vitamin E slows the progression of hypercholesterolemia-induced oxidative stress in heart, liver and kidney / K. Prasad, E.D. McNair, A.M. Qureshi [et al.] // Mol. cell. biochem. – 2012. – Vol.368, №1-2. – P. 181-187.
6. Tsakanova G.V. A comparative study of antioxidant system and intensity of lipid peroxidation in type 2 diabetes mellitus and ischemic stroke aggravated and not aggravated by type 2 diabetes mellitus / G.V. Tsakanova, V.A. Ayvazyan, A.S. Boyajyan [et al.] // Bull. exp. biol. med. – 2011. – Vol.151, №5. – P. 564-566.
7. Türkan H. The effect of sevoflurane and desflurane on markers of oxidative status in erythrocyte / H. Türkan, A. Aydin, A. Sayal [et al.] // Toxicol. ind. health. – 2011. – Vol.27. – P. 181-186.
8. Veglia F. Assessment of oxidative stress in coronary artery bypass surgery: comparison between the global index OXY-SCORE and individual biomarkers / F. Veglia, J.P. Werba, E. Tremoli [et al.] // Biomarkers. – 2009. – Vol.14, №7. – P. 465-472.

Реферати

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

Лоскутов О.А.

В работе рассматривается динамика перекисного окисления липидов и показателей антиоксидантной системы у 60 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) (возрастом $66,96 \pm 1,81$ лет, весом $86,5 \pm 1,44$ кг) при проведении аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения (ИК). За три дня до операции показатели диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) превышали норму на $95,2 \pm 2,12\%$ и на $106,5 \pm 3,24\%$, соответственно. Показатели степени окисления (СО) липидов сыворотки крови были ниже нормы на $22,2 \pm 1,19\%$. Перед началом ИК наблюдалось повышение СО на $11,9 \pm 1,22\%$ по отношению к исходным показателям. После окончания ИК, значения ДК повышались на $27,3 \pm 1,17\%$ относительно исходного уровня, МДА – на $29,7 \pm 2,34\%$, СО уменьшалась на $29,6 \pm 1,29\%$, а активность церулоплазмينا (ЦП) была снижена на $20,1 \pm 1,41\%$ относительно исходного уровня. В конце операции, по отношению к предыдущему этапу, происходило достоверное снижение уровня ДК на $36,4 \pm 2,71\%$, МДА – на $37,05 \pm 2,13\%$, повышение уровня СО на $7,9 \pm 0,58\%$ и увеличение уровня ЦП на $21,9 \pm 1,33\%$. Таким образом, у пациентов с ИБС исходно присутствовала повышенная активность показателей окислительного стресса, которые манифестировали после окончания ИК, на фоне снижения активности антиоксидантов. Но к концу операции значения прооксидантов уменьшались, а активность антиоксидантов значительно возрастала.

Ключевые слова: аорто-коронарное шунтирование, перекисное окисление липидов, церулоплазмин.

Статья найдшла 15.02.2013 г.

DYNAMICS OF OXIDATIVE STRESS IN PATIENTS BY CARDIAC SURGERY OPERATIONS UNDER EXTRACORPOREAL CIRCULATION

Loskutov O.A.

The paper considers dynamics of lipid peroxidation and antioxidant parameters in 60 patients with coronary artery disease (CAD) (age $66,96 \pm 1,81$ years, weight $86,5 \pm 1,44$ kg) during coronary artery bypass (BP) surgery. Three days before the operation indicators of diene conjugates (DC) and malondialdehyde (MDA) exceeded the norm by $95,2 \pm 2,12\%$ and $106,5 \pm 3,24\%$, respectively. Indicators of serum lipids oxidation (LO) were below the normal on $22,2 \pm 1,19\%$.

Before the beginning of the BP was an increase of LO by $11,9 \pm 1,22\%$ relative to baseline. After the end of the BP, the value increases by DC $27,3 \pm 1,17\%$ from baseline, MDA – by $29,7 \pm 2,34\%$, LO decreased by $29,6 \pm 1,29\%$, while the activity of ceruloplasmin (CP) was reduced by $20,1 \pm 1,41\%$ from baseline. At the end of the operation, relative to the previous stage, there was a significant reduction in DC on $36,4 \pm 2,71\%$, MDA – on $37,05 \pm 2,13\%$, increase in LO on $7,9 \pm 0,58\%$ and increase in the CP on $21,9 \pm 1,33\%$. Thus, in patients with coronary artery disease was present initially increased activity indicators of oxidative stress, which the manifested after BP, against lower activity of antioxidants. But by the end of the operation prooxidants values decreased and the activity of antioxidants significantly increased.

