уменьшается концентрация орнитина, лизина, гистидина, таурина, аргинина, серина, аспарагиновой кислоты, глицина, пролина, оксипролина, изолейцина, фенилаланина в слюне. Следует отметить, что у лиц с дуоденальной язвой не увеличивается концентрация ни одной из определенных нами аминокислот, тогда как во второй группе обследованных пациентов значительно возрастает концентрация аланина и метионина.

Вывод. В слюне пациентов с дуоденальной язвой аминокислот на 41,1 % меньше, чем в контроле, что указывает на нарушение поступления указанных аминокислот в организм в условиях этой патологии. У лиц с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, гастритом, дуодено-гастральным рефлюксом концентрация аминокислот в слюне на 31,9 % ниже контроля. Выявленные изменения содержания свободных аминокислот в слюне больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, гастритом, дуодено-гастральным рефлюксом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки чувствительны маркерами нарушения белкового, аминокислотного и азотового обмена при указанных патологиях и требуют дальнейшего изучения.

V. L. Diachenko, S. P. Veselsky, Ye. M. Reshetnik, M. Yu. Makarchuk, T. P. Garnyk

FREE AMINO ACIDS OF THE SALIVA OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, GASTRITIS, DUODENOGASTRIC REFLUX AND PEPTIC ULCER OF THE DUODENUM

Keywords: amino acids, saliva, gastroesophageal reflux disease, gastritis, duodenum-gastric reflux, duodenal ulcer.

Background and aim. The study of the composition of saliva is a valuable non-invasive diagnostic approach that allow to monitor the patient's health. Significant changes in salivation and saliva content are observed in diseases of the digestive tract. However, the content of free amino acids in the saliva of patients with gastroduodenal pathology has not been adequately studied before. Therefore, the purpose of our study was to determine the concentration of free amino acids in the saliva of two groups of patients: those suffering from gastroesophageal reflux disease, gastritis and duodenal gastric reflux, and patients with duodenal ulcer.

Methods. Twelve fractions of free amino acids were determined by chromatographic method in the saliva of patients with gastroesophageal reflux disease, gastritis, duodenal gastric reflux (14 persons) and patients with duodenal ulcer (13 persons): cysteine and cystine, ornithine and lysine, histidine and taurine, arginine and serine, asparagine and histamine, aspartic acid and glycine, glutamic acid and threonine, proline and hydroxyproline, alanine and methionine, valine and tyrosine, leucine and tryptophan, isoleucine and phenylalanine. The experimental data were statistically processed using the STATISTICA 8.0 software package (Stat Soft, USA) using the Student's criteria for the normal distribution. Differences between the data at $p \leq 0,05$ were considered reliable.

Results. It was revealed that the concentration of cysteine, cystine, ornithine, lysine, histidine, taurine, arginine, serine, aspartic acid, glycine, isoleucine, phenylalanine decreases in patients with gastroesophageal reflux disease, gastritis, duodenal gastral reflux, but the concentration of alanine and methionine in the saliva increases. In patients with duodenal ulcer, the concentration of ornithine, lysine, histidine, taurine, arginine, serine, aspartic acid, glycine, proline, hydroxyproline, isoleucine, phenylalanine in saliva is significantly reduced. It should be noted that in individuals with duodenal ulcer, the concentration of none of the amino acids we have determined does not increase, whereas in the second group of the examined patients the concentration of alanine and methionine increases significantly.

Conclusion. In the saliva of patients with duodenal ulcer, the amino acids are 41.1% less than in the control, which indicates a violation of the intake of these amino acids in the body under the conditions of this pathology. In persons with gastroesophageal reflux disease, gastritis, duodenal gastral reflux, the concentration of amino acids in saliva is 31.9% lower than the control. The revealed changes in the content of free amino acids in the saliva of patients with gastroesophageal reflux disease, gastritis, duodenal gastral reflux and duodenal ulcer are sensitive to the markers of the violation of protein, amino acid and nitrogen metabolism in these pathologies and require further study.

