

# ***М А Т Е Р І А Л И***

**Всеукраїнської науково-практичної конференції  
«Медична наука-2010»**

**(Полтава, 16-17 грудня 2010 року)**

## Зміст

### СТОМАТОЛОГІЯ

<b>Аветіков Д.С., Ставицький С.О.</b> .....	9
КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ	
<b>Доценко В. И., Король М.Д., Шундрик Л.С.</b> .....	9
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОТВЕРДОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ.	
<b>Ейхгорн Н. Г.</b> .....	10
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ 18-35 РОКІВ	
<b>Іваницький І.О., Ніколішин А.К.</b> .....	11
ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ: ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ДЕСЕНСІТАЙЗЕРІВ ТА ПРЕПАРАТУ «КАЛЬЦІЙ- Д <sub>3</sub> НІКОМЕД»	
<b>Ірза О.Л.</b> .....	12
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ.	
<b>Лещенко О.С.</b> .....	13
СПОСОБИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ	
<b>Лунькова Ю.С.</b> .....	14
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ.	
<b>Непрелюк О.А.</b> .....	16
СКОРОСТЬ САЛИВАЦИИ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ.	
<b>Падалка А.І.</b> .....	17
ТЕСТУВАННЯ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КРАПЕЛЬ БЕРЕШ ПЛЮС, ЯК КОМПЛЕКСУ ФТОРУ З МАКРО- І МІКРОЕЛЕМЕНТАМИ, ВІТАМІНОМ С ТА АМІНОКИСЛОТОЮ ГЛІЦИН, НА ВИДАЛЕНИХ ПОСТІЙНИХ ЗУБАХ З НЕЗАВЕРШЕНОЮ МІНЕРАЛІЗАЦІЄЮ ЕМАЛІ	
<b>Романенко И.Г., Вагин П.В.</b> .....	17
ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
<b>Романенко И.Г., Дударь Д.В.</b> .....	18
ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ	
<b>Сідаш Ю.В.</b> .....	20
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХІВКОВИЙ ПЕРІОДОНТИТ	
<b>Скрипник В.М.</b> .....	20
ПРОФІЛАКТИКА УТВОРЕННЯ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ В ПАЦІЄНТІВ, ЩО СХИЛЬНІ КЕЛОЇДОУТВОРЕННЯ	
<b>Стариков Д.Б.</b> .....	21
МАЛІ СІДЛОВИДНІ ПРОТЕЗИ	
<b>Шуклін В.А., Ожоган З.Р., Мельник Н.С., Козут В.Л.</b> .....	22
ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ВІД СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ СЕРЕД ОСІБ З ІНТАКТНИМИ ЗУБНИМИ РЯДАМИ	

### КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА № 1 (терапія, педіатрія, неврологія, психіатрія, інфекційні хвороби, шкірно-венеричні хвороби, загальна гігієна, соц. медицина)

<b>Адаричев В.В.</b> .....	26
ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	
<b>Агарков С.Ф., Мохамед Икбал</b> .....	26
РЕСПИРАТОРНЫЙ ТЕПЛООБМЕН У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА	
<b>Блажієська Ю. В.</b> .....	27
ЗАСТОСУВАННЯ САЛЬБУТАМІНУ (ЕНЕРІОНУ) В ЛІКУВАННІ АСТЕНІЧНИХ СТАНІВ	
<b>Богущька Н.К., Чепура О.Я., Думітраш І.Д., Сокол М.В.</b> .....	28
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУВАЛИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДО ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	
<b>Бойко Д.М.</b> .....	29
ДИНАМІКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПАЛІННЯ СЕРЕД МОЛОДІ – РЕЗУЛЬТАТИ ТРИВАЛОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ	
<b>Вакалюк І.І.</b> .....	29
ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ВКЛЮЧЕННЯМ СТАТИНУ НА ГІПЕРТРОФІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА МАРКЕРИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ІЗ ВРАХУВАННЯМ ВІКУ	

<b>Вовк Ю.О.</b> .....	<b>30</b>
РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ	
<b>Воротняк Т.М., Кучуран І.М., Дідух В.М., Гамаль М.В.</b> .....	<b>31</b>
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	
<b>Гаврелюк С.В., Левенец С. В.</b> .....	<b>31</b>
ОЦЕНКА ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА ПЕРВОГО ДЕТСТВА И ЕЕ СВЯЗЬ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА.	
<b>Гончар Т.О.</b> .....	<b>32</b>
ПСИХІАТРИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ТЯЖКИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ПРОЦЕСІ ПРИМУСОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ	
<b>Гулага О.І., Тащук В.К., Полянська О.С.</b> .....	<b>35</b>
ВПЛИВ ЕПЛЕРЕНОНУ НА ПРОЦЕСИ ПРОТЕОЛІЗУ	
<b>Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Гумінська Г.С.</b> .....	<b>36</b>
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ	
<b>Єршова І.Б., Мочалова Г.О.</b> .....	<b>37</b>
БІОЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ МОЗКУ У ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО ОБДАРОВАНИХ ДІТЕЙ	
<b>Єршова І.Б., Нестерова Т.В.</b> .....	<b>38</b>
ПОКАЗНИКИ КАРДІОРИТМОГРАФІЇ В ОЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ	
<b>Жученко І.І.</b> .....	<b>38</b>
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ДИНАМІКА СТИГМАТИЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНОГО ВУЗУ	
<b>Іванова А.О.</b> .....	<b>40</b>
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОКРЕМИХ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ	
<b>Ільїна І.К., Суховій О.О., Мусаєлян О.М.</b> .....	<b>41</b>
ДЕЯКІ ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ЗАТЯЖНИМИ АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ, ЯКІ СКОЇЛИ ПРОТИПРАВНІ ДІЯННЯ	
<b>Коршенко В.О.</b> .....	<b>41</b>
КОНСУЛЬТУВАННЯ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	
<b>Кривчун А.М.</b> .....	<b>44</b>
КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНУ ІІ ПЕРШОГО ТИПУ	
<b>Кондратенко Ю.Г., Дудка І.І., Мельник Ю.Г., Хільчевська В.С.</b> .....	<b>45</b>
ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ	
<b>Котко Д.Н., Ершова Г.С.</b> .....	<b>45</b>
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТОЛЕРАНТНОСТИ ПРИ ТЕРАПИИ НИТРАТАМИ	
<b>Кудря І.П.</b> .....	<b>47</b>
ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОРНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ	
<b>Куліш М.В.</b> .....	<b>47</b>
ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ	
<b>Курик О.В., Паламарчук О.І., Ходан Л.Я., Колюбакіна Л.В.</b> .....	<b>48</b>
ЩОДО ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ВЖК У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ.	
<b>Масік О.І.</b> .....	<b>48</b>
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬОРОВОГО СПРИЙМАННЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕННЯХ	
<b>Марусик У.І., Олексик О.П., Яворська К.С., Шпеня К.М., Мандришора Н.М.</b> .....	<b>49</b>
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ	
<b>Мельник А.В.</b> .....	<b>50</b>
КЛІНІКО-ОСОБИСТІСНІ КРИТЕРІЇ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ	
<b>Мельник В.І., Мельник А.В.</b> .....	<b>51</b>
КРИТЕРІЇ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	
<b>Мельник В.І., Мельник А.В., Железко О.В.</b> .....	<b>51</b>
СТРУКТУРА СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ СКОЄНИХ ХВОРИМИ В ПЕРІОД ХРОНІЧНИХ АЛКОГОЛЬНИХ ГАЛЮЦИНОЗІВ	
<b>Мормоль І.А.</b> .....	<b>51</b>
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПІЄЛОНЕФРИТІ З УРАХУВАННЯМ ГЕНОТИПУ	
<b>Мохначов О.В., Мякінькова Л.О.</b> .....	<b>52</b>
ОСВІТНІ ПРОГРАМИ В ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
<b>Мякінькова Л.А., Катюхин О.В.</b> .....	<b>53</b>
МАГНІЙ-АКЦЕНТИРОВАННЫЕ ЭФФЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	
<b>Назар О.В.</b> .....	<b>56</b>
ВПЛИВ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІТЕРАПІЇ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛОГОПЕДИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.	
<b>Невойт Г.В., Озарчук Л.П., Глущенко М.В.</b> .....	<b>57</b>
ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ АФОБАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	

<b>Поліщук І. А.</b> .....	57
ВПЛИВ S-АМЛОДИПІНУ НА АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І СТАДІЇ	
<b>Пурденко Т.Й., Островська Л.Й.</b> .....	57
СТАН ВЕГЕТАТИВНОГО ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК У РІЗНІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ	
<b>Перцева Т.Г., Слюсаренко І.Т.</b> .....	58
ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЕКГ У ХВОРИХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	
<b>Пластун М.Ю., Зорин В.Н., Келеджиева Э.В.</b> .....	59
СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА И СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	
<b>Ратушний С.В., Буцька В.Є.</b> .....	59
РОЗРОБКИ ТА ВИКОРИСТАННЯ НОВОЇ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СИСТЕМИ В ЕНДОКРИНОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	
<b>Редзанова Т. Э.</b> .....	60
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИОИДОВ	
<b>Рева О.А.</b> .....	61
ЩОДО ПРОБЛЕМИ КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/СНІД	
<b>Рязанцева Л.М., Кушнір М.В., Руснак Н.В., Власова О.В.</b> .....	61
ОСОБЛИВОСТІ ВИХОДЖУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ, ЯКІ ЗАГИНУЛИ ВНАСЛІДОК ГРИПУ H1N1 (КАЛІФОРНІЯ)	
<b>Сербенюк К.І., Полянська О.С., Курик М.В., Бінювська В.І.</b> .....	62
ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ПОКАЗНИКИ ЕКГ	
<b>Слободянюк Д.П.</b> .....	62
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ ПРИ СОЦІАЛЬНИХ ФОБІЯХ	
<b>Смирнова А.С.</b> .....	63
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННЫМ УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА	
<b>Смоляник К.Ю.</b> .....	64
СТАН ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ І ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ	
<b>Стринадо М.М., Яворська В.М., Гудима В.М., Коркош І.І.</b> .....	64
ПАРАКЛІНІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СИСТЕМНОЇ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ В НОВОНАРОДЖЕНИХ	
<b>Таряник К.А.</b> .....	64
РОЛЬ ВІТАМІНІВ ГРУПИ В ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ АКСОНАЛЬНОЮ ТА ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЯМИ	
<b>Тупиця І. О.</b> .....	65
ДИНАМІКА КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ І СТАДІЇ ПІД ВПЛИВОМ ПРЕПАРАТУ ТАНАКАН	
<b>Філатова О.В., Бойко М.Г.</b> .....	66
«МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ»	
<b>Шапошник О.А.</b> .....	66
ВПЛИВ ПОПЕРЕДНЬОЇ СТЕНОКАРДІЇ НА ОБМІН ПРОЗАПАЛЬНИХ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ, ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА.	
<b>Шахова О.О., Максимова К.М., Середюк М.М., Бурянчук Д.М.</b> .....	66
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
<b>Шевельок А.М.</b> .....	67
ВПЛИВ ОМЕГА-3 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА ДИСПЕРСІЮ Р-ХВИЛІ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	
<b>Цапенко Ю.П., Бойко М.Г., Краєвська О.О.</b> .....	68
МЕДИКО -СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ В УМОВАХ МІСЦЕВОГО САНАТОРІЯ	
<b>Чижо В.М., Демиденко С.В., Куліковська С.Д., Прунчак С.І.</b> .....	68
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТЯЖКОЇ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ГРУПОВОЇ НАЛЕЖНОСТІ КРОВІ	
<b>Юсупов Ф.А., Грошев С.А.</b> .....	69
КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	

## **КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА № 2 (хірургія, акушерство та гінекологія, урологія, ЛОР хвороби, травматологія, онкологія, офтальмологія)**

<b>Базиян Н.К., Алиев Р.Ф., Маханькова А.В., Семененко К.М., Павлов Р.В.</b> .....	70
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ	
<b>Базиян Н.К., Семененко К.М., Костик В.Э., Павлов Р.В., Арых А.Н., Чернецкая А.В.</b> .....	71
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ	
<b>Базиян Н.К., Семененко К.М., Павлов Р.В., Печерица Я.Я., Зайцева Е.А.</b> .....	71
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ПЕЧЕНИ	

<b>Базиян Н.К., Печерица Я.Я., Павлов Р.В., Комар С.В., Семененко К.М., Арых А.Н.</b> .....	72
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
<b>Бриток В.А.</b> .....	73
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ	
<b>Вибирана Р.Й., Жулкевич І.В.</b> .....	73
ФАКТОРИ МОДИФІКАЦІЇ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИН В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ЛІМФОЇДНУ ЛЕЙКЕМІЮ	
<b>Воронков Д.Е.</b> .....	74
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА	
<b>Г.В.Гаєвська</b> .....	76
ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЖІНОК З ПІЗНЬОЮ ВАГІТНІСТЮ	
<b>Горбань Н.Є., Ємець Н.О., Литвиненко К.О.</b> .....	76
ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦЕПТОРНОГО АПАРАТУ І РЕГУЛЯТОРІВ АПОПТОЗУ ПУХЛИНОПОДІБНИХ ПРОЦЕСІВ ЯЄЧНИКІВ	
<b>Гюльмамедов В.А., Базиян Н.К., Жжонова В.В., Павлов Р.В., Семененко К.М., Маханькова А.В.</b> .....	77
ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕСТАНДАРТНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	
<b>Гюльмамедов В.А., Базиян Н.К., Семененко К.М., Жжонова В.В., Павлов Р.В., Комар С.В.</b> .....	78
ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ	
<b>Дейкало І.М., Махніцький А.В.</b> .....	79
ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ РОНКОЛЕЙКІН НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ У РІЗНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ	
<b>Должковий С. В.</b> .....	81
АНТИБІОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ТА ВИДОВИЙ СПЕКТР ЗБУДНИКІВ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ	
<b>Калюта А.О., Пустовалова О.І.</b> .....	81
ОПТИМИЗАЦІЯ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	
<b>Кіщук В.В., Стечишин О.О., Бондарчук О.Д.</b> .....	82
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ БІОКОМПЗИТУ "СИНТЕКІСТЬ" В ОТОХІРУРГІЇ.	
<b>Коблош Н.Д., Ємець Н.О., Горбань Н.Є., Литвиненко К.О.</b> .....	83
ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШИЙКИ МАТКИ	
<b>Кривобок О.Г.</b> .....	85
ІМУНОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ/ТИПУ РЕЦИДИВНОГО ПЕРЕБІГУ КАЛЬЦІЄВОГО НЕФРОЛІТІАЗУ ПРИ ГОСТРОМУ СЕРОЗНОМУ І ГНІЙНОМУ ПІЄЛОНЕФРИТІ	
<b>Ляшенко М.С.</b> .....	85
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ТОНЗИЛІТІВ У ДІТЕЙ	
<b>Мельников С. И.</b> .....	86
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С III СТАДИЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАВШИХ НЕОАДЬЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ	
<b>Новицький О. В.</b> .....	86
ДІАГНОСТИКА ГЛИБОКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ	
<b>Оганезян А.Г.</b> .....	87
ІНТЕРВЕНЦІЙНА СОНОГРАФІЯ В СТРУКТУРІ ЛІКУВАННЯ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ У ХВОРИХ З НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ	
<b>Півень Ю.М.</b> .....	88
ПОШКОДЖЕННЯ НЕРВІВ ТА СУДИН ПРИ 3-Х ТА 4-Х ФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ	
<b>П'ятикоп Г.І., Овсчкін Д.В., Маюра Н.А., Купина М.В.</b> .....	89
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ	
<b>Саричев Я.В., Устенко Р.Л., Солодкий С.М.</b> .....	89
ЩІЛЬНІСТЬ ПРОСТАТСПЕЦИФІЧНОГО АНТИГЕНУ – НОВИЙ МЕТОД ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕОПЛАСТИЧНИХ СТАНІВ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	
<b>Стречень С.Б., Стречень Н.С., Гадюченко О.П.</b> .....	90
КОМБІНОВАНЕ ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ГІСТЕРОСКОПІЇ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	
<b>Судовых И.Е., Говорков Р.В.</b> .....	91
ИССЛЕДОВАНИЕ ЯЗВЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛОНОТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ	
<b>Шаєнко З. О.</b> .....	92
МЕТАБОЛІТОТРОПНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	
<b>В.О. Шідловський, О.В. Шідловський, О.Р. Сельський, Я.Р. Розновський</b> .....	92
ІДЕНТИФІКАЦІЯ ПОВОРОТНИХ НЕРВІВ І ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАРЕЗІВ ГОРТАНІ.	

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА МОРФОЛОГІЯ

<b>Л.В. Абдул-Оглы, В.В. Кошарный, Е.С. Снисар, А. К. Каграманян.</b>	95
ИЗМЕНЕНИЯ В КАРДИОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.	
<b>Басалай М.В., Барсукевич В.Ч.</b>	96
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В ОГРАНИЧЕНИИ РАЗМЕРА ЗОНЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА	
<b>Галкін О.Ю.</b>	97
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ДИЗАЙН ГАЛЕНОВОГО ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АЛОПЕЦІЇ	
<b>Горди́нська І.Л.</b>	98
ВПЛИВ РІЗНИХ ДОЗ ПЕПТИДНОГО КОМПЛЕКСУ НИРОК НА СТАН ПОКАЗНИКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ТА ГЕМОСТАЗУ	
<b>Долгашова М.А.</b>	98
АНАЛИЗ СУММАРНОГО ПРОСВЕТА ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ИХ ВЕТВЛЕНИЯ У ЛЮДЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДОВ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА	
<b>Должкова К.П.</b>	102
ВПЛИВ СКЕВЕНДЖЕРУ ПЕРОКСИНИТРИТУ НА РЕПАРАТИВНУ РЕГЕНЕРАЦІЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ НА ТЛІ НАДМІРНОГО НАДХОДЖЕННЯ В ОРГАНІЗМ НІТРАТУ НАТРІЮ	
<b>Золотарева С.Н., Данилова М.М.</b>	102
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭФФЕКТОВ МОДИФИКАЦИИ	
<b>Ізмайлова О.В., Шликова О.А., Боброва Н.О.</b>	105
ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНЕТИЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО ПОШИРЕНИХ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ	
<b>Кацай В.В., Шепітько І.В., Стецук Є.В.</b>	105
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІЛОЇ ПУЛЬПИ СЕЛЕЗІНКИ ЩУРА ТА ЛЮДИНИ	
<b>Кашпур Н.В.</b>	106
ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ДІЇ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН РОДУ ARTEMISIA.	
<b>Киричек Л.Т., Соколова И.И., Ананько С.Я., Миронченко С.И., Стороженко Е.В.</b>	107
СТЕПЕНЬ ДЕГРАДУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	
<b>Кисельова Т.М., Шаповалова О.Ю., Пушкар М.С., Соловійова Л.О., Тереховська О. І., Харковенко Р. В.</b>	110
ЗАКОНОМІРНОСТІ ЗВ'ЯЗУВАННЯ ЛЕКТИНА АРАХІСА (PNA) СТРУКТУРАМИ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ АУТОІМУННИМ ГЕПАТИТОМ ТА ПРИ ДІЇ ВОДНИМИ ТА РАДОНОВИМИ ВАННАМИ.	
<b>Коптеев М. М.</b>	115
ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗОН ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВІЛ-СНІД-АСОЦІЙОВАНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ	
<b>Куценко Н.Л.</b>	116
РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНИХ IGE В ПОЛТАВСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ЗА ПЕРІОД 2008-2010 РР.	
<b>Кучеряченко М.А.</b>	116
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ВОСПАЛЕНИИ	
<b>Левков А.А., Костенко В.О.</b>	117
ЗМІНИ БАР'ЄРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ ЗА УМОВ ЇЇ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ, ЗАЛЕЖНІ ВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ НО-СИНТАЗ І УТВОРЕННЯ ПЕРОКСИНИТРИТУ	
<b>Мамонтова Т.В., Куценко Н.Л., Микитюк М.В., Куценко Л.А., Боброва Н.А., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П.</b>	118
РЕГУЛЯЦІЯ ФУЛЛЕРЕНОМ C <sub>60</sub> ФАГОЦИТОЗУ ІМУННИХ КЛІТИН	
<b>Микитюк М.В., Мамонтова Т.В., Беркало Л.В., Боброва Н.А., Куценко Л.А., Куценко Н.Л., Весніна Л.Э., Кайдашев И.П.</b>	118
ВЛИЯНИЕ ФУЛЛЕРЕНА C <sub>60</sub> НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	
<b>Насонова Н. А., Соколов Д. А., Бугримов Д. Ю.</b>	119
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОЦИТОВ ХВОСТАТОГО ЯДРА ПРИ ДЕЙСТВИИ ОДНОКРАТНОГО ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ДОЗЕ 0,5 ГР	
<b>Олійник Н.О, Мокляк Є.В., Важнича О.М.</b>	120
ДИНАМІКА ОКРЕМИХ ПАРАМЕТРІВ ЕРИТРОНУ ПІСЛЯ ОДНОРАЗОВОГО ВВЕДЕННЯ МЕКСИДОЛУ	
<b>Погоріла І.В., Годлевський Л.С., Годован В.В.</b>	120
ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНИХ РЕАКЦІЙ КІНДЛІНГОВИХ ТВАРИН ПІД ВПЛИВОМ НОВОГО ПОХІДНОГО ПЕПТИДАМІНОБЕНЗОФЕНОНУ	
<b>Попандопуло А.Г., Салахова А.М., Постолук И.Г.</b>	121
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ПРИМЕРЕ МОНОКРОТАЛИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	
<b>Проніна О. М., Сербін С. І.</b>	122
ТОПОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН ЛОБНОЇ ПАЗУХИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	
<b>Радцева Г.Л., Радцев Ю.А.</b>	122
ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ, ПЕЧЕНИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ПОЧКАХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ХЛОРИСТОГО КАДМИЯ.	
<b>Роговий Ю.Є., Залаяська О.В.</b>	123
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ВПЛИВУ ВОДИ НИЗЬКОГО ПОВЕРХНЕВОГО НАТЯГУ НА НИРКИ	

<b>Проніна О. М., Сербін С. І.</b> .....	123
ТОПОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН ЛОБНОЇ ПАЗУХИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	
<b>Ситнікова В. О., Смишляєва Д. М.</b> .....	124
МОРФОЛОГІЯ ПЛАЦЕНТ ПРИ БАГАТОПІДНІЙ ВАГІТНОСТІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	
<b>Соколов Д. А., Ильичева В. Н.</b> .....	125
АРХИ- И ПАЛЕОКОРТИКАЛЬНЫЕ ФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ЛУЧЕВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ	
<b>Соловйова Н.В., Богданов О.В., Коваленко О.В., Сорокін Б.В., Стасюк О.А., Фартушна А.М.</b> .....	126
АНТАГОНІСТИЧНА ТА СИНЕРГІЧНА ДІЯ ОКСИДУ АЗОТУ, ЯКИЙ УТВОРЮЄТЬСЯ З РІЗНИХ ДЖЕРЕЛ, ЗА УМОВ МОДЕЛЮВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ	
<b>Солтис П.В., Важнича О.М.</b> .....	127
ВПЛИВ ТРОФІЧНОАКТИВНИХ ПЕПТИДІВ НЕОКОРТЕКСУ НА АКТИВНІСТЬ МІКРОФАГІВ ПРИ СТРЕСІ	
<b>Стецук О.О., Селькіна Г.Б.</b> .....	127
ВПЛИВ ПІДСКІРНОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ НА МЦР СІТКІВКИ НА ТЛІ ГОСТРОГО РЕТИНІТУ У ЩУРІВ	
<b>Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю.</b> .....	128
ПРОБЛЕМИ ГІСТОЛОГІЧНОЇ ЕМБРІОЛОГІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЯ	
<b>Храпай Х.В., Храпай О.В.</b> .....	129
ГОЛОВНІ ПОЛОЖЕННЯ РЕГУЛЮВАННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЛІКІВ В УКРАЇНІ	
<b>Шулятникова Т.В.</b> .....	130
УЛЬТРАСТРУКТУРА КРОВЕНОСНИХ КАПИЛЛЯРОВ В «КРИТИЧЕСКИХ ЗОНАХ» ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	
<b>Черкасова Ю.Б., Логачева В.В.</b> .....	131
ПОСТРАДИАЦИОННЫЙ ОТВЕТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА	
<b>Шульга Л.І.</b> .....	132
РАЦІОНАЛІЗАЦІЯ ПІДХОДУ ДО ОБГРУНТУВАННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ЛІКАРСЬКОЇ СИРОВИНИ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ СТОМАТОЛОГІЇ	
<b>Якушко О.С.</b> .....	132
ЗМІНИ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН ЗОРОВОГО НЕРВА ЩУРА ПРИ ГОСТРОМУ АСЕПТИЧНОМУ НЕВРИТІ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ТРАСПЛАНТАЦІЄЮ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ	
<b>Проскурякова Е. Е.</b> .....	133
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ПЕРОРАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБЕДНЕННОГО УРАНА	

## ГУМАНІТАРНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ ТА ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ

<b>Бугримов Д. Ю., Семёнов С. Н., Соколов Д. А., Насонова Н. А., Набродов Г. М.</b> .....	135
КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА КАК ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ I-II КУРСОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ РОССИИ	
<b>Гавкалюк М. І., Соколова Л. В.</b> .....	136
СОЦІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЦЕЛЮЛІТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК	
<b>Гасевський С.О., Гопко О.Ф., Ткаченко М.В.</b> .....	136
ВИКОРИСТАННЯ ПОШУКОВИХ ІНТЕРНЕТ-СИСТЕМ В ПЕДАГОГІЧНИХ СЦЕНАРІЯХ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	
<b>Глушко К.О.</b> .....	137
ПЕРІОД СТУДЕНЧЕСТВА В ПАРАДИГМЕ КРЕАТИВНОГО САМОРАЗВИТИЯ	
<b>Дубина В.А.</b> .....	137
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ НА КАФЕДРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ.	
<b>Зінченко Н.О.</b> .....	138
ПОЛІТИЧНЕ ВИХОВАННЯ В УМОВАХ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА.	
<b>Золотарьова Р.Л.</b> .....	139
КРОСКУЛЬТУРНИЙ ПІДХІД У ФОРМУВАННІ ПОЛІМОВНОЇ ГРАМОТНОСТІ У СТУДЕНТІВ -МЕДИКІВ	
<b>Лобач Н.В., Ткаченко Ю.П., Тронь Н.В.</b> .....	140
СУЧАСНЕ ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЄ СЕРЕДОВИЩЕ, ЙОГО СКЛАДОВІ ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ	
<b>Коваленко К.Г.</b> .....	142
МІСЦЕ АД'ЕКТИВНИХ ЛЕКСИЧНИХ ОДИНИЦЬ ВТОРИННОЇ НОМІНАЦІЇ У СИСТЕМІ СЛОВОТВОРУ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ	
<b>Козицька Т.В., Храпай О.В., Божко О.Г.</b> .....	142
МОНІТОРИНГ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	
<b>Коньков Д.Г., Чайка Г.В., Тихолаз В.О., Назарова О.С., Конькова В.Д.</b> .....	143
ВПРОВАДЖЕННЯ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ ЕЛЕКТРОННОГО НАВЧАННЯ	
<b>Однокоз О. В., Іванченко Д. Г., Александро́ва К. В.</b> .....	145
ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ У ВИКЛАДАННЯ БІОХІМІЇ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СТОМАТОЛОГІЯ» У ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	

<b>Самойленко І.В., Юфименко В.Г.</b> .....	<b>146</b>
ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАЛЬНОГО ПРОЯВУ ІНТЕРЕСІВ ТА ЗДІБНОСТЕЙ У ДІЯЛЬНОСТІ СТАРШОКЛАСНИКІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ОВОЛОДІННЯ ПРОФЕСІЄЮ ЛІКАРЯ –СТОМАТОЛОГА	
<b>Сільнича Н.А., Ніколасєва Н.М.</b> .....	<b>147</b>
МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ТА МІЖПРЕДМЕТНІ ЗВ'ЯЗКИ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ LSP МЕДИЦИНИ	
<b>Юфименко В.Г.</b> .....	<b>148</b>
МОВНІ АСПЕКТИ ПРАВИЛЬНОГО ВЕДЕННЯ НАУКОВОЇ ДИСКУСІЇ НА МЕДИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЯХ, СЕМІНАРАХ, СИМПОЗІУМАХ	
<b>В.Г. Юфименко</b> .....	<b>149</b>
ШВИДКІСНЕ ЧИТАННЯ ЯК ОДИН ІЗ СПОСОБІВ ЕФЕКТИВНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ_ ІНОЗЕМЦІВ	



## СТОМАТОЛОГІЯ

[616.716+617.52]-003.98-08

*Аветіков Д.С., Ставицький С.О.*

### **КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

З урахуванням досягнень сучасної медицини та не зважаючи на велику кількість наукових розробок проблема визначення критеріїв оцінки ефективності консервативного лікування патологічних рубців голови та шиї залишається актуальною в щелепно – лицевій і пластичній хірургії обличчя.

Вивчаючи праці вітчизняних та іноземних учених, котрі присвячені порівняльним шкалам і таблицям, ми прийшли до висновку, що використання всіх оціночних таблиць базується на суб'єктивних та об'єктивних ознаках келоїдних рубців (свербіж, парестезії, прогресування, васкуляризації, пігментації, рівномірності товщини, консистенції та інш.) Але, на жаль, більшість критеріїв таких, як рівномірність товщини внутрішнього і зовнішнього рубця та визначення щільності рубця, на нашу думку, суперечливі. Фотоаналіз та морфометрія також є доволі не об'єктивним критерієм оцінки ефективності лікування патологічних рубців.

Оскільки, проблема профілактики та лікування келоїдних рубців голови та шиї є однією з пріоритетних наукових напрямків нашої кафедри, ми пропонуємо для оцінки ефективності лікування та визначення глибини залягання патологічних рубців проводити спіральну комп'ютерну томографію.

Відомо що, саме утворення рецидивів келоїду після хірургічного висічення є одним із невирішених питань сучасної пластичної хірургії. Отже, застосування комп'ютерної томографії на до операційному етапі є найбільш достовірним та досконалим для визначення ефективності консервативного лікування патологічних рубців.

УДК 616.31

*Доценко В. И., Король М.Д., Шундрик Л.С.*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОТВЕРДОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ.**

ВГУЗУ « Украинская медицинская стоматологическая академия », г. Полтава

Микротвердость тканей зуба является одним из наиболее важных показателей их микромеханической прочности. Литературные данные свидетельствуют о том, что величина микротвердости может зависеть от большого числа эндогенных и экзогенных факторов. Особый интерес представляет изучение влияния различных патологических состояний на этот показатель, так как он в значительной степени определяет функциональное состояние отдельных зубов и зубочелюстной системы в целом.

Целью настоящей работы является сравнительное изучение микротвердости интактных, депульпированных и пораженных кариесом резцов и клыков.

Микротвердость исследовали на микротвердомере ПМТ-3 по стандартной методике Виккерса при усилиях 0,49; 0,98; 1,96 Н на алмазную пирамидку. Отпечатки алмазной пирамидки делали вдоль прямых линий начинающихся от различных участков поверхности зуба с шагом 0,2 мм. Расчет величины микротвердости производили по формуле

$$H_v = 1,8544 P/d^2,$$

где P — нагрузка на алмазную пирамидку в Н; d — средняя длина диагоналей отпечатка в мк.

Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о том, что наибольшая микротвердость наблюдается в интактных зубах, а в пораженных кариесом зубах этот показатель на 20-25% меньше в эмали и

практически не изменяется в дентине. Что касается депульпированных зубов, то в эмали микротвердость в сравнении с интактными зубами снижается на 15-20%, а в дентине, в отличие от кариозных зубов, также снижается на 5-10%.

Указанное отличие депульпированных зубов от пораженных кариесом возможно связано с тем, что депульпирование зуба это удаление сосудисто - нервного пучка, а ведь именно за счет кровеносных сосудов, зуб получает питательные вещества, которые обеспечивают его регенеративные способности. Проявляются эти способности в виде отложения заместительного дентина. В свою очередь, нервные волокна контролируют регуляцию питания. Таким образом, в результате депульпирования нарушаются регенеративные процессы в дентине, что может привести к снижению его прочностных характеристик.

Представленные результаты свидетельствуют о том, что микротвердость является достаточно информативным показателем морфофункционального состояния тканей зуба как в норме так и при патологических состояниях.

[УДК 616.314-007.272-089.843.](#)

**Ейхгорн Н. Г.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ 18-35 РОКІВ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність проблеми. Розвиток сучасної стоматології супроводжується появою великої кількості новітніх технологій і стоматологічних матеріалів, що відповідають естетичним вимогам пацієнтів. Удосконалення відновлення дефектів коронкової частини зубів здійснюється за рахунок розробки нових адгезивних систем, дотриманням певної техніки препарування, послідовного пошарового відновлення втрачених твердих тканин зубів та особливостями конструкцій самих реставрацій (Борисенко А. В., 1999; Ніколішин А. К., 2001; Ломіашвілі Л. М., 2007; Радлінський С. В., 2007,2009; Борковський І. С., Скрипников П. М. та інші, 2009; Manhart F., 2007). Сучасні стоматологічні матеріали дають можливість максимально сформувати відповідну анатомічну форму зубів, але повністю відновити фізіологічні оклюзійні співвідношення зубів при прямій реставрації доволі складно. Окрім того, стоматологічні реконструктивні втручання, що супроводжуються змінами оклюзійних співвідношень зубів, досить часто проводять без визначення порушення факторів оклюзії та врахування стану жувальних м'язів і стереотипу їх дії (Хватова В. О., 2005; Bedi S.,2009), що сприяє оклюзійній дисгармонії, розвитку «м'язового стресу» і функціональної нестабільності скронево – нижньощелепних суглобів, зміні характеру рухів нижньої щелепи.

За умов існування неефективних реставрацій оклюзійних поверхонь зубів, дисбалансу в роботі жувальних м'язів, зміни характеру переміщень нижньої щелепи та виникнення патологічного стирання зубів і дисфункції скронево – нижньощелепних суглобів постає проблема підвищення ефективності прямих реставрацій дефектів твердих тканин зубів.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше визначений ступінь порушення факторів оклюзії у пацієнтів 18-35 років і оцінено функціональний стан жувальних м'язів при різних якості відновлення оклюзійних поверхонь зубів.

Метою роботи є підвищення ефективності відновлення дефектів коронкової частини зубів за допомогою вдосконалення діагностики порушення функціональної оклюзії та урахування функціонального стану жувальних м'язів.

Методи та результати досліджень. Методиками стандартного клінічного обстеження і оклюзіографії нами обстежено 105 пацієнтів 18-35 років. Враховували наявність відновлених дефектів коронок зубів композиційними матеріалами при збережених зубних рядах і ортогнатичному прикусі. Із загальної кількості пацієнтів були виключені особи з ортопедичними та ортодонтічними конструкціями в порожнині рота. Якість оклюзійних контактів зубів перевіряли за допомогою артикуляційного підковоподібного паперу товщиною 8 мкм фірми «Бауш» в центральній, передній та боковій оклюзіях. Функціональний стан жувальних м'язів досліджено у 75 пацієнтів за допомогою електроміографії. Окрім того, проведено вивчення контрольних моделей щелеп в артикуляторі та їх біометричний аналіз.

Виявлено, що у обстежених пацієнтів індекс КПВ складає  $4,6 \pm 0,9$ , якісні повноцінні оклюзійні контакти після реконструктивних стоматологічних втручань спостерігаються лише у 7,6% випадків. В основному реставрації розташовані в ділянці бічних сегментів щелеп. Найчастіше запломбовані перші та другі моляри і пломби локалізовані на їх жувальних та апроксимальних поверхнях (51,34%). В 92,4% зафіксовано порушення фізіологічних контактів зубів різного ступеня. Встановлено три варіанта оклюзійних контактів після реставрації жувальних поверхонь зубів: симетричні оклюзійні контакти зубів відтворені в 7,6%; недостатні або часткові - в 57,3% випадків; інтерферентні або суперконтакти - у 35,1% клінічних спостережень. Визначено три варіанта положення зубів відносно сагітальної компенсаторної кривої: інфраоклюзія (37,1%), супраоклюзія (44,2%), нормальне положення зуба (18,6%). Величина відхилення зубів із пломбами на оклюзійній поверхні та зубів-антагоністів в середньому складає 0,6 мм. У 81,4% спостережень форма відновленої оклюзійної поверхні не відповідає нормам гнатологічної концепції, що пропонує створення стійкої оклюзії при максимальному змиканні зубів у статиці за рахунок множинних фісурно-горбкових контактів зубів на молярах та пре молярах верхньої та нижньої щелеп. У наслідок зміни оклюзійної поверхні на окремих зубах відбувається зміна розташування нижньої щелепи в центральній оклюзії, також виникають перешкоди підчас закриття рота. Окрім того, у 24,53% пацієнтів спостерігалася різка асиметрія всіх параметрів правої та лівої сторін щелеп, що визначає наявність попереджуючих контактів на ділянці жуваль-

них зубів. Порушення статичних і динамічних співвідношень щелеп реалізовується появою асиметричних рухів нижньої щелепи, невідповідністю кутів нахилу молярів та премолярів – нахилу різців та іклів, переміщення жувального центру на фронтальні зуби, формування задньо-бічного типу рухів на робочій стороні щелепи, зменшення роз'єднання зубів на балансуєчій стороні щелепи, що призводить до дискоординації рухів і формування здебільшого горизонтального типу рухів при жуванні, якщо є багато реставрованих оклюзійних поверхонь зубів.

Функціональний стан жувальних м'язів залежно від якості відновлення оклюзійної поверхні шляхом прямої реставрації оцінено за допомогою електроміографії. Біполярні срібні нашкірні електроди фіксували одночасно з двох сторін на ділянці моторних точок (зон) власне жувальних і скроневих м'язів. При електроміографічному дослідженні використовували стандартні функціональні проби і вимірювали період біоелектричного спокою (БЕС), період біоелектричної активності (БЕА), амплітуду біопотенціалів (Амп.) та відношення величини періоду біоелектричної активності до періоду біоелектричного спокою тобто коефіцієнт «К». Оцінювали наявність спонтанної активності в періоді БЕС, форму жувальної хвилі (БЕА), наявність фрагментацій, насиченість, кількість жувальних рухів в одному жувальному циклі. Отримані дані порівнювали з нормальною електроміографічною активністю жувальних м'язів.

У пацієнтів з симетричними якісно відновленими оклюзійними контактами порушень за даними електроміографії не визначено. У пацієнтів з частковими оклюзійними контактами спостерігається швидка втомленість м'язів (28,58%), відчуття напруги жувальних м'язів (59,47%), збільшення розмірів власне жувальних (8,32%) або скроневих м'язів (28,3%). Показники електроміографії жувальних м'язів свідчать про збільшення часу динамічного циклу майже вдвічі, без значного зростання середньої амплітуди. У пацієнтів з інтерферентними або суперконтактами за даними електроміографії визначено зниження амплітудних показників активності м'язів при стисненні зубних рядів порівняно до норми, збільшено період біоелектричної активності і вдвічі зменшено період біоелектричного спокою, середня амплітуда власне жувальних м'язів збільшена.

Висновки. Таким чином при відновленні оклюзійних поверхонь зубів шляхом прямої реставрації виявлено % неефективних оклюзійних контактів зубів. Невідповідність оклюзійних контактів функціональним характеристикам прикусу супроводжується дискоординацією роботи жувальних м'язів у 83,4% випадків, неадекватним переміщення нижньої щелепи у 56,2%, збереженням кутів нахилу горбиків зубів тільки у 12,5% спостережень, відхилення форми сагітальної компенсаційної кривої у 80,9%. Все це негативно впливає на сагітальні та трансверзальні рухи нижньої щелепи і призводить до порушення функціонального стану жувальних м'язів, які намагаються повернути звичний стереотип своєї дії за рахунок стирання оклюзійних поверхонь відновлених без проведення оклюзійного аналізу.

Тобто при реконструктивних стоматологічних втручаннях необхідно дотримуватися принципів гнатології.

УДК 616.314.13-07

Іваницький І.О., Ніколішин А.К.

### ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ: ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ ДЕСЕНСІТАЙЗЕРІВ ТА ПРЕПАРАТУ «КАЛЬЦІЙ- Д<sub>3</sub> НІКОМЕД»

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Науковий інтерес до проблеми гіперчутливості зубів (ГЗ) останнім часом невпинно зростає. (Г.Ф. Білоклицька, 2008) Це пояснюється як значною поширеністю даного захворювання, переважанням серед хворих осіб працездатного віку, так і недостатньою результативністю його лікування. Тому цілком зрозумілим є прагнення розробити такі терапевтичні схеми, які б забезпечили стійке усунення клінічних ознак ГЗ.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування пацієнтів із ГЗ за рахунок вибору оптимального сучасного десенситайзера та пролонгування його дії завдяки посиленню процесів ремінералізації твердих тканин зубів.

Матеріали та методи обстеження. В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження та лікування 142 пацієнтів із ГЗ, які були поділені на дві групи. Кожна із цих груп складалась із 3 підгруп, місцеве лікування в яких здійснювалось одними й тими ж сучасними десенситайзерами: «Белак F», «Глуфторед» та «Десенсил» (фірма «ВладМиВа»). Проте якщо пацієнтам I групи для впливу на обмінні процеси було рекомендовано лише збільшити споживання харчових продуктів, багатих на кальцій, то у лікуванні хворих II групи з цією метою використовувався препарат «Кальцій-Д<sub>3</sub> Нікомед». Клінічна ефективність лікування протягом року встановлювалась на основі визначення індексів інтенсивності та розповсюдженості ГЗ (ІІГЗ та ІРГЗ), (Г.Б. Шторіна, 1986).

Результати дослідження та їх обговорення. Комплексна оцінка чутливості зубів вказала на те, що найвища якість лікування як у пацієнтів I, так і II групи була досягнута при застосуванні препарату «Глуфторед». У найближчі терміни (через 1 тиждень) не було зафіксовано жодного випадку, коли б проведене лікування виявилось би неефективним. Але найпереконливішим доказом переваг даного десенситайзера є стабільність досягнутих результатів лікування протягом всього терміну спостереження (1 рік). У хворих I групи через 1 рік після покриття чутливих зубних поверхонь препаратом «Глуфторед» повне усунення підвищеної чутливості збереглося у 43,5% пацієнтів, зменшення больових відчуттів – у 39,1%, рецидив захворювання відбувся у 17,4% хворих. В той же час при застосуванні препарату «Десенсил» повна відсутність больової реакції збереглась у 21,7% пацієнтів, її зменшення – у 43,5 %, повторне виникнення ГЗ зафіксовано у 34,8 % хворих. Найгірші результати лікування продемонстрував препарат «Белак F». Лише у 9,6% пацієнтів не відбулось рецидиву ГЗ, натомість у 52,4 % хворих спостерігався повернення симптомів захворювання.

У пацієнтів II групи різниця у результатах лікування виявилась ще більш відчутною. Через 1 рік у підгрупі хворих, що лікувались препаратом «Глуфторед» повна відсутність ГЗ зафіксована у 77,8% хворих, а у 22,2% пацієнтів показники ІРГЗ та ІІГЗ помітно знизились. При використанні препарату «Десенсил» ГЗ було повністю усунуто у 50% хворих, зменшено – у 38,5%, рецидив спостерігався у 11,5% пацієнтів. Після застосування препарату «Белак F» не було виявлено ГЗ у 27,3% хворих, зменшення її проявів – у 40,9%, повернення захворювання відбулось у 31,8% пацієнтів.

Висновки. Таким чином, порівняння результатів лікування обох клінічних груп доводить найвищу ефективність препарату «Глуфторед». В той же час при застосуванні одних і тих же десенситайзерів у різних групах хворих значно кращими результатами лікування виявилось у II групі, пацієнти якої отримували препарат «Кальцій-Дз Нікомед». Отримані результати дозволяють рекомендувати для лікування ГЗ десенситайзера «Глуфторед» у поєднанні із препаратом «Кальцій-Дз Нікомед».

УДК 616.31-089.28+616.316-008.811

*Ирза О.Л.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ.**

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Актуальной проблемой восстановительной медицины является повышение эффективности реабилитационных мероприятий, направленных на повышение резервных и адаптивных возможностей различных органов и систем. В этой связи разработка методов профилактики возможных осложнений в новом направлении современной ортопедической стоматологии — имплантологии, является чрезвычайно важной и актуальной задачей. Учитывая большую роль состояния естественной резистентности организма в процессе выздоровления, для стоматологов очень важно знать возможность использования таких методов и средств, воздействие которых на пародонт и организм человека в целом повышало бы его защитные силы, оказывало нормализующее влияние на разнообразные структурные и функциональные нарушения как в тканях пародонта после имплантации, так и всего организма. Поэтому активный поиск новых эффективных средств лечения, усиливающих регенерацию поврежденных тканей пародонта, остается актуальным и в настоящее время.

В нашем исследовании для повышения адаптации пациентов после дентальной имплантации и последующего протезирования мы применили отечественный препарат нового поколения, уже нашедший широкое применение в медицине, иммуномодулятор и адаптоген Эрбисол. Характерной особенностью является его способность повышать активность систем организма, контролирующих гомеостаз и, таким образом, влиять на различные патологические процессы в организме, оставаясь практически индифферентным для здорового организма. Механизм действия Эрбисола базируется в первую очередь на активации клеток макрофагального ряда, играющих важную роль в процессах репарации и регенерации. Экспериментальными и клиническими исследованиями уже доказано, что Эрбисол является эффективным средством активации репаративно-регенераторных процессов и неспецифического иммунитета, способствует угнетению воспалительных процессов и восстановлению функциональной активности органов и тканей, имеет мембраностабилизирующие и антиоксидантные свойства.

Целью нашего исследования явилось изучение сроков адаптации и влияния на них иммуномодулятора Эрбисол путем мониторинга скорости саливации ортопедических пациентов с металлокерамическими протезами, фиксированных на титановые имплантаты.

Для изучения функционального состояния тканей челюстно-лицевой области избраны показатели скорости саливации у 31 пациента после имплантации и протезирования металлокерамическими несъемными протезами, поскольку слюнные железы представляют собой объективный показатель для выявления общей и местной патологии. Внутри группы были выделены: подгруппа А (15 пациентов) – без применения иммуномодулирующей терапии и подгруппа Б (16 человек) - пациентам после фиксации несъемной конструкции ежедневно в/м в ягодичную мышцу вводился препарат «Эрбисол» по 1 мл, курсом 10 дней. Также обследовано 15 практически здоровых лиц, не страдающих дентальной патологией – контрольная группа. Исследование смешанной слюны проводилось в течении 1, 2, 3, 4, 5, 6 месяцев после фиксации протезов на имплантаты.

Анализ результатов скорости саливации показал, что к 1 месяцу наблюдений после протезирования изменения в скорости саливации носили статистически незначимый характер ( $p > 0,05$ ) по отношению к контролю в обеих изучаемых подгруппах. Ко 2 месяцу наблюдения отмечался статистически значимый рост скорости саливации в как в подгруппе А, так и подгруппе Б, что нами расценивалось, как реакция слюнных желез на протезирование. К 3 месяцу после протезирования отмечался каскадный рост показателей скорости саливации у пациентов обеих подгрупп, но особенно выраженный в подгруппе А (без терапии препаратом Эрбисол), где они составляли  $0,95 \pm 0,032$  мл/мин., что было на 39,0% выше контрольных показателей ( $p < 0,001$ ). К 4 месяцу в подгруппе А значения скорости саливации составляли  $0,85 \pm 0,033$  мл/мин., что было на 25,0% выше контроля, в то же время в подгруппе Б наблюдалась иная картина, где значения приобретали статистически незначимый характер по отношению к контрольным показателям и составляли  $0,79 \pm 0,030$  мл/мин ( $p > 0,05$ ). В последующие сроки наблюдений 5-6 месяцы в подгруппе А и подгруппе Б показатели скорости саливации приближались к контрольным ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, проведенный мониторинг скорости саливации при установке несъемных протезов с опорой на имплантаты позволил прийти к заключению, что ко 2 месяцу после протезирования наблюдается рост скоро-



сти саливации во всех исследуемых подгруппах, что мы связываем с реакцией организма на протезирование. Использование иммуномодулятора «Эрбисол» ведет к сокращению сроков адаптации к протезам на 1-1,5 месяца, о чем убедительно свидетельствуют более ранние сроки нормализации скорости саливации у пациентов подгруппы Б. Кроме перечисленного, пациенты, в комплексное лечение которых был включен иммуномодулятор и адаптоген Эрбисол, отмечали повышение работоспособности, улучшение самочувствия, меньшую подверженность простудным заболеваниям в период наблюдений.

УДК 616.314.17-053.3/5-084

Лещенко О.С.

### СПОСОБИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Актуальність теми. За даними ВООЗ, станом на 2000 р. у дітей віком 3-6 років рівень хвороб пародонта становив 10-20%, віком 6-9 років - 25 - 45%, 9-16 років - 45-85%. Отже, з віком ця патологія стає поширенішою та тяжчає. Тому своєчасне виявлення і раннє лікування хвороб пародонта - надзвичайно гостра й актуальна проблема, оскільки від її розв'язання залежить стан тканин пародонта в дітей у майбутньому. Звісно ж, для вибору подальшої тактики лікування потрібна точна діагностика хвороби. У дитячому віці найчастіше з усіх хвороб пародонта зустрічається хронічний катаральний гінгівіт [Каськова Л.Ф., Абрамова О.Е., 2006]. Відома велика кількість методів діагностики хвороб тканин пародонта, але не всі методи є актуальними та можливими в клінічному використанні в дитячій стоматології [www.tari-dent.ru]. Через стрімкий перебіг хвороб у дітей досить важливо відрізнити гінгівіт від пародонтиту. Тому використовують клінічні (інструментальне визначення) та додаткові методи обстеження.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження є вивчення методів діагностики хвороб тканин пародонта в дітей та вибір найраціональніших.

В дитячій стоматології використовують велику кількість пародонтальних індексів, які дають можливість визначити і діагностувати гінгівіт, тобто виявити зміни лише в яснах (PMA, Silness-Loe, пародонтальний індекс (за Russel, 1956), PDI (Periodontal Disease Index, модифікований Russel, 1959), ГІ (гінгівальний індекс), індекс кровоточивості ясен ( Sulcus Bleeding Index, 1958) .

За наявності деструктивних процесів у пародонті слід застосовувати індекси, які дають можливість виявити зміни в кістковій тканині.

На нашу думку, найлегшим і найдоступнішим методом натеper є метод CPI (Community Periodontal Index) - індекс потреби в лікуванні хвороб пародонта. Обстеження проводять за допомогою спеціального пародонтального зонда, який має на кінчику темне забарвлення довжиною 3,5 - 5,5 мм і масу 25 г. У кожному секстанті реєструють стан тканин пародонта тільки одного зуба, фіксуючи стан найтяжчого. Зондування проводять без натискування, заглиблюючи зонд до відчуття перешкоди з боку дна кишені і переміщуючи його по периметру зуба. Критерії оцінювання: 0 балів - норма; 1 бал - кровоточивість при зондуванні; 2 бали - кишеня до 3 мм, кровоточивість, під'ясенний зубний камінь; 3 бали - глибина пародонтальної кишені 3,5 - 5,5 мм; 4 бали - глибина пародонтальної кишені понад 6 мм [Кузьміна І.Н., 2009].

Використовують гудзикові зонди, які на відстані 3,5 - 5,5 мм від кінчика мають забарвлену темну смугу, та зонди з насічками, градуйовані через 1-2 мм [Данилевський М.Ф., 2008].

Для точнішого визначення деструктивних процесів у тканинах пародонта використовують спеціальні градуйовані штифти, які виготовляють із нержавіючої сталі, срібла чи гутаперчі та градують з інтервалом 2 мм. Найзручнішими є гутаперчеві штифти. Їх вводять у пародонтальну кишеню до відчуття твердої перешкоди і проводять рентгенографію. На рентгенографічному знімку можна не тільки визначити глибину пародонтальної кишені, а й побачити стан кісткової тканини.

Відомий ще один метод визначення глибини пародонтальної кишені, менш травматичний, ніж попередній, - за допомогою рентгеноконтрастної речовини та рентгенографії [Данилевський М.Ф., 2008].

Найсучаснішим, безбольовим, найзрозумілішим для пацієнта є метод комп'ютерної діагностики "Florida Probe". Рання діагностика хвороби - це ключ до збереження стоматологічного здоров'я й уникнення серйозних проблем. Початкова стадія хвороб пародонта часто розвивається без видимих симптомів та відчуттів, тому була створена програма, за допомогою якої можна діагностувати зміни в прилеглих до зуба тканинах на ранніх стадіях. Система "Florida Probe" розроблена спеціалістами Університету штату Флорида. Нею користуються з 1988 р. пародонтологи та гігієністи. Система озвучує результати огляду і демонструє їх на екрані монітора, а також подає дані у вигляді кольорової друкованої таблиці. Пацієнт краще розуміє свій патологічний стан і, як наслідок, обдумано, а отже, відповідальніше піклується про своє здоров'я [www.tari-dent.ru]. Позитивні якості вищезгаданої методики: огляд абсолютно безбольовий, що дозволяє використовувати цю методику в дітей із хворобами пародонта; займає 20-25 хв; пацієнтам ця маніпуляція більше імпонує; методика дозволяє виявити зміни в тканинах пародонта на ранніх стадіях, що дає можливість у майбутньому зекономити на лікуванні; можна проводити точнішу диференційовану діагностику; в пам'яті комп'ютера зберігаються результати первинного обстеження, що дозволяє простежити динаміку патологічного процесу з подальшими оглядами. "Florida" - це одна з найефективніших і найточніших систем для вимірювання глибини пародонтальних кишень і рівня прикріплення періодонтальної зв'язки. Вплив на аудіовізуальні центри пацієнта забезпечує психологічне сприйняття проблеми і сприяє прийняттю мотивованого плану лікування та старанному виконанню всіх указівок лікаря. Методика дозволяє проводити діагностику в дітей різного віку, оскільки метод є безбольовим та навіть цікавим для дитини [www.tari-dent.ru].

Висновок. Отже, зважаючи на переважання в дітей гінгівіту над пародонтитом, найактуальнішими методами діагностики хвороб пародонта на ранніх стадіях їх розвитку є інструментальні (CPI, Silness-Loe, за допомогою гудзикових зондів). Це пояснюється тим, що при гінгівіті відсутній патологічний процес у кісткових тканинах, а отже, можлива діагностика лише за допомогою клінічних методів. За наявності значніших змін перевагу слід віддавати методам, які дають можливість діагностувати зміни в альвеолярному відростку.

УДК 616.724-08

Лунькова Ю.С.

### **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З М'ЯЗОВО-СУГЛОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРЕНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедр стоматологічного профілю ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» «Оптимізація, профілактика та лікування стоматологічних захворювань ортопедичними методами» за номером державної реєстрації 01020001303. Автор є безпосереднім виконавцем проведених досліджень. Застосування стандартизованих питальників дозволяє оцінювати якість життя пацієнтів. Цей критерій дає нам змогу робити висновки про якість допомоги, в першу чергу ортопедом-стоматологом, в складі комплексного лікування пацієнтів з МСД СНЩС.*

**Ключові слова:** Якість життя, питальник, м'язово-суглобова дисфункція, скренево-нижньощелепний суглоб.

Останнім часом в медичних дослідженнях все більше уваги приділяється якості життя. На початку ХХІ століття визначення «якість життя» (ЯЖ) стало предметом наукових досліджень і визначення почало бути більш точним – «якість життя, пов'язана із здоров'ям» (health related quality of life, HRQL)[1]. ЯЖ сьогодні – це надійний, інформативний і економічний метод оцінки здоров'я хворого, як на індивідуальному, так і на груповому рівні.

В розробці наукового вивчення ЯЖ великий вклад внесла Всесвітня організація охорони здоров'я, були запропоновані основні критерії якості життя:

- Фізичні (сила, енергія, стомлення, біль, дискомфорт, сон, відпочинок).
- Психологічні (позитивні почуття, мислення, здатність до навчання, концентрація, самооцінка, зовнішній вигляд, хвилювання).
- Рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків та лікування).
- Соціальні стосунки (особисті взаємостосунки, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність).
- Навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність і якість медичної та соціальної допомоги, фінансові ресурси, екологія, можливість навчання, доступність інформації).
- Духовність (релігія, особисті переконання).

Характеризуючи сутність якості життя, як соціально-економічної категорії необхідно підкреслити ряд її особливостей:

По-перше, якість життя надзвичайно широке, багатоаспектне, багатогранне поняття, незрівнянно більш широке, чим «рівень життя». Ця категорія, далеко виходить за межі економіки. Це, насамперед соціологічна категорія, яка охоплює всі сфери суспільства, так, як всі вони включають в себе життя людей і його якість.

По-друге, якість життя має дві сторони: об'єктивну і суб'єктивну. Критерієм об'єктивної оцінки якості життя є наукові норми потреб та інтересів людей, по відношенню, з якими можливо об'єктивно оцінити ступінь задоволення цих потреб та інтересів.

З іншого боку інтереси і потреби людей індивідуальні, і ступінь їх задоволення можуть оцінити тільки самі суб'єкти. Вони не фіксуються будь-якими статистичними величинами і практично існують лише в свідомості людей та, відповідно, в їх особистих думках і оцінках.

Таким чином, оцінка якості життя є в двох формах:

- ступінь задоволення науково-обґрунтованих потреб та інтересів;
- задоволення якістю життя самих людей.

По-третє, якість життя не є категорією, відокремленою від інших соціально-економічних категорій, але об'єднує багато з них, включає в себе їх в якісному аспекті. ВООЗ визначає ЯЖ «... як сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури та системи цінностей, в яких вони живуть, і відповідно з їх власними цілями, сподіваннями, стандартами і турботами...» [2].

Тому, метою дослідження обрано оцінку динаміки якості життя в процесі лікування МСД СНЩС.

Для вирішення наміченої мети нами поставлена наступна задача: оцінити можливість використання питальника по ВООЗЯЖ-100 у хворих з МСД СНЩС.

Об'єктом наших досліджень було обрано пацієнтів, які мали м'язово-суглобову дисфункцію скренево-нижньощелепного суглоба (МСД СНЩС) у формі підвивихів (вивихів) суглобових дисків.

#### **Методи дослідження**

Найбільш поширеним методом оцінки ЯЖ виявилось обстеження хворих за допомогою питальників.

На теперішній час існує валідизована українська версія питальника ВООЗЯЖ -100, адаптованого для нашої регіону, який ми використали з метою оцінки динаміки якості життя в процесі лікування МСД СНЩС.[3]. Інструмент має модульну структуру та оцінює ті аспекти якості життя, які є загальними для всіх людей.

Питальник ВООЗЯЖ-100 досліджує 6 сфер якості життя (фізичну, психологічну, рівень незалежності, соціальні відносини, навколишнє середовище, духовну сферу) та 24 специфічні субсфери кожна з якої має по чотири запитання, а також чотири "глобальних запитання для оцінки загальної ЯЖ і стану здоров'я. Питальник заповнюється самим пацієнтом. Для того щоб питальник був придатним для практичного застосування, він повинен характеризуватися такими ознаками:

1. *Охоплення (coverage)*. Передбачає висвітлення даних про всі основні, важливі для будь-якої особи, сфери життєдіяльності – фізичної, психологічної, соціальної, духовної, фінансової тощо.

2. *Надійність (reliability)* – здатність питальника давати стабільно точні виміри. Оцінюється за відтворенням результатів при повторних дослідженнях.

3. *Валідність (validity)* – поняття, близьке до понять достовірності та придатності, але не зовсім тотожне їм. Воно визначає, наскільки ефективно певний тест або методика вимірюють ту чи іншу властивість. Надзвичайно важлива характеристика для питальників, яка відображає здатність достовірно оцінювати основну характеристику, яка ним визначається. Чим питальник валідніший, тим точніше дозволяє вивчати властивість, заради якої він створювався. Кількісно валідність може виражатись шляхом кореляції результатів даної методики з апробованими раніше методиками, які визначають таку ж або подібну властивість.

4. *Відповідність, реактивність (responsiveness)* – здатність питальника чутливо реагувати на будь-які зміни в якості життя і відображати динаміку цих зрушень. Передбачає побудову питальника таким чином, щоб ступінь досліджуваних змін у якості життя під впливом тих чи інших чинників дійсно відповідав ступеню змін у стані здоров'я. Наприклад, якщо знеболення призводить до незначного зменшення болю. Реагувати на ці незначні зміни та відображати їх саме і повинен відповідний питальник, що оцінює рівень якості життя залежно від вираженості больового синдрому.

5. *Чутливість (sensitivity)* – здатність методу вловлювати найменші відхилення досліджуваних показників від певної норми чи стандарту[4].

В процесі лікування МСД СНЩС ми використовували 100 стандартних запитань, згідно рекомендаціям ВООЗ респондентам, які мали м'язово-суглобову дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба у формі підвищених (вивихів) суглобових дисків. Результати проведеного дослідження свідчать, що використання питальника ВООЗЯЖ-100 у пацієнтів з МСД СНЩС є доцільним і питальник може використовуватись при лікуванні МСД СНЩС.

Висновок: результати дослідження показують, що застосування питальника ВООЗЯЖ-100 дає можливість об'єктивно оцінювати якість життя і протокол питальника може бути використаний як показник якості лікування пацієнтів МСД СНЩС.

### Література

1. World Health Organization. Measurement of level of health: Report of study group // WHO Technical Report Series. - 1957. R 137
2. Resources for New WHOQOL Centres. Translation Methodology. Preparation and Administration of the Pilot WHOQOL. Scoring and Analysis. –Geneva: WHO (MNH/PSF/95.2.Rev.1), 1995. - 22p.
3. Методика оцінки якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: українська версія / [В.П.Васильєв, М.М.Гончар, Л.В.Нілова, С.В.Пхіденко та ін.]. За ред. С.В.Пхіденко. - Дніпропетровськ, 2001. -58 с.
4. Січкарук І.М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / І.М. Січкарук, А.В. Ягєнський // Внутренняя медицина журн. -2007.-№3.

### Реферат

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Луцькова Ю.С.

Ключевые слова: Качество жизни, опросник, мышечно-суставная дисфункция, височно-нижнечелюстной сустав.

Применение стандартизированных опросников позволяет оценивать качество жизни пациентов. Этот критерий дает нам возможность делать вывод о качестве оказываемой помощи, в первую очередь ортопедом-стоматологом, в составе комплексного лечения пациентов с МСД ВНЧС.

### Summary

CHECING OF LIFE QUALITY PATIENTS WITH MUSCLE-JOINT DYSFUNCTION TEMPOROMANDIBULAR JOINT FOR DURING TREATMENT

Lunkova J. S.

Key words: Quality of life, questionnaires, muscle-jaw disfunction, temporo-mandibular joint.

Application of the standardized questionnaires allows to estimate quality of life of patients. This criterion enables us to draw conclusion about quality of the rendered help, above all things by orthopaedist-stomatology, in composition the holiarty of patients with MjD TMj.

УДК 616.31-089.28+616.316-008.811

Непрелюк О.А.

## **СКОРОСТЬ САЛИВАЦИИ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

ГУ « Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г.Симферополь

Анализ литературы показал, что, несмотря на большое число работ теоретического и экспериментально-клинического характера, недостаточно изученными остаются вопросы, связанные с развитием ранних воспалительных осложнений в периимплантатных мягких тканях и их влиянием на сроки начала протезирования, особенно у пациентов с фоновой соматической патологией. В структуре поражений органов пищеварения одно из главных мест занимает язвенная болезнь. По данным ряда авторов, среди поражений внутренних органов именно патология желудочно-кишечного тракта вызывает наибольшие изменения в полости рта, и не только потому, что эти заболевания чаще диагностируются среди населения, но и из-за тесной анатомо-функциональной связи их с полостью рта.

Для обеспечения надежности и долговременного функционирования в полости рта протезных конструкций, установленных на имплантатах, необходим регулярный и своевременный контроль состояния околоимплантатных тканей, а также объективная диагностика ранних воспалительных осложнений.

Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования явилось изучение скорости саливации после установки имплантатов у ортопедических больных на фоне язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки.

Для оценки функционального состояния тканей челюстно-лицевой области избраны показатели скорости саливации, поскольку слюнные железы являются объективным тестом для выявления общей патологии.

Для проведения исследования было обследовано 87 пациентов (37 женщин и 50 мужчин) в возрасте от 21-64 лет. Подбирая пациентов, мы учитывали общее состояние организма, перенесенные и сопутствующие заболевания, анатомо-физиологическое состояние полости рта.

Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли ортопедические больные без соматической патологии – 20 пациентов; во 2 группу – ортопедические больные с соматической патологией (язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки) – 27 пациентов; 3 группу составили 25 пациентов, требующих ортопедическую помощь и с фоновой соматической патологией, которым в течение первых 30 суток после имплантации через день в/м вводился иммуномодулятор «Эрбисол» по 1 мл. Кроме того, обследовано 15 практически здоровых лиц (норма), не страдающих дентальной патологией – контрольная группа. Ортопедическое лечение проводили по двухэтапной методике имплантации винтовыми эндооссальными имплантатами «Уимпл». При проведении исследования мы использовали препарат «Эрбисол»-иммуномодулятор, репаратант, адаптоген.

Сбор слюны осуществляли после приема пищи, используя мерные центрифужные пробирки, путем сплевывания в течение 5 минут (нестимулированная слюна). После центрифугирования измеряли объем слюны. Скорость саливации выражали в мл/мин.

Весь полученный цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики с выведением критерия Стьюдента, достоверными считали показатели при  $p < 0,05$ .

В группе здоровых лиц показатель скорости саливации составил  $0,68 \pm 0,030$  мл/мин. Через 1 месяц после имплантации выявлено достоверное увеличение скорости саливации во всех наблюдаемых группах, что по нашему мнению отражает реакцию слюнных желез на оперативное вмешательство.

Так, в 1 группе он составил  $0,85 \pm 0,02$  мл/мин, что было на 25,0% выше контроля ( $p < 0,05$ ), во 2 группе  $0,87 \pm 0,032$  мл/мин, что было на 27,9% ( $p < 0,01$ ) выше контроля. А в 3 группе  $0,86 \pm 0,025$  мл/мин, что было выше контрольных показателей на 26,4% ( $p < 0,01$ ). К 3 месяцу после имплантации скорость саливации продолжала прогрессивно увеличиваться во всех исследуемых группах, но наиболее манифестно во 2 группе наблюдений (ортопедические больные с соматической патологией), где она составила  $1,21 \pm 0,033$  мл/мин, что было выше в полтора раза ( $p < 0,01$ ) контрольных показателей. К 6 месяцу наблюдений после установки имплантатов у пациентов у пациентов 1 и 3 групп наблюдений, отмечалась четкая тенденция снижения скорости саливации, где ее показатели приобретали статистически недостоверный характер по отношению к контролю ( $p > 0,05$ ). В то время, как у пациентов 2 группы, показатели скорости саливации оставались на высоком уровне и носили по отношению к контролю статистически значимый характер ( $p < 0,05$ ). В отдаленные сроки наблюдений (12 месяцев) во всех изучаемых группах показатели скорости саливации приближались к контрольным показателям).

Таким образом, проведенный мониторинг скорости саливации у ортопедических больных после имплантации позволил прийти к выводам:

1. Установка имплантатов усиливает скорость саливации
2. Наличие сопутствующей соматической патологии (язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки) у ортопедических больных более значимо и более длительный период оказывает влияние на скорость саливации.
3. Использование в группах наблюдений с соматической патологией препарата «Эрбисол», оказывает выраженный протекторный эффект, о чем свидетельствуют более ранние сроки нормализации саливации.



УДК 616.314-002.4:615

Падалка А.І.

### ТЕСТУВАННЯ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КРАПЕЛЬ БЕРЕШ ПЛЮС, ЯК КОМПЛЕКСУ ФТОРУ З МАКРО- І МІКРОЕЛЕМЕНТАМИ, ВІТАМІНОМ С ТА АМІНОКИСЛОТОЮ ГЛІЦИН, НА ВИДАЛЕНИХ ПОСТІЙНИХ ЗУБАХ З НЕЗАВЕРШЕНОЮ МІНЕРАЛІЗАЦІЄЮ ЕМАЛІ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Актуальність пошуку ефективних засобів профілактики карієсу зубів обумовлена високою його поширеністю не тільки серед населення України, а й серед населення інших країн світу. Найбільш ефективним визнаним експертами ВООЗ засобом для попередження розвитку карієсу являється фтор, особливо при місцевому його застосуванні. Але фтор не у всіх випадках попереджає розвиток карієсу, тому доцільно проводити подальший пошук засобів та їх комплексів, які б підвищували його ремінералізуючу ефективність. Ми допустили, що такою здатністю може володіти фтор в комплексі з другими макро- і мікроелементами, вітаміном С та амінокислотою гліцин (краплі Береш Плюс) при місцевому його застосуванні. Подібні дослідження раніше не проводилися.

Мета дослідження – пошук ефективних засобів для екзогенної профілактики карієсу в постійних зубах з незавершеною мінералізацією.

Методи та результати дослідження. Об'єктом дослідження була ремінералізуюча здатність крапель Береш Плюс, які згідно інструкції до препарату застосовують внутрішньо. До складу крапель Береш Плюс входять:

*діючі речовини:* залізо у вигляді заліза сульфату гептагідрату, цинк у вигляді цинку сульфату гептагідрату, магній у вигляді магнію сульфату гептагідрату, марганець у вигляді марганцю сульфату моногідрату, мідь у вигляді міді сульфату пентагідрату, молібден у вигляді амонію молібдату тетрагідрату, ванадій у вигляді амонію мованадату, нікель у вигляді нікелю сульфату гексагідрату, бор у вигляді кислоти борної, фтор у вигляді натрію фториду, кобальт у вигляді кобальту хлориду гексагідрату;

*допоміжні речовини:* кислота аскорбінова, кислота бурштинова, кислота винна, натрій-калій тартрат, кислота амінооцтова (гліцин), динатрію едетат, гліцерин, кислота сірчана, вода очищена.

Всі ці макро- і мікроелементи та деякі допоміжні речовини відіграють значну біологічну роль в життєдіяльності організму людини, входять до складу емалі зуба, а ванадій і фтор володіють вираженою карієспрофілактичною дією.

Оцінка ремінералізуючої здатності крапель Береш Плюс проведена на 7 премолярах та молярах з незавершеною мінералізацією емалі, видалених у дітей та дорослих по медичним показанням. Ремінералізуючу ефективність оцінювали по здатності використаного засобу знижувати, або збільшувати проникність протравленої протягом 5-7 секунд емалі зубів для 1% водного розчину метиленового синього. Інтенсивність забарвлення протравлених дослідних і контрольних ділянок емалі оцінювали при їх порівнянні з полутовою поліграфічною шкалою синього кольору. Одиницею виміру служили % (від 0 до 100). Ціна однієї поділки шкали складала 10%.

Встановлено, що після п'ятнадцятихвилинної аплікації крапель Береш Плюс інтенсивність забарвлення протравлених ділянок емалі зуба не тільки не зменшилася, а навіть спостерігалася тенденція до її збільшення ( $P < 0,1$ ).

Відсутність ремінералізуючої дії не розведених водою крапель Береш Плюс вірогідніше за все обумовлено тим, що вони мають кисле значення рН із-за наявності кислот, в тому числі сірчаної, та тим, що в краплях дуже низький вміст фтору, ванадію та інших мікроелементів. Адже ці мікроелементи володіють вираженою протикаріозною дією при місцевому їх застосуванні. Наш пошук ефективного засобу для підвищення ремінералізуючої здатності фтору комплексом макро- і мікроелементів, які знаходяться в краплях Береш Плюс на даному етапі не увінчався успіхом. Мета дослідження не досягнута.

Висновок. В умовах проведених досліджень на протравленій емалі видалених постійних зубів з незавершеною мінералізацією краплі Береш Плюс не виявили ремінералізуючої дії. Звідси витікає необхідність подальшого пошуку більш ефективних ремінералізуючих засобів при місцевому їх застосуванні.

УДК 616.314.17 – 008.1: 616.314-089.23

Романенко І.Г., Вагин П.В.

### ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ СИСТЕМЫ В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

КГМУ им. С.И. Георгиевского, кафедра стоматологии ФПО, г. Симферополь

После ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий и деформаций, связанного с перемещением зубов в зубной дуге, возникает высокая вероятность рецидива патологии. Для предупреждения рецидива используются съемные и несъемные ретенционные аппараты. Эффективность ретенционного периода также зависит от состояния гигиены полости рта, иммунитета, метаболизма костной и соединительной ткани. Нарушения минерального обмена и баланса между резорбцией и формированием кости в организме могут быть обусловлены различными внутренними и внешними факторами. Костная ткань пародонта является частью костной системы организма, и на ней в полной мере отражается общее состояние костной системы.

Целью нашего исследования являлось установление взаимосвязи между структурно-функциональными состоянием костной системы пациента и эффективностью ретенционного периода ортодонтического лечения.

Для исследования были взяты 30 пациентов в возрасте 19-25 лет в ретенционном периоде ортодонтического лечения. Длительность ношения ретейнера равнялась времени активной стадии ортодонтического лечения. Состояние костного метаболизма исследовали путем определения в периферической крови и моче биохимических маркеров костного ремоделирования - остеокальцина и дезоксипиридинолина. Исследование проводилось в начале ретенционного периода, через полгода и через год.

У 12 пациентов наблюдалось преобладание маркеров резорбции кости в периферической крови над маркерами костеобразования. Из них у 9 пациентов наблюдался рецидив зубочелюстной аномалии различной степени выраженности после прекращения использования ретейнером.

Таким образом, в комплексном ортодонтическом лечении для обеспечения длительного сохранения результата необходима помимо применения ретенционных аппаратов также оценка и соответствующая коррекция структурно-функционального состояния костной ткани организма.

УДК 616.31.311:616-07;616.314:616-08

**Романенко И.Г., Дударь Д.В.**

### **ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ**

Крымский государственный медицинский университет имени С.И.Георгиевского, г. Симферополь, Украина

*В статье представлены современные представления о целиакии, как классической модели пищевой непереносимости, при которой в результате аутоиммунного процесса поражается не только СО тонкой кишки, но и слизистой оболочки полости рта. При этом наиболее частыми проявлениями поражения СО ротовой полости являются ангулярный хейлит и афтозный стоматит. Назначение аглютеновой диеты и традиционная симптоматическая терапия не позволяют купировать поражения слизистой оболочки у 100% больных, что требует разработки новых подходов в комплексной терапии данной патологии.*

**Ключевые слова:** целиакия, слизистая оболочка полости рта

Целиакия (синонимы – глютенная энтеропатия, глютенная болезнь) – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся диффузной атрофией слизистой оболочки (СО) тонкой кишки у лиц с генетически обусловленной пищевой непереносимостью продуктов, содержащих в своем составе глютен (растительный белок злаковых культур пшеницы, ячменя, ржи). Целиакия – это классический пример и модель стойкой генетически детерминированной пищевой непереносимости, к пониманию проблем которой ученым удалось прикоснуться лишь в середине прошлого столетия (1, 2, 3, 10). Патоморфологические изменения в слизистой оболочке тонкой кишки возникают в результате патологической аутоиммунной реакции на глиадин, протекающей непосредственно в слизистой оболочке тонкой кишки и характеризуются атрофией ворсин, лимфоцитарной инфильтрацией, гипертрофией крипт, изменением формы энтероцитов и соответственно нарушением функций тонкой кишки (9,12,6,8,20).

Целиакия - заболевание не только детей но и взрослых, распространенность его среди взрослой популяции в различных странах составляет 1:100 – 1:300 жителей или 1% населения земного шара (6, 10) с тенденцией к ежегодному возрастанию (14). В то же время, в исследованиях Rostami K. et al.(16) предложено рассматривать распространенность целиакии в два раза большей за счет большого количества серонегативных пациентов (около 40%). О распространении заболеваемости целиакией свидетельствуют сообщения практически со всех регионов мира. Так, количество зарегистрированных случаев целиакии в США возросло с одного случая в 1989 году до 93 в 2003 году, а в Нидерландах заболеваемость целиакией за последнее десятилетие увеличилась почти в 2 раза (5, 14).

Однако, классическое течение заболевания с наличием диареи, симптомов мальабсорбции наблюдается менее чем у 30% больных целиакией, у остальных же отмечаются стертые, немые формы или клинические формы с внекишечными проявлениями (3,10). Целиакия – аутоиммунное заболевание с поражением многих органов и систем. Одним из симптомов, и, нередко, единственным признаком болезни многие годы могут быть поражения слизистой оболочки полости рта иммуновоспалительного генеза: рецидивирующие афты, стоматит, глоссит, хейлит (17,18). Так, в исследовании Malachias и соавт.(13), проведенном в США в 2009 году, афтозный стоматит был выявлен в анамнезе у 42,4% детей страдающих целиакией а сочетание афтозного стоматита с дефектами эмали у 41,5%. Lahteenoja H. и соавт.,1998(11) при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки полости рта у больных целиакией, даже находящихся на безглютеновой диете, обнаружили лимфоцитарное воспаление слизистой оболочки у 36 из 117 обследованных больных. С другой стороны, изучая структуру и причины афтозного стоматита у 247 больных Farhad Shahram и соавт., 2009 выявили серологические и морфологические признаки целиакии у 5% больных.

Таким образом, вышеприведенный анализ состояния проблемы свидетельствует о наличии тесной взаимосвязи между целиакией и поражениями слизистой оболочки полости рта. Дальнейшее изучение частоты или распространенности клинических проявлений поражений слизистой оболочки полости рта, а также разработка новых методов комплексного лечения данной патологии является актуальной задачей.

Целью данной работы было изучить частоту клинических проявлений поражений СО полости рта больных целиакией до и на фоне аглутеновой диеты.

### Матеріалы методу дослідження

Нами было обследовано 62 больных целиакией в возрасте от 16 до 47 лет, среди них 34 девочки и 28 мальчиков. Диагноз целиакии верифицировали на основании серологических (иммуноферментный анализ ELISA на иммуноферментном анализаторе STAT FAX с использованием тест систем «AGA IgA Orkit», «TTG IgA Orkit» фирмы LABODIA S.A. и «Quanta Lite™ DGP/hTTG Screen IgA and IgG» фирмы inova DIAGNOSTICS, Inc.) и морфологических маркеров болезни (4). У всех больных тщательно изучался стоматологический анамнез с помощью анкеты-опросника, который включал демографические данные, результаты серологической и морфологической диагностики целиакии, сведения о поражениях слизистой оболочки полости рта, а также проводился осмотр полости рта на фоне аглутеновой диеты ( продолжительность аглутеновой диеты не менее 6 месяцев).

### Результаты их обоснования

Из анамнеза установлено, что 37(59,6%) больных целиакией до начала лечения предъявляли жалобы на часто рецидивирующие трещины в углах рта, «припухание» и отечность десен наблюдались у 33(53,2%), жжение языка у 44(70,4%), афты у 13(20,3%). У 37 (59,6%) пациентов диагностировано несколько видов поражений слизистой оболочки полости рта одновременно или раздельно в разное время. На фоне аглутеновой диеты жалобы на трещины в углах рта 2 -3 раза в год были отмечены у 12 больных (19,9%), «припухание» и отечность десен(хронический катаральный гингивит) у 8 (12,9%), жжение языка у 6 (9,9%).

### Выводы

Поражения слизистой оболочки рта у больных целиакией разнообразны и по данным анамнеза отмечались более, чем у 50% обследованных. Назначение безглютеновой диеты не приводило к исчезновению поражений слизистой оболочки у 100% больных, что свидетельствует о необходимости разработки новых подходов к комплексному лечению поражений СО у больных целиакией.

### Литература

1. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., Райхельсон К.Д. Пищевая непереносимость (учебно-методическое пособие). – Спб: «Издательство «Диалект», 2006. – 136 с
2. В.Г.Передерий, О.Ю.Губська, О.А.Перекрестова. Сучасні підходи до діагностики, лікування та харчування хворих на целиацію. Метод. рекомендації. – К. – 2005. - 29 с.
3. Ревнова М.О. Целиакия у детей / Ревнова М.О.- СПб: 2005.- 25с.
4. Ambrecht U., Stockbrugger R.W. Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen des H<sub>2</sub>- Atemtest in der gastroenterologischen Diagnostik / Z.Gastroent. -1989.- Suppl.7.-N27.-S.361-395.
5. Bennet T.R., Werlin S. Emerging new clinical patterns in the presentation of celiac disease / T.R.Bennet, S.Werlin // Arch. Pediatr. Adolesc. Med.- 2008. – V.162(2).-P.164-168.
6. Dandalides S.M. Endoscopic small bowel mucosal biopsy: a controlled trial evaluating forceps size and biopsy location in the diagnosis of normal and abnormal mucosal architecture / S.M.Dandalides, W.D.Carey, R.Petras [et al.] // Gastrointest. Endosc.- 1989.- V.35.- P.197-200.
7. Dickson B.C. Coeliac disease: an update for pathologists / B.C.Dickson, C.J.Strutker, R.Chetty // J.Clin.Pathol. – 2006. – V.59. – P.1008-1016.
8. Green P.H, Cellier C. Celiac disease / P.H.Green, C.Cellier // N. Engl. J. Med.- 2007.- V.357. – P.1731-1743
9. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition / J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.-2005.-V. 40.- P.1–19
10. Fasano A. Coeliac disease in children / A.Fasano, C.Catassi // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2005.- V.19(3). – P.467-78.
11. Lahteenoja H. Oral mucosal changes in celiac patients on a gluten-free diet./ H.Lahteenoja, A.Toivanen, M.Viander, M.Maki // Eur J Oral Sci.-1998.-№106.- P. 899-906.
12. Logan R.F.A. Problems and Pitfalls in Epidemiological Studies of Coeliac Disease // Auricchio S., Visakorpi J.K. eds. Common food intolerances 1: Epidemiology of celiac disease / Basel: Karger.-1992.-P.14-24.
13. Malachis Ted., Jianfeng Cheng, Pardeep Brar, Maria Teresa Minaya, Peter h.H.R.Green The Association Between Celiac Diseases Dental Inamel Defects Aphthous Ulcers in United States Cohort./ J.Clin.Castroenterology.-2009.
14. Maki M. Prevalence of Celiac disease among children in Finland / M.Maki, K.Mustalahti, J.Kokkonen [et al.] // N.Engl. Med. – 2003. – V.348 – P.2517-2524. .
15. Marsch M.M. Gluten gisticompatibility complex and the small intestine: a molecular approach to the spectrum of gluten sensitivity (‘celiac sprue’) / Gastroenterology.- 1992.-V.102.-230-254.
16. Rostami K. Sensitivity of andomysium and antigliadin antibodies in untreated celiac disease: disappointing in clinical practice / K.Rostami, J.Kerckhaert, R.Tiemessen [et al.] // Am.J.Gastroenterol. – 1999. – V.94. – P.888-894.
17. da Silva .C. Oral manifestation in coeliac disease. A case report and review of the literature./ da Silva .C., de Almeida Pdel V.,M.A.Machado [et al.] // Med Oral Patol Oral Cir Bucal.-2008.-V.-13.-E.559-562
18. Patel R.K. Recurrent aphthous ulcers in subclinical celiac disease./ J. Assoc. Physicians India.-2003.-P. 51-80
19. Osterballe M. The prevalence of food hypersensitivity in an unselected population of children and adults / M.Osterballe, T.K.Hansen, C.G.Mortz [et al.] // Pediatr. Allergy Immunol.— 2005.— V.16(7).— P.567 —573.
20. Veress B. Duodenal Intraepithelial Lymphocyte Count Revised / B.Veress, L.Franzen, L.Bodin, K.Borch / Scand. J.Gastroenterol.- 2004. – Vol.39(2). – P.138-144.

### Реферат

#### УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ЦЕЛІАКІЮ

Романенко І.Г., Дударь Д.В.

Ключові слова: целіакія, слизова оболонка порожнини рота.

В статті надані сучасні уявлення про целіакію як класичну модель харчової непереносності, при якій в результаті аутоімунного процесу вражається не лише СД тонкої кишки, а і слизової оболонки порожнини рота. При цьому найчастішими проявами ураження СД ротової порожнини є ангулярний хейліт та афтозний стоматит. Призначення аглютенної дієти і традиційна симптоматична терапія не дозволяють купірувати ураження слизової оболонки у 100% хворих, що потребує розробки нових підходів у комплексній терапії даної патології.

### Summary

#### LESION OF ORAL MUCOSA IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE

Romanenko I.G., Dudar D.V.

Key words: celiac disease, tunica mucosa of mouth.

This paper highlights the contemporary conceptions of celiac disease as a classical pattern of food intolerance. In this condition due to autoimmune process not only intestinal mucosa but oral mucosa as well become affected. The commonest signs of oral mucosa affection are angular cheilitis and aphthous stomatitis. Prescription of gluten-free diet and conventional topical therapy don't arrest oral lesions in 100% patients, therefore this problem needs the development of new approaches for the complex therapy of celiac disease.

УДК 616.314.19-002.2-08

*Сідаш Ю.В.*

#### СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХІВКОВИЙ ПЕРІОДОНТИТ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема хронічного одонтогенного вогнища запалення у періапикальних тканинах є актуальною на сьогодні (Е.В. Боровський, 2004; А.М. Політун, 2007). Хронічний верхівковий періодонтит є джерелом хроніоінфекції і хроніоінтоксикації організму людини, що може призводити до захворювань щелепно-лицьової ділянки та системних захворювань (Г.Д. Овруцький, 1993; Ю.М. Максимовський, 2004). У етіопатогенезі захворювання полягає мікробний фактор, що сприяє зниженню місцевого імунітету у періапикальній ділянці (С.І. Черкашин, 1991; А.П. Педорець, 2010).

Метою нашого дослідження стало вивчення ефективності фотодинамічної терапії в медико-інструментальній обробці кореневих каналів, в комплексі з антибактеріальними та імунокорегуючими препаратами при лікуванні хронічних верхівкових періодонтитів.

Ми провели клініко-рентгенологічне, мікробіологічне, імунологічне обстеження та комплексне лікування 49 хворих (103 зуба) на хронічний верхівковий періодонтит, із них 32 хворих (53 зуба) на хронічний грануломатозний і 21 хворий (50 зубів) на хронічний гранулюючий періодонтит. Пацієнтам, крім традиційної схеми лікування додатково на етапі медико-інструментальної обробки проводили фотоактивовану дезінфекцію за допомогою 2% розчину метиленового синього і червоного світла довжиною хвилі 545-640нм, з інтенсивністю світлового потоку 8,2МВт/см<sup>2</sup> апарату «UFL-122» фірми ЛюксДент, а також вводили по перехідній складці у ділянці проекції верхівки кореня ураженого зуба поліпептидний препарат «Тималін» фірми Біофарма.

За результатами нашого дослідження доведена висока ефективність застосування фотоактивованої дезінфекції та імунокоректора в комплексному лікуванні хронічних верхівкових періодонтитів, тому що при цьому зменшується кількість мікроорганізмів у кореневих каналах, нормалізується клітинний та гуморальний імунітет, зростає регенерація осередків деструкції кісткової тканини згідно проведених клініко-імунологічних досліджень.

УДК: 616-089.844

*Скрипник В.М.*

#### ПРОФІЛАКТИКА УТВОРЕННЯ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ В ПАЦІЄНТІВ, ЩО СХИЛЬНІ КЕЛОЇДОУТВОРЕННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Келоїдні рубці формуються як стихійно, так і в результаті пошкодження шкіри. Як правило, рубці локалізуються на келоїдо - небезпечних зонах: обличчя, шия, груди, верхня частина спини, в основному на відкритих ділянках тіла, що призводить до різних порушень психо - емоційного статусу пацієнтів. Нерідко у таких хворих знижується самооцінка, формуються різні психологічні, а в деяких випадках, психосоматичні розлади.

Багато авторів посилаються на поняття «схильність до келоїдоутворення», але не надають його визначення. Ми орієнтувалися на те, що це стан організму людини в якій мимовільно або при мінімальному пошкодженні шкірних покривів виникає келоїдний рубець.

Наші пацієнти відмічали, що в них на різних ділянках шкіри утворювалися келоїдні рубці мимовільно або при пошкодженні (механічна, термічна, хімічна травма шкіри).



Аналізуючи літературні джерела, ми дійшли до висновку, що поняття «схильність до келоїдоутворення» на сьогоднішній день не обґрунтовано з морфологічної та клінічної точки зору.

Відзначають добрі результати вживання триамцинолона ацетоніду для профілактики утворення келоїду. Препарат вводиться безпосередньо в рану перед накладенням швів і ще кілька разів протягом післяопераційного періоду. Автори проводили профілактичне лікування гідрокортизоном з гіалуронідазою, коли намічалось утворення краєвого келоїду. Для запобігання утворення грубих рубців ефективно також проведення фонофореза гідрокортизону. Профілактика утворення контрактур при келоїдах не відрізняється від такої при звичайних рубцях. Але стійких ремісій рецидиву келоїдів автори не спостерігали.

Запобігання розвитку грубих рубців є важливим моментом в лікуванні опіків. Хоча келоїди утворюються не часто, потрібно завжди пам'ятати про таку можливість при лікуванні хворих з опіками. Досвід показує, що легко запобігти утворенню келоїдів, чим лікувати їх.

Найбільш небезпечним періодом для утворення келоїдів є перші 2 – 3 міс після загоєння ран; проте, за спостереженнями багатьох авторів, келоїди можуть розвинутиися протягом 6 – 12 міс після загоєння рани. Тому всі хворі повинні знаходитися протягом цього періоду під спостереженням, періодично (не рідше за один раз в місяць) будучи для огляду, в подальшому один раз в 2 міс протягом року. Якщо у лікаря складається враження, що можливо або починається зростання келоїдних рубців, необхідно відразу ж почати лікування пірогеналом у мінімально пірогенних дозах (МПД). Це поки що найбільш ефективний профілактичний і лікувальний засіб.

Актуальність проблеми: в даний час немає однозначної схеми профілактики утворення келоїдних рубців на післяопераційному етапі в пацієнтів, що схильні до келоїдоутворення спрямованої на зменшення їх рецидивів.

Наукова новизна роботи: було досліджено патогенез утворення келоїдних рубців, вплив сучасних препаратів на основі геля «Контрактубекс» та екстракту кріоконсервованої плаценти на динаміку розвитку келоїдних рубців.

Мета: оптимізувати методи профілактики утворення післяопераційних келоїдних рубців у хворих, що схильні до келоїдоутворення.

Методи та результати досліджень: об'єктом дослідження стали 24 хворих, що схильні до келоїдоутворення. Їх було поділено на чотири клінічних групи. 1 група - схильні до келоїдоутворення, яким після зняття швів не проводилася профілактика. 2 група - схильні до келоїдоутворення, яким після зняття швів проводили аплікації гелем «Контрактубекс». 3 група - схильні до келоїдоутворення, яким після зняття швів було призначено ультрафонофорез з гелем «Контрактубекс». 4 група - схильні до келоїдоутворення, яким після зняття швів було призначено ультрафонофорез з гелем «Контрактубекс» та екстрактом кріоконсервованої плаценти.

Під час дослідження використовувалися наступні методи: для клінічної оцінки стану рубців визначалися такі показники: форма: лінійна, веретеноподібна, округла; ширина: тонкий, середній, широкий; висота: рівномірний або нерівномірний; рухомість, щільність, колір, наявність росту рубця (прогресивний або регресивний), змінення тактильної, температурної і больової чутливості, наявність або відсутність суб'єктивних відчуттів (поколювання, печія болючість і свербіння). Всі числові дані отримувалися згідно Ванкуверської шкали.

Згідно отриманих даних комбінована дія ультрафонофорезу з гелем «Контрактубекс» та кріоконсервованої плаценти зменшує вірогідність утворення післяопераційних келоїдних рубців на 75%, тобто рецидиви келоїдів виникають у 25% випадків. Отже, запропонована нами схема дала суттєвий вплив на процес дегенерації келоїдних рубців і зменшення рецидивів його утворення після хірургічного усунення.

Висновок: застосування геля «Контрактубекс» та екстракта кріоконсервованої плаценти суттєво впливає на процес дегенерації келоїду зменшення кількості рецидивів після його хірургічного усунення.

[УДК616.314-76\(043.2\)](#)

**Стариков Д.Б.**

### **МАЛІ СІДЛОПІДІБНІ ПРОТЕЗИ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Лікування однобічного кінцевого дефекту нерідко викликає утруднення в лікаря стоматолога - ортопеда через особливості клінічного перебігу патології. Розташування однобічного дефекту на нижній щелепі значно ускладнює протезування в зв'язку з меншою площею альвеолярного гребеня й більше рухливою слизовою оболонкою.

Вибір методу лікування при такій патології найчастіше неоднозначний, тому що пацієнти, при відсутності всього двох або трьох зубів, відмовляються користуватися знімними протезами, а імплантація може бути протипоказана, або фінансово недоступна.

Альтернативою є застосування знімних зубних протезів із замковою фіксацією, які можуть бути розташовані тільки в області дефекту. Такі протези зветься «малі сідлоподібні», мають невеликі розміри, що сприяє швидкому звиканню до них хворих. До сучасних видів малих сідлоподібних протезів можна віднести:

- малі сідлоподібні протези з камерною фіксацією;
- малі сідлоподібні протези з телескопічними коронками;
- малі сідлоподібні протези з замковими кріпленнями.

Для досягнення оптимальних розумів збереження всіх опорних тканин малі сідлоподібні протези повинні забезпечувати 3 види стабілізації базису протеза:

Горизонтальна стабілізація – досягається фрезеруванням опорних коронок при твердій системі кріплення.

Добре виражений альвеолярний гребінь також протидіє зсуву протеза в горизонтальній площині. Забезпечення горизонтальної стабілізації є основним моментом при застосуванні малих сідлоподібних протезів, тому що прийнято вважати, що саме бічні зрушення протезів роблять найбільше згубну дію на пародонт опорних зубів.

Вертикальна стабілізація – може бути досягнута застосуванням твердих замкових кріплень, шарнірних кріплень з обмеженим вільним ходом, а також при перекритті базисом протеза кортикальної пластинки в ретромолярній зоні на нижній щелепі чи зоні верхньощелепного горба.

Ретенція – ідеальний спосіб створення надійної ретенції застосування штекерно-поворотних фіксаторів.

Таким чином, протезування хворих з односторонніми дефектами зубного ряду є важливою мірою профілактики можливих подальших поразок усієї зубощелепної системи. Завдяки розвитку сучасних технологій значно вдосконалена система фіксації малих сідлоподібних протезів, що дозволяє значно розширити показання до клінічного застосування такого виду протезів.

УДК 616.72 + 616.314-77

Шуклін В.А., Ожоган З.Р., Мельник Н.С., Козут В.Л.

### ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ВІД СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ СЕРЕД ОСІБ З ІНТАКТНИМИ ЗУБНИМИ РЯДАМИ

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

Враховуючи, що останні програми діяльності ВООЗ направлені на покращення якості життя (ЯЖ) населення за рахунок підвищення якості діагностики і лікування, стає зрозумілим необхідність розробки нових критеріїв якості у медицині, і зокрема у стоматології. Сьогодні, оцінка якості життя – новий і перспективний напрямок медицини, який дає можливість точніше оцінити порушення стану здоров'я, побачити суть клінічної проблеми, визначити найбільш раціональний метод лікування, а також передбачити його результати по параметрам, які знаходяться на межі наукового підходу спеціалістів та суб'єктивної точки зору пацієнта. Для дослідження ЯЖ, яке є інтегральною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування людини, рахується загальноприйнятим науковим методом у міжнародній практиці і є невід'ємною частиною комплексної оцінки ефективності лікування та профілактики захворювань, сьогодні широко використовується метод анкетування.

Об'єкти та методи дослідження. Опитування проведено серед 128 осіб з інтактними зубними рядами, яких поділили по віку: від 20 до 35 років – I група (51 особа); від 35 до 50 – II група (42 особи); від 50 до 65 років і старше – III група (35 осіб). Розподіл пацієнтів по статі у групі наведений у табл.1.

Таблиця 1  
Розподіл пацієнтів у групі дослідження по віку і статі

Стать		Всього пацієнтів (n=128)		
		I група n=51	II група n=42	III група n=35
жінки	абс.	26	22	19
	%	50,98	52,38	54,29
чоловіки	абс.	25	20	16
	%	49,02	47,62	45,71

Дослідження ЯЖ проводили шляхом опитування по спеціально розробленій скороченій анкеті, питання у якій були акцентовані на стоматологічному здоров'ї і яка згідно рекомендаціям ВООЗ, щодо з'ясування впливу лікування на зміну стану здоров'я, а значить і на якість життя, враховувала наступні критерії: фізичне та психічне життя, рівень залежності від свого стоматологічного стану, суспільне життя, рис.1.

Критерії оцінювання	Варіанти відповіді	Бали
Фізичне здоров'я 1. Як Ви оцінюєте свій загальний стан здоров'я ?  2. Чи є відчуття дискомфорту в порожнині рота на даний час?  3. Чи турбує Вас біль в порожнині рота на даний час?	відмінно	0
	почуваюся добре	1
	порушення сну	2
	швидка втома	
	при жуванні	3
	ніколи не відчував	0
	деколи буває	1
	протягом першого місяця після лікування	2
	постійне	3
	ніколи не турбувала	0
	зараз не відчуваю	1
	- тільки під час прийому їжі	2
	- постійно відчуваю	3

Психічне здоров'я	- ніколи не звертався	0
Чи отримали Ви ту допомогу на яку сподівалися при звертанні до стоматолога?	так	1
	частково	2
	ні	3
Які емоції викликають у Вас спогади про отримане лікування?	не лікувався	0
	позитивні	1
	нейтральні	2
	негативні	3
На Вашу думку лікар зробив все що міг при наданні Вам стоматологічної допомоги?	не лікувався	0
	так	1
	частково	2
	не все	3
Чи почували Ви себе безпечно на прийомі у стоматолога?	не лікувався	0
	так	1
	не завжди	2
	ні	3
Рівень залежності	ніколи	0
Чи думаєте Ви яку їжу (тверду або м'яку) можна вживати ?	інколи	1
	постійно	2
	постійно після лікування	3
Чи хотіли б Ви при можливості покращити свій стоматологічний статус?	ні	0
	не впевнений (на)	1
	так	2
	переробити пломби, протези	3
Чи звернетесь Ви при потребі протезування до того самого спеціаліста, з яким раніше спілкувалися або лікувалися?	звернусь до любого лікаря	0
	так	1
	не впевнений (на)	2
	ні	3
Суспільне життя	абсолютно	0
Чи задоволені Ви зовнішнім виглядом своїх зубів?	виглядають добре	1
	не знаю	2
	ні	3
На Вашу думку, чи звертають увагу на зовнішній вигляд Ваших зубів оточуючі люди ?	ні	0
	не знаю	1
	так	2
Чи спостерігається до Вас увага протилежної статті ?	почали звертати після лікування	3
	так	0
	не знаю	1
	ні	2
	перестали звертати увагу після лікування	3
Яку стоматологічну допомогу у разі потреби в фінансовому плані Ви собі можете дозволити (або дозволили)?	кращу	0
	позичу, але кращу	1
	не знаю	2
	оберу дешеву	3

*Рис. 1. Анкета опитування з критеріями оцінювання якості життя по стоматологічному статусу*

Отримані відповіді додавалися, згідно проставленим балам у таблиці та робилося загальне комплексне оцінювання – фізичного та психоемоційного стану; з'ясовувалася ситуація задоволеності своїм стоматологічним станом: від 8,0 до 18,0 балів – повна задоволеність; від 18,0 до 28,0 балів – часткова задоволеність та від 28,0 і вище – незадоволеність.

### Результатиягаїхябговорення

**Фізичне здоров'я.** Серед 128 респондентів (67 жінок та 61 чоловік), з інтактними зубними рядами та віком від 20 до 65 років рахували свій стан здоров'я, як відмінний – 26 жінок та 28 чоловіків, що відповідно склало 38,81% та 45,90%; почувалося добре – 41 жінка та 39 чоловіків, що відповідало 61,19% та 63,93%; скаржилися на порушення сну – 9 жінок (13,43%) та 3 чоловіків (4,92%). Кращі показники самооцінки свого здоров'я у чоловіків, пояснюються як схильністю чоловіків до хвастощів, так і соромливістю зізнаватися у своїх слабостях. На тимчасовий дискомфорт в порожнині рота, причину якого не могли пояснити відмічали 4 жінки (5,97%) та 5 чоловіків (8,20%). Пригадували тимчасовий біль на якійсь стороні жування без визначення причинного зуба 6 жінок (8,96%) та 7 чоловіків (11,48%).

**Психічне здоров'я.** Зверталися за консультацією чи допомогою до лікаря-стоматолога – 25 жінок (37,31%), спогади про яку у 17 (68,0%) були позитивні, а у 8 (32,0%) – нейтральні, всі були задоволені відношенням лікаря до себе та почували себе безпечно на прийомі. Серед 22 (36,07%) чоловіків, що зверталися по різних причинах до стоматолога, спогади про спілкування були позитивні у 13 (59,09%), нейтральні у 8 (36,36%) та негативні у 1 (4,55%), всі почували себе на прийомі безпечно.

**Рівень залежності.** Серед 67 опитаних жінок, постійно думають яку саме їжу (тверду або м'яку) можна вживати – 16 (23,88%), інколи задумуються над цим – 23 (34,33%); покращити свій стан зубів хотіли – 17 (25,37%) та невпевнено відповідали на це питання – 21 (31,34%), а у разі потреби 8 (11,94%) звернуться до того самого спеціаліста, що консультувалися, невпевнені – 4 (5,97%), а решта оберуть любого. Серед 61 чоловіка, постійно обирають тверду чи м'яку їжу – 12 (19,67%), інколи задумуються над цим – 18 (29,51%); хотіли покращити свій стан зубів – 14 (22,95%) та невпевнено відповідали на це питання – 17 (27,87%), а у разі потреби 6 (9,84%) звернуться до того самого спеціаліста, що консультувалися, невпевнені – 4 (6,56%), а решта оберуть любого.

**Суспільне життя.** Абсолютно задоволеними зовнішнім виглядом своїх зубів було 14 (17,91%) жінок та 16 (27,87%) чоловіків; рахували, що зубні ряди виглядають добре 24 (19,40%) жінок та 26 (32,79%) чоловіків. Решта респондентів – 29 (62,67%) жінки та 19 (39,34%) чоловіка не знали, що сказати та відповідали невпевнено на це запитання. Рахували, що оточуючи люди звертають увагу на зовнішній вигляд їхніх зубів – 29 (47,76%) жінок та 21 (34,43%) чоловік; не знали, що відповісти 14 жінок та 20 чоловіків, що склало відповідно 20,90% та 32,79%. Вважали, що цікавлять протилежну стать 48 (71,64%) жінок та 49 (80,33%) чоловіків, решта – 19 (28,36%) жінок та 12 (19,67%) чоловіків сумнівалися, що відповісти. У разі потреби лікування та протезування, кращу («найдорожчу») допомогу виберуть 35 (52,34%) жінок та 31 (50,82%) чоловіків, навіть якщо прийдеться позичати кошти – 10 (67,16%) жінок та 6 (60,66%) чоловіків; водночас, виберуть дешевшу допомогу – 8 (11,94%) жінок та 10 (16,39%) чоловіків, решта – 14 (20,90%) жінок та 14 (22,95%) чоловіків не знали або не хотіли відповідати на це питання.

Таблиця 2

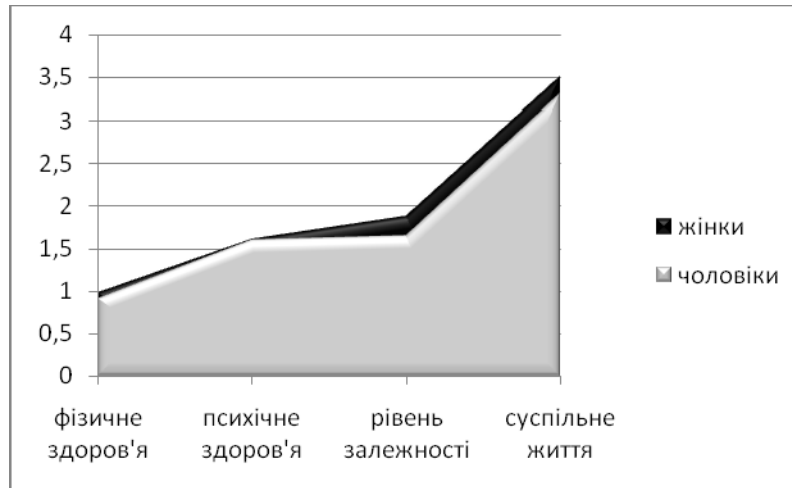
Ситуація, щодо задоволеності якістю життя респондентів з інтактними зубними рядами ( $M \pm m$ )

Показники (у балах)	Всього осіб (n=128) : жінок (n=67) та чоловіків (n=61)							
	фізичне здоров'я		психічне здоров'я		рівень залежності		суспільне життя	
	ж.	ч.	ж.	ч.	ж.	ч.	ж.	ч.
сума	66	55	108	98	126	101	235	202
загальна сума балів: у жінок – 535,0 $\pm$ 2,63 та чоловіків – 456,0 $\pm$ 2,17								
середній бал	0,98 $\pm$ 0,005	0,91 $\pm$ 0,004	1,61 $\pm$ 0,01	1,60 $\pm$ 0,01	1,88 $\pm$ 0,01	1,65 $\pm$ 0,01	3,51 $\pm$ 0,02	3,31 $\pm$ 0,02
загальний середній бал: у жінок – 7,98 $\pm$ 0,04 та чоловіків – 7,47 $\pm$ 0,03								

Подальший підрахунок балів, отриманих шляхом анкетування жінок та чоловіків, по критеріям оцінювання ЯЖ дозволив отримати загальну суму балів по кожному критерію, а також вивести загальний середній бал в залежності від статі, табл. 2. Отже, загальний середній бал у респондентів жіночої статі (67 осіб) склав – 7,48  $\pm$  0,03 балів, а чоловічої (61 особа) – 6,95  $\pm$  0,03 балів. Аналіз отриманих даних показав, що найбільш виразні розбіжності у показниках самооцінки ЯЖ, між жінками та чоловіками спостерігалися у сферах суспільного життя та рівня залежності від свого стоматологічного статусу, рис.2.



бали



*Рис.2. Середній бал по критеріям оцінювання ЯЖ у групі дослідження*

Пояснення цьому полягає у більш критичному та вимогливому ставленні у жінок до свого зовнішнього вигляду, бажанню подобатись. Основні розбіжності по кількості балів з чоловіками були у відповідях про свій зовнішній вигляд, можливість змінити його у кращу сторону, якої думки про це оточуючі люди.

**Висновок.** Сучасний напрямок розвитку стоматологічної галузі на підвищення якості лікування має враховувати суб'єктивну думку пацієнта, щодо отриманої допомоги, яка повинна стати однією з складових поряд з клінічними даними та показниками психоемоційного стану при розробці нових медичних стандартів якості лікування. З'ясування думки пацієнтів щодо отриманої допомоги шляхом анкетування, дозволить вибрати напрямки організаційних заходів керівництву поліклінік.

## КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА № 1

### (терапія, педіатрія, неврологія, психіатрія, інфекційні хвороби, шкірно-венеричні хвороби, загальна гігієна, соц. медицина)

УДК 616.124.2-008.64-036.12-005.4+615.22

*Адаричев В.В.*

#### **ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Цель: оценить динамику качества жизни (КЖ) больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) на фоне добавления к стандартной терапии кардиопротектора триметазида.

Методы: анализ динамики фракции изгнания (ФИ) ЛЖ с помощью двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ) и определение КЖ при помощи Миннесотского опросника у 90 больных ХСН ишемического генеза II-IV функциональных классов (ФК) (NYHA) в возрасте  $63.2 \pm 3.1$  лет. Пациенты были рандомизированы на две группы, не различающиеся по исходным характеристикам ЭхоКГ, ФК ХСН и возрасту. Больные 1 группы (45 человек) в дополнение к стандартной терапии ХСН в течение 6 мес получали триметазидин по 35 мг 2 раза в сутки. Пациенты 2 группы (контроль) лечились только базисными препаратами.

Результаты: установлено достоверное увеличение ФИ в 1 группе на  $13.9 \pm 2.1\%$  (с  $35.2 \pm 3.9\%$  до  $41.1 \pm 5.3\%$ ) по сравнению со 2-й – на  $3.3 \pm 1.2\%$  (с  $36.0 \pm 4.2\%$  до  $37.2 \pm 2.6\%$ ),  $p < 0.01$ . По результатам опросника на фоне добавления триметазида к стандартной терапии ХСН показатель КЖ увеличился в 1 группе на  $41.5 \pm 5.3\%$ , а в контрольной группе – на  $21.9 \pm 4.3\%$ . Установлена прямая корреляционная связь между увеличением ФИ и КЖ ( $p < 0.01$ ).

Выводы: включение кардиопротектора триметазида в комбинированную терапию ХСН ишемического генеза достоверно улучшает систолическую функцию ЛЖ и повышает КЖ больных.

УДК 612.231+612.233:612.55

*Агарков С.Ф., Мохамед Икбал*

#### **РЕСПИРАТОРНЫЙ ТЕПЛООБМЕН У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, г. Донецк

Респираторный теплообмен обеспечивает поддержание температуры и влажности альвеолярного воздуха на определенном, оптимальном для газообмена уровне, т.е. дыхательная система, наряду с основной, газообменной, обладает кондиционирующей функцией [Ф.Т.Агарков, 1986].

У больных ИМ в остром периоде заболевания возникают значительные нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения: гипертензия, гиперволемия, жировая микроэмболия, нарастает легочное сосудистое сопротивление, ухудшаются вентиляционно-перфузионные отношения в альвеолах, развивается артериовенозное шунтирование [С. Г.Гичка, 2003; Takasaki Otsuji Y., 2004; Guazzi M., 2008]. Это влечет за собой нарушение процесса кондиционирования вдыхаемого воздуха, так как именно кровоток обеспечивает доставку тепла, необходимого для согревания вдыхаемого воздуха. Однако вопросы кардиогенных нарушений респираторного теплообмена у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями изучены мало. В предыдущей работе нами выявлено нарушение респираторного теплообмена и кондиционирования вдыхаемого воздуха у больных инфарктом миокарда [С. Ф. Агарков, 1999]. Следующим этапом исследования нам представлялось установить влияние некото-

рых клинических вариантов заболевания на состояние КФДА. Распространенность некроза миокарда является одним из главных факторов, определяющих течение и прогноз ИМ, что определило направление настоящей работы.

Цель исследования — изучить влияние распространенности некротического процесса у больных инфарктом миокарда на состояние КФДА.

Материал и методы.

Обследован 71 пациент с ИМ, находившийся на лечении в кардиологическом отделении. Возраст пациентов составлял от 31 до 81 лет, из них мужчин — 50, женщин — 21. Диагноз устанавливался согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества [J.S.Alpert, 2000]. Всем пациентам проводилась стандартная терапия, включавшая нитраты, бета-адреноблокаторы, антикоагулянты и другие препараты в общепринятых дозировках.

Регистрировались максимальная калорическая емкость (МКЕ), дыхательная калорическая емкость (ДКЕ), пневмокалориметрический индекс (ПКИ), определялась недостаточность КФДА согласно классификации [С.Ф. Агарков, 1999]. Пациенты обследовались в утренние часы, натощак, в комфортных микроклиматических условиях, при температуре окружающего воздуха от 20 до 24 °C и относительной влажности 50 %.

Достоверность различия средних рассчитывалась с помощью непараметрического критерия Уилкоксона, так как распределение данных отличалось от нормального [С.Н. Лапач, 2000].

В группе больных мелкоочаговым инфарктом фактическая величина МКЕ составляет  $12,0 \pm 0,5$  кал, должная —  $13,4 \pm 0,2$  кал, разность между фактической и должной величиной составляет -1,4 кал или 10,4%, причем различие недостоверно ( $P > 0,05$ ).

У больных крупноочаговым и трансмуральным ИМ выявлено статистически достоверное нарушение кондиционирования вдыхаемого воздуха: показатель МКЕ находится в диапазоне от  $9,5 \pm 0,4$  кал до  $10,8 \pm 0,3$  кал (20,6% и 25,1% по сравнению с должными значениями, соответственно).

Несколько иные сдвиги наблюдались при оценке показателя ДКЕ: у больных мелкоочаговым ИМ фактическая величина находится в пределах от  $1,3 \pm 0,09$  кал; у больных крупноочаговым ИМ она составляет до  $1,7 \pm 0,05$  кал, но различия с должными значениями недостоверны ( $P > 0,05$ ).

В наибольшей степени и статистически достоверно ( $P < 0,05$ ) изменяется показатель ПКИ (в скобках разница по сравнению с должными значениями, в процентах): -1,4 кал (11,8%) при мелкоочаговом ИМ, -2,2 кал (19,1%) при крупноочаговом ИМ и -3,8 кал (32,8%) при трансмуральном ИМ. т.е. соответствовали недостаточности КФДА 2-3 степени.

Следовательно, у больных ИМ в остром периоде заболевания выявлено прогрессивно нарастающее снижение кондиционирующих возможностей дыхательной системы, соответствующее обширности некроза.

Выводы. Развитие некроза миокарда сопровождается нарушением температурного гомеостаза, процессов тепло- и массообмена в дыхательной системе и истощении ее резервных кондиционирующих возможностей, что необходимо учитывать при мониторинге функционального состояния кардиореспираторной системы у больных острым инфарктом миокарда.

УДК 616. 891.4 – 085.21 (043.2)

Блажівська Ю. В.

### ЗАСТОСУВАННЯ САЛЬБУТАМІНУ (ЕНЕРІОНУ) В ЛІКУВАННІ АСТЕНІЧНИХ СТАНІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність теми. Останнім часом астенічні стани різної етіології мають неухильну тенденцію до зростання. Скарги на швидку стомлюваність, загальну слабкість, що виникають без значних фізичних та інтелектуальних навантажень і не зникають після відпочинку, емоційну лабільність, порушення сну, зниження пам'яті та уваги зустрічаються у більшості пацієнтів на прийомі у лікарів усіх спеціальностей, особливо неврологів. Астенія значно знижує якість життя пацієнтів та призводить до стійкої дезадаптації.

Актуальність даної проблеми обумовлює необхідність пошуку нових ефективних методів терапії, а саме – препаратів із збалансованою протиастенічною дією. Цим вимогам відповідає препарат «Енеріон» представлений лабораторією «Серв'є» (Франція). Енеріон (сальбутамін) є синтетичним препаратом, який створений на основі з'єднання двох молекул діізобутірата тіаміну дисульфідної групи. Препарат володіє ліпофільними властивостями, швидко всмоктується в шлунково-кишковому тракті, проникає через гематоенцефалічний бар'єр, накопичуючись в структурах лімбіко-ретикулярного комплексу, особливо в ретикулярній формації, гіпокампі, зубчатій звивині, клітинах Пуркін'є мозочка. Препарат потенціює серотонінегічну активність і сприяє ресинхронізації циркадних ритмів.

Наукова новизна. Вперше було досліджено ефективність дії препарату «Енеріон» при функціональній астенії.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було визначити ефективність та переносимість препарату «Енеріон» при функціональній астенії.

Матеріали та методи дослідження. Після попереднього загальноклінічного обстеження (оцінка соматичного та неврологічного статусу, загальний аналіз крові та сечі, рівень глікемії, електрокардіографія) у досліджувану групу були включені 32 пацієнта жіночої статі у віці від 25 до 55 років (середній вік -  $\pm 38,4$ ). Всі пацієнти знаходились на амбулаторному лікуванні на базі 5 МКЛ з діагнозами – вегето-судинної дисфункції (20 осіб) та дисциркуляторної енцефалопатії I стадії (12 осіб). В клінічній картині у даних хворих домінували астенічні симптоми.

Всі пацієнти страждали на астенію протягом 1-3 років, не приймали проти астенічні препарати в останні 3 місяці.

Ефективність дії препарату «Енеріон» оцінювались за змінами суб'єктивного самопочуття пацієнтів, динамікою показників психологічних тестів перед лікуванням та через 20 днів після проведеної терапії.

Вираженість астенії оцінювали за допомогою шкали суб'єктивної оцінки MFI-20 та візуальної аналогової шкали астенії.

Стан психічної сфери оцінювався за допомогою тесту Спілбергера (визначення реактивної та особистісної тривожності), тесту Цунга (визначення наявності та вираженості депресії).

Енеріон призначався у вигляді монотерапії по 2 пігулки на добу (200 мг зранку та в обід) протягом 20 днів.

Скарги пацієнтів були представлені наступним чином: загальна слабкість (100%), втомлюваність (100%), відчуття постійної втоми (75%), зниження працездатності (90%), порушення концентрації уваги (80%), погіршення пам'яті (50%), підвищена тривожність (75%), зниження фону настрою (50%), порушення сну (25%).

Результати дослідження. Через 20 днів після проведеного лікування у пацієнтів відмічали зменшення вираженості суб'єктивних клінічних симптомів у даних пацієнтів. Звертало на себе увагу стійке та достовірне зменшення вираженості клінічних проявів у пацієнтів до 20 дня лікування енеріоном за даними анкетного тестування. За візуальною аналоговою шкалою астенії спостерігалася позитивна динаміка з достовірним зниженням балу з  $5,3 \pm 0,2$  до  $4,3 \pm 0,3$  після лікування.

За шкалою MFI-20 на початку лікування астенія діагностувалася у всіх 32 пацієнтів ( $68,75 \pm 3,83$ ). До кінця лікування астенія залишилася у 3 пацієнтів, зменшення проявів астенії було статистично значимим в порівнянні з вихідним рівнем по всім під шкалам.

Згідно теста Спілбергера у пацієнтів до лікування спостерігалася виражена тривога, були підвищені показники як реактивної так і особистісної тривожності. Через 20 днів лікування енеріоном відмічене достовірне зниження рівня реактивної тривоги з  $47,9 \pm 3,06$  балів до лікування до  $35,8 \pm 1,98$  балів після лікування та особистісної тривоги – з  $43,2 \pm 3,06$  балів до  $32,6 \pm 2,09$  балів.

В той же час виявлено і достовірне зменшення рівня депресивних проявів за шкалою Цунга з  $12,2 \pm 0,58$  балів до лікування енеріоном до  $9,21 \pm 0,43$  балів після проведеної терапії.

Під час прийому препарату не реєструвалось ні одного побічного явища, всі пацієнти закінчили повний курс лікування.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило ефективність та безпечність препарату «енеріон», виявило достовірне зниження суб'єктивної астенічної симптоматики, що дозволяє рекомендувати його для лікування функціональних астенічних станів в дозі 200 мг 2 рази на добу зранку та в обід протягом 20 днів.

УДК: 616.248-053.2:616.89

*Богуцька Н.К., Чепура О.Я., Думітраш І.Д., Сокол М.В.*

### **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУВАЛИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДО ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Проблема бронхіальної астми (БА) є однією з найбільш актуальних у сучасній педіатрії, що обумовлено, зокрема, почастищенням летальних випадків внаслідок астматичного статусу в останні десятиріччя. Оскільки в дітей із БА ризик психічних відхилень вищий порівняно зі здоровими, актуальним є поєднане врахування в оцінці неадекватності контролю захворювання як клініко-параклінічних критеріїв, так і значущих психологічних параметрів. Метою дослідження було виявити особливості клінічного перебігу в поєднанні із особистісними та сімейними психологічними характеристиками хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку з астматичним статусом в анамнезі.

Основну (I) клінічну групу сформували 22 дітей із персистувальною БА, які щонайменше раз за останні три роки потребували госпіталізації до відділення інтенсивної терапії (ВІТ) через астматичний статус, до групи порівняння (II) ввійшли 37 дітей, хворих на персистувальну БА, які жодного разу не знаходились у ВІТ. Проведено комплексну оцінку показників клініко-алергологічного та спірографічного обстеження в поєднанні з даними психологічного дослідження дітей та їх родин (здійснювали анкетування та особистісне опитування хлопчиків і дівчаток та одного з батьків; досліджували рівень загальної тривожності за шкалою Тейлора, шкільної тривожності дітей за шкалою Філіпса; алекситимію вивчали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали, запропонованої G.Taylor, що адаптована у Психоневрологічному інституті ім. В.М.Бехтерева, алекситимічними вважали хворих, що набрали 74 і більше балів, менше 62 балів – неалекситимічними; проводили тестування батьків за методикою PARI E. Шефер та Р. Бела в адаптації Т.В.Нещерет та діагностики батьківського ставлення А.Я.Варга та В.В. Столін).

Серед усіх клініко-параклінічних показників із щонайменше одноразовою необхідністю госпіталізації до ВІТ найбільш достовірно асоціював показник лабільності бронхів, який у дітей I та II груп відповідно становив  $37,4 \pm 6,4\%$  та  $23,5 \pm 3,5\%$  ( $p < 0,05$ ) за наявності лише тенденції до зниження показників ОФВ<sub>1</sub> ( $79,5\%$  проти  $84,3\%$ ), МОШ  $25-75\%$  ( $72,9\%$  проти  $64,9\%$ ) і однакових величин бронхіальної гіперреактивності (PC<sub>20</sub>H  $3,14$  проти  $3,28$  мг/мл відповідно). Не існувало істотних відмінностей між групами спостереження за віком діагностування БА, статтю, частотою нападів на рік, наявністю передвісників нападу, сезонністю проявів БА, рівнем фізичного роз-

витку, проведенням профілактичних щеплень, супутньою захворюваністю на алергійний риніт та/або atopічний дерматит. Також не спостерігалось вірогідних розбіжностей за частотою обтяженості сімейного алергоанамнезу, тривалістю грудного вигодовування, соціальними параметрами родин, наявністю сибсів та домашніх тварин, успішністю та позашкільною активністю, обтяженістю пацієнта фобіями, рівнем усвідомлення батьками загрози життю дитини, показниками імунологічного обстеження II-го рівня у групах порівняння. Однак, серед дітей із астматичним статусом в анамнезі відмічено тенденцію до вищої частоти вказівок на наявність більшої кількості нічних нападів, непереносимості ліків, вираженішої полісенсibiliзації, за даними шкірних алерготестів, та необхідністю користування вдома іншими видами інгаляторів, крім дозованих. Наявність епізоду потрапляння у ВІТ корелювала із середньою кількістю інгаляцій бронхолітика дитиною як із профілактичною метою ( $r=0,43$ ,  $p<0,01$ ), так і для лікування нападу ( $r=0,37$ ,  $p<0,04$ ). Серед пацієнтів основної групи частіше відмічали відсутність оптимального контакту матері та дитини (14,8 проти 16,5 бала,  $p<0,01$ ), тенденцію до більшої частки дітей, в яких батьки відмітили істотні зміни поведінки після діагностування БА (56,3 проти 33,3%), а також до переважання неврастенічного та/або сенситивного типу реагування на хворобу (42% проти 25%), обтяженості супутніми психосоматичними скаргами (2,9 проти 2,3 балів), вищих балів такої особливості когнітивно-афективної сфери як алекситимія (72,1 проти 69,2), а також шкільної (35,9 проти 32,7) та реактивної (44,8 проти 39,7 балів відповідно) тривожності ( $p>0,05$ ).

Отже, при комплексній оцінці клініко-психологічних характеристик перебігу бронхіальної астми в дітей шкільного віку із хоча б одноразовою необхідністю госпіталізації до відділення інтенсивної терапії для лікування ускладнень недостатньо контрольованої хвороби найбільш достовірно асоціювали вищий за 25% показник лабільності бронхів (пропорційність шансів 10,7; 95% довірчий інтервал: 2,1-54,5) та відсутність оптимального емоційного контакту між матір'ю та дитиною ( $\leq 16$  балів) із пропорційністю шансів 3,4 (95% довірчий інтервал: 0,8-13,2).

УДК 616.23/24 : 178.7

Бойко Д.М.

### ДИНАМІКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПАЛІННЯ СЕРЕД МОЛОДІ – РЕЗУЛЬТАТИ ТРИВАЛОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Поширення тютюнопаління представляє собою серйозну загрозу для здоров'я населення всього світу. Особливо небезпечним є розповсюдження цього негативного явища серед молоді.

Метою нашої роботи було провести узагальнюючий аналіз результатів досліджень присвячених розповсюдженості паління серед студентів Вищого навчального закладу в період з 2008 по 2010 рр.

Методи та результати досліджень. Клінічне спостереження проводилося на базі Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського за участі студентів медичного факультету 4-го року навчання Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія». В ході реалізації поставлених завдань обстежено 128 осіб, серед них 52 чоловіків та 76 жінок. Вік обстежених осіб склав 21 (20; 21) р. З усіх обстежених осіб сформовано дві групи. В першу групу увійшли особи, що не палять тютюн – «Некурці», а другу склали ті, що палять – «Курці». Учасникам проводили визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД) на апараті Spiro USB, Micro Medical Ltd (Великобританія). Проводили опитування з використанням опитувальника для скрінингу хворих на ХОЗЛ (GOLD, 2006). Досліджували рівень обізнаності щодо шкоди від паління та знань про захворювання, причиною яких найчастіше є паління, за допомогою розробленого оригінального опитника. Розрахунок стажу паління проводиться за допомогою показника, що характеризує кількість пачко-років.

Розповсюдженість паління серед молоді залишається високою – 39,024 % (2009-2010 рік навчання), але порівняно з 2008-2009 роком навчання знизилась на 1,876 %. Звертає на себе увагу збільшення курців серед осіб жіночої статі. Так у 2008-2009 рр. серед жінок палило 38,8%, а у 2009-2010 рр. спостерігається зростання до 53,125%. Нетривалий стаж паління у курців асоціюється зі зростанням рівня скарг на кашель та задишку порівняно з особами, що не палять. Незважаючи на те, що усі особи, які палять, поінформовані про негативні наслідки тютюнопаління, більшість з них не мають намірів відмовлятися від нього.

Боротьба з поширенням тютюнопаління серед молоді та населення потребує посилення заходів присвячених всебічній поінформованості щодо шкідливості цієї звички та пропаганді здорового способу життя.

УДК: 616.127-005.8 + 616.12.-008.331.1

Вакалюк І.І.

### ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ВКЛЮЧЕННЯМ СТАТИНУ НА ГІПЕРТРОФІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА МАРКЕРИ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ІЗ ВРАХУВАННЯМ ВІКУ

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

Мета. Оцінити вплив поєднаного антигіпертензивного лікування із включенням статину на гіпертрофію лівого



шлуночка та маркери хронічної серцевої недостатності (ХСН) у хворих з метаболічним синдромом (МС) та постінфарктним кардіосклерозом із врахуванням віку.

Матеріали та методи. Обстежено 86 хворих (65 чоловіки, 20 жінки) з МС за критеріями ВООЗ (1999), АТР III (2001), які перенесли інфаркт міокарда 1,5-2 роки тому. Всі хворі були поділені за віком на 2 групи: 1 група – 59 хворих, 45-59 років (середній вік); 2 група – 27 хворих, 60-74 років (похилий вік). Всі хворі отримували базову терапію, яка включала інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту еналаприл (енап, ТОВ "Здоров'я", Україна) у дозі 5-10 мг, бета-адреноблокатор з вазодилатуючим ефектом небіволл (небілет, Berlin Chemie, Menarini) у дозі 5 мг та аторвастатин (лівостор, ВАР «Київський вітамінний завод», Україна) у дозі 10 мг. Проведено загальноклінічне обстеження, ехокардіографія (ЕхоКГ), визначення мозкової фракції натрій-уретичного пептиду (NT-pro BNP) імуноферментним методом. Обстеження проводено до та через 4 тижні лікування. Контрольну групу склали 20 здорових осіб.

Результати. На початку обстеження у хворих 1 групи індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММ ЛШ) складав  $(173,70 \pm 15,39)$  г/м<sup>2</sup>, маса міокарда ЛШ (ММ ЛШ) –  $(279,59 \pm 10,15)$  г, рівень NT-pro BNP –  $(195,36 \pm 5,31)$  пг/мл, в контролі –  $(125,53 \pm 10,11)$  г/м<sup>2</sup>;  $(200,97 \pm 13,59)$  г;  $(107,03 \pm 21,20)$  пг/мл ( $p < 0,05$ ) відповідно. В 2 групі ІММ ЛШ –  $(189,10 \pm 15,09)$  г/м<sup>2</sup>, маса міокарда ЛШ –  $(293,57 \pm 15,03)$  г, рівень NT-pro BNP –  $(389,56 \pm 17,79)$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). Через 4 тижні лікування в 1 групі ІММ ЛШ зменшився на 15%, ММ ЛШ – на 11%, рівень NT-pro BNP – на 15% порівняно з базальним рівнем ( $p < 0,05$ ) відповідно. В 2 групі ІММ ЛШ зменшився на 13%, ММ ЛШ – на 20%, рівень NT-pro BNP – на 19% порівняно з базальним рівнем ( $p < 0,05$ ) відповідно. Всі препарати добре переносились, небажаних явищ не виникало.

Висновки. Для хворих з МС та постінфарктним кардіосклерозом характерною є концентрична гіпертрофія лівого шлуночка із збільшенням рівня NT-pro BNP, більш виражених в похилому віці. Поєднане антигіпертензивне лікування із включенням статину позитивно впливає на структурно-функціональні параметри серця та зменшує рівень NT-pro BNP в більшій мірі у хворих похилого віку, що можна вважати доброю прогностичною ознакою в розвитку ХСН у хворих з МС та постінфарктним кардіосклерозом.

УДК:616.311.2-055.26

Вовк Ю.О.

### **РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

На сьогоднішній день особлива увага науковців сконцентрована на передумовах формування та шляхах реалізації генетично обумовленої бронхіальної астми. Особливої актуальності набуває вивчення поліморфізму генів регуляторних молекул запалення. Знання їхньої ролі в патогенезі БА, поряд із досягненнями сучасної геноміки, дозволяє прогнозувати ризик розвитку патології, тяжкість її перебігу та підібрати специфічну терапію або ж відповідну корекцію в схемі лікувально-профілактичних заходів для дітей із груп ризику по реалізації БА.

Тому, метою нашого дослідження було вивчення ролі поліморфізму Asp299Gly гена Toll-подібного рецептора 4 (TLR4) в реалізації бронхіальної астми у дітей, порівняти індукований синтез TNF- $\alpha$  та IL-10 мононуклеарами периферичної крові (МНПК) в залежності від виявленого генотипу TLR4.

Методи дослідження: проведено генетичне обстеження 67 дітей хворих atopічною БА, у яких визначався поліморфізм TLR4 (Asp299Gly). Генотипування проводили методом ПЦР-ГДРФ (полімеразна ланцюгова реакція та поліморфізм довжини рестрикційних фрагментів). Спонтанний та індукований синтезу цитокінів (TNF- $\alpha$ , IL-10) МНПК в культуральному середовищі ми визначали в супернатантах культур клітин методом імуноферментного аналізу окремо для кожного генотипу.

Детальний аналіз результатів генетичного обстеження показав, що у 6 (8,95) дітей хворих на БА були діагностовані фрагменти розміром 263 bp (AA/AG - гетерозигота) та у 1 дитини (1,49%) фрагменти розміром 222 bp (GG/GG – гомозигота мутантного типу). "Дикий тип" (AA/AA) генотипу Asp299Gly нормальний розподіл алелей) загалом склав у групі обстежених 89,55%.

Індукований ліпополісахаридом синтез цитокінів мононуклеарними клітинами показав достовірну різницю між групами спостереження. Найвищий рівень TNF- $\alpha$  виявлено в групі здорових дітей, який в 1,3 рази перевищував дані показники у дітей хворих на БА із генотипом AA/AA. Група дітей із AA/AG та GG/GG генотипом характеризувалася найнижчим індукованим синтезом TNF- $\alpha$ , який в 2,4 рази був меншим, ніж у здорових дітей та в 1,8 - ніж у хворих БА без виявленого поліморфізму. Крім того, індукований синтез IL-10 у групі хворих із виявленим поліморфізмом Toll-подібного рецептора 4 був у 3,2 рази вищим, а ніж у здорових дітей ( $p < 0,001$ ).

Отже, алель G TLR4, який виникає внаслідок точкових мутацій за рахунок формування специфічних алелей генів, посилено впливає на розвиток хронічного алергічного запального процесу внаслідок вираженого індукованого синтезу IL-10 та зниженої прозапальної відповіді організму. Крім того, його наявність достовірно пов'язана із тяжким перебігом БА у дітей.

Тому, на сьогоднішній день виникає необхідність урахування діагностики поліморфізму генів TLR4(Asp299Gly) у дітей, сім'ї яких мають високий генеалогічний індекс по БА з метою прогнозування розвитку захворювання та проведення своєчасних профілактичних заходів дітям із групи ризику по розвитку БА.

УДК: 616.248-053.2: 616.233-002.2-08

Воротняк Т.М., Кучуран І.М., Дідух В.М., Гамаль М.В.

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**

Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Бронхіальна астма у дітей часто діагностується на підставі клінічної картини, однак її симптоми є неспецифічними та необ'єктивними, оскільки визначаються практичним лікарем-педіатром. На даний час розробляється такий об'єктивний неінвазивний методом оцінки активності запалення дихальних шляхів як збір конденсату видихуваного повітря, що практично не потребує зусиль з боку дитини. Відомо, що при бронхіальній астмі спочатку виникають тканинні біохімічні зміни, і тільки згодом органічні розлади дихальних шляхів, тому визначення в конденсаті маркерів запалення, зокрема, вмісту оксиду азоту, показників перекисного окиснення білків і протеолітичної активності є важливим для ранньої діагностики та вдосконалення лікування бронхіальної астми у дітей.

Метою дослідження було вивчити особливості перебігу бронхіальної астми у дітей залежно від активності хронічного запального процесу бронхів.

На базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні обстежено 57 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА) в період загострення. Обстежено 22 дітей із середньо-тяжким та 35 дітей з тяжким перебігом бронхіальної астми, у яких збирали конденсат видихуваного повітря. В конденсаті визначали вміст метаболітів оксиду азоту і загального білка, протеолітичну активність за лізисом азоальбуміну (лізис низькодисперсних білків) і азоказеїну (лізис високомолекулярних білків).

Відмічено, що за бронхіальної астми у конденсаті видихуваного повітря обстежених дітей порівняно із здоровими дітьми спостерігається підвищення вмісту метаболітів оксиду азоту (44,9 проти 27,3 мкмоль/л), загального білка (4,4 г/л проти 3,3 г/л) та протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну (1,46 проти 1,34 мл/год) та лізисом азоказеїну (1,37 проти 1,17 мл/год).

Оскільки тяжкість перебігу БА у дітей певною мірою залежить від активності запального процесу в дихальних шляхах, клінічні групи сформовано залежно від активності хронічного запалення бронхів. Першу клінічну групу (із «виразним» запаленням дихальних шляхів) склали 27 дітей, що страждають на БА, в яких у конденсаті видихуваного повітря вміст метаболітів оксиду азоту становив більше 40 мкмоль/л, а протеолітична активність за лізисом азоказеїну перевищувала 1,3 мл/год. Другу групу сформували 30 дітей, хворих на бронхіальну астму, в яких вказані показники конденсату видихуваного повітря були меншими (діти з «помірним» запаленням бронхів). За основними клінічними характеристиками сформовані групи були співставими.

Слід відмітити, що серед дітей із «виразним» запаленням частіше траплялися пацієнти з тяжкою персистувальною БА (42,3% проти 25%), а серед дітей з «помірним запаленням» бронхів – діти з середньо-тяжким ступенем БА (45,0% проти 22,2%). Також виявлена чітка тенденція до переважання у I клінічній групі хворих, у яких бронхіальна астма розпочалася до 3-х років (36,5%), порівняно з групою дітей із «помірним» запаленням бронхів (23,4%).

Хоча клінічно тяжкість обструкції бронхів у приступному періоді захворювання в дітей груп порівняння суттєво не відрізнялась як за окремими ознаками, так і за бальною загальною оцінкою тяжкості бронхообструкції (6,5 балів проти 6,1), для досягнення ефективної дезобструкції бронхів хворі з «виразним» запаленням бронхів потребували більшого обсягу лікування, переважно за рахунок глюкокортикостероїдної терапії (82% проти 32,2%,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, у дітей, хворих на бронхіальну астму, доцільно визначати активність запалення бронхів за даними конденсату видихуваного повітря та при верифікації «виразного» запалення бронхів збільшувати обсяг дезобструктивної та протизапальної терапії у стаціонарі.

УДК 616.711-007.5

Гаврелюк С.В., Левенец С. В.

**ОЦЕНКА ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА ПЕРВОГО ДЕТСТВА И ЕЕ СВЯЗЬ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА.**

Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко, м. Луганск

Сложившиеся социально-экономические и экологические условия в Украине привели к снижению уровня здоровья и физического развития детского населения. На протяжении последних лет отмечен рост патологии костно-мышечной системы у детей. Среди этих заболеваний особое место занимают нарушения осанки (НО) и деформации позвоночного столба (ДПС) – сколиоз и кифоз. В процессе возрастного развития, пропорции тела постоянно видоизменяются за счет разной скорости роста его частей. В. Г. Властовский (1984) связывает возрастные изменения пропорций с длиной тела и скоростью роста, которая постоянно изменяется от одного участка тела к другому. Темп развития (ускоренный, замедленный) на стабильность соотношения длины ноги с длиной тела не влияют.

Целью настоящего исследования явилось изучение пропорциональности физического развития детей периода первого детства с деформациями позвоночного столба, постоянно проживающих в г. Луганске, для проведения анализа возрастных и половых особенностей и закономерностей их формирования.

Было обследовано 313 детей периода первого детства, постоянно проживающих в г. Луганске (здоровых и с различными проявлениями ДПС, не имеющих сочетанных заболеваний). Группа девочек составила 177 детей, группа мальчиков – 136 детей. Все дети были разделены на группы в зависимости от возраста, пола и степени изменений в позвоночном столбе (НО и степень выраженности ДПС).

Расчет пропорциональности физического развития оценивали по индексу скелети Мануври (I<sub>M</sub>) по формуле:  $I_M = \frac{\text{длина тела (см)} - \text{рост сидя (см)}}{\text{рост сидя (см)}} \times 100$ . Значениям этого индекса соответствует рубрикация: до 84,9 – брахискелия; 85,0 – 89,9 – мезоскелия; 90,0 и выше – макроскелия. При работе с детьми были соблюдены принципы биоэтики, которые регламентированы Конвенцией совета Европы по правам человека и биомедицины и основных законов Украины, регламентирующих научно-исследовательскую работу с привлечением пациентов. Цифровые данные обрабатывались методами вариационной статистики с помощью компьютерной программы Microsoft Excel.

При оценке пропорциональности физического развития в группе мальчиков было выявлено 66,7 % детей с ДПС I степени, имеющих брахискелию, и 74,3 % детей с НО. В группе здоровых мальчиков брахискелия была обнаружена у 86,2 % детей.

В группе девочек первого детства брахискелия была выявлена у 22,2 % детей с ДПС II степени, у 83,3 % девочек с ДПС I степени и у 76,3 % девочек с НО. У здоровых девочек брахискелия была только у 58,0 %.

Мезоскелия у мальчиков первого детства была выявлена в 33,3 % случаев у детей с ДПС I степени. У детей с НО у 22,7 % детей была обнаружена мезоскелия. Здоровых мальчиков с пропорциональным физическим развитием было 13,8 %.

В группе девочек первого детства мезоскелия была выявлена в 55,6 % случаев у детей с ДПС II степени. При ДПС I степени у 16,7 % детей было обнаружено пропорциональное физическое развитие. При НО мезоскелия была обнаружена у 17,1 % детей. Пропорциональное физическое развитие было выявлено у 38,0 % здоровых девочек первого детства.

Макроскелия в группе мальчиков первого детства была выявлена только у 3,0 % детей с НО.

В группе девочек первого детства макроскелия была выявлена у 22,2 % детей с ДПС II степени. У девочек с НО 6,6 % детей имели макроскелию. У здоровых девочек этой возрастной группы макроскелия была выявлена у 4,0 % детей.

Проведенный анализ пропорциональности физического развития детей периода первого детства выявил преобладание брахискелии у детей этой возрастной группы. Показатели пропорциональности физического развития у здоровых детей отличались от аналогичных у детей с НО и ДПС. Самый высокий процент детей с макроскелией и мезоскелией был в группе девочек с ДПС II степени и в группе мальчиков с ДПС I степени. Процентное соотношение детей с макроскелией и мезоскелией среди детей с НО было выше, чем среди здоровых детей. Это в большей мере связано с интенсивным ростом детей периода первого детства, который, по данным литературы, осуществляется, в основном, за счет роста свободных нижних конечностей, что снижает компенсаторно-приспособительные возможности костно-мышечной системы и является пусковым моментом развития НО и ДПС. Соотношения средних значений индекса Мануври у мальчиков и девочек в зависимости от наличия ДПС I степени или НО в сравнении со здоровыми детьми было практически одинаково во всех выделенных группах. Определенные в процессе исследования морфометрические характеристики физического развития детей периода первого детства являются базисом для составления нормативных документов стандартов физического развития детей г. Луганска.

УДК 616.89-008.12+615.866

**Гончар Т.О.**

## **ПСИХІАТРИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ТЯЖКИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ПРОЦЕСІ ПРИМУСОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

*У статті представлені основні напрямки психіатричної реабілітації осіб, що страждають на тяжкі психічні розлади та які знаходяться на примусовому лікуванні, специфіка і сутність реабілітаційного діагнозу задля планування і створення реабілітаційних програм з метою виробки вмінь та навичок пацієнтів і організації підтримки зі сторони оточення.*

**Ключові слова:** психіатрична реабілітація, примусове лікування, реабілітаційний діагноз, тяжкі психічні розлади.

Останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів, які госпіталізовані у недобровільному порядку, незважаючи на те, що загальна кількість госпіталізованих у психіатричні стаціонари пацієнтів зменшується [6]. Ці дані говорять про те, що симптоматика психічних захворювань ускладнюється, стає більш тяжкою та гострішою, внаслідок чого збільшується кількість хворих, схильних до скоєння суспільно небезпечних дій.

Особи, які страждають тяжкими тривалими психічними захворюваннями, в багатьох випадках не приймають добровільної участі у процесі лікування. Такі пацієнти часто піддаються госпіталізаціям, вони споживають непропорційно великий обсяг високоінтенсивних кризових медичних послуг, а результат лікування не завжди виявляється позитивним. Ці особи часто вступають в конфлікт з кримінальною системою [11].

Значним залишається число пацієнтів, що не здійснювали особливо небезпечних дій, але знаходяться на примусовому лікуванні.



Останні дослідження питання примусу в психіатрії мають дещо суперечливі результати. У деяких роботах задокументовано позитивний ефект примусової госпіталізації на низку показників, таких як рівень арештів і віктимізацій, зменшення кількості повторних госпіталізацій. Інші роботи показують, що примусові заходи не впливають на результати або чинять на них негативний вплив.

Введення нового законодавства в психіатрії, поперед всього Закону України «Про психіатричну допомогу», впроваджує й нові підходи до надання психіатричної допомоги, зокрема в примусовому порядку, потребує спеціальних досліджень та розробки науково обґрунтованих рекомендацій [4].

Сьогоднішні реалії такі, що тільки профілактика суспільно небезпечних дій та лікування (добровільне чи примусове) осіб, що скоїли їх, не може певною мірою гарантувати зменшення майбутніх госпіталізацій з приводу небезпеки для себе і оточуючих, так як в більшості випадків після виписки із стаціонару пацієнт залишається сам на сам: соціально дезадаптований, без перспектив працевлаштування, з упередженим мисленням щодо системи надання психіатричної допомоги та зі стігмою з боку оточуючих (у тому числі і з боку родичів). Тому доцільною була б реорганізація медико-соціальної реабілітації в стаціонарі і поза стаціонарних умовах зокрема для такого контингенту хворих.

Мета даного дослідження - розробити диференційну, патогенетично орієнтовану програму медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади та щодо яких були застосовані заходи примусового характеру, з урахуванням клініко-психопатологічних і соціально-психологічних механізмів та закономірностей, що обумовлюють примусову госпіталізацію.

### **Матеріали та методи дослідження**

Протягом 2004-2010 рр.. на базі Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1, Київських міських психоневрологічних диспансерів №2 та №4 досліджено 60 хворих на шизофренію, яких було госпіталізовано до психіатричного стаціонару у примусовому порядку та які у подальшому знаходилися на диспансерному нагляді (основна група). Контрольну групу склали 60 хворих на шизофренію (40 жінок та 20 чоловіків) у віці від 30 до 50 років, яких було госпіталізовано до психіатричного стаціонару за власною ініціативою.

Використовувались основні методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-динамічний, психологічний (шкали депресії та тривоги Гамільтона, шкала позитивних та негативних симптомів PANSS, авторський опитувальник соціальної адаптації), статистичний (описова статистика, критерій Стюдента  $t$ , критерій  $\chi^2$ , кореляційний та факторний аналіз).

Діагностика шизофренії проводилась на основі критеріїв, що визнані вітчизняною психіатрією та є зіставними з рубриками F2 за МКХ-10.

На першому дослідницькому етапі вивчались: клінічна картина психопатологічних розладів, що стали причиною недобровільної госпіталізації; терапевтичні та реабілітаційні заходи у постгоспітальному періоді.

### **Результати дослідження**

Протягом дослідження основну групу складали пацієнти з параноїдною формою шизофренії, у яких визначались параноїдний та галюцинаторно-параноїдний синдроми, а контрольну — хворі на шизофренію з депресивно-параноїдним та тривожно-депресивним синдромами.

Встановлено, що у пацієнтів основної групи картина психопатологічних розладів визначалась характерними особливостями синдрому. Поряд з маячними ідеями переслідування, впливу, галюцинаторною симптоматикою (вербальний псевдогалюциноз імперативного характеру) були присутні ідеї переоцінки власної особистості, що перешкождали виникненню достатньої критики до своєї хвороби. Розлади поведінки при продуктивно-психотичному механізмі їх формування визначались маячними та галюцинаторними розладами.

Встановлено, що у 82,4% випадків виявлялась поєднана агресія до рідних та оточуючих, що є досить важливим фактором у розробці реабілітаційних заходів.

У рамках депресивно-параноїдного та тривожно-депресивного синдромів на перший план виступали суїцидальні тенденції. Розлади поведінки при негативно-особистісному механізмі їх утворення виявлялись у формі крадіжок, зловживання алкоголем, прийому наркотичних засобів, непорядкованих статевих контактів, агресії до рідних та оточуючих.

Аналіз досліджуваних груп показав, що за ступенем вираження усіх позитивних синдромів основна група статистично достовірно перевершує контрольну (загальний бал у 2,7 разів вище). Переважали: галюцинаторно-маячна симптоматика, підозрілість, ворожість, збудження, відсутність повної критики до свого хворобливого стану.

У той же час у контрольній групі переважала афективно-маячна симптоматика. Наявність депресивно-тривожного синдрому спостерігалось у 74% випадків, що ставало приводом до самостійного звернення до лікаря-психіатра з метою отримання стаціонарної чи амбулаторної психіатричної допомоги.

Самооцінка пацієнтів контрольної групи відповідала об'єктивним даним із збереженням критики до свого стану, що сприяло достатньому рівню соціальної адаптації. Об'єктивний рівень соціальної адаптації пацієнтів основної групи по відношенню до суб'єктивних уявлень останніх показав, що у виробничій, сімейній та інтимній сферах пацієнти неадекватно високо оцінювали свій рівень функціонування, що є статистично недостовірно ( $p < 0,001$ ), який був на низькому рівні при загальній некритичності до свого стану.

Дані факторного аналізу дозволили виділити фактори, що впливають на соціальну адаптацію пацієнтів основної групи та, відповідно, необхідність у подальшій примусовій госпіталізації: виражена галюцинаторно-маячна симптоматика з відсутністю терапевтичного впливу, психомоторне збудження з агресією, самоприниження та відчуття провини.

Вище наведені дані підтверджено аналізом клінічної психопатологічної картини і результатами кореляційного аналізу. З урахуванням виявлених клінічних факторів необхідна розробка реабілітаційних програм на постгоспітальному етапі.

Дослідження, що проводилися до теперішнього часу, хоча і не дають остаточної картини, підтверджують таку точку зору, що амбулаторне примусове лікування, яке проводилось протягом достатнього часу і супроводжувалось інтенсивним доглядом, може призвести до поліпшення деяких показників у пацієнтів з тяжкими психічними розладами. Однак, коли пацієнт сприймає лікування тільки як примусове, результатом може стати негативний вплив на його якість життя, навіть якщо психопатологічна симптоматика поліпшується [6,10,12].

Реалізація системного підходу до складання реабілітаційної програми в амбулаторних умовах для даного контингенту здійснювалась за основними методологічними і організаційними принципами, що були сформовані М.М. кабановим [1,2,3].

Виділяють три етапи реабілітації осіб, що страждають на психічні розлади:

1. Відновлювальна терапія. Направлений на попередження психічного дефекту, явищ госпіталізації, ліквідацію чи зменшення даних явищ.

2. Пристосування пацієнта до життя і трудової діяльності у позалікарняних умовах.

3. Відновлення індивідуальної та суспільної цінності пацієнта.

Ідеологія реабілітації закладає направлення процесу психіатричної реабілітації, який полягає у тому, що люди зі зниженими можливостями потребують навичок і підтримки задля функціонування у обраному ними середовищі. Процес психіатричної реабілітації складається з трьох фаз, які передбачають розробку бажаних та необхідних навичок і видів підтримки: діагностичної фази, фази планування і фази втручання [5].

План психіатричної реабілітації пов'язує реабілітаційний діагноз із реабілітаційним втручанням. Використовують два основних види втручання: розробка навичок та створення можливостей.

Пряме навчання навичкам включає в себе систему навчальних дій, що дають пацієнту можливість компетентно використовувати нові форми поведінки. Інший шлях виробки навичок – програмування – передбачає процес поступової підготовки пацієнта до використання вже існуючих навичок належним чином [7].

Опираючись на аналізі літератури з використання навичок, сформулювали принципи організації втручання по розвитку навичок з метою максимальної генералізації [7]:

- використовувати природні елементи підкріплення, які існують у відповідному середовищі для заохочення адекватних реакцій пацієнта;
- надавати пацієнту допоміжні послуги у відповідному середовищі;
- навчати пацієнта використовувати навички вибіркового заохочення у відповідному середовищі;
- навчати пацієнта виявляти внутрішню мотивацію як заміщення зовнішнього заохочення;
- поступово збільшувати зв'язок між дією та заохоченням;
- навчати пацієнта реалізації навичок у різноманітних ситуаціях;
- навчати пацієнта варіантам застосування навичок в тій самій ситуації;
- навчати самооцінці та самозаохоченню;
- навчати правилам та принципам, на яких засновані навички;
- використовувати домашні завдання, що поступово ускладнюються;
- втягати пацієнта до постановки цілей та вибір стратегії втручання.

Було відмічено, що дослідження, які виконувалися в умовах стаціонару, відрізнялись комбінацією втручання з розвитку навичок. Дослідницькі роботи показали результативність реабілітаційних програм в умовах спільноти за місцем мешкання. Спеціалісти, члени родин та інші користувачі вносять великий внесок у реабілітацію. Вони повинні мати необхідні навички та знання задля виконання наступних функцій [8,10,11,12]:

- встановлювати зв'язок із пацієнтами з метою налаштування тісної взаємодії;
- допомагати пацієнтам у оцінці їх навичок і ресурсів оточення;
- допомагати пацієнтам у визначенні особистих цілей реабілітації;
- допомагати пацієнтам у плануванні розвитку навичок та ресурсів, які їм необхідні;
- допомагати пацієнтам оволодівати цими навичками;
- допомагати використовувати навички, якими пацієнти володіють;
- допомагати пацієнтам встановлювати зв'язки із ресурсами, які їм необхідні;
- допомагати пацієнтам змінювати ресурси оточення з метою посилення підтримки;
- надавати пацієнтам постійну особисту підтримку, яку вони потребують.

### **Висновки**

1. Примусове лікування осіб, що страждають на психічні розлади є складною галуззю охорони здоров'я, що має етичні, юридичні та медичні аспекти. Незважаючи на розбіжності у поглядах, психіатрію загалом критикують через використання примусу. Однак, поодинокі акти насильства зі сторони осіб, що страждають на психічні розлади, зазвичай викликають вимогу використовувати більше примусу. Таким чином, загальноприйнята мета полягає у тому, що психіатричне лікування повинно проводитися добровільно, а примус повинен бути останнім засобом, коли вичерпано усі альтернативи. Отже, реабілітація осіб, що страждають на тяжкі психічні розлади та які знаходяться на примусовому лікуванні, є актуальним і перспективним направленням, яке у теперішній час не реалізовано у повній мірі.

2. Реабілітація в психіатрії представляє не тільки кінцеву мету – відновлення особистісного і соціального статусу пацієнта, не тільки процес, що прискорює саногенез, але й метод підходу до пацієнта, який характеризується основними принципами: принципом партнерства, різноманітністю зусиль, які направлені на різні сфери життя пацієнта, принципом єдності біологічних і психосоціальних методів впливу а також принципом східчості.

3. Особи з тяжкими психічними розладами можуть оволодіти навичками, які позитивно впливають на якість результату реабілітації.

4. Втручання, що були направлені на розвиток навичок, поліпшують результати психіатричної реабілітації та роблять її ще ефективнішою.

5. Результат реабілітації осіб з тяжкими психічними розладами залежить від ефективності персоналу, програм і систем обслуговування, з якими пацієнт взаємодіє.

6. Ефективність реабілітації більш проявляється у амбулаторних умовах.

7. Ефективна психіатрична реабілітація виключає або знижує повторні випадки примусової госпіталізації і поліпшує якість життя пацієнтів.

### Література

1. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2001. – Т. 11, №1. – С.22-27.
2. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов; М-во здравоохранения России, СПб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб.: СПб, науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1998.- 255с.
3. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – 2-е изд. доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.: ил.
4. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация / перевод с англ./Киев.: Сфера, 2001.- 277 с.
5. Bindman, J., Tighe, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2002). Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 341-345.
6. Cohen, M.R., Danley, K.S., & Nemec, P.B. (1985). *Psychiatric rehabilitation training technology: Direct skill teaching (Trainer package)*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric rehabilitation.
7. Compton, S., Swanson, J., Wagner, H. R., Swartz, M. S., Burns, B. J. & Elbogen, E. (2003). Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness. *Mental Health Services Research*, 5, 27-38.
8. Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
9. Hiday, V., Swartz, M., Swanson, J., Borum, R., & Wagner, H. (2002). Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1403-1411.
10. Ridgely, M. S., Borum, R., & Petrilla, J. (2001). The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight states. Santa Monica: RandHealth Communications.
11. Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 473-491.

### Резюме

#### ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Гончар Т.А.

Ключевые слова: психиатрическая реабилитация, принудительное лечение, реабилитационный диагноз, тяжелые психические расстройства.

В статье предоставлены основные направления психиатрической реабилитации лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, которые находятся на принудительном лечении; специфика и суть реабилитационного диагноза для планирования и создания реабилитационных программ с целью выработки умений и навыков пациентов и организации поддержки со стороны окружения.

### Summary

#### PSYCHIATRIC REHABILITATION OF PATIENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS DURING COMPULSORY TREATMENT

Honchar T.O.

Keywords: psychiatric rehabilitation, compulsory treatment, rehabilitation diagnosis, severe mental disorders.

This article shows the main directions for psychiatric rehabilitation of persons with severe mental disorders who are taking the course of compulsory treatment; specifics and main points of rehabilitation diagnosis for planning and creating the rehabilitation programs in order to develop patient's skills and to provide support from the patient's environment.

УДК 616.12-009.72:577

Гулага О.І., Ташук В.К., Полянська О.С.

### ВПЛИВ ЕПЛЕРЕНОНУ НА ПРОЦЕСИ ПРОТЕОЛІЗУ

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Протеолітична система відіграє важливу роль в процесах життєдіяльності організму, одним з них є процес колагеногенезу. Надмірна або недостатня активність протеолітичних ферментів може призводити до прогресування патологічного процесу. З метою протеолітичної активності у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з серцевою недостатністю (СН) проведено дослідження плазми крові з визначенням рівня азоальбуміну, азоказеїну та азоколу. Клінічний матеріал склали 37 хворих на ГІМ віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав 51,5±3,94 роки. Діагноз верифіковано згідно стандартів Європейської організації кардіологів. Всім хворим (група І) проводилось стандартне лікування, яке включало: аспірин (плавікс), гепарин, нітрати, β-адреноблокатори, інгібітори АПФ, діуретики та метаболічна терапія. Окремо виділена група (група ІІ) з 8 хворих, яким у комплексне лікування

включено антагоніст альдостерону еплеренон, в дозі 25 мг на добу впродовж 10 діб. Паралельно було проведено обстеження 10 практично здорових осіб. Протеолітичну активність визначали за показниками лізису за азоальбуміном, азоказеїном та азоколагеном за допомогою наборів реактивів фірми "Simko Ltd." (Львів) за методикою О.Л. Кухарчука (1996).

Встановлено, що у хворих дослідної групи I має місце вірогідне зниження показників протеолізу порівняно з контролем. Так, протеолітична активність за азоальбуміном була майже в 1,5 рази нижчою, ніж у контролі у всіх хворих на ГІМ, проте зростала майже до контрольних величин в обох групах після проведеного лікування (з  $0,17 \pm 0,003$  до  $0,27 \pm 0,005$  Е440/мл/год;  $p < 0,01$  в групі I та з  $0,16 \pm 0,01$  до  $0,28 \pm 0,005$  Е440/мл/год;  $p < 0,01$  в групі II). Це свідчить, що активність протеаз, які гідролізують низькомолекулярні білки, в тому числі кініни, при розвитку ГІМ явно недостатня. Протеолітична активність за азоказеїном у обстежених хворих була нижчою за контрольні показники в 1,6 рази, проте відновилась в процесі лікування (I група – з  $0,18 \pm 0,003$  до  $0,29 \pm 0,008$  Е440/мл/год;  $p < 0,01$ , II група з  $0,17 \pm 0,01$  до  $0,29 \pm 0,004$  Е440/мл/год;  $p < 0,01$ ). Зниження у обстежених хворих активності протеолізу високомолекулярних пептидів є свідченням надмірної активації цих біологічно активних субстратів, що й призводить до виникнення та прогресування ГІМ. Протеолітична активність за азоколагеном у всіх обстежених хворих була в 2,4 рази меншою за контрольні показники. Це є доказом активного формування сполучної тканини, яке відбувається не тільки у зоні ураження міокарда, а й у інших тканинах і структурах. Проте після проведеного лікування показники лізису за азоколагеном зросли в обох групах (I група - з  $0,01 \pm 0,005$  до  $0,02 \pm 0,001$  Е440/мл/год;  $p < 0,01$ ), особливо у групі із застосуванням антагоністу альдостерону еплеренону (II група - з  $0,02 \pm 0,002$  до  $0,03 \pm 0,001$  Е440/мл/год;  $p < 0,01$ ). Зниження колагеназної активності при ГКС є свідченням порушень обміну в сполучній тканині, яка утворює сполучно-тканинну матрицю серця. Активація синтезу патологічних колагенів збільшує жорсткість міокарда, спотворює процеси ремоделювання, сприяє трансформації фенотипу міокарда з експресією фатальних генів, що супроводжується підвищенням синтезу білків, які характерні для ембріонального міокарда, що в свою чергу поглиблює порушення скоротливості міокарда, призводить до зміни маси міокарда, форми та об'єму порожнин і їх геометричної деформації. Проявом таких процесів є суттєве порушення насосної функції міокарда, прогресування СН, що замикає ще одне порочне коло. Зростання протеолітичної активності за азоколагеном у досліджуваних хворих є сприятливою ознакою. Це вказує на те, що під впливом антагоністу альдостерону еплеренону колагеназна активність наближається до контрольних показників, що призводить до формування оптимальної структури сполучної тканини на місці ушкоджень міокарда.

УДК 612.119:616.611-002:611-053.2:616-037

*Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Гумінська Г.С.*

### **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця

В Україні нараховується 3000 дітей-інвалідів із захворюваннями сечостатевої системи, у 30-60% з них спостерігається порушення функції нирок. Гломерулонефриту, як причині розвитку хронічної ниркової недостатності, належить 2-3 місце після вроджених аномалій нирок у дітей.

**Мета дослідження:** визначити клініко-лабораторні особливості хронічного гломерулонефриту у дітей в залежності від варіанту перебігу захворювання та віку.

Проведений аналіз історій хвороб 126 дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит, які перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні Вінницької обласної дитячої лікарні та Хмельницької обласної дитячої лікарні у 2009-2010 рр. У дослідження були включені діти віком від 3 до 17 років (середній вік  $9 \pm 2$  років). 77 дітей (61%) мали гематуричну форму, а пацієнтів із нефротичною формою було 49 (39%). Нефротична форма гломерулонефриту частіше відмічалася у дітей раннього та дошкільного віку (29 дітей - 59%), в той час, коли у пацієнтів віком 6 – 17 років частіше діагностували гематуричну форму (49 дітей – 64%). Основними клінічними симптомами при гематуричній формі гломерулонефриту були підвищення артеріального тиску – у 23 хворих (30%), набряки – у 65 пацієнтів (84%) та біль у попереку у 44 дітей (57%). При нефротичній формі гломерулонефриту провідними клінічними ознаками були набряки у 41 хворого (84%) та дизуричні розлади – у 18 дітей (37%). При лабораторному дослідженні сечі у всіх дітей із гематуричною формою хронічного гломерулонефриту (77 пацієнтів) зустрічалась макрогематурія, добова протеїнурія (до 1 г/добу) у 58 (75%) дітей. Добова екскреція білку більше 2г/добу спостерігалася у всіх 49 дітей із нефротичним синдромом, гіперхолестеринемія у 38 пацієнтів (78%), а диспротеїнемію – у 14 (29%). Таким чином, перебіг хронічного гломерулонефриту у дітей залежить від форми захворювання. Так, основними діагностичними ознаками гематуричної форми у обстежених нами пацієнтів були підвищення артеріального тиску, набряки та макрогематурія. В той час, коли у дітей з нефротичною формою спостерігались набряки, гіподиспротеїнемія, підвищення холестерину крові, збільшення добової екскреції білку понад 2г/добу. Нефротична форма в більшій мірі характерна для дітей раннього віку, тоді як гематурична – для дітей старше 6 років.



УДК 616.831-005-053.4

Єршова І.Б., Мочалова Г.О.

**БІОЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ МОЗКУ У ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО ОБДАРОВАНИХ ДІТЕЙ**

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ

Актуальність проблеми. Прийнято вважати, що спеціальну медично-психологічну допомогу потребують діти, які відстають в своєму інтелектуальному розвитку, але останнім часом з'являється все більше публікацій, котрі свідчать про психовегетативне неблагополуччя дітей з підвищеним рівнем інтелекту, тобто обдаровані.

У 1972 році комітет за освітою США опублікував наступне визначення обдарованості: обдарованими можна назвати тих, хто за оцінкою досвідчених фахівців, через видатні здібності демонструють високі досягнення.

Обдарована дитина – особа, що багато в чому відрізняється від всіх інших дітей. Однією з особливостей розвитку обдарованих дітей є десинхронія розвитку психовегетативних функцій, що виявляються в різних неврозо-подібних станах (у вигляді підвищеної агресивності, нестійкості настрою, тривожності, підвищеної збудливості, депресії). Обдаровані діти насилу сприймають абсолютну обов'язковість виконання умовних культурних норм спілкування, оскільки їх неможливо обґрунтувати логічно.

Враховуючи викладене, увагу учених почали привертати нейро-вегетативні особливості дітей з підвищеним інтелектуальним розвитком. Проте публікації, що стосуються біоелектричної активності мозку у зазначеній групі дітей є одиничні і дослідження зроблені на обмеженій кількості спостережень.

Метою нашого дослідження з'явилося вивчення характеристик ЕЕГ у дітей з підвищеним інтелектуальним розвитком.

Методи дослідження. Відповідно до поставлених завдань було обстежено 89 дітей з високим інтелектуальним розвитком, а також група дітей з середніми інтелектуальними здібностями (група контролю) 47 чоловік. Всі діти були у віці від 6 до 8 років.

Діти проходили комплексне обстеження, яке включало з'ясування скарг, анамнестичних відомостей, загальний огляд, дослідження неврологічного статусу, огляд фахівців - психіатра, педіатра, ендокринолога. Всім дітям проводилося електроенцефалографічне обстеження. Реєстрація ЕЕГ здійснювалася на електроенцефалографі "ERA-18" фірми "O.T.E. Biomedica" (Італія) від 16 зон кори.

Рівень інтелекту оцінювався за результатами дитячого варіанту тесту «Стандартні прогресивні матриці» Дж. Равена

При статистичній обробці результатів використовувалися непараметричні методи: тест Т. Вілкоксона (для залежних вибірок) і тест Г. Манна-Уїтні (для незалежних вибірок).

Результати дослідження. При візуальному аналізі ЕЕГ дітей з високим інтелектуальним розвитком виявлявся підвищений рівень дифузної помірнохвильової активності, що було зареєстровано у 57,3% дітей. У 52,8% спостережених дітей відмічалася посилення бета-активності, зокрема у 28,1% - низькочастотна бета-активність, як правило, в передніх лобно-центрально-задньоскроневих ділянках мозку. У 42,7% дітей реєструвалася неспецифічна пароксизмальна активність, яка в 34,8% спостереженнях була акцентована в тих або інших ділянках мозку.

Найбільш характерними особливостями ЕЕГ у дітей з високим рівнем інтелекту були порушення сенсорно-моторних ритмів. У наших спостереженнях у 35,6% дітей сенсорномоторний ритм б-діапазона мав низький індекс (менше 20%) або не визначався візуально під час запису ЕЕГ. У нашому дослідженні повільний сенсорномоторний ритм реєструвався у 65,2% дітей з високим інтелектуальним розвитком. Його індекс варіював від 20 до 80% (в середньому 39%, середня амплітуда 48,7 мкВ).

Часто в ЕЕГ дітей з високим інтелектуальним розвитком виявлялися дві ознаки: і дефіцит сенсорномоторного ритму альфа-діапазону, і виражений повільний роландичний ритм. При оцінці співвідношення індексів роландичних ритмів альфа- і тета-діапазонів в ЕЕГ дітей основної групи було встановлено, що в 34% випадків мало місце переважно індексу повільного сенсорномоторного ритму над індексом мю-ритму б-діапазону або їх індекси були рівні.

Таким чином, характерними особливостями ЕЕГ дітей з високим інтелектуальним розвитком були порушення сенсорномоторних ритмів у вигляді дефіциту роландического ритму б-діапазона (індекс менше 20%), збільшення індексу (більше 20%) повільного сенсорномоторного ритму і/або порушеного співвідношення індексів сенсорномоторних ритмів б- і тета-діапазонів.

Отримані результати дозволяють зробити наступні висновки:

1. За даними візуального аналізу ЕЕГ дітей з високим інтелектуальним розвитком виявлені особливості ЕЕГ у вигляді порушень сенсорномоторних ритмів. Відмічається дефіцит сенсорномоторного ритму альфа-діапазону і збільшення виразності повільного сенсорномоторного ритму, що може свідчити про порушення процесів гальмівного контролю в системі сенсорномоторного аналізатору, що приводить до його підвищеної активації.

2. Кількісний аналіз ЕЕГ виявив зниження показників спектральної потужності ЕЕГ в сумарному діапазоні частот від 0 до 32 гц. Найбільш виражені відмінності від норми потужних показників ЕЕГ дітей з високим інтелектуальним розвитком, що виявлені за допомогою спектрального аналізу, локалізуються в нижньолобних і задньоскроневих ділянках лівої півкулі.

УДК 616.931-053.2-006.1-08:616.151.5

Ершова И.Б., Нестерова Т.В.

### ПОКАЗНИКИ КАРДІОРИТМОГРАФІЇ В ОЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ

Луганський державний медичний університет, Луганськ

Актуальність. Мова – важливіша психічна функція, властива тільки людині. На основі мови і її смислової одиниці - слова, формуються і розвиваються такі психічні процеси, як сприйняття, уява, пам'ять. І. П. Павлов (1932) виділив мовну функцію в особливу категорію вищої нервової діяльності, назвав її *другою сигнальною системою*. Мова формується в процесі загального психофізичного розвитку дитини. За даними дослідників у дітей старшого дошкільного віку розповсюдженість мовних порушень коливається від 5-10 % до 15-20%. За останній час все більшу увагу вчених привертають питання вегетативного стану дітей з порушеннями мови. Але робіт, що відбивають характеристику серцево-судинної системи дітей з дефектами мови край мало. Тому ціллю нашої роботи була оцінка параметрів варіабельності серцевого ритму у дітей з порушенням мовлення.

Матеріали методи дослідження. У обстеженні брали участь 49 дітей з порушенням мовлення (основна група) і 36 дітей без порушень (контрольна група). Подіти виконували асоціативний експеримент в ситуації емоційного підкріплення. Підкріплення було негативним (штраф) і позитивним (цукерки). Паралельно тестуванню реєструвалася кардіограма (електроди знаходилися на обох щиколотках і обох зап'ястях).

Характеристика ЕКГ під час емоційних підкріплених завдань порівнювала з показниками у фоні. Таким чином, аналізувалися параметри варіабельності серцевого ритму в чотирьох різних ситуаціях, кожна тривалістю 5 хвилин. Перша – оперативний спокій, в якій записувалася ЕКГ без певної діяльності, друга – фоновий асоціативний експеримент, в ході якого дитина відповідала антонімами на слова-стимули, вимовні експериментатором без оцінок результату діяльності дитини. Третя ситуація – асоціативний експеримент з позитивним підкріпленням, в якому експериментатор за кожних 5 правильних відповідей нагороджував дитину цукеркою. Остання, четверта серія відбувалася з негативним підкріпленням, при якому за кожну допущену помилку у дитини забирали цукерки. Підраховувався відсоток правильних реакцій у всіх трьох вербальних серіях.

Статистичний аналіз був проведений за допомогою пакету програми Excel.

Результати досліджень. Наші дані свідчать про більшу симпатичну активацію у дітей з порушенням мовлення при всіх видах завдань у спокої. Більш того, навантаження різного роду практично не змінювали стан регуляції ССС у дітей основної групи, тоді як у дітей контрольній групі найбільш виражені зміни в регуляції ССС виявлялися при негативному підкріпленні. Відомо, що чим більше величина стандартного відхилення R-R інтервалів, тим в більшій мірі виражена парасимпатична активація. Всі параметри варіабельності серцевого ритму свідчать про перевагу симпатичної ланки над парасимпатичною у дітей з порушенням мови. При цьому, при виконанні асоціативного тесту на основі внутрішньої мотивації у дітей з порушенням мовлення вегетативний баланс був урівноважений, тобто існує рівновага двох ланок вегетативної нервової системи.

Індекс кортиколізації не відрізнявся у дітей контрольної групи у спокої і при виконанні асоціативного тесту з негативним підкріпленням. Проте, цей показник знижується в два рази порівняно з фоном при виконанні асоціативного тесту на основі внутрішньої мотивації і при позитивному підкріпленні.

Все це свідчить про те, що постійне превалювання симпатичної ланки над парасимпатичною у дітей з порушенням мовлення в процесі інтелектуальної діяльності може привести до зриву серцево-судинної регуляції. Отже, необхідно проводити регулярне обстеження дітей з мовними дефектами на предмет стану серцево-судинної регуляції.

Висновки:

1. У дітей з порушенням мовлення виявлена вища активація симпатичної ланки вегетативної нервової системи при виконанні будь-яких тестових завдань.
2. Подіти з порушенням мовлення мають однакові результати виконання асоціативного тесту в ситуації внутрішньої мотивації і негативного підкріплення.
3. Необхідна розробка профілактичних заходів для зміцнення здоров'я у дітей з порушенням мовлення.

УДК 616.89-008-054.6:316.647.82

Жученко І.І.

### ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ДИНАМІКА СТИГМАТИЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНОГО ВУЗУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м.Вінниця

Актуальність. Одним з пріоритетних напрямків роботи для покращення сучасної психіатрії є робота по подоланню проблеми стигматизації і дискримінації осіб з психічними захворюваннями. Це підтверджується розробленою ВООЗ «Концепцією важкості хвороби», в якій говориться про вплив психічних розладів на якість життя пацієнтів, рішеннями «Європейської конференції по стигмі» (Едінбург, 2008). Стигматизація і дискримінація осіб з розладами психіки спричиняє страждання цим людям, їх сім'ям і приводить до соціальної маргіналізації, зниження можливостей для соціальної реабілітації, працевлаштування і функціонування в суспільстві (Гурович І.Я., 1994-2006; Пасынкова Ю.Г., 2006 і др., Aziz H., 1997; Reynolds E.H., 2001; Reynolds E.H., 2002; Fong C.G., 2002; Тюменкова Г.В., 2005; Берадзе Т., 2008; Дубицкая Е.А., 2009; Підкоритов В.С., Асанбаєва Е. М., 2009).

Як уже відомо, проблема стигматизації має окремі, але пов'язані між собою складові, які стосуються психіатрії у багатьох країнах:

1. Стигматизація психічно хворих – ставлення до них, як до небезпечних, безнадійних, слабких людей, за яких має бути соромно і сім'ї, і суспільству і яких потрібно ізолювати.
2. Стигматизація психічних хвороб – не лікується, не хвороба, а ознака слабкості, передається за спадковістю.
3. Стигматизація професій, пов'язаних з психічним здоров'ям і людей, які ними займаються – жорстокі, психічно нездорові, корумповані, маніпулюючи свідомістю в якихось цілях.
4. Стигматизація медичних препаратів і методів лікування психічних хвороб – жорстокі, примусові, викликають звикання, небезпечні, недовіри, знищуючі особистість.
5. Стигматизація психіатричних установ – в'язниця, експерименти, погані умови утримання, нема повернення назад.

В Україні, крім того стигматизація має унікальні прояви. Сам пацієнт, який страждає на психічне захворювання все ще залишається носієм викривлених переконань і культуральних стереотипів, які проявляються в негативних наслідках для здоров'я:

1. Уникнення лікування і звернення до спеціалістів, страждання насамоті.
2. Звернення з симптомами психічних розладів не до того спеціаліста (екстрасенса, гіпнотизера, в кращому випадку - невролога).
3. Переконання, що з психічною хворобою потрібно справлятися силою характеру, або за допомогою алкоголю.

Наукова новизна та мета. Ці та інші нюанси приводять до пізнього звернення за допомогою. Таким чином, стигматизація за механізмом замкненого кола веде до дискримінації пацієнтів, котра, в свою чергу, посилює стигму і приводить до ще більшої дискримінації, а з ними - до порушення соціального функціонування і погіршення якості життя. В різних країнах та різних регіонах питання стигматизації мають свої особливості. Вивчення механізмів соціальної дезадаптації пацієнтів, в яких провідну роль відіграють процеси стигматизації і самостигматизації в нашому регіоні на сьогодні досить актуальне, воно дасть можливість розробити дієві механізми впливу на стигматизацію та побудувати психопрофілактичну роботу. З цією метою ми проводимо дослідження відношення різних груп населення до психічно хворих людей, а також досліджуємо сприймання самими хворими ставлення до себе і своєї хвороби в суспільстві.

Методи дослідження. Ми використовуємо клініко-психопатологічний, клініко-динамічний, клініко-катамнестичний, психологічний, соціологічний (анкетування) і статистичний методи. При використанні соціологічного методу за основу взято модифікований опитувальник Reizenstein, Corrigan et al. (1986,1990). Виходячи з поставлених задач, опитувальник був адаптований і доповнений необхідними твердженнями.

Всього було 21 запитання, відповіді на нього оцінювались в балах в наростаючому порядку від одного до дев'яти, кожні два бали мали словесну аналогію: ніколи, рідко, інколи, часто, постійно.

Результати досліджень. В даній роботі приводяться результати аналізу анкетування однієї із досліджуваних груп – студентів медичного вузу.

Всього було опитано 103 студенти IV курсу, які починали вивчення предмету психіатрії. Серед них було 24 чоловіків і 76 жінок. Вік опитаних складав від 19 до 27 років, тобто практично одна вікова категорія – молоді люди. Опитувальник складений таким чином, що містить відкриті питання, які виявляють співчуття до психічно хворих людей, розуміння поведінки психічно хворих людей і їх хвороби, а також містить групу непрямих запитань, які виявляють сутнісне ставлення до даної проблеми.

Порівнюючи відповіді студентів – чоловічої і студентів - жіночої статі, ми не виявили суттєвої різниці в ставленні до людей з психічними захворюваннями. Деякі незначні відмінності стосуються швидше не питань стигматизації, а загального психологічного настрою до хворих людей. Студентки-жінки більше, ніж студенти-чоловіки виявляють співчуття, розуміння і жалість до психічно хворих людей. Так, наприклад, відповідь на запитання ставлення з розумінням до психічно хворих людей більшістю студенток була «часто», середній бал за цим питанням складає 7,58 (за дев'ятибальною шкалою), а середній бал відповіді на це ж запитання юнаків складає 6,75, що дещо, але несуттєво нижче. Переважання якостей співчуття, жалю, співпереживань виявляються у прямих питаннях і на нашу думку відображають фемінні характерологічні особливості дівчат. У той же час студенти чоловічої статі більше, ніж їх однолітки-жінки виявляють власну впевненість у перебуванні поряд з психічно хворою людиною. Так, відповідь на питання «наскільки впевнено ви почуваетесь поряд з психічно хворою людиною» і у чоловіків і у жінок досить низька, при цьому середній бал відповіді чоловіків 4,08 (рідко), середній бал відповіді жінок 2,93 (ніколи-рідко). Якщо на прямі питання чоловіки рідше, ніж жінки відповідали, що вони співчують, розуміють, жаліють психічно хворих, то на непрямі питання (могли б вони жити поряд з психічно хворою людиною в одній кімнаті гуртожитку, могли б здавати такий людині житло) чоловіки відповідали дещо вищими балами. Такі відповіді можуть свідчити про психологічні особливості чоловіків як більш впевнених у собі особистостей, але разом з тим виявляється і не декларативна, а реально вища ніж у жінок толерантність, хоч і не дуже значно. Так, наприклад середній бал відповіді на запитання чи хотіли б знаходитись в одній кімнаті (на роботі або під час проживання) з психічно хворою людиною у чоловіків склав 2,25 (ніколи-рідко), а у жінок – 1,8 (ніколи). А на запитання чи здавали б житлове приміщення людині з психічним захворюванням чоловіки відповідали, що рідко (3,04 середній бал), а жінки – рідко-ніколи (2,17 середній бал). В цілому ж відповідь на такі питання складає 2,03 бали, що свідчить про реальне уникнення бажання співіснувати поряд з людьми з психічною патологією.

В цілому середній бал відповіді на питання, в яких формулюються співчуття до психічно хворих, їх розуміння, жалість до них, симпатія до них більшістю респондентів складає від 7,06 до 7,36 (часто). На запитання, в змі-

сті яких присутнє виявлення страху перед психічно хворими, думки про небезпечність цих людей, уникнення від спілкування з ними, відповіді більшості респондентів коливались в середньому від 3,59 до 5,73 балів (рідко-інколи). Це може свідчити про загальну гуманістичну спрямованість студентів медиків.

Ще одна група питань виявляла наскільки, на думку опитуваних психічно хворі самі відповідальні за свою хворобу, наскільки вони гірші за інших людей і наскільки можливо контролювати їх психічний стан. Більшість респондентів вважають, що контролювати психічне захворювання інколи можливо (5,45 середній бал), вважають психічно хворих людей не гіршими за інших (2,59 середній бал), і не вважають людей з психічними захворюваннями самостійно відповідальними за свій стан (2,61 середній бал). Такі відповіді свідчать про досить толерантне ставлення до психічно хворих студентами, які починають вивчення курсу психіатрії.

На відміну від прямих запитань, за допомогою непрямих ми виявляли більш реальну ситуацію стигматизації, оскільки говорити про розуміння і співчуття простіше, ніж реально співпрацювати та спілкуватись з певним контингентом людей. І тут виявилась ситуація прямо прилежна попередній. Середній бал відповіді на питання чи погодились би ви працювати в одному колективі з психічно хворими людьми склав 2,03 (ніколи). На запитання чи погодились би віддати свою дитину в дитячий садок, де працює психічно хвора людина більшість респондентів відповіла також - ніколи (1,69 середній бал). Незважаючи на молодий вік опитуваних, на запитання чи погодились би на одруження своєї дитини з психічно хворою людиною, більшість відповіла також – ніколи (1,36 середній бал). Ці відповіді були дані незалежно від реєстру психічних порушень і виявляють реальне бажання відокремитись від людей з даною патологією.

Серед опитаних нами студентів 20 респондентів вказали, що у них є знайомі або друзі серед психічно хворих людей. Ми провели порівняльний аналіз відповідей на запитання анкети, розділивши всіх опитаних на дві підгрупи в залежності від цього критерію. Нами були виявлені суттєві відмінності в ставленні до людей з психічною патологією залежно від наявності попереднього досвіду спілкування з ними. В групі студентів, які мають серед своїх знайомих психічно хворих людей суттєво вища впевненість при спілкуванні з ними, готовність віддати свою дитину в дитячий садок, де працює людина з психічною патологією, суттєво менший страх перед психічно хворими людьми, а також вища готовність до співіснування (працювати, проживати, здавати житло) з психічно хворими. Незважаючи на загальні невисокі середні бали за цими питаннями, різниця у відповідях між людьми, які мають досвід спілкування з психічно хворими і не мають його складає 1 бал, що розглядається нами як суттєва різниця. Ця категорія опитуваних також відповіла, що вони приймали участь в заходах, направлених на допомогу психічно хворим.

Висновки. З вище проведеного аналізу ми можемо зробити висновок про те, що в групі студентів медичного університету, незважаючи на певне професійне спрямування, направлене на допомогу людям на тлі декларування декларативного толерантного ставлення до психічно хворих людей досить високий рівень реальної стигматизації психічно хворих. Відносно нижчий цей рівень в підгрупі людей, які мають досвід спілкування з людьми з психічною патологією. Цей висновок може стати основою розробки програм профілактичної роботи серед цих та інших категорій населення для зниження стигматизації психічно хворих.

УДК 616.24-002.1-053.2-07

*Іванова А.О.*

### **ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОКРЕМИХ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Відомим є те, що при лікуванні бактеріальної пневмонії у дітей на початку захворювання антибактеріальні засоби призначають емпірично, виходячи з епідеміологічних даних. Як показали численні клінічні дослідження, такий підхід слід визнати вірнішим, ніж орієнтацію на рекламу нових антибіотиків, але менш ефективним ніж призначення антибіотиків, виходячи з певних ідентифікованих збудників.

Виходячи з вищевикладеного, метою даної роботи було вивчення діагностичної цінності основних клінічних симптомів гострої пневмонії в дітей грудного віку у перший день госпіталізації для діагностики характеру збудника інфекційно-запального процесу та оптимізації методів лікування.

Першу клінічну групу сформували 100 дітей грудного віку, які поступили до стаціонару з приводу неускладненої позалікарняної пневмонії. Другу - 77 пацієнтів з гострою вірусною інфекцією нижніх дихальних шляхів у вигляді бронхіту, бронхіоліту і пневмонії.

Основним групуючим фактором була наявність в харкотинні, отриманому з нижніх дихальних шляхів, патогенних мікроорганізмів, які виділялись у всіх обстежених пацієнтів. Найбільш часто (у 39,4% випадків) у харкотинні дітей I-ої групи визначались стрептококи (пневмококи, зеленячий, піогенний та гемолітичний групи А) та гемофільна паличка Афанас'єва-Пфейфера. Стафілококи, в основному, золотистий, висівались у 24,2% дітей, а грам-негативні бактерії (клебсієли, паличка синього гною та інш.) – у 24,2% спостережень, грибки роду *Candida* як самотійний патоген чи в асоціації з іншими мікроорганізмами виділялася з харкотиння у 33,3% випадків.

Як причинні фактори розвитку інфекцій нижніх дихальних шляхів у обстежених дітей II-ої групи найбільшу питому вагу мали RS-віруси (37,7%), аденовіруси (33,8%), вірус парагрипу (16,9%), віруси грипу А і В (11,7%).

Встановлено, що кашель є найбільш чутливим, але водночас, найменш специфічним показником пневмонії в дітей, що пояснюється значною кількістю хибнопозитивних результатів, частота яких сягала 28,5%. А найбільш специфічними симптомами слід визнати наявність ціанозу за центральним типом при диханні дитини атмосфер-



ним повітрям, експіраторне “кректання” і крепітацію, тахіпное і нижнє втягнення поступливих місць грудної клітки. Слабкий плач дитини, який звичайно відображає дихальну недостатність, в обстежених дітей володів незначною чутливістю і специфічністю для підтвердження бактеріального характеру пневмонії, вірогідно, в зв'язку із тим, що ознаки респіраторного дистрес-синдрому однаково часто реєструвались у перший день госпіталізації у пацієнтів з бактеріальною і вірусною інфекцією нижніх дихальних шляхів.

Показано, що в дітей із вірусною інфекцією бронхолегеневої системи наявність катару верхніх дихальних шляхів із високою чутливістю ( $Se=90,9\%$ ) і негативною передбачуваною цінністю ( $PV (-)=85,7\%$ ) свідчить про вірусну інфекцію.

УДК: 616.89-008.485+616.89-008.12

Гльїна І.К., Суховій О.О., Мусаєлян О.М.

### ДЕЯКІ ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ЗАТЯЖНИМИ АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ, ЯКІ СКОЇЛИ ПРОТИПРАВНІ ДІЯННЯ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Вивчення особистісних характеристик у хворих із затяжними алкогольними психозами є дуже важливим і актуальним аспектом для обґрунтування застосування, зміни і припинення примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ). Тому виявлення і усунення особистісних чинників ризику під час проведення ПЗМХ сприятиме виробленню стійких антиалкогольних установок, формуванню стійкої тривалої ремісії хронічного алкоголізму і, відповідно, сприятиме зменшенню суспільної небезпеки і вірогідності скоєння повторних суспільно небезпечних дій на тлі хворобливих переживань такими хворими.

Мета роботи – визначення особистісних особливостей хворих з затяжними алкогольними психозами, які скоїли суспільно небезпечні дії (СНД) для удосконалення профілактичних заходів.

Обстежено 58 хворих чоловіків з затяжними алкогольними психозами (33 хворих з алкогольними параноїдами та 25 – з алкогольними галюцинозами), які скоїли суспільно-небезпечні дії (СНД), матеріали справ, медична документація.

Методами дослідження були анамнестичний, експериментально-психологічний.

На час скоєння СНД більшість досліджених хворих 41,4 % перебували у віці 40-49 років, 32,0 % хворих були у віці 30-39 років. У хворих з затяжними алкогольними психозами при експериментально – патопсихологічному дослідженні були виявлені такі особистісні особливості, як: завищена самооцінка у 50 %, високі рівні особистісної та реактивної (53,4 %, 48,3 % відповідно) тривожності. Високий показник індексу ворожості відмічався у 65,5 %. У більшості 58,6 % досліджуваних хворих мав місце високий рівень агресивності. Низький рівень соціально-психологічної адаптації відмічався у 65,5 %, асоціальна особистісна направленість у 47,1 %. Також було виявлено порушення пам'яті (незначне зниження опосередкованого та механічного запам'ятовування), зниження рівня процесів узагальнення, нестійкість уваги, сповільненість темпу психічних процесів, порушення мотиваційного компоненту мислення, схильність до накопичення негативних емоційних переживань, алкогольна направленість в асоціаціях і узагальненнях.

Таким чином, проблема дослідження особистісних особливостей хворих з затяжними алкогольними психозами є достатньо актуальною, і потребує подальших наукових розробок для усунення особистісних криміногенних чинників при профілактики скоєння суспільно небезпечних дій.

УДК 614.2:616.98:578.828.6]-082

Коршенко В.О.

### КОНСУЛЬТУВАННЯ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*За период с марта 2000 г. по сентябрь 2010 г. было проанализировано 398 случаев ВИЧ-инфекции у больных в возрасте от 15 до 63 лет. 267 пациентов находились под динамическим наблюдением (повторные госпитализации и обращения за амбулаторной помощью в течение 1999—2010гг.). Среди них было 185 мужчин и 82 женщины. Средний возраст больных составил  $32,3 \pm 1,3$  года. Психическое состояние больных оценивалось с помощью клинико-психопатологического анализа. Преморбидные личностные особенности, а также динамика индивидуальных проявлений особенностей психической деятельности исследовались с использованием компьютеризированных психодиагностических программ "Медитест" и "СМОЛ-эксперт". На основе полученных данных была проанализирована потребность в оказании консультативной помощи, разработана система консультативных мероприятий на различных стадиях инфекционного процесса.*

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, психическое состояние, консультирование.

Ни одно инфекционное заболевание до настоящего времени не сопровождалось таким выраженным социально-психологическим неблагополучием, как инфекция ВИЧ. Неблагоприятный прогноз заболевания, особенно при передаче возбудителя, молодой возраст заразившихся, наличие среди больных лиц с зависимостями и ин-

версией полового поведения — все эти факторы утяжеляют социально-психологическое положение наших пациентов по сравнению с онкологическими больными, больными туберкулезом, а также заболеваниями, передающимися половым путем [3]. Не случайно ряд авторов [6] для характеристики этого заболевания используют термин "биологической и социальной злокачественности".

Эпидемия ВИЧ-инфекции привела к необходимости активного изучения адаптационных возможностей заболевших, а также поиска эффективных способов оказания им помощи и поддержки. Проведенное нами исследование процесса психической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ, с момента обнаружения у них в крови антител к вирусу и до завершения жизнедеятельности позволило определить основные критические периоды, когда риск развития дезадаптивных форм реагирования наиболее высок [2] и больные особенно уязвимы. Первый чувствительный период, наиболее рискованный в аспекте появления разнообразных психоэмоциональных реакций и дезадаптивных феноменов, обнаруживался во время установления ВИЧ-серопозитивности и являлся в основном следствием полученной психической травмы. Второй критический период был непосредственно связан с прогрессированием собственно инфекционного процесса. Он совпадал с этапом появления в клинической картине инфекции ВИЧ оппортунистических инфекций и клинических признаков, свидетельствующих о прогрессирующей церебральной недостаточности органического происхождения. Ухудшение соматического состояния приводило к нарушениям психической адаптации пациентов, что клинически проявлялось нарастанием алкоголизации, феноменом госпитализма, а также рентными установками. Третий критический период наступал в терминальной стадии заболевания. Несмотря на имеющиеся нарушения памяти, замедление темпа протекания психических процессов, сужение объема слухоречевого восприятия, слабость суждений и умозаключений, трудности при установлении причинно-следственных связей, истощаемость, 38% пациентов обнаруживали мучительные переживания по поводу скорой смерти и нуждались в оказании психотерапевтической помощи [1].

Лица, инфицированные ВИЧ, нуждаются в обучении методам борьбы со стрессом, а также в помощи при овладении навыками достижения психологической стабильности на всем протяжении заболевания. В странах, уже столкнувшихся с проблемой эпидемии инфекции ВИЧ, а в течении последнего десятилетия постепенно сложилась система консультирования (counseling), выполняющая ряд функций, начиная с профилактики заболевания и заканчивая повышением образовательного уровня по актуальным вопросам инфекции ВИЧ [7]. Однако, используя опыт оказания психологической поддержки и проведения профилактики инфекции ВИЧ в зарубежных странах, следует учитывать то обстоятельство, что механическое заимствование консультативных методик и техник без учета особенностей адаптации пациентов к инфекционному процессу в нашей стране не будет в конечном итоге способствовать успеху профилактической и поддерживающей работы. Ряд дефиниций зарубежной системы консультирования при инфекции ВИЧ представляются нам в достаточной мере условными и дидактическими.

Целью настоящей работы была разработка консультативных мероприятий для коррекции нарушений психической адаптации и повышения качества жизни инфицированных лиц на различных этапах инфекционного процесса.

### **Материалы и методы**

За период с марта 2000г. по сентябрь 2010 г. было проанализировано 398 случаев ВИЧ-инфекции у больных в возрасте от 15 до 63 лет. 267 пациентов находились под динамическим наблюдением (повторные госпитализации и обращения за амбулаторной помощью в течение 2000—2010 гг.). Среди них было 215 мужчин и 52 женщины. Средний возраст больных составил  $32,3 \pm 1,3$  года. У всех пациентов ВИЧ-инфекция была диагностирована на основании эпидемиологических, клинических данных и подтверждена обнаружением специфических антител к белкам ВИЧ 1-го типа методами ИФА и иммуноблоттинга (Diagnostics Pasteur).

Психическое состояние больных оценивали с помощью клинко-психопатологического анализа. Преморбидные личностные особенности, а также динамику индивидуальных проявлений особенностей психической деятельности исследовали с использованием компьютеризированных психодиагностических программ "Медитест" и "СМОЛ-эксперт".

### **Результаты и обсуждение**

В процессе изучения особенностей психической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ, была создана методологическая основа для проведения консультирования при этом заболевании [5]. Предпринятое изучение потребностей в проведении консультативных мероприятий при инфекции ВИЧ показало, что:

- наибольшая потребность к консультировании обнаруживалась в группе лиц с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции (48,2% пациентов). Это связано с большим количеством психоэмоциональных реакций, возникающих при сообщении о наличии в крови антител к ВИЧ. Было установлено, что консультирование на данном этапе должно быть регулярным, включать выявление суицидальных феноменов и их коррекцию;
- потребность в получении психологической помощи возрастает при появлении клинических признаков развития заболевания и достигает максимума в терминальной стадии при условии сохранности критики к своему состоянию (30% пациентов);
- особую группу составляют больные с утратой зрения (3 пациента) и лица, находящиеся в местах лишения свободы (9 больных);
- промежуточное положение занимают больные с нерезко выраженными клиническими проявлениями инфекции ВИЧ. Потребность в консультировании имеет перемежающийся характер, зависит от психосоциальной стабильности пациентов и возникает по мере появления проблем.

На основании анализа случаев обращения к психиатрам Российского научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом лиц, подозревающих у себя наличие инфекции ВИЧ при отсутствии клинко-лабораторного подтверждения инфицированности, было показано, что консультация была эффективна, если об-

ращение обуславливалось тревожными опасениями (поводом для которых часто служила случайная половая связь). В других случаях при наличии стойкой (бредовой) убежденности в наличии "СПИДа", опирающейся на систему доказательств, при невозможности разубеждения обратившихся, повторное консультирование представлялось нецелесообразным. Попытки логическим путем доказать пациенту беспочвенность его уверенности не только неэффективны, но могут спровоцировать агрессию со стороны больного. Нами были разработаны консультативные приемы, позволяющие дать этим лицам рекомендацию обратиться за специализированной психиатрической помощью, не вызывая ответной реакции протеста и агрессии.

Рассмотрение консультирования как единого процесса позволило создать ту методическую основу, когда изменение акцентов консультативного процесса дает возможность эффективно действовать в самых разнообразных ситуациях. Так, если консультирование, проводимое в процессе тестирования на наличие антител к ВИЧ, имеет выраженную профилактическую направленность, то в дальнейшем при сохранении профилактической составляющей все большее значение приобретают оказание психологической поддержки и помощь в разрешении проблем.

В настоящем исследовании был использован метод интервью [4], адаптированный нами, с одной стороны, для возможного применения врачами-инфекционистами и эпидемиологами, а с другой стороны — для решения проблем, связанных преимущественно с инфекцией ВИЧ. В результате исследования была показана самостоятельная терапевтическая ценность этого метода. Его основной результат заключается в терапевтическом эффекте, в разрешении проблемы пациента и улучшении его состояния. При этом особое внимание уделяется подходу, который выделяет и подчеркивает все позитивное, акцентирует сильные стороны личности консультируемых лиц. Именно выявление всего позитивного приводит к активности и достижению результата, способствует поддержанию оптимизма и чувства уверенности. Напротив, концентрация внимания на всем негативном приводит к поражению, в тупик или в лучшем случае к пассивности [4].

Недостаточное владение медицинскими работниками навыками консультирования и недоучет особенностей психического состояния пациентов приводит к провоцированию конфликтных ситуаций, а также к проявлениям агрессии.

Особую актуальность имеет консультирование при выявлении суицидальных феноменов. О значимости проблемы самоубийств может свидетельствовать число зарегистрированных суицидов по причине инфицированного<sup>TM</sup> ВИЧ. В качестве примера можно привести содержание эпидемического анализа поступившего в Полтавский областной Центр профилактики и борьбы со СПИДом об умерших ВИЧ-инфицированных лицах по состоянию на 01.10.2010. За 2009 - 9 мес. 2010гг. из 22 случаев смерти 12 (52%, все мужчины) произошли в течение двух месяцев с момента получения положительного результата в иммуноблоттинге. В качестве причины смерти в 3 случаях указан суицид, 8 пациентов погибли от передозировки наркотика, в 1 случае причина смерти не установлена. Тот факт, что 1 пациент совершил самоубийство, не дожидаясь результатов иммуноблоттинга, свидетельствует о тяжести суицидального конфликта [6].

Проведенное исследование показало, что в случае обнаружения суицидальных высказываний хорошо зарекомендовала себя апелляция к антисуицидальным факторам: эмоциональной привязанности к значимым близким, родительским обязанностям, чувству долга, предостережению о греховности суицида, наличию неиспользованных жизненных возможностей и нереализованных планов. Консультант стимулирует интерес пациента к жизни, способствует выработке норм конформного поведения в существенных сферах деятельности. Нами была разработана методика консультирования ВИЧ-инфицированных лиц с суицидальным поведением [5]. Проведение консультативных мероприятий при выявлении суицидальных феноменов представляется актуальным и оправданным, так как эти проявления психической дезадаптации часто наблюдаются в первые 6 мес после установления диагноза заболевания, когда еще нет угрожающих соматических проявлений, а трудоспособность зависит от психологического состояния. Квалифицированное консультирование позволяет смягчить суицидогенный конфликт и способствует предотвращению неблагоприятного развития ситуации.

Наряду с изучением проявлений аутоагрессии нами были проанализированы случаи агрессивного поведения пациентов, которое было направлено на медицинских работников. Под наблюдением находились 6 мужчин, средний возраст которых составил  $38,3 \pm 0,8$  года. Трое из них вели себя агрессивно по отношению к врачам-консультантам, 1 пациент — по отношению к эпидемиологу, проводившему расследование, 1 — к заведующему отделением, 1 — к дежурному врачу. Анализ инцидентов позволил сделать вывод, что 5 из 6 случаев агрессии были связаны с недостаточным владением врачами консультативными приемами. Изучение агрессии, направленной против медицинских работников, показало, что в процессе реализации агрессивного поведения имеет значение фактор астении. Это состояние повышенной утомляемости, неустойчивого настроения, истощаемости, характерное для поздних стадий ВИЧ-инфекции, способствовало ослаблению сдерживающих механизмов при возникновении конфликтных ситуаций.

В настоящее время сложилась модель профилактики ВИЧ-инфекции и оказания психологической поддержки тем, кто уже заражен. Описаны основные принципы консультирования, определены группы консультируемых лиц и требования к консультантам [5]. На основании разработанных консультативных подходов осуществляется подготовка специалистов, вовлеченных в проблему инфекции ВИЧ. Владение навыками консультирования и определенными психотерапевтическими приемами позволяет медицинским работникам преодолеть ощущение беспомощности перед лицом болезни (особенно на терминальной стадии заболевания) и тем самым содействует их собственной психологической устойчивости.

#### Литература

1. Беляева В. В. // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 2007. — № 6. - С. 29-31.
2. Беляева В. В. // Там же. - 1998. - № 5. - С. 27-29.

3. Беляева В. В. Нарушения психической адаптации человека при ВИЧ-инфекции: Дис. в виде науч. докл. ... д-ра мед. наук. — М., 1999.
4. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. — М.; Екатеринбург, 2009.
5. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрт О. Г. ВИЧ-инфекция: Клиника, диагностика, лечение. — М., 2000.
6. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: Учебное пособие для практических занятий / Под ред. В.З. Кучеренко. - 2-е изд., стереотип. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.- 192 с.
7. Christ G. N., Wiener L. S. // AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. - Philadelphia, 1985. — P. 275—279.
8. Miller R., Bor R. AIDS: A Guide to Clinical Counselling. - London, 1988.

### Рефератя

#### КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Коршенко В.О.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, психічний стан, консультування.

За період з березня 2000 р. по вересень 2010 р. було проаналізовано 398 випадків ВІЛ-інфекції у хворих у віці від 15 до 63 років. 267 пацієнтів знаходилися під динамічним наглядом (повторні госпиталізації та звернення за амбулаторною допомогою протягом 2000-2010 рр.). Серед них було 185 чоловіків і 82 жінки. Середній вік хворих склав  $32,3 \pm 1,3$  року. Психічний стан хворих оцінювався за допомогою клініко-психопатологічного аналізу. Преморбідні особистісні особливості, а також динаміка індивідуальних проявів особливостей психічної діяльності досліджувались з використанням комп'ютеризованих психодіагностичних програм "Медітест" і "СМОЛ-експерт". На основі отриманих даних було визначено потребу в наданні консультативної допомоги, розроблена система консультативних заходів на різних стадіях інфекційного процесу.

### Summary

#### ADVISORY ACTIVITY IN REHABILITATION OF HIV-POSITIVE PERSONS

Korshenko V.O.

Key words: HIV infection, mental status, advisory activity.

398 case histories of HIV-positive patients aged 15-63 were analyzed for the period of March 2000 — September 2010. 267 patients (185 men and 82 women, mean age  $32.3 \pm 1.3$  years old) were repeatedly hospitalized and consulted on at outpatient departments during this period. Mental status of the patients was evaluated by methods of clinical psychopathological analysis. Premorbid personality characteristics and the dynamics of individual manifestations of mental activity were studied by means of psychodiagnostic Meditest and SMOL expert computer software. Having based on these grounds the authors analyzed the requirement in advisory care and developed a system of advisory measures at different stages of the infectious process.

УДК 616.831- 005: 615.22

Кривчун А.М.

#### КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНУ II ПЕРШОГО ТИПУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

В останніх дослідженнях продемонстровано зв'язок поліморфізму A1166C гена рецептора ангіотензину II 1 типу (AT1P) в виникненні артеріальної гіпертензії (АГ), яка є сновним етіологічним чинником гіпертонічної дисциркульторної енцефалопатії (ГДЕ). Отримані дані про наявність асоціації алеля С з раннім розвитком та тяжкістю перебігу АГ, ураженням органів-мішеней. З'являються публікації про роль поліморфізму AT1P в розвитку дисциркульторної енцефалопатії.

Метою дослідження стало вивчення когнітивних порушень у хворих на ГДЕ в залежності від поліморфізму A1166C гена AT1P у мешканців Полтавської області.

При проведенні епідеміологічного обстеження була виділена група з 112 пацієнтів у віці 30-60 років з ГДЕ, яким проведено нейропсихологічне та молекулярно-біологічне обстеження. Визначення алелей поліморфної ділянки (A1166C) гена AT1P проводили виділенням геномної ДНК з венозної крові обстежуваних методом фенол-хлороформної екстракції. Для оцінки загальної когнітивної продуктивності використовували коротку шкалу обстеження психічного статусу MMSE (Mini Mental State Examination).

Відповідно до визначеного поліморфного варіанту пацієнти були розділені на три групи: гомозиготи СС (26 пацієнтів); гетерозиготи АС (62 пацієнти); гомозиготи АА (24 пацієнти).

При аналізі когнітивних порушень виявлено, що предметні розлади (24-27 балів за шкалою MMSE) переважали в усіх групах. Так у пацієнтів з генотипом СС їх виявлено у 88,46%, з генотипом АС - у 91,94% і з генотипом АА - у 87,5% хворих. Легка деменція (20-23 бали) виявлена тільки у носіїв генотипу СС - 11,54%. Дані показують, що когнітивні порушення чітко переважали у пацієнтів з генотипом СС. Таким чином, наявність алеля С (переважно в гомозиготній формі) може визначати тяжкість перебігу ГДЕ.

Отже, визначення поліморфізму гена AT1P є підставою для прогнозування перебігу ГДЕ.



УДК 616.36-008.6-092

Кондратенко Ю.Г., Дудка І.І., Мельник Ю.Г., Хільчевська В.С.

**ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Хронічні дифузні захворювання печінки достатньо поширені в дитячому віці. До чинників ризику ураження печінки можна віднести дефіцит харчування, імунологічні порушення, вірусні інфекції, токсичний вплив ліків, генетичні та гендерні чинники. Сучасна гепатологія має значний арсенал діагностичних методик, ефективність яких постійно зростає. Багато зусиль докладається для розробки діагностичних алгоритмів виявлення етіологічних маркерів різноманітних захворювань, а також для визначення стадії розвитку та ступеня активності ураження паренхіми печінки. Однак, в умовах роботи районних і обласних лікувально-діагностичних закладів України можливості діагностики хронічних дифузних захворювань печінки виявляються досить обмеженими.

Під нашим спостереженням знаходилась 6-річна дівчинка з дифузним захворюванням печінки від народження, що перебігало циклічно з синдромом виразного холестазу. При поступленні до гастроентерологічного відділення скарги з боку матері були наступними: наростаюча жовтушність шкіри та склер, виразний свербіж шкіри, потемніння сечі, ахолічні випорожнення, погіршення сну, відсутність апетиту, в'ялість, підвищена збудливість. З анамнезу відомо, що період новонародженості перебігав без особливостей, дитина знаходилась на штучному вигодовуванні. Захворювання печінки маніфестувало у віці 3-х місяців з погіршення загального стану, наростанням жовтяниці. Дитині було встановлено клінічний діагноз: синдром Ротора (спадкова гіпербілірубінемія). Рецидиви холестазу повторювались кожні 5-6 місяців, надалі все рідше, тривали від 3 до 6 тижнів та часто асоціювалися з гострими респіраторними вірусними інфекціями. Рівень білірубінемії сягав 280- 450 мкмоль/л, переважно за рахунок прямої фракції, проте під час останніх загострень у крові почала децю переважати фракція непрямої білірубіну.

Внутрішньопечінковий холестаз, при якому порушується пасаж жовчі з гепатоциту в жовчні протоки, може розвинути внаслідок багатьох причин: природжені порушення метаболізму (муковісцидоз, недостатність  $\alpha_1$ -антитрипсину), ятрогенія, парентеральне живлення, вірусні інфекції. Отже, в першу чергу в дитини було виключено вплив вірусів гепатитів та TORCH-інфекцій на печінку, медикаментозне ураження печінки та зв'язок зі спадковими чи екологічними чинниками. Муковісцидоз виключено визначенням хлоридів поту (12 ммоль/л). Непереносимість фруктози, що клінічно проявляється порушенням фізичного розвитку, гепатомегалією, жовтяницею, було виключено з огляду на нормальні рівні фруктозо-дисульфат-альдолази, фруктозо-монофосфат-альдолази. Вміст у сироватці крові міді, церулоплазміну,  $\alpha_1$ -антитрипсину, глюкозо-6-фосфат-дегідрогенази, а також креатинінфосфокинази як маркера ураження сполучної тканини, знаходились у межах вікової норми. Антинуклеарні антитіла не визначались, гексози, зв'язані з білками, глікозаміноглікани – у межах норми. Оксипролін вільний сироватки крові (маркер стану обміну колагену у сполучній тканині) був децю збільшеним.

У біохімічному дослідженні крові спостерігалась значна гіпербілірубінемія за рахунок прямої і непрямої фракцій, гіперхолестеринемія, гіпер-бета-ліпопротеїдемія, підвищення рівнів лужної фосфатази, гама-глутаміл-транспептидази.

При УЗ-дослідженні органів черевної порожнини виявлено помірну гепатомегалію, дифузно підвищену ехогенність печінки, ущільнення стінок внутрішньопечінкових ходів, незначну периваскулярну інфільтрацію.

При комп'ютерній томографії печінки та жовчних ходів встановлено збільшену в розмірах печінку однорідної структури, без значущих змін внутрішньо- та позапечінкових жовчних протоків.

При дослідженні гістологічного матеріалу, отриманого шляхом пункційної біопсії печінки, виявлено ознаки помірної лімфоцитарної інфільтрації в портальних трактах, проліферативні зміни протоків із щільною фіброзною тканиною навкруги, наявність жовчного пігменту в жовчних протоках.

На підставі проведеного клініко-параклінічного обстеження, даних біопсії печінки верифіковано діагноз: Внутрішньопечінковий холестаз нез'ясованої етіології, початок фіброзу печінки.

Лікування в останні роки включало жорстку дієту, постійний прийом урсофальку, періодично в комбінації з гептралом або берлітіоном, жиророзчинні вітаміни, препарати кальцію, курси жовчогінних препаратів. Результатом підтримуючої патогенетичної та симптоматичної терапії стала півторарічна клініко-лабораторна ремісія.

Таким чином, представлений випадок дифузного захворювання печінки наочно відображає складність діагностики та певну недосконалість існуючого лікування. Лікування при подібних синдромах є патогенетичним та симптоматичним внаслідок відсутності доказової бази для обґрунтування етіотропної терапії.

УДК 616.12-008

Котко Д.Н., Ершова Г.С.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТОЛЕРАНТНОСТИ ПРИ ТЕРАПИИ НИТРАТАМИ**

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, г. Киев

В медикаментозной терапии больных ИБС важное значение имеет использование нитратов.

С накоплением опыта использования органических нитратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний появились сведения о сравнительно новой для клиницистов проблеме - снижении либо исчезновении эффекта нитратов, которая получила название толерантности к ним. При приеме нитратов внутрь время наступления толерантности зависит от дозировки, кратности и регулярности приема препарата и индивидуальных особенностей больного. Толерантность развивается и при применении пролонгированных форм нитратов. Показано,

что при использовании изосорбита-динитрата в дозе 10 мг 3 раза в сутки у большинства больных, у которых возникает толерантность к нитратам, она развивается на четвертой неделе приема. Существуют клинические и биохимические критерии на основании которых можно судить о толерантности к нитратам. Толерантность к нитратам можно выявить при повторных велоергометриях или других нагрузочных тестах, позволяющих оценить функциональное состояние системы кровообращения, холтеровском мониторинге ЭКГ, а также по нарушению сократительной функции миокарда, выявляемой при нагрузочной эхокардиографии и сцинтиграфии миокарда.

Важным является понимание механизмов влияния нитратов и развития толерантности к ним. В этом плане имеют значение следующие моменты.

Органические нитраты оказывают мощное коронародилатирующее действие по-видимому, только при нарушении функции эндотелия. При различных патологических процессах ишемия, реперфузионные нарушения, гипертензия, атеросклероз, вазоспазм. Тромбоз, сахарный диабет, эндотоксемия и др.- вызывают изменения секреции биологически активных веществ эндотелиальных происхождения, что несомненно влияет на сосудистый тонус. В последнее время эффект нитратов стали называть «заместительным», т.е. подобным эффекту сравнительно недавно открытого «фактора релаксации эндотелиального происхождения» (ФРЭГТ). Было доказано, что этим фактором является оксид азота NO. Эндотелийзависимая дилатация стимулируется влиянием на эндотелий ацетилхолина, тромбоза, бракинина, гистамина, вазоактивного кишечного пептида, увеличение кровотока, гипоксией эндогенными фармакологическими агентами. Было показано также, что кроме NO, существует еще один фактор релаксации, который выделяется из эндотелиальных клеток - фактор гиперполяризации - нестойкий метаболит арахидоновой кислоты. Он способствует релаксации путем открытия калиевых каналов. При этом существует зависимость от внутриклеточного кальция, кальмодулина и диаметра сосуда (АТФ независимый механизм). Наряду с факторами релаксации эндотелием секретируются мощные вазоконстрикторы - эндотелины.

Органические нитраты рассматриваются как «экзогенный ФРЭП». Их дилатирующее действие на периферические сосуды, особенно на венозные, в значительной степени определяет выраженность гемодинамического эффекта, обуславливающего в наибольшей степени антиангинальное и антиишемическое действие нитратов.

Особый интерес представляют биохимические, в основном внутриклеточные, вазодилатирующего эффекта органических нитратов. Было показано, что вазодилатирующий эффект органических нитратов зависит от их способности связываться с сульфгидрильными (SH) группами. Также было обнаружено, что вазодилатирующий эффект препаратов осуществляется через активацию фермента гуанилатциклазы, что приводит к внутриклеточному накоплению (в гладкомышечных клетках сосудистой стенки) цГМФ. Стимуляция гуанилатциклазы осуществляется после метаболизма органических нитратов в окись азота (NO). В 80-е годы сформировалось представление о том, что нитраты вначале взаимодействуют внутри гладкомышечной клетки с SH-группами, при этом на мембранах гладкомышечных клеток сосудов, в результате взаимодействия нитратов с сульфгидрильными группами образуется оксид азота (NO) либо S-нитрозотиолы, которые стимулируют гуанилатциклазу, активизируя цГМФ, вызывающую вазодилатацию. Процесс образования NO и S-нитрозотиолов идет при участии ферментов - 5-нуклеотилазы, паранитрофенилфосфатазы, глутатион S-редуктазы и другие. Развитие же толерантности к нитратам, объясняется дефицитом внутриклеточного содержания SH-груп, из-за чего снижается метаболическое превращение нитратов в NO и, следовательно, уменьшается их вазодилатирующий эффект. Итак, из клеточно-молекулярных биохимических причин развития толерантности к нитратам наиболее важным считают: истощение сульфгидрильных групп (SH групп), уменьшение активности гуанилатциклазы с выраженным снижением в тканях содержания цГМФ. Не исключено также, что причиной снижения содержания цГМФ в тканях может быть увеличение скорости его разрушения из-за повышения активности фермента цГМФ-фосфодиэстеразы.

Имеются указания на прямую зависимость между выраженностью нарушения обмена липидов и сердечной недостаточности и вероятностью развития толерантности к нитратам. Свободные радикалы кислорода и ЛПНП уменьшают продукцию NO.

Следует остановиться также на физиологических факторах, определяющих толерантность к нитратам.

К физиологическим факторам, участвующим в развитии толерантности к нитратам наряду с биохимическими механизмами, можно отнести:

- снижение почечного кровотока при приеме нитратов на 20%:

повышенную продукцию контррегулирующих нейрогуморальных факторов для поддержания адекватного почечного кровотока, причем уровни их в крови могут не отражать изменений в органах и тканях. Повышение активности агентов, вызывающих вазоконстрикцию и соответственно противодействующих сосудорасширяющему действию нитратов. О повышении ненейрогуморальной активности свидетельствуют увеличение ЧСС, активности ренина плазмы, а также повышение среднего АД и общего периферического сопротивления после внезапно прекращения введения нитроглицерина.

- увеличение внутрисосудистого объема вследствие преимущественно венозной дилатации, особенно при сердечной недостаточности. Можно предположить, что потенцирующее действие ИАПФ при комбинации их с ИСДН обусловлено в основном указанными тремя факторами, а также способностью стимулировать в эндотелии сосудов эндогенный синтез NO и простаглицлина благодаря вызываемому ИАПФ местному накоплению «эндогенного брадикинина, происходящего из эндотелия».

Существуют спорные вопросы биохимических механизмов развития и предупреждения толерантности к нитратам, которые еще изучаются.



Удк 616.12-005.4-008.331.1-053

Кудря І.П.

**ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОРНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ  
У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Важливу роль відіграє вплив психоемоційного стресу на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ), тому що стрес-реакції, обумовлені змінами активності симпатичної нервової системи та гемостазу призводять до ішемії міокарда й аномального руху його стінок, порушення кардіальної регуляції, інфаркту міокарда, гіпертензивних кризів, раптової смерті та когнітивних розладів.

Метою дослідження було визначити толерантність до стресу, здатність концентрувати увагу, ригідність пізнавального процесу за результатами психоемоційного тесту Струпа у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ залежно від віку.

Об'єктом дослідження були 52 хворих (33 чоловіка, 19 жінок) на ІХС у поєднанні з ГХ. Вік пацієнтів -  $60,88 \pm 1,05$ ;  $7,58$ ;  $58,77-62,99$  ( $M \pm SEM$ ;  $SD$ ; 95% CI, де  $M$  – середня,  $SEM$  – стандартна похибка;  $SD$  – стандартне відхилення, 95% CI – 95% довірчі інтервали для середньої), максимум – 74 роки, мінімум – 45, з них середнього віку – 27 (51,9 %), похилого – 25 (48,1 %) хворих.

Обстеження досліджених проводилось згідно стандартам України, в тому числі класичний психоемоційний тест Струпа, добове моніторування електрокардіограми та артеріального тиску. Стресорну активність визначали за результатами змін ЧСС, рівня АТ, наявності "ішемічних" змін електрокардіограми, гіпертензивних та гіпотензивних реакцій під час і після проведення психоемоційного стрес-тесту Струпа. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився параметричними та непараметричними методами.

У хворих середнього віку на ІХС у поєднанні з ГХ за результатами психоемоційного тесту Струпа визначено збільшення часу читання назв кольорів ( $M \pm SEM$ ;  $SD$ :  $264,86 \pm 17,33$  с.;  $90,06$ ;  $Pst=0,038$ , де  $M$  – середня,  $SEM$  – стандартна похибка;  $SD$  – стандартне відхилення,  $Pst$  – вірогідність різниці за двохибірковим  $t$  – критерієм Ст'юдента) та кількості помилок під час читання назв кольорів ( $12,29 \pm 1,31$ ;  $12$ ;  $Pst=0,027$ ), де колір шрифту відрізняється від значення слова, інтерференції пізнавального процесу (різниця часу виконання карти "кольорові слова" та карти "колір" у вигляді Т4 - Т2;  $132,59 \pm 13,03$  с.;  $67,7$ ;  $Pst=0,029$ ), проте вираженість таких змін була меншою, ніж у хворих похилого віку ( $308,7 \pm 16,91$  с.;  $84,56$  та  $17,16 \pm 1,69$ ;  $8,49$  і  $173,88 \pm 12,83$  с.;  $64,49$ ). Зниження швидкості та збільшення кількості помилок у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ похилого віку вказує на невисокий рівень здатності концентрувати увагу в умовах інформаційного навантаження. Інтерференція (ригідність/гнучкість) пізнавального процесу характеризує ступінь суб'єктивних труднощів у зміні способів переробки інформації в ситуації когнітивного конфлікту. Підвищена ригідність пізнавального процесу у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ похилого віку свідчить про наявність труднощів у переході від вербальних функцій до сенсорно-перцептивних через низький ступінь їх автоматизованості у порівнянні з хворими середнього віку.

Таким чином, визначено зниження толерантності до стресу, здатності до концентрації уваги, підвищення ригідності пізнавального процесу за результатами психоемоційного тесту Струпа у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ середнього віку, проте вираженість таких змін була меншою, ніж у хворих похилого віку.

УДК 616.24-002.5-085.357

Куліш М.В.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ  
З РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема лікування хворих із рецидивами туберкульозу легень залишається актуальною проблемою фізіїатрії. Причинами цього є невисока ефективність лікування хворих цієї групи, збільшення кількості випадків полірезистентного туберкульозу і те, що кількість рецидивів туберкульозу в останні роки не зменшується, а навіть збільшується. Сьогодні основним методом лікування хворих із рецидивами туберкульозу є хіміотерапія, але важлива роль відводиться патогенетичній терапії. Преднізолон є одним із засобів патогенетичної терапії, який найбільш часто призначається хворим на туберкульоз. В сучасній літературі майже не зустрічається робіт з цієї теми.

Тому, метою нашого дослідження було вивчення ефективності призначення преднізолону в лікуванні хворих із рецидивами туберкульозу легень.

Нами було проаналізовано 115 історій хвороби пацієнтів із рецидивами деструктивного туберкульозу легень (інфільтративна та дисемінована форма) з бактеріовиділенням, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері. 45 хворих (основна група) отримували протокольную хіміотерапію з призначенням преднізолону по 20 мг через день, зранку, одноразово, протягом не менше 2 місяців, з відміною препарату одноразово, без зниження дози, а 70 пацієнтів контрольної групи отримували лише хіміопрепарати. За характеристикою патологічного процесу хворі контрольної групи були ідентичні основній.

Ефективність проведеного лікування оцінювали за такими критеріями як строки нормалізації гемограми, припинення бактеріовиділення, розсмоктування інфільтративних та вогнищевих змін або їх ущільнення, загоєння каверн.

Отримані результати свідчили про те, що нормалізація гемограми спостерігалася у 78,57% хворих основної групи і 64,06% ( $p>0,05$ ) пацієнтів контрольної групи. Інфільтрація розсмокталася у 32 (71,11%) хворих, а каверни загоїлися у 20 (44,44%) пацієнтів основної групи, проти 43 (61,43%,  $p>0,05$ ) та 33 (47,14%,  $p>0,05$ ) - в контрольній відповідно. Абацилювання в основній групі відбулося у 29 (64,44%) осіб, а в контрольній – у 35 (50,0%).

Таким чином, кортикостероїдна терапія характеризується чітко вираженою тенденцією до підвищення ефективності протитуберкульозних препаратів, що дає підстави вважати гормонотерапію важливим компонентом лікування хворих із рецидивами туберкульозу легень.

УДК : 616.831-005.1-05332

*Курик О.В., Паламарчук О.І., Ходан Л.Я., Колюбакіна Л.В.*

### **ЩОДО ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ВЖК У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ.**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Враховуючи, що найбільш частим ураженням головного мозку недоношених дітей є внутрішньо-шлуночкові крововиливи (ВШК), частка яких залишається високою та обернено - пропорційною гестаційному віку, метою роботи було вивчення клінічно-діагностичних чинників ризику виникнення ВШК у недоношених дітей. Під спостереженням знаходились 44 недоношених дитини, які лікувалися в неонатальному центрі ОДКЛ №1. Першу клінічну групу сформували 23 немовлят, у яких шляхом нейросонографічного обстеження діагностовані ВШК I-II ступеня. До групи порівняння увійшла 21 недоношена дитина, обрана методом простої випадкової вибірки, без ознак ВШК. За статтю, середнім віком немовлят на момент поступлення та гестаційним віком при народженні групи порівняння були співставлюваними. Новонародженим проведені комплексні загально-клінічні та біохімічні дослідження, а отримані результати аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

При аналізі даних анамнезу відмічено, що майже у кожної другої жінки під час вагітності мала місце анемія на тлі хронічної фетоплацентарної недостатності та загрози переривання вагітності. У двох матерів дітей першої клінічної групи та в однієї з другої клінічної групи пологи ускладнилися передчасним відшаруванням плаценти. У 13% випадків матерів дітей з ВШК пологи закінчилися кесарським розтином. Усі діти народилися у головному передлежанні. При вивченні ймовірних критеріїв ризику виникнення ВШК виявлено, що інфекційно-запальні процеси урогенітальної сфери вдвічі частіше зустрічалися у матерів, діти яких увійшли до складу першої групи спостереження, причому відмінності виявилася статистично значущою. Вірогідно більшою для дітей першої групи виявилась і частота народження в асфіксії тяжкого ступеня, що потребувало проведення штучної вентиляції легень на етапі пологового будинку, а також наявність дихальних розладів у новонароджених.

При визначенні діагностичної цінності наведених чинників ризику виникнення ВШК у недоношених дітей отримані наступні показники: наявність інфекційно-запальних процесів урогенітальної сфери у матері – співвідношення шансів - 1,2 (95% ДІ (0,6-2,3); народження дитини в асфіксії важкого ступеня - співвідношення шансів - 4,2 (95% ДІ (1,5-11,7); наявність дихального дистресу - співвідношення шансів - 4,0 (95% ДІ (1,8-8,8); збереження важкості стану при надходженні до стаціонару - співвідношення шансів - 7,9 (95% ДІ (4,5-15,1).

Отже, народження немовлят в асфіксії важкого ступеня та наявність дихального дистресу в ранньому неонатальному періоді вірогідно підвищують ризик формування ВЖК, тому такі новонароджені повинні розглядатися як група серед недоношених дітей, особливо при збереженні важкості стану на момент поступлення у стаціонар.

УДК: 14.01.16

*Масік О.І.*

### **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОЛЬОРОВОГО СПРИЙМАННЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕННЯХ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Актуальність проблеми. Існуючі теорії сприймання кольорів органом зору людини не дають остаточного уявлення про відповідні механізми рецепції поліхроматичних гармоній, селективності по відношенню до динаміки кольорових спектрів, психоемоційної оцінки кольорових гармоній та їх впливу на психофізичний статус людини. Колірна чутливість людини, пороги кольорового сприйняття пов'язані з її емоційним станом. Для радісного стану характерний низький поріг сприйняття кольорів, сумний настрій характеризується зворотним співвідношенням кольорних порогів. Психофізіологічний вплив кольору на людину в емоційному плані дуже великий. Колір може заспокоювати, хвилювати, радувати, печалити, пригнічувати й веселити, викликати відчуття теплоти й холоду, бадьорості й втоми, розширювати та звужувати простір, стимулювати зір, мозок, нерви; допомагати лікуванню хворих. Таким чином, взаємозв'язок кольору і емоцій є багаторівневим. По-перше, кольори і їх поєднання є символами емоцій, їх зовнішнім втіленням; по-друге, емоційні стани людини впливають на ситуативне відношення до кольору (зміни колірної чутливості, кольорних переваг); по-третє, стійкі емоційні особливості суб'єкта також знаходять своє віддзеркалення в різних варіантах кольорних переваг. Подібна поліфункціональність кольору, з одного боку, робить його унікальним засобом вивчення емоційної сфери людини, але з іншого, — лежить в основі неоднозначності в оцінках спостережуваних феноменів. Взаємозв'язок емоцій і кольору є закономірним, обумовленим, як психофізичними характеристиками кольору, так і психофізіологічною організацією людини. Виходячи з цього, певні форми

відношення до кольору у людини несуть інформацію про його індивідуальні і типологічні якості — темперамент, характер і особу.

Мета дослідження: визначити особливості кольорового сприймання в залежності від емоційного стану людини та психічного здоров'я.

Для досягнення мети використовували: шкали Дембо-Рубінштейна, методики кольорового вибору, методика САН (самопочуття, активність, настрої), проводилась оцінка свого фізіологічного стану через сприйняття.

Результати дослідження. В дослідженні приймали участь 32 здорових особи (17 жінок і 15 чоловіків) середній вік яких становив  $22 \pm 2,9$  роки, що склали контрольну групу і 49 чоловік основної групи, 40 з яких - хворих на шизофренію (середній вік  $37 \pm 10,4$  років), 9 пацієнтів з розумовим зниженням (середній вік  $38 \pm 13,8$  років).

Всім досліджуваним пропонувалось асоціювати поняття здоров'я, розумових здібностей, щастя, доброзичливості з певним кольором та асоціювати ці поняття з власним з здоров'ям, розумовими здібностями, щастям, доброзичливістю, оцінюючи їх за 100-бальною шкалою.

Пацієнти контрольної групи кольори і відтінки відмічали попарно, тоді як у хворих вибір кольору хаотичний, порушена класифікація, що дає підставу стверджувати про розлади мислення обстежуваних основної групи.

Отриманий середній показник самооцінки перевищує 75%, що говорить про завищену самооцінку при середніх показниках САН (5,2; 4,73; 5,2) у здорових осіб.

Середній показник суб'єктивної оцінки за шкалою «здоров'я» становив серед обстежених  $86 \pm 14,5$  балів та асоціювався з синьо-зеленим (25%), жовтим (25%) і фіолетовим (18,75%) кольорами. Показник «власного здоров'я» оцінювали у  $78 \pm 14,5$  балів в асоціації з синьо-зеленим (25%), жовтим (21,87%) кольором.

Середній показник суб'єктивної оцінки за шкалою «розуму» становив  $86 \pm 12$  балів в поєднанні з синім (21,87%), фіолетовим (21,87%) кольорами, а «власний розум» -  $74 \pm 14$  балів - з синьо-зеленим (28,13%), синім (18,75%) кольором. Інтерпретація цих кольорів - інтенсивна потреба в приємному спілкуванні і задоволенні, чутливість, прагнення до гармонії, до емоційних переживань (за Люшером).

Активна участь і висока активність «щастя» становила  $85 \pm 16,9$  балів і асоціювалась з фіолетовим (37,5%), червоним (21,87%) жовтим (21,87%), а «власне щастя»  $74 \pm 16,9$  балів в асоціації з фіолетовим (40,63%), червоним (21,87%) кольорами. Інтерпретація цих кольорів - сприйняття збудження для розрядки напруги, очікування зустрічей розкриття, метушливість, втеча від проблем, ілюзорне очікування майбутнього (за Люшером).

Середній показник суб'єктивної оцінки за шкалою «доброзичливості» складав  $80 \pm 14,7$  балів в асоціації з синьо-зеленим (28,12%) та жовтим (25%) кольорами, а «доброзичливого ставлення оточуючих» оцінювали у  $73 \pm 18,8$  балів - жовтий (31,25%) та фіолетовий (28,12%) колір.

Інтерпретація цих кольорів – самоствердження, спонтанне бажання грати певну роль, сенсibilізація, магічно-еротичне ототожнення, прагнення чарувати, чуттєвість, навіюваність, активна участь і висока активність.

Висновки:

В більшості випадків хворі відмічали зниження активності (1-4,1 бали при середніх значеннях 4,5, у здорових 5,1), проте самопочуття та настрої вважали задовільними.

За розташуванням кольорів хворі вибирали асоціації кольорів різної кольорової гами, що свідчить про порушення класифікації, особливість протікання процесів мислення, яке характерне для шизофренії.

Кольоровий вибір хворих відрізняється вибором більш темних кольорів з переважанням темно-синього кольору, неадекватно завищеною оцінкою свого стану та зниженням активності.

Використання методики кольорового вибору в поєднанні з іншими методиками має діагностичне значення і може використовуватись як ознака передхворобливих станів, або латентному протіканні хвороби.

УДК 616.248-059.3-085

Марусик У.І., Олексик О.П., Яворська К.С., Шпеня К.М., Мандришора Н.М.

### ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Бронхіальна астма (БА) належить до поширених захворювань та є однією із актуальних проблем педіатрії. Згідно Глобальної стратегії лікування та профілактики БА вважається, що адекватна терапія дозволяє в більшості випадків контролювати клінічні прояви захворювання. Однак, на практиці повний контроль цієї патології при використанні стандартних схем лікування, реєструється лише у 60% пацієнтів. У решті випадків доводиться вдаватися до більш високих доз інгаляційних глюкокортикостероїдів (ГКС), що збільшує ризик розвитку побічних ефектів.

Недостатня ефективність ГКС у ряді випадків зумовила необхідність застосування в комплексі базисної терапії БА в дітей нових протизапальних медикаментів, здатних впливати на еозинофільний і нееозинофільний типи запалення та/або посилювали контролювальну терапію. З цієї точки зору, перспективним слід визнати Нуклеїнат, клінічна ефективність якого наразі вивчена у дорослих, які хворіють на БА, у яких даний препарат дозволяє значно покращити її перебіг.

Оскільки Нуклеїнат володіє протизапальним ефектом, можна припустити, що його застосування в комплексі базисної терапії БА в дітей призводитиме до підвищення контролю даного захворювання.

Мета: покращити ефективність контролювальної терапії БА в дітей шляхом використання як компоненту комплексної терапії препарату Нуклеїнат.

Методи та результати дослідження. Обстежено 89 школярів, хворих на БА,

у періоді ремісії. Дослідження проводилося двічі сліпим рандомізованим плацебо-контрольованим методом.

Із застосуванням таблиці випадкових чисел хворих розподіляли на дві клінічні групи. До першої (I) клінічної групи увійшли 45 хворих, які в комплексі базисної терапії приймали Нуклеїнат в дозі 0,25 г на добу протягом 21 дня. Другу (II) клінічну групу сформували 44 дітей, які замість даного препарату отримували плацебо.

За статтю, віком, ступенем контролю БА та типом протизапальної терапії групи порівняння вірогідно не відрізнялися.

Усім дітям проводилась бальна оцінка контролю БА за допомогою опитування на початку та наприкінці проведення курсу протизапальної терапії. Анкета відображала клінічні ознаки перебігу бронхіальної астми, які оцінювали за чотирибальною системою (сума балів I, максимальна – 28), та динаміку даних спірографічного дослідження (сума балів II, максимальна – 8). Ефективність контролюваної терапії аналізували за даними загальної суми балів таким чином, що за умови погіршення контролю БА сума балів зростала.

Окрім загальноприйнятих клінічних досліджень, оцінювали гіперсприйнятливості дихальних шляхів, при цьому гіперчутливість бронхів визначали з урахуванням провокуючої концентрації гістаміну (PC20H), а гіперреактивність – за даними показника дозозалежної кривої (ДЗК).

Встановлено, що під впливом проведеного курсу лікування дітей, які в комплексній терапії приймали Нуклеїнат, вірогідно покращився рівень контролю БА, тоді як у II клінічній групі відмічено лише нечітку тенденцію до його оптимізації. Так, загальна сума балів у пацієнтів I клінічної групи до лікування становила  $17 \pm 0,9$ , а після –  $14,6 \pm 0,9$  балів ( $p < 0,05$ ), а у дітей другої групи –  $14,8 \pm 1,0$  та  $15,3 \pm 1,1$  балів ( $p > 0,05$ ) відповідно. Одержане покращення клінічного перебігу бронхіальної астми у дітей при використанні Нуклеїнату у комплексі контрольованої терапії пояснювали ймовірним зменшенням проявів запального процесу у бронхах.

Також слід зазначити, що у результаті отриманої терапії у I клінічній групі зниження суми балів оцінки ефективності терапії спостерігалось у  $88,9 \pm 4,7\%$  хворих, а серед пацієнтів, які отримували плацебо, – лише у  $22,7 \pm 6,3\%$  випадків ( $p < 0,05$ ).

На фоні проведеної терапії в обох групах порівняння виявлено зниження гіперчутливості бронхів у вигляді підвищення провокуючої концентрації гістаміну, однак, у I клінічній групі воно було статистично достовірним. Так, PC20H у I клінічній групі становив  $1,3 \pm 0,2$  мг/мл до лікування та  $3,4 \pm 0,7$  мг/мл ( $p < 0,05$ ) після отриманої терапії, у представників II клінічної групи даний показник сягав  $1,8 \pm 0,3$  мг/мл та  $2,6 \pm 0,5$  мг/мл ( $p > 0,05$ ) відповідно.

Також після проведеного лікування, у дітей I клінічної групи, спостерігалось вірогідне зниження гіперреактивності дихальних шляхів за даними дозозалежної кривої (ДЗК). Так, ДЗК у I клінічній групі становила 1,59 у. о. до лікування та 1,19 у. о. ( $p < 0,05$ ) після отриманої терапії, у представників II клінічної групи даний показник сягав 1,3 у. о. та 1,4 у. о. ( $p > 0,05$ ) відповідно. На нашу думку, отримані результати можна пояснити зниженням запального компоненту гіперсприйнятливості бронхів під впливом комплексного лікування.

Висновки. 1. Застосування Нуклеїнату у комплексі контрольованої терапії БА у дітей дозволяє досягти кращого рівня контролю (зниження відносного ризику недостатнього контролю БА у пацієнтів I клінічної групи становило 57,2%, атрибутивного ризику – 69,6%). Мінімальна кількість хворих, у яких необхідно застосовувати Нуклеїнат у комплексній терапії для досягнення хоча б одного випадку підвищення якості контролю БА, становила 2.

2. Використання Нуклеїнату у комплексі базової терапії БА у дітей дозволяє вірогідно знизити гіперчутливість бронхів. При цьому ризик збереження виразної гіперчутливості дихальних шляхів за використання традиційної протизапальної терапії є вищим порівняно з комплексом, що включає Нуклеїнат (співвідношення шансів = 1,4; 95% ДІ 0,9-2,2).

УДК: 616.89-008./343.913

**Мельник А.В.**

### **КЛІНІКО-ОСОБИСТІСНІ КРИТЕРІЇ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Метою роботи було установлення критеріїв суспільної небезпеки хворих на алкоголізм з гострими алкогольними психозами (ГАП). Об'єктом дослідження було 75 хворих з ГАП під час яких (делірію, галюцинозу, параноїду) були скоєні СНД та до яких застосовані примусові заходи медичного характеру.

Основними методами досліджень були анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, судово-психіатричний аналіз генезу скоєння СНД.

Результати дослідження виявили клінічні, особистісні та соціальні критерії суспільної небезпеки хворих на алкоголізм у яких виникають ГАП. До клінічних потенційних суспільно небезпечних чинників відносяться: наявність органічно неповноцінного ґрунту, сформування алкоголізму в молодому віці (19-29 років), виникнення ГАП протягом перших 5–10 років перебігу алкоголізму – рецидивуючий тип перебігу ГАП, перший рік після перенесеного ГАП (як найбільш верегідне виникнення ГАП) експлозивний варіант клінічної форми алкогольного сп'яніння; швидкоінтensiva поліморфна симптоматика ГАП. Особистісні потенційні критерії – преморбідні особистісні особливості за нестійким типом; зміни особистісних особливостей за психопатоподібним типом, негативні соціальні особистісні настанови; експлозивний тип реагування; схильність до асоціальної поведінки; афективна ригідність, відкриті руйнівні тенденції, схильність до накопичення негативних емоційних переживань, імпульсивність поведінки та непередбаченість вчинків, високий ступінь впливу зовнішніх чинників на формування емоційного реагування, тривожність, напруженість, неспокій, високий індекс ворожості, агресивності, жорстокості.



УДК: 616.895.8–085+616.89–008.12–02

Мельник В.І., Мельник А.В.

**КРИТЕРІЇ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Метою роботи є виявлення критеріїв суспільної небезпеки хворих на шизофренію, які скоїли СНД, для використання отриманих даних в психіатричних закладах. Об'єктом дослідження було 107 хворих на шизофренію, які скоїли СНД, та до яких було застосовано примусові заходи медичного, судово-психіатрична документація. Основними методами дослідження були анамнестичний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, метод судово-психіатричного аналізу ґенезу скоєних СНД.

В структурі скоєних дослідженими хворими СНД переважали агресивні дії (62,9 %), серед яких кожне четверте (25,2 %) – вбивство. У більшості випадків вони скоювали вбивства членів своєї сім'ї. При скоєнні СНД 39,3 % хворих перебували в стані алкогольного сп'яніння, що вказує на високе криміногенне значення інтоксикації для даного контингенту хворих. У 70,1 % випадків в ґенезі СНД беруть участь клінічні, особистісні та соціальні чинники, у 13,1 % – клінічні та особистісні, у 5,6 % – клінічні та соціальні, у 11,2 % – клінічні чинники. Криміногенними клінічними чинниками даних хворих були параноїдна форма з безперервно-прогресивним перебігом хвороби і помірним темпом, стадія розгорнутої клінічної картини, провідні паранояльні (38,3 %) та галюцинаторно-параноїдний (32,7 %) синдроми, тривалість хвороби в інтервалі 5-20 років; особистісними – асоціальні особистісні настанови (83,2 %), високий (32,7 %) та середній (43,9 %) рівень реактивної тривожності; високий (у 57,9 %) і середній (у 42,1 %) рівень особистісної тривожності, високий (у 56,1 %) і середній (у 38,3 %) рівні агресивності; соціальними – низька соціальна адаптація, проживання в скрутних матеріальних умовах (59,8 %), конфліктних умовах (67,3 %), зловживання психоактивними речовинами (60,7 %), кримінальний досвід (56,4 %), негативне мікросередовище оточення.

УДК: 616.89–008/343.913

Мельник В.І., Мельник А.В., Железко О.В.

**СТРУКТУРА СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ СКОЄНИХ ХВОРИМИ В ПЕРІОД ХРОНІЧНИХ АЛКОГОЛЬНИХ ГАЛЮЦИНОЗІВ**

Український НДІ соціальної та судової наркології, м. Київ

Кількість хворих на алкогольні психози в Україні, щорічно зростає, що відображається і на зростанні кількості суспільно небезпечних дій (СНД), які скоюють хворі під час алкогольних психозів.

Метою роботи є установлення структури суспільно небезпечних дій (СНД), скоєних хворими на алкоголізм під час затяжних алкогольних галюцинозів для оцінки їх суспільної небезпеки. Об'єктом дослідження було 25 хворих з затяжними алкогольними галюцинозами, які скоїли СНД та перебували на примусовому лікуванні. Основними методами дослідження були анамнестичний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний.

Серед досліджених хворих переважали (72 %) хворі у віці 30-49 років. Майже половина (48 %) хворих мала кримінальний досвід – скоїли неодноразові злочини, за які відбували різні строки покарання в місцях позбавлення волі. В період хронічних алкогольних галюцинозів досліджуваними хворими було скоєно 31 СНД (4 хворих скоїли СНД проти декілька осіб), із яких 29 (93,5 %) носили агресивний та 2 (6,5 %) неагресивний характер. В структурі скоєних дій 71 % складали вбивства та спроби вбивства, 16,2 % тяжкі тілесні ушкодження, 3,2 % – зґвалтування, 3,2 % хуліганські дії та СНД, 6,4 % – інші. Більше ніж кожна третя агресивна СНД (37,9 %) була спрямована на членів сім'ї (батьків, дружину, дітей, родичів), 31 % – на сусідів, 20,6 % – на знайомих та 10,4 % – на незнайомих осіб. Отже, хворі на алкоголізм під час перебігу у них хронічного алкогольного галюцинозу є дуже суспільно небезпечні. Найбільшу небезпеку життю та здоров'ю вони несуть особам із найближчого оточення. Це вказує на те, що психіатри та наркологи амбулаторної психіатричної та наркологічної служб мають звертати особливу увагу на даний контингент хворих.

УДК 615.711.5

Мормоль І.А.

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ З УРАХУВАННЯМ ГЕНОТИПУ**

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Протягом останнього десятиріччя в Україні спостерігається значне зростання захворюваності населення на хвороби нирок.

Наявність ураження нирок у хворого часто призводить до розвитку ренопаренхімної артеріальної гіпертензії (РПАГ), яка вважається другою після ЕГ причиною підвищення АТ. За літературними даними, частота виникнення РПАГ при піелонефриті становить від 33 до 63%.

Роль генетичних чинників в розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) на сучасному етапі розвитку медичної науки є доведеною.

Ангіотензин II (АТ-II) вважають найбільш активною ланкою РАС, він викликає вазоконстрикцію, впливаючи на гладенькі м'язи судин. Вплив АТ-II на нирки полягає в модуляції ниркового кровотока, швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), тубулярної реабсорбції натрія і води.

Перспективним з огляду на патофізіологічні механізми впливу АТ- II на рецептори 1 та 2 типу є використання антагоністів рецепторів ангіотензину- II, що селективно блокують рецептори 1 типу, з метою збереження позитивного впливу активації АТ- II р2 (вазоділяція, антипроліферативний ефект) у хворих хронічним пієлонефритом з артеріальною гіпертензією.

Один із препаратів цієї групи – кандесартан, що має високу спорідненість до АТ1Р та клінічну ефективність і добре переноситься хворими. Описано більше 10 видів поліморфізму АТ1Р. Частіше вивчається нонсенс-мутація А1166С, в якій аденін (А) в 1166 положенні змінюється на цитозин (С).

Дані літератури щодо асоціації поліморфних факторів гена судинного рецептора АТ-II Р1 з розвитком та перебігом АГ при захворюваннях нирок є суперечливими і стосуються здебільшого гломерулярних уражень. Все це обумовлює необхідність вивчення поліморфізму гена судинного рецептора АТ-II Р1 А1166С у хворих на РГ на тлі хронічного пієлонефриту.

Мета роботи – вивчити поліморфізм А1166С у хворих на РГ, яка розвинулась внаслідок тубулоінтерстиціального ураження нирок, вивчити особливості перебігу захворювання та оцінити антигіпертензивну ефективність кандесартану, в залежності від генотипу.

Матеріали і методи дослідження. Нами обстежено 50 чоловіків віком від 25 до 60 років ( $46,21 \pm 2,33$ ), що страждали на РГ. Хворим призначали електрокардіографічне та ехокардіоскопічне дослідження, огляд очного дна, реоенцефалографію, консультації офтальмолога, невропатолога, генетичне дослідження з метою вивчення алелі поліморфної дільниці (А1166С) гена судинного рецептора АТ-II Р1.

В якості антигіпертензивної терапії призначали кандесартан цилексетил в дозі 4-24 мг на добу одноразово вранці у вигляді монотерапії, при необхідності комбінували з гіпотіазидом 25 мг на добу чи амлодипіном 10 мг на добу, в залежності від генотипу.

Після проведеного лікування та через рік хворим проводили повторне обстеження з використанням загальноклінічних та спеціальних методів дослідження з метою вивчення антигіпертензивної дії кандесартану.

Результати та їх обговорення.

Основним завданням першої частини дослідження було визначення розподілу частот генотипів і алелів гена рецептора АТ II Р1 серед полтавської популяції. Виявлена висока частота алеля А і генотипів АА та АС серед хворих на РГ. Серед здорових осіб частота генотипів була наступною: АА – 51%, АС – 34%, СС – 15%, алель А – 85%, алель С – 49%.

У свою чергу присутність алеля А пов'язана з більш високими цифрами максимального АТ. Це дозволяє зробити висновок, що наявність алеля А серед хворих є прогностично несприятливою ознакою щодо розвитку і перебігу РГ.

За дозою кандесартану пацієнти були розподілені на 3 групи: 4-6 мг/добу; 12-16 мг/добу; хворі, які потребували комбінованої терапії (додавали гіпотіазид 25 мг/добу – 2 випадки, амлодипін мг/добу – 1 випадок за показаннями). Всі хворі добре переносили лікування, адекватна корекція АТ досягнута впродовж 10-14 днів у 75% хворих, впродовж 12 місяців у всіх хворих. Погіршення стану, непереносимість препарату, неефективність лікування не відмічали в жодному разі.

Висновки.

1. У хворих на РГ, що розвинулась на тлі хронічного пієлонефриту генотип АА виявлений у 46% хворих, АС у 48% хворих, а генотип СС у 6% відповідно. Алель А присутній у 94% хворих на РГ, що більше ніж серед здорових осіб.

2. Більша частота алеля А серед хворих на хронічний пієлонефрит за наявності або відсутності РГ є прогностично несприятливою ознакою щодо розвитку і перебігу РГ.

Тяжкий перебіг та вищий рівень максимального САТ та ДАТ мали хворі з генотипом АС та АА.

Найкращий ефект гіпотензивної терапії досягнуто в групі пацієнтів з генотипом АА, потім АС та СС.

Кандесартан у вигляді монотерапії був ефективний у всіх пацієнтів з генотипом АС і СС, двоє хворих з генотипом АА потребували комбінованої терапії ( додавали гіпотіазид 25 мг на добу- 1 випадок, амлодипін 5 мг на добу- 1 випадок).

УДК 616.12-331.1

*Мохначов О.В., Мякінькова Л.О.*

### **ОСВІТНІ ПРОГРАМИ В ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Артеріальна гіпертензія (АГ) – це хронічне захворювання, що супроводжується стійким підвищенням артеріального тиску (АТ) (систолічного – вище 139 мм рт.ст., діастолічного – вище 89 мм рт. ст.). Перевищення означених меж, а для окремих категорій пацієнтів, перевищення більш низьких показників, супроводжується значним підвищенням ризику розвитку загрозливих серцево-судинних ускладнень (ССУ) (інфаркт міокарду, інсульт, серцева недостатність).



В нашій країні приблизно у 40% дорослого населення визначається підвищений рівень артеріального тиску, з них знає про своє захворювання менше половини, з них лікується – приблизно 25% чоловіків та 45% жінок, з них, ефективно – третя. Згідно існуючих стандартів, проблема лікування артеріальної гіпертензії покладена на лікарів загальної практики-сімейної медицини, терапевтів, а наслідками неадекватного лікування займаються «вузькі» спеціалісти. Незважаючи на широку ознайомленість з проблемою АГ, викоренення поняття «робочий тиск» - АГ, при якій пацієнт має підвищений АТ, але почувається задовільно, а лікар у своїй лікувальній програмі не може досягти цільових рівнів АТ, залишається злободенним. Згідно чисельним сучасним дослідженням лікування пацієнта з АГ повинно складатися з корекції модифікованих факторів ризику, виявлення етіології вторинних АГ, призначення немедикаментозних та медикаментозних методів лікування з досягненням цільових рівнів АТ.

Метою роботи було побудова освітньої програми для пацієнтів з АГ для підвищення прихильності до лікування та покращення ефективності антигіпертензивної терапії пацієнтів, які знаходяться на стаціонарному та амбулаторно-консультативному лікуванні на базі Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансера.

Під керівництвом д.мед.н., професора І.П.Катеренчука, було створено та апробовано комп'ютерну освітню програму для пацієнтів з АГ, яка включає відповіді на розповсюджені запитання пацієнтів стосовно причин виникнення АГ, категорій пацієнтів високого ризику розвитку ССУ, основ лікування (дієтотерапія, особливості рухового режиму та особливості уподобання до антигіпертензивної терапії); представлені методи визначення надлишкової ваги тіла, розрахунок індекса маси тіла; роль тютюнопаління в розвитку та прогресуванні АГ, атеросклерозу; наголошено на необхідності досягнення цільового рівня АТ. Представлені наочні приклади, які дозволяють пацієнту усвідомити можливий його власний внесок в боротьбі з захворюванням: кожні надлишкові 4,5 кг підвищують АТ на 4 мм рт.ст., ризик виникнення цукрового діабету при ожирінні зростає до 10 разів, а зниження маси тіла на 1 кг, зменшує АТ на 2 мм рт.ст., мінімальна фізична активність 30 хвилин на день запобігає розвитку інфаркта міокарда більш ефективно, ніж різноманітна метаболічна терапія та ін. Досконала конгруентність між лікарем та пацієнтом підвищує ефективність проводимої терапії, збільшує шанси останнього на якісний рівень життя.

Освітня програма апробована на базі ПОККД, планується її подальше впровадження в профільних лікувальних установах.

УДК 615.32:549.456.1

Мякинкова Л.А., Катюхин О.В.

### МАГНИЙ-АКЦЕНТИРОВАННЫЕ ЭФФЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Высшее государственное учебное заведение Украины "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

**Введение.** Исследования последних лет [14, 19] показывают, что дефицит магния проявляется не только в неврологических и кардиологических симптомах (депрессии, нервозность, бессонница, тахикардии, артериальная гипо- и гипертензия), но и в нарушениях иммунологического статуса вплоть до провокации онкопатологии, нарушениях углеводного обмена в виде начальных стадий сахарного диабета и так называемого синдрома хронической усталости.

Дефицит магния проявляется в:

1. психо-неврологических расстройствах (тревожности, депрессии, дисфории, снижение концентрации внимания, повышенной раздражительности, гиперрефлексии, мнестических расстройствах, головокружении, нарушениях сна, синдроме хронической усталости);
2. сердечно-сосудистых нарушениях (ангиоспазм, повышение и колебания артериального давления, электрическая нестабильность миокарда – нарушения сердечного ритма, синдром удлиненного QT на электрокардиограмме);
3. висцеральных нарушениях, в первую очередь – нарушениях моторики внутренних органов (бронхо- и ларингоспазме, нарушениях моторики кишечника и желчных путей, расстройствах стула, пилороспазме);
4. мышечно-тетанических симптомах (парестезии, тетании, судороги скелетных мышц, увеличение тонуса матки, выкидыши);
5. метаболических нарушениях (толерантности к глюкозе);
6. электролитных нарушениях (нарушение внутриклеточного содержания калия и кальция и тем самым провокация гипертонуса сосудов, апоптоз клеток и их электрической нестабильности).

Нормальный уровень магния в организме человека признан основополагающей константой, контролирующей здоровье человека [5, 12]. На основе многочисленных плацебо контролируемых исследований доказано, что магний снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонической болезни, аритмических, тромбоэмболических осложнений при ИБС, обладает антиагрегационным действием [15, 16]. Антагонизм с ионами кальция определяет реологическое, сосудорасширяющее действие магния, способность урежать пульс и тем самым также снижать потребление кислорода миокардом [18]. Магний обеспечивает возможность метаболизма около 300 ферментов: креатинкиназы, аденилатциклазы, фосфофруктокиназы, NAD<sup>+</sup>-киназы, K<sup>+</sup>-Na<sup>+</sup>-АТФ-азы, Са-АТФ-азы. Магний участвует в реакциях окислительного фосфорилирования, синтезе белка, циклах мочевины, глюкозы и лимонной кислоты, обмене нуклеиновых кислот и липидов, а также в образовании богатых энергией фосфатов [6, 14].

При дефиците магния снижается антиоксидантная защита. Недостаток магния объясняет частое развитие инсулинорезистентности, ожирения, метаболического синдрома, который сопровождается развитием нарушений углеводного обмена и сахарного диабета, заболеваний желчевыводящей и гепатобиллиарной систем [11].

Маскированные магний-дефицитные состояния:

- Ишемия (сердечно-сосудистая, церебральная, мышечная)
- Гипер- и гипотония, аритмии
- Дискинезии желчных путей и кишечника
- Сахарный диабет (метаболический синдром)
- Неврозы и депрессии, головокружение
- ПМС, невынашивание беременности
- Судорожный синдром, парестезии
- Диффузные и локальные ревматические боли
- Начальные проявления моче- и желче-каменной болезни

Отличительной чертой магний-дефицитных состояний является их часто скрытый характер, связанный, во-первых, с малой информативностью, неспецифичностью и полиорганностью симптоматики, а так же отсутствием четкого лабораторного критерия – уровень магния в крови мало коррелирует с его внутриклеточным содержанием в органах и тканях. Поэтому ориентироваться приходится в первую очередь на главные клинические признаки: общие – судороги скелетной мускулатуры, расстройства внимания и памяти, нарушения сна, депрессивные состояния, диффузные ревматические боли, скачки артериального давления; местные – болезненные мышечные уплотнения (фибромиалгия или фибромиозит).

Усугубляют или провоцируют магниевый дефицит:

Желудочно-кишечные заболевания, нарушающие всасывание магния в кишечнике

Неполноценное минерало-дефицитное питание

Прием глюкокортикоидов и стероидов (в т.ч. в спорте)

Прием мочегонных

Высокий уровень психо-эмоционального напряжения

Высокие физические нагрузки (не только требующие повышенных количеств иона магния для обеспечения нервно-мышечной деятельности, но и обуславливающие усиленное выведение магния с потом).

Применение солей магния корректирует [13, 15, 18]:

психо-неврологические расстройства (страх, тревога, депрессия, дисфория, снижение концентрации внимания, повышенная раздражительность, гиперрефлексия, мнестические расстройства, головокружение, нарушения сна, синдром хронической усталости);

сердечно-сосудистые нарушения (ангиоспазм, повышение артериального давления, электрическая нестабильность миокарда – нарушения сердечного ритма, синдром удлиненного QT на электрокардиограмме);

висцеральные нарушения (бронхо- и ларингоспазм, расстройства стула, боли в животе, тошнота, рвота, пилороспазм);

мышечно-тетанические симптомы (парестезии, тетании, судороги скелетных мышц, увеличение тонуса матки, выкидыши);

метаболические нарушения;

электролитные нарушения (способствует нормализации внутриклеточного содержания калия и кальция и тем самым снижает тонус сосудов, предотвращает апоптоз, некроз клеток и их электрическую нестабильность).

Таким образом, локальное и общее восполнение дефицита магния крайне необходимо для восстановления нормальной работоспособности внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной систем.

*Цель работы.* Изучить возможность магний-акцентированной физиотерапии в лечении патологии опорно-двигательного аппарата и сопутствующих заболеваний.

Хронический болевой синдром в мышцах является одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью [1, 8]. В зависимости от причины, выделяют вертеброгенный и невертеброгенный (в том числе обусловленный висцеральной патологией, психогенный и миогенный) болевой синдром [10].

Клиническим эквивалентом миогенной боли является миофасциальный болевой синдром (МФБС) – хроническая локальная или сегментарная боль по ходу мышц, их уплотнение в виде тяжей, с формированием еще более плотных участков - «триггерных точек» (ТТ). ТТ – область уплотнения мышечных волокон размером 2-5 мм. Проявляется спонтанной болезненностью при нагрузке или пальпации вовлеченной в МФБС, мышцы [10]. Источниками формирования ТТ могут быть грудные, лестничные мышцы, грудинная часть грудино-ключично-сосцевидной, трапециевидная, поднимающая лопатку мышца, широчайшая мышца спины, ромбовидные и др. мышцы. По разным данным, распространенность МФБС в популяции колеблется от 7 до 30% в зависимости от возрастной категории населения.

Известно, что магний стабилизирует клеточную мембрану, уменьшая ее проницаемость, являясь естественным антагонистом  $\text{Ca}^{++}$ , способствует его депонации, уменьшает возбудимость нервно-мышечной системы, участвует в работе  $\text{K}^{+}\text{-Na}^{+}\text{-АТФ-азы}$ ,  $\text{Ca-АТФ-азы}$ , тем самым, нормализует трансмембранные потенциалы мышечных клеток [17]. Клинически  $\text{Mg}^{++}$  оказывает антиспастическое, миорелаксантное действие на гладкомышечные волокна мускулатуры внутренних органов и сосудов, что проявляется в спазмолитическом и гипотензивном действии. Таким образом, восполнение локального и общего баланса ионов магния может быть вполне рациональным в ведении МФБС.

В комплексном подходе к лечению МФБС патогенетически обоснованным является:

- 1) снижение импульсации из патологического очага в ЦНС;
- 2) подавление воспалительной активности;
- 3) подавление мышечного тетануса.

Этим требованиям отвечает использование в комплексе лечения МФБС солей магния. Магний играет центральную роль в регуляции нервной активности, нейро-мышечной передачи, мышечного тонуса. Является природным конкурентом кальция, снижает его внутриклеточную концентрацию, стимулируя его секвестрацию в клетке, оказывая спазмолитическое, миорелаксантное действие, уменьшает патологическую импульсацию и возбудимость нервной системы [4, 5].

С целью воздействия на порочный круг боли на разных этапах лечения МФБС используют методы фармакотерапии, бальнеотерапии, физиотерапии, методов физического восстановления (аэробных нагрузок). Из физиотерапевтических методов реабилитации широко апробированы методики сочетанного применения электрофореза, магнитотерапии, ультрафонофореза с бишофитом Полтавского месторождения, состав которого отличается высоким содержанием солей магния (до 100 г/л) [2]. Водорастворимые соли хорошо всасываются через кожные покровы, легко создавая высокие концентрации в очаге поражения. Кроме того, в состав бишофита входят макро-, микроэлементы (бром, йод, железо, цинк, марганец, медь, молибден, селен), участвующие в синтезе гормонов, ферментов и других биологических субстратов, оказывающие комплексное адаптогенное, общеукрепляющее, иммуностимулирующее действие [7, 9].

Магний-содержащий минерал бишофита Полтавского имеет природное происхождение, хорошо переносится при наружном применении, имеет взаимоусиливающий эффект в применении с преформированными физическими факторами – электрофорезом (биполярно), магнитофорезом, ультрафонофорезом, совместно с Соллюксом и Биоптроном [2, 8]. Бишофит расширяет возможности и усиливает тепловые эффекты озокерита. Широко используется в гальванических и вихревых ваннах. Разработаны и внедрены методики использования бишофита для массажа, в комплексе мануальной терапии и ЛФК.

**Методика.** Для выяснения магниевых эффектов бишофита в 1 группе больных (n=114) применялся ультрафонофорез бишофита (ультразвук в импульсном или постоянном режиме 0,2-0,5 Вт/см.кв. лабильно-стабильная методика над и вокруг ТТ, 10 мин.) + гидрокинезотерапия в бассейне с морской водой (свободные движения туловища, вытягивающие упражнения у бортика, лечебное плавание брассом). В группе 2 (n=36, контроль) применялась лечебная гимнастика в зале лечебной физкультуры. У пациентов обеих групп оценивались в динамике - симптом Шобера, симптом Лассега, показатели гониометрии (углы фронтального и латерального наклонов позвоночника), сила ног с помощью медицинских весов.

**Результаты.** Результаты лечения приведены в таблице 1:

**Таблица 1**  
*Прирост показателей силы и подвижности позвоночника под влиянием курса гидрокинезотерапии и уфф бишофита у пациентов с дорсопатиями*

	с. Шобера	с.Лассега	Фр.наклон	Лат.наклон	Сила ног
Группа 1	50,6	12,6	83,6	20,1	30,2
Группа 2	35,9	5,9	55,9	13,9	15,5

В пользу общего оздоравливающего эффекта свидетельствовали также данные динамики показателей спирографии (таблица 2)

**Таблица 2**  
*Прирост показателей внешнего дыхания под влиянием курса гидрокинезотерапии и уфф бишофита у пациентов с дорсопатиями*

	ЖЕЛ	МВЛ	МОД
Группа 1	10,6	20,6	23,6
Группа 2	5,9	15,9	13,4

*Примечание: цифры в таблицах отражают прирост в % к исходным данным.*

Соответственно, можно сделать вывод о высокой эффективности применения бишофита, как магнийсодержащего источника при комплексном лечении МФБС в виде локальной терапии. Необходимо учитывать, что применять его можно не только в виде УФФ, но и в виде других ФТ-процедур, как например - электрофорезе, амплипульсе, магнитофорезе и др.

**Выводы.** Таким образом, разнообразие методов бишофитотерапии позволяет широко использовать ожидаемые магниевые эффекты в лечении миофасциального болевого синдрома. Сопутствующее улучшение метаболических процессов, общеукрепляющее, адаптогенное действие увеличивает толерантность организма к стрессовым факторам, снижает восприимчивость к различным заболеваниям, морбидность. Сочетание бишофита Полтавского с аппаратной физиотерапией, массажем, использование бишофитных процедур после адекватного режима физических тренировок позволяет значительно оптимизировать лечение МФБС.

УДК: 616.831-009.11+616.22-008.5]-053.2:615.083

**Назар О.В.**

### **ВПЛИВ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІТЕРАПІЇ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛОГОПЕДИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Дитячий церебральний параліч є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності, його частота складає від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених. Поширення ДЦП зросло до 40-100 на 1000 живих новонароджених серед новонароджених дуже рано або з екстремально низькою вагою. Моторні порушення при церебральних паралічах часто супроводжуються дефектами чутливості, когнітивних, мовленнєвих та комунікативних функцій, перцепції, поведінковими розладами, а також судомними припадками.

Відомо, що ефективність логопедичної корекції у дітей з мовленнєвими порушеннями залежить від стану артикуляційного апарату, мовленнєвого дихання та розуміння зверненої мови. Порушення дихання є частим симптомом у дітей з ДЦП, особливо при дискінетичній формі, і виникає внаслідок недостатності дихального об'єму та альвеолярної вентиляції легень через малорухомість грудної клітини, паретичність м'язів тулуба і дихальних м'язів, порушення центральної регуляції дихання. Клінічно розлади мовленнєвого дихання проявляється порушенням ритму та глибини дихання, порушенням координації між артикуляцією та диханням. У дітей з важким перинатальним ураженням ЦНС та з ДЦП роботу над диханням, фонацією та артикуляцією необхідно проводити одночасно з перших місяців життя. Це має велике значення як для загального соматичного стану дитини, так і для стимуляції перших звуків.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу нормобаричної гіпоксітерапії (НГТ) на ефективність логопедичної корекції у дітей з ДЦП. НГТ дозволяє збільшити частоту та глибину дихання, дихальний та хвилинний об'єми, покращує дренажну функцію бронхів, альвеолярну вентиляцію легень та газообмін, призводить до покращення функціонування бронхолегеневої системи.

Було обстежено 110 дітей з ДЦП, які були розподілені на 2 групи: основна – 80 дітей, контрольна – 30 дітей. Діти проходили курс реабілітації в Українському медичному центрі реабілітації дітей, який включав медичні та соціально-педагогічні методи реабілітації. До соціально-педагогічних методів реабілітації відносяться логопедична, психологічна та педагогічна корекція. В комплексну реабілітацію дітей основної групи була введена методика НГТ з метою нормалізації мовленнєвого дихання.

Під час обстеження було виявлено, що близько 93% дітей з ДЦП мають мовленнєві порушення у вигляді затримки мовленнєвого розвитку, загального недорозвинення мовлення, дизартрії. Логопедична корекція є обов'язковим елементом комплексної реабілітації таких дітей. До основних функцій логопеда відносяться визначення характеру мовленнєвих порушень, подальшої тактики та об'єму логопедичної корекції.

По завершенню лікування та визначення ефективності логопедичної корекції була виявлена позитивна динаміка в 48,62% випадків в контрольній групі, та в 67,27% випадків в основній групі. Позитивна динаміка характеризувалась покращенням звукової активності, мовленнєвої активності, звуковимови, у більш важких дітей – покращенням ковтання та зменшення слинотечі.

Таким чином можна зробити висновок, що нормобарична гіпоксітерапія дозволяє підвищити ефективність логопедичної корекції у дітей з церебральним паралічем за рахунок покращення мовленнєвого дихання, як одного з елементів мовленнєвого розвитку дитини.

УДК [616.12-005.4: 616.89-008.454]-085.851

Невойт Г.В., Озарчук Л.П., Глущенко М.В.

**ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ АФОБАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Друга міська клінічна лікарня, м. Полтава

Психосоматична складова патогенезу впливає на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС). Враховуючи велику значимість медико-соціальних питань, пов'язаних із значними розповсюдженістю та захворюваністю на ІХС - смертністю, якістю життя, працездатністю, економічними витратами на лікування, соціальну реабілітацію метою дослідження – оцінити клінічну ефективність анксиолітичного і вегетостабілізуючого препарату Афобазолу (2-[2-(морфоліно)-етіл]-тіо-5-етоксibenзілімідазолу дигідрохлориду - похідного 2-меркаптобензімідазолу) у хворих ІХС: стабільну стенокардію напруги І-II функціональний клас, дифузний кардіосклероз. Групі із 31 хворих, середній вік  $62 \pm 5,7$  років, із верифікованим за скрінінговим алгоритмом (Потяженко М.М., Невойт Г.В., 2008) епізодом депресивного розладу на фоні базисної терапії ІХС призначався Афобазол у добовій дозі 30 мг, у три прийоми, курс лікування 30 діб (курсова доза – 900 мг, 180 таблеток). При оцінці кожні 7 діб – вірогідний позитивний відгук ( $p < 0,05$ ) – усунення відповідних скарг і рівня тривожності; високий темп редукції симптоматики, к кінцю 1-го тижня лікування; інтегративна оцінка опитування-огляду по Вейну, тестування по Тейлору – стабільно добрий результат/нормалізація – 8 (25,8%), , значне покращення – 16 (51,6%), покращення – 7 (22,6%), нон-респондентів зареєстровано не було. Побічних реакцій під час лікування зареєстровано не було. Висновок. Афобазол характеризується високим рівнем клінічної ефективності за досліджуваними параметрами і може бути рекомендований до більш широкого включення в комплексну терапію хворих на ІХС.

УДК 616.12-008.331.1 : 615.22

Поліщук І. А.

**ВПЛИВ S-АМЛОДИПІНУ НА АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І СТАДІЇ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Новим напрямком у сучасній науці є вивчення S-ізомерів – лікарських речовин, які мають дещо інші, можливо, більш оптимальні для лікування властивості. Високий рівень серцево-судинної і загальної безпеки та позитивний вплив на серцево-судинний прогноз доведені для традиційного амлодипіну, який є "сумішшю" R- і S-ізомерів. Обґрунтованість перенесення цих даних відносно S-амлодипіну вимагає подальшого вивчення.

Метою роботи стало вивчення впливу антагоніста кальцію S-амлодипіну на показники добового профілю артеріального тиску у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) І стадії.

В ході дослідження було обстежено 30 хворих з ГХ І стадії. Середній вік пацієнтів склав 28 - 34 роки. Основні методи дослідження: загальноклінічні (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация), ехокардіографія, добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ). Оцінка достовірності вираховувалася за допомогою статистичного аналізу з використанням критерія Стьюдента. Пацієнти отримували S-амлодипін в дозі 2,5-5 мг на добу в 1 прийом. Термін дослідження склав 1 місяць.

Величина систолічного артеріального тиску, яка до лікування становила 132 мм. рт. ст. недостовірно зменшилась на 6,5% , а діастолічного – достовірно зменшилась на 12,5% (88мм. рт. ст. проти 77). Найбільші зміни були зареєстровані відносно індексу часу (зменшився з 52,6% до 28,5%), варіабельності (зменшилась з 33,8% до 21,5%), швидкості ранішнього підйому артеріального тиску (зменшилась з 49,5% до 24,8%).

Таким чином, монотерапія S-амлодипіном у молодих пацієнтів з гіпертонічною хворобою І стадії сприяла зменшенню не тільки і не стільки середньодобових показників артеріального тиску за даними добового моніторування артеріального тиску, скільки зменшувала індекси часу, варіабельність та швидкість ранішнього підйому як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску, що відобразило позитивний вплив на прогноз захворювання. На тлі монотерапії S-амлодипіном в дозі 2,5-5 мг на добу не спостерігалось побічних ефектів, які потребували відміни препарату та суттєво погіршували якості життя пацієнтів.

УДК 616.8-055.26

Пурденко Т.Й., Островська Л.Й.

**СТАН ВЕГЕТАТИВНОГО ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК У РІЗНІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ**

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Вивчення психоемоційного стану, визначення стресової напруги та типу вегетативної нервової системи у вагітних є актуальним питанням сьогодення.

Метою нашого дослідження було вивчення вегетативного та нейропсихологічного статусу у жінок у різні терміни вагітності. Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 29 жінок віком 19-36 років у



динаміці вагітності, які знаходились на обліку в 4-й МКЛ м. Полтави. Жінкам під час вагітності проводилось детальне дослідження вегетативного та нейропсихологічного статусу.

Об'єктивне дослідження засвідчило зростання симпатичного тону у вагітних у I триместрі з достовірним зниженням його у III триместрі та вираженість СВД у III триместрі в порівнянні з I-м. При оцінюванні вегетативної реактивності зареєстровано достовірне прискорення ЧСС у жінок у динаміці вагітності, що свідчить про високий рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей організму. При дослідженні вегетативного забезпечення діяльності організму вагітних спостерігали відносну стабільність ЧСС при проведенні ортостатичної проби, що є результатом достатнього вегетативного забезпечення діяльності. За шкалою Спілбергера-Ханіна відмічається зменшення психоемоційної напруги у жінок в III триместрі, що вказує на адаптацію організму до вагітності. Вивчення показників особистої тривожності у жінок під час гестаційного періоду показало, що її рівень впродовж всього терміну вагітності зберігався стабільним.

Таким чином, у жінок в динаміці вагітності за даними показників вегетативної регуляції та нейропсихологічного статусу спостерігається достатнє вегетативне забезпечення діяльності та високий рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей організму під час вагітності.

УДК 616.126.423-001.8-073.7

*Перцева Т.Г., Слюсаренко І.Т.*

### **ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНИТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЕКГ У ХВОРИХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Одним з найбільш пріоритетних напрямків, що швидко розвивається в ангіоневрології є кардіоневрологія. Пролапс мітрального клапана (ПМК) часто супроводжуються порушеннями серцевого ритму у хворих молодшого та похилого віку, що ускладнює перебіг цереброваскулярних захворювань. Тому метою нашої роботи постало: визначити особливості добового ритму артеріального тиску та ЕКГ за допомогою апарату Meditech Cardio Tens у хворих на вегето-судинну дистонію (ВСД) та ПМК та порівняти ці показники з даними хворих на ВСД без ПМК.

Нами було обстежено 44 хворих з ВСД у віці 21-43 років (в середньому  $29 \pm 6,7$ ). Усі обстежені хворі були поділені на дві групи. Основну групу склали 24 хворих (10 чоловіків та 14 жінок) з ВСД та ПМК. Групу порівняння склали 20 хворих відповідних віку та статі (10 чоловіків та 10 жінок) з ВСД без ознак ПМК.

При дослідженні загального періоду у хворих основної групи отримані наступні показники артеріального тиску (АТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС): середній систолічний АТ (САТ)- ( $116,4 \pm 11,6$ ) мм рт.ст., середній діастолічний АТ (ДАТ)- ( $78,9 \pm 8,7$ ) мм рт.ст., пульсовий АТ (ПАТ)- ( $33,8 \pm 15,9$ ) мм рт.ст., середня ЧСС - ( $76,3 \pm 13,7$ ) уд/хв. Максимальні значення становили: САТ- ( $143,8 \pm 12,0$ ) мм рт.ст., ДАТ- ( $93,7 \pm 10,1$ ) мм рт.ст., ЧСС- ( $114,2 \pm 8,0$ ) уд/хв. Мінімальні значення: САТ- ( $70,3 \pm 5,4$ ) мм рт.ст., ДАТ- ( $50,3 \pm 9,7$ ) мм рт.ст., ЧСС- ( $47,3 \pm 11,7$ ) уд/хв. Максимальні значення АТ і ЧСС визначалися в денний годинник.

В групі порівняння спостерігали такі показники: середній рівень АТ становив ( $119,7 \pm 7,8$ ) / ( $80,5 \pm 7,2$ ) мм рт.ст. ( $p < 0,001$  порівняно з вихідним для САТ), ПАТ становив ( $36,6 \pm 8,0$ ) мм рт.ст., середня ЧСС - ( $71,4 \pm 12,5$ ) уд/хв. Максимальний рівень АТ протягом доби складав ( $138,6 \pm 10,4$ ) / ( $91,3 \pm 11,4$ ) мм рт.ст.. Максимальна ЧСС складала ( $98,5 \pm 7,7$ ) ударів на хвилину ( $p < 0,05$ ). Мінімальні значення: САТ- ( $73,7 \pm 7,3$ ) мм рт.ст., ДАТ- ( $57,2 \pm 9,5$ ) мм рт.ст., ЧСС- ( $51,3 \pm 9,7$ ) уд/хв.

Під час активного періоду середні показники АТ і ЧСС в обстежених групах складали: САТ - ( $119,3 \pm 14,5$ ) мм рт.ст. в основній групі та ( $117,3 \pm 14,2$ ) мм рт.ст. в групі порівняння, ДАТ - ( $82,9 \pm 8,8$ ) мм рт.ст. в основній групі та ( $84,9 \pm 8,5$ ) мм рт.ст. в групі порівняння, ЧСС - ( $76,5 \pm 11,4$ ) уд/хв. в групі хворих на ВСД та ПМК, та ( $69,5 \pm 10,6$ ) уд/хв. в групі хворих на ВСД без ознак ПМК. Як видно, отримані показники статистично значимо в обстежених хворих не відрізнялись.

Під час пасивного періоду середні показники АТ і ЧСС складали: САТ- ( $101,1 \pm 13,7$ ) мм рт.ст. в основній групі та ( $107,8 \pm 11,7$ ) мм рт.ст. в групі порівняння, ДАТ - ( $67,3 \pm 14,3$ ) мм рт.ст. в основній групі та ( $69,3 \pm 15,4$ ) мм рт.ст. в групі порівняння, ЧСС становила в групі з ПМК - ( $59,3 \pm 10,5$ ) уд/хв. та ( $61,3 \pm 19,7$ ) уд/хв.

Таким чином, при обстеженні показників АТ та ЧСС в активний та пасивний періоди, статистично значимих відмінностей не спостерігалось, але відмічена тенденція к більшій варіабельності ЧСС в основній групі.

Спостерігали тенденцію до більш високого показника варіабельності САТ в основній групі ( $17,8 \pm 4,6$ ) проти ( $14,7 \pm 3,0$ ) мм рт.ст. в групі порівняння і ДАТ - ( $8,9 \pm 3,4$ ) та ( $7,9 \pm 3,0$ ) мм рт.ст., відповідно. Добовий індекс для САТ в обох групах був у межах норми - ( $12,8 \pm 6,7$ ) % в групі хворих на ВСД та пролапс мітрального клапана, та ( $11,6 \pm 6,1$ ) % у хворих на ВСД без ПМК, а також ДАТ - ( $12,1 \pm 8,9$ ) % в основній групі та ( $11,7 \pm 6,2$ ) % відповідно. Індекс часу для САТ складав ( $52,5 \pm 18,2$ ) % в основній групі та ( $50,0 \pm 29,0$ ) % в групі порівняння, для ДАТ - ( $32,8 \pm 22,3$ ) % в основній групі та ( $30,2 \pm 13,9$ ) % в групі порівняння. Відмічена тенденція до більш великого діапазону коливань АТ в основній групі.

Циркадний індекс (ЦІ) ЧСС у хворих основної групи складав  $1,29 \pm 0,02$ , що є меншим ніж в групі порівняння -  $1,32 \pm 0,03$  відповідно ( $P > 0,05$ ). Очевидно, у формування ригідності ЦІ вносять вклад ушкодження парасимпатичної і симпатичної ланок нервової регуляції ритму міокарду в залежності від ступеня виразності вегетопатії. Відомо, що згладжування циркадного профілю ритму відображає вичерпання адаптаційних резервів ритму міокарду і клінічно асоціюється з високим ризиком аритмогенних синкопальних станів, «раптової» смерті у хворих групи ризику.

Варіабельність ритму серця у хворих основної групи характеризувалася тенденцією до зниження часових та

спектральних показників. При проведенні спектрального аналізу встановлено переважання низькочастотних хвиль, що супроводжується зростанням симпато-парасимпатичного співвідношення (LF/HF) і характеризує переважання симпатичних впливів на регуляцію ритму. Відмічено тенденцію до згладжування циркадного профілю LF/HF, пригнічення тонічних впливів парасимпатичної і переважання симпатичної регуляції ритму міокарда, а також посилення гуморальних дій на синусовий вузол. На підставі даних спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму (BCP) відмічено зниження потужності частотних діапазонів, порівняно з групою порівняння з відносним переважанням низько-частотних хвиль та зниженням значення LF/HF. Показники ЦІ LF/HF виявились незмінними порівняно з даними, отриманими у хворих на ВСД без ПМК.

На основі аналізу нашого дослідження можна вважати, що посилення симпатичної та пригнічення парасимпатичної активності можуть бути попередниками різних порушень ритму та провідності, що має особливе клінічне значення. Зокрема, підвищення тону симпатичної нервової системи на початкових стадіях розвитку серцево-судинних захворювань розцінюється в якості компенсаторної реакції, скерованої на забезпечення захисних резервів організму, підвищення енергозабезпечення, кровопостачання, активацію метаболізму. Одночасне підвищення тону парасимпатичної нервової системи також вважається компенсаторною реакцією, скерованою на збереження вегетативного балансу.

Висновки:

1. При обстеженні хворих на ВСД з ПМК методом добового моніторингу ЕКГ та АТ у зрівнянні з хворими на ВСД без ознак ПМК у основної групи були виявлені більші коливання артеріального тиску впродовж доби та схильність до тахікардії, різноманітні порушення серцевого ритму та порушення метаболізму, що вказує на більший вплив вегетативної нервової системи на стан серцево-судинної діяльності.

2. Показники варіабельності серцевого ритму у хворих на ВСД та ПМК характеризуються пригніченням тонічних впливів парасимпатичної та переважанням симпатичної регуляції ритму міокарда.

УДК 616.12+616.366-003.7+616-08:615

Пластун М.Ю., Зорин В.Н., Келедзиева Э.В.

### **СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА И СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, г.Симферополь

Исследования G.Baumbach и S.Ghoneim показали, что при артериальной гипертензии может наблюдаться уменьшение не только внутреннего, но и наружного диаметра артерий. В этой связи можно говорить о том, что речь идет не просто о гипертрофии мышечной стенки, а о сосудистом ремоделировании за счет реструктуризации мышечных клеток сосуда. Имеются данные, доказывающие сопряжение этих проявлений с изменениями внутриклеточного матрикса, ионного дисбаланса клетки.

В нашем исследовании мы попытались сравнить некоторые параметры кровотока у пациентов с хроническим калькулезным холециститом и метаболическим синдромом.

В исследование включались лица с удовлетворительной визуализацией ВСА, так как часть пациентов имели гемодинамически значимые ее деформации, ограничивающие точные доплеровские измерения. Определение скорости кровотока позволяет оценить растяжимость и тонус артериальной стенки. При исследовании параметров кровотока в общей сонной (ОСА) и внутренней сонной (ВСА) артериях у обследуемых больных отклонений по скоростным показателям кровотока выявлено не было, также не было выявлено разницы показателей с правой и левой сторон.

При оценке индексов периферического сопротивления отмечается повышение их у лиц основной группы более выраженное в ВСА. Индекс резистентности в ОСА в среднем составил 0,85, а в ВСА – 0,77, индекс пульсативности – в ОСА – 1,9, в ВСА – 1,27, причем в ВСА разница достигает уровня статистической достоверности. Это вероятнее всего, в равной степени может быть обусловлено как проявлениями гипертензивной ангиопатии, так и возрастными инволютивными процессами.

УДК:615.012/.014:615.45:616.43-085

Ратушний С.В., Буцька В.Є.

### **РОЗРОБКИ ТА ВИКОРИСТАННЯ НОВОЇ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СИСТЕМИ В ЕНДОКРИНОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Актуальність проблеми стрімкого розповсюдження ендокринологічних захворювань, зокрема патологій щитоподібної залози, вимагає створення нових лікарських засобів, у тому числі за рахунок використання добре відомих діючих речовин у принципово нових лікарських формах.

Розробка нових лікарських препаратів у вигляді трансдермальних терапевтичних систем (ТТС) вже на протязі декількох десятиліть є однією з найактуальніших тем для досліджень в багатьох країнах світу. ТТС здійснюють тривалу та контрольовану доставку лікарської речовини через неушкоджену шкіру у системний

кровообіг по заздалегідь заданій програмі, тому мають значні переваги перед багатьма іншими лікарськими формами.

Метою нашої роботи є розробка та дослідження нового лікарського препарату з діючою речовиною - мерказолілом у вигляді ТТС матричного типу. По своїй хімічній структурі мерказоліл відповідає усім вимогам для кризьшкірного використання. На сьогоднішній день у нашій країні мерказоліл представлений тільки однією лікарською формою – таблетками. Саме використання трансдермальної системи забезпечить мерказолілу поступове та рівномірне вивільнення у системний кровообіг, зі швидкістю, яка буде створювати постійний терапевтичний рівень його концентрації у крові.

Для досягнення поставленої мети планується розробити та оптимізувати технологію одержання нової ТТС з мерказолілом та науково обґрунтувати її склад та основні характеристики. Також планується провести комплекс фізико-хімічних, технологічних, біофармацевтичних та доклінічних досліджень розробленого препарату.

УДК 616.89-008.48+616-036:615.015.6

*Редзанова Т. Э.*

### **ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИОИДОВ**

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И.Георгиевского», г. Симферополь

**Актуальность.** Психосоциальная реабилитация больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов является одной из наиболее актуальных медико-социальных и клинико-психологических проблем. Реабилитация данного контингента понимается как их ресоциализация, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности, их личного и социального статуса. Происходящее в настоящее время изменение парадигмы оказания наркологической помощи с переходом от медицинской к биопсихосоциальной модели требует детального анализа контингента больных с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса и функционирования, что позволит определить объем необходимых психосоциальных вмешательств.

**Цель исследования.** Определить особенности социального функционирования (СФ) больных с психическими и поведенческими расстройствами.

**Материал и методы.** Обследовано 33 человека, у которых согласно «МКБ-10 Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств» установлен диагноз «психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов».

Средний возраст исследованных составил 22,9±1,2 года.

Использовались клинико-психопатологический, социодемографический и статистический методы исследования. Для оценки СФ применяли психиатрическую шкалу ограничения жизнедеятельности – DAS (второй раздел), разработанный и рекомендованный к применению ВОЗ, в том числе в рамках МКБ-10, которая позволила определить следующие показатели: участие в семейных делах, родительскую роль, участие в супружеской жизни, брачную и половую роли, социальные контакты, профессиональную роль, увлечения и информированность в текущих и мировых событиях, а также реагирование в нестандартных ситуациях.

**Результаты исследования.** Длительность синдрома зависимости от опиатов составила 5,8±1,1 года.

Среди синдромов психических и поведенческих расстройств вследствие употребления опиоидов преобладали: активная зависимость (F 11.24) – у 36,6 ±4,2% и постоянное употребление (F 11.26) – у 43,9±5,0% исследованных.

**Результаты исследования дисфункции социальных ролей** у обследованных выявили следующие особенности: вопрос «участие в семейных делах», «роль в супружеской жизни» и «брачная роль» не мог быть использован в 72,7±4,5% случаев; «родительская роль» - в 54,5±5,0%, «половая роль» - в 9,1±2,9%. Минимальная дисфункция установлена по показателю «участие в семейных делах», «роль в супружеской жизни», «поведение в нестандартных, трудных ситуациях» (средний балл составил 1,0; 2,0; 1,5, соответственно). Очевидная – по выполнению брачной (2,0 балла), родительской (2,3 балла), половой роли (1,8 балла), заинтересованности в получении работы или возвращении к учебе (2,1 балла) и увлечениям/информированности (2,0 балла). Серьезный уровень дисфункции выполнения социальных ролей регистрировался по показателю «выполнение трудовых обязанностей» (средний балл был равен 3,0). Очень серьезная дисфункция установлена по показателю «социальные контакты – отношения вне семьи» (средний балл составил 3,8 баллов).

Итоговый средний балл выполнения социальных ролей у обследованных был равен 2,1 балла, что соответствовало очевидному уровню дисфункции.

**Выводы.** 1. Результаты исследования свидетельствуют о снижении СФ больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов, особенно в сфере социальных контактов вне семьи.

2. При разработке индивидуальной психосоциальной реабилитации данного контингента необходимо учитывать особенности их социального функционирования.

УДК 616.24. – 002.5+[616.98:578.828]

Рева О.А.

**ЩОДО ПРОБЛЕМИ КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/СНІД**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

На сьогодні в Україні має місце проблема збільшення хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією (ТБ/ВІЛ). Такі особи є джерелом зараження туберкульозом здорових осіб.

Поширеність даної патології залежить переважно від поширеності наркоманії, як головна причина ВІЛ-інфекції, а також високий рівень хіміорезистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів.

Згідно офіційних даних по Україні в 2009 році кожного дня у 54 осіб встановлювався діагноз ВІЛ-інфекція, у 12 осіб – СНІД, а 7 осіб помирало від захворювань зумовлених СНІДом. З 1987 до березня 2010 року по Україні зареєстровано 164 268 осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, з них 32 067 випадків захворювання на СНІД та 18262 випадки смерті. Не оптимістичнішою є ситуація і по Полтавській області. З 1987 по 1.04.09 зареєстровано 3282 особи, з них дітей – 447, СНІД – 645 осіб, 715 випадків поєднаної патології ТБ/ВІЛ. Ко-інфекція має атиповий тяжкий перебіг, що утруднює діагностику та лікування цієї патології.

Метою дослідження було вивчення особливості перебігу туберкульозу у хворих з ВІЛ-інфекцією. Нами було обстежено 68 пацієнтів, на ТБ/СНІД, які знаходились на стаціонарному лікуванні у ПОКТД. Серед обстежених переважали чоловіки 79,4% віком від 25 – 30 років (36%), 31–40 років (55%). 82% - жителі міст, не працювала більшість хворих 86,7%. Побували у місцях позбавлення волі 27,9%, мали шкідливі звички:наркоманія (30%), алкоголізм (15%). Пацієнти мали поширені форми туберкульозу з III кл.ст.ВІЛ-інфекції – 44%, IV кл.ст. – 56%.

Хворі обстежувалися рутинними традиційними методами: клінічно, лабораторно, рентгенологічно, імунологічно. Пацієнтів розподілили на дві групи: I – особи, у яких туберкульоз розвивався як вторинне захворювання на III - IV кл.ст. ВІЛ-інфекції (55%), II – особи, у яких первинним був туберкульоз (мав хронічний перебіг чи наступив рецидив) з послідовним приєднанням ВІЛ-інфекції.

При первинній СНІД-інфекції спостерігається виражений інтоксикаційний синдром, з гострим початком, вираженою лімфаденопатією, тяжкою супутньою патологією (орофарингеальний кандидоз – 25%, кахексія – 30%, анемія – 90%, лейкопенія – 70%). Фаза розпаду у осіб I групи мала місце у 42%, бактеріовиділення - 40%, із них МРТ-Л у 7,3%, полі резистентність – 19%. Рецидиви складали 29%, тоді як серед ВІЛ-серонегативних хворих на туберкульоз рецидиви відмічались у 5 – 11%. У II групі обстежених переважали бронхо-легеневі симптоми, інтоксикаційний синдром відходив на друге місце і посилювався в міру прогресування ВІЛ-інфекції. Хоча в обох групах переважали інфільтративні та дисеміновані процеси туберкульозу, рентгенологічна картина все ж була різноманітна. У I групі переважно спостерігалися осередки інфільтрації з невеликими порожнинами від 1,0 до 1,5 см в діаметрі, середньо- та нижньодольовою локалізацією, зі збільшеними лімфатичними вузлами середостіння. У II групі переважали інфільтративні та дисеміновані процеси з локалізацією у верхніх відділах, якщо мав місце розпад, то розмір порожнин був більшим (від 2 – 4 см.) і більше в порівнянні з I групою. Слід зауважити, що у I групі почастішав міліарний туберкульоз на фоні імуносупресії (82%), рівень CD4 складав 50 кл в 1 мм<sup>3</sup> і нижче.

Отже у ВІЛ-інфікованих осіб імунна система втрачає здібність затримувати ріст і розповсюдження мікобактерій туберкульозу. При прогресуванні ВІЛ-інфекції зменшується кількість і функціональна активність Т-лімфоцитів, що призводить до розвитку тяжких поширених форм з високим ризиком летального кінця при зволіканні в діагностиці і лікуванні.

УДК 616-053.35-083-06:618.3-06:616.981.5:612.013

Рязанцева Л.М., Кушнір М.В., Руснак Н.В., Власова О.В.

**ОСОБЛИВОСТІ ВИХОДЖУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ, ЯКІ ЗАГИНУЛИ ВНАСЛІДОК ГРИПУ Н1Н1 (КАЛІФОРНІЯ)**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вивчення грипу в популяціях вагітних та новонароджених під час попередніх епідемій на підставі клінічних, вірусологічних та експериментальних даних вказують на можливість проникливості плаценти для вірусу та трансплацентарну передачу збудника грипу від матері до плода. Пандемія грипу А Н1Н1(Каліфорнія) в Україні та, зокрема, в Чернівецькій області, нажалі, забрала людські життя, а серед втрат особливо трагічними є випадки загибелі вагітних жінок. Виходячи з вищенаведеного, наводимо власний практичний досвід у виходженні новонароджених від матерів, які знаходилися в критичному стані та померли внаслідок двобічної вірусно-бактеріальної пневмонії під час епідемії грипу. Двоє дітей народилися шляхом кесарського розтину за екстремними показами з боку матері (термінальний стан) недоношеними в термінах гестації 32 та 36 тижнів з вагою 1980 та 2450 грамів відповідно. На 2 добу після пологів жінки померли. У зв'язку з важкою асфіксією при народженні, та враховуючи наростання дихальних розладів, діти потребували проведення первинних реанімаційних заходів та введення Курсорурфу в лікувальній дозі. Після стабілізації стану новонароджені одразу транспортовані у відділення інтенсивної терапії новонароджених. Тяжкість стану в стаціонарі зумовлювалася дихальними розладами, гемодинамічними та метаболічними порушеннями та явищами поліорганної недостатності, у зв'язку з чим проводилася протезування вітальних функцій та гемодинамічна підтримка. На рентгенограмах грудної клітини визначалися набрякові та інтерстиційні зміни легень, ділянки апневматозів. Результати вірусологічних досліджень мазків



із зіву на аденовірус, РС-вірус, вірус грипу А, В, парагрипу були негативними. Проведене лікування: ШВЛ, інфузійна терапія з інотропною підтримкою, часткове парентеральне харчування, замісна терапія з корекцією анемії дитини з дихальними розладами, антибактеріальна терапія – ампіцилін+гентаміцин у вікових дозах. Одна дитина, у зв'язку з судомами, потребувала призначення протисудомної терапії. Комісійно, за участі співробітників кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, керівництва лікарні, обласного позаштатного неонатолога, враховуючи можливість інфікування плоду та важкість стану дитини після народження, зміни зі сторони легень ухвалене рішення щодо призначення за життєвими показами обом дітям препарату Таміфлю в дозі 15 мг 2 рази на добу впродовж 2-х та 4-х діб відповідно. Ускладнень під час та після введення даного препарату не відмічено. В комплекс лікування з метою корекції функціонування системи інтерферону був включений віферон. В динаміці в обох пацієнтів відмічалася стабілізація стану, та на другому тижні життя діти переведені до відділення виходжування недоношених дітей, де здійснювалося подальше спостереження та лікування майже впродовж 2-х місяців, після чого в задовільному стані діти виписані додому під нагляд дільничного педіатра та невролога. Враховуючи позитивну динаміку, можна вважати, що запропонований комплекс терапевтичних заходів виявився ефективним у наведених випадках.

УДК 616.12-005.-4-985

*Сербенюк К.І., Полянська О.С., Курик М.В., Бінювська В.І.*

### **ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ПОКАЗНИКИ ЕКГ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У професійному спорті великі фізичні навантаження не виключають гостре і хронічне перенапруження з негативними результатами для здоров'я спортсменів (Хрущев С.В., 2005; Дорофеева О.Е., 2006; Perini R., 2003). З метою вивчення функціонального стану серцево-судинної системи у спортсменів нами досліджено 100 осіб, середній вік склав  $20 \pm 2$  років, які займалися легкою атлетикою та важкою атлетикою. Аналізувались показники ЕКГ до і після велоергометрії (ВЕМ).

Нами досліджено, що у третини обстежених легкоатлетів виявлені екстрасистолі, кількість яких зменшилась на висоті проведення ВЕМ, що виключає органічні ураження міокарда. У важкоатлетів - навпаки, збільшилась кількість екстрасистол після ВЕМ, що потребує дообстеження і при необхідності – медикаментозного лікування. Можливо це пов'язано з особливостями цього виду спорту, коли з навантаженням працюють як ліві, так і праві відділи серця. Було виявлено, що в групі легкоатлетів вірогідно переважає симпато-адреналова система, а не парасимпатична нервова система, що потребує корекції фізичних навантажень. Амплітуда зубця Т статистично вище у легкоатлетів ( $p < 0,05$ ), що може вказувати на адекватність фізичного навантаження. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса частіше зустрічається у легкоатлетів, однак у важкоатлетів відмічається тенденція до збільшення інтервалу Q-T, що за сучасними даними є незалежним предиктором раптової коронарної смерті. Розроблена методика підбора фізичного навантаження для велотренувань (Полянська О.С., Куртян Т.В., 2006), що дає можливість збільшити фізичну працездатність, толерантність до фізичного навантаження у спортсменів і попередження гострого та хронічного перенапруження.

УДК 616.89 – 008.991.1

*Слободянюк Д.П.*

### **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ ПРИ СОЦІАЛЬНИХ ФОБІЯХ**

ВНМУ ім. М.І. Пирогова, м.Вінниця

Соціальна фобія посідає чільне місце серед невротичних розладів, які маніфестують в підлітковому віці. Внаслідок раннього початку та провокування відчуття страху в ситуаціях перевірки знань, критики або винесення судження з боку третіх осіб, соціальна фобія є особливо важким розладом для школярів та студентів. Відомо, що виникнення негативних емоційних станів в процесі спілкування, складність у висловлюванні своєї думки, надмірна стриманість, невдала демонстрація своїх знань та вмінь, надмірне зосередження на собі, призводить до втрати віри у свої сили, втрачається довіра до інших людей. Як наслідок, молодь зі схильністю до формування соціально обумовлених страхів в майбутньому мають високий ступінь розвитку соціальної дезадаптації, та в подальшому – формування хвороби.

У той самий час питання залежної поведінки у молоді із соціальними фобіями практично не досліджено і не дістало належного відтворення в літературі. Залишаються невизначеними основні фактори, які сприяють виникненню залежної поведінки при соціальних фобіях.

Метою дослідження було визначення поширення та структури залежної поведінки (вживання підлітками алкогольних напоїв) при соціальних фобіях серед молоді.

В основу роботи покладено матеріали комплексного обстеження підлітків - учнів загальноосвітніх шкіл, студентів коледжів та вищих навчальних закладів м. Вінниці. Скринінговим психодіагностичним методом було обстежено 978 учнів та студентів віком 13-21 рік. Основними методами дослідження були клініко-епідеміологічний,



психодіагностичний, а також методи математичної статистики. За допомогою клініко-епідеміологічного методу встановлювались особливості поширеності соціальних фобій серед підлітків - учнів 9-11 класів ЗОШ м. Вінниці та студентів перших курсів вищих навчальних закладів. Для виявлення підлітків із субклінічними проявами соціальних страхів була використана шкала соціальної тривоги Лібовіца (LSAS) (Монтгомери С.А., 1999), яка мала на меті визначити ставлення підлітків до вказаних 24 соціально зумовлених ситуацій. По 4-х бальній системі проводилась оцінка підлітком по графам: страх та тривога при зіткненні з певною ситуацією і уникнення даної ситуації.

Проведене нами дослідження показало наявність субклінічних проявів соціальних фобій у 26,2% від загальної кількості обстежених підлітків, які були додатково анонімно проанкетовані з приводу вживання алкогольних напоїв. За результатами статистичної обробки анкет було встановлено, що 79% опитувачів з субклінічними проявами соціальних фобій вживають різні алкогольні напої (слабоалкогольні та міцні алкогольні напої). Перший епізод вживання алкогольних напоїв становив 7-10 років (11%), 11-13 років (41%), 14-16 років (33%), старше 16 років (15%).

Як показало наше дослідження можна вважати, що розвиток у підлітків субклінічних форм соціальних фобій є одним з тригерних механізмів вживання підлітками алкогольних напоїв. Саме тому є доцільним раннє виявлення підлітків з субклінічними формами соціальних фобій і профілакувати можливість формування залежної поведінки у підлітків.

УДК 616.72-002.77:616.155.164

Смирнова А.С.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННЫМ УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Донецк

Ревматоидный артрит (РА), распространенность которого в общей популяции достигает 1,0%, характеризуется разнообразием клинических проявлений, в том числе и внесуставных, которые с одной стороны отражают тяжесть заболевания и его высокую активность, а с другой - могут ухудшать течение болезни и прогноз. Одним из частых внесуставных проявлений РА являются гематологические нарушения и, в частности, анемия. В связи с этим, особую актуальность имеет изучение влияния низкого уровня гемоглобина на течение РА.

Цель. Изучить особенности течения РА у пациентов со сниженным уровнем гемоглобина.

Методы и результаты исследований. Под наблюдением находились 65 пациентов, страдающих РА на протяжении 3-15 лет. У 42 (64,61%) из них (1-я группа) диагностирована анемия (ВОЗ, 1994), остальные (2-я группа) имели нормальный уровень гемоглобина. Все пациенты принимали метотрексат в течение  $2,29 \pm 1,48$  лет. Стероидные гормоны получали 40 (95,24%) больных 1-й группы и 7 (29,16%) 2-й.

Для определения количества поражённых суставов и степени выраженности воспалительного процесса в них использован 66/68 суставной счёт. Кроме того, по визуально-аналоговым шкалам (ВАШ) анализировались результаты оценки интенсивности боли в суставах (пациентом) и их функциональной способности (пациентом и врачом). Оценивалась также длительность утренней скованности. Рентгенологическая стадия заболевания определялась по классификации American Rheumatism Association (1987). При этом оценивалась степень суставной деструкции по модифицированному методу Шарпа. Степень активности РА определяли согласно классификации Насоновой В.А. (1989 г.) и Disease Activity Score 28 (DAS 28) (American College of Rheumatology, 1995). С целью оценки качества жизни пациентов, страдающих РА, были использованы опросники Health Assessment Questionnaire (HAQ), The MOS 36-Item Short-Form health survey (SF-36) и EuroQol five-dimension questionnaire (EQ-5D).

Результаты нашего исследования показали, что у пациентов 1-й группы отмечены достоверно большее количество болезненных суставов (согласно 66/68 суставному счёту), более интенсивная боль в них (по данным ВАШ), большая продолжительность утренней скованности и выраженность нарушения функциональной способности (как при оценке врачом, так и пациентом) по сравнению со 2-й.

Рентгенологическая стадия РА, а кроме того выраженность сужения суставной щели и количество эрозий, определенных по модифицированному методу Шарпа, также оказалась выше у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й.

Активность РА, оцененная как по классификации Насоновой В.А., так и по индексу DAS 28, также оказалась существенно выше в 1-й группе, чем во 2-й. Кроме того, длительность РА была достоверно больше, а качество жизни, согласно данным неспецифических опросников (HAQ, EQ-5D), хуже у больных со сниженным уровнем гемоглобина по сравнению с пациентами без анемии.

Результаты корреляционного анализа показали наличие отрицательной взаимосвязи между концентрацией гемоглобина и интенсивностью боли в суставах ( $r=-0,55$ ,  $p<0,05$ ), рентгенологической стадией ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ), длительностью заболевания ( $r=-0,32$ ,  $p<0,05$ ), степенью активности РА, определенной по классификации Насоновой В.А. ( $r=-0,39$ ,  $p<0,05$ ) и индексом DAS 28 ( $r=-0,38$ ,  $p<0,05$ ).

Выводы: клиническими особенностями РА у пациентов со сниженным уровнем гемоглобина являются его более тяжелое и длительное течение, высокая степень активности и низкое качество жизни по сравнению с больными без анемии.

УДК 616.233 – 002.2 – 007.271]. 272+616.12 – 008.64+678.048

Смоляник К.Ю.

### СТАН ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ І ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Мета дослідження. Оцінити стан показників прооксидантної системи у хворих із ХОЗЛ II-III стадій і ХСН II-III Ф.К. на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ).

Матеріал і методи дослідження. обстежено 67 хворих. З них з поєднаною патологією ХОЗЛ і ХСН II-III Ф.К. на тлі ГХ - 25 осіб (19 чоловіків, 6 жінок) ХОЗЛ II стадії та 24 особи (17 чоловіків, 7 жінок) ХОЗЛ III стадії. Середній вік хворих  $64,3 \pm 2,4$  років, середній анамнез паління -  $34,2 \pm 4,8$  пачки-років. Визначали малоновий діальдегід (МДА) флуориметричним методом в сироватці крові в реакції з ТБК (С. Чевари і співав., 1991), дієнові кон'югати (ДК) - спектрофотометричним методом Б.В. Гаврилова, М.І. Мишкорудної.

Результати дослідження. В 1-й групі пацієнтів ХСН на тлі ГХ у поєднанні з ХОЗЛ виявлено збільшення значень малонового діальдегіду (МДА) на 41,7% ( $p < 0,05$ ), у хворих 2-ї групи із ХСН на тлі ГХ - на 28,5% в порівнянні з групою контролю ( $p < 0,05$ ). Порівнюючи між собою показники двох груп, відзначається збільшення значень МДА 1-ї групи на 22,6% ( $p < 0,05$ ). Аналогічна тенденція простежується при вивченні показників дієнових кон'югат (ДК). У хворих 1-ї групи відзначається збільшення ДК на 110%, тобто більше, ніж у 2 рази ( $p < 0,05$ ) на відміну від групи контролю, у хворих 2-ї групи - на 85% ( $p < 0,05$ ). Збільшення значень ДК у 1-й групі на 13,5% в порівнянні з 2-ю групою вказує на посилення прооксидантної активності при наявності ХОЗЛ у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю на тлі ГХ на відміну від хворих з ХСН на тлі ГХ без ХОЗЛ.

Висновки: ХОЗЛ при поєднанні з АГ і ХСН є чинником, що підсилює оксидант - антиоксидантний дисбаланс у бік прооксидантного компонента.

УДК 616-001.8.-053.2:616-002-07

Стринадоко М.М., Яворська В.М., Гудима В.М., Коркош І.І.

### ПАРАКЛІНІЧНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СИСТЕМОЇ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ В НОВОНАРОДЖЕНИХ

Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці

Однією з основних причин смертності новонароджених залишаються системні бактеріальні інфекції (СБІ), клінічні прояви яких є різноманітними та неспецифічними, тому важко діагностуються. При цьому летальність становить 13-50%. Виходячи з цього, метою роботи було вивчення діагностичних можливостей окремих параклінічних показників у верифікації СБІ в новонароджених. В умовах неонатального центру ОДКЛ м. Чернівці проведено комплексне обстеження 69 новонароджених. Сформовано дві клінічні групи спостереження. До основної групи увійшли 36 немовлят із верифікованою бактеріальною інфекцією (сепсис, пневмонія, менінгіт, остеомієліт). До контрольної - 33 новонароджених зі станами, які клінічно нагадували інфекційний процес (постасфіктичний синдром, перинатальні пошкодження ЦНС та інші). Комплекс обстеження включав імунологічні дослідження з визначенням кількісного вмісту С-реактивного білка (СРБ) в сироватці крові (діагностичний поріг 10 мг/л), киснезалежного метаболізму нейтрофілних гранулоцитів крові за даними НСТ-тесту (діагностичний поріг 16%) та лейкоцитарного індексу (діагностичний поріг 0,2). Отримані результати вказували на майже однакову частоту в обох групах випадків лейкоцитозу з паличкоядерним зсувом вліво, лейкоцитарного індексу  $> 0,2$  та середніх показників спонтанного та стимульованого НСТ-тесту. Показник СРБ в середньому становив  $43,9 \pm 5,6$  мг/л в основній,  $10,5 \pm 5,1$  мг/л в контрольній групі ( $P < 0,001$ ) та володів наступними показниками діагностичної цінності: чутливість 65,5%, специфічність 75%, позитивна передбачувана цінність - 82,6%, негативна передбачувана цінність - 54,5%, пропорційність шансів (ПШ) = 5,7 (- 95% ДІ 1,4 – 22,3). Отже, за нашими даними, визначення вмісту в сироватці крові рівня СРБ вище за 10 мг/л може використовуватися як один з діагностичних критеріїв підтвердження системної бактеріальної інфекції в новонароджених.

УДК 616.831 – 08:577.164.1

Таряник К.А.

### РОЛЬ ВІТАМІНІВ ГРУПИ В ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ АКСОНАЛЬНОЮ ТА ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЯМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Полінейропатії (ПНП) – ураження периферичних нервів, що проявляється периферичними паралічами, чутливими, трофічними, вегетативно-судинними розладами.

З метою лікування пацієнтів із ПНП використовують етіотропну, патогенетичну, симптоматичну та відновну терапії. Вітаміни являються однією з найбільш популярних форм фармацевтичної продукції.

Мета дослідження – порівняти ефективність ін'єкційних та таблетованих форм вітамінів групи В при лікуванні ПНП. Було обстежено 39 пацієнтів різної статі віком від 24 до 59 років із підгострою запальною демієлінізуючою ПНП, які знаходились на лікуванні у неврологічних відділеннях м. Полтави. 1 група хворих приймали таблетовану

форму вітамінів групи В (препарат Нейровітан по 1 таблетці 4 рази на добу)- 20 днів. Друга група – ін'єкційну форму вітамінів групи В (по 2,0 мл внутрішньом'язово через день) курсом 6–10 ін'єкцій.

З метою динаміки захворювання проводили дослідження неврологічного статусу, візуальну аналогову шкалу, показники електронейрографічного (ЕНМГ) дослідження.

Згідно результатів проведеного дослідження, встановлено відсутність достовірних даних в ефективності таблетованих та ін'єкційних форм вітамінів групи В при лікуванні запальної демієлінізуючої та аксонально-демієлінізуючої ПНП. Темпи та обсяг клінічного відновлення, динаміка показників ЕНМГ у групах хворих, достовірно не відрізнялися, що може свідчити про їх рівноцінну ефективність. Однак, прийом таблетованих форм у більшості зручний для багатьох пацієнтів, не потребує допомоги медичного персоналу та знижує ризик явищ, пов'язаних із виконанням ін'єкцій.

УДК 616. 831 - 005: 615 (043.2)

Тупиця І. О.

### **ДИНАМІКА КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ І СТАДІЇ ПІД ВПЛИВОМ ПРЕПАРАТУ ТАНАКАН**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність теми. Важливою проблемою сучасної ангіоневрології є пошук нових шляхів і засобів боротьби із загрозливою пандемією віку - ішемічною хворобою мозку. Досить перспективним і необхідним в ангіоневрології є діагностика ранніх порушень мозкового кровообігу, які починають формуватися у людей молодого працездатного віку і призводять до повільно прогресуючого ішемічного ураження головного мозку. Подібна діагностика неможлива без урахування когнітивних функцій головного мозку, визначення яких дозволяє виявити ранню неврологічну симптоматику для встановлення діагнозу дисциркуляторної енцефалопатії.

В теперішній час існують численні літературні дані про вплив судинних препаратів на перебіг дисциркуляторної енцефалопатії, проте вплив препаратів гінкго білоба на когнітивні функції, синдром емоційного вигорання, параметри судинного тону у пацієнтів молодого віку, лікарів за професією, не вивчено.

Мета дослідження. Метою даного дослідження є вивчення впливу препарату Ginkgo biloba (Танакан) на когнітивні функції, прояви «синдрому емоційного вигорання», показники судинного тону у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію І стадії – медичних працівників.

Матеріали і методи дослідження. Для дослідження були вибрані пацієнти – лікарі з дисциркуляторною енцефалопатією І стадії (15 чоловік) жіночої та чоловічої статі, яких за віковим критерієм було поділено на 2 групи: І група – 34 – 50 років (7 осіб – 2 чоловіків, 5 жінок) – «молодша» вікова група, ІІ група – 51 – 69 років (8 осіб – 3 чоловіків, 5 жінок) – «старша» вікова група.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, неврологічний огляд, реоенцефалографія (РЕГ), нейровізуалізаційні методи (КТ, МРТ), нейропсихологічні методи (опитувальник депресії Бека, шкала проявів тривоги Тейлора, коректурна проба Бурдона, тест відтворення по пам'яті малюнку геометричних фігур, тест «цифрових таблиць», тест Mini – Mental State Examination, тест самооцінки «професійного вигорання» Maslach – Maslach Burnout Inventory), статистична обробка матеріалу.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше встановлені особливості клінічного перебігу, стану когнітивних функцій, проявів синдрому «емоційного вигорання» у пацієнтів-медичних працівників із ДЕ І стадії молодшого та старшого віку. Вперше встановлена корегуюча роль препарату гінкго білоба (Танакан) на клінічний перебіг, стан когнітивних функцій, прояви синдрому «емоційного вигорання» у пацієнтів-медичних працівників із ДЕ І стадії молодшого та старшого віку.

Результати дослідження і висновки:

1. У хворих на ДЕ І стадії – медичних працівників «старшої» вікової групи порівняно з «молодшою» віковою групою виявлено переважання вогнищевої неврологічної симптоматики, переважання частоти реєстрації мікрогеморагій при МРТ головного мозку, кількісні зміни параметрів реоенцефалографії в бік підвищення судинного тону, утруднення венозного відтоку та зниження кровонаповнення.

2. Для «молодшої» вікової групи хворих на ДЕ І стадії в нейропсихологічному статусі було характерним: відсутність депресії, середній рівень тривоги зі схильністю до високого, середній ризик «професійного вигорання», зниження зорової пам'яті.

3. Для «старшої» вікової групи хворих на ДЕ І стадії в нейропсихологічному статусі було характерним: наявність легкої депресії, високий рівень тривоги, середній ризик «професійного вигорання», зниження зорової пам'яті. У пацієнтів даної групи вказані зміни були достовірно більш вираженими порівняно із пацієнтами «молодшої» вікової групи.

4. Призначення препарату гінкго білоба (Танакан) у добовій дозі 120 мг протягом 2 місяців в обох групах пацієнтів із ДЕ І стадії позитивно впливало на клінічний перебіг захворювання – сприяло зменшенню відсотку скарг на головний біль та втомлюваність, зменшенню окорухових та вестибулярних порушень, нормалізації судинного тону, кровонаповнення та венозного відтоку.

5. Лікування препаратом гінкго білоба (Танакан) хворих на ДЕ І стадії протягом 2 місяців дозволило зменшити симптоми депресії, рівень тривоги, покращення уваги в обох вікових групах; в «молодшій» віковій групі – знизити ступінь ризику «професійного вигорання».

УДК:616.24-002.5-08

Філатова О.В., Бойко М.Г.

### **«МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ»**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Стандарт надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз розроблений з метою забезпечення громадян України медичною допомогою при захворюванні на цю недугу.

Його задачі: встановлення єдиних вимог до профілактичних, діагностичних, лікувальних заходів мед.забезпечення хворих на хіміорезистентний туберкульоз, оптимізація мед. допомоги хворим, визначення оптимальних обсягів, доступності і якості мед. допомоги, яка надається хворому на хіміорезистентний туберкульоз в протитуберкульозних закладах та інших закладах охорони здоров'я.

Хіміорезистентний ТБ є феноменом, пов'язаним з втручанням людини, хоча резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів — природний феномен властивий всім бактеріям, який відбувається спонтанно в процесі їх розмноження. При застосуванні антибіотиків відбувається селекція саме резистентних штамів (тому, що чутливі гинуть під дією протитуберкульозних препаратів), особливо при поширених деструктивних процесах, з дуже великою кількістю мікроорганізмів. Стандартизоване лікування хворих з новими випадками лікування туберкульозу під безпосереднім контролем медичних працівників протягом основного курсу хіміотерапії запобігає розвитку вторинної медикаментозної резистентності МБТ. Своєчасна діагностика хворих на мультирезистентний туберкульоз легень та адекватне лікування запобігають передачі інфекції та виникненню нових випадків захворювання з первинною медика медикаментозною стійкістю.

УДК 616.12-005.4-008.331.1-009.72

Шапошник О.А.

### **ВПЛИВ ПОПЕРЕДНЬОЇ СТЕНОКАРДІЇ НА ОБМІН ПРОЗАПАЛЬНИХ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ, ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА.**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Фрагмент ініціативної теми (державний реєстраційний №0106U001649) "Значення прозапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування".

Відомо, що захисну передумовку серця до ішемії визначають як результат дії одного або більше короткочасних епізодів ішемії. Посередниками такої захисної передумовки міокарда на ішемію, реперфузію вважають вплив внутрішньоклітинних іонів кальцію і мембранних потенціалів мітохондрій, та гострозапальних білків, активують протизапальних факторів, а саме інтерлейкіну 10 (IL-10) та прозапальних (С- реактивний білок).

Метою дослідження було вивчення впливу попередньої стенокардії на обмін прозапальних та протизапальних цитокінів, перебіг гострого інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. Обстежено 47 хворих з них у 37 (79 %) діагностовано гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з підйомом сегмента ST та глибоким зубцем Q або комплексом QS та у 10 (21%) – гострий інфаркт міокарда без підйому сегменту ST та глибокого зубця Q або комплексу QS, 35 (74,5%) з них мали ускладнений перебіг, 12 (25,5%) неускладнений. Обстежені хворі в залежності від наявності в анамнезі стенокардії були поділені на дві групи, перша група без стенокардії в анамнезі (n=35), друга зі стенокардією в анамнезі (n=12). Діагноз ГІМ визначали згідно консенсусу ESC/ACC/AHA/WHF, 2007р. та відповідно до стандартів надання допомоги кардіологічним хворим за наказом № 436 Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006 р.

Для визначення стану прозапальних процесів використовували твердофазний імуноферментний метод, за допомогою набору реагентів: ProCon IL-10 (С.-Петербург), hsCRP ELISA (США), для С- реактивного білка.

Результати. Як показали результати проведеного дослідження у обстежених рівень IL-10 значно підвищився в першій групі (P=0,044) в порівнянні з другою групою. Визначено значне підвищення рівня лейкоцитів 1-ої та 3-ої доби ГІМ в першій групі (P=0,027) ніж в другій групі, проте загальною було підвищення (СРП).

Висновки. Попередня стенокардія виступає як захисна передумовка серця до ішемії, у хворих з неускладненим перебігом не - Q ГІМ. В інших випадках попередня стенокардія сприяла виникненню ускладненого ГІМ, тобто виступала як «фактор сенсibiliзації», підвищення чутливості до аутоімунного компоненту запалення.

УДК: 616.248-053.7: 616-233-07

Шахова О.О., Максимова К.М., Середюк М.М., Бурянчук Д.М.

### **ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Актуальність проблеми та наукова новизна роботи. Бронхіальна астма (БА) – є одним з найпоширеніших захворювань у дітей, в основі якого лежить хронічне алергічне запалення, що сприяє розвитку бронхіальної гіпер-



реактивності дихальних шляхів (ГРДШ). Останню розглядають як стан, котрий характеризується підвищеною реакцією бронхів на різноманітні стимули, що призводять до обструкції при потужності впливу, яка не викликає подібної реакції у більшості здорових осіб.

У переважній більшості хворих по мірі дорослішання клінічна тяжкість бронхіальної астми зменшується, що призводить до призупинення контролюючого лікування. Разом із тим, збереження субклінічної бронхіальної гіперчутливості та хронічного алергічного запалення в дихальних шляхах можуть супроводжуватися розвитком важкого перебігу захворювання вже в дорослому житті. Разом із тим, невирішеним достеменно залишається питання зворотності ГРДШ та ГРДШ за відсутності загострень захворювання впродовж певного часу.

Мета дослідження. Дослідити показники лабільності бронхів у дітей підліткового віку, які хворіють на бронхіальну астму середньотяжкого і тяжкого ступенів.

Методи та результати досліджень. Проведене комплексне обстеження 27 підлітків на базі алергопульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні №1 м. Чернівці, яке включало спірографічне дослідження з дозованим фізичним навантаженням і пробою з короткодійними  $\beta_2$ -агоністом. Сформовано 2 клінічні групи порівняння: I група – 13 пацієнтів, в яких діагностовано бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, II група – 14 дітей підліткового віку з тяжким перебігом захворювання.

Аналіз отриманих результатів показав, що в дітей із середньотяжкою БА, індекс бронходилатації (ІБД) за об'ємом форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) у середньому дорівнював  $13,0 \pm 3,1\%$ , на рівні дрібних бронхів (МОШ<sub>25</sub>) –  $36,6 \pm 6,4\%$ , на рівні середнього калібру бронхів (МОШ<sub>50</sub>) –  $35,6 \pm 7,1\%$ . Середній показник індексу бронхоспазму (ІБС) за ОФВ1 –  $5,75 \pm 2,1\%$ , за МОШ<sub>25</sub> –  $9,25 \pm 3,4\%$ , МОШ<sub>50</sub> –  $10,0 \pm 3,5\%$ . Водночас, в дітей з тяжкою БА показники лабільності бронхів виявились дещо нижчими, зокрема, ІБД (ОФВ1) –  $6,5 \pm 2,1\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБД (МОШ<sub>25</sub>) –  $24 \pm 5,5\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБД (МОШ<sub>50</sub>) –  $17,4 \pm 5,2\%$  ( $p > 0,05$ ). Аналогічними були і показники ІБС (ОФВ1) –  $7,1 \pm 2,1\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБС (МОШ<sub>25</sub>) –  $12,3 \pm 3,2\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБС (МОШ<sub>50</sub>) –  $13,0 \pm 3,7\%$  ( $p > 0,05$ ).

Висновки. Таким чином, у підлітків з тяжким неконтрольованим перебігом бронхіальної астми порівняно з пацієнтами, у яких відмічався середньотяжкий перебіг захворювання, показники лабільності бронхів виявились нижчими за рахунок виразних змін індексу бронхоспазму і відносно невеликих показників індексу бронходилатації. Можливо, це пов'язано з особливостями запального процесу в дихальних шляхах і процесами ремоделювання бронхів.

УДК 616.125-085.357+613.268

Шевельок А.М.

### ВПЛИВ ОМЕГА-3 ПОЛІЕНАСИЩЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА ДИСПЕРСІЮ Р-ХВИЛІ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака, м. Донецьк

Актуальність проблеми. Дисперсія Р-хвилі ( $R_{дисп}$ ) стандартної електрокардіограми (ЕКГ) є предиктором розвитку пароксизмів фібриляції передсердь (ФП). Застосування традиційних антиаритмічних препаратів у хворих з ФП може призводити до зменшення  $R_{дисп}$ , проте їх використання лімітоване невисокою ефективністю та можливістю розвитку серйозних проаритмогенних ефектів. У зв'язку з цим актуальним є пошук препаратів, які можуть служити доповненням до стандартної антиаритмічної терапії. Серед них особлива роль відводиться омега-3 поліненасиченим жирним кислотам (ПНЖК).

Наукова новизна роботи. У даній роботі вперше на основі вивчення впливу омега-3 ПНЖК на  $R_{дисп}$  представлено патогенетичне обґрунтування призначення цих препаратів для профілактики рецидивів ФП.

Мета - вивчити вплив омега-3 ПНЖК на часові параметри Р-хвилі стандартної ЕКГ у хворих з пароксизмами ФП.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходився 71 пацієнт (47 чоловіків та 24 жінки, середній вік  $57,2 \pm 7,4$  років) з ішемічною хворобою серця (ІХС) (стеноскардія напружи не вище II функціонального класу (Канадська асоціація кардіологів)), артеріальною гіпертензією (АГ) і компенсованою (не вище II функціонального класу (NYHA)) хронічною серцевою недостатністю, які мали пароксизми ФП в анамнезі та синусовий ритм на момент початку дослідження. Пацієнти регулярно приймали інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, бета-блокатори, статини, антикоагулянти, антитромбоцитарні та антиаритмічні препарати III класу. Всі хворі були розділені на дві групи: 1-у ( $n=43$ ) склали пацієнти, які протягом 6 міс отримували тільки стандартну терапію, у 2-й ( $n=32$ ) - додатково був призначений капсульований препарат високоочищених довголанцюгових омега-3 ПНЖК в дозі 1 г на добу. Всім пацієнтам на початку та в кінці дослідження реєстрували стандартну ЕКГ з оцінкою мінімальної ( $R_{мін}$ ) і максимальної ( $R_{макс}$ ) тривалості Р-хвилі та її дисперсії.

Результати. При аналізі вихідних даних істотних відмінностей за величиною  $R_{мін}$  ( $73,8 \pm 9,7$  мс - у 1-й групі та  $72,1 \pm 8,8$  мс - в 2-й),  $R_{макс}$  ( $124,8 \pm 8,1$  мс та  $126,3 \pm 9,2$  мс відповідно) і  $R_{дисп}$  ( $52,6 \pm 14,6$  мс та  $50,4 \pm 11,5$  мс відповідно) між групами не було ( $p > 0,05$ ). За період спостереження часові параметри Р-хвилі у пацієнтів 1-ї групи суттєво не змінились ( $R_{мін}$  -  $69,8 \pm 10,4$  мс,  $R_{макс}$  -  $122,3 \pm 9,6$  мс,  $R_{дисп}$  -  $49,4 \pm 12,2$  мс;  $p > 0,05$  у порівнянні з вихідними даними). Навпаки, в 2-й групі відзначено значуще ( $p < 0,05$ ) зменшення  $R_{дисп}$  ( $39,6 \pm 9,7$  мс) за рахунок зниження тривалості  $R_{макс}$  ( $114,6 \pm 10,3$  мс). При цьому рецидиви ФП були зареєстровані у 20 (49%) хворих 1-ї групи і лише у 6 (20%) - 2-ї ( $\chi^2 = 5,00$ ;  $p = 0,025$ ).

Висновки. Застосування омега-3 ПНЖК на додаток до стандартної терапії пароксизмальної ФП призводить до суттєвого зменшення  $R_{дисп}$  і пов'язаного з цим зниження частоти рецидивів аритмії.



УДК 616.24-0025.004.67

Цапенко Ю.П., Бойко М.Г., Краєвська О.О.

## МЕДИКО -СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ В УМОВАХ МІСЦЕВОГО САНАТОРІЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Клінічний і соціальний склад хворих туберкульозом органів дихання, які знаходяться на етапах реабілітації в умовах місцевого протитуберкульозного санаторія, мають великий вплив на тактику і результати лікування туберкульозу. Метою дослідження є вивчення клінічного та соціального складу контингентів хворих туберкульозом на етапі реабілітації в протитуберкульозному санаторії. Матеріали і методи. Вивчені медичні карти 911 хворих туберкульозом органів дихання, які знаходилися на лікуванні в Гадяцькому протитуберкульозному санаторії за 2009 рік. Серед них міських жителів 476 (52,2%), сільських 435 (47,8%). З них найбільше хворих – 203 (22,2%) були у віці від 51 до 60 років. В структурі клінічних форм серед сільських(с) та міських(м) жителів майже однакова кількість з вогнищевим ТБ (м-44%, с-47%), інфільтративним ТБ (м-51%, с-55%), циротичним і фіброзно-кавернозним ТБ (м-12%, с-11%), тоді як з дисемінованими формами ТБ м- 52%, а с- 65%. Серед всіх хворих з клінічно-вилікуваним туберкульозом було 532 хворих, що становило 58,5% від всіх хворих. З них 285 (31,3%) міських жителів та 248 хв (27,2%) сільських. Стан пролікованих хворих по контингентах становив: робітники 112(12,3%), службовці 16(1,7%), сільські працівники 29(3,15%), студенти 4(0,4%), пенсіонери 334(36,7%), безробітні 418(45,8%).

Висновки. В результаті проведеної роботи відмічено що на санаторному етапі в місцевому протитуберкульозному санаторії переважали пенсіонери та безробітні. Серед всіх хворих переважали міські жителі, але серед них був більший відсоток з клінічно-вилікуваним туберкульозом легень, тоді як розповсюджених дисемінованих форм було більше у хворих сільської місцевості.

УДК 616.248-053.2:616.15

Чижо В.М., Демиденко С.В., Куліковська С.Д., Прунчак С.І.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТЯЖКОЇ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ГРУПОВОЇ НАЛЕЖНОСТІ КРОВІ

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Неконтрольована бронхіальна астма (БА) в дітей є актуальною проблемою сьогодення, оскільки ця категорія пацієнтів є якісно іншою групою хворих, що потребують ретельного підходу у виборі раціональної лікувальної тактики. Вивчення фенотипів тяжкої БА, зокрема, їх патофізіологічних механізмів, що є унікальними для тяжкої астми, а також генетичних особливостей захворювання, допоможуть лікарю у визначенні оптимальних індивідуальних лікувально-профілактичних заходів дітям, хворим на неконтрольовану БА.

Мета дослідження. Дослідити особливості місцевої запальної відповіді дихальних шляхів в дітей із неконтрольованою бронхіальною астмою залежно від групової належності крові для вдосконалення індивідуалізованої лікувальної тактики.

Матеріал і методи. В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ №1 м.Чернівці обстежено 56 дітей шкільного віку. Усім дітям проведено комплексне клінічно-параклінічне та імунологічне обстеження I-II рівня, що включало визначення групової належності крові за системами ABO, MN та резус-фактором.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних показав, що серед обстежених пацієнтів персистувальний легкий, середньотяжкий і тяжкий перебіг БА відзначали у 7,2%, 44,6%, 48,2% випадків відповідно. Розглядаючи частоту реєстрації тяжкого неконтрольованого перебігу захворювання та груп крові встановлено, що серед дітей, хворих на БА з O(I), A(II), B(III), AB(IV), даний фенотип астми встановлено відповідно у 37,0%, 48,2%, 7,4% і 7,4% пацієнтів. Таким чином, найчастіше неконтрольований перебіг захворювання асоціював із A(II) групою крові.

Враховуючи те, що за літературним даними неконтрольований перебіг астми пов'язаний із переважанням нейтрофільного варіанту запального процесу, нами оцінено показник індексу стимуляції нейтрофільних гранулоцитів крові (ICH). Так, середній ICH у дітей, хворих на БА з O(I), A(II), B(III), AB(IV), Rh(+), Rh(-) групами крові дорівнював відповідно  $1,7 \pm 0,1$ ;  $1,9 \pm 0,2$ ;  $1,4 \pm 0,2$ ;  $1,1 \pm 0,2$ ;  $1,7 \pm 0,1$ ;  $2,0 \pm 0,6$  у.о. (P O(I),A(II):B(III)<0,05). Таким чином, у пацієнтів з B(III) та AB(IV) групою належності крові, які об'єднує загальний еритроцитарний антиген B, відзначено найменше значення ICH, що свідчило про виснаження киснезалежного метаболізму нейтрофільних гранулоцитів крові. Показники ризику зниження індексу стимуляції нейтрофілів крові нижче 1,1 у.о. в дітей, хворих на бронхіальну астму з B(III) групою крові, порівняно з пацієнтами з O(I) групою належності дорівнювали: відносний ризик = 1,6 [95%ДІ: 0,9-2,7] при співвідношенні шансів = 2,8 [95%ДІ: 1,4-5,5].

Висновки. Виходячи з отриманих даних аналізу, можна дійти висновку, що фенотип неконтрольованої бронхіальної астми найчастіше асоціював із A(II) групою крові, водночас в пацієнтів із B(III), AB(IV) еритроцитарними антигенами виявлене переважне залучення нейтрофіл-опосередкованих механізмів запального процесу дихальних шляхів, що у 2,8 раза збільшує шанси виснаження здатності цих клітин до «респіраторного вибуху».

УДК 616.8-06:616.72-002.77-039

Юсупов Ф.А., Грошев С.А.

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, г. Ош, Кыргызская Республика

Актуальность проблемы. Ревматоидный артрит (РА) на протяжении ряда лет является острой проблемой как научной медицины, так и практического здравоохранения. Настоящая ситуация связана с высокой распространенностью этого заболевания, отсутствием четких общепринятых способов ранней диагностики, исключительной трудностью лечения, значительным уровнем инвалидизации пациентов. Качество жизни и ее продолжительность у больных РА, их работоспособность приобретают значительную тенденцию к снижению при развитии поражения нервной системы. В связи с этим остаются актуальными исследования, направленные на изучение неврологической патологии при РА, ее патогенеза, диагностики и лечения.

Научная новизна работы заключается в тщательном описании клинической симптоматики поражения центральной нервной системы (ЦНС) у больных РА и соотнесении таковых признаков с результатами визуализации структур головного и спинного мозга.

Целью настоящей работы является подробное изложение клинических проявлений патологии ЦНС и результатов магнитно-резонансной томографии (МРТ) центральных структур нервной системы у больных РА.

Материалы и методы. Всего было осмотрено 512 больных РА, из них были отобраны 41 больной РА с поражением ЦНС в возрасте 20-40 лет, в том числе 7 мужчин (17,1%) и 34 женщины (82,9%). Доля больных с признаками патологии ЦНС среди всех осмотренных больных РА составила 8%.

Обследование больных включало в себя изучение клинических симптомов, а также использование МРТ головного и спинного мозга.

Результаты исследований. У 27 больных (65,9%) была диагностирована энцефалопатия. Основными очаговыми проявлениями этого синдрома были признаки поражения кортико-спинальных и кортико-нуклеарных путей и амиостатический синдром. Самыми характерными жалобами были головная боль, стойко отмечавшаяся у 25 человек (61,0%), и головокружение несистемного характера у 7 больных (17,1%). Из объективных признаков были присущи повышение проприоцептивных рефлексов (22 пациента, 53,7%) с их асимметрией у 12 обследованных (29,3%), угнетение брюшных рефлексов (25 человек, 61,0%), кистевые (21 больной, 51,2%) и стопные (8 пациентов, 19,5%) патологические знаки, рефлексы орального автоматизма (22 больных, 53,7%). Несколько реже выявлялись центральный парез лицевого и подъязычного нервов (соответственно 16 (39,0%) и 10 (24,4%) пациентов), признаки амиостатического синдрома (14 обследованных, 34,1%). При изучении чувствительной сферы у 6 больных (14,6%) отмечалась пятнисто-мозаичная гипестезия, соответствующая корковому типу поражения анализатора.

При проведении МРТ головного мозга у всех пациентов с энцефалопатией были обнаружены множественные рассеянные очаги изменений белого вещества, локализованные преимущественно перивентрикулярно, некоторые из очагов были гиперинтенсивными, а другая часть - гипоинтенсивными в T2-режиме. Подобные явления были выявлены и в базальных ганглиях 10 больных (24,4%). Очаги имели преимущественно вытянутую овальную форму, располагаясь перпендикулярно к мозолистому телу. У 12 пациентов (29,3%) были обнаружены незначительные расширения боковых желудочков. В 8 случаях (19,5%) отмечалось расширение субарахноидальных пространств.

Описывая клинические признаки поражения спинного мозга у 4 больных (9,8%), имеющих явления миелоэнцефалопатии, можно сказать, что в 3 случаях обнаруживалось поражение спинного мозга на уровне его поясничных и крестцовых сегментов. В 1 случае удалось определить поражение грудного отдела спинного мозга. У всех больных спинномозговое поражение было подтверждено МРТ. Во всех случаях явления нижнего парапареза сочетались с нарушением функций тазовых органов. Явления шейной миелопатии, связанные с патологией шейного отдела позвоночника, у наблюдавшихся больных выявить не удалось.

Нечастыми, но яркими проявлениями поражения головного мозга у больных основной группы были острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), представленные переходящими НМК (ПНМК) и ишемическими инсультами (ИИ) соответственно у 7 (17,1%) и 3 (7,3%) человек.

ПНМК характеризовались развитием транзиторных ишемических атак. При этом из 7 человек у 2 (4,9%) они развивались за время наблюдения дважды. Длительность ПНМК составляла от 2 до 6 часов. При проведении МРТ головного мозга у этой подгруппы пациентов были обнаружены явления, описанные у больных с энцефалопатией.

ОНМК по типу ИИ во всех 3 случаях развивались на фоне вторичного антифосфолипидного синдрома. У 1 из этих пациентов инсульт развился в бассейне корковых ветвей правой средней мозговой артерии, еще в 2 случаях было определено поражение мозга в бассейне левой средней мозговой артерии. МРТ больных с ИИ определило характерные черты очагового поражения головного мозга в сочетании с малочисленными признаками энцефалопатии.

Т.о., МР-признаки поражения ЦНС при РА подтвердили клинические проявления патологических изменений головного и спинного мозга.

Выводы.

1. Самым частым синдромом поражения ЦНС при РА являлась энцефалопатия, второе место заняли ОНМК, реже всего наблюдалась миелоэнцефалопатия.

2. Проведение МРТ головного и спинного мозга больных РА при подозрении на поражение ЦНС является необходимым методом диагностики, способным подтвердить патологические изменения центральных структур нервной системы.

## **КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА № 2**

### **(хірургія, акушерство та гінекологія, урологія, ЛОР хвороби, травматологія, онкологія, офтальмологія)**

УДК 616.36-006.2-07-089

*Базиян Н.К., Алиев Р.Ф., Маханькова А.В., Семененко К.М., Павлов Р.В.*

#### **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Цель исследования – совершенствование диагностики и лечения непаразитарных кист печени (НКП) для снижения количества осложнений и летальности.

Методы и результаты исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 82 больных с НКП с 2000 по 2009 гг. в возрасте 17 - 73 лет. Женщин было 52 (63,4%), мужчин – 30 (36,6%). У 74 (90,2%) отмечена солитарная киста печени, у 8 (9,8%) были множественные кисты. Кисты локализовались в правой доле печени у 57 (69,5%) чел., в левой доле - у 25 (30,5%).

Для диагностики НКП применяли обзорную рентгеноскопию, рентгенографию желудка и двенадцатиперстной кишки, электросканирование, радионуклидное сканирование, УЗИ, КТ, лапароскопию, цитологическое, бактериологическое и биохимическое исследование пунктата из кисты, использовали реакцию латекс-агглютинации (РЛА), реакцию непрямой гемагглютинации (РНГА) и иммуноферментный анализ (ИФА).

Для хирургического лечения НКП применяли лапароскопические, открытые операции, а также чрескожные вмешательства. Для дезэпителизации проводили склерозирующую терапию 96° этиловым спиртом и 5% раствором йода в соотношении 10:1 в объеме ¼ объема содержимого кисты.

Все осложненные кисты в диаметре превышали 7 см. Из 82 больных у 29 были выявлены осложнения: нагноение – у 17, кровотечение в полость кисты – у 8, перфорация – у 4. 15 кист сообщались с внутripеченочными желчными протоками.

Из 82 пациентов с маленькими (диаметр <5 см) кистами 7 находились под наблюдением без хирургического вмешательства. 75 больным проведено хирургическое лечение: открытые операции – у 12, малоинвазивные – у 63. Способы открытых операций: удаление кисты – 8, атипичная резекция доли печени – 2, резекция кисты, оментопексия – 1, дренирование – 1. Малоинвазивные чрескожные пункционные вмешательства применены в 28 случаях: аспирация – 8, дренирование – 20. Лапароскопических операций (с 3 изобретениями) было 35: резекция, коагуляция кисты, дренирование – 24, иссечение кисты, дренирование – 7, иссечение стенки кисты, цисто-оментопексия – 4.

После открытых операций из 12 у 4 чел. (33,3%) наблюдались осложнения, после малоинвазивных вмешательств из 63 - у 5 (7,9%). Летальных исходов не было. После лапароскопических операций отмечено наименьшее количество послеоперационных осложнений и наименьший срок госпитализации.

Вывод. Таким образом, малые (диаметр <5 см) и средние НКП (5 < диаметр < 7 см) подлежат хирургическому вмешательству только при наличии клинических проявлений (средние – также при тенденции к росту). При больших кистах показана операция. Предпочтение следует отдать малоинвазивным, чем открытым операциям (лапароскопические – 3 изобретения или чрескожные) ввиду меньшего количества послеоперационных осложнений.

УДК 616.36-006.31-07-089.81

*Базиян Н.К., Семененко К.М., Костик В.Э., Павлов Р.В., Арых А.Н., Чернецкая А.В.***СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ**

Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк,

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с сосудистыми опухолями печени путём оптимизации диагностики и малоинвазивного лечения.

Методы и результаты исследования. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна за 7 лет сделаны 26 видеозендоскопических хирургических операций по поводу сосудистых опухолей печени: энуклеаций – 9, краевых резекций печени – 17. Женщин было 16, мужчин – 10. Возраст больных колебался в пределах 23 – 59 лет. В 17 случаях гемангиома локализовалась в левой доле печени, в 9 – в правой.

Для диагностики применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) с ангиографией, лапароскопия, пункционная биопсия печени. Для УЗИ использовали сонографический аппарат «Dornier - 5200» в режиме цветного доплера с датчиками 3,5 и 5 МГц, для КТ или МРТ – аппараты «Siemens». Для лапароскопии и вмешательств под её контролем применяли аппараты и инструменты фирм «Wolf» «Karl Storz» (Германия). Диагностические пункции выполнялись иглами 18-22 G. Траекторию выбирали в зоне безопасного акустического окна.

У 26 больных применены следующие специальные методы исследования: УЗИ – 26, лапароскопия – 26, КТ – 12, пункционная биопсия – 7, МРТ – 7, сцинтиграфия – 6. КТ и МРТ подтвердили диагноз гемангиомы печени в 22 случаях.

Пункционную биопсию печени проводили в первую очередь для дифференциальной диагностики со злокачественными образованиями. Выполнены 7 исследований в диагностическом центре ДОКТМО под ультразвуковым контролем, под местной анестезией. Осложнений не наблюдали. В клинике факультетской хирургии видеозендоскопические операции выполнены 26 больным с сосудистыми опухолями печени. Характер операций: энуклеация опухоли - 9, краевая резекция печени – 17 (с применением 3 новых способов операций). Размеры сосудистой опухоли – от 4 до 17 см.

Гемостаз осуществляли с помощью ультразвукового скальпеля или электрокоагуляции. Осложнений, связанных с операцией, не было. Доступной локализацией гемангиом для этих операций считаем Ш–П сегменты печени и размеры до 12 см в диаметре. Значительного кровотечения или подтекания желчи не было. Срок пребывания больных в стационаре составил 4 дня.

Вывод. Современные диагностические критерии оценки гемангиомы печени имеют первостепенное значение для планирования объема лапароскопической операции. Методами выбора являются энуклеация опухоли или краевая резекция в пределах Ш – УП сегментов печени. Лапароскопические операции служат альтернативой традиционным оперативным вмешательствам при гемангиомах печени. Применение ультразвукового скальпеля и 3 новых способов операций позволяет провести надежный гемостаз и, кроме того, сократить длительность и себестоимость операции.

УДК 616.36-006.31-07-089.81

*Базиян Н.К., Семененко К.М., Павлов Р.В., Печерица Я.Я., Зайцева Е.А.***СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ПЕЧЕНИ**

Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Цель. оптимизация алгоритма диагностики и разработка тактики хирургического лечения аденом печени (АП).

Методы и результаты исследования. За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечилось 163 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени, среди которых аденомы печени имели 14 (8,6%). Возраст больных составил 27-60 лет, женщин было 12 (85,7%), мужчин – 2 (14,3%).

Применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия, пункционная биопсия.

Для УЗИ применяли сонографический аппарат «Dornier – 5200» (Франция) в режиме цветного доплера с датчиками 3,5 и 5 МГц, для КТ – аппарат «CT – 9000» («General electric», США), для МРТ – «Siemens» (Германия). Для лапароскопии и вмешательств под её контролем использовали аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl Storz» (Германия). Диагностические пункции выполнялись иглами 18 – 22 G. Траекторию выбирали в зоне безопасного акустического окна. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты и их обсуждение: В правой доле печени аденому наблюдали у 10 (71,4%) пациентов, в левой – у 3 (21,4%), опухоль в IV и V сегментах выявлена у 1 (7,2%) больного. У 5 пациентов размер АП варьировал от 4 до 8 см, у 4 больных размер опухоли составил 3 см, у 5 – 1 см.

При УЗИ картина аденом печени была вариабельной, они были гипо- и гиперэхогенными, часто имели не-



однородную структуру. При КТ-исследовании АП имели пониженную плотность за счёт наличия жировых включений и гликогена, довольно чёткие контуры. При МРТ часто визуализировалась фиброзная капсула аденомы пониженной интенсивности. Крупные аденомы имели гетерогенное строение за счёт содержания крови и жировой инфильтрации, имеющих высокий сигнал в T1, а также участков некроза, имеющих низкий сигнал в T1 - и высокий в T2 - изображении. Некоторые аденомы незначительно накапливали контрастное вещество по периферии.

При аденоме печени максимальное значение общей диагностической точности УЗИ достигало 88,5%, а чувствительности – 93,2% Максимальное значение общей диагностической точности КТ - параметров достигало 79,6%, а чувствительности – 100,0% , МРТ- параметров – 97,3% и 100,0% соответственно.

10 (71,4%) больным выполнена резекция печени, 4 (28,6%) – энуклеация опухоли, причем 3 больным с помощью устройства для удаления желчного пузыря или кисты паренхиматозного органа (патент на полезную модель № 42186 от 25.06.2009 г.). Данное устройство позволяет уменьшить степень травматизации печеночной ткани, провести более полную и качественную энуклеацию АП. В раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечалось временное подтекание желчи из дренажа. Летальных исходов не было

Вывод. Для диагностики аденом печени целесообразно использовать УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопию, пункционную биопсию. Следует отметить, что наиболее информативными методами исследования при АП являются УЗИ и МРТ. Следует отметить, что при аденомах печени целесообразно выполнять резекцию печени и энуклеацию опухоли, используя разработанное в клинике устройство.

УДК 617.55+616.37] – 001- 07-08

*Базиян Н.К., Печерица Я.Я., Павлов Р.В., Комар С.В., Семененко К.М., Арых А.Н.*

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения больных с повреждением поджелудочной железы (ПЖ) при сочетанной закрытой травме живота (СЗТЖ) для уменьшения частоты осложнений и летальности.

Методы и результаты исследования. Нами проведен анализ 326 историй болезни пациентов, лечившихся в клинике за 10 лет, с закрытыми травмами живота. Повреждения ПЖ выявлены у 83 (25,1%) пациентов. Мужчин было 67, женщин – 16 в возрасте от 12 до 73 лет. У 34,2% больных выявлены повреждения не только ПЖ, но и других органов живота (печень, селезенка, ооочная кишка и др.). У 8,5% пострадавших были черепно – мозговые повреждения. У 32 (39,4%) пациентов получили травму при автомобильной аварии, 26 (31,3%) – при ударе в живот, 21 (25,7%) – при падении с высоты, 4 (3,6%) – при спортивных играх. Диагностический алгоритм включал следующие методы: клиничко – лабораторные, рентгенографию, ультразвуковой (УЗИ) или компьютерную томографию (КТ), лапароцентез с шарящим катетером, лапароскопию. Комплекс лабораторной диагностики включал общий анализ крови и мочи, определение группы крови и резус – принадлежности, биохимические анализы крови, определение величины кровопотери по относительной плотности крови, объема циркулирующей крови, активности амилазы крови, мочи и жидкости из брюшной полости.

При лапароцентезе с шарящим катетером, лапароскопии у 34,2% пациентов выявлены четкие признаки повреждения органов живота. Диагностическая ценность УЗИ составила 91,4%, а время исследования – 3 – 5 мин.

Характер повреждений ПЖ диктовал объем оперативного вмешательства. После лапаротомии производили ревизию органов брюшной полости, мобилизация двенадцатиперстной кишки (ДПК) по Кохеру. Ревизию ПЖ выполняли всегда при обнаружении гематомы в области ДПК и забрюшинном пространстве. Больным с сотрясением и кровоизлиянием под капсулу железы в клетчатку вводили 0,5% раствор новокина. В клинике выполнены следующие операции на ПЖ: оментопанкреатоэктомика – у 4 чел.; тампонада раны капсулы железы сальником, дренирование сальниковой сумки – у 7; наложение узловых швов на рану железы с фиксацией сальника – у 26; ушивание панкреатического протока “конец в конец” на катетере, раны железы с фиксацией сальника, дренирование через поясничный разрез – у 12; резекция поврежденной части железы с ушиванием культи протока по А.А.Шалимову и спленэктомия – у 26; панкреатоеюноанастомоз – у 8. У 28 (34,2%) чел. с сочетанным повреждением ПЖ и других органов оперативное вмешательство производили индивидуально (ушивание раны печени, тонкой кишки и др.), в каждом отдельном случае с учетом повреждений органов и тяжести общего состояния.

Во время операции умер один больной с фрагментацией правой доли печени и профузным кровотечением из печеночных вен. В послеоперационном периоде умерли 3 пациента: от гнойно – септических осложнений после резекции ПЖ – 1, от тотального панкреонекроза после спленэктомии – 1, от кровотечения из аррозированных сосудов ПЖ – 1.

Выводы. Диагностика СЗТЖ с повреждением поджелудочной железы сложна из-за отсутствия патогномичных симптомов и наличия шока. Более точную информацию дают УЗИ, лапароцентез, лапароскопия, КТ, исследование амилазы крови, мочи и жидкости из брюшной полости. Для повышения эффективности лечения таких пациентов необходимы: улучшение качества оказания первой медицинской помощи на месте происшествия, быстрая доставка пострадавших и госпитализация их в отделение реанимации, применение в диагностике и лечении современных методик.



УДК 616.25-002.31-052

Бриток В.А.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ**

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава, г. Пермь, Россия

Острая неспецифическая эмпиема плевры является актуальной проблемой торакальной хирургии. Распространенность данного заболевания, ведет к утрате трудоспособности, инвалидности, смертности. Для эффективного лечения этого заболевания особенно важна ранняя диагностика.

Для повышения эффективности диагностики эмпиемы плевры в нашем регионе мы решили составить клинический портрет пациентов с эмпиемой плевры, т.е. выделить черты, наиболее характерные для человека, имеющего повышенный риск заболеть этой патологией. В ГКБ №4 г. Перми в отделении торакальной хирургии за 1997-2008 гг. на стационарном лечении находился 621(100%) человек с острой эмпиемой плевры. Это были 503(80,99%) мужчин и 118(19,01%) женщин. При анализе мы выделили 7 возрастных групп пациентов: до 20 (2,09%) лет; 21-30 (10,78%) лет; 31-40 (13,69%) лет; 41-50 (29,14%) лет; 51-60 (22,38%) лет, 61-70 (14,49%) лет и старше 71 (5,47%) года. Наибольшее число больных наблюдали в возрастной группе 41-50 лет – 181 (29,15%) человек.

При анализе причин возникновения острой эмпиемы плевры, выявили, что у 407 (66,94%) пациентов острая эмпиема плевры сопровождала пневмонию (парапневмоническая эмпиема плевры). У 108 (17,76%) больных острая эмпиема плевры возникла после стихания клинических явлений перенесенной пневмонии (метапневмоническая эмпиема плевры). У 54 (8,88%) пациентов острая эмпиема плевры развилась в результате травмы груди (посттравматическая эмпиема плевры), а у 22 (3,62%) человек эмпиема плевры возникла после операций на органах грудной клетки (послеоперационные эмпиемы плевры). У 17 (2,80%) человек эмпиему плевры вызвали прочие причины, такие как панкреонекроз, гнойный медиастинит и т.д. Эмпиема плевры поражала преимущественно правую плевральную полость: справа эмпиему плевры наблюдали у 377 (60,71%) больных, слева – у 240 (38,65%) пациентов, а у 4 (0,64%) человек обнаружили 2-хстороннее поражение. У 300 (48,31%) больных острая эмпиема плевры протекала с бронхиальным свищем и у 321 (51,69%) пациента – без свища. Тотальные эмпиемы плевры наблюдали у 141 (22,7%) больного, субтотальные – у 270 (43,48%) пациентов, ограниченные – у 210 (33,82%) человек.

Основным методом лечения острой эмпиемы плевры являлась торакоскопия, которая была сделана 491(79,07%) пациенту. Также использовались другие методы лечения: дренирование (проведено 105 (16,91%) пациентам), пункция (выполнена 18 (2,90%) больным). 7(1,13%) пациентам выполнена эндобронхиальная окклюзия.

После проведенного лечения выздоровели 496 (79,87%) пациентов; у 64 (10,31%) больных сформировалась хроническая эмпиема плевры; в 61 (9,82%) случаях лечение закончилось летальным исходом.

В среднем пациенты находились на лечении 41,74 койка дня

Основной задачей при переходе острой эмпиемы плевры в хроническую для устранения очага инфекции является ликвидация стойкой остаточной плевральной полости. У 21 (32,81%) больных с хронической эмпиемой плевры удалось достичь закрытия эмпиемной полости путем проведения кратных санационных торакоскопий. 1 (1,56%) больному в процессе лечения был наложен пневмоперитонеум. В 28 (43,75) случаях после проведения санационных торакоскопий для закрытия остаточной полости потребовалось выполнение торакопластики и торакомиопластики. В 10 (15,63%) случаях были выполнены резекционные операции: плевропульмонэктомии и плевроробэктомии. У 1 (1,56%) больных удалось закрыть эмпиемную полость после удаления пораженной плевры – плеврэктомии. К формированию открытого сообщения с внешней средой – торакостомии пришлось прибегнуть в 8 (12,50%) случаях. У 3 (4,69%) больных были выполнены трансстеральная окклюзия, ушивание культи бронха и иссечение свища.

Торакоскопия позволяет закрыть эмпиемную полость и добиться выздоровления пациента с полным восстановлением трудоспособности в 79,87% случаях. При переходе острой эмпиемы в хроническую, санационная торакоскопия позволяет эффективно подготовить больных для проведения торакопластических операций.

Таким образом, суммируя результаты анализа можно сделать вывод, что на сегодняшний день наиболее характерный пациент с острой эмпиемой плевры в нашем регионе это мужчина в возрасте от 41 года до 50 лет (средний возраст – 48,5 лет). Эмпиема плевры у него чаще сопутствует пневмонии и субтотально поражает правую плевральную полость. Наличие или отсутствие бронхиального свища у больных с острой эмпиемой плевры в г. Перми практически равновероятно.

УДК 616.155.392-036.12-06:616.71-007.234

Вибирана Р.Й., Жулкевич І.В.

**ФАКТОРИ МОДИФІКАЦІЇ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИН В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ЛІМФОЇДНУ ЛЕЙКЕМІЮ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність проблеми Хронічна лімфоїдна лейкемія (ХЛЛ) - індолентна лімфоїдна пухлина В-клітинного походження, при якій відбувається злоякісна проліферація малих, морфологічно зрілих В-лімфоцитів з тенденцією до їх накопичення в кістковому мозку, периферичній крові та лімфоїдних органах. ХЛЛ є лейкемічним аналогом неходжкінської лімфоми з малих лімфоцитів. За даними різних дослідників частота ХЛЛ складає 3 на 100000

населення за рік. Захворювання в основному реєструється у осіб від 40 до 60 років, серед хворих переважають чоловіки.

Наукова новизна Фактично не вивчено розповсюдженість остеопоротичних (ОП) уражень кісткового скелету в хворих на ХЛЛ в різних вікових групах, а також в залежності від стадії захворювання.

Мета За отриманими статистичними моделями дослідити основні фактори модифікації КТ в хворих на ХЛЛ.

Методи досліджень Мінеральну щільність КТ (МЩКТ) в 50 хворих на ХЛЛ (19 жінок, 31 чоловіків) вивчали за даними денситометричного дослідження поперекового відділу хребта (ПВХ) та проксимальної ділянки стегнової кістки на двофотонному кістковому рентгенівському абсорбціометрі DPX-A фірми «Lunar Corp.» (США).

Для виявлення факторів модифікації стану КТ в обстежених хворих на ХЛЛ з урахуванням можливого багатоконпонентного генезу ураження КТ та множинності форм зв'язків між дослідженими факторами в існуючу базу даних стану КТ ПВХ, крім числових значень основних показників імунгомеостазу та маркерів рівня ендогенної інтоксикації, були внесені і чисельні коди якісних показників: стать, стадія захворювання, наявність мено(андро)паузи тощо. Дотримуючись стадійного розподілу перебігу ХЛЛ за J.-L. Binet et al., ми використали принцип кодування. Для статистичного дослідження ми скористались статистичною процедурою покрокової регресії. Побудовані математичні моделі оцінювались за коефіцієнтом детермінації ( $R^2$ ) і рівнем статистичної значущості коефіцієнтів ( $p$ ).

Результати досліджень Отримали статистичні моделі зміни рівня МЩКТ ( $y$ ) залежно: а) від статі і стадії ХЛЛ ( $R^2 = 0,95$ ;  $p < 0,01$ ):  $y = 0,27x_1 + 0,36x_2$ , ( $x_1$  – стать обстежених;  $x_2$  – стадія ХЛЛ за J.-L. Binet et al.); б) від статі, стадії захворювання та відносного показника МЩКТ до належної в молодому віці ( $R^2 = 0,95$ ;  $p < 0,01$ ):  $y = 0,29x_1 + 0,46x_2 + 0,19x_3$  ( $x_1$  – стать обстежених;  $x_2$  – стадія ХЛЛ за J.-L. Binet et al.;  $x_3$  – відносний показник МЩКТ до належної в молодому віці, ум од.).

Отримані моделі, хоча і носять ґносеологічний характер, за коефіцієнтом детермінації достовірні і відповідають рівню предикативності, оскільки складовими частинами їх є якісні показники. Обрахунок відсоткового внеску останніх унаочнює вагомий внесок статі та стадії захворювання в прогнозування рівня МЩКТ у хворих на ХЛЛ (табл. 1).

Таблиця 1. Ваговий внесок факторів впливу на рівень МЩКТ у хворих на ХЛЛ

Дійсний член рівняння	Внесок факторів впливу, %	
	Модель 4.4	Модель 4.5
Стать пацієнта	65,16	1,99
Стадія ХЛЛ	34,84	91,10
Відношення до ПМЩКТ	–	6,91

Висновки. Структурно-функціональний стан КТ у хворих на ХЛЛ характеризується зниженням основних характеристик міцності КТ: вмісту мінералів (в середньому у чоловіків – на 15,3 %, у жінок – на 9,1 %), МЩКТ (в середньому у чоловіків – на 10,8 %, у жінок – на 8,5 %) і зміною геометричних характеристик окремих поперекових хребців. У пацієнтів з ХЛЛ виявлено зменшення МЩКТ у вигляді остеопенічних (у 37,8 %) та остеопоротичних (у 13,3 %) змін КТ. Основними факторами модифікації стану кісткової тканини в хворих на ХЛЛ є стать та стадія захворювання.

УДК: 617–089:615.454.1:616.381-002

Воронков Д.Е.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Крымский государственный медицинский университет, г. Симферополь

Неудовлетворительные результаты лечения тяжелых форм перитонита, являются причиной поиска новых методик его лечения. Летальность при запущенных формах перитонита колеблется в пределах от 11 до 55%, а при развитии сепсиса и септического шока достигает 95%.

В настоящее время проблема перитонита не стала менее актуальной. Оптимизм, навеянный эрой антибиотиков, экстракорпоральные методики детоксикации не оправдали себя. Различные методы дренирования в значительной части наблюдений не предотвращают тяжелых послеоперационных осложнений требующих неоднократных оперативных вмешательств, которые не всегда эффективны.

По мнению большинства авторов, важнейшим звеном в комплексном лечении запущенных форм распространенного перитонита является санация брюшной полости, о эффективности которой говорил в 1884 г. Mikulicz, от эффективности которой во многом зависит результат лечения.

В изученной литературе описан внутрибрюшной опыт применения мазевых композиций при перитоните – водорастворимые (гидрофильные) мази левосин, левомиколь подогреть до 37°C (С. В. Иванов 1999, Л.Н. Бисенко 2002, Н.В. Ворнов 2005), 10% мазь «Пропес» (А.П. Радзиховский, О.Е. Бобров, А.А. Ткаченко 2000). Авторами не описывается научная обоснованность применения водорастворимых мазевых композиций для введения их в свободную брюшную полость, не указываются положительные и отрицательные действия той или иной мази на «не поврежденную» и «поврежденную» брюшную полость.

В последние годы практическая хирургия получила новые мази многокомпонентного действия, на водорастворимой основе, которые обладают сорбционным, обезболивающим, антимикробным, некролитическим действиями, оказывая комплексное действие на основные составляющие патогенеза гнойно- воспалительного процес-

са. Применение многокомпонентных водорастворимых мазей для купирования воспалительного процесса в гнойной хирургии имело положительный эффект. Они прошли экспериментальные и клинические исследования при различных гнойно-некротических процессах мягких тканей, при гнойно-некротических осложнениях панкреатита. Но при гнойном перитоните, исследований нет.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что данная проблема мало описана в современной литературе.

Цель: Улучшение результатов лечения распространенного фибринозно-гнойного перитонита и его осложнений путем разработки обоснованной программы диагностики и хирургического лечения с использованием современных антисептиков.

Материалы и методы: Исследования проводились на белых крысах линии Вистар, средней массы 170 – 200г, с соблюдением принципов гуманного обращения с животными.

У всех животных в условиях воздушно-эфирного наркоза моделировался перитонит по методике А.В. Костырного «Спосіб моделювання абсцесу черевної порожнини з проривом його і розвитком розлитого фібринозно-гнійного перитониту» декларационный патент Украины № 2904 от 15.09.04. Бюл. №9. Через сутки выполнялась релапаротомия, во время которой у всех животных обнаруживался разлитой гнойный перитонит. Первоначально брюшная полость санировалась 3% раствором перекиси водорода, после проводились многократные - до "чистой воды" (2-я группа - 10 крыс) промывания брюшной полости раствором фурациллина 1:5000. У животных 3-й группы (10 крыс) промывание брюшной полости проводилось аналогичными растворами, но с температурой 7-10°C, дополнительно в брюшную полость, для уменьшения и купирования воспалительного процесса вводилась, многокомпонентная водорастворимая мазь «Нитацид», подогретая до 30°C. В 1-ю группу (10 крыс) вошли животные санацию которым осуществляли марлевыми тампонами.

Наблюдение за животными производилось каждые 6 часов. Погибшие животные вскрывались, а выжившие выводились из опыта на 1, 2, 3, 4, 5-е сутки.

Взятые на гистологическое исследование участки брюшины, печени, кишечной трубки, сальника окрашены гематоксилин эозином и подвергнуты световой микроскопии на микроскопе Olympus CX 45 Ув. 10x10.

В послеоперационном периоде экспериментальным животным проводилась антибактериальная терапия с использованием комбинированного препарата Патентокс (Mili Healthcare Ltd) (цефепим + амикацин) из расчета 30 мг/кг, в сочетании с метронидазолом – Мератин (Mili Healthcare Ltd); Инфузионная терапия включала в себя рео-сорбиакт, трисоль, раствор Рингера, Крохалева, 5% глюкоза с цитофлавином 150 мг/кг сутки; рефортан 20мл/кг сутки.

Результаты и их обсуждение. Изучено влияние водорастворимой мази «Нитацид» на париетальную и висцеральную брюшину, паренхиматозные органы и кишечную трубку. На секции макроскопически обнаружены тонкие единичные спайки, образование массивного спаечного процесса, инфильтратов не обнаружено. Гистологически при введении мази «Нитацид» в брюшную полость воспаления не обнаружено.

Морфологические исследования при использовании мазевых композиций продемонстрировали, что воспалительный процесс купируется в 2 раза быстрее. Визуально при фиксированных фибринозных наложениях, последние без травматизации кишечной трубки свободно удаляются.

Полученный положительный результат в эксперименте позволил разработать и внедрить в работу способы лечения перитонита (патенты № 69519 А, 2004; № 7619, 2005), которые основаны на коррекции внутрибрюшного давления. Для уменьшения травматизации кишечных петель использован полиуретановый пласт пропитанный водорастворимой мазевой композицией, ушивание лапаротомной раны выполнялось спиралевидным швом, который является и профилактикой эвентерации в послеоперационном периоде.

Методики применены у 70 больных с распространенными формами фибринозно-гнойного перитонита, тем которым были показаны программированные санационные релапаротомии. Из них 38 пациентам выполнены по 2 вмешательства, 20-и – по 3, и 12-и – по 4 релапаротомии. Летальность в этой группе 17,1% (12 пациентов).

У 6 больных при выполнении последней санации брюшной полости из-за большого дефекта в мышечно-апоневротическом слое передняя брюшная стенка ушивалась по собственной методике спиралевидным швом, при этом наблюдая за больными в отдаленном периоде более 3-х лет у 2 пациентов отсутствует послеоперационная вентральная грыжа.

Выводы:

1. При использовании для санации брюшной полости водорастворимой мази «Нитацид-Дарница» отмечено положительное влияние на купирование воспалительного процесса уже через 24 часа, и полное его купирование к третьим суткам раннего послеоперационного периода. Использование собственной методики лечения распространенного перитонита позволило снизить летальность в эксперименте до 10%.

2. Полученные результаты экспериментальных исследований позволили разработать и внедрить в клиническую практику способы лечения распространенного перитонита, применение которых позволило снизить послеоперационную летальность до 17,1%.

УДК 618.2/3: 616.891-053.84

Г.В.Гаєвська

### ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЖІНОК З ПІЗНЬОЮ ВАГІТНІСТЮ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», м.Київ

Мета дослідження. Виявити специфіку перебігу вагітності у жінок з пізньою вагітністю в залежності від типу психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) та створити групи для допологової психологічної підготовки.

Матеріал та методи дослідження. Представлені результати апробації І.В.Добрякова «Тест відношення вагітної», на підставі якого виокремлювались типи психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД): оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний і депресивний.

Дослідження проводилось на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України» у відділенні наукових проблем невиношування вагітності. В ньому взяло участь 60 вагітних жінок (30 - віком від 18 до 30 років та 30 - від 30 і старше). В проведеному дослідженні ми опиралися на класифікацію ПКГД І.В. Добрякова, коли прагнули з'ясувати особливості його прояву у жінок пізнього репродуктивного віку.

Результати та висновки. Специфіка перебігу вагітності у жінок пізнього репродуктивного віку простежувалась у відповідності з типом ПКГД та особливостями соматичної патології. Виявлено, що оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти мали 44,4 % вагітних пізнього репродуктивного віку та 76,5% молодших вагітних, ейфоричний – 39% вагітних пізнього репродуктивного віку та 10% молодших вагітних, тривожний та депресивний – 11,1% вагітних пізнього репродуктивного віку та 10% молодших вагітних, гіпогестогнозичний – 5,5% та 3,5% відповідно.

УДК 618.11+618.14

Горбань Н.Є., Ємець Н.О., Литвиненко К.О.

### ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦЕПТОРНОГО АПАРАТУ І РЕГУЛЯТОРІВ АПОПТОЗУ ПУХЛИНОПОДІБНИХ ПРОЦЕСІВ ЯЄЧНИКІВ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України», м. Київ,

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність проблеми. У сучасних наукових дослідженнях актуальними є вивчення механізмів запрограмованої загибелі клітин та регуляції апоптозу окремих клітин в організмі. Апоптотична загибель клітин спостерігається при різних патологічних станах організму. Цим шляхом здійснюється загибель клітин в ендокринзалежних тканинах, при зміні балансу концентрації відповідного гормону.

Актуальність досліджуваного питання визначається взаємозв'язком порушень регуляції процесу запрограмованої загибелі клітини з більшістю захворювань. Вивчення порушень регуляції апоптоза дасть змогу визначити етіологію та патогенез багатьох захворювань і як наслідок – можливість корекції запрограмованої загибелі клітини.

Наукова новизна роботи. Проведено дослідження імуногістохімічних особливостей регуляторів апоптозу в яєчниках та ендометрії у пацієнток з пухлиноподібними процесами яєчників.

Мета дослідження – дати оцінку імуногістохімічних особливостей регуляторів апоптозу в яєчниках та ендометрії у пацієнток з пухлиноподібними процесами яєчників.

Методи та результати дослідження. Проаналізовано результати гістологічного дослідження матеріалу, який отримано під час оперативного лікування 148 жінок з пухлиноподібними ураженнями яєчників. Фолікулярні кісти зустрічались у 22 (14,9%), кісти жовтого тіла у 11 (7,4%), ендометріюідні та параоваріальні кісти у 61 (41,2%) та 21 (14,2%) обстежених відповідно. Поєднані форми пухлиноподібних уражень яєчників було діагностовано у 33 (22,3%) випадках. Середній вік пацієнток склав  $28 \pm 6$  років.

З метою вивчення структурних та імуногістохімічних особливостей пухлиноподібних уражень яєчників досліджено зразки операційного матеріалу яєчників. Застосовували наступні методи: гістологічні, імуногістохімічний метод на парафінових зрізах тканин з використанням кіт моноклональних антитіл проти EP і PR (DAKO, Данія) для визначення стану рецепторного апарату яєчників. Використано непрямий стрептавідин-пероксидазний метод для виявлення експресії гену, який кодує синтез протеїну p53, а також для виявлення експресії гену, який кодує синтез протеїну bcl-2.

Фолікулярні кісти макроскопічно мали вигляд однокамерних гладкостінних та тонкостінних утворень, що містили прозору рідину жовто-лимонного кольору. Гістологічно капсули фолікулярних кіст невеликих розмірів (до 4 см) були утворені щільно розміщеними круглими гранульозними клітинами й лютеїнізованими веретеноподібними клітинами внутрішньої теки, зовнішнім сполучнотканинним шаром.

При вивченні стану рецепторного апарату в епітелії стінок фолікулярних кіст зареєстровано відсутність експресії рецепторів до естрогенів та прогестерону або слабкопозитивну непостійну експресію рецепторів до прогестерону.

Гістологічно стінка параоваріальних кіст також складалась з двох шарів: зовнішнього – сполучнотканного та внутрішнього – епітеліального. Внутрішній шар оболонки параоваріальної кісти був висланий однорядним циліндричним епітелієм, деякі з епітеліоцитів містили апікальні волоски. Під час забарвлення серед епітеліоцитів зу-

стрічались інтактні до фарбників так звані „світлі” клітини, котрі відносяться до клітин APUD системи та їх характерними особливостями є ендокринні та секреторні властивості.

Вивчення стану рецепторного апарату в епітелії стінки даного типу пухлиноподібного ураження яєчників виявило відсутність або наявність непостійної слабкопозитивної експресії рецепторів до естрогенів та прогестерону. При імуногістохімічному дослідженні регуляторів апоптотичної активності відзначено нерівномірну вогнищеву експресію гена, який кодує синтез протеїну bcl-2 в цитоплазмі клітин стінки та відсутність експресії гена, який кодує синтез протеїну p53.

Макроскопічно капсули кісти жовтого тіла були товщими в порівнянні з капсулами фолікулярних кіст, внутрішня їх поверхня була складчастою. Вміст - прозора рідина, яка у випадках крововиливу в порожнину кісти могла бути геморагічною. Імуногістохімічне дослідження регуляторів апоптозу в клітинах кіст жовтого тіла виявило наступне: слабкопозитивна експресія гена, який кодує синтез протеїну bcl-2 у цитоплазмі окремих клітин стінки кісти жовтого тіла, експресія гена, який кодує синтез протеїну p53 в клітинах цих утворень була негативна.

У тканинах ендометріюїдних кіст спостерігалась цитогенна строма, а також залозисті структури ендометрію. Характерною була нерівномірна інфільтрація стінки кіст лімфоцитами. Під час аналізу отриманих даних була виявлена морфологічна та рецептивна неоднорідність в цій групі пацієнтів.

У 31,1% (19) випадках в стінці ендометріюїдного утворення виявлено переважання судинних елементів з потоншеною гладком'язевою стінкою в поєднанні цитогенною стромою, що трактувалось як залозисто-кістозні зміни досліджуваних тканин. Рецепторний апарат в стінці даного типу пухлиноподібного ураження яєчників характеризувався варіабельністю: від помірної до високої експресії рецепторів до естрогенів та слабкопозитивної або помірної експресії рецепторів до прогестерону.

При імуногістохімічному дослідженні регуляторів апоптозу в клітинах ендометріюїдних кіст виявлено вогнищеву позитивну експресію гена, який кодує синтез протеїну bcl-2 в цитоплазмі клітин стінки цих утворень та слабо позитивну експресію гена, який кодує синтез протеїну p53 в окремих клітинах стінки кіст.

У 41 (67,2%) пацієнтки у структурі ендометріальних яєчникових гетеротопій переважали склеротично-дистрофічні зміни, визначалось збіднення залозистого та судинного елементів. Рецепторний апарат до естрогенів та прогестерону у даного контингенту обстежених був представлений непостійною слабкопозитивною експресією та її відсутністю. Виявлена слабо позитивна експресія гена, який кодує синтез протеїну p53 в окремих клітинах стінки кісти.

Ендометріюїдні кісти яєчників у 19,6% (12) випадків поєднувалися з аденоміозом, при цьому відзначено зниження рецептивності до естрогенів та прогестерону в ендометрії. Детальний аналіз морфологічної структури ендометрію даної групи пацієнток виявив його патологічні зміни та порушення процесу апоптозу. При імуногістохімічному дослідженні регуляторів апоптозу в клітинах ендометрія виявлено слабкопозитивну експресію гена, який кодує синтез протеїну bcl-2 в цитоплазмі окремих клітин строми ендометрія та негативну експресію гена, який кодує синтез протеїну p53 в клітинах ендометрія.

Висновки. Функціональний стан рецепторного апарату капсули пухлиноподібного ураження яєчника проявлявся різномірністю експресії рецепторів до естрогенів і прогестерону, що свідчило про різний ступінь їх гормональної чутливості і дозволило розробити диференційований підхід до методів лікування.

Виявлено ознаки гальмування регуляції апоптотичної активності в цитоплазмі епітелію стінки і клітинного вмісту пухлиноподібного ураження яєчників. Негативна та слабо позитивна експресія протеїну p53 вказує на доброякісність яєникового ураження і є обґрунтуванням безпечності та можливості застосування консервативних методів терапії.

ДК 616.351 – 006.6– 089+616.348-006.6.– 08

Гюльмамедов В.А., Базиян Н.К., Жжонова В.В., Павлов Р.В.,  
Семененко К.М., Маханькова А.В.

### **ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕСТАНДАРТНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Национальный медицинский университетим. М.Горького, г. Донецк

Проблема хирургического лечения больных в онкопроктологии при нестандартных интраоперационных ситуациях обусловлена ростом онкологической патологии, ухудшением качества диагностики как основного, так и сопутствующих заболеваний, поздней обращаемостью больных за медицинской помощью.

Цель исследования. Определить основные принципы хирургической тактики при нестандартных ситуациях в онкоколопроктологии, а также выделить основные параметры оценки состояния больных для профилактики послеоперационных осложнений.

Методы и результаты исследования. В клинике общей хирургии №1 ДонНМУ на базе проктологического отделения ДОКТМО выполнялись клинические и морфологические обследования 67 больных на всех этапах лечения за период с 2000 по 2009 год.

Характер оперативных вмешательств, выполненных в изучаемой группе следующий: в 47 (70,2±5,59%) случаях выполнена субтотальная колэктомия с формированием совмещённой или раздельной илеоколотомы у больных с НЯК, БК, мегадолихоколоном, а также при супрастенотических перфорациях ободочной кишки. При диффузном семейном полипозе колпроктэктомия с низведением тонкой кишки в анальный канал и последующим



формированием резервуара выполнена у 11 (16,4±4,5%) больных. В 1 (1,5±1,5%) случае, на фоне холедохоли-тиаза с формированием билиодигестивного анастомоза, в больнице по месту жительства, на фоне опухоли обо-дочной кишки, прорастающей в жёлчный пузырь, выполнена правосторонняя гемиколэктомия с совмещённой иле-околостомией, холецистэктомией разобщением холецистоэнтероанастомоза, холедохолитотомией, холедохо-стомией. В 1 (1,5±1,5%) случае левосторонняя гемиколэктомия с одностольной илеостомией, с резекцией нижней горизонтальной ветви 12-перстной кишки и формированием гастрозентеро- и энтероэнтероанастомоза по Брауну была выполнена на фоне аномального расположения ободочной кишки. У 4 (5,9±2,9%) больных оперативное ле-чение выполнялось на фоне аномального расположения ободочной кишки. У 3-х больных после ушивания пер-форации опухоли на предыдущих этапах лечения сформировались наружные кишечные свищи.

Причиной неблагоприятных результатов является неадекватное и несвоевременное лечение, в том числе неадекватная хирургическая тактика на предыдущих этапах оперативного лечения. Основными причинами леталь-ных исходов являлись: септическая пневмония, сердечно-сосудистая, печеночно- почечная недостаточность. Послеоперационные осложнения достигли 3%. Летальность в этой группе составила 2,5 %. Несмотря на ослож-нения в течении заболевания, восстановительное лечение удалось выполнить у 35 больных.

Выводы. Выполнение радикального оперативного вмешательства при наличии сопутствующей хирургиче-ской патологии, требующей срочного оперативного лечения включает в себя не только радикальное удаление опухоли, но и адекватное вмешательство по поводу сопутствующей патологии. Уменьшение длительности и травматичности нестандартных оперативных вмешательств возможно только за счет многоэтапного хирургиче-ского лечения. Консервативная терапия в послеоперационном периоде должна проводиться с учетом патогенеза развивающихся осложнений. Уменьшение числа интра- и послеоперационных осложнений, снижение уровня ле-тальности у пациентов с нестандартными (травматичными, длительными) оперативными вмешательствами воз-можно путем комплексной предоперационной интенсивной терапии.

УДК 616.344-007.64-06-089.844

*Гюльмамедов В.А., Базиян Н.К., Семененко К.М., Жэонова В.В., Павлов Р.В., Комар С.В.*

### **ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ**

Национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Донецк

Проблема восстановительных операций на толстой кишке на сегодняшний день становится все важнее и актуальнее. Данные литературы свидетельствуют об увеличении количества реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

Цель исследования. Для решения вопросов хирургической тактики изучить и проанализировать клиниче-ские и функциональные результаты формирования кишечных резервуаров при осложненном дивертикулезе.

Методы и результаты исследования. В клинике общей хирургии №1 ДонНМУ на базе проктологического от-деления ДОКТМО за период с 1987 по 2008 гг. в связи с осложненным дивертикулезом ободочной кишки проопе-рировано 287 больных, у 23 из них было необходимо формировать кишечные резервуары. По половому призна-ку больные разделились следующим образом: мужчин - 14 (60,8±10,2 %), женщин - 9 (39,2±10,2%). Возраст больных колебался в пределах от 13 до 79 лет. Из них трудоспособного возраста 11 (45,8 ±10,1%). Средний кой-ко-день составил 23,9. По локализации дивертикулы выявлены в сигмовидной кишке в 95,8%, в восходящей обо-дочной кишке в 4,2% случаев. Остальные 264 больных в изучаемую группу не включались, им выполнено либо одномоментное хирургическое вмешательство (в 207 случаях), либо многоэтапное хирургическое лечение с формированием колостомы и восстановлением кишечной непрерывности без формирования резервуара (в 57 случаях). Из 23 больных с дивертикулезом кишки 20 выполнена операция типа Гартмана в связи с наличием распространенных гнойных процессов в полости малого таза, обусловленных перфорацией дивертикула. Двум больным выполнена левосторонняя гемиколонэктомия, 1 – правосторонняя с формированием минирезервуара конец в бок. Такая тактика обусловлена распространенностью осложнений заболевания и рубцовым сужением отводящего отдела.

Восстановление кишечной непрерывности в сроки до 3-х месяцев выполнено у 7 больных в сроки до 6-ти месяцев у 8, до 8 месяцев у 3 больных, и больше 1 года у 3-х больных.

Таким образом, в изучаемой группе сформировано 20 толсто-толстокишечных анастомозов «конец в бок», 2 толсто-толстокишечных «бок в бок», 1 толсто-тонкокишечный «бок в бок».

Анастомозы конец в бок, сформированные у исследуемой группы больных, обусловлены сужением дис-тального отдела толстой кишки и разностью диаметров приводящего и отводящего отдела.

Послеоперационные осложнения в 1 случае вызваны несвоевременной диагностикой поддиафрагмального абсцесса, в двух других – несостоятельностью швов анастомоза, еще в одном случае внутрибрюшным кровоте-чением, а также гнойными осложнениями в течение заболевания.

Выводы. Успешность восстановительных операций определяется своевременностью диагностики и адек-ватным выбором хирургической тактики. Рекомендуемая нами методика восстановления кишечной непрерывно-сти конец функционирующей кишки в бок отключенной от пассажа оптимальна для функционального состояния резервуара.

УДК: 617.55-089-616.9-612.017]-08

Дейкало І.М., Махніцький А.В.

**ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ РОНКОЛЕЙКІН НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ У РІЗНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ**

ВДНЗУ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» Україна

*У статті подано результати обстеження 124 хворих з гострим абдомінальним сепсисом різного ступеня важкості. Викладено динаміку змін цитокінового профілю та показників клітинного і гуморального імунітету на 1, 7, 14 добу лікування даної категорії пацієнтів. Виявлено позитивний вплив імунокорегуючої терапії на перебіг гострого абдомінального сепсису у різні терміни післяопераційного періоду.*

**Ключові слова:** гострий абдомінальний сепсис, цитокіновий профіль, клітинний та гуморальний імунітет, імунокоригуюча терапія.

**Постановка проблеми, аналіз стану досліджень та публікацій**

В зв'язку з розширенням об'ємів хірургічних втручань, збільшенням використання інвазивних діагностичних технологій, швидким розвитком резистентності мікроорганізмів до наявних антибіотиків та зміни домінуючої мікрофлори, як причини розвитку сепсису, рівень смертності, при генералізованих його формах, має тенденцію до збільшення (В.Ф. Саєнко, В.И. Десятерик, Т.А. Перцева, В.В. Шоповалюк, 2005).

На даний час науково доведено, що в етіології та патогенезі сепсису провідну роль мають зміни в імунній системі. Сучасна концепція сепсису базується на двофазності перебігу синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ): на початковому етапі генералізованого запалення відмічається гіперпродукція прозапальних цитокінів. Проте пізніше відбувається збільшення рівня протизапальних інтерлейкінів, які, на протипагу прозапальним, пригнічують імунну відповідь шляхом деактивації клітинної та гуморальної ланок імунітету. Виникає стан імунологічної толерантності або «імунопаралічу», моноцити/макрофаги не в змозі запускати імунну відповідь. У цих умовах імунна система не може виконувати свою головну функцію – здійснення імунологічного нагляду, що призводить до розвитку тяжких гнійно-септичних ускладнень, аж до розвитку системної поліорганної недостатності та смерті. (А.С. Симбирцев, 2002).

Однією із актуальних проблем невідкладної хірургії до цього часу залишається абдомінальний сепсис (В.Ф. Саєнко і соавт., 2005, F. Bushrod, 2004, K. Emmanuel, 2005, M.H. Bluth, 2006).

Мета роботи: дослідити динаміку змін цитокінового профілю та показників клітинного і гуморального імунітету у хворих на гострий абдомінальний сепсис та вплив імунокорегуючої терапії на його перебіг у різні терміни післяопераційного періоду.

**Матеріали та методи дослідження**

Нами обстежено 124 хворих. Із них 61 чоловік та 63 жінки. Вік пацієнтів від 18 до 85 років, в середньому (48 ± 1,4) роки. Основну групу обстежених хворих з діагнозом гострий абдомінальний сепсис, яким проводилася імунокоригуюча терапія, склали 55 хворих. Контрольну групу, яким не проводилася імунокоригуюча терапія, склали 52 хворих із важким сепсисом (розлитий та тотальний перитоніт), та - 17 хворих із менш важкою абдомінальною патологією, ускладненою місцевим необмеженим та дифузним перитонітом. Серед обстежених пацієнтів гострий апендицит мав місце у 29 осіб (23,4%), гострий холецистит – у 26 (20,9%), перфоративна виразка – у 44 (35,5%), абсцес черевної порожнини – у 13 (10,5%), перфорація стінки товстої кишки – у 8 (6,5%), перфорація стінки тонкої кишки – у 2 (1,6%), абсцес правої долі печінки – у 1 (0,8%), некроз петлі тонкої кишки – у 1 (0,8%). Діагноз сепсис виставлено – у 69 (55,6%), важкий сепсис – у 32 (25,8%), септичний шок – у 16 (12,9%), поліорганна недостатність – у 7 (5,7%).

Всі хворі оперовані. Об'єм операції відповідав характеру патології та загальноприйнятим протоколам та стандартам лікування гострої абдомінальної хірургічної патології. Імунокоригуюча терапія проводилася препаратом «Ронколейкін» в дозі 1млн. ОД внутрішньовенно краплинно на 400 мл. 0,9% р-ну NaCl на початку захворювання, та повторно два рази по 500 тис. ОД з проміжком між інфузіями в 3 дні.

Визначали рівні основних прозапальних та протизапальних цитокінів (IL – 1, TNF – α, IL – 10, IL – 2). Досліджували зміни клітинного та гуморального імунітету. Клітинна ланка імунітету визначалася методом моноклональних антитіл, основні класи імуноглобулінів у крові пацієнтів визначали методом радіальної імунодифузії, G. Mancini, 1965. Визначали вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) (Л.А. Зильбер, 1986), молекул середньої маси (МСМ), еритроцитарний індекс інтоксикації (ЕІІ) (В.В. Николайчик, 1991), рівень комплементу (СН50).

**Результати досліджень та їх обговорення**

У хворих із гнійно-запальними захворюваннями черевної порожнини, які супроводжуються перитонітом, через 1 добу післяопераційного періоду порівняно із контрольною групою на тлі стандартної терапії відмічається статистично достовірне зниження у крові вмісту CD<sub>22</sub>, істотно зростає співвідношення CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>, збільшується у сироватці крові вміст Ig M та Ig G з тенденцією до підвищення концентрації у крові ЦІК та зниження СН-50. В цій групі у крові істотно зменшується вміст TNF-α, IL-10 та збільшується – IL-2, відмічається підвищення ЕІІ.

Через 1 добу після однократного введення Ронколейкіну у складі комплексної післяопераційної терапії у хворих із гнійно-запальними захворюваннями черевної порожнини, що супроводжуються перитонітом, порівняно із контрольною групою, спостерігається статистично достовірне зниження вмісту у крові популяції CD<sub>22</sub><sup>+</sup> і CD<sub>16</sub>NK<sup>+</sup>.

лімфоцитів і підвищення кількості CD<sub>3</sub>- і CD<sub>4</sub>-лімфоцитів із значним зростанням співвідношення CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>. Істотно збільшується у цій групі вміст у сироватці крові Ig G і ЦІК та зменшується рівень цитокінів: IL-1, TNF-α, IL-10; значно зростає EII та відмічається статистично достовірне зниження фракції MCM<sub>254</sub>.

Порівнюючи дослідні групи між собою, встановлено, що через 1 добу після включення у комплексну післяопераційну терапію Ронколейкіну у хворих із гнійно-запальними захворюваннями органів черевної порожнини, що супроводжувалися перитонітом, виявлено більший вміст у крові популяції CD<sub>3</sub>-лімфоцитів та зниження CD<sub>16</sub>NK. Серед факторів гуморального імунітету спостерігається нижчий рівень імуноглобулінів класів A, M, G та підвищений рівень ЦІК. У спектрі цитокінів у цій групі виявлено нижчий вміст IL-1, TNF-α, IL-2 та вищий – IL-10. Серед показників ендогенної інтоксикації нижчими були в цій групі вміст у сироватці крові досліджуваних фракцій MCM та підвищений EII.

Через 7 діб післяопераційного періоду стандартна терапія хворих на гнійно-запальні захворювання, які ускладнювалися перитонітом, порівняно із контрольною групою, зумовлювала істотне зниження у крові вмісту популяцій CD<sub>22</sub>- і CD<sub>16</sub>NK-лімфоцитів, практично не змінювався вміст CD<sub>3</sub>- і CD<sub>4</sub>-лімфоцитів, зростав вміст CD<sub>8</sub>-лімфоцитів, що призводило до зниження співвідношення CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>. Крім цього у крові знижувався міст імуноглобулінів класів A, M і G та CH-50. Значно накопичувався у крові рівень ЦІК. Відмічалось також збільшення вмісту у крові IL-1 та IL-2, зниження вмісту TNF-α. У крові збільшеним виявився вміст показників ендогенної інтоксикації.

На тлі включення у комплексну післяопераційну терапію імунокорегувального препарату Ронколейкіну через 7 діб порівняно із контрольною групою збільшувався вміст у крові CD<sub>3</sub>, CD<sub>4</sub>, CD<sub>8</sub> та співвідношення CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>. Нижчим був у сироватці крові вміст імуноглобулінів класів A та M, проте збільшувався вміст Ig G, вищим залишався у крові рівень ЦІК, зростав CH-50. Серед цитокінів у крові меншим був вміст TNF-α та IL-10, значно зростав рівень IL-2. У крові нормалізувався рівень MCM<sub>254</sub>, проте більшими від контролю виявилися показники MCM<sub>280</sub> та EII.

Порівнюючи дослідні групи між собою, можна констатувати, що додаткове застосування імунокорегувальної терапії на 7 добу після операційного періоду порівняно із стандартною терапією сприяє збільшенню вмісту у крові усіх досліджуваних популяцій лімфоцитів (CD<sub>3</sub>, CD<sub>22</sub>, CD<sub>16</sub>NK, CD<sub>4</sub>, CD<sub>8</sub>) та співвідношення CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>, імуноглобулінів класів A та G, CH-50 на тлі нижчого вмісту в сироватці крові ЦІК, IL-1, TNF-α, IL-10 та істотно вищого – IL-2, а також менших досліджуваних показників ендогенної інтоксикації.

На 14 добу післяопераційного періоду у хворих на гнійно-запальні захворювання органів черевної порожнини, що супроводжувалися перитонітом, на тлі застосування стандартної післяопераційної терапії істотно знижуються показники клітинного імунітету: популяції CD<sub>22</sub>-, CD<sub>16</sub>NK- та CD<sub>4</sub>-лімфоцитів, на тлі збільшення популяції CD<sub>8</sub>-лімфоцитів та співвідношення CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>. У цій дослідній групі нижчими є й показники гуморального імунітету та неспецифічної резистентності (Ig A, Ig M, Ig G, CH-50) на тлі істотного зростання у сироватці крові ЦІК. Відмічається зниження вмісту у крові інтерлейкінів (TNF-α, IL-10, IL-2) та збільшення показників ендогенної інтоксикації (MCM<sub>254</sub>, MCM<sub>280</sub>, EII).

Застосування імунокорекції в комплексній післяопераційній терапії через 14 діб зумовлює вищий рівень показників клітинного імунітету та співвідношення CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub>, на тлі нормалізації вмісту основних класів імуноглобулінів та молекул середньої маси, помірного збільшення у сироватці крові ЦІК, EII та CH-50, зменшення вмісту у крові IL-1, TNF-α, IL-10 та більшого рівня IL-2.

Порівняння обох дослідних груп виявило, що на 14 добу післяопераційного періоду після застосування імунокорекції відмічається вищий рівень показників клітинного імунітету та гуморального імунітету, неспецифічної резистентності на тлі істотно нижчого рівня ЦІК у сироватці крові, показників ендогенної інтоксикації, вмісту у крові досліджуваних інтерлейкінів та суттєво вищого рівня IL-2.

### **Висновки:**

1. Встановлено що у хворих на гострий абдомінальний сепсис спостерігається пригнічення імунологічної реактивності, що проявлялося в дисбалансі цитокінів, зменшенні рівнів прозапальних з паралельним ростом показників протизапальних цитокінів. Аналогічні результати відмічалися з боку клітинної та гуморальної ланок імунітету, що проявлялося у зменшенні загальної кількості Т лімфоцитів при збільшенні відносної кількості Т супресорів, зменшенні імунорегуляторного індексу, зростанні рівня В лімфоцитів та імуноглобулінів на початку захворювання, з наступним зниженням даних показників на 7,14 добу захворювання. Паралельно з цим наростали показники ендогенної інтоксикації, що значно ускладнювало загальний стан хворих та погіршувало результати лікування.

2. У пацієнтів, яким проводилася імунокоригуюча терапія препаратом Ронколейкін, відмічалася значно позитивніша динаміка перебігу захворювання. Вже на 7 добу після застосування даного імуномодулятора було явним вирівнювання показників прозапальних та протизапальних цитокінів з подальшим ростом рівня ІЛ-2. Дані клітинного та гуморального імунітету відповідно відображали позитивний ріст кількості Т лімфоцитів, з переважанням Т хелперів над Т супресорами та зростанням імунорегуляторного індексу. Рівень імуноглобулінів при цьому залишався стабільним. Показники інтоксикації зростали на початку захворювання, а вже після застосування імунокоригуючої терапії виявлено їх прогресивне зниження з покращенням загального стану хворих.

3. Згідно отриманих даних, імунокоригуюча терапія Ронколейкіном покращує перебіг гострого абдомінального сепсису, зменшує прояви імуносупресії та імунопаралічу, що в свою чергу ефективно впливає на результати хірургічного лікування даних хворих. Саме тому імунокорекцію слід розглядати як невід'ємний компонент комплексної терапії гострого абдомінального сепсису.

### **Література**

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. – М.: Литтература, 2006. – 168с. – (Серия «Практические руководства»).

2. Козлов В. К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии. — СПб.: Диалект, 2006. — 304 с.
3. Саенко В.Ф. Сепсис и полиорганная недостаточность /В.Ф.Саенко, В.И.Десятерик, Т.А.Перцева, В.В.Шаповалюк В.В., 2005. - 466с.
4. Dellinger R.Rh. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock /R.Rh.Dellinger, J.M.Carlet, H. Mazur [et al.] // Crit Care Med. — 2004. — № 3. — P. 858-873.

### Реферат

#### ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА РОНКОЛЕЙКИНА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Дейкало И.М., Махницький А.В.

Ключевые слова: острый абдоминальный сепсис, цитокиновый профиль, клинический и гуморальный иммунитет, иммунотерапия.

В статье представлены результаты обследования 124 больных, с острым абдоминальным сепсисом различной степени тяжести. Изложена динамика изменений цитокинового профиля и показателей клеточного и гуморального иммунитета на 1, 7, 14 сутки лечения данной категории пациентов. Выявлено положительное влияние иммунотерапии на течение острого абдоминального сепсиса в разные сроки послеоперационного периода.

### Summary

#### EFFECT OF RONCHOLEUKINE ON COURSE OF ACUTE ABDOMINAL SEPSIS IN DIFFERENT POSTOPERATIVE STAGES

Key words: acute abdominal sepsis, cytokine profile, clinical and humoral immunity, immune correction.

The results of examination of 124 patients hospitalized with acute abdominal sepsis of different severity are presented in the article. We show the dynamics of changes in cytokine profile and indices of cellular and humoral immunity in the patients on the 1<sup>st</sup>, 7<sup>th</sup>, 14<sup>th</sup> day of their treatment. It has been found the immune correction influences positively on acute abdominal sepsis in various periods of postoperative period.

УДК 616.37-002/.1-036,8:615

Должковий С. В.

#### АНТИБІОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ТА ВИДОВИЙ СПЕКТР ЗБУДНИКІВ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою дослідження було вивчення видового спектру та антибіотикочутливості штамів мікроорганізмів, виділених з клінічного матеріалу (відділяємо з рани, вміст дренажів) хворих на гострий деструктивний панкреатит (ГДП) з гнійно-септичними ускладненнями (ГСУ).

Для проведення дослідження було відібрано 14 антибіотикограм 9 пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у хірургічних відділеннях загального профілю Полтавської обласної клінічної лікарні, 1-ї міської лікарні м. Полтава та 3-ї міської лікарні м. Кременчук протягом 2007-2008 рр. У 11 випадках (78,57%) отримано монокультуру, в 3 (21,43%) — асоціації мікроорганізмів, причому одним з них завжди була *P. aeruginosa*. В антибіотикограмах переважала грамнегативна флора (70,59%), грампозитивні мікроорганізми виділені у 29,41% випадків. Серед збудників превалювали *S. aureus* (17,65%) та *P. aeruginosa* (17,65%), найменша питома вага була зареєстрована для *S. epidermidis*, *Ent. faecalis* та видів роду *Citrobacter* — 5,85% для кожного збудника. Найвища чутливість мікрофлори відзначена до меропенему (80,00%), оксациліну (60,00%), ципрофлоксацину (53,85%), найнижча — до інгібітор-незащищених пеніцилінів (амоксацилін — 14,29%, ампіцилін — 16,67%), цефтриаксону (16,67%). До цефотаксиму та норфлоксацину відмічено повну резистентність збудників. Відносно невеликою була чутливість мікрофлори до цефалоспоринов III-IV поколінь (цефоперазон, цефтазидим — 40,00%; цефепім — 42,86%).

Отримані під час дослідження дані щодо видового спектру та антибіотикочутливості мікроорганізмів, що є збудниками ГСУ при ГДП, можуть бути застосовані для покращення результатів емпіричної антимікробної терапії цієї категорії пацієнтів. Слід зазначити, що антимікробні препарати, до яких відмічено найбільшу чутливість мікрофлори, характеризуються також великою пенетруючою здатністю до тканин підшлункової залози.

УДК 618.146-006.52-053.7/84-07

Калюта А.О., Пустовалова О.І.

#### ОПТИМІЗАЦІЯ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

За даними сучасної літератури, частота патології шийки матки у жінок репродуктивного віку складає 10-15 % в структурі гінекологічної захворюваності, при цьому понад 80 % належить фоновим та передпухлинним проце-



сам. Особливе місце в структурі захворюваності інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) займають вірусні інфекції. За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструється більше 57 млн випадків вірусних уrogenітальних інфекцій, збудниками яких найбільш часто є вірус папіломи людини (ВПЛ) та вірус генітального герпесу (ВГГ), що значно розповсюджені, мають високу контагіозність, а стосовно ВПЛ доведено вирішальну роль у виникненні цервікальних інтраепітеліальних неоплазій (ЦІН) різних ступеней тяжкості та раку шийки матки (РШМ).

Діагностика папіломавірусної інфекції (ПВІ) геніталій складає певні труднощі, оскільки клінічно виражені вірусні ураження шийки матки спостерігаються у 1-3 %, а субклінічний перебіг — в 13-34 % пацієнтів. В усіх інших випадках має місце латентна інфекція.

Тому досить актуальним є визначення експресії білка p16 в цервікальному матеріалі як прогностичного маркера неопластичної трансформації клітин епітелію шийки матки, що обумовлено дією ВПЛ.

Мета: вивчення клініко-цитоморфологічних та імуноцитохімічних особливостей епітелію шийки матки у жінок з фоновими процесами шийки матки та інфікуванні ВПЛ.

Матеріали і методи дослідження: проведено комплексне обстеження 100 жінок у віці від 18 до 39 років з патологією шийки матки. Використані наступні методи дослідження: бактеріологічний, ПЛР для визначення ДНК ВПЛ, імуноферментний, імунофлюоресцентний, метод Кунса в прямій модифікації з використанням флуоресцентного імуноглобуліну до ВГГ; розширена кольпоскопія, загальноцитологічні методи — забарвлення за Папаніколу та Романовським-Гімзе. Для виявлення непластичних змін в клітинах епітелію шийки матки використовували імуноцитохімічний метод — CIN-тест на ген p16 (INK4a/CDKN2a) — обстежено 30 жінок (18 — з наявністю ВПЛ та 12 вірус-негативних пацієнток).

Результати дослідження та їх обговорення: в результаті обстеження у 60,0 % жінок було визначено інфікування різними типами ВПЛ. У 88,3 % пацієнток визначались 16, 18-й типи вірусу, а в 11,7 % випадків — 6, 11-й типи ВПЛ. У 40,0 % обстежених ВПЛ був негативним. ДНК ВГГ визначалось у 29,0 % жінок, а поєднане інфікування ВПЛ та ВГГ відмічалось у 18,0 % випадків. У всіх жінок під час первинного огляду в дзеркала були виявлені запальні зміни шийки матки: набряк та гіперемія навколо зовнішнього вічка, плямиста яскраво-червона поверхня шийки матки. У всіх жінок відзначався місцевий запальний процес у вигляді неспецифічного вагініту із значним відсотком мікст-інфекції: 68,3 % пацієнток з ВПЛ-інфікуванням та 60,0 % без ВПЛ, що підтверджено цитоморфологічними дослідженнями цервікальних мазків, які вказували на досить виразну запальну інфільтрацію з характерними ознаками як бактеріального, так і вірусного ураження шийки матки. При кольпоскопічному дослідженні у 88,3 % жінок з патологічними процесами шийки матки та ураженням ВПЛ визначались субклінічні форми ПВІ на фоні хронічного цервіциту. При проведенні імуноцитохімічного дослідження мазків з цервікального каналу у всіх жінок, інфікованих високоонкогенними типами ВПЛ, виявлена позитивна експресія білка p16 від 1 до 2 балів, а в разі одночасного інфікування ВПЛ та ВГГ — до 3 балів, що свідчить про зростання ризику онкотрансформації епітелію шийки матки у цих жінок.

Висновки: таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про високу чутливість та інформативність CIN-тесту для диференціювання патологічних процесів шийки матки, асоційованих з папіломавірусом, та можливість застосовувати визначення білка p16 як маркера початкових диспластичних процесів в шийці матки.

**УДК : 616.28-002-089:616-089.843:616.715**

**Кішук В.В., Стечишин О.О., Бондарчук О.Д.**

### **ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ БІОКОМПЗИТУ “СИНТЕКІСТЬ” В ОТОХІРУРГІЇ.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Сануючі операції на середньому вусі з формуванням післяопераційної порожнини проводяться практично всім хворим з холестеатомним та каріозно-деструктивним процесом в скроневій кістці

Однак, у 20-30% прооперованих хворих не вдається забезпечити стійку ремісію. Великі післяопераційні трепанаційні порожнини у таких пацієнтів нерідко є причиною рецидиву запального процесу в скроневій кістці. За даними різних авторів, у 13-35% випадків спостерігається погане заживлення післяопераційної порожнини, з розвитком тривалого, в'ялоперебігаючого гнійного процесу, утворенням незрілих грануляцій, кіст, рубцових мембран та неповною епідермізацією. Однак, навіть при повній епідермізації, у зв'язку з порушенням механізмів самоочищення, у післяопераційній трепанаційній порожнині накопичуються продукти життєдіяльності клітин, злучений епідерміс, секрет залоз, мілкі сторонні тіла. Все це може призвести до рецидиву запального процесу та утворення холестеатом, що вимагає повторного хірургічного втручання.

Для поліпшення результатів загальнопорожнинної операції і ліквідації післяопераційної порожнини проводяться реконструктивні втручання, зокрема мастоїдопластика.

В сучасній отохірургії для пластики таких порожнин використовують м'які, кісткові, хрящові ауто- і гомотрансплантати та штучні матеріали.

Із синтетичних матеріалів, які застосовуються для пластики посттрепанаційних порожнин, все більшу увагу привертає біоактивний композит “Синтекість” - багатофазний матеріал, який володіє остеоіндуктивними та остеоіндуктивними властивостями. Він близький за складом до мінералу природної кістки, швидко інтегрує з нею, утворюючи кістково-керамічний комплекс, який протягом запланованого часу перетворюється в кісткову тканину.

Біокомпозит “Синтекість” успішно опробований ведучими ортопедами, стоматологами, щелепно-лицьовими хірургами та нейрохірургами України.



Метою наших досліджень є покращення якості хірургічного лікування хворих на хронічний середній отит шляхом застосування біокомпозиту "Синтекіст".

Матеріали та методи. Робота проводилась на базі ЛОР-клініки ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Нами було прооперовано 47 хворих на хронічний гнійний епімезотимпаніт. В разі одномоментної пластики після сануючої операції, вхід до барабанної порожнини відмежовувався пластинкою аутокістки, посттрепаніційна порожнина виповнювалась біокомпозитом "Синтекіст", змішаним з кров'ю пацієнта та антибіотиком, поверх біокомпозиту вкладався стружка аутокістки та м'язово-фасціальний клапот, який герметизував облітеровану порожнину. Рана пошарово ушивалась.

Для оцінки ефективності проведеного оперативного лікування застосовували загальноклінічні методи, отомікроскопію, вимірювання об'єму посттрепаніційної порожнини, зовнішнього слухового ходу, аудіометрію.

Також було проведено ретроспективний аналіз 30 історій хвороб хворих на хронічний середній отит, яким проводилась сануюча операція та облітерація післяопераційної трепаніційної порожнини м'язово-фасціальним клаптом.

За період наших спостережень було виявлено лише два випадки відторгнення пластичного матеріалу. Післяопераційний період у пацієнтів протікав без ускладнень. При отомікроскопії в день виписки фасціальний лоскут був очищений від фібрину, активно васкуляризувався, через 6 місяців спостерігали васкуляризований фасціальний лоскут, не відмічали значного накопичення у зовнішньому слуховому проході епідермісу, сірки, кірок. Спостерігали відсутність достовірної різниці між об'ємами зовнішнього слухового проходу пацієнтів при виписці зі стаціонару та через 6 місяців після операції, що свідчить про стабільність розмірів облітерованої порожнини ( $p < 0,05$ ). За даними аудіометрії покращення слуху досягнуто у 97 % прооперованих хворих. Середній післяопераційний ліжко-день у пацієнтів, яким була проведена облітерація післяопераційної порожнини біокомпозитом "Синтекіст" змішаним з кров'ю пацієнта, антибіотиком, стружкою аутокістки та її герметизація м'язово-фасціальним клаптом склав 17 днів, тоді як у пацієнтів з облітерацією посттрепаніційної порожнини лише м'язово-фасціальним клаптом – 25 днів, тобто на 32% більше.

Висновки: 1. Використання біокомпозиту "Синтекіст" змішаним з кров'ю пацієнта, антибіотиком та стружкою аутокістки для облітерації післяопераційних порожнин та їх герметизація м'язово-фасціальним клаптом у хворих на хронічний середній отит прискорює строки одужання, скорочує перебування хворих у стаціонарі.

2. Відновлена конфігурація зовнішнього слухового проходу сприяє якісному проведенню очищення зовнішнього вуха, профілактиці рецидиву запального процесу.

3. Завдяки своїй гіпоалергенності БКС може застосовуватись у всіх категоріях профільних хворих.

УДК 618.146-002:616-006.52

*Коблош Н.Д., Смець Н.О., Горбань Н.Є., Литвиненко К.О.*

## **ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШИЙКИ МАТКИ**

ДУ „Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України”, м. Київ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність проблеми. У структурі гінекологічних захворювань патологія шийки матки складає 15-40%. Найбільшу питому вагу серед патологічних процесів шийки матки мають запальні захворювання. Зростання поширеності запальних захворювань шийки матки може бути пов'язано зі збільшенням випадків атипового перебігу інфекційного процесу, мало- або безсимптомних форм захворювання, а також з недостатнім клініко-діагностичним обстеженням пацієнток.

Актуальність проблеми запальних захворювань шийки матки пов'язана з негативним впливом цієї патології на репродуктивне здоров'я жінки. Зокрема, хронічні запальні процеси шийки матки можуть відігравати суттєву роль у формуванні дисплазії шийки матки, зумовлювати розвиток запальних захворювань матки і придатків, безплідності, невиношування вагітності.

Наукова новизна роботи. У жінок із запальними захворюваннями шийки матки виявлено розширення спектру аеробної умовно-патогенної флори, зростання кількості грибів, наявність гарднерел, хламідій, уреа-мікоплазм, вірусу папіломи людини та багатокомпонентних асоціацій збудників. Результати роботи свідчать про необхідність розробки та застосування ефективних заходів відновлення мікробіоценозу та місцевої імунорезистентності у жінок із запальними захворюваннями шийки матки.

Мета дослідження – вивчення особливостей мікрофлори статевих шляхів у жінок із запальними захворюваннями шийки матки.

Методи та результати дослідження. Проаналізовано результати амбулаторного обстеження 120 пацієнток із запальними захворюваннями шийки матки, які входили до основної групи. Контрольну групу склали 50 здорових жінок. Вік пацієнток становив від 18 до 45 років.

Усім жінкам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке передбачало з'ясування скарг, збір анамнезу, огляд в дзеркалах, бімануальне дослідження, кольпоскопію, цитологічне дослідження цервікальних мазків. З метою вивчення мікробіоценозу статевих шляхів застосовували бактеріоскопічний, бактеріологічний, імуноферментний методи дослідження та метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). У якості матеріалу для до-

слідження використовували мазки-зішкріби зі слизових оболонок піхви, шийки матки, уретри. Для ідентифікації матеріалу на наявність ДНК вірусу папіломи людини (ВПЛ) застосовувався метод ПЛР з генотипуванням вірусної панелі високого (16, 18, 45, 56), проміжного (31, 33, 35, 52, 58) і низького (6, 11, 40, 42, 43, 44) онкогенного ризику.

Найчастішими причинами звернення до гінеколога пацієнток основної групи були рясні виділення з статевих шляхів (82 жінки (68,3%)), свербіж (17 жінок (14,2%)), печія в ділянці піхви, зовнішніх статевих органів, промежини (14 жінок (11,7%)), диспареунія (9 жінок (7,5%)), контактні кровотечі (5 жінок (4,2%)). Тривалість захворювання становила  $3,4 \pm 1,2$  роки, з приводу чого хворі неодноразово отримували різноманітні курси протизапальної та антибактеріальної терапії з тимчасовим або частковим ефектом.

Під час огляду в дзеркалах у всіх 120 жінок основної групи (100%) виявлено запальні зміни шийки матки – екзо- та ендocerвіт, а у 18 (15,0%) пацієнток – вульвовагініту.

Кольпоскопічне дослідження жінок основної групи виявило наступні зміни: доброякісна зона трансформації (72 жінки (60%)), оцето-білий епітелій (67 жінок (55,8%)), йоднегативні зони (63 жінки (52,5%)), мозаїка (57 жінок (47,5%)).

У 41 (34,2%) пацієнтки основної групи за даними бактеріоскопічного дослідження визначено III і IV ступінь чистоти піхви. Отримані дані свідчили про запальний процес у вигляді неспецифічного вагініту із десквамацією епітелію, збільшенням кількості лейкоцитів. Відзначено значне збільшення кокової мікрофлори та грибів на тлі дефіциту нормальної мікрофлори. У жінок контрольної групи склад мікрофлори статевих шляхів відповідав нормобіоценозу та проміжному типу біоценозу.

Результати бактеріологічних досліджень свідчать, що у обстежених жінок основної групи зареєстровано висів кокової мікрофлори з піхви: епідермального стафілококу у 30 жінок (25%), ентерококу – у 22 (18,3%). Достатньо високою була частота обсіменіння піхви мікроорганізмами, які мали патогенні властивості: золотистий стафілокок у 33 пацієнток (27,5%), гемолітичний епідермальний стафілокок – у 30 (25%), гемолітичний стрептокок – у 20 (16,7%). Ці умовно-патогенні мікроорганізми мають здатність продукувати активні ферменти та токсини, що сприяє проникненню бактерій в тканини та розвитку запального процесу.

До складу бактеріального спектру піхви у обстежених жінок входили ентеробактерії. Найчастіше серед грампонегативних паличок зустрічались ешерихії (21 жінка (17,5%)), клебсієла (17 жінок (14,2%)), ентеробактер (12 жінок (10%)).

*Gardnerella vaginalis* виявлено у 44 (36,7%) жінок основної групи, що вказує на бактеріальний вагіноз. Звертає увагу зниження показників нормальної мікрофлори статевих шляхів у цій групі жінок – лактобактерій (39 жінок (32,5%)), біфідобактерій (44 жінки (36,7%)). У 25 (20,8%) пацієнток лактобацили не висівались. Дефіцит лактобацил при підвищенні колонізації піхви грибами роду *Candida albicans* є індикатором пригнічення місцевого імунітету.

У 32 (26,7%) жінок основної групи виявлено уреоплазмоз, у 22 (18,3%) – хламідіоз, у 23 (19,2%) – мікоплазмоз, у 10 (8,3%) – трихомонади, у 11 (9,2%) – вірус простого герпесу (ВПГ), у 9 (7,5%) – цитомегаловірус (ЦМВ). Їх присутність співпадала з високими показниками вмісту аеробів та грибів роду *Candida*. Мікст-інфекція спостерігалася у кожній третій пацієнтки у вигляді 2-5-компонентних асоціацій. Переважно зустрічались 2-компонентні (*C. trachomatis* + *M. hominis*) та 3-компонентні (*C. trachomatis* + *M. hominis* + *U. urealyticum*) асоціації.

Методом ПЛР виявлено наявність ВПЛ у 52 (43,3%) жінок основної групи. Під час ідентифікації ДНК ВПЛ 16, 18, 56 типу виявлено у 22 (18,3%) пацієнток, ВПЛ 31, 33, 58 типу – у 34 (28,3%), ВПЛ 6, 43, 44 типу – у 31 (25,8%). Поєднання різних типів ВПЛ спостерігалось у 32 (26,7%) жінок. Одночасне виявлення ВПЛ і ВПГ відзначено у 11 (9,2%) жінок основної групи, ВПЛ і ЦМВ – у 9 (7,5%).

Таким чином, у досліджуваному матеріалі жінок основної групи звертає увагу висока частота виявлення уреа-мікоплазм та ВПЛ.

Про стан нормобіоценозу статевих шляхів жінок контрольної групи свідчить кількісний склад мікроорганізмів. Висока ступінь засівання визначена у лактобактерій ( $10^7$ - $10^8$  КУО/мл), біфідобактерій ( $10^4$ - $10^6$  КУО/мл). У значно менших концентраціях висівали аеробні мікроорганізми ( $10^3$ - $10^5$  КУО/мл).

Кількісна оцінка сапрофітної мікрофлори у жінок із запальними захворюваннями шийки матки виявила достовірне зниження лактобактерій до  $10^3$ - $10^5$  КУО/мл, біфідобактерій – до  $10^2$ - $10^4$  КУО/мл. Водночас ступінь обсіменіння умовно-патогенними мікроорганізмами у цих жінок була вища, ніж серед здорових та становила  $10^5$ - $10^7$  КУО/мл.

Висновки. Дослідження мікрофлори статевих шляхів у жінок із запальними захворюваннями шийки матки свідчать про значні зміни мікробіоценозу: розширення спектру аеробної умовно-патогенної флори, зростання кількості грибів, наявність гарднерел, хламідій, уреа-мікоплазм, вірусу папіломи людини та багатокомпонентних асоціацій збудників. Запальні захворювання шийки матки у більшості випадків перебігають на тлі дефіциту нормальної мікрофлори. У комплексному обстеженні жінок із запальними захворюваннями шийки матки доцільно проводити ПЛР на наявність ВПЛ.

УДК 616.61-003.7:546.41-036.65+616.61-002.3-036.11-002.3-002.155]-097

Кривобок О.Г.

**ІМУНОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ|ТИПУ| РЕЦИДИВНОГО ПЕРЕБІГУ КАЛЬЦІЄВОГО НЕФРОЛІТІАЗУ ПРИ ГОСТРОМУ СЕРОЗНОМУ І ГНІЙНОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ**

Донецький національний медичний університет, м. Донецьк

Актуальність теми. Нефролітіаз є найбільш частою патологією сечовивідної системи у людей, що проживають в індустріально розвинених країнах. Цією патологією страждають до 4% населення і в 50-60% протягом 5-10 років наголошуються рецидиви. У структурі каменеутворення 80-85% каменів містять кальцій. У 95-100% випадків до нефролітіазу приєднується інфекція і виникає піелонефрит. Гнійний піелонефрит, що розвивається у хворих сечокам'яною хворобою, часто ускладнюється уросепсисом, при якому летальність досягає 28-80%, а також бактерійним токсичним шоком, гострою і хронічною нирковою недостатністю. До теперішнього часу результати лікування хворих з гнійними формами піелонефриту залишаються незадовільними. Недостатня ефективність консервативної терапії, особливо в період після оперативного видалення каменів, висока частота рецидивування хвороби примушують шукати нові підходи до лікування цієї групи пацієнтів. Широке використання при нефролітіазі імуномодуючої терапії стримує недостатнє знання імунологічних порушень, що обумовлюють рецидивний перебіг захворювання.

Метою дослідження з'явилось виявлення особливостей імунологічних розладів при гострому серозному та гнійному піелонефриті залежно від типу перебігу кальцієвого нефролітіазу.

Матеріали і методи. У дослідженні проаналізовано 126 випадків кальцієвого нефролітіазу, ускладненого серозним та гнійним піелонефритом, у хворих, яким проведено комплексне лікування, у тому числі оперативне видалення конкрементів. Хворі були обстежені в клініці, де разом із загальноклінічними методами, виконані стандартні імунологічні дослідження на першу добу, 2-3, 7-10, 13-15 і 25-30 діб лікування. Після виписки з клініки, з метою діагностики можливого рецидиву нефролітіазу, в умовах поліклініки проводили УЗД нирок 1 раз в 4 місяці впродовж 3 років. Залежно від факту рецидиву каменеутворення утворено дві групи хворих – зі швидким і повільним типами рецидивного перебігу нефролітіазу.

Результати і висновки. У дослідженні показано, що імунологічні показники відображають зміни, які викликає бактерійна інфекція. У періоді до 10 діб диференціюються імунологічні показники у хворих гострим серозним і гнійним піелонефритом. Ці показники, після оперативного видалення конкрементів з сечоводів і лоханки, також дозволяють диференціювати перебіг нефролітіазу на швидкий і повільний тип. Встановлений супресивний вплив самого оперативного втручання. Після усунення оклюзії відбувається відновлення функціональної активності і числа імунних клітин. З метою зниження супресивного впливу операції і зниження в подальшому ризику розвитку швидкого рецидивного перебігу нефролітіазу доцільно проводити ранню передопераційну імунокорекцію.

УДК 616.322-002.2-053.37/5-084-08

Ляшенко М.С.

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ТОНЗИЛІТІВ У ДІТЕЙ**

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Піднебінні мигдалики належать до вторинних або периферичних органів імунної системи, беруть участь у формуванні місцевого та системного імунітету та відповідають не тільки за клітинний рівень імунітету, а також за вироблення клітин імунної пам'яті.

Серед різноманітних груп населення захворювання на хронічний тонзиліт зустрічається в 25-35% випадків. В дитячому віці захворюваність на хронічний тонзиліт складає 15%, а в групі часто хворіючих дітей до 43%.

Сучасною тенденцією в лікуванні хронічного тонзиліту є максимально щадне відношення до мигдаликів як до імунокомпетентного органу. Видалення мигдаликів проводять тільки у випадку функціональної непридатності.

Вище сказане і визначило актуальність нашого дослідження, метою якого було дослідити використання го-меопатичного препарату Тонзилотрен для лікування хронічного тонзиліту у дітей.

Наукова новизна. Дослідили на підставі загальних та місцевих ознак захворювання ефективність препарату Тонзилотрен в комплексному лікуванні дітей на хронічний тонзиліт.

В дослідженні брало участь 119 пацієнтів у віці від 5 до 18 років, які були розділені на 2 групи.

I – досліджувана (64 пацієнта). Традиційне лікування хронічного тонзиліту доповнювалося прийманням препарату Тонзилотрен, який застосовувався 3-ма курсами кожні 6 місяців протягом 60 діб кожний.

II – основна (55 пацієнтів). Консервативне лікування проводилося за традиційними методами.

Ефективність лікування оцінювали за динамікою суб'єктивних та об'єктивних ознак за системою балів. В контрольній групі позитивний результат при дослідженні клінічних ознак хронічного запалення мигдаликів на 540-ву добу отримали у 47% випадків, а в групі дітей, яка отримувала Тонзилотрен по схемі - у 90%. При вивченні об'єктивних ознак хронічного тонзиліту наприкінці лікування в групі без тонзилотрену позитивний результат складав 34%, а у дітей, які приймали тонзилотрен - 66%. Також, аналізуючи захворюваність дітей на ГРВІ: діти в досліджуваній групі хворіли в 5,8%, а в основній групі захворюваність складала 14,2%.

Побічної дії препарату Тонзилотрен не зареєстровано в жодного пацієнта. Таким чином, використання препарату Тонзилотрен значно підвищило ефективність консервативного лікування хронічного тонзиліту та зменшило необхідність хірургічного видалення піднебінних мигдаликів.

Препарат Тонзилотрен є ефективним та безпечним лікарським засобом, який можна рекомендувати в клінічній практиці базисної терапії хронічного тонзиліту та попередження розвитку респіраторних захворювань у дітей різної вікової категорії.

УДК 618.19-006.6-085.277.3

*Мельников С. И.*

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С III СТАДИЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАВШИХ НЕОАДЬЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. В настоящее время проблема рака молочной железы (РМЖ) стоит остро как в Республике Беларусь, так и во всем мире. С каждым годом растет заболеваемость и современные методы лечения не всегда оказываются эффективны. Существуют два химиотерапевтических подхода к терапии РМЖ: адьювантный, назначается после операции, и неоадьювантный – несколько курсов до операции с продолжением после нее. Показаниями к неоадьювантной химиотерапии являются III и IV стадии, осложненные отеком или изъязвлением кожи молочной железы.

Научная новизна и цель. Проанализированы результаты неоадьювантной и адьювантной химиотерапии при III стадией РМЖ за пятилетний период.

Материалы и результаты исследований. Проанализированы результаты лечения 443 пациенток с III стадией РМЖ, получивших химиотерапевтическое и хирургическое лечение в МГКОД за период 2000-2004 гг. 98 человек получали неоадьювантную химиотерапию и 345 – в адьювантную. 287 (64,8%) пациенток были в постменопаузе ( $p < 0,05$ ). Определение рецепторного статуса в период 2000-2004 гг. в МГКОД не проводилось. В большинстве случаев был диагностирован местно-распространенный процесс – 44,9%. При неоадьювантной химиотерапии применялись схемы: CAF /+ Vincristine (2 цикла) – 47,3%, CMF (2 цикла) – 31,2%, их комбинация (2 цикла) – 21,5%. Прогрессирование опухоли отмечено в 61,5% при неоадьювантной химиотерапии и 36,8% - при адьювантной ( $p < 0,001$ ). Интересные результаты получены в частоте прогрессирования после мастэктомии, при этом различий при нео- и адьювантной химиотерапии не было выявлено, так при мастэктомии по Madden показатель составил 42,7%, а по Holsted, более радикальному, - 58,3% ( $n=84$ ),  $p < 0,01$ . Различий в показаниях к методам не было. При сравнении результатов прогрессирования заболевания после применения различных схем лечения не было выявлено достоверных различий в обеих группах пациенток. Были выявлены достоверные различия в пятилетней выживаемости после разных химиотерапевтических подходов к лечению III стадии РМЖ: после неоадьювантной химиотерапии – 39,8%, после адьювантной – 49%,  $p < 0,05$ . Средняя продолжительность жизни после лечения у умерших до 2010 г. составила около 2,5 лет.

Выводы. 1. При III стадии РМЖ неоадьювантная химиотерапия не позволяет улучшить результаты лечения. Летальность и частота прогрессирования при неоадьювантной химиотерапии выше, чем при адьювантной.

2. Объем хирургического вмешательства влияет на частоту прогрессирования при III стадии рака молочной железы.

3. Схемы CAF /+ Vincristine, CMF и их комбинация не влияют на прогрессирование и выживаемость.

УДК: 616 – 071 + 616. 352 – 007. 253

*Новицкий О. В.*

### **ДІАГНОСТИКА ГЛИБОКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ**

ВДНЗУ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Головним завданням в діагностиці гострого парапроктиту (ГП) є своєчасне і точне визначення розміщення гнійника в параректальних клітковинних просторах. Точна діагностика параректальних абсцесів традиційними методами обстеження (огляд, пальпація, пальцеве ректальне дослідження, бімануальне обстеження) не за всіх форм ГП має достатню інформативність. Діагностичні труднощі частіше виникають у хворих із глибокими формами ГП. Розташування глибокого гнійника в безпосередній близькості до підочеревинного простору може симулювати симптоми гострого живота або динамічної кишкової непрохідності. При локалізації гнійника в безпосередній близькості до сечового міхура, сечовивідних шляхів і передміхурової залози клінічні прояви захворювання можуть нагадувати ознаки гострих захворювань сечовивідної системи. Тому, поряд з клінічними даними і об'єктивним обстеженням, ультразвукове дослідження (УЗД) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) ми вважаємо високоінформативними методами в діагностиці глибоких форм ГП, що допомагає у визначенні раціональної хірургічної тактики.

Проаналізовано результати застосування УЗД і МРТ для діагностики ГП у 47 хворих. Діагностичну цінність УЗД проаналізовано у 42 (89,4 %) хворих. УЗД з використанням черезшкірного конвексного датчика проведено у 35 (83,3 %), ендоректального датчика – у 7 (16,7 %) хворих.. МРТ з контрастуванням прямої кишки проведено у 5 (10,6%) хворих.

При УЗД у хворих із ГП візуалізували гіпоехогенне утворення різноманітної форми з нечіткими контурами.

Так, у 12 (26,8 %) хворих абсцес локалізувався по правому півколі анального кільця, у 11 (26,2 %) – по лівому, у 10 (23,8 %) – з обох боків. У 5 (11,9 %) хворих з поширеною флегмоною параректальної клітковини УЗД дозволило оцінити ступінь поширення гнійного процесу на сусідні, а також протилежні параректальні простори, а також виявити натічники в міжфасціальних просторах кореня калитки та стегна.

Коли УЗД промежини та параректальної клітковини було малоінформативним, застосували МРТ за допомогою магнітно-резонансного томографа фірми «Siemens» (Німеччина) потужністю магнітного поля 1,0 Тл у стандартних проекціях при T1-, PD+T2- зважених зображеннях (33) та в режимах STIR і FatSat. Обстеження тривало 30-40 хвилин. Під час обстеження додатково вводили ендоректальний зонд, через який контрастували пряму кишку 0,9 % розчином натрію хлориду. Отримані результати дали можливість топічно візуалізувати як сам глибокий параректальний гнійник, зокрема, його розміри, поширення, відношення до оточуючих тканин, об'єм гнійного вмісту, так і первинний гнійний хід: його довжину, форму, розташування по відношенню щодо зовнішнього сфінктера анального каналу та розміщення внутрішнього отвору на крипті анального каналу. Ця передопераційна діагностика забезпечила можливість виконання у хворих радикального оперативного втручання. Інтраопераційна ревізія клініко-морфологічних складових глибоких форм ГП у всіх обстежених хворих повністю підтвердила дані МРТ.

Застосовані додаткові інструментальні передопераційні методи діагностики сприяли проведенню радикальних оперативних втручань та покращенню результатів лікування хворих.

УДК 616.37-002:615.

Оганезян А.Г.

### **ІНТЕРВЕНЦІЙНА СОНОГРАФІЯ В СТРУКТУРІ ЛІКУВАННЯ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ У ХВОРИХ З НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність. Клінічний перебіг гострого панкреатиту ускладнюється розвитком рідинних скупчень в черевній порожнині та заочеревинному просторі у 30-50% хворих. За даними, які отримують під час ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, розрізняють гострі рідинні скупчення, гострі псевдокісти та панкреатичні абсцеси (Beger H.G. 2008). За даними досвіду останніх років широке застосування в комплексі лікування обмежених рідинних скупчень (ОРС) у хворих з НП отримали трансдермальні пункційно-дренуючі втручання під контролем УЗД (Johnson C.D., Imrie C.W. 2004).

Наукова новизна. Інтервенційна сонографія (ІС) в комплексі лікування обмежених рідинних утворень у хворих з некротичним панкреатитом (НП) дозволяє відсрочити термін оперативного лікування або взагалі уникнути його, але потребує науково обґрунтованих тактичних заходів для забезпечення радикальності лікування.

Мета роботи – оцінити ефективність УЗД та діапевтичних методів лікування ОРС у хворих з НП та визначити показання для використання діапевтичних методик.

Методи та результати. Проаналізовані результати обстеження та лікування 32 хворих з обмеженими парапанкреатичними рідинними скупченнями, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2000 по 2010 рік. Чоловіків було 25 (78,1%), жінок – 7 (21,9%). Вік хворих коливався від 25 до 72 років. Всім хворим виконували УЗД в день госпіталізації в комплексі діагностичних заходів та в подальшому кожні 3-4 доби, а при необхідності щоденно. При УЗД звертали увагу на розміри підшлункової залози, контури залози, ехоструктуру паренхіми підшлункової залози, локалізацію ОРС, розміри, контури та ехоструктуру, виконували енергетичне доплерівське сканування та кольорове доплерівське картування. Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалами APACHE II та Ranson. Трансдермальні пункції та дренивання ОРС під контролем УЗД виконані 6 хворим на апараті "Logiq C 5" (GE) з конвексним датчиком під місцевою анестезією з використанням катетерів діаметром просвіту 9-14 F. В залежності від локалізації ОРС обирали зону пункції і визначали оптимальну траєкторію каналу. Під час пункції видаляли патологічний вміст (100-2500 мл), виконували його бактеріологічне, цитологічне дослідження, а також дослідження на активність  $\alpha$ -амілази. Після аспірації вмісту утворення його порожнину промивали антисептичним розчином і повторювали це 1-2 рази на добу. 14 хворим з ОРС виконані традиційні відкриті операції. 12 хворим було відмовлено в оперативному лікуванні високого ризику, внаслідок відсутності в той період ІС. Контроль ефективності лікування здійснювали на основі клінічних, лабораторних даних, сонографічного моніторингу, динамічної комп'ютерної томографії, черездренажного рентгенконтрастного дослідження.

У 2 хворих ІС була остаточною в лікуванні. 4 хворих в подальшому після ІС прооперовано (при "локалізації" та демаркації осередку запалення), а проведена ІС надала додаткову інформацію про характер ураження, дозволила оптимізувати лікувальну хірургічну тактику, зменшити рівень ендогенної інтоксикації.

Висновки. ІС є ефективним, малотравматичним методом санації ОРС у хворих з НП. Показом до ІС є ОРС в черевній порожнині та заочеревинному просторі, до яких є "акустичне вікно". Застосування даної методики дозволяє оптимізувати лікування ОРС у хворих з НП, нівелювати поліорганну дисфункцію у вкрай важких хворих, сприяє створенню кращих умов для виконання традиційних операцій. ІС застосовується як ізольовано, так і в поєднанні з відкритими хірургічними втручаннями.



УДК 616.727.2-06

Півень Ю.М.

## ПОШКОДЖЕННЯ НЕРВІВ ТА СУДИН ПРИ 3-Х ТА 4-Х ФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Актуальність. 3-х та 4-хфрагментарні переломи головки плечової кістки є найбільш інвалідизуючими та займають від 13% до 16% від усіх переломів проксимального кінця плечової кістки (Lannotti, 2003). Найбільше збільшує ризик виникнення пошкоджень нервів та судин при даних типах переломів близькість плечового сплетіння та проходження магістральних судин верхньої кінцівки до плечового суглобу. Частота даного ускладнення складає 6,2 %.

Мета. Метою даної роботи є покращення результатів лікування хворих із 3-х та 4-хфрагментарними переломами проксимального відділу плечової кістки (поліпшення діагностики нейросудинних ускладнень та їх зменшення під час реконструктивних операцій на даному сегменті) внаслідок розуміння лікаря ортопеда-травматолога всієї анатомічної складності проксимального відділу плеча.

Анатомія пошкоджень. Найбільш ураженим через своє анатомічне розташування є аксілярний нерв - проходить нижче підлопаткового м'язу і огинає хірургічну шийку плечової кістки.

Крім того, аксілярний нерв може бути пошкодженим при черезшкірній фіксації чи при доступі до плечового суглобу через розсічення дельтоподібного м'язу.

Стандартно аксілярний нерв знаходиться на відстані 6,2 см. від середини акроміону у чоловіків та 5,4 см. - у жінок.

Також повинний бути захищений і м'язово-шкірний нерв під час дельто-пекторального доступу. Стандартний його вихід є на відстані від 3,1 до 8,2 см. дистальніше дзьобоподібного відростку. До ушкодження м'язово-шкірного нерву може призвести ретракція сухожилків м'язів, що прикріплюються до відростку.

Як внаслідок травми, так і результатом оперативної фіксації при багатофрагментарних переломах проксимального відділу плечової кістки можуть бути судинні ушкодження.

При зміщенні уламків частота ушкодження артерій складає 4,9%. Передня гілка огинаючої артерії є найбільш часто пошкодженою.

Наслідками ушкодження артерій є:

- пульсуюча гематома;
- відсутній чи слабкий пульс;
- омертвіння ураженої ділянки;
- парестезії.

Наявність дистального пульсу не виключає пошкодження артерій проксимального відділу плеча. Слід провести ангіограму та визвати на консультацію судинного хірурга у випадку підозри на пошкодження артерій.

Переломи проксимального відділу плечової кістки частіше за всього виникають при падінні на плече. У молодих пацієнтів переломи є наслідком дії травмуючого фактора безпосередньо на даний відділ.

Частота виникнення. Нейросудинні пошкодження супроводжують переломи проксимального відділу плечової кістки у 21-36% випадків (Rohilla M, Siddique A, Khan RA., 2008). Як наслідок у 8 % пацієнтів відбувається втрата функції рухів в плечовому суглобі. Найбільш часто ушкодженим є аксілярний нерв. Проте також існує ризик ураження і: підлопаткового, променевого, середнього та м'язово-шкірного нервів.

Переломи проксимального відділу плечової кістки нерідко супроводжуються судинними ушкодженнями. Близько 27% пошкодження аксілярної артерії супроводжується збереженням пульсу за рахунок коллатералей лопаткової артерії.

Наштовхнути на думку про нейроваскулярні пошкодження при ураженні м'яких тканин повинна наявність парестезій. У пацієнтів старше 50 років виникають судинні ушкодження (84%) найбільше. Це пояснюється індивідуальними змінами через атеросклероз судин, який є причиною втрати їх еластичності та міцності і як наслідок - розрив при переломі.

Різно знижується сила м'язів плечового поясу при пошкодженні нервів у пацієнтів, що негативно впливає на відновлення рухів в плечовому суглобі. Строки реабілітації збільшуються. Повне відновлення може не статися.

Не дає повного розуміння тяжкості пошкодження лише клінічне дослідження пацієнта. Тому є потреба у міографії.

Висновки.

1. Як безпосереднім пошкодженням уламками нервів та судин так і ущемленням останніх між уламками, а також при виведенні кінцівки в гіперабдукцію при скелетному витягненні спричиняється множинність нейросудинних ушкоджень при переломах проксимального відділу плечової кістки.

2. Про пошкодження плечового сплетіння у пацієнта слід думати при наявності парестезій.

3. Досить рідкісним, але має тяжкі наслідки: ішемія, розлад рухів верхньої кінцівки є ураження центрального стовбура аксілярної артерії.

4. Визначити не тільки рівень ураження, а часто і тип судинного пошкодження дозволяє використання доплерометрії чи ангіографії.

УДК 616.441-08:612.017

Ігнатик Г.І., Овечкін Д.В., Маюра Н.А., Купина М.В..

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ**

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми

Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) у структурі ендокринної патології посідають друге місце після цукрового діабету. За оцінкою ВООЗ число хворих на зоб сягає близько 20 мільйонів осіб. Неухильне зростання захворюваності на АІТ і подальший розвиток його ускладнень (метаболічні порушення, порушення ліпідного обміну, гіпотиреоз, енцефалопатія, депресія тощо) потребують розробки ефективних схем лікування.

Діагноз АІТ не може бути встановлений лише на основі даних пальпації, збільшення або зменшення її об'єму. На даний момент запропоновано велику кількість методів, які дозволяють достовірно встановити діагноз, але на практиці використовується лише УЗД та вивчення рівня антитіл і гормонів в крові.

В клініці з 1988 по 1998 рік було прооперовано 1531 хворого з патологією ЩЗ, з них із зобом Хасімото – 87 осіб (5,6%); консервативно проліковано 1294 особи, з них з АІТ у стадії гіпотиреозу – 71 хворого (5%). За період з 1999 по 2009 рік із 1762 оперованих зоб Хасімото виявлено у 216 осіб; консервативно проліковано 2141 хворого, із них з АІТ у стадії гіпотиреозу – 236 осіб (11%). Таким чином, частота зоба Хасімото збільшилася за останнє десятиріччя у 2,5 рази. Це можна пояснити тим, що після аварії на ЧАЕС збільшилася кількість хворих з патологією ЩЗ, а відповідно й кількість хворих на АІТ, а також тим, що АІТ має досить довгий латентний період: від первинного uszkodження ЩЗ до появи клінічних проявів проходить від 6 місяців до 20 років.

Збільшення частоти тиреоїдної патології й онкологічна настороженість хірургів сприяла збільшенню кількості оперативних втручань на ЩЗ. Самі ж показання до оперативного втручання носять досить розмитий характер – практично всі захворювання, що викликають збільшення ЩЗ, в тому числі й АІТ. Онкологічна небезпека цього захворювання мала і складає 0,5%, але АІТ часто розвивається вторинно на фоні інших захворювань ЩЗ, у тому числі й раку. Показами до хірургічного лікування АІТ ми вважали: 1) неможливість існуючими методами досліджень виключити наявність злоякісного новоутворення; 2) великі розміри зоба, який викликає механічне стиснення розташованих поруч органів ший; 3) значні зміни магістрального кровотоку на ший, порушення мозкового кровообігу; 4) значна вираженість явищ імунологічної декомпенсації аутоімунного процесу, що негативно впливає на стан організму в цілому. При виборі хірургічного методу лікування АІТ треба враховувати, що оперативне втручання не усуває провідний патогенетичний чинник – аутоагресію до власної тканини ЩЗ. Крім найбільш частого наслідку хірургічного лікування АІТ – післяопераційного гіпотиреозу, треба відмітити нерідке (8,8 – 15,2%) виникнення псевдорезидивів захворювання після економної резекції ЩЗ. Треба відмітити, що ізольований АІТ рідко потребує хірургічного лікування. Воно показано у тих випадках, коли АІТ протікає під «маскою» або у поєднанні з іншою патологією ЩЗ (частіше це змішаний зоб). В той же час основною проблемою є те, що доступні методи діагностики не дають достовірної інформації про стан організму і можливості диференціювати АІТ від інших захворювань ЩЗ.

При значних клінічних проявах на фоні незначного збільшення ЩЗ ми використовували консервативне лікування. Консервативне лікування АІТ у широкому розумінні зводилося до терапії порушень функціонального стану ЩЗ шляхом введення тиреоїдних гормонів, які за рахунок гальмування секреції ТТГ гіпофізом знижують стимулюючий вплив на ЩЗ і вивільнення антигенів з її тканин. Також для покращання загального стану пацієнта та уповільнення розвитку зоба призначали імуномодулюючу та десенсибілізуючу терапію.

Нами впроваджений у практику метод комбінованого лікування хворих на АІТ, що включає в себе економну субфасціальну резекцію ЩЗ з наступною імунокоригуючою, десенсибілізуючою та замісною терапією. Це дозволило скоротити термін післяопераційної реабілітації хворих, уникнути розвитку післяопераційних ускладнень, зокрема, гіпотиреозу та рецидиву захворювання. Але значна поширеність і складність АІТ потребують подальшого вивчення захворювання і впровадження більш достовірних методів діагностики та розробки патогенетичного лікування.

УДК 616.65-006.6-0.85

Саричев Я.В., Устенко Р.Л., Солодкий С.М.

**ЩІЛЬНІСТЬ ПРОСТАТСПЕЦИФІЧНОГО АНТИГЕНУ – НОВИЙ МЕТОД ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕОПЛАСТИЧНИХ СТАНІВ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Актуальною у зв'язку зі збільшенням тривалості життя чоловічого населення в усьому світі залишається проблема неопластичних станів передміхурової залози. Рак передміхурової залози (РПЗ) займає одне з провідних місць в структурі онкологічної захворюваності і летальності. Так, у структурі чоловічої онкологічної захворюваності у США він займає перше місце, у Великобританії – є другою після раку легенів причиною канцерспецифічної летальності серед чоловіків. При цьому, локалізовані форми виявляються не більш ніж у 30% випадків, а внаслідок малосимптомного перебігу перше звернення пацієнта до лікаря відбувається вже при місцеворозповсюдженню процесу.

У теперішній час найціннішим пухлинним маркером, визначення якого в сироватці крові є необхідним для діагностики, диференційної діагностики та спостереження за перебігом РПЗ, є простатспецифічний антиген (ПСА).

Разом з тим, тільки патогістологічне дослідження матеріалу після пункційної біопсії передміхурової залози є остаточним етапом для диференціювання доброякісної гіперплазії, запальних змін та злоякісних новоутворень простати.

Метою нашого дослідження стало вивчення ролі щільності ПСА (співвідношення рівня загального ПСА до об'єму передміхурової залози) у диференційній діагностиці доброякісних та злоякісних новоутворень передміхурової залози.

Було проведено загальноклінічне обстеження, ультразвукове дослідження органів сечостатевої системи та пункційна біопсія передміхурової залози із 6-12 ділянок 58 чоловікам, у яких при догоспітальному або стаціонарному обстеженні було виявлене підвищення ПСА вище порогового рівня (4 нг/мл). Після отримання даних про об'єм передміхурової залози за даними ультразвукового дослідження органів сечостатевої системи обчислювалась щільність ПСА.

Середній вік пацієнтів дорівнював  $69,3 \pm 2,4$  роки. Середній рівень загального ПСА склав  $22,3 \pm 1,9$  нг/мл, середній об'єм передміхурової залози –  $52,4 \pm 3,7$  см<sup>3</sup>. За отриманими результатами щільності ПСА хворі були розподілені на 2 групи. До I групи увійшли 40 пацієнтів з показниками щільності ПСА нижче  $0,15$  нг/мл/см<sup>3</sup>, до II групи – 18 пацієнтів із показником  $\geq 0,15$  нг/мл/см<sup>3</sup>. За результатами патогістологічного дослідження тільки у 1 (2,5%) хворого I групи діагностовано РПЗ, у 6 (15,0%) – запальні процеси, у 33 (82,5%) – доброякісна гіперплазія передміхурової залози. У 17 (94,4%) пацієнтів II групи морфологічно підтверджено діагноз РПЗ.

Враховуючи вищезазначене, визначення щільності ПСА є високоінформативним методом диференційної діагностики доброякісних, запальних та злоякісних захворювань передміхурової залози та може бути рекомендоване до широкого застосування на амбулаторно-поліклінічному етапі обстеження, що дозволить уникнути невиправданих госпіталізацій та біопсій простати.

УДК 618.1 – 072 – 073.432.1

*Стречень С.Б., Стречень Н.С., Гадюченко О.П.*

### **КОМБІНОВАНЕ ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ГІСТЕРОСКОПІЇ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Одеський державний медичний університет, КУ «1 міська клінічна лікарня», м. Одеса.

Сучасний арсенал діагностичних методів в гінекології досить великий та включає загальноклінічні, ультразвукові, ендоскопічні, рентгенологічні, лабораторні та морфологічні способи. Грамотне використання наведеного різноманіття зазначених методів дозволяє гінекологу в найкоротші терміни діагностувати проблему та визначити шляхи її рішення.

Метою роботи було порівняльне вивчення специфічності та чутливості ультразвукових та ендоскопічних методів (трансабдомінальне і трансвагінальне УЗД та гістероскопія)

Дослідження та його перший аналіз стали можливими завдяки відкриттю в клініці відділення інвазивних методів діагностики та лікування гінекологічних хворих. В нашому дослідженні під наглядом знаходилось 40 жінок репродуктивного віку (25 – 55 років), які надійшли в клініку з матковими кровотечами. Для верифікації патологічного процесу і встановлення причини кровотечі всім пацієнткам здійснювалось ультразвукове дослідження та діагностична гістероскопія. УЗ-дослідження виконувалось на апараті "Siemens SI-450" до гістероскопії та включало як трансабдомінальну ехографію (конвексний датчик 3,5 МГц), так і трансвагінальну сонографію (вагінальний датчик 7,5 МГц). На нашу думку, саме такий підхід дозволяє в більш повній мірі надати ультразвукову анатомію та картину малого тазу. Оцінювалось положення матки, стан шийки матки, стан ендометрію та міометрію, стан яєчників та маткових труб. Було виявлено, що найбільш частою причиною маткових кровотеч є гіперпластичний процес ендометрію (58 %). Іншими причинами були поліпи ендометрію (12 %), субмукозна міома матки (8 %), аденоміоз (5 %), ендометрит (5 %), підозра на рак ендометрію (2 %). В 10 % випадків УЗ-дослідження не виявило патологічних змін. В середньому трансабдомінальне дослідження проводилось протягом 5 хвилин, трансвагінальне – 10 хвилин.

Після використання ультразвукових методів всім пацієнткам була здійснена діагностична гістероскопія. Дослідження порожнини матки проводилось за допомогою фіброгістероскопу Olympus HIF type B (діаметр оптики 3 мм) з відеокамерою Olympus OTV-S5 в рідкому середовищі (із рахунку на 1 процедуру - 500 мл фізіологічного розчину). Під час гістероскопії оцінювались розміри та форма порожнини матки, рельєф її стінок, стан ендометрію (колір, товщина, складчастість, судинний малюнок). Послідовно оглядались ділянка дна матки, трубні кути, бокові стінки, істмічний відділ та цервікальний канал. Були отримані наступні результати дослідження: причиною кровотечі в 62 % випадків є різні види гіперплазії ендометрію (потовщення його у вигляді складок і гребенів блідо-рожевого кольору різної висоти), в 17 % - проліферативні процеси ендометрію (фіброзні поліпи – поодинокі утворення маленьких розмірів (до 0,5 см) блідо-рожевого кольору округлої форми; залозисто-кістозні поліпи – неправильної довгастої форми утворення великих розмірів, на поверхні яких простежуються судини у вигляді капілярної сітки синюшного кольору), в 11 % випадків – субмукозні міоматозні вузли (округлі утворення різного розміру з рівним контуром, що стирчать в порожнину матки), в 8 % - аденоміоз, в 2 % - підозра на рак ендометрію. В середньому тривалість гістероскопії – 10 – 15 хвилин. Проведене подальше гістологічне дослідження зіскобу матки показало більш високу інформативність, специфічність та чутливість гістероскопії. УЗ-дослідження є надійним скринінговим діагностичним методом, проте не дозволяє прогнозувати майбутній клінічний перебіг міоми матки та поліпів ендометрію.

Таким чином, проведені спостереження дозволяють зробити декілька висновків:

- 1) отримані результати свідчать про взаємодоповнюваність методів;
- 2) трансабдомінальна і трансвагінальна сонографія як проста та неінвазивна методика з гарною переносимістю пацієнтками повинна проводитись в якості первинної рутинної методики у жінок з матковими кровотечами;
- 3) гістероскопія є малоінвазивним методом і дозволяє встановлювати точний діагноз внутриматкової патології, її ефективність особливо висока при поєднанні з наступним гістологічним дослідженням ендометрію.

УДК 616.329-089.844

*Судовых И.Е., Говорков Р.В.*

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ЯЗВЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛОНОТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ**

НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН,

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия

Болезнь искусственного пищевода представляет собой гетерогенную группу патологических синдромов, развивающихся в отдаленный период после эзофагопластики, к одним из наиболее сложных из которых относятся язвенные дефекты трансплантата. Механизмы ulcerации в искусственном пищеводе сложны и до настоящего времени изучены недостаточно, что затрудняет лечение пациентов и существенно снижает качество их жизни.

Цель данной работы – изучить структурные особенности искусственного пищевода, сформированного из левой половины ободочной кишки, при его язвенных повреждениях после эзофагопластики по поводу доброкачественных заболеваний нативного пищевода.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное морфологическое исследование (эндоскопический и рентгенологический мониторинг, световая и электронная микроскопия биоптатов) 49 наблюдений болезни искусственного пищевода, сформированного из толстой кишки (30 мужчин и 19 женщин в возрасте от 22 до 73 лет). У 4 обследованных пациентов выявлены язвы искусственного пищевода (8,2%), это были мужчины в возрасте 38 - 55 лет с давностью эзофагопластики от 2 месяцев до 9 лет.

Результаты исследования. По данным эндоскопического исследования язвы искусственного пищевода локализовались в зоне колоногастроанастомоза и дистальном сегменте трансплантата, были глубокими, округлой или неправильной формы, размером от 0,5 до 2,5 см, в дне – плотный светлый фибрин. Вне зоны ulcerации слизистая оболочка трансплантатов очагово гиперемирована, в нижних сегментах и перифокально язвенным дефектам – отечна, умеренно гиперемирована, с нежным налетом фибрина. В просвете искусственного пищевода определялось содержимое из слизи и желудочного сока с примесью желчи. Персистирующий рефлюкс в трансплантат зарегистрирован и при его рентгенологическом исследовании с контрастированием посредством перорального приема бариевой взвеси: отмечено длительное маятникообразное движение контрастной массы над зоной колоногастроанастомоза с забросом ее из желудка в нижнюю треть трансплантата. У 2 пациентов отмечалось длительное нахождение контрастного вещества в наданастомотическом сегменте трансплантата. Язвы искусственного пищевода заподозрены по рентгенологической картине только в 2 из 4 обнаруженных эндоскопически случаев.

Светооптически в биоптатах из дна и края язв выявлены фрагменты некротического детрита, обильно пропитанные лейкоцитами, с прилежащими очагами грануляций. В периульцерозной зоне отмечено чередование участков дистрофии и повышенной десквамации колоноцитов с локусами регенерирующего эпителия, формирующего местами псевдососочки.

Вне зоны ulcerации выявлена определенная динамика структурных изменений слизистой оболочки колонотрансплантата с нарастанием степени их выраженности в дистальном направлении. Наиболее типичны дистрофические изменения поверхностного эпителия с мелкими очагами десквамации и некробиоза клеток. Эпителий либеркуловых крипт с признаками дистрофии, повышенной пролиферации и гиперсекреции бокаловидных клеток. В строме обнаружена лимфоплазмочитарная инфильтрация с примесью лейкоцитов, очаги отека, гиперемии, незначительный склероз.

Электронно-микроскопически в клеточной популяции эпителия отмечено увеличение числа молодых форм колоноцитов, расположенных между зрелыми бокаловидными клетками. Для ультраструктуры олигомукозных клеток характерны одиночные крупные глобулы слизи, гиперплазированный пластинчатый комплекс, развитые каналцы цитоплазматической сети. Цитоплазма низкодифференцированных колоноцитов насыщена полисомами и свободными рибосомами, содержит множество профилей цитоплазматической сети, полиморфные митохондрии, мелкие вакуоли.

Таким образом, к структурным маркерам ulcerации колонотрансплантата следует отнести некротически-деструктивные повреждения слизистой оболочки в дистальном сегменте и катарально-пролиферативные изменения вне зоны изъязвления, прогрессирующие в направлении выходного отдела пищевода. Полагаем, что немаловажная роль в ulcerогенезе искусственного пищевода принадлежит пролонгированному контакту слизистой оболочки колонотрансплантата с агрессивными компонентами желудочно-кишечного рефлюктата, действующего на фоне недостаточности протективного потенциала эпителиального пласта перемещенного фрагмента толстой кишки, нарушения пропульсивной моторной активности в дистальном сегменте искусственного пищевода и локального дефицита микроциркуляции его стенки.



УДК 617.587-089.873

Шаєнко З. О.

### МЕТАБОЛІТОТРОПНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Останні роки в лікуванні синдрому діабетичної стопи (СДС) все частіше використовують антигіпоксанти та антиоксиданти.

Мета роботи: покращити лікування гнійно-некротичних уражень (ГНУ) СДС шляхом використання в комплексному лікуванні метаболітотропної терапії.

Матеріали та методи досліджень. Нами проліковано 44 хворих з ГНУ СДС. Всі хворі отримували загальноприйнятну терапію. Хворим основної групи (19 хворих) до комплексного лікування додавали метаболітотропні препарати: ліпін та мексидол (в/в крапельно 1 раз на добу в терапевтичних дозах протягом 10 діб), місцево в ділянку ГНУ стопи – аплікації з мексидолліпосомальною сумішшю (1 раз на добу на 5-6 год). Результати. У хворих основної групи больовий синдром зменшувався швидше на  $2,14 \pm 0,3$  доби ( $p < 0,001$ ), місцевий набряк – на  $3,16 \pm 0,4$  доби ( $p < 0,001$ ), активне виповнення ранової поверхні грануляціями відбулось швидше – на  $2,78 \pm 0,7$  доби ( $p < 0,023$ ). Статистично значимо у хворих основної групи у порівнянні з контрольною знижувалась температура тіла, покращувались показники аналізу крові, сечі, зменшилась тахікардія, нормалізувався сон, апетит. Рівень цукру крові в обох групах хворих вирівнювався, але більш визначене його зниження ( $p < 0,023$ ) зафіксовано у хворих, що отримували метаболітотропну терапію. Середній ліжко-день хворих основної групи склав  $12,76 \pm 0,8$  діб, в той час як у хворих контрольної групи –  $15,22 \pm 0,6$  діб ( $p < 0,001$ ).

Висновки. Використання в комплексному лікуванні СДС метаболітотропних препаратів призводить до покращення репаративних процесів, нормалізації клініко – лабораторних показників перебігу захворювання, скороченню строків перебування хворих на стаціонарному лікуванні на  $2,46 \pm 0,4$  доби.

УДК:616.22-089.168.1-009.11-06:611.818.6/7]-084

В.О. Шідловський, О.В. Шідловський, О.Р. Сельський, Я.Р.Розновський

### ІДЕНТИФІКАЦІЯ ПОВОРОТНИХ НЕРВІВ І ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАРЕЗІВ ГОРТАНІ.

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Вступ: Післяопераційне порушення рухомості голосових зв'язок та дисфагія є «підводними каменями» хірургії щитоподібної залози, які одні хірурги успішно обходять, а інші нерідко спотикаються об нього, в більшості своїй не помічаючи цього. Частота таких ускладнень на думку F. Lahey (1932р.), залежить від того, наскільки його хочуть помітити, і на нашу думку, що співпадає з думкою багатьох інших авторів, значно занижена. [1,2,3,6,7]

Пошкодження поворотного нерва зазвичай не діагностується хірургами інтраопераційно, а підозри щодо його пошкодження з'являються лише в післяопераційному періоді при розвитку вираженої клінічної картини. Проте навіть в такому випадку, не можна однозначно стверджувати про пошкодження саме поворотного нерва. Вищевказане підтверджують дані літератури, де зазначається, що частота ускладнень пов'язаних з порушенням рухомості голосових зв'язок та дисфагії становить від 0,2 до 15% і залежить від того, хто і коли виявив дану патологію, хірург чи ЛОР, на підставі клінічної картини чи інструментальних методів обстежень. Підчас виконання тиреоїдектомії найчастішим ускладненням є одностороннє пошкодження поворотного нерва, що призводить до утруднення ковтання та постійної хрипоті. [2,3,3,4,5]

Впровадження в Україні засад страхової медицини вимагає удосконалення інтраопераційної візуалізації гортанних нервів. Післяопераційні парези гортані, які є наслідком травми гортанних нервів на сьогодні все ще залишаються актуальними в хірургії щитоподібної залози. У зв'язку з цим інтраопераційна ідентифікація поворотних нервів гортані набуває особливого значення. Існуючі і застосовувані на сьогодні методи візуалізації гортанних нервів під час операцій на щитоподібній і прищитоподібних залозах не є абсолютно точними.

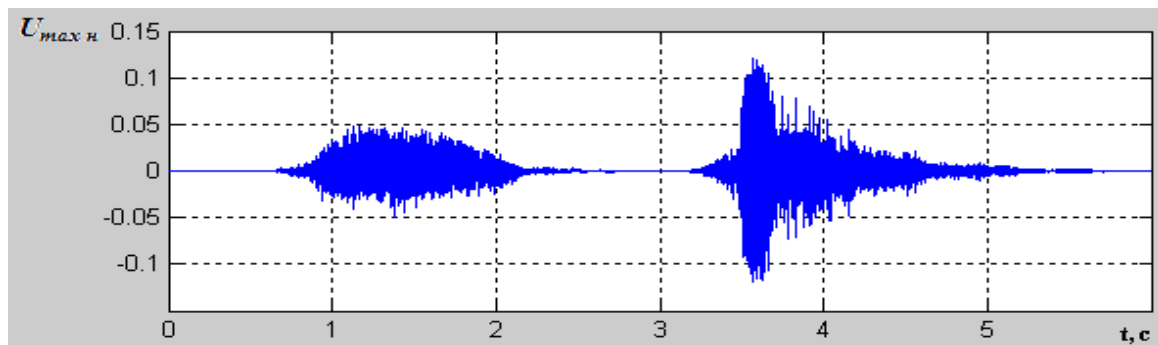
Мета: Метою роботи було удосконалення методики інтраопераційної ідентифікації поворотних нервів та зменшення частоти їх травм.

Матеріали та методи дослідження: Обстежили 47 пацієнтів у яких було проведено тиреоїдектомію з приводу дифузного токсичного зобу, вузлового зобу та пухлин щитоподібної залози. У 15 із них оперативні втручання були повторними. В усіх випадках спостерігався виражений компресійний синдром органів ший. Пацієнтів було поділено на дві групи: перша група 20 (42,5%) - пацієнтів у яких інтраопераційно було проведено знаходження поворотних нервів за допомогою методу електростимуляції постійним струмом силою 0,2 мА та пальпації м'язів гортані. Друга група - 27 пацієнтів (57,5 %), в тому числі і у 15 повторно прооперованих, у яких інтраопераційно було проведено виявлення поворотних нервів за допомогою електростимуляції змінним струмом з інтраопераційною фонографією. Метод полягає в тому що подразнення тканин в хірургічній рані здійснюється змінним струмом фіксованої частоти для якого мало провідними є м'язова та інші тканини рани і висока провідність електричного сигналу гортанними нервами, які керують натягом голосових зв'язок. Скорочення м'язів гортані у відповідь на подразнення струмом спричиняє до змін натягу голосових зв'язок і зміни просвіту голосової щілини, які, в свою чергу, викликають зміни шумових ефектів проходження повітря через голосову щілину при видиху і реєструються звуковим сенсором, встановленим у трубку ларингеальної маски. Шумові ефекти звуковим сенсором перетворюються у електричний сигнал. Амплітуду вихідного інформаційного сигналу, який характеризує наближення до гортанного нерва чи віддалення від нього електрода подразнення, визначається по зміні амплітуди електричного струму заданої частоти.



Результати та їх обговорення. Протягом 2008 – 2010 років нами було проведено порівняння результатів двох методів, методу електростимуляції поворотних нервів постійним струмом силою до 0,2 мА, з одночасною пальпацією м'язів гортані та методу електростимуляції змінним струмом з фонографією. Контроль здійснювався методом записування та аналізу тонів та обертонів голосу пацієнта до та після оперативного втручання а також обстеженням ЛОР лікаря, до та після оперативного втручання. Щодо інтраопераційної електростимуляції з фонографією у всіх випадках діапазон отриманого сигналу при стимуляції поворотного нерва становив від 0,05 до 0,1 уОД, при стимуляції м'язового волокна діапазон сигналу становив від 0,01 до 0,02 уОД, при цьому інтенсивність сигналу при стимуляції м'яза знижувалась із віддаленням стимулюючого щупу від нерва, що дає можливість інтраопераційно визначати відстань до ділянки проходження гортанного нерва. На рис 1 а) зображено отриманий інформаційний сигнал, як результат подразнення нерва в хірургічній рані. Цей сигнал вимірювався на проміжку часу тривалістю 6с. На рис. 1 б) наведено цей же сигнал після фільтрації на частоті подразнення.

а)



б)

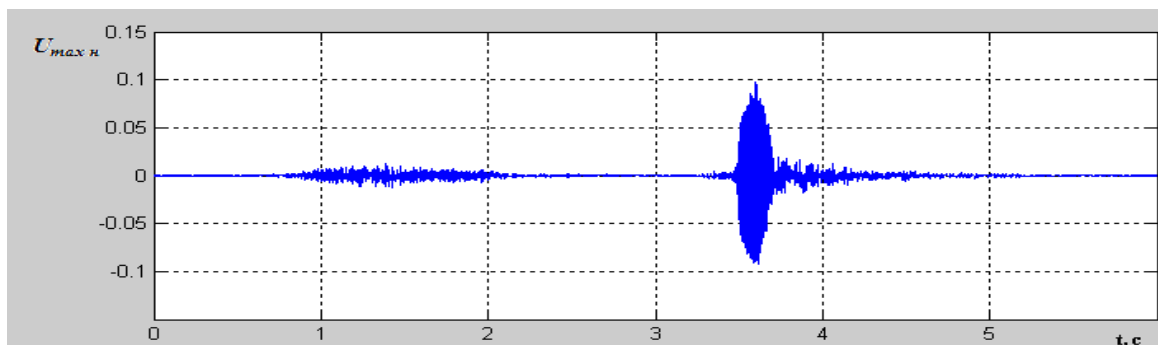
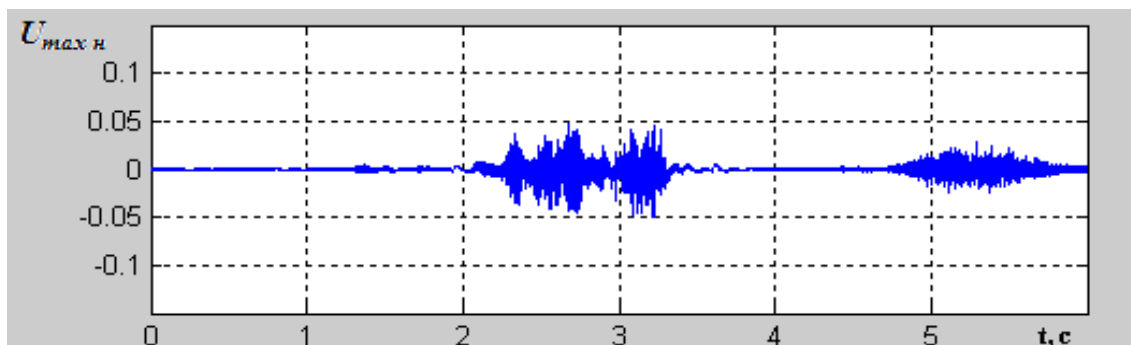


Рис. 1. Сигнал отриманий в результаті подразнення нерва - а); б) відфільтрований інформаційний сигнал на частоті подразнення нерва

На рис. 2 а), б) зображено інформаційний сигнал та відфільтрований інформаційний сигнал, який є реакцією на подразнення змінним струмом м'язової тканини поблизу зворотного гортанного нерва.

а)



б)

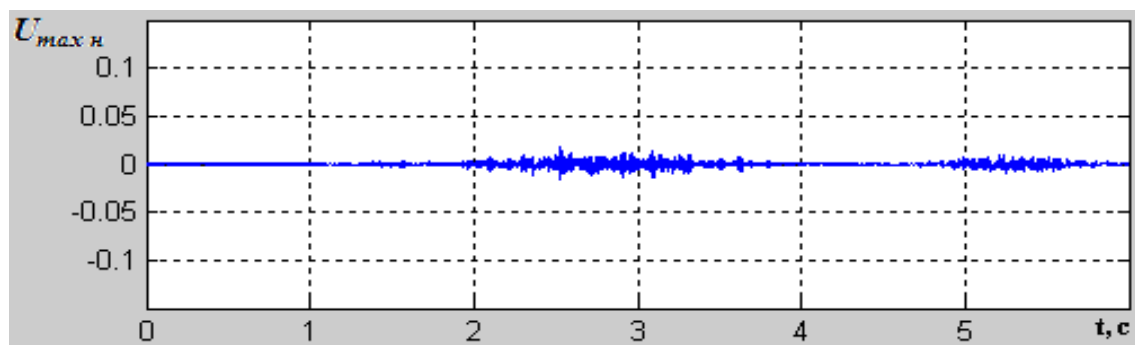


Рис. 2. Сигнал отриманий в результаті подразнення м'язової тканини - а) та відфільтрований сигнал - б)

Порівняння рис. 1 та рис. 2 показує, що максимальна амплітуда інформаційного сигналу під час подразнення гортанного нерва приблизно у 5,4 разів вища, ніж максимальна амплітуда інформаційного сигналу отриманого в результаті подразнення м'язової тканини. Така методика дає можливість ідентифікувати та визначити розміщення гортанного нерва у хірургічній рані під час проведення операції та інтраопераційно підтвердити цілісність гортанних нервів. Очевидно, що саме за рахунок високої чутливості методу у всіх 27 випадках, з них 15 повторні оперативні втручання з приводу рецидивного зоба, вдалось без особливих складнощів ідентифікувати поворотні нерви і уникнути їх травм.

У двох (10%) пацієнтів за методикою електростимуляції з пальпацією не вдалось отримати реакції м'язів на подразнення. Ще у одного пацієнта (5 %) було діагностовано однобічний параліч поворотного нерва.

Транзиторні розлади фонації з усіх обстежуваних мали місце у 29 пацієнтів. Вони самостійно, чи під впливом лікування самостійно регресували впродовж 3 – 15 днів. Їх генез, найбільш вірогідно, слід пов'язувати з реакцією гортані на операційну травму, що, в більшості випадків діагностувалось ЛОР лікарем.

Висновки:

1. Метод електростимуляції постійним струмом з пальпаторною оцінкою скорочення гортанних м'язів дозволяє лише ствердити, або заперечити, що виділеною тканиною є поворотний нерв і у зв'язку з цим не є об'єктивно точним.

2. Електростимуляція тканин передньої поверхні шиї змінним струмом з фонографією дозволяє по зміні амплітуди отриманого сигналу віднаходити і ідентифікувати в операційній рані поворотні нерви і з абсолютною точністю попереджувати їх травмування.

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА МОРФОЛОГІЯ

УДК 611.12 : 611.013.85.002.23

*Л.В. Абдул-Оглы, В.В.Кошарный, Е.С.Снисар, А. К. Каграманян.*

### **ИЗМЕНЕНИЯ В КАРДИОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.**

Днепропетровская государственная медицинская академия, г. Днепропетровск

**Введение.** Исследования последних лет показали, что формирование внутриутробного благополучия начинается на ранних сроках развития фетоплацентарной системы и нарушения, возникающие в этот ранний период обуславливают неполноценное формирование ранней плаценты, приводящее к нарушениям в органогенезе и, в частности сердца.

Целью работы является установление закономерностей формирования пороков развития сердца в пренатальном онтогенезе при нарушении формирования плаценты.

Материалом исследования послужили 180 сердец и 180 плацент эмбрионов, плодов человека. При этом распределение материала по срокам забора проводилось исходя из учета стадий развития сердца и плаценты, т.е. внимание в большей степени уделялось нами ранним этапам развития.

Результаты исследований. Мы рассмотрели развитие плаценты и сердца человека при нарушении их формирования в тот период, когда происходят основные формообразующие процессы в ранней плаценте и процессы септации в развивающемся сердце. Морфологические признаки нарушения формирования плаценты на ранних стадиях эмбриогенеза были выражены микроскопически: компенсаторное увеличение количества капилляров, то есть их гиперплазия, что составляло 17,4 %; истончение эпителиального слоя трофобласта, несоответствующее сроку гестации, что составляло 14,2%; неполноценное заполнение ворсин хориона мезенхимными клетками с наличием вакуолей, приводящее к более позднему формированию сосудов, то есть их незрелость, что составляло 7 %; преобладание хаотичных ворсин, что составляло 10,2 %; наличие синцитиальных почек со значительным их увеличением, как морфологический эквивалент тканевой гипоксии, что составляло наибольший процент от всех нарушений формирования плаценты - 54,2 %. Макроскопически на более поздних стадиях признаки нарушения формирования плаценты были выражены в целом в развитии плода: задержка его роста и нарушение формирования конечностей. Изменения в кардиогенезе при нарушении формирования плаценты макроскопически были следующими: случаи загрудинной эктопии сердца плода, составляющие 0,8 % от всех пороков развития сердца; микроскопически формировались аномалии развития створок клапанного аппарата сердца человека, составляющие 50,8 %: выраженное ассиметричное развитие правых и левых створок атриовентрикулярных клапанов, проявляющееся в укорочении створок правого желудочка по отношению к сформированным створкам левого желудочка; изменение формы створок атриовентрикулярных клапанов сердца человека: удлинённые и узкие, короткие и широкие; истончение папиллярных мышц, разволокнение мышечных волокон. Нарушение формирования перегородок: незаращение межпредсердной, составляющей 19,2 % и межжелудочковой перегородок, составляющей 29,2 %. Таким образом, среди всех пороков развития сердца максимальное количество составляют пороки развития клапанного аппарата, минимальное - редко встречаемый порок формирования загрудинной эктопии сердца человека, когда сердце расположено впереди грудной клетки в плодном периоде пренатального онтогенеза, которая сочеталась с другими поражениями структур сердца: незаращение межжелудочковой перегородки в верхней её трети, неупорядоченное разволокнение мышечных волокон в миокарде стенки желудочков и мышечной части межжелудочковой перегородки. Учитывая механизм развития сердца и ранней плаценты человека, их морфологические параллели развития, в основе которых лежат процессы эпителиально-мезенхимальных трансформаций, которые были освещены в ранее опубликованных работах - это объясняет высокий процент поражения створок атриовентрикулярных клапанов сердца человека при нарушении формирования плаценты. Среди аномалий формирования плаценты встречаемость в исследованиях распределялась следующим образом: наибольший процент составлял косвенный признак тканевой гипоксии: наличие синцитиальных почек - 54,2%, что возможно свидетельствовало о гипоксических явлениях в тканях плаценты при её нарушении, гиперплазия капилляров - 17,4%, что являлось компенсаторным механизмом на гипоксические явления и поэтому составляло вторую группу в процентном соотношении.

**Выводы.** Для формирования пороков развития наиболее опасен первый триместр беременности, так как именно в этот период происходят основные процессы септации в сердце и в ранней плаценте, нарушение фор-

мирования которой приводят к возникновению врождённых пороков сердца и, хотя, нарушение правильного топографического положения сердца, то есть эктопия определяется в начале плодного периода, но закладка его месторасположения происходит в эмбриональный период. Во втором и третьем триместрах происходят процессы роста, созревания и дифференцировки в плаценте и изменения в эти периоды приводят к различным нарушениям развития плода в целом. Среди всех пороков развития сердца максимальное количество составляют пороки развития клапанного аппарата, минимальное - формирования заградной эктопии сердца человека.

УДК 616.127-002.4

*Басалай М.В., Барсукевич В.Ч.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В ОГРАНИЧЕНИИ РАЗМЕРА ЗОНЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА**

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Беларусь

Несмотря на достижения современной медицины, болезни системы кровообращения по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности среди населения экономически развитых стран мира. Прорывом в лечении ИБС явилось открытие, что восстановление коронарного кровотока при острой коронарной окклюзии способно ограничивать размер миокардиального повреждения (Maroko et al., 1972). Данный подход и в настоящее время является основной терапевтической стратегией при остром коронарном синдроме. Однако, имеются убедительные экспериментальные и клинические данные, свидетельствующие о том, что реперфузия ишемизированного миокарда сопровождается дополнительным негативным воздействием на кардиомиоциты, вызывая так называемое летальное реперфузионное повреждение. Из этой концепции реперфузионного повреждения следует вывод, что определенные терапевтические вмешательства во время начала реперфузии могут оказать дополнительное кардиопротекторное действие, а разработка способов ослабления выраженности реперфузионного повреждения миокарда является одним из ведущих направлений в современной кардиологии. В данном аспекте интересным представляется использование феномена дистантного ишемического preconditionирования миокарда (ДИПК). Особое внимание привлекают имеющиеся в литературе сведения об эффективности пережатия нижней конечности в условиях продолжающейся ишемии миокарда.

Цель исследования: Изучить временной интервал эффективности феномена ДИПК в ограничении размера зоны некроза миокарда на модели острой коронарной окклюзии.

Методы: Исследование было выполнено на 30 белых нелинейных крысах-самцах (массой 250-350 гр.), разделенных на 4 группы: контрольная группа (30-минутная окклюзия передней нисходящей коронарной артерии (ПНКА), сопровождающаяся 120-минутной реперфузией), ДИПК перед началом окклюзии ПНКА, ДИПК на 10-й минуте окклюзии ПНКА и ДИПК на 25-й минуте окклюзии ПНКА. Окклюзию ПНКА выполняли путем механического ее пережатия при помощи фишки с диаметром внутреннего отверстия 1.5 мм. Реперфузия миокарда достигалась простым удалением фишки. ДИПК представляло собой 15-минутное пережатие лигатурой обеих бедренных артерий. Показатели гемодинамики регистрировались непрерывно в течение эксперимента и оценивались в конце 15-минутной стабилизации после вскрытия грудной клетки, в начале 30-минутной окклюзии ПНКА, в начале реперфузии, а также на 30-й, 60-й, 90-й и 120-й минутах реперфузии. В конце реперфузии производили повторную окклюзию ПНКА. Внутривенно в левую общую яремную вену вводили 0.5 мл 5% раствора синьки Эванса, определяя, таким образом, зону риска, как не окрашенную в синий цвет. После замораживания при температуре  $-20^{\circ}\text{C}$  левый желудочек разрезали на 6 поперечных срезов. Срезы взвешивали при помощи торсионных весов, затем сканировали с обеих сторон. После этого срезы помещали в раствор трифенилтетразолия хлорида на 15 минут при температуре  $37^{\circ}\text{C}$  для идентификации зоны некроза. После 24-часовой инкубации срезов в 10% растворе нейтрального формалина срезы сканировали повторно для определения соотношения площадей зоны риска и зоны некроза.

Результаты: В первой (контрольной) группе крыс величина зоны некроза составила  $38 \pm 10\%$ . Во второй группе, в которой перед началом окклюзии ПНКА выполняли 15-минутное пережатие лигатурой обеих бедренных артерий, средняя величина зоны некроза составила  $19 \pm 6\%$  ( $P < 0,001$  в сравнении с контролем). В третьей группе, где 15-минутное пережатие обеих бедренных артерий производили с 10-й по 25-ю минуту окклюзии ПНКА, величина зоны некроза составила  $17 \pm 6,0\%$  ( $P < 0,001$  в сравнении с контролем). В четвертой группе, в которой 15-минутное пережатие обеих бедренных артерий выполняли с 25-й минуты окклюзии ПНКА по 10-ю минуту реперфузии, величина зоны некроза составила  $16 \pm 5\%$  ( $P < 0,001$  в сравнении с контролем).

Выводы: Размер зоны некроза в группах крыс, в которых производилась 15-минутная окклюзия обеих бедренных артерий (ДИПК) существенно ниже, чем в контрольной группе крыс. Не было получено статистически достоверных различий размера зоны некроза миокарда при использовании ДИПК на 10-й и на 25-й минутах 30-минутной ишемии миокарда ( $17,4$  и  $16\%$  соответственно,  $P > 0,05$ ). Реперфузионное повреждение оказывает значимый вклад в формирование окончательного размера зоны некроза миокарда. ДИПК оказывает кардиопротекторный эффект путем воздействия не только на ишемическое, но и на реперфузионное повреждение.

УДК 615.322 + 616.594.1

Галкін О.Ю.

**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ДИЗАЙН ГАЛЕНОВОГО ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АЛОПЕЦІЇ**

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут», м. Київ

Державний науковий центр лікарських засобів та медичної продукції, м. Харків

Проблеми пацієнтів, пов'язані з випаданням волосся, порушенням їх зростання і структури складає по частоті близько 5-6% від загальної кількості шкірних захворювань. Проте, соціальна значущість зовнішнього вигляду – присутність волосся – відбивається на внутрішній психічній індивідуальності. Сучасні значення про механізм зростання і втрату волосся базуються на обґрунтованому розумінні патофізіологічних процесів того або іншого вигляду облісіння. Шкіра волосистої частини голови має ряд особливостей, через які гніздова алопеція, дифузійне (симптоматичне) випадання волосся і андрогенетична алопеція протікають своєрідно і мають різні патогенетичні механізми розвитку.

У зв'язку з тим, що лікарські рослини надають системний вплив на організм, стимулюють функції різних органів і систем, забезпечують комплексне надходження в організм біологічно активних речовин, розробка рецептури фітозасобу засновувалася на виборі лікарських рослин, що містять речовини (флавоноїди, терпеноїди, амінокислоти, фенолкарбонові кислоти, поліфенольні сполуки), що виявляють Р-вітамінну активність - укріплюють стінки кровоносних судин, зменшують проникливість і ламкість капілярів - збагачують киснем шкіру голови. За хімічним складом таким критерієм відповідає досить велика кількість лікарських рослин. Однак, внаслідок аналізу ринку лікарської рослинної сировини в Україні за таким критерієм як ефективність застосування в народній медицині при лікуванні передбачуваних захворювань, нами вибрані: корені лопуху справжнього, плоди софори японської, кореневища айру, листя кропиви, хмелю супліддя (шишки).

На основі вибраної за хімічним складом рецептури препарату, що пропонується, нами був проведений аналіз фармакотерапевтичної дії, вибраних рослин (таблиця 1).

Таблиця 1. Фармакотерапевтичний дизайн препарату

Властивості Рослина	Протизапальні	Протимікробні	Спазмолітичні	Судинорозширювальні	Протидіатеросклеротичні	Седативні	Кровозупиняючі	Анагезивні	Обволікаючі	В'яжучі	Репаративні	Регулюючі сольовий обмін	Загальноозміцнюючі	Десенсибілізуючі	Протисвербіжні
Аір: кореневища		•	•	•		•	•	•	•	•	•				
Лопух: коріння	•	•	•		•		•		•	•	•	•	•	•	•
Софора: плоди	•	•				•	•				•	•			
Кропива: листя	•	•			•		•	•			•		•	•	•
Хміль: шишки	•	•	•			•		•					•		•

Біологічно активні речовини запропонованих лікарських рослин надають знеболюючі, протисвербіжні, антисептичні та епітелізуєчі властивості – відновлюють структуру та функції шкіри, покращують кровообіг в капілярній системі шкіри, стимулюють в ній обмін речовин і трофічні процеси - покращують живлення шкіри голови.

Наявність біологічної активності може стати основою для практичного використання біологічно активних речовин приведених вище лікарських рослин для створення препарату лікувально-профілактичної дії у відношенні різних форм алопеції.



УДК [543.645.6:616.748-092.9]:543.42

Гординська І.Л.

### **ВПЛИВ РІЗНИХ ДОЗ ПЕПТИДНОГО КОМПЛЕКСУ НИРОК НА СТАН ПОКАЗНИКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ТА ГЕМОСТАЗУ**

Вищий навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Різноманіття регуляторних пептидів, їх біологічних ефектів, які забезпечують стабільність функціонування організму, дають підставу вважати пептидергічну регуляцію головною ланкою гомеостазу та життєзабезпечення. В той же час не вирішене питання про механізм дії індивідуальних пептидів, які знаходяться в складі біологічних екстрактів. Тому, метою дослідження стало вивчення різних доз пептидного комплексу кіркової речовини нирок (ПКН) на морфологічні показники системи крові та коагуляційного гемостазу.

Дослідження проводились на щурах-самцях лінії Вістар, яким внутрішньом'язево вводили ПКН в дозах 0,12 мг/кг, 5,94 та 12 мг/кг протягом 2 тижнів, 1 місяця, 3 та 6 місяців. У крові визначали кількість еритроцитів, рівень гемоглобіну, показники лейкоцитарної формули. Систему коагуляційного гемостазу оцінювали за часом рекальцифікації, тромбінового, протромбінового часу, кількості фібриногену.

В цілому, ПКН мав регуляторний вплив на показники кількості еритроцитів, гемоглобіну та лейкоцитарної формули, як при короткотривалому, так і при тривалому введенні. При оцінці системи гемостазу спостерігалась тенденція до гіпокоагуляційних змін, особливо помітна при тривалому введенні досліджуваної речовини. Результати свідчать про необхідність більш детальних досліджень ПКН для подальшого можливого використання в клінічній практиці, як засобу біорегулюючої терапії.

УДК 616.13: 612.6

Долгашова М.А.

### **АНАЛИЗ СУММАРНОГО ПРОСВЕТА ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ИХ ВЕТВЛЕНИЯ У ЛЮДЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДОВ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА**

ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия Росздрава, Россия

*Комплексно исследовано субэпикардальное русло сердца людей первого и второго периода зрелого возраста. При помощи оригинальных и специальных программ на основе морфофункциональных показателей разработаны морфоматематические модели и соответствующие им графики суммарного сечения. Установлены корреляции между основными структурно-функциональными показателями венечных артерий и их ветвей и их топографией при различных вариантах ветвления венечных артерий в изучаемых возрастных периодах.*

**Ключевые слова:** венечные артерии, морфоматематические модели, графики суммарного сечения.

Патология сердечнососудистой системы сердца занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости и смертности населения [2, 8]. Поэтому новые данные о структурной организации сосудистого русла сердца, основывающиеся на морфофункциональных показателях сосудистой стенки артериального русла, позволят расширить имеющуюся информацию и применить её для разработки различных методов профилактики и лечения сердечнососудистых заболеваний. Обзор литературы по кардиохирургии, кардиологии, а также анализ литературных данных по морфокардиологии, анатомических руководств [4,5,7] показал, что исследователями не учитывается структурно-функциональная характеристика сосудистых ветвлений коронарных артерий в различных отделах сердца. Представлены некоторые параметры взаимосвязи между гемодинамическими условиями и строением микрососудистого русла, на основе анализа макрососудистых бифуркаций [1], а также установлены некоторые количественные параметры артериального русла сердца людей в старших возрастных периодах [6].

#### **Цель исследования**

Установить закономерности изменения суммарной площади сечения артериального субэпикардального русла на различных уровнях деления коронарных артерий при различных вариантах ветвления венечных артерий (ВВА) [3] в первом и втором периодах зрелого возраста (от 21 до 60 лет).

#### **Материал и методы исследования**

Исследованы субэпикардальные ветви венечных артерий (ВА) 62 сердец, взятых при аутопсии мужских и женских трупов людей первого и второго периодов зрелого возраста, погибших в результате несчастных случаев или умерших от патологии, не связанной с сердечнососудистой системой. Для изучения артериальной ангиоархитектоники и поперечных срезов ВА и их ветвей применялись анатомические, морфометрические, гистологические, рентгенологические методы исследования. Большинство препаратов изучено комплексно с использованием нескольких методик. Изучение ВА, а также обработка полученных данных и их сравнительный анализ проведены с использованием специальных и оригинальных компьютерных программ, на основе которых разработаны оптимальные морфоматематические модели венечных артерий и их ветвей (рис.1), а также соответствующие им графики изменения суммарного сечения (рис.2).

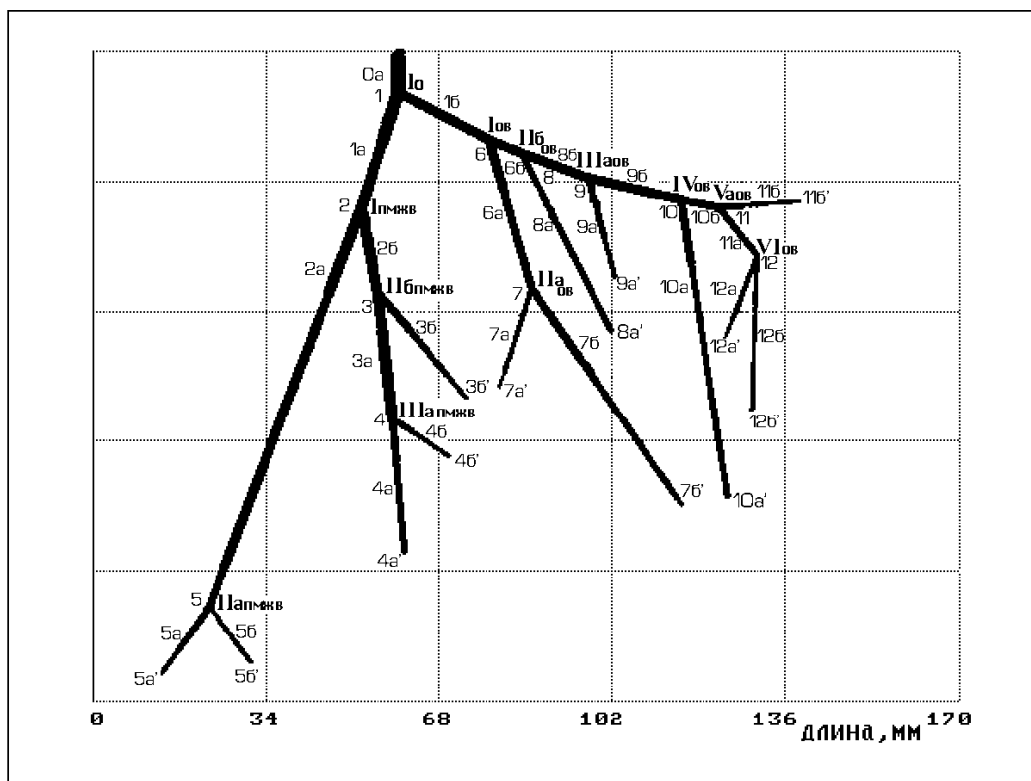


Рис. 1. Оптимальная морфо-математическая модель ЛВА и её ветвей у людей первого периода зрелого возраста при РВВВА.

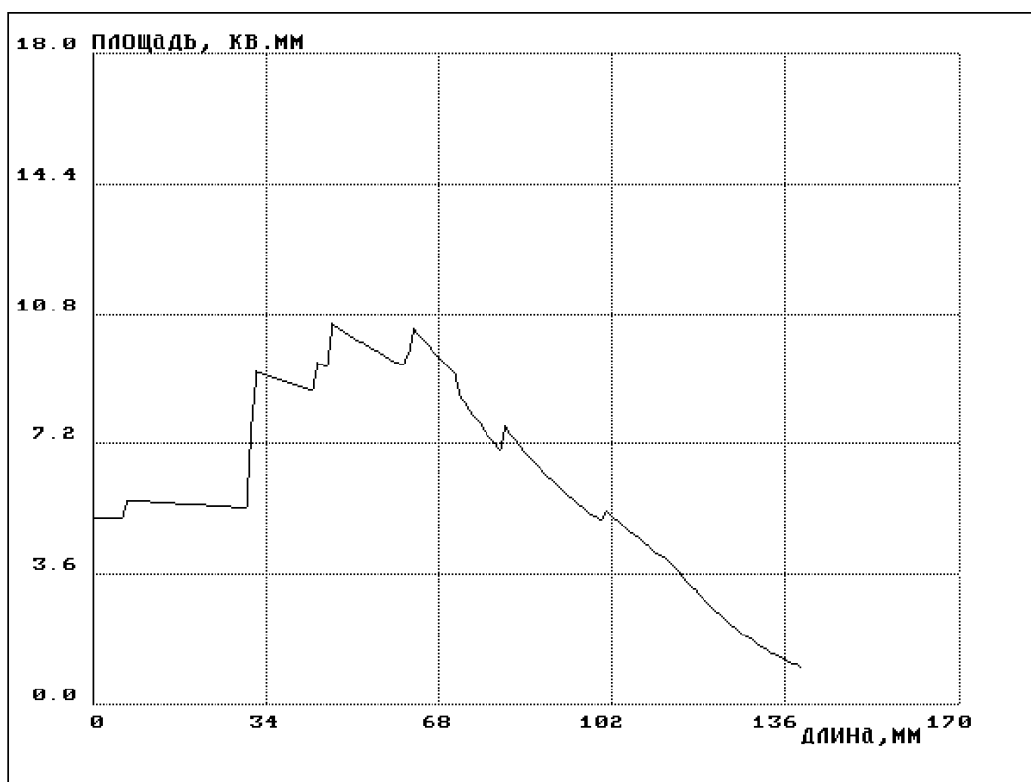


Рис. 2. Изменение суммарного просвета ЛВА и её ветвей на различных уровнях генераций при РВВВА у людей первого периода зрелого возраста.

### Результаты и их обсуждения

Анализ морфо-математической модели левой ВА (ЛВА) у людей первого периода зрелого возраста при левовенечном BBVA (ЛBBVA) показало первоначальное резкое увеличение суммарной площади сечения ( $\Sigma S_{сеч}$ ) её ветвей после первого уровня деления. В дальнейших разветвлениях ЛВА определяется снижение общего просвета «дочерних» ветвей, сопровождающееся некоторыми увеличениями их  $\Sigma S_{сеч}$  в различных отделах передней межжелудочковой борозды (ПМЖБ) и венечной борозды (ВБ), до погружения в миокард.

При изучении оптимальной модели правой ВА (РВА) при ЛBBVA и графика изменения суммарного сечения установлено, что изменение  $\Sigma S_{сеч}$  её основных ветвей происходит скачкообразно на всей территории их распространения, с преимущественной локализацией в начальной и средней третях правой половины ВБ и прилегающих участках передней и боковой стенок правого желудочка. Дальнейшее снижение  $\Sigma S_{сеч}$  исследуемых сосудистых разветвлений происходит равномерно до погружения в миокард.

Анализ морфо-математической модели ЛВА при правовенечном BBVA (ПBBVA) показал резкое увеличение  $\Sigma S_{сеч}$  её ветвей на первом уровне деления, после которого формируется передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) и огибающая ветвь (ОВ) ЛВА. На фоне дальнейшего уменьшения  $\Sigma S_{сеч}$  «дочерних» ветвей наблюдаются незначительные увеличения  $\Sigma S_{сеч}$ , соответствующие разветвлениям на различных поверхностях левого желудочка.

При изучении РВА при ПBBVA выявлено равномерное уменьшение  $\Sigma S_{сеч}$  её ветвей в начальной трети правой половины ВБ. В средней трети правой половины ВБ наблюдаются резкие увеличения  $\Sigma S_{сеч}$  исследуемых сосудов. На протяжении конечной трети правой половины ВБ и близлежащих участках правого и левого желудочков  $\Sigma S_{сеч}$  сосудов равномерно уменьшается до погружения в миокард.

На морфