

68-69.

16. Жирова В.Г. Влияние антиоксидантной терапии «Эрбисолом» на показатели протеолитической активности нейтрофильных лейкоцитов крови больных гингивитом // Современная стоматология. – 2001. - № 1. – С. 34-36.
17. Жирова В.Г. Порухення систем гемостазу, клітинного і гуморального імунітету при запальних і дистрофічно-запальних захворюваннях пародонта у підлітків та їх корекція у комплексному лікуванні: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Київ, 2002. - 20 с.
18. Свінцицький А.С., Борисенко А.В., Дземан Н.А. Застосування нового вітчизняного препарату Ербісол у лікуванні хворих з поєднаною патологією гастроуденальної зони та ротової порожнини // Матеріали симпозиуму “Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих”. – Чернівці, 1996.– С. 296.
19. См. новости науки // электронный ресурс - режим доступа до системы интернет: <http://tv.ukr.net/news/13072011/38346/p0/>

*Вперше поступила в редакцію 05.07.2012 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

Резюме

ІМУНОКОРРЕКЦІЯ ПРЕПАРАТАМИ МІЖГРУПОВОГО РЯДУ «ЕРБІСОЛ» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ПРАЦІВНИКІВ АВІАЦІЙНОЇ ТА ІНШИХ ГАЛУЗЕЙ ТРАНСПОРТУ

Пилипенко В.І.

Розглянуто особливості іммунокоррекції препаратами міжгрупового ряду «Ербісол» в комплексному лікуванні генералізованих захворювань пародонту. Обговорюються питання можливого розширення протоколів лікування пацієнтів із захворюваннями пародонту.

Ключові слова: пародонту, Ербісол

Summary

IMMUNOLOGICAL CORRECTION SOME DRUGS “ERBISOL” IN COMPLEX TREATMENT GENERALIZED DISEASE PERIODONTAL TRANSPORT WORKERS

Pilipenko V.I.

The features of a number of intergroup immunokorreksii drugs “Erbisol” in complex treatment of generalized periodontal disease. Discusses possible extensions of the protocol in patients with periodontal diseases.

Key words: periodontal, Erbisol

УДК: 616.12 – 008.46 – 036.12 + 616.124.2] – 036.8 – 037:615.22

СТРУКТУРА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВУ НА ПРОГНОЗ ВИЖИВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Дюдіна І.О.

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України

Обстежений 581 пацієнт із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного походження із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СДЛШ) та зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЗФВЛШ). Метою дослідження стало вивчення у порівняльному аспекті особливостей лікування і впливу нейро-гуморальних антагоністів на показники смертності хворих із ХСН та СДЛШ та пацієнтів із ХСН та ЗФВЛШ. Структура фармакологічного лікування пацієнтів із ХСН, що спостерігалися у відділенні серцевої недостатності ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН

України характеризувалася наявністю нейро-гуморальних антагоністів (іАПФ, бета-блокаторів, антагоністів альдостерону). В групі пацієнтів із СДЛШ більшою була доля хворих, що отримувала діуретики та бета-блокатори, а в групі зі ЗФВЛШ була більшою доля хворих, що лікувались іАПФ. На фоні терапії іАПФ виявлено зменшення показників смертності серед пацієнтів із ХСН та СДЛШ починаючи з 36 місяців і до кінця терміну спостереження. В той же час, прийом іАПФ пацієнтами із ХСН та ЗФВЛШ супроводжувався покращенням показників виживання починаючи вже з 1-го року і до кінця спостереження. Призначення бета-блокаторів пацієнтам із ХСН та СДЛШ покращувало показник виживання після 48 місяців спостереження, в той час, як лікування бета-блокаторами хворих із ХСН та ЗФВЛШ характеризувалось поліпшенням виживання з 36-го місяця і до кінця спостереження.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, систолічна дисфункція, збережена фракція викиду, лікування, прогноз

В залежності від стану систолічної функції лівого шлуночка (ЛШ), згідно до сучасних рекомендацій, хронічна серцева недостатність (ХСН) підрозділяється на ХСН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СДЛШ) та ХСН із збереженою фракцією викиду ЛШ (ЗФВЛШ) [2]. ХСН із СДЛШ є більш дослідженою, для даної категорії пацієнтів розроблені відповідні міжнародні стандарти з діагностики та лікування. В той час, як погляди на клінічний прогноз та підходи до лікування при ХСН із ЗФВЛШ є доволі суперечливими [5, 6].

