



**Львівська  
медична  
спільнота**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ  
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«РОЛЬ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ  
ЛЮДИНИ ТА ЇЇ МІСЦЕ У ФОРМУВАННІ  
ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ»**

**27-28 березня 2015 р.**

**Львів**

Яковлева О. О.  
доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри клінічної фармації та клінічної фармакології

Маслоїд Т. М.  
аспірант кафедри клінічної фармації та клінічної фармакології  
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

## ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ БАЗИСНОЇ ТА ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА МЕДІАТОРИ ЗАПАЛЕННЯ ТА ЛЕГЕНЕВУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - патологія, яку можна попередити та лікувати, вона характеризується персистуючим обмеженням прохідності дихальних шляхів, зазвичай прогресує та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів та легень на дію шкідливих часток та газів. Це друге за поширеністю неінфекційне захворювання за загальносвітовою статистикою. Захворюваність на ХОЗЛ прогресивно зростає, і є єдиною причиною смерті зі збільшенням кількості зареєстрованих випадків [1, с. 250-302; 2, с. 62-68.]. За прогнозами ВООЗ, ХОЗЛ стане третьою найбільш

поширеною причиною смерті після інсульту та інфаркту міокарда до 2030 року [1, с. 250-302].

Загострення та супутні захворювання ще більше погіршують загальну тяжкість у хворих. При ХОЗЛ найбільш часто зустрічаються наступні коморбідні стани: гіпертонічна хвороба (28 %), цукровий діабет (14 %), ішемічна хвороба серця (10 %) [2, с. 62-68; 3, р. 487-492]. Одним з основних факторів васкулярного ушкодження як при гіпертонічній хворобі, так і при ХОЗЛ є персистуюче системне запалення низької градації. Його вираженість у нашій роботі оцінювалася по концентрації С-реактивного білка (СРБ) – прозапального чинника, що призводить до стимуляції процесів судинного пошкодження і атерогенезу.

Антагоністи повільних кальцієвих каналів є препаратом вибору при лікуванні ХОЗЛ з гіпертонічною хворобою. Перевагою їх застосування є корекція порушень в малому колі кровообігу при ХОЗЛ, вони відносяться до легеневих вазодилататорів і можуть позитивно впливати на такі ланки бронхіальної обструкції як бронхоспазм, гіперсекреція слизу і запальний набряк слизової оболонки бронхів. При монотерапії гіпертонічної хвороби досягти цільового артеріального тиску вдається не завжди. Інгібітори АПФ за останній час знайшли своє застосування в лікуванні гіпертонічної хвороби при ХОЗЛ. [2, с. 62-68.]. Тому ми використали комбінацію амлодипіну та раміприлу.

Мета дослідження. Вивчити вплив комплексної базисної та гіпотензивної терапії на медіатори запалення, а саме С-реактивний білок та легеневу гіпертензію при коморбідності ХОЗЛ та гіпертонічної хвороби.

Матеріали та методи. В пульмонологічному відділенні обласної клінічної лікарні міста Вінниці було обстежено 108 пацієнтів, із загостренням ХОЗЛ другої і третьої стадій, у віці від 35 до 65 років. Серед них було 18 жінок і 90 чоловіків. Всі хворі були розділені на дві групи: перша – 52 пацієнти з ХОЗЛ другої і третьої стадій і ускладненою легеневою гіпертензією (середній вік  $56,28 \pm 2,15$  років), друга – 56 пацієнтів з ХОЗЛ другої і третьої стадій, ускладненою легеневою гіпертензією і коморбідною з гіпертонічною хворобою другої стадії (середній вік  $54,45 \pm 2,42$  років). Кожна група була розділена на дві підгрупи в залежності від стадій ХОЗЛ: так, перша група охоплювала 25 пацієнтів з ХОЗЛ другої стадії і 27 пацієнтів з ХОЗЛ третьої стадії, а друга група – 27 пацієнтів з ХОЗЛ другої стадії і 29 пацієнтів з ХОЗЛ третьої стадії.

Діагноз верифікований за розробленим нами детальним протоколом обстеження хворого та інструментально-лабораторними методами, згідно з наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007г. Обидві групи пацієнтів приймали базисну терапію при загостренні ХОЗЛ: антибактеріальні препарати, муколітики перші 10 днів перебування в стаціонарі, і комбіновану бронхолітичну інгаляційну терапію 3 місяці. Перша група пацієнтів приймала додатково антагоніст кальцію



амлодипін, для корекції тиску легеневої артерії: методом титрування, починаючи з 2,5 мг 1 раз на добу, і доводили до 5 мг на добу 3 місяці. Друга група отримувала комбіновану гіпотензивну терапію для корекції тиску в малому і великому колах кровообігу – амлодипіном і раміприлом (Рамізес, ПАТ Фармак, Україна), застосування препаратів також здійснювали методом титрування дози, від 2,5 мг амлодипіну 1 раз на добу і до 5 мг на добу, і від 2,5 мг раміприлу 1 раз на добу і до 5 мг на добу, 3 місяці.

Спірографічне дослідження проводилося на апараті Microlab Spiro: визначали бронхіальну обструкцію за показником  $ОФВ_1$  у відсотках до належного. Ультразвукове дослідження серця проводили за допомогою апарата «НДІ - 5000» в імпульсному режимі. Середній тиск в легеневій артерії (СрДЛА) розраховували за формулою, запропонованою А. Kitabatake та іншими (1983), за часом прискорення потоку з правого шлуночка. За міжнародними рекомендаціями, критерієм наявності легеневої гіпертензії був показник тиску в легеневій артерії 36 мм рт. ст. і вище. С-реактивний білок визначали при допомозі латекс-теста напівкількісним методом, за норму взято показник до 6 мг/л.

Результати дослідження. За даними спірографії, показник  $ОФВ_1$  після проведеної терапії у пацієнтів першої групи достовірно підвищився на 25,64 %, також як і у пацієнтів другої групи на 27,25 % при ХОЗЛ другої стадії, а у пацієнтів з ХОЗЛ третьої стадії на 26,76 % в першій групі і на 27,64 % у другій групі. Було встановлено, що середній тиск в легеневій артерії за три місяці лікування знизився: при ХОЗЛ другої стадії на 28,23 % у першій групі і на 37,42 % у другій дослідженій групі; при ХОЗЛ третьої стадії на 20,63 % в першій групі, на 25,72 % у другій групі. Середні показники СРБ при поступленні в стаціонар були наступні: у пацієнтів першої групи з ХОЗЛ другої стадії  $14,44 \pm 1,14$  мг/л; а з ХОЗЛ третьої стадії  $18,00 \pm 1,17$  мг/л; у пацієнтів другої групи з ХОЗЛ другої стадії  $17,06 \pm 1,11$  мг/л; відповідно з ХОЗЛ третьої стадії  $21,65 \pm 1,82$  мг/л. Показники СРБ за період лікування зменшились у пацієнтів першої групи при ХОЗЛ другої стадії на 42,86 %, а при ХОЗЛ третьої стадії на 45,78 %; в другій групі при ХОЗЛ другої стадії на 44,83 %, при ХОЗЛ третьої стадії на 50,90 %. З результатів дослідження з'ясувалось, що при застосуванні комплексної базисної та гіпотензивної терапії ми отримали кращі результати лікуванні, до та після фармакотерапії.

Висновки. Такі результати підтверджують позитивну динаміку комплексної базисної та гіпотензивної терапії (інгібітором АПФ раміприлом і амлодипіном), як на гемодинаміку, так і на запальний процес.

Список літератури:

1. Лещенко И. В. Хроническая обструктивная болезнь легких / И. В. Лещенко, С. И. Овчаренко // Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – С. 250-302.
2. Задионченко В. С., Адашева Т. В., Федорова И. В., и др. Артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких: клинико-патогенетические параллели и возможности терапии // Российский кардиологический журнал. – 2009. – № 6 (80). – С. 62-68.
3. Crisafulli E., Costi S., Luppi F., et al Role of comorbidities in a cohort of patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation // Thorax. – 2008. – № 63. – P. 487-492.

**Nazaryan R.**

*D. Sc., Professor Department of Pediatric Dentistry,  
Children's Maxillofacial Surgery and Implantology*

**Yaroslavskaya Yu.**

*Ph. D., associate professor Department of Pediatric Dentistry,  
Children's Maxillofacial Surgery and Implantology*

Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

## **DEVELOPMENT FACTORS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT SYNDROME IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE**

Etiologic and pathogenetic aspects cause the most contentious issue in the study of TMJ syndrome in childhood and adolescence. Some researchers have linked the emergence of this group of diseases with abnormal occlusion [2,14], others have more emphasis on the age characteristics of a growing organism, or rather on a number of morphological and psychomotor processes arising and ending at puberty and cause physiological abnormalities in the growing organism [3,22; 4,615]. In addition, some authors attribute the presence of TMJ syndrome with endocrine disorders, occurring in adolescence, particularly with the increase of the free fraction of androgens and free index testosterone [1,36], as well as with vitamin deficiencies, especially B vitamins, which leads to the appearance of doldrums, pain in the muscles, general weakness.