

відновлення слизової оболонки носа після оперативних втручань на носовій переділці та навколоносових синусах, що сприяє більш швидкому усуненню неприємних симптомів закладеності носу, втрати нюху, ринореї, за рахунок чого досягається покращення життя пацієнтів.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку полягають у тому, що отримані результати засвідчують доцільність подальшого впровадження отриманих даних у клінічну практику.

Список літератури

1. Безшапочний С. Б. Ендоскопічна ендоназальна функціональна хірургія: достоїнства, недоліки, перспективи / С.Б. Безшапочний, В.В. Лобурець // Ринологія. -2002. № 2. С. 3 – 10.
2. Безшапочний С.Б. Клинико-морфологические аспекты риносинуситов / С.Б. Безшапочный, Ю.А. Гасюк, В.В., Лобурець // – К., - 2013. – 150 с.
3. Інструкція до застосування препарату «СептаНазал».
4. Савчук О.І. Рання післяопераційна реабілітація хворих на хронічні риносинусити: дис. канд. мед. наук: 14.01.19 «оториноларингологія» / Савчук Олег Ігорович. К., -2008. – 121 с.

Реферати

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В НОСОВОЙ ПОЛОСТИ

Безшапочный С. Б., Продольный А. Г., Гришина И. С.

В работе приведены результаты исследования клинической эффективности применения назального спрея «СептаНазал» в комплексной терапии пациентов после перенесенных эндоскопических оперативных вмешательств в носовой полости. Исследования проводились на базе кафедры оториноларингологии с офтальмологией Высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» и ЛОР - отделение Полтавской областной клинической больницы. Установлено значительное регрессию субъективной симптоматики и объективных показателей выздоровления пациентов, принимавших спрей «СептаНазал». В данной группы наблюдалось более быстрое улучшение относительно исходного состояния на 1,5 баллов по сравнению с контрольной группой. Заложность носа уменьшилась на 50% в обеих группах, при этом восстановление обонятельной функции наблюдалось у 87% пациентов основной группы и 50% контрольной. На 7 сутки ни один из пациентов основной группы не жаловался на боль.

Ключевые слова: носовая полость, терапия, спрей «СептаНазал».

Стаття надійшла 18.03.2016 р.

THE COMBINED THERAPY OF PATIENTS AFTER ENDOSCOPIC SURGERY OF THE NASAL CAVITY

Bezshapochnyy S.B., Podovzhniy O.G., Gryshyna I.S.

The results of clinical studies of the effectiveness of nasal spray "SeptaNasal" in a treatment of patients after an endoscopic surgery in the nasal cavity. A research was conducted at the department of otorhinolaryngology with ophthalmology of Higher Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Dental Academy» and ENT - department of Poltava Regional Hospital. A significant regression of subjective symptoms and objective indicators of recovery of patients who used the spray "SeptaNasal" was established. This group experienced more rapid improvement relative to the initial state by 1.5 points compared to the control group. A symptom of nose stuffiness decreased by 50% in both groups, and the restoration of an olfactory function was observed in 87% of patients in the main group and 50% of patients in the control. On day 7, none of patients in the main group complained about the pain.

Key words: nasal cavity, treatment, spray "SeptaNasal".

Рецензент Шепітько В.І.

УДК 616.12-007:616.12-008.46-036]-055.1-056.257

П. П. Біцзя

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ СЕРЦЯ У ЧОЛОВІКІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Досліджено зміни структурно-геометричних показників серця у чоловіків з хронічною серцевою недостатністю залежно від індексу маси тіла. Встановлено, що за наявності ожиріння відбувається значніша дилатація аорти, правих відділів серця та існує тенденція до переважання розмірів лівого шлуночка, паралельно з більш вираженою гіпертрофією міокарда. Пацієнти з нормальною вагою схильні до більших проявів кальцинування клапанів, поширення пульмональної та поглиблення мітральної, аортальної і трикуспідальної регургітації. У досліджуваних з надлишковою масою тіла спостерігалось поширення мітральної, аортальної, трикуспідальної та поглиблення пульмональної регургітації.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, чоловіки, структурно-геометричні зміни серця, індекс маси тіла.

Робота є фрагментом НДР «Дослідження клініко-патогенетичних особливостей ІХС у пацієнтів з різними варіантами перебігу, ускладненнями та супутніми патологічними станами, удосконалення методів діагностики та оптимізація лікування», № держреєстрації 0111U003983.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) являється серйозною соціальною проблемою в системі охорони здоров'я, її поширеність сягає понад 5,8 млн в США, та більше 23 млн по всьому

світі [14]. За темпами захворюваності та поширення в 1997 році ХСН була виділена як епідемія [4]. Поширеність ХСН продовжує зростати, вона є лідируючою причиною смертності не зважаючи на те, що загальна смертність від серцево-судинних захворювань зменшується [6]. Триваюче збільшення захворюваності на ХСН зумовлено успіхами досягнутими в лікуванні, загальним старінням населення та впливом супутніх патологічних станів - факторів ризику прогресування та несприятливих наслідків захворювання. Одним з найвпливовіших чинників розвитку ХСН є ожиріння, поширення котрого також зростає, незалежно від статі, віку, расової та етнічної належності [5]. У дослідженні Owen T.E. та ін. (2006) повідомлялось, що з 6076 пацієнтів, які хворіли на ХСН, на ожиріння страждали 41,4% пацієнтів зі збереженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка ЛШ, та 35,5% хворих зі зниженою ФВ ЛШ [13]. Іншими науковцями встановлено, що серед пацієнтів з ХСН та збереженою ФВ ЛШ частота ожиріння сягає 86% [2]. Якщо за даними Framingham Heart Study розвиток ХСН впродовж 14 років відбувався у 8,4% хворих [3], то при збільшенні індексу маси тіла (ІМТ) на кожний 1 кг/м² ризик ХСН підвищувався на 5% у чоловіків, та 7% у жінок після виключення традиційних факторів ризику [7].

Ожиріння являється не тільки фактором ризику, але і безпосередньою причиною ХСН. Спричиняючи низку гемодинамічних впливів ожиріння викликає морфологічні зміни серця та функціональні порушення міокарда шлуночків, які з часом проявляються розвитком ХСН (кардіоміопатія ожиріння) [12]. За даними Glenn D.J та спів. (2011) ХСН пов'язана з кардіоміопатією ожиріння має місце у 11% чоловіків, та 14% жінок [10]. Не дивлячись на те, що структурно-функціональні зміни серця мають місце при всіх видах зайвої ваги, найбільш важкі вони за значного ступеня ожиріння [2].

Наявність ожиріння асоціюється з гіпертрофією та дилатацією лівого шлуночка (ЛШ), збільшенням маси міокарда ЛШ (ММЛШ) та в меншій мірі, гіпертрофією та дилатацією правих відділів серця, що більш притаманні пацієнтам з важким ступенем ожиріння [1]. Спостерігається прямий кореляційний зв'язок ІМТ з масою міокарда ЛШ (ММЛШ), кінцево-діастолічним розміром ЛШ (КДР ЛШ) та товщиною стінок ЛШ [3].

Враховуючи обмежену кількість робіт, що б вивчали структурно-геометричні зміни серця при ХСН у чоловіків з різним ступенем супутньої зайвої ваги, поширення ХСН та ожиріння в популяції, високу смертність при поєднанні даних нозологічних одиниць, обраний напрямок дослідження є актуальним та своєчасним.

Метою роботи було вивчення зміни структурно-геометричних показників серця у чоловіків з ХСН залежно від показника індексу маси тіла.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 131 чоловіка з ХСН І-ІІІ функціонального класу (ФК) на тлі нормальної, надлишкової маси тіла та абдомінального ожиріння І-ІІІ ступеня. Всі досліджувані проходили стаціонарне лікування в центральній клінічній лікарні № 4 (м. Запоріжжя). ХСН у пацієнтів була зумовлена артеріальною гіпертензією (АГ), хронічними формами ішемічної хвороби серця (ІХС) (стабільна стенокардія напруги (ССН), постінфарктний (ПІКС) та дифузний кардіосклероз (ДК)) або їх поєднанням. Діагноз ХСН встановлювали за Рекомендаціями з діагностики та лікування ХСН Асоціації кардіологів України та Української асоціації фахівців з серцевої недостатності (2012) [15]. Нормальну, надлишкову масу тіла та ступінь абдомінального ожиріння визначали за загальноприйнятими антропометричними індексами. Розрахунок ІМТ проводили за загальноприйнятою формулою Кетле: $ІМТ = \text{вага (кг)} / \text{зріст}^2 \text{ (м)}$. Всі хворі отримували стандартну медикаментозну терапію ХСН відповідно до існуючих настанов [15].

