

силиконового катетера уже через 24 часа in vitro формируются основные структурные единицы биопленки - микроколонии *S. albicans*, которые состоят из плотно объединенных дрожжеподобных клеток, а также наблюдали меньший уровень образования микроколоний клеток *E. faecalis* по сравнению с клетками *S. albicans* на фрагментах исследуемого катетера. Тогда как на внешней и внутренней поверхности катетера, обработанного ионами серебра в концентрации 0,002 мг / мл, наблюдали наличие единичных клеток исследуемых штаммов в ассоциации. Полученные данные свидетельствуют о перспективности применения ионов серебра для обработки поверхностей катетеров с целью предупреждения образования биопленки микроорганизмами.

Ключевые слова: *Enterococcus faecalis*, *Candida albicans*, силиконовые катетеры, ионы серебра, биопленка.

surface of the silicone catheter within 24 hours of in vitro formed the basic structural unit of biofilm - mikrokolonies *S. albicans*, which consist of tightly united yeast cells and observed a lower level of education microcolonies *E. faecalis* cells compared to *S. albicans* cells fragments investigational catheter. While the outer and inner surfaces of the catheter treated with silver ions, the concentration of 0.002 mg / ml was observed the presence of single cell strains investigated the association. These data suggest promising application of silver ions for surface treatment catheters to prevent the formation of biofilm by microorganisms.

Key words: *Enterococcus faecalis*, *Candida albicans*, silicone catheters, silver ions, biofilm.

Стаття надійшла 20.05.2015 р.

Рецензент Бобирьов В.М.

УДК 616.311.2-002-053-071:615

І.І. Ткаченко, Н.М. Лохматова, Н.М. Коротич
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

НАЙБЛИЖЧІ НАСЛІДКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ДИФУЗНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

У роботі наведені результати комплексного лікування хронічного дифузного катарального гінгівіту в двох групах дітей, які спостерігалися протягом півроку. Стоматологічне обстеження проведене через 6 місяців та співставлення отриманих результатів у групах порівняння дозволило встановити, що хворі які лікувались за запропонованою методикою (додаткове включення антисептика «Декасан» до складу комплексного лікування) мали кращі показники індексів гігієни та стану тканин пародонта. Доведено, що запропонований лікувальний комплекс дозволяє отримати більш позитивні і стабільні клінічні результати та досягти зменшення кількості загострень протягом 6 місяців в 1,5 рази.

Ключові слова: хронічний катаральний гінгівіт, діти, лікування.

Робота є фрагментом НДР "Механізми пошкодження зубо-щелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань" (державний реєстраційний № 01970018550) та "Імунні взаємодії в слизовій оболонці порожнини рота і їх роль в патогенезі стоматологічних захворювань" (державний реєстраційний №0109U000389).

За даними ВООЗ, запальні захворювання пародонта, зважаючи на їх значну поширеність і прогресуючий перебіг, являють собою актуальну проблему сучасної стоматології, де чільне місце займає дитяча пародонтологія. Епідеміологічні моніторингові дослідження і клінічні дані свідчать про невірний збиток, нанесений хворобами пародонта в дитинстві та юності, що в середньому віці призводить до значного руйнування зубного апарата [1, 2].

Дані про їх частоту у дітей, які наводяться в численних наукових публікаціях періодичних видань неоднорідні і коливаються від 4,54% до 97,6%. Відомо, що у дітей найбільш часто зустрічається хронічний катаральний гінгівіт (80-85%), рідше - хронічний гіпертрофічний (10-17%), а пародонтит розвивається у 3-5% дітей і підлітків [3, 4].

Розповсюдженість пародонтопатій залежить від великої кількості факторів, серед яких слід зазначити географічно-екологічну регіональність і соціальні умови проживання, стать та вік, стан здоров'я в цілому і стан органів порожнини рота. Зокрема, важливу роль відіграють наявність карієсу та його ускладнених форм, аномалій прикусу й положення окремих зубів, шкідливі звички, ступінь засвоєння навичок по підтриманню гігієни порожнини рота на належному рівні.