Не існує узгоджених клінічних рекомендацій щодо лікування пацієнтів із ХСН та ЗФВЛШ, бракує у реальній практиці робіт з характеристикою структури фармако-терапії вказаних категорії хворих та впливу нейро-гуморальних антагоністів на їх клінічний прогноз. Тому метою нашого дослідження стало вивчення у порівняльному аспекті особливостей лікування і впливу нейро-гуморальних антагоністів на показники смертності хворих із ХСН та СДЛШ та пацієнтів із

ХСН та ЗФВЛШ.

Матеріали і методи

В дослідження включені пацієнти з ХСН ішемічного походження з СДЛШ (фракція викиду (ФВ) $d < 40\%$, $n=354$) та ХСН зі ЗФВЛШ (ФВ $> 40\%$, $n=227$), II-IV функціональним класом (ФК) за критеріями NYHA, віком від 18 до 75 років, які лікувались у відділенні серцевої недостатності ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска». Загалом обстежений 581 пацієнт із ХСН ішемічного по-

Таблиця 1

Порівняльна характеристика клінічного контингенту у групах хворих на ХСН ішемічного походження із СДЛШ та із ЗФВЛШ

Показники	ФВ \leq 40% n=354	ФВ $>$ 40% n=227	P
Вік, роки	60,0 (54,0-66,0)	64,0 (56,0-69,0)	<0,001
Чоловіки, %, n	n=265, 74,9%	n=135, 59,5%	<0,001
Жінки, %, n	n=89, 25,1%	n=92, 40,5%	<0,001
NYHA II, %, n	n=30, 8,5%	n=114, 50,2%	<0,001
NYHA III-IV, %, n	n=324, 91,5%	n=113, 49,7%	<0,001
Середній ФК, у.о.,	3,00 \pm 0,39	2,6 \pm 0,51	<0,001
Перенесений ІМ, %, n	n=149, 42,1%	n=52, 22,9%	<0,001
Фібриляція передсердь постійна, %, n	n=120, 33,9%	n=101, 44,5%	0,010
Артеріальна гіпертензія, %, n	n=282, 79,7%	n=206, 90,7%	<0,001
Цукровий діабет, тип II, %, n	n=53, 15,0%	n=47, 20,7%	0,074

Таблиця 2

Частота призначень основних класів кардіологічних препаратів у пацієнтів з ХСН ішемічного походження із СДЛШ та ЗФВЛШ.

Групи препаратів	ФВ \leq 40% n=354	ФВ $>$ 40% n=227	P
і АПФ, % хворих, що отримували	n=288 81,3 %	n=203 89,4 %	0,009
β -блокатори, % хворих, що отримували	n=271 76,5 %	n=143 62,9 %	<0,001
Дигоксин, % хворих, що отримували	n=57 16,1%	n=44 19,3%	0,309
Діуретики, % хворих, що отримували	n=337 95,1 %	n=169 74,4%	<0,001
Спіронолактон, % хворих, що отримували	n=249 70,3%	n=107 47,1%	<0,001

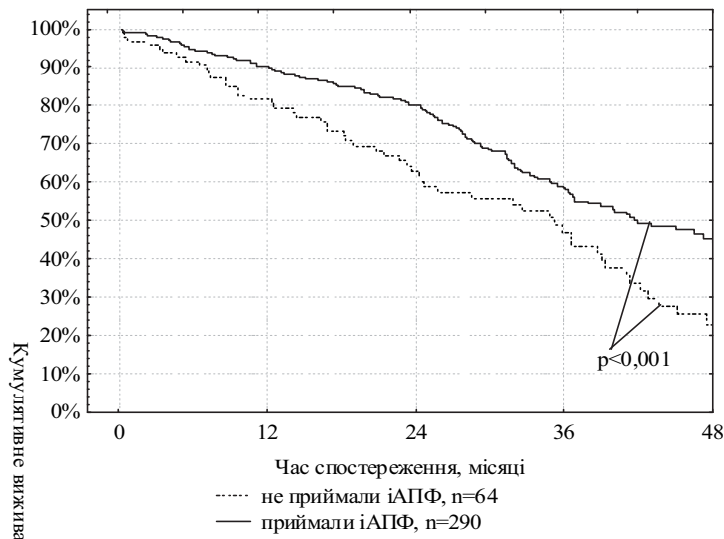


Рис. 1. Вживання хворих на ХСН протягом 48 місяців із СДЛШ в залежності від прийому іАПФ

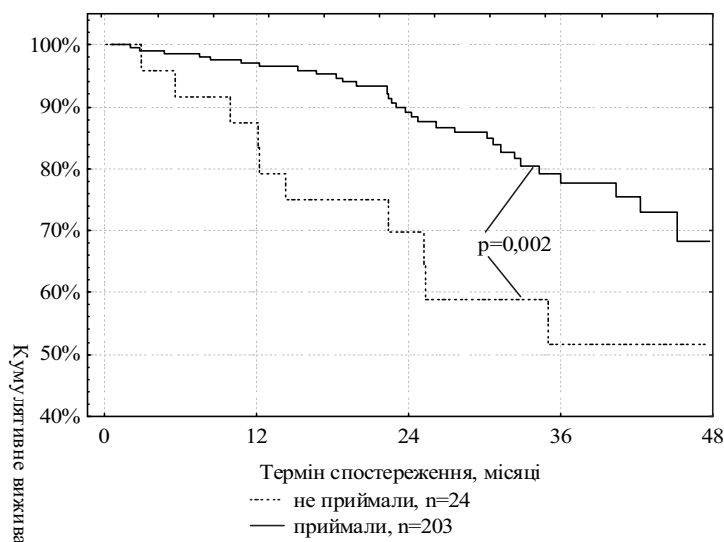


Рис. 2. Вживання хворих на ХСН протягом 48 місяців зі ЗФВЛШ в залежності від прийому іАПФ

ходження. Пацієнти із СДЛШ характеризувалися меншим віком порівнянно з віком хворих у групі із ЗФВЛШ, більшою часткою чоловіків, переважанням пацієнтів з III-IV ФК за NYHA. В той час, як пацієнти зі ЗФВЛШ характеризувались переважанням осіб жіночої статі та осіб із II ФК за NYHA (табл. 1). Критеріями, за якими пацієнти не включались в дослідження були: вік старший 75 або молодший 18 років, безсимптомна (I ФК) дисфункція лівого шлуночка, гострі форми ІХС, інсульт або транзиторна ішемічна атака давністю <6 міс., клапанні, запальні та рестриктивні ураження серця, гіпертрофічна кардіоміопатія, дилатаційна кардіоміопатія, бронх-

іальна астма, онкологічні та хронічні інфекційні хвороби, хронічна хвороба нирок та/або швидкість клубочкової фільтрації <30 мл/хв, інсулінозалежний цукровий діабет, дисфункція щитоподібної залози, а також виражена патологія опорно-рухового апарату, через наявність якої неможливо виконати тест з 6-хвилинною ходою.

Діагноз ІХС встановлювали згідно із загальноприйнятими клінічними критеріями (стенокардія та/або документований перенесений інфаркт міокарда, та/або відповідні дані коронароангіографії). Супутню артеріальну гіпертензію мали більше двох третин хворих із СДЛШ та більшість пацієнтів зі ЗФВЛШ (табл. 1). В той же час, частка пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда в групі пацієнтів із СДЛШ виявилась вдвічі більшою, ніж серед пацієнтів зі ЗФВЛШ. Аналіз даних хворих з постійною формою фібриляції передсердь показав, що їх частка була достовірно більшою серед пацієнтів із ЗФВЛШ, водночас серед обстежених нами пацієнтів з СДЛШ та ЗФВЛШ відсоток хворих на цукровий діабет виявився співставним (табл. 1).

Обов'язкові методи обстеження пацієнтів включали: ехокардіографію за стандартною методикою [1], рутинну електрокардіографію у 12-ти відведеннях, рутинні лабораторні аналізи (загальноклінічні та біохімічні) відповідно до чинних стандартів діагностики на базі біохімічної лабораторії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска» НАМН України (зав. – Т.В.Пономарьова). Усі хворі отримували лікування, відповідне до чинних стандартів Європейського кардіологічного товариства та Української Асоціації кардіологів [2, 4], яке включало діуретики, інгібітори АПФ, І-адреноблокатори, а також інші засоби (пролонговані нітрати, серцеві глікозиди, аміодарон,

антагоністи кальцію), що призначалися за клінічними показаннями.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту "STATISTICA for Windows. Release 6.0". Вид розподілу визначали за критерієм Лїлїєфорса та Шапіро-Уїлка. Якщо розподїл ознаки відрізнявся від норми, для його описання використовували медіану та інтерквартильний розмах (інтервал, що охоплює 50 % значень ознаки у виборці). Гіпотезу про вірогідність різниці значень показників у групах перевіряли за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні. Для дослідження кумулятивного виживання хворих використовували метод Каплана-Мейєра. Порівнювали вижи-

вання у групах за допомогою F - критерію Кокса [3].

Результати та їх обговорення

Більшість хворих в обох групах отримували іАПФ, однак в групі зі ЗФВЛШ їх кількість була на 8% вище і ця відмінність була достовірною (табл. 2). Це можна пояснити насамперед тим, що інгібітори АПФ не призначалися частині хворих (як правило, при IV ФК за NYHA) через наявність гіпотензії: 13,1% у групі із СДЛШ та 3,6% у групі із ЗФВЛШ. Інші причини склали 2,3% та 6,8% відповідно. Кількість хворих, що отримували бета-блокатори також достовірно відрізнялась і була більшою серед пацієнтів із СДЛШ. Бета-блокатори частині хворих не призначалися через наявність гіпотензії

(4,0% та 3,8% відповідно), бронхообструкції (11,4% та 18,5% відповідно), брадікардії (2,2% та 7,6% відповідно), інші причини склали 5,7% в групі із СДЛШ та 6,9% у групі зі ЗФВЛШ. Хворим в обох групах призначався дигоксин, причому достовірно не відрізнялась кількість пацієнтів, що його отримувала. Кількість хворих, що отримувала діуретики, була на 20% більшою в групі із СДЛШ ($p < 0,001$). Це можна пояснити більшою клінічною тяжкістю таких пацієнтів, достовірно вищим їх ФК (табл. 1). Кількість хворих, що отримувала спіронолактон була також достовірно більшою в групі із СДЛШ (табл. 2). Пацієнтам зі ЗФВЛШ, які потребували підтримуючого лікування петльовим діуретиком, спіронолактон призначався на тривалий час в якості калій зберігаючого засоба.

Виживання хворих із СДЛШ впродовж 12 місяців мало чітку, але не достовірну ($P = 0,069$) тенденцію до кращого показника в групі хворих, що приймали іАПФ. У подальшому, на 36 та 48 місяців, зазначена тенденція набула високої статистичної достовірності. Так, кількість виживших хворих із СДЛШ, що приймали іАПФ впродовж 36

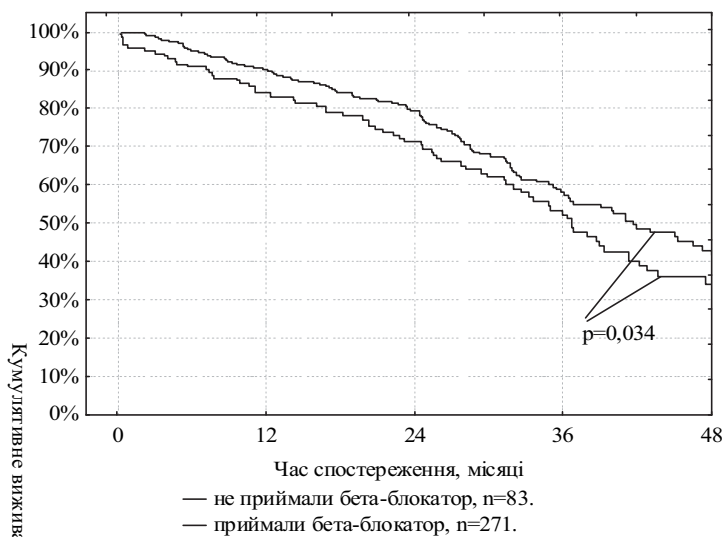


Рис. 3. Виживання хворих на ХСН протягом 48 місяців із СДЛШ в залежності від прийому бета-блокаторів.

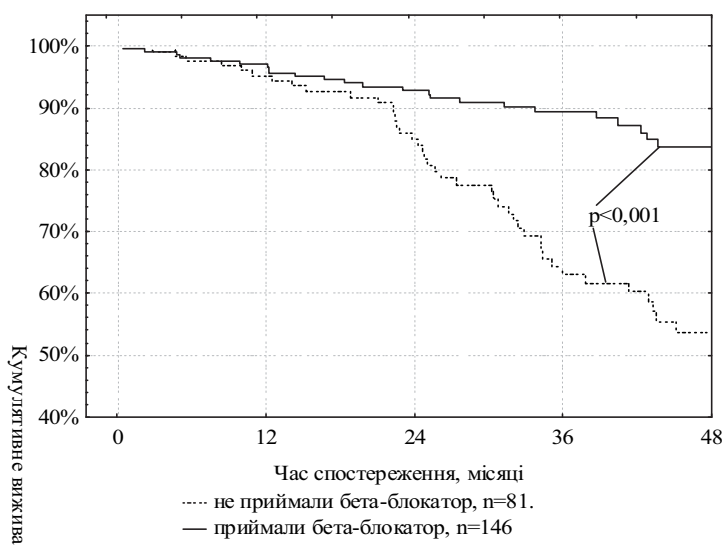


Рис. 4. Виживання хворих на ХСН протягом 48 місяців зі ЗФВЛШ в залежності від прийому бета-блокаторів.

Порівняльна характеристика показників виживання хворих із ХСН на фоні прийому іАПФ

Групи пацієнтів	Лікування	Термін спостереження, відсоток виживших					
		12 місяців		36 місяців		48 місяців	
СДЛШ	Отримували іАПФ (n=290)	90%	P=0,069	59%	P<0,001	45%	P<0,001
	Не отримували іАПФ (n=64)	82%		46%		23%	
ЗФВЛШ	Отримували іАПФ (n=203)	98%	P=0,004	79%	P<0,001	68%	P=0,002
	Не отримували іАПФ (n=24)	87%		52%		52%	

Таблиця 3

мали бета-блокатори (табл. 4, рис. 3).

Не спостерігалось достовірної різниці в виживанні пацієнтів зі ЗФВЛШ протягом першого року спостереження (табл. 4) на фоні прийому бета-блокатора. Виживання хворих зі ЗФВЛШ, що приймали бета-блокатор протягом перших трьох років спостереження, було достовірно кращим порівняно з пацієнтами, що не отримували такого. Кількість пацієнтів зі ЗФВЛШ, що вижили на фоні прийому бета-блокатора протягом 48 місяців, була на 30% більше (табл. 4, рис. 4).

Порівняльна характеристика показників виживання хворих із ХСН на фоні прийому бета-блокаторів

Групи пацієнтів	Лікування	Термін спостереження, відсоток виживших					
		12 місяців		36 місяців		48 місяців	
СДЛШ	Отримували бета-блокатор (n=271)	90%	P=0,051	58%	P=0,057	43%	P=0,034
	Не отримували бета-блокатор (n=83)	84%		54%		32%	
ЗФВЛШ	Отримували бета-блокатор (n=146)	97%	P=0,476	89%	P<0,001	84%	P<0,001
	Не отримували бета-блокатор (n=81)	95%		64%		54%	

Таблиця 4

місяців, на 13% перевищила кількість тих, що не приймали. Кількість виживших хворих із СДЛШ, що лікувались іАПФ впродовж 48 місяців, майже вдвічі перевищила кількість тих, що його не приймали (табл. 3, рис. 1).

Виживання хворих зі ЗФВЛШ починаючи вже з першого року спостереження виявилось кращим серед тих пацієнтів, які приймали іАПФ. Ця ж закономірність спостерігалась на наступних етапах дослідження. Так, достовірно більша частка пацієнтів зі ЗФВЛШ протягом 36 та 48 місяців вижило в групі хворих, що приймали іАПФ (табл. 3, рис. 2).

При співставленні показників виживання хворих з СДЛШ в залежності від прийому бета-блокатора достовірної різниці не виявлено (табл. 4). Через 36 місяців спостереження в групі із СДЛШ вижило дещо більше тих хворих, що приймали бета-блокатори, але також без достовірної різниці. Втім, через 48 місяців спостереження в групі із СДЛШ вижило достовірно більше тих хворих, що прий-

Таким чином, серед пацієнтів, що приймали іАПФ, виявлено кращі показники виживання в обох групах хворих. Однак, якщо для пацієнтів із СДЛШ покращення виживання спостерігалось з 36 місяця, то для хворих зі ЗФВЛШ супроводжувався покращенням показників виживання починаючи вже з 1-го року і до кінця спостереження. Наявність бета-блокаторів в схемі лікування пацієнтів із ХСН також покращувало показники виживання, причому для пацієнтів із СДЛШ вони набули статистичної вірогідності з 48 місяця, а для хворих зі ЗФВЛШ вже з 36-го місяця спостереження. Отримані дані свідчать на користі того, що призначення нейро-гуморальних антагоністів є доцільним для покращення прогнозу пацієнтів обох груп, а не лише для пацієнтів із СДЛШ, як це рекомендовано офіційним стандартом лікування останньої категорії хворих [4].

Висновки

1. Структура фармакологічного лікування в когорті пацієнтів із ХСН, що спостеріга-

лися у відділенні серцевої недостатності ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска» НАМН України характеризувалася, у переважній більшості випадків, наявністю нейро-гуморальних антагоністів (іАПФ, бета-блокаторів, антагоністів альдостерону). В групі пацієнтів із СДЛШ більшою була доля хворих, що отримувала діуретики та бета-блокатори. В той час, як в групі зі ЗФВЛШ була більшою доля хворих, що лікувались іАПФ.

2. На фоні терапії іАПФ виявлено зменшення показників смертності серед пацієнтів із ХСН та СДЛШ починаючи з 36 місяців і до кінця терміну спостереження. В той же час, прийом іАПФ пацієнтами із ХСН та ЗФВЛШ супроводжувався покращенням показників виживання починаючи вже з 1-го року і до кінця спостереження.
3. Призначення бета-блокаторів пацієнтам із ХСН та СДЛШ покращувало показник виживання після 48 місяців спостереження, в той час, як лікування бета-блокаторами хворих із ХСН та ЗФВЛШ характеризувалось поліпшенням виживання з 36-го місяця і до кінця спостереження.

Література

1. Денисюк В. И., В. П. Иванов. Клиническая фоно- и эхокардиография. Винница: Логос, 2001. – 206 с.
2. Коваленко В.М., Лутай М.І. Серцево-судинні захворювання: класифікація, стандарти діагностики та лікування. Київ: Асоціація кардіологів України, 2011р. – 96 с.
3. Реброва О.Ю. Статистичний аналіз медичних даних. Застосування пакету прикладних програм STATISTICA. – М.: Медіф Сфера, 2002. – 305 с.
4. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. //Eur. J. Heart Fail. – 2008. –

Vol.10 (10). – P.933-989.

5. Kawashiro N., Kasanuki H., Ogawa H. et al. Clinical characteristics and outcome of hospitalized patients with congestive heart failure: results of the HJC-HF registry.//Circ J. – 2008. – Vol.72(12). – P.2015-2020.
6. Yamamoto K., Sakata Y., Ohtani T. et al. Heart Failure With Preserved Ejection Fraction (What is Known and Unknown).// Circ. J. - 2009. – Vol.73. – P.404 – 410.

Резюме

СТРУКТУРА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПРОГНОЗ ВЫЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Дюдина И.А.

Обследован 581 больной с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического происхождения с систолической дисфункцией левого желудочка (СДЛШ) и с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СФВЛШ). Целью исследования стало изучение в сравнительном аспекте особенностей лечения и влияния нейро-гуморальных на показатели смертности больных с ХСН и СДЛШ, а также, больных с ХСН и СФВЛШ. Структура фармакологического лечения больных с ХСН, которые наблюдались в отделе сердечной недостаточности ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. акад. М.Д. Стражеско» НАМН Украины характеризовались наличием нейро-гуморальных антагонистов (иАПФ, бета-блокаторов, антагонистов альдостерона). В группе больных с СДЛШ большей была доля больных, которые получали диуретики и бета-блокаторы, а в группе с СФВЛШ была большей доля больных, которые лечились иАПФ. На фоне терапии иАПФ выявлено уменьшение показателей смертности среди больных с ХСН и СДЛШ начиная с 36 месяцев и до конца срока наблюдения. В то же время, прием иАПФ больными с ХСН и СФВЛШ сопровождался улучшением показателей выживания начиная с 1-го года и до конца наблюдения. Назначение бета-блокаторов больным с ХСН и СДЛШ улучшало показатель выживания

после 48 месяцев наблюдения, в то время, как лечение бета-блокаторами больных с ХСН и СФВЛШ характеризовалось улучшением выживания с 36-го месяца и до конца наблюдения.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, систолическая дисфункция, сохраненная фракция выброса, лечение, прогноз

Summary

DRUG TREATMENT STRUCTURE AND ITS IMPACT ON SURVIVAL PROGNOSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC DYSFUNCTION AND PRESERVED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION

Dyudina I.O.

581 patients with chronic heart failure (CHF) of ischemic origin with systolic left ventricular dysfunction (SLVD) and preserved left ventricular ejection fraction (PLVEF) were examined. The aim of the study was to investigate the comparative aspect of treatment characteristics and impact of neurohumoral antagonists on mortality in patients with CHF and SLVD and patients with CHF and PLVEF. Structure of the pharmacological treatment of patients with CHF, observed in the heart failure department of SI "NSC" Institute of Cardiology

named after acad. M.D. Strazhesko" SAMS of Ukraine was characterized by the presence of neurohumoral antagonists (ACE inhibitors, beta blockers, aldosterone antagonists). In the group of patients with SLVD was greater share of patients receiving diuretics and beta-blockers, and in the group with PLVEF was greater share of patients treated with ACE inhibitors. Against the background of ACE inhibitors treatment revealed reduction in mortality among patients with CHF and SLVD from 36 months to the end of the period of observation. At the same time receiving ACE inhibitors in patients with CHF and PLVEF was accompanied by improvement in survival rates starting from the 1st year to the end of observation. Prescription of beta-blockers in patients with CHF and SLVD improved survival rate after 48 months of observation, while a beta-blocker treatment of patients with CHF and PLVEF characterized by survival improvement since the 36th month till the end of observation.

Key words: chronic heart failure, systolic dysfunction, preserved ejection fraction, treatment, prognosis

Впервые поступила в редакцию 06.07.2012 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.98:578.828.6;616.83-002

РОЛЬ СОСТОЯНИЯ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА В ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Бурлаченко В.П., Гуменюк Н.А., Насибуллин Б.А.

УкрНИИ медицины транспорта, г. Одесса

Авторы провели комплексное сравнительное исследование головного мозга 140 больных СПИДом, умерших в Одесском областном центре борьбы и профилактики СПИДа. Проведенные исследования выявили однообразные в разных отделах мозга, изменения функции сосудистой стенки, что проявлялось снижением содержания коллагена IV типа, повышение активности эндотелина I; изменением базальной мембраны мелких сосудов; разрушением астроцитарного сопровождения сосудов. Выявленные изменения сосудов сопровождалось глиозом (возможные 3 его варианта), дистрофией и гибелью нейронов. Выявленные изменения нарастали по мере удлинения срока ВИЧ-инфекции. Особенностью СПИДа, сочетающегося с менингоэнцефалитом было выраженное, развернутое изменение сосудов и нейро-глиальных компонентов, соответствующее 5-ти летней длительности ВИЧ-инфекции, уже на самых ранних стадиях заражения.