Дослідження проводилось у відповідності до стандартів належної клінічної практики (Good Clinical Practice) та принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження було схвалено Етичним комітетом, у роботу включались пацієнти, які дали письмову інформовану згоду на участь. Відповідно мети дослідження, залежно від показника ІМТ було сформовано чотири групи чоловіків з ХСН. До першої групи увійшов 31 пацієнт з нормальною вагою (ІМТ=18,5-24,9 кг/м²). В другу групу включено 37 хворих з надлишковою масою тіла (ІМТ=25-29,9 кг/м²). Третю групу становили 35 досліджуваних з супутнім абдомінальним ожирінням І ступеня (ІМТ=30-24,9 кг/м²). Четверту групу склали 28 чоловіків зі значним абдомінальним ожирінням ІІ-ІІІ ступеня (середня величина ІМТ>35 кг/м²).

Допплер-ехокардіографічне дослідження серця поводилось за загальноприйнятою методикою на ультразвуковому сканері SAMSUNG Medison "SONOACE" 8000 SE. Визначались розмір аорти, лівого передсердя (ЛП), правого передсердя (ПП) та правого шлуночка (ПШ). Вимірювались кінцево-діастолічний (КДР), кінцево-систолічний розмір (КСР) ЛШ, товщина

міжшлуночкової перетинки (ТМШП) та задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) в діастолу. Розраховувались маса міокарда ЛШ (ММЛШ) та індекс ММЛШ (ІММЛШ). Оцінювався структурний стан клапанів серця, наявність та ступінь клапанної регургітації.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою ліцензійного пакету програм Statistica (version 6.0, Stat Soft Inc, США, номер ліцензії AXXR712D833214FAN5). Відповідно розміру вибірки та нормальності розподілу значень використовувались методи параметричної (t-критерій Стьюдента) та непараметричної статистики (U-критерій Манна-Уїтні). Порівняння категоріальних змінних проводилась з використанням двостороннього точного критерію Фішера або Chi2-тесту. Зв'язки показників оцінювались кореляційним аналізом з обчисленням коефіцієнту кореляції Спірмена (r). Показники наведені як середнє значення \pm стандартне відхилення (M \pm S). Різниця показників вважалась достовірною при значеннях $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальна, антропометрична та етіологічна характеристика досліджуваних представлена у табл. 1. Збільшення ІМТ супроводжувалось зменшенням віку досліджуваних. В I групі вік хворих переважав показник II (на 1,2 роки, $p > 0,05$), III (на 7,2 роки, $p < 0,05$) та IV (на 11,7 років, $p < 0,05$) груп. Пацієнти II групи були старшими за представників III та IV груп (на 6 та 10,5 років, відповідно, $p < 0,05$). Чоловіки III групи були недостовірно старшими за досліджуваних IV групи (на 4,5) роки. Мав місце негативний кореляційний зв'язок ІМТ з віком ($r = -0,33$, $p < 0,05$). Таким чином, при ХСН наявність зайвої ваги більш притаманна чоловікам молодшого віку, а ступінь зайвої маси тіла зворотно корелює з віком.

За середнім значенням ФК ХСН достовірних відмінностей між групами не спостерігалось, в II групі він був максимальним, а в III – мінімальним. За поширеністю різних ФК ХСН вірогідної різниці між групами не було, I ФК захворювання переважав в III групі, II ФК в I, а III ФК ХСН частіше виявлявся в II групі.