УДК 615.23:616.233-002+616.322-002

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ПРИГЛУХУВАТОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ЕКСУДАТИВНИМ СЕРЕДНІМ ОТИТОМ

■ **Т. Ю. Запорожець, к. мед. н., докторант**
І. В. Лоскутова, д. мед. н., проф., зав. каф. терап. ФПДО

■ ***ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне***

Проблема патології органу слуху з кожним роком стає все більш актуальною і не лише в медичному, а й соціально-економічному сенсі. У даний час з різноманітних форм хронічного запалення середнього вуха на перше місце виступає ексудативний середній отит (ЕСО), або поєднується з патоморфологічними проявами хронічного середнього отиту [3, 13]. Найчастішою причиною ЕСО є гострі респіраторні вірусні інфекції і запальний процес у носоглотці, який виникає при ГРВІ, призводить до порушення мукоциліарного кліренсу у слуховій трубі та формує її дисфункцію з подальшим порушенням у мікросудинному руслі з утворенням випоту в барабанній порожнині [4, 14]. При тривалому перебігу хвороби у випоті присутні продукти бокалоподібних і слизових залоз і продукти розпаду тканин, ексудат стає слизовим, потім в'язким, набуває мукозного характеру. Якщо лікування затягується, то ексудат набуває більш в'язкої консистенції і зміни слуху стають більш стійкими [6, 9, 11].

Профілактика приглухуватості у хворих з ЕСО є найважливішим шляхом вирішення проблеми глухоти. У першу чергу показані загально-профілактичні заходи, спрямовані на підвищення опірності організму до

© Т. Ю. Запорожець, І. В. Лоскутова

інфекції, тому, якщо протягом 2 тижнів функція слухової труби не відновлюється в достатній мірі, ексудат не розсмоктується і слух не поліпшується, необхідно використовувати хірургічні методи для евакуації секрету з барабанної порожнини (дренування барабанної порожнини, тімпанотомія, шунтування) [1, 5, 12]. У деяких хворих дренування барабанної порожнини не приводить до одужання. Тому профілактика приглухуватості може іноді виявитися ефективною, якщо вона розпочата в ранньому періоді хвороби, коли ще не встигли з'явитися незворотні зміни в нервовій тканині.

При ЕСО в якості профілактики виправдане застосування флеботропних препаратів. Нами застосовувався венодіол, який є мікронізованою очищеною фракцією біофлавоноїдів (діосмін і гесперидин) у комплексі з аскорбіновою кислотою. Препарат має загальнозміцнювальну, венотонізуючу дію (підвищує тонус і еластичність венозних судин, нормалізує проникність капілярів, лімфатичний транспорт і мікроциркуляцію). Слід відзначити його здатність пригнічувати аутоагресивність лейкоцитів і макрофагів, а також блокувати синтез місцевих медіаторів запалення [8, 10]. Аскорбінова кислота, яка входить до складу венодіолу, також покращує еластичність судин, нормалізує проникність капілярів, сприяє нормальному кровотворенню, підвищує захисні сили організму.

Метою роботи було дослідження динаміки показників мікроциркуляції та аудіографії у хворих на ексудативний середній отит з хронічною формою в ході медичної реабілітації.

Зв`язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи «Імунні та імунопатологічні особливості ексудативних середніх отитів, імунокорекція, імунореабілітація» (№ держреєстрації 0111U009618).

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 83 хворих на ЕСО віком від 19 до 49 років, з яких було 49 жінок (59,1 %) та 34 чоловіків (40,9 %). Секреторна форма ЕСО була діагностована у 55 осіб та мукозна форма – у 28 хворих. Хворі скаржилися на зниження слуху і відчуття закладеності вуха. У 61 хворого відчувалися переливання рідини у вусі, погіршення слуху при зміні положення голови.