Збільшення поширеності гінгівіту знаходиться у прямій залежності від віку. Так, у дошкільнят частота гінгівіту складає 5,7%, у молодшій шкільній віковій групі (7-10 років) - 29,5 - 60,0%, у середньому шкільному віці (11-14 років) - 41,82-87,5%, у старшокласників (15-17 років) - 62,4 - 83,3% [4].

Загально визнано, що представники сапрофітної мікрофлори порожнини рота, володіючи певними механізмами адгезії й колонізації характерних для них областей організму хазяїна, здатні викликати захворювання при зниженні резистентності тканин пародонта. Вірулентність бактерій може проявлятися їх безпосереднім токсичним впливом, що викликає запалення й деструкцію, а також шляхом стимуляції імунопатологічних деструктивних реакцій [5, 6, 7].

На думку одних дослідників, в інтактному пародонті вегетують грампозитивні коки, зокрема, стрептококи, і актиноміцети (*Streptococcus oralis*, *A. gerencseriae*, *A. Naeslundii*). Інші науковці відзначають перевагу *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *A. naeslundii*. Закордонними науковцями з'ясовано, що при інтактному пародонті у 20% досліджуваних виявлені темно-пігментовані бактероїди, які визнані пародонтопатогенами. При гінгівіті їх виявляють у 42% випадків, при пародонтиті – у 61%, а при ювенільному пародонтиті – у 73% випадків. На теперішній час достатньо встановлено також важливу роль мікроорганізмів зубної бляшки і їх токсинів у розвитку захворювань тканин пародонта в дитячому та юнацькому віці. Компоненти зубної бляшки, впливаючи на ясна, призводять до інфільтрації тканин ураженої ділянки клітинами запального ряду: макрофагами, поліморфноядерними лейкоцитами та лімфоцитами. Є дані про зв'язок запальних явищ у тканинах пародонта із присутністю у зубному нальоті та ясеневій рідині певних видів збудників пародонтопатій.

Метою роботи було визначення нових методів і способів терапії патологічних змін в тканинах пародонта у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням та лікуванням за умов диспансерного забезпечення знаходилося 53 дитини з хронічним дифузним катаральним гінгівітом (ХДКГ) віком від 12 до 15 років. Контрольну групу склали 15 дітей з інтактним пародонтом того ж віку і статті. Для контролю за клінічним перебігом гінгівіту визначали гігієнічні індекси: Green-Vermillion (1964), який використовується для визначення площі зубного нальоту та Silness-Loe (1967), для з'ясування товщини зубного нальоту. Для визначення стану тканин пародонта застосовували папілярно-маргинально-альвеолярний індекс РМА (G.Parma, 1960), індекс гінгівіту Silness-Loe (1967), комплексний періодонтальний індекс (КПІ, Леус П. А., 1987), а також проби Писарева-Шилера. При встановленні діагнозу ми використовували класифікацію хвороб пародонта запропоновану М. Ф. Данилевським у 1994 році.

Для лікування дітей першої групи, що складалась із 27 пацієнтів нами було застосовано стандартний лікувальний комплекс:

- професійна гігієна порожнини рота з наступним її контролем;
- навчання індивідуальній гігієні порожнини рота та її контролю із застосуванням розчину Люголя;
- санації порожнини рота (усунення місцевих подразнюючих факторів: лікування карієсу та його ускладнень);
- навчання навичкам аутомасажу ясен для покращення обмінних процесів у тканинах пародонту;
- надання рекомендацій з питання раціонального збалансованого харчування.