За зростом достовірних відмінностей в I-III групах не спостерігалось. Найбільшим зріст був в IV групі та перевищував показники I (на 4,3 см, $p < 0,05$), II (на 4,9 см, $p < 0,05$) та III груп (на 2,4 см, $p > 0,05$). Найменша вага, природно спостерігалась в I групі, та достовірно поступалась значенням II-IV груп (на 11,4 кг, 27,9 кг та 53,8 кг, відповідно). Маса тіла представників II групи була вірогідно меншою за показники III (на 16,5 кг) та IV (на 42,4 кг) груп. Вага досліджуваних IV групи була найбільшою та на 25,9 кг перевищувала значення III групи ($p < 0,05$). Аналогічні зміни відбувались з ІМТ, що був мінімальним в I групі, та достовірно поступався показникам II-IV груп (на 17%, 38% та 69%, відповідно). ІМТ в II групі був вірогідно меншим порівняно з III (на 18%) та IV (44%) групами. Максимальний ІМТ виявився в IV групі та на 23% перевищував значення III ($p < 0,05$).

При вивченні етіологічних чинників ХСН у чоловіків не спостерігалось достовірних відмінностей за поширеністю АГ, яка була найменшою в I групі. За частотою ДК вірогідної різниці не відмічалась, проте він недостовірно переважав в IV групі. Поширеність ССН в I та II групах була майже однаковою та недостовірно зменшувалась в III групі. В IV групі ССН діагностувалась найрідше та на 11% поступалась значенню II ($p < 0,05$). Існувала тенденція до зменшення частоти ПКС при збільшенні ІМТ. Частота цукрового діабету (ЦД) 2 типу навпаки, наростала зі збільшенням ІМТ, та порівняно з I групою достовірно переважала в III (на 24%) та IV групах (на 29%). Відмічалась пряма кореляція поширеності ЦД 2 типу та ІМТ ($r = +0,31$, $p < 0,05$).

Таблиця 1

Антропометрична та етіологічна характеристика чоловіків з ХСН, залежно від індексу маси тіла

Показник	I група (n=31)	II група (n=37)	III група (n=35)	IV група (n=28)
ВІК, років	67,3 \pm 11,1	66,1 \pm 12,3	60,1 \pm 12,9*1	55,6 \pm 14,1*1
ХСН, ФК	2,19 \pm 0,70	2,24 \pm 0,80	2,03 \pm 0,79	2,18 \pm 0,82
ХСН I ФК, n (%)	5 (16,1)	8 (21,7)	10 (28,6)	7 (25,0)
ХСН II ФК, n (%)	15 (48,4)	12 (32,4)	14 (40)	9 (32,1)
ХСН III ФК, n (%)	11 (35,5)	17 (45,9)	11 (31,4)	12 (42,9)
Зріст, см	172,1 \pm 5,88	171,5 \pm 7,37	174,0 \pm 7,52	176,4 \pm 5,90*1
Вага, кг	69,9 \pm 5,15	81,3 \pm 8,21*	97,8 \pm 10,5*1	123,7 \pm 16,9*12
ІМТ, кг/м ²	23,5 \pm 1,10	27,5 \pm 1,40*	32,4 \pm 1,39*1	39,7 \pm 4,28*12
АГ, n (%)	22 (71%)	32 (86%)	29 (83%)	24 (86%)
ДК, n (%)	10 (32%)	11 (30%)	10 (29%)	10 (36%)
ССН, n (%)	17 (55%)	21 (57%)	15 (43%)	9 (32%)1
ПКС, n (%)	11 (35%)	12 (32%)	7 (20%)	4 (14%)
ЦД 2 тип, n (%)	3 (10%)	7 (19%)	12 (34%)*	11 (39%)*

Примітка. різниця показників достовірна порівняно з такими* - у I групі; 1 - у II групі, 2 - у III групі ($p < 0,05$).

Структурні зміни серця та стан клапанного апарату чоловіків з ХСН в залежності від показника ІМТ наведені нижче (табл. 2). Розмір аорти мав тенденцію до збільшення в I-III групах, в IV групі був максимальним і достовірно переважав показник I групи (на 0,15 см, 4,4%). Такі зміни супроводжувались прямим кореляційним зв'язком розміру аорти та ІМТ ($r=+0,22$, $p<0,05$). За діаметром ЛП вірогідних відмінностей між групами досліджуваних не виявлено, проте він дещо переважав в II групі. Розмір ПП в III та IV групах був достовірно більшим порівняно з I (на 0,24 см (5,5%) та 0,17 см (3,9%), відповідно). Існувало пряме кореляційне співвідношення між розміром ПП та ІМТ ($r=+0,20$, $p<0,05$). Показники КДР ЛШ та КСР ЛШ вірогідних відмінностей не мали, проте були найбільшими в IV та III групах, відповідно. Середні значення розміру ПШ в I та III групах було однаковим. Найменший показник ПШ визначався в II групі та достовірно поступався значенням в III (на 0,19 см, 9,6%) та IV (на 0,33 см, 16,6%) груп. Діаметр ПШ в IV групі на 0,14 см (6,4%) перевищував показник I групи ($p<0,05$). Відмічалось пряме кореляційне співвідношення розміру ПШ з ІМТ ($r=+0,23$, $p<0,05$). Таким чином, наявність ожиріння у чоловіків з ХСН супроводжується значнішою дилатацією розміру аорти, ПП та ПШ, схильністю до переважання за показниками КДР ЛШ та КСР ЛШ.

При вивченні показників, які характеризують гіпертрофію ЛШ встановлено (табл. 2), що з підвищенням ІМТ відбувалось потовщення стінок міокарда, що проявлялось збільшенням ТМШП та ТЗСЛШ. Найменша ТМШП зареєстрована в I групі, та достовірно поступалась значенням II (на 0,1 см, 8,6%), III (на 0,1 см, 8,6%) та IV (на 0,12 см, 10,3%) груп. Мав місце прямий кореляційний зв'язок ТМШП та ІМТ ($r=+0,31$, $p<0,05$). ТЗСЛШ також була мінімальною в I групі, вірогідно меншою за показники II-IV груп (на 0,04 см (3,3%), 0,06 см (4,9%) та 0,07 см (5,7%), відповідно). Значення ТЗСЛШ прямо корелювало з ІМТ ($r=+0,25$, $p<0,05$). Найменша ММЛШ спостерігалась в I групі та прогресивно збільшувалась в II-III (на 27,3 г, 10,3%), та IV (на 58,3 г, 22%) групах. Максимальне значення ММЛШ відмічалось в IV групі, перевищувало показники II і III групи (на 31 г, 10,6%) ($p<0,05$). Мало місце пряме кореляційне співвідношення ММЛШ з ІМТ ($r=+0,46$, $p<0,05$). Достовірних відмінностей за показником ІММЛШ не спостерігалось, в I та II групах він дещо переважав значення III і IV груп. Тенденція до зниження ІММЛШ поруч зі збільшенням ММЛШ, обумовлена впливом площі поверхні тіла (ППТ), який достовірно наростав з підвищенням ІМТ. Найменша ППТ відмічалась в I групі, та достовірно поступалась такій в II-IV групах (на 0,11 м² (6%), 0,29 м² (15,9%) та 0,54 м² (29,5%), відповідно). ППТ в II групі була вірогідно меншою за значення III (на 0,18 м² (9,3%)) та IV (на 0,43 м² (22,2%)) груп. В свою чергу максимальна ППТ зареєстрована в IV групі та переважала показник III на 0,25 м² (11,8%) ($p<0,05$). За рахунок збільшення ППТ при ожирінні послаблюється діагностична цінність ІММЛШ, що послужило підставою для розрахунку в даній категорії хворих показника співвідношення ММЛШ/зріст м²,7 [8, 9, 11]. Отже, при супутній надлишкової масі тіла та ожирінні у чоловіків з ХСН мають місце більші прояви гіпертрофії міокарда ЛШ, що проявляється потовщенням ТМШП та ТЗСЛШ, збільшенням ММЛШ.

При вивченні стану клапанного апарату чоловіків з ХСН залежно ІМТ встановлені наступні особливості (табл. 2). Кальциноз мітрального (МК) та аортального клапану (АК) виявлено у більшості хворих без достовірних відмінностей між групами. За середнім значенням ступеня мітрального та аортального кальцинозу вірогідної різниці також не виявлено, проте найбільшою вона виявилась в I групі.

Поширеність мітральної (МР) та трикуспідальної (ТР) регургітації була найменшою у представників IV групи, що достовірно поступалась лише показникам II (на 28% та 25%, відповідно). Частота аортальної регургітації (АР) мінімальна в III та IV групах і вірогідно поступалась значенню II групи (на 24% та 28%, відповідно). Діагностування пульмональної регургітації (ПР) найчастіше мало місце в I групі, та перевищувала показники II (на 31%, $p<0,05$), III (на 22%, $p>0,05$) та IV (на 24%, $p<0,05$) груп. За ступенем МР і АР значущих відмінностей між групами не спостерігалось, вона невірогідно переважала в I групі. Максимальна ступінь ТР відмічалась в I групі та переважала показники II (на 27%, $p>0,05$), III (на 36,9%, $p<0,05$) і IV (на 28,7%, $p>0,05$) груп. Найменша ступінь ПР відмічалась в III групі та достовірно поступалась показникам I та II груп (на 42,1% та 75,4%, відповідно). Отже, у чоловіків з ХСН на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння не відмічалось достовірної різниці за поширеністю мітрального та аортального кальцинозу, проте за важкістю кальцинування існувала тенденція до переважання у досліджуваних з нормальною вагою. Це імовірно зумовлено тим, що група пацієнтів з нормальною вагою була більш віковою. Поширеність МР, АР та ТР була найчастішою у пацієнтів з надлишковою масою тіла, а ПР серед пацієнтів з нормальною вагою. Найрідше МР,

АР та ПР зустрічалась при ожирінні II-III ступеня, а ПР - при надлишковій вазі. Ступінь МР, АР та ТР була найбільшою за нормальної ваги, а ПР превалювала при надлишковій масі тіла. Проте необхідне подальше дослідження функціонального стану клапанного апарату чоловіків при ХСН на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння через малу кількість вибірки з регургітацією.

Таблиця 2

Структурні зміни та стан клапанного апарату серця чоловіків з ХСН, залежно від індексу маси тіла

Показник	I група (n=31)	II група (n=37)	III група (n=35)	IV група (n=28)
Аорта, см	3,42±0,32	3,47±0,19	3,50±0,18	3,57±0,26*
ЛП, см	4,15±0,59	4,35±0,79	4,17±0,35	4,10±0,36
ПП, см	4,36±0,61	4,49±0,61	4,60±0,44*	4,53±0,64*
КДР ЛШ, см	5,48±0,75	5,44±0,66	5,47±0,52	5,61±0,50
КСР ЛШ, см	3,89±0,94	3,85±0,66	3,93±0,55	3,91±0,57
ПШ, см	2,18±0,51	1,99±0,47	2,18±0,481	2,32±0,41*1
ТМШП, см	1,17±0,16	1,27±0,11*	1,27±0,12*	1,29±0,09*
ТЗСЛШ, см	1,22±0,12	1,26±0,12*	1,28±0,06*	1,29±0,04*
ММЛШ, г	265,3±50,1	292,6±51,4*	292,6±34,6*	323,6±44,2*12
ІММЛШ, г/м ²	145,9±27,7	149,2±31,3	137,7±16,7	138,5±17,2
ППТ, м ²	1,83±0,10	1,94±0,16*	2,12±0,15*1	2,37±0,18*12
Кальциноз МК, n (%)	29 (94%)	37 (100%)	34 (97%)	28 (100%)
ступінь кальцинозу МК	2,24±0,58	2,05±0,52	2,15±0,50	2,11±0,50
Кальциноз АК, n (%)	29 (94%)	37 (100%)	34 (97%)	28 (100%)
ступінь кальцинозу АК	2,28±0,53	2,19±0,62	2,24±0,55	2,21±0,57
МР поширеність, n (%)	19 (61%)	29 (78%)	23 (66%)	14 (50%)1
ступінь МР	2,0±0,82	1,93±0,75	1,74±0,62	1,50±0,76
АР поширеність, n (%)	6 (19%)	13 (35%)	4 (11%)1	2 (7%)1
ступінь АР	1,67±0,52	1,31±0,63	1,25±0,50	1,50±0,71
ТР поширеність, n (%)	15 (48%)	25 (68%)	22 (63%)	12 (43%)1
ступінь ТР	1,93±0,96	1,52±0,82	1,41±0,59*	1,50±0,90
ПР поширеність, n (%)	13 (42%)	4 (11%)*	7 (20%)	5 (18%)*
ступінь ПР	1,62±0,51	2,0±0,82	1,14±0,38*1	1,60±0,55

Примітка. різниця показників достовірна порівняно з такими* - у I групі; 1 - у II групі, 2 - у III групі (p<0,05).

Висновки

За наявності ожиріння структурно-геометричні зміни серця у чоловіків з ХСН характеризуються значнішою дилатацією аорти, правих відділів серця та тенденцією до переважання розмірів лівого шлуночка поруч з більш вираженою гіпертрофією міокарда. Пацієнти з нормальною вагою схильні до більших проявів кальцинування клапанів, поширення пульмональної та поглиблення мітральної, аортальної і трикуспідальної регургітації. У досліджуваних з надлишковою масою тіла існувала тенденція до переважання мітральної, аортальної, трикуспідальної та поглиблення пульмональної регургітації.

Перспективи подальших досліджень. Планується оцінка прогностичної значущості структурно-функціональних змін серця, їх взаємозв'язків з показниками ліпідного обміну, адипоцитокінами у пацієнтів з ХСН на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння.

Список літератури

1. Alpert M. A. Man-agement of obesity cardiomyopathy / M. A. Alpert, M.A. Fraley, J.A. Birchem [et al.] // - Expert Rev Cardiovasc Ther – 2005, Vol.3(2) P. 225-230.
2. Alpert M. A. Ardhanari S. Impact of obesity and weight loss on cardiac performance and morphology in adults / M.A. Alpert, J. Omran, A. Mehra [et al.] // Prog. Cardiovasc. Dis. – 2013. – Vol. 56. – P. 391–400.
3. Alpert M.A. Heart Failure and Obesity in Adults: Pathophysiology, Clinical Manifestations and Management / M.A. Alpert, H. Agrawal, K. Aggarwal [et al.] // Curr. Heart Fail. Rep. – 2014. – Vol. 11. – P. 156–165.
4. Braunwald E. Shattuck lecture-cardiovascular medicine at the turn of the millennium: Triumphs, concerns, and opportunities / E. Braunwald // N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 337. – P. 1360–1369.
5. Baskin M.L. Prevalence of obesity in the United States / M.L. Baskin, J. Ard, F. Franklin, D.B. Allison // Obes. Rev. – 2005. – Vol. 6 (1). – P. 5-7.
6. Bahrami H. Differences in the incidence of congestive heart failure by ethnicity. The multi-ethnic study of atherosclerosis / H. Bahrami, R. Kronmal, D.A. Bluemke [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2008. – Vol. 168 (19). – P. 2138-2145.
7. Baena-Diez J.M. Obesity as an independent risk factor for heart failure: Zona Franco Cohort Study / J.M. Baena-Diez, A.O. Bynam, M. Grau [et al.] // Clin. Cardiol. – 2010. – Vol. 33. – P. 760–764.
8. Chirinos J.A. Left ventricular mass: allometric scaling, normative values, effect of obesity, and prognostic performance / J.A. Chirinos, P. Segers, M.L. De Buyzere [et al.] // Hypertension. – 2010. – Vol. 56. – P. 91-98
9. De Simone G. Normalization for body size and population-attributable risk of left ventricular hypertrophy: the Strong Heart Study / G. De Simone, J.R. Kizer [et al.] // Am. J. Hypertens. – 2005. – Vol. 18. – P. 191–196.

10. Glenn D.J. A murine model of isolated cardiac steatosis leads to cardiomyopathy / D.J. Glenn, F. Wang, M. Nishimoto [et al.] // Hypertension. – 2011. – Vol. 57 (2). – P. 216-22.
11. Kizer J.R. Differences in left ventricular structure between black and white hypertensive adults: the Hypertension Genetic Epidemiology Network study / J.R. Kizer, D.K. Arnett, J.N. Bella [et al.] // Hypertension. – 2004. – Vol. 43. – P. 1182-1188.
12. Lavie C. J. Impact of obesity and the obesity paradox on prevalence and prognosis in heart failure / C.J. Lavie, M.A. Alpert, R. Arena [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. Heart Fail. – 2013. – Vol. 1. – P. 93–102.
13. Owan T.E. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction / T.E. Owan, D.O. Hodge [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2006. – Vol. 355. – P. 251–259.
14. Roger V. L. Epidemiology of heart failure / V. L. Roger // Circ. Res. – 2013. – Vol. 113. – P. 646–59.
15. Voronkov L. H. Rekomendacii po diahnostike i lecheniu khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti / L. H. Voronkov [et al.] // - Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure – 2012, Ukrainian cardiology journal, Vol.1, P.6–44.

Реферати

СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Бидзиля П. П.

Исследованы изменения структурно-геометрических показателей сердца у мужчин с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от индекса массы тела. Установлено, что при наличии ожирения происходит более значительная дилатация аорты, правых отделов сердца и существует тенденция преобладания размеров левого желудочка, параллельно с более выраженной гипертрофией миокарда. Пациенты с нормальным весом склонны к большим проявлениям кальцинирования клапанов, распространению пульмональной и углублению митральной, аортальной и трикуспидальной регургитации. У исследуемых с избыточной массой тела наблюдалось распространение митральной, аортальной, трикуспидальной и углубление пульмональной регургитации.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, мужчины, структурно-геометрические изменения сердца, индекс массы тела.

Статья надійшла 30.03.2016 р.

STRUCTURAL-GEOMETRICAL PARAMETERS OF THE HEART IN MEN WITH CHRONIC HEART FAILURE DEPENDING ON THE BODY MASS INDEX

Bidzilya P.

The changes in structural and geometric parameters of the heart in men with chronic heart failure depending on the body mass index were investigated. It is established that in the presence of obesity in men with CHF there is a more significant dilatation of the aorta, right heart and there is a trend towards the predominance of the size of the left ventricle, parallel to a more pronounced hypertrophy of the myocardium. Patients with normal weight tend to be a great manifestation from the calcination of valves, distribution pulmonary and deepening of the mitral, aortic and tricuspid regurgitation. Among the respondents with overweight was observed the distribution of the mitral, aortic, tricuspid and deepening pulmonary regurgitation.

Key words: chronic heart failure, men, structural-geometric heart changes, body mass index.

Рецензент Гунас І.В.

УДК 616.314-083+547.458.88+615.242

О. Б. Гаюшко

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

МІКРОБІОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ РІДКОЇ ФАРМАКОПЕЙНОЇ ФОРМИ ЯБЛУЧНОГО ПЕКТИНУ ПРИ РОЗРОБЦІ ОПОЛІСКУВАЧІВ ДЛЯ ПОРОЖНИНИ РОТА В ДОСЛІДАХ IN ITRO

Інноваційні технології для покращення умов загоювання ран при операціях видалення зубів базуються на сучасному підході до курації хворих при видаленні зубів. При розробці інновацій було враховано три види груп факторів впливу при загоюванні ран: I група – загальні; II група – місцеві; III група – технології лікування після операційних ран. Їх об'єднання відбулося за рахунок доцільних заходів та засобів на пектиновій основі. Пектин був використаний як місцево для формоутворення стоматологічної пов'язки, так і для застосування в середину, а також в основі гігієнічно-профілактичного засобу. Також постала доцільність розробки рідкого водного засобу на основі пектинів у вигляді ополіскувача для порожнини рота, що не мав антибіотиків і запобігав утворенню мікробних колоній та осіданню планктону.

Ключові слова: пектин, ополіскувач для порожнини рота, мікробна флора, лунка зуба, планктон.

Робота є фрагментом НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», № держреєстрації 0114U001788.

Особливості обсіменіння порожнини рота полікультуральною специфічною мікрофлорою, що призводить до порушень її фізіології, вимагає від науковців стоматологів та фармакологів розробки новітніх засобів та доцільних фармакологічних форм. В місцевому лікуванні, актуальною є проблема пролонгованого контакту ліків із органами порожнини рота при наявності патологічних процесів та ран. Крім того, актуальною залишається проблема запобігання осідання мікробного планктону на ділянки органів порожнини рота [7]. При наявності пошкоджень та ран, гостро стоїть питання ізоляції від агресивного середовища ротової порожнини. Проблематичним в таких ситуаціях є використання антибіотикотерапії, яка в період лікування пригнічує, а в період