Після основного курсу лікування обстеженим хворим призначали курс медичної реабілітації. Пацієнти були розподілені на дві групи – основну (45 осіб) та зіставлення (38 осіб), рандомізованих за віком, статтю та формою хвороби. Хворі групи зіставлення отримували адаптогени, полівітаміни у середньотерапевтичних дозах та фізіотерапевтичні процедури (діатермія, струми ультрависокої частоти, ультрафіолетове лазерне опромінення), а також пневматичний масаж барабанної перетинки.

Хворі основної групи в якості медикаментозної реабілітації використовували венодіол по 1 табл. двічі на день протягом 2 місяців.

Обстеження проводили в динаміці – до початку курсу медичної реабілітації (після завершення лікування гострих проявів хвороби) та після його завершення (через 2,5-3 місяці).

У всіх хворих на ЕСО досліджували стан мікрогемодинаміки **бульварної біомікроскопії (ББК)** за допомогою фотощілинної лампи (ЩЛ-2М) при збільшенні в 40-60 разів. З дослідження були виключені хворі з захворюваннями переднього відрізка ока та порушеннями гідродинаміки ока. Враховувались зміни форми і діаметру мікросудин **мікроциркуляторного русла (МЦР)**, характеру і швидкості кровотоку в них, позасудинні прояви мікрогемодинамічних розладів. Для кількісної оцінки порушень мікрогемодинаміки обчислювались кон'юнктивальні індекси (КІ) за бальною системою (Селезнев С. А. и соавт., 1985). Розраховувались індекси судинних ($КІ_1$), внутрішньосудинних ($КІ_2$) і позасудинних (периваскулярних) ($КІ_3$) порушень, а також загальний кон'юнктивальний індекс ($КІ_{загал}$) за формулою:

$$КІ_{загал} = КІ_1 + КІ_2 + КІ_3.$$

Для об'єктивної оцінки стану слуху проводилася комп'ютерна аудіометрія за допомогою апарату Belton (Данія).

Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою методу одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2003 Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica, XLSTAT–Pro для MS Excel, Statistical Package for Social Science). Середні вибіркові значення кількісних показників наведені у вигляді M±m, де M – середня арифметична та m – її помилка. Для перевірки статистичних гіпотез застосовували параметричні та непараметричні методи [2, 7].

Результати дослідження та їх обговорення

Судинні порушення у хворих на ЕСО характеризувались, здебільшого, нерівномірністю калібру мікросудин. При цьому виявлено, що нерівномірність калібру венул і капілярів (як правило, їх розширення) відзначалась однаково часто. У частини пацієнтів (60,0 % – в основній групі та 57,9 % – в групі зіставлення) відзначено наявність мікроаневризмів венул і капілярів. У 25 пацієнтів (55,6 %) в основній групі та у 21 пацієнта (55,3 %) групи зіставлення обстежених реєструвалось суттєве зменшення числа функціонуючих капілярів. У результаті зменшення кількості функціонуючих капілярів змінювалось співвідношення числа артеріол і венул (**артеріоло-венулярний коефіцієнт – АВК**) і тому даний коефіцієнт в обох групах обстежених дорівнював 1:4-1:5 (при нормі 2:3; $P<0,05$). У низці випадків у хворих на ЕСО було виявлено наявність ампулоподібних розширень мікросудин, спазму капілярів, сітчаста структура судин, що було ознакою функціонування артеріоло-венулярних анастомозів. Зниження кількості функціонуючих капілярів у обстежених пацієнтів закономірно супроводжувалось відкриттям **артеріоло-венулярних шунтів (АВШ)**, сладж-синдрому (2-3 сту-

пеню) у венулах, капілярах і, зрідка, у артеріолах у вигляді гранулярного і гранулярно-зернистого кровотоку; периваскулярного набряку різного ступеню вираженості та появою одиничних мікрогеморагій у позасудинних зонах.