Крім того ми набрали групу із 26 дітей для порівняння результатів, додатково включивши до складу лікувальних засобів препарат антисептичний препарат “Декасан” (фармацевтичне підприємство “ЮРІЯ-ФАРМ” м. Київ (Р. 12. 01./04161)), що уявляє собою 0,02% розчин декаметоксину у 0,9% розчині хлориду натрію та проявляє виражену бактерицидну дію. Аплікацію проводили 3 рази підряд по 5 хвилин, що загалом складало 15 хвилин. Курс лікування тривав, зазвичай 5-7 днів, до зникнення клінічних проявів запальних явищ. Групи дітей були близькими за статевіковими ознаками і станом тканин пародонта, а профілактичні заходи проводилися два рази на рік весною та восени, що співпадає також з обстеженням стоматологічного статусу.

Отримані дані оброблялися методом варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. При зборі анамнезу захворювання при первинному обстеженні 7 (13,2%) пацієнти скарж не пред'являли, 46 (86,8%) відмічали помірні неприємні відчуття у яснах, їх припухання, кровоточивість, що виникала при чищенні зубів, інколи при вживанні їжі, неприємний запах із рота. Ці явища тривали протягом 1-3 місяців, раніш лікування не проводилося. При об'єктивному обстеженні у всіх хворих було виявлено гіперемію із цианотичним відтінком ясенного краю і міжзубних сосочків, їх набряклість, розрихленість, кровоточивість, визначалося відкладення м'якого назубного напластування. А у 18 із 53 пацієнтів (34,0%) – спостерігався зубний камінь у невеликій кількості, який переважно локалізувався на язичній поверхні різців нижньої і щічної поверхні молярів верхньої щелеп. Візуально визначені прикмети запалення слизової оболонки ясен спостерігалися на верхній та на нижній щелепах, що є свідомством дифузного поширення гінгівіту. Позитивна проба Писарева-Шилера у всіх хворих дітей вказувала на хронізацію процесу, при цьому негативна формалінова проба свідчила про збереження зубоясенного з'єднання. Аналіз даних опитування показав, що переважна більшість дітей (37-69,8%) користується зубними щітками, які не відповідають гігієнічним вимогам і знаходяться у незадовільному стані. Вибір зубних паст також був випадковим і стан тканин пародонта не враховувався. Діти зовсім не користувалися такими засобами гігієни, як зубні

еліксири, ополіскувачи, флоси, зубочистки. Крім того, 38 з 53 (72%) пацієнтів недостатньо ознайомлені з правилами чищення зубів, виконують зубною щіткою переважно повертально-поступальні рухи. Не надають також ніякого значення тривалості процедури та техніці виконання.

При опитуванні встановлено, що лише 22 (41,4%) дітей хворих на ХДКГ регулярно доглядали за порожниною рота, 23 (43,4%) - нерегулярно і 8 (15,1%) взагалі не доглядали. В той час як серед практично здорових дітей з інтактним пародонтом регулярний догляд за порожниною рота здійснюють 18 (69,2%) осіб, нерегулярно - 8 (30,8%) (табл.1). Результати клінічних спостережень та їх статистична обробка дозволили встановити залежність ступеня запалення пародонту від стану гігієни порожнини рота у дітей, хворих на ХДКГ: зі збільшенням ГІ зростають значення пародонтологічних індексів. Так у дітей, що регулярно чистили зуби індекс РМА становив $29,7 \pm 1,08\%$, не регулярно - $36,44 \pm 1,43\%$ ($p < 0,005$), взагалі не чистили - $39,52 \pm 1,7\%$ ($p < 0,001$). Середнє значення для індексу РМА для групи спостереження складало $34,07 \pm 0,96\%$. Статистично значимих відмінностей ступеню запальних явищ в залежності від статі (РМА - $35,5 \pm 0,98\%$ у хлопчиків та $33,8 \pm 1,1\%$ у дівчаток) не визначалося.

Таблиця 1

Значення гігієнічних індексів у дітей залежно від регулярності догляду за порожниною рота (M ± m)

Регулярність догляду за порожниною рота	Діти з інтактним пародонтом (n=15)		Діти хворі на ХДКГ (n=53)	
	Індекс Green-Vermillion, бали	Індекс Silness-Loe, бали	Індекс Green-Vermillion, бали	Індекс Silness-Loe, бали
Регулярно	$0,32 \pm 0,05$	$0,41 \pm 0,07$	$1,13 \pm 0,07^*$	$1,41 \pm 0,09^*$
Не регулярно	$0,95 \pm 0,05$	$1,49 \pm 0,13$	$1,7 \pm 0,07^{**}$	$1,9 \pm 0,104^{**}$
Взагалі не доглядають	-	-	$2,09 \pm 0,09$	$2,2 \pm 0,13$

Примітки: 1. * - $p < 0,001$ вірогідність відмінностей з показниками дітей з інтактним пародонтом; 2. ** - $p < 0,05$ - вірогідність відмінностей з показниками дітей з інтактним пародонтом.

Аналогічна тенденція спостерігається в динаміці індексу гінгівіту Silness-Loe, який характеризує ступень запалення. Так у дітей, які регулярно проводили гігієну порожнини рота індексу гінгівіту Silness-Loe дорівнював $1,21 \pm 0,09$ бала, не регулярно - $1,69 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) бала, взагалі не проводили $2,14 \pm 0,13$ ($p < 0,01$) бала. Середнє значення індексу гінгівіту Silness-Loe в основній групі складало $1,76 \pm 0,1$ бала.

Аналіз опитування хворих на ХДКГ показав, що кровоточивість ясен є найбільш тривожним симптомом захворювання, який відмічали у себе діти. Просліджувалося підвищення індексу кровоточивості з погіршенням гігієни порожнини рота: при регулярному догляді він становив $1,27 \pm 0,1$ бала, не регулярному - $1,5 \pm 0,11$ бала, без догляду - $1,62 \pm 0,18$ бала, що в середньому становило $1,36 \pm 0,06$ бала. Дані клінічних результатів показали, що застосування обох комплексів лікувальних заходів позитивно впливає на перебіг патологічного процесу в тканинах пародонта. Діти визначали покращення самопочуття: після 2-3 відвідувань вщухали запальні явища (зникали непріємні відчуття, зменшувалися набряк, гіперемія, кровоточивість ясен). Через 5-6 відвідувань ясна ставали рожевими, щільними, у 40 (81,6%) із 49 пацієнтів, що закінчили повний курс, повністю зникла кровоточивість. Ефективність терапії підтверджувалася динамікою показників, що наведені у таблиці 2. Після курсу лікування ХДКГ в обох групах вірогідно зменшувалося значення індексів гігієни, РМА, Silness-Loe, ІК.

Таблиця 2

Показники стану гігієни порожнини рота та тканин пародонту (M ± m)

Показники	Контроль-на група (n=15)	Група хворих дітей					
		Лікування за протоколом			Лікування за протоколом з додаванням «Декасану»		
		До лікування (n=27)	Після лікування (n=26)	Через 6 місяців (n=21)	До лікування (n=26)	Після лікування (n=23)	Через 6 місяців (n=21)
Індекс Green-Vermillion, бали	$1,18 \pm 0,04$	$1,6 \pm 0,09^*$	$1,23 \pm 0,06$	$1,25 \pm 0,06$	$1,54 \pm 0,09^*$	$1,25 \pm 0,07$	$1,37 \pm 0,05^*$
Індекс Silness-Loe (зубні напл.), бали	$0,38 \pm$	$2,08 \pm 0,14^*$	$0,37 \pm 0,04^*$	$1,02 \pm 0,09^*$	$2,01 \pm 0,12^*$	$0,34 \pm 0,07$	$0,88 \pm 0,06^{**}$
Індекс РМА %	0	$8,24 \pm 0,07^*$	$3,75 \pm 0,05^*$	$5,32 \pm 0,08^*$	$8,31 \pm 0,09^*$	$1,12 \pm 0,05^*$	$3,95 \pm 0,11^{**}$
Індекс Silness-Loe (індекс гінгівіт), бали	0	$2,08 \pm 0,14^*$	$0,29 \pm 0,05^*$	$0,85 \pm 0,10^*$	$1,98 \pm 0,12^*$	$0,14 \pm 0,04^*$	$0,35 \pm 0,03^{**}$
Індекс кровоточивості, бали	0	$1,47 \pm 0,13^*$	$0,15 \pm 0,07^*$	$0,48 \pm 0,08^*$	$1,52 \pm 0,11^*$	$0,12 \pm 0,03$	$0,26 \pm 0,08^*$

Примітки: 1. * - $p < 0,01$ у порівнянні з даними до лікування; 2. ** - $p < 0,01$ між групами порівняння через 6 місяців.