Key words: coronary artery bypass surgery, lipid peroxidation, ceruloplasmin.

УДК 615.21+616.314-76-77-003.96

Л.О. Лугова, О.М. Важнича, Т.О. Дев'яткіна, Е.Г. Колот
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

СТАН ВЕГЕТОСОМАТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ, ЩО АДАПТУЮТЬСЯ ДО ПОВНИХ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ПІРАЦЕТАМУ

Проведено спостереження за 35 пацієнтами похилого та старечого віку з повною відсутністю зубів до протезування та під час адаптації до повних знімних зубних протезів. Показано, що після 30 днів адаптації відбувається зниження діастолічного артеріального тиску та зменшення парасимпатикотонії. Показники серцево-судинної діяльності та дихання хворих, які до та під час адаптації до зубних протезів вживали пірацетам у дозі 0,6 г на добу, характеризувалися не тільки зниженням діастолічного тиску, а й зменшенням частоти серцевих скорочень і дихання та сталістю індексу Кердо, що може пояснюватись більшою стабільністю вегетативної регуляції.

Ключові слова: пірацетам, вегетативний тонус, адаптація, повні знімні зубні протези.

Робота є фрагментом НДР «Механізми пошкодження зубоцелюної системи, резистентності організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань», номер держреєстрації № 01970018550.

Відомо, що значна кількість осіб похилого та старечого віку потребує ортопедичної стоматологічної допомоги з використанням повних знімних зубних протезів (ПЗЗП) [8, 13]. Зубний протез, навіть за умов його

високої функціональної якості, є стороннім тілом у порожнині рота й виступає в ролі стресорного фактора, особливо на початку користування [3]. Цей стресорний фактор, за звичай, діє на фоні старіння, яке саме є «стрес-вік-синдромом» [7] і характеризується тим, що додаткові стреси швидко викликають виснаження пристосувальних механізмів та розвиток дезадаптації, тобто порушення взаємодії організму з довкіллям, яке ще не є хворобою, але створює умови для розвитку патології [1]. Актуальною і малодослідженою є проблема розвитку адаптації до ПЗП на фоні застосування фармакологічних препаратів з адаптогенними властивостями, зокрема ноотропних засобів. Визначальною рисою цих препаратів є те, що при підвищенні психофізіологічної стійкості до впливу стресорів вони не порушують дієздатність організму [4]. Основним представником групи ноотропів можна вважати похідне піролідонового ряду пірацетам (ноотропіл) [10], який, поряд з іншими показаннями, широко використовують при порушеннях пам'яті в похилому віці, церебральному атеросклерозі, фізіологічному старінні, психоорганічних синдромах на фоні сенільної інволюції [10, 11]. У літературі широко представлені відомості щодо впливу пірацетаму на когнітивні функції, кровообіг та метаболічні процеси в головному мозку, меншою мірою – інформація щодо кардіопротекції, антиаритмічної дії та інших екстрацеребральних ефектів [14], однак відкритим лишається питання про вплив цього ноотропу на стабільність вегетативної регуляції серцево-судинної діяльності у хворих за умов стресу.

Метою роботи було вивчити основні показники серцево-судинної діяльності й дихання та на їх основі оцінити стан вегетативної регуляції у хворих, які адаптуються до ПЗП на фоні вживання пірацетаму.

Матеріал та методи дослідження. Клінічні спостереження проводили у 35 хворих віком 57-90 років із повною відсутністю зубів на верхній і нижній щелепах, які звернулися до Полтавської обласної стоматологічної поліклініки з приводу виготовлення нових ПЗП. Усі хворі були поінформовані щодо мети та ризиків дослідження й підписали інформаційний консент. Вони були оглянуті терапевтом та невропатологом, за призначенням якого вживали лікарський засіб до та під час адаптації до ПЗП. Усі хворі мали супутню вікову патологію, однак на момент звернення по ортопедичну стоматологічну допомогу ці хвороби були компенсовані. Усі пацієнти раніше користувалися зубними протезами. Нові ПЗП їм були виготовлені з стоматологічної пластмаси «Фторакс» за стандартною технологією й відповідали вимогам якості [5].