Таким чином, сумарно судинні порушення мікрогемодинаміки у хворих на ЕСО з хронічним перебігом характеризувались нерівномірністю калібру і звивистістю більшості мікросудин, зниженням числа і запустінням функціонуючих капілярів, зменшенням АВК, а також появою мікроаневризм артеріол, судинних клубочків і відкриттям АВШ. Значення $КІ_1$, складало в середньому у хворих основної групи (6,3±0,2) бала (при нормі (2,4±0,14) бала; P<0,01), а в групі зіставлення – (6,2±0,3) бали (P<0,01), тобто вище норми в 2,63 рази та 2,58 рази відповідно (див. табл.).

У всіх хворих з діагнозом ЕСО були виявлені внутрішньосудинні порушення в МЦР. У 75,6 % обстежених основної групи та у 78,9 % хворих групи зіставлення виявлялося уповільнення, а в низці випадків – поява ретроградної течії крові. Інтегральний індекс, що характеризує кількісну оцінку внутрішньосудинних розладів ($КІ_2$) в основній групі становив у середньому (4,0±0,2) бала і в групі зіставлення – (4,1±0,1) бали (при нормі (1,4±0,11) бала; P<0,01). В обстежених нами хворих на ЕСО мали місце також істотні порушення мікрогемодинаміки в периваскулярному відділі МЦР. При цьому, при капіляроскопії майже в усіх обстежених відзначалась каламутність фону; лише при секреторній формі хвороби мав місце блідо-рожевий фон. Середній показник $КІ_3$ у обстежених пацієнтів основної групи становив (1,0±0,15) бала, в групі зіставлення – (1,1±0,13) бала (при нормі (0,2±0,01) балів; P<0,01). Таким чином, у хворих на ЕСО встановлено судинні, внутрішньосудинні і позаваскулярні розлади в МЦР, тому значення $КІ_{загал}$, в основній групі перевищував показник норми в 2,83 рази та групі зіставлення – в 2,85 рази (при нормі (4,0±0,15) бала; P<0,001) (див. табл.).

Аудіометрія до лікування

У всіх обстежених хворих до початку медичної реабілітації відзначався позитивний симптом зміни слуху при зміні положення голови.

При виконанні тимпанометрії показники були за типами В та С, що свідчить про зміни проведення повітря через слухову трубу до барабанної порожнини. За даними аудіометрії показники зниження слуху коливалися від 40 до 80 дБ

Використання венодіолу в комплексній медичній реабілітації хворих на хронічні форми ЕСО сприяло позитивній динаміці показників мікрогемоциркуляції. При повторному дослідженні у пацієнтів основної групи виявлено позитивні зміни у внутрішньосудинному відділі МЦР: прискорення кровотоку, а в низці випадків (15,6 %) – повна нормалізація форми і швидкості течії крові в усіх видах мікросудин, зникав сладж-синдром в артеріолах, капілярах і більшості венул. У цілому на момент закінчення медичної реабілітації у хворих основної групи зареєстровано ламінарний помірно прискорений кровоток на тлі ВАЕК I-II ст. При цьому $КІ_2$ дорівнював у середньому (1,9±0,1) бала, що менше початкового показника в 2,1 рази (P<0,01). Виявлена тенденція до збільшення АВК, тому даний коефіцієнт становив у середньому 1:3-1:4 (P<0,05) і лише у 4 хворих (8,9 %) з мукозною формою запально-деструктивного процесу у середньому вусі значення АВК змінювалось повільніше, залишаючись 1:5-1:6. Поряд із цим відмічалося покращання калібру артеріол, капілярів і венул. Значення $КІ_1$ в основній групі пацієнтів наприкінці курсу медичної реабілітації знижувалось в 2,1 рази і становило (3,0±0,2) балів (P<0,01), однак 1,25 рази залишався вище норми (P<0,05). Більш стабільними у хворих, які отримали венодіол, виявились позасудинні розлади МЦР ($КІ_3$). При цьому відмічено, що у 8 хворих (17,7 %) основної групи при повторному обстеженні зберігались поодинокі крововиливи і пігментні плями вздовж судинних пучків, тоді як у решти пацієнтів – переважно пігментні плями на місці розсмоктування крововиливів. Також було виявлено чітку тенденцію до ліквідації каламутності фону – він ставав блідо-рожевим і чітким; зникав периваскулярний набряк. Значення $КІ_3$ було нижче початкового у середньому вдвічі (P<0,01), хоча залишався дещо вище норми. Значення $КІ_{загал.}$ в основній групі зменшувався істотно і на момент повторного дослідження дорівнював (5,4±0,14) балів. Сумарно нормалізація КІ на час закінчення курсу медичної реабілітації зареєстрована у 29 хворих (64,4 %) пацієнтів основної групи, тоді як у групі зіставлення позитивна динаміка вивчених показників менш виражена. (див. табл.).

Таблиця

Вплив медичної реабілітації на показники МЦР у хворих на хронічні форми ЕСО (M±m)

Показники	Норма	Основна група (n=46)		Група зіставлення (n=38)		P
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
$КІ_1$	2,4±0,14	6,3±0,2	3,0±0,2**	6,2±0,3	4,3±0,3*	<0,05
$КІ_2$	1,4±0,11	4,0±0,2	1,9±0,2**	4,1±0,1	2,8±0,2*	<0,01
$КІ_3$	0,2±0,01	1,0±0,15	0,5±0,04*	1,1±0,13	0,8±0,05	<0,05
$КІ_{загал}$	4,0±0,15	11,3±0,2	5,4±0,14**	11,4±0,2	7,9±0,18*	<0,01

*Примітка: до і після лікування при значеннях P: * – <0,05, ** – < 0,01, *** – <0,001;*

P – достовірність різниці між показником в основній групі та в групі зіставлення

Одночасно в групі зіставлення відмічено тенденцію до відновлення стану МЦР. При цьому у більшості з них залишались нерівномірність калібру мікросудин, звивистість капілярів і венул, а в низці випадків – навіть і звивистість артеріол, наявність аневризм венул і капілярів, судинних клубочків. У 21 обстежених (55,3 %) групи зіставлення залишалась зменшеною кількість функціонуючих капілярів та їх спорожніліть, тому співвідношення числа артеріол і венул зростало незначно, і коефіцієнт АВК дорівнював в середньому 1:4-1:5 (при нормі 2:3; P<0,05). Це поєднувалось із залишенням відкритих артеріоло-венулярних шунтів у більшості пацієнтів групи зіставлення при обстеженні після завершення курсу медичної реабілітації за допомогою загальнозміцнювальних препаратів та фізіотерапевтичних процедур. Значення $КІ_1$, що відбиває ступінь судинних порушень мікрогемоциркуляції, становив у середньому (4,3±0,3) балів, що в 1,43 рази було більше аналогічного показника в основній групі (P<0,05). У майже половини хворих групи зіставлення кровотік залишався уповільненим, а іноді виявлялась навіть повна його зупинка, що вказувало на присутність феномену ВАЕК різного ступеня вираженості. Значення $КІ_2$, який відбиває кількісний ступінь внутрішньосудинних порушень, у пацієнтів групи зіставлення дорівнювало в середньому (2,8±0,2) балів, тобто, в 1,47 рази перевищував аналогічний показник в основній групі. У більшості хворих на ЕСО, які не отримували венодіол, залишались також на підвищеному рівні й порушення в периваскулярному відділі МЦР такі, як помірна каламутність фону, крововиливи у позасудинних зонах, ліпоїдоз і пігментні плями. Значення індексу $КІ_3$ при повторному дослідженні зменшувався відносно початкового рівня в 1,38 рази (P<0,01), при цьому зберігався вище норми в 4,0 рази. Незважаючи на покращання показників, які характеризували стан мікроциркуляції, інтегральний індекс $КІ_{загал.}$ у групі зіставлення був у середньому (7,9±0,18) балів, що вище норми майже у двічі (див. табл.).

Повторне проведення аудіометрії встановило покращання слуху у 9 хворих (20,0 %) основної групи, причому переважно це були хворі з секреторною формою запально-деструктивного процесу у середньому вусі. У групі зіставлення після завершення курсу медичної реабілітації за загальноприйнятою методикою погіршення слуху не виявлено, але й покращання також.

За даними тимпанометрії, тип проникненості слухової труби вирівнювався до As.

Диспансерне спостереження протягом 1 року встановило, що в більшості хворих (29 особа – 64,4 %) основної групи не було виявлено погіршення слуху протягом 6-8 місяців, у решти хворих – до 4-5 місяців, що вимагало повторних курсів медичної реабілітації венодіолом. В групі зіставлення лише в 21,1 % випадках стан здоров'я не погіршився протягом 6 місяців, тоді як у більшості хворих вимагав комплексного лікування запально-деструктивного процесу із застосування хірургічного втручання.

Таким чином, включення венодіолу до комплексної медичної реабілітації хворих із хронічним перебігом ЕСО сприяло позитивним змінам в мікроциркуляторному руслі, що покращувало стан слуху.

Висновки

1. Після завершення лікування хронічних форм ексудативного середнього отиту у хворих залишаються морфологічні зміни в усіх відділах мікросудинного русла: спазм артеріол та дилатація венул, їх звивистість, наявність мікросудин, зменшення артеріоло-венулярного коефіцієнту. Особливо суттєві порушення виявлялися у внутрішньосудинній складовій, що характеризувалося повільним кровоплином, наявністю сладж-синдрому II ступеня у венулах, та позасудинні порушення – периваскулярним набряком.

2. Включення венодіолу в комплекс медичної реабілітації покращувало стан мікрогемодинаміки за результатами інтегральних показників, що клінічно проявлялося збереженням слухової функції, а у частини хворих – покращанням.

Література

1. Арефьева Н. А. Обоснование выбора тактики лечения экссудативного среднего отита / Н. А. Арефьева, О. В. Стратиева, Г. М. Салатова [и др.] // Вест. оториноларингол. 1998. – № 2. – С. 24-27.

2. Арутюнян А. М., Аствацатурян В. Н., Мардиян М. А. Учебное пособие по санитарной статистике (для иностранных студентов). Ереван, 1999. – 66 с.

3. Бобошко М. Ю. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения дисфункций слуховой трубы. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Спб., 2005. – 31 с.

4. Бобошко М. Ю., Лопотко А. И. Слуховая труба. Спб.: СпецЛит, 2003. – 359 с.

5. Богатищев В. И. Хирургическая тактика при секреторном среднем отите / В. И. Богатищев // Новос. оториноларингол. и логопатол. 1995. – № 3(4). – С. 113-114.

6. Бурмистрова Т. В. Этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 22 с.

7. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев: МОРИОН, 2002. – 160 с.

8. Коркушко О. В. Терапевтические возможности лечения хронической венозной недостаточности / О. В. Коркушко, В. Ю. Лишневская // Здор. Укр. – 2014. – № 9. – С. 3.

9. Крюков А. И. Патогенетический подход к лечению экссудативного среднего отита / А. И. Крюков, А. Ю. Ивойлов, В. Р. Пакина // Рос. мед. журн. – 2013. – № 11. – С. 545-546.

10. Мищенко Т. С. Терапевтические возможности коррекции венозных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / Т. С. Мищенко, И. В. Здесенко //Междунар. невролог. журн. – 2013. – № 2 (56). – С. 65-71.

11. Наумов О. Г., Карпова Е. П., Васильева Л. Д. Экссудативный средний отит. Тактика ведения: Материалы XVII съезда оториноларингологов России (тезисы). Санкт-Петербург, 2006. – С. 462.

12. Филимонов В. Н. К вопросу комплексного лечения экссудативного среднего отита: Материалы XVII съезда оториноларингологов России (тезисы). – Спб., 2006. – С. 149-150.

13. Arroyave C. M. Recurrent otitis media with effusion and food allergy in pediatric patients // Rev. Alerg. Mex. 2001, Sep-Oct. – Vol. 48(5). – P. 141-4.

14. Ryding M. Eustachian tube function and tympanic membrane findings after chronic secretory otitis media / M. Ryding, P. White, O. Kalm // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2004. – Vol. 68. – P. 197-204.

Надійшла до редакції 29.08.2017

УДК 615.23:616.233-002+616.322-002

Т. Ю. Запорожець, І. В. Лоскутова

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ПРИГЛУХУВАТОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ЕКСУДАТИВНИМ СЕРЕДНІМ ОТИТОМ

Ключові слова: ексудативний середній отит, приглухуватість, мікрогемодинаміка, венодіол, реабілітація.

Встановлено клінічну ефективність венодіолу в комплексі медичної реабілітації хворих з хронічним перебігом ексудативного середнього отиту. Лікування венодіолом усуває порушення стану слуху, а також сприяє нормалізації показників мікрогемодинаміки у хворих з порушенням слуху при запально-деструктивних процесах у середньому вусі. Отримані результати дають підставу рекомендувати венодіол для проведення медичної реабілітації при ексудативному середньому отиті з метою профілактики приглухуватості у даної категорії хворих.

Т. Ю. Запорожец, И. В. Лоскутова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ТУГОУХОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Ключевые слова: экссудативный средний отит, тугоухость, микрогемодинамика, венодиол, реабилитация.

Установлена клиническая эффективность венодиола в комплексе медицинской реабилитации больных с хроническим течением экссудативного среднего отита. Лечение венодиолом устраняет нарушения состояния слуха, а также способствует нормализации показателей микрогемодинамики у больных с нарушением слуха при воспалительно-деструктивных процессах в среднем ухе. Полученные результаты дают основание рекомендовать венодиол для проведения медициской реабилитации при экссудативном среднем отите с целью профилактики тугоухости у данной категории больных.

T. Yu. Zaporozhets, I. V. Loskutova

EFFICACY OF PROPHYLAXIS OF HEARING LOSS IN PATIENTS WITH CHRONIC EXUDATIVE OTITIS MEDIA

Keywords: exudative otitis media, deafness, microhemodynamics, venodiol, rehabilitation.

Clinical efficacy of venodiol in the complex of medical rehabilitation of patients with chronic course of exudative otitis media has been established. Treatment with venodiol eliminates hearing impairment, and also contributes to the normalization of microhemodynamics in patients with hearing impairment in inflammatory-destructive processes in the middle ear. The obtained results give grounds to recommend veno diol for medical rehabilitation with exudative otitis media for the purpose of prophylaxis of hearing loss in this category of patients.

УДК 615. 322: 616. 981.214.2

ІМУНОКОРЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ З ТОКСИЧНИМ ГЕПАТИТОМ

■ **І. В. Лоскутова, д. мед. н., проф., зав. каф. терап. ФПДО**
О. В. Паталаха, аспір. каф. терап. ФПДО

■ ***ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне***

Вступ

Вживання наркотиків призводить до ряду порушень в роботі імунної системи, дає підставу для розвитку захворювань. Генез органних уражень обумовлений прямою токсичною дією наркотику на орган, імунопатологією або нейромедіаторними порушеннями [6]. Наш організм постійно перебуває під прицілом мільйонів шкідливих мікроорганізмів, але ми просто не помічаємо ці напади доки імунна система справляється зі своєю роботою. При наркоманії порушується клітинний і гуморальний імунітет, що веде до виникнення багатьох захворювань [2, 7]. Порушення активності клітинного імунітету призводить спочатку до шкірних запалень, грибкових і вірусних інфекцій, а у подальшому мікроорганізми проникають безпосередньо в тканини організму і виникають серйозні ускладнення [5, 8, 10]. У пацієнтів, які страждають на наркотичну залежність від опіатів, виникають різкі порушення в усіх органах і системах організму. При вживанні наркотичних препаратів більше 4 років в організмі наркозалежного відбуваються незворотні процеси, які супроводжуються

© І. В. Лоскутова , О. В. Паталаха,