За результатами обстеження 21 дитини першої групи (6 осіб не з'явилися на огляд) через 6-7 місяців підтвердилась ефективність проведеного курсу терапії. Слід підкреслити, що у переважної більшості хворих 16 (76,2%) ГІ знаходився на доброму та задовільному рівні

При цьому у 12 осіб (57,1%) знову реєструвались відновлення проявів запальних явищ у пародонті. За півроку після завершення лікування повторні ознаки захворювання відмітили вже через 2 місяці одна дитина, 3 дитини - через 4 місяці, 8 осіб через 5-6 місяців. Діти скаржилися на кровоточивість, яка з'являлася періодично під час чищення зубів. При об'єктивному обстеженні на деяких ділянках ясен спостерігалась застійна гіперемія ясенних сосочків і ясенного краю, набрякання, кровоточивість при слабкому зондуванні ясенної борозенки.

У 9 випадках (42,9%) за період клінічної ремісії діти скарг не пред'являли. Об'єктивно визначались блідо-рожеві, вологі, без патологічних уражень ясна, які щільно охоплювали шийки зубів. Але катamnестичне спостереження за хворими протягом півроку виявило, що кількість випадків його загострень склала 38,1%, і вони супроводжувалися запальними явищами і погіршенням гігієнічного стану порожнини рота, що потребує подальшого уточнення окремих складових компонентів патогенезу з більш дієвою корекцією виявлених порушень.

У групі дітей, яким додатково до складу клінічного лікування було залучено «Декасан» залишилось через 6 місяців 21 дитина із 26, що пройшли лікування. Із них лише у 8 (38,1%) спостерігалися прояви загострення гінгівіту, що проявлялось гіперемією міжзубних сосочків та кровоточивістю ясен, яка з'являлась під час чищення зубів. Ці ознаки мали місце у 3 дітей (37,5%) через 2 місяці і у 5 через півроку (62,5%).

Висновок

Стоматологічне обстеження проведене через 6 місяців та співставлення отриманих результатів у групах порівняння дозволило встановити, що хворі які лікувались за запропонованою нами методикою мали кращі показники: індекс Silness-Loe (зубних нашарувань) в 1,2 рази, індекс РМА – в 1,3, індекс Silness-Loe (гінгівіту) в 2,4; а індекс кровоточивості в 1,8 рази. Додаткове включення антисептика «Декасан» до складу комплексного лікування хронічного катарального гінгівіту дозволяє отримати більш позитивні і стабільні клінічні результати та досягти зменшення кількості загострень протягом 6 місяців в 1,5рази.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Отримані результати дослідження спонукають до подальшого уточнення окремих складових компонентів патогенезу запальних захворювань тканин пародонту у дітей для розроблення більш дієвої корекції виявлених порушень.