Обстежені хворі були розподілені на дві клінічні групи, рандомізовані за віком та статтю. Перша група складалася з 13 осіб: 6 чоловіків і 7 жінок. У цій групі адаптаційні процеси розвивалися природним шляхом без будь-якого впливу (І клінічна група). Друга група становила 22 особи: 10 чоловічої й 12 жіночої статі. Пацієнти цієї групи мали такі ж умови для протезування, як і хворі попередньої групи. З метою керування процесами адаптації цим хворим було призначено пірацетам (II клінічна група). За обома групами хворих спостерігали від першого звернення до 30 дня користування протезами (в середньому 45 діб). Ноотропний засіб пірацетам («Дарниця», Україна) призначали хворим у вигляді таблеток по 0,2 г 3 рази на день, що не виходило за межі терапевтичних доз [2]. Застосовували лікувально-профілактичне вживання препарату протягом 45 днів із моменту першого відвідування стоматолога з приводу протезування до 30 дня користування протезами.

До протезування (при першому зверненні з приводу виготовлення нових ПЗП), у день накладання ПЗП, через 7 та 30 діб після нього проводили вимірювання артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС) і частоти дихання (ЧД) загальноприйнятими методами [4]. Як інтегральний показник вегетативного тону обчислювали індекс Кердо [9]. Розрахунок вегетативного індексу проводили за формулою, яка враховує величину діастолічного АТ та ЧСС за 1 хвилину. Вегетативний індекс дорівнює 0 при повній вегетативній рівновазі (ейтонії). Якщо коефіцієнт позитивний (+), вважають, що підвищений тонус симпатичної нервової системи, негативний (–) – парасимпатичної нервової системи [9]. Одержані результати обробляли за стандартними програмами Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку лікування ЧСС у пацієнтів I клінічної групи знаходилась у межах норми (табл. 1.). Цей показник істотно не змінювався й під час наступних спостережень. Аналогічні результати були одержані при підрахунку ЧД від першого звернення до поліклініки до 30 днів адаптації. Цей показник був стабільний і знаходився в межах довірчих інтервалів норми (табл. 1).

Таблиця 1

Показники серцево-судинної діяльності, дихання та вегетативний індекс у хворих I клінічної групи під час адаптації до повних знімних зубних протезів ($M \pm m$), $n=13$

Показники	Термін спостережень			
	до протезування	у день накладання протезів	через 7 днів	через 30 днів
Частота серцевих скорочень, уд./хв.	71,1 $\pm$ 1,7	71,4 $\pm$ 1,9	68,3 $\pm$ 1,3	70,2 $\pm$ 1,8
Частота дихання, дихань/хв.	20,6 $\pm$ 1,0	19,5 $\pm$ 1,0	19,6 $\pm$ 0,8	19,1 $\pm$ 0,9
Систолічний АТ, мм рт. ст.	149,2 $\pm$ 4,7	136,1 $\pm$ 5,8	141,5 $\pm$ 5,0	137,7 $\pm$ 4,4
Діастолічний АТ, мм рт. ст.	88,9 $\pm$ 3,9	80,4 $\pm$ 2,6	81,5 $\pm$ 2,8	79,6 $\pm$ 1,4*
Індекс Кердо, од.	-23,4 $\pm$ 4,1	-15,8 $\pm$ 4,1	-18,3 $\pm$ 3,7	-11,9 $\pm$ 3,0*

Примітки: * – $p < 0,05$ у порівнянні з показниками до протезування; n – кількість пацієнтів у групі.

АТ під час першого обстеження пацієнтів I клінічної групи знаходився в межах вікової норми, що може пояснюватись компенсованим характером супутніх захворювань серцево-судинної системи (табл. 1). Систолічний і діастолічний АТ у I клінічній групі в день накладання ПЗП був нижчий у порівнянні зі значенням попереднього спостереження, причому ці зміни мали тенденцію до вірогідності ($p < 0,1$). Величини систолічного й діастолічного АТ через 7 днів від початку користування ПЗП займали проміжне положення між значеннями 1-го і 2-го спостережень і не мали вірогідної різниці з ними. Через 30 днів після накладання протезів систолічний АТ був дещо нижчий за вихідний

рівень цього показника ($p < 0,1$). Діастолічний АТ у цей термін спостережень вірогідно знижувався ($p < 0,05$).

У І клінічній групі на початку спостережень значення індексу Кердо були негативними і знаходились у межах від 6 до 48 одиниць (од). Середнє значення становило $-23,4 \pm 4,1$ од. У день накладання протезів абсолютна величина індексу Кердо знизилась на 30%, що однак було не вірогідно (табл. 1). Через 7 днів від початку користування ПЗЗП індекс Кердо в І клінічній групі був близький до попереднього. Спостереження через 30 днів від початку користування ПЗЗП характеризувалося суттєвим зниженням ($p < 0,05$) модуля індексу Кердо в порівнянні з вихідними величинами. Отже, в пацієнтів похилого та старечого віку з повною відсутністю зубів адаптація до ПЗЗП відбувається на фоні парасимпатикотонії зі значними змінами її виразності, що, вочевидь, указує на нестабільність вегетативної регуляції серцевої діяльності та судинного тону.

У хворих, які вживали пірацетам, ЧСС увесь час була в межах норми (табл. 2). При цьому ЧСС у день накладання протезів і через 7 днів після нього істотно не відрізнялася від показників до протезування, а через 30 днів вірогідно зменшилася на 5,5% ($p < 0,05$) у порівнянні з початком спостережень (див. табл. 2). Для порівняння – у хворих І клінічної групи вірогідних змін ЧСС протягом перших 30 днів користування ПЗЗП не було зареєстровано (табл. 1). ЧД у хворих ІІ клінічної групи не зазнавала змін у день накладання протезів і зменшилася на 6% ($p < 0,05$) через 7 днів у порівнянні з такою до протезування (табл. 2). Через 30 днів від початку користування протезами вона була на 8% ($p < 0,02$) менша за початкові дані. Така динаміка змін ЧД відрізнялася від І клінічної групи, де протягом усього терміну спостережень не відмічалось вірогідних змін цього показника (табл. 1).

Таблиця 2

Показники серцево-судинної діяльності, дихання та вегетативний індекс у хворих ІІ клінічної групи під час адаптації до повних знімних зубних протезів ($M \pm m$), $n = 22$

Показники	Терміни спостережень			
	до протезування	у день накладання протезів	Через 7 днів	Через 30 днів
Частота серцевих скорочень, уд/хв	$72,1 \pm 1,6$	$70,1 \pm 1,5$	$70,1 \pm 1,5$	$68,2 \pm 1,5^*$
Частота дихання, дихань/хв	$19,3 \pm 0,5$	$18,8 \pm 0,4$	$18,1 \pm 0,4^*$	$17,7 \pm 0,4^{***}$
Систолічний АТ, мм рт. ст.	$146,7 \pm 5,0$	$151,7 \pm 6,5$	$149,4 \pm 4,4$	$140,0 \pm 4,0$
Діастолічний АТ, мм рт. ст.	$85,6 \pm 2,5$	$83,6 \pm 2,6$	$85,8 \pm 2,0$	$79,7 \pm 2,0^*$
Індекс Кердо, од.	$-17,6 \pm 3,7$	$-19,8 \pm 4,1$	$-21,1 \pm 3,7$	$-15,4 \pm 2,7$

Примітки: 1) * – $p < 0,05$ у порівнянні з показниками до протезування. 2) ** – $p < 0,05$ у порівнянні з показниками в день накладання ПЗЗП.

Систолічний АТ у хворих, які вживали пірацетам під час адаптації до ПЗЗП, лишався сталим (табл. 2). Це відрізнялося від І клінічної групи, де через 30 днів спостережень цей показник мав тенденцію до зниження. Водночас діастолічний АТ у хворих ІІ клінічної групи в останній термін спостережень знизився на 7% ($p < 0,02$) у порівнянні з таким до протезування, що було подібно до змін діастолічного АТ у контрольній групі й могло свідчити про зменшення периферичного судинного опору.

Індекс Кердо в ІІ клінічній групі до протезування становив у середньому $17,6 \pm 3,7$ од. (табл. 2). У день накладання протезів й у наступні терміни спостережень середнє значення даного показника не зазнавало вірогідних змін у порівнянні з вихідним рівнем. Такий характер вегетативного індексу відрізняється від його динаміки в І клінічній групі, де під час кінцевого спостереження зазначений показник за модулем зменшився вдвічі. Отже, показники серцево-судинної діяльності та дихання у хворих ІІ клінічної групи під час адаптації до ПЗЗП відрізнялися від групи порівняння зниженням ЧСС через 30 днів, зменшенням ЧД через 7 і 30 днів та більшою стабільністю індексу Кердо. Це може означати, що на фоні вживання пірацетаму під час стресу, викликаного початком користування ПЗЗП, адаптаційні процеси розвиваються з більшою стабільністю вегетативної регуляції та економнішим споживанням кисню, що узгоджується з даними літератури щодо позитивного ефекту пірацетаму при вегето-судинній дистонії [8].

Висновки

1. У пацієнтів похилого та старечого віку з повною відсутністю зубів адаптація до ПЗЗП у перші 30 днів супроводжується зниженням діастолічного АТ і виразності парасимпатикотонії наприкінці даного періоду.
2. Показники серцево-судинної діяльності та дихання хворих, які до та під час адаптації до ПЗЗП вживали пірацетам у добовій дозі 0,6 г, характеризуються не тільки зниженням діастолічного АТ, а й зменшенням частоти серцевих скорочень та дихання через 30 днів і сталістю індексу Кердо, що може пояснюватись більшою стабільністю вегетативної регуляції та економнішим споживанням кисню.

Перспективи подальших досліджень. Планується проведення дослідження за участю здорових осіб молодого віку з метою детального аналізу впливу пірацетаму на вегетативну регуляцію серцево-судинної діяльності за умов гострого та хронічного психоемоційного стресу.

Література

1. Крутько В.Н. Системные механизмы и модели старения / В.Н. Крутько, В.И. Донцов // – М.: Едиториал УРСС, 2008. – 336 с.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства / Машковский М.Д. // – М.: Новая Волна, 2006. – 1206 с.
3. Нідзельський М.Я. Механізм адаптації до стоматологічних протезів / М.Я. Нідзельський // – Полтава, 2003. – 116 с.
4. Путилина М.В. Современные представления о ноотропных препаратах / М.В. Путилина // Лечащий врач. – 2006. – № 5. – С. 10-14.
5. Рожко М.Н. Ортопедична стоматологія / М.Н. Рожко, В.П. Неспрядько // – К.: Книга плюс, 2003. – 552 с.
6. Струтинський А.В. Основы семиотики заболеваний внутренних органов / А.В. Струтинский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг [и др.] // – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 304 с.
7. Фролькис В.В. Стресс-возраст-синдром / В.В. Фролькис // Физиологический журнал. – 1991. – Т. 37, № 3. – С. 3-11.
8. Шестопалова Л.Ф. Применение луветама для коррекции когнитивных дисфункций при астенических расстройствах и вегето-сосудистой дистонии / Л.Ф. Шестопалова, Т.С. Мищенко // Ліки України. – 2003. – № 10. – С. 59-61.

9. Kérdő I. Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage von I. Kérdő / I. Kérdő // Acta neurovegetativa. – 1966. – Vol. 29, № 2. – P. 250-268.
10. Malykh A.G. Piracetam and piracetam-like drugs: from basic science to novel clinical applications to CNS disorders / A.G. Malykh, M.R. Sadaie // Drugs. – 2010. – Vol. 70, № 3. – P. 287-312.
11. Shorvon S. Pyrrolidone derivatives / S. Shorvon // Lancet. – 2001. – Vol. 358, № 9296. – P. 1885-1892.
12. Trulsson U. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients perspective / U. Trulsson. P. Engstrand, U. Berggren [et al.] // Eur. J. Oral. Sci. – 2002. – Vol. 110, № 6. – P. 417-424.
13. Tsakos G. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people / G. Tsakos, J. Steele, W. Marcenes [et al.] // Eur. J. Oral. Sci. – 2006. – Vol. 114, № 5. – P. 391-395.
14. Winblad B. Piracetam: a review of pharmacological properties and clinical uses / B. Winblad // CNS Drug Rev. – 2005. – Vol. 11, № 2. – P. 169-182.

Реферати

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ, АДАПТИРУЮЩИХСЯ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПИРАЦЕТАМА

Луговая Л.А., Важничая Е.М., Десяткина Т.А., Колот Э.Г.

Проведены наблюдения за 35 пациентами пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов до протезирования и во время адаптации к полному съемным зубным протезам. Показано, что после 30 суток адаптации происходит снижение диастолического артериального давления и уменьшение парасимпатикотонии. Показатели сердечно-сосудистой деятельности и дыхания больных, которые до и во время адаптации к зубным протезам принимали пираретам в дозе 0,6 г в сутки, характеризовались не только снижением диастолического давления, но и уменьшением частоты сердечных сокращений и дыхания, а также постоянством индекса Кердо, что может объясняться большей стабильностью вегетативной регуляции.

Ключевые слова: пираретам, вегетативный тонус, адаптация, полные съемные зубные протезы.

Стаття надійшла 5.02.2013 р.

CONDITION OF AUTONOMIC-SOMATIC PARAMETERS IN PATIENTS WHICH ADAPT TO COMPLETE REMOVABLE DENTURES ON THE BACKGROUND OF PIRACETAM USE

Lugovaya L.A., Vazhnichaya Ye.M., Devyatkina T.A., Kolot E.G.

The observation of 35 edentulous patients of elderly and senile age before and during adaptation to complete removable dentures was fulfilled. It is shown that after 30 days of adaptation, lowering in diastolic blood pressure and a decrease of parasympatheticotony take place. Parameters of cardiovascular function and respiration of patients which use piracetam in a dose of 0.6 g per day before and during adaptation to dentures, were characterized not only by the decrease in diastolic blood pressure, but by diminishing of heart and respiratory rates as well as constant Kerdo's index that could be attributed to more stability of autonomic regulation.

Key words: piracetam, autonomic tone, adaptation, complete removable dentures.

УДК: 616.31-097-08

А.В. Марченко, Н.М. Іленко, Е.В. Ніколішина

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ КАНДИДОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

В статті узагальнені принципи лікування кандидозу в залежності від різноманітних факторів, пов'язаних з перебігом цього захворювання.

Ключові слова: кандидоз, антимікотика, лікування.

Аналіз стоматологічної захворюваності ВООЗ показує чітку тенденцію до росту числа мікотичних уражень протягом останнього десятиріччя. До 1995 року мікозами страждало 20% населення планети, на початку ХХІ сторіччя цей показник виріс вдвічі та продовжує зростати [1, 6]. Істинна захворюваність кандидозом СОПР в Україні невідома, оскільки він офіційно не реєструється і звертають увагу на проблему лише при його загостренні [3].

Метою роботи було вивчення виникнення кандидозу у пацієнтів сприяє тривалий прийом антибіотиків, цитостатиків, кортикостероїдів (іноді безконтрольний), супутні захворювання (ВІЛ, ендокринопатії, патологія ШКТ), підвищений рівень глюкози крові, незадовільний стан гігієни ротової порожнини, наявність гальванозу, пригнічення функціональної активності місцевих захисних (імунологічних) факторів, вік старше 40 років та інше [6].

За даними авторів [4,5,7], терапія грибового стоматиту не завжди ефективна, про що говорять рецидиви захворювання. Відомо, що гриби роду *Candida* часто знаходяться в асоціації з іншими мікроорганізмами і цей факт ускладнює лікування [2]. Серед факторів патогенності грибів виділяють такі властивості, як резистентність до антимікотиків. Також відомо, що полієнові антибіотики збільшують проникність цитоплазматичної мембрани чутливих мікроорганізмів і можуть надавати доступ до клітини іншим лікарським засобам [4]. Існують експериментальні дослідження комбінованої терапії кандидозів з використанням полієнів та азолів.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим диспансерним наглядом перебуває 64 хворих на хронічний атрофічний кандидоз порожнини рота. При постановці первинного діагнозу та контролі результатів лікування керувалися загальноклінічними даними (типові скарги хворих, анамнез, клінічна картина захворювання), показниками лабораторних досліджень (загальний аналіз крові та кров на цукор, мазок або зішкріб для мікроскопії та культуральної діагностики) та даними консультацій інших лікарів. Лабораторні дослідження крові проводилися на базі ПОСП. Мікроскопія мазків в лабораторії кафедри терапевтичної стоматології УМСА, культуральні дослідження – в лабораторії 3-ї поліклініки м. Полтава.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати наших попередніх досліджень [5] показали, що в більшості випадків (79,7%) у хворих гриби роду *Candida* виділені в асоціації з іншими мікроорганізмами. Цей факт значно ускладнює лікування і потребує комплексного та диференційованого підходу до терапії захворювання. Тому всім хворим призначалось етіологічне лікування антимікотиками широкого спектру дії, спеціалізованими препаратами в залежності від асоціації з іншими мікроорганізмами, а також гіпосенсибілізуюча, імунорегуюча терапія, біотерапія, вітамінно-білкова дієта, санація порожнини рота та необхідний гігієнічний