Список літератури

1. Chernyavskiy S.A. Zdorov'ya ditey yak higienichna i sotsialna problema / S.A. Chernyavskiy // Problemi ekologiyi ta meditsini. – 2011. – Tom 15, No. 3-4. – S.159-160.
2. Kazakova R.V. Riven stomatologichnogo zdorov'ya u 12-ti richnih ditey Zakarpattya, prozhivayuchih v riznih ekologichnih umovah / R.V. Kazakova, S.V. Melnik, E.Y. Dyachun // Problemi ekologiyi ta meditsini. – 2011. – Tom 15, No.3-4. – S. 87-88.
3. Tkachenko P.I. Obruntuvannya napryamu imunokorektsiyi pri likuvanni hronichnogo difuznogo kataralnogo gingivitu u ditey. / P.I. Tkachenko, N.M. Lohmatova, O.V. Gurzhly, N.M. Korotich. // Visnik problem biologiyi i meditsini. – 2013. – Vipusk 1, Tom 1[98] – S. 249-251.
4. Zeynalova G.K. Opyit provedeniya programmyi profilaktiki stomatologicheskikh zabolevaniy u detey shkolnogo vozrasta v Azerbaydzhanе / G.K. Zeynalova, R.K. Alieva. // Visnik problem biologiyi i meditsini. – 2012. – Vipusk 2, Tom 2 [93]. – S. 244-246.
5. Ostapko O.I. Harakteristika metabolichnih porushen u tkaninah yasen ta yih korektsIya v kompleksniy profilaktitsi hronichnogo kataralnogo gingivitu u ditey / O.I. Ostapko // Problemi ekologiyi ta meditsini. – 2011. – Tom 15 No.3-4. – S.121-122.
6. Grishko Yu.M. Vzaemozvyazok aktivnosti lizotsimu rotovoyi ridini iz stomatologichnim i somatichnim statusom. / Yu.M. Grishko, T.M. Moshel, O.V.Gancho // Aktualni problemi suchasnoyi meditsini. – 2012. – Vip.1-2.(37-38) – S. 29-31.
7. Pokazniki perekisnogo okislennya lipidiv ta antioksidantnogo zahistu v rotoviyi ridini pri hronichnomu kataralnomu gingivitu u ditey v period zminnogo prikusu / E.M. Novikov // Aktualni problemi suchasnoyi meditsini. – 2012. – Vip.1-2.(37-38) – S.46 - 48.
8. Tkachenko P.I. Obruntuvannya kompleksnogo likuvannya hronichnogo difuznogo kataralnogo gingivitu v ditey. / P.I. Tkachenko, N.M.Lohmatova // Ukrayinskiy stomatologichniy almanah. – 2006 – No. 3. – S. 51-55.

Реферати

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДИФФУЗНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

Ткаченко П. И., Лохматова Н.М., Коротич Н.М.

В работе представлены результаты комплексного лечения хронического диффузного катарального гингивита в двух группах детей, которые наблюдались в течение полугода. Стоматологическое обследование проведено через 6 месяцев и

NEAREST CONSEQUENCES OF HOLIATRY CHRONIC DIFFUSE CATARRHAL GINGIVITIS FOR CHILDREN

Tkachenko P.I, Lokhmatova N.M., Korotich N.N.

The paper presents the findings of the holiatry of chronic diffuse catarrhal gingivitis in two groups of children, that were observed during a half-year period. Dental check-up was made in 6 months and comparison of

сопоставление полученных результатов в группах сравнения позволило установить, что больные которые лечились по предложенной методике (дополнительное включение антисептика "Декасан" в состав комплексного лечения) имели лучшие показатели индексов гигиены и состояния тканей пародонта. Доказано, что предложенный лечебный комплекс позволяет получить более позитивные и стабильные клинические результаты и достичь уменьшения количества обострений в течение 6 месяцев в 1,5раза.

Ключевые слова: хронический катаральный гингивит, дети, лечение.

Стаття надійшла 12.06.2015 р.

the results in the groups of comparison mede evident that patients that were treated by the suggested methodology (the additional application of Decasan antiseptic in the comprehensive therapy) had the best rates of hygiene indexes and state of parodontium tissues. It is made by evidence that the suggested curative complex allows to get more positive and stable clinical results and attain 1,5 times reduced number of exacerbations during 6 months.

Keywords: chronic catarrhal gingivitis, to put, treatment.

Рецензент Петрушанко Т.О.

УДК 616.61:616.12-008.331.1:616.127-073.432.19

І. М. Фурштейн, О. О. Токаренко

ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України", м. Запоріжжя

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

Артеріальна гіпертензія (АГ) спричинює, як ремоделювання міокарду лівого шлуночка (ЛШ) так і погіршення функції нирок, тому вивчення взаємозв'язку кардіальної та ниркової патології в данному аспекті, є досить актуальним. Метою було виявлення особливостей внутрішньосерцевої гемодинаміки та ремоделювання міокарду ЛШ у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії, що ускладнилась нефропатією. Було обстежено дві основні групи хворих на ГХ II стадії з 2-им (n=31) та 3-ім (n=31) ступенем АГ з наявністю нефропатії та три групи співставлення, серед яких хворі на ГХ II стадії з 2-им (n=31) та 3-ім (n=31) ступенем АГ без нефропатії та практично здорові особи (n=31). Величина співвідношення вмісту альбуміну/креатиніну у сечі ≥ 30 мг/г розцінювалась, як маркер ураження нирок. Ехокардіографічне дослідження проводилось за загальноприйнятими методиками. Виявлено, що у хворих на ГХ II стадії з 2-им та 3-ім ступенем АГ та нефропатією наявні достовірні зміни показників, що характеризують морфометричні і об'ємні показники ЛШ. У хворих на ГХ II стадії з нефропатією проявляються достовірно більш значні зміни показників трансмітрального кровоплину ЛШ у порівнянні із хворими на ГХ II стадії без нефропатії. Виявлено достовірне зростання патологічних типів геометрії ЛШ з превалюванням концентричного ремоделювання та концентричної гіпертрофії серед хворих на ГХ II стадії з нефропатією у порівнянні з хворими на ГХ II стадії, що не мали проявів нефропатії.

Ключові слова: гіпертензивна нефропатія, типи геометрії лівого шлуночка, ремоделювання міокарду, діастолічна дисфункція.

На сьогоднішній день чітко сформоване розуміння, що виникнення навіть незначних ознак порушення функції нирок (підвищення вмісту креатиніну, зниження кліренсу креатиніну, поява мікро- та макроальбумінурії) означає достовірно значне підвищення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті [2, 5, 8]. Залучення гіпертонічною хворобою (ГХ) органів-мішеней - міокарда та судинної стінки, як правило, відбувається паралельно з наростанням дисфункції ендотелію, локально-нирковою ознакою якої можна вважати збільшення екскреції альбуміну з сечею [1]. Важливо підкреслити у хворих з хронічною хворобою нирок реєструється збільшення кількості випадків гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) та патологічних типів ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) [6]. На даний час достатньо даних відносно асоціації ГЛШ з мікроальбумінурією (МАУ). Як, демонструють дослідження хворі на ГХ із ГЛШ мають значно вищий рівень співвідношення альбуміну до креатиніну сечі в порівнянні з тими, що не мали ГЛШ. В свою чергу хворі на ГХ з більш високим співвідношенням альбуміну до креатиніну в сечі частіше мають ГЛШ [5]. Один з основних ехокардіографічних показників гіпертрофії ЛШ - індекс маси міокарда лівого шлуночка виступає в якості предиктора вперше виявленої МАУ у хворих з нещодавно діагностованою артеріальною гіпертензією (АГ) [3]. Сьогодні МАУ розглядають, як важливу терапевтичну мішень: хворі, які не мають значного зниження МАУ мають менше шансів на досягнення регресії ГЛШ, незалежно від зниження артеріального тиску (АТ) [7]. Таким чином детальне вивчення цього питання є досить актуальним.

Метою роботи було виявити особливості внутрішньосерцевої гемодинаміки та ремоделювання міокарду ЛШ у хворих на ГХ II стадії, що ускладнилась нефропатією.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено дві основні групи хворих, що були представлені хворими на ГХ II стадії з 2-им (n=31) та 3-ім (n=31) ступенем АГ з наявністю ранніх проявів нефропатії та три групи співставлення, серед яких хворі на ГХ II стадії з 2-им (n=31) та 3-ім (n=31) ступенем АГ із збереженою функцією нирок та практично здорові особи (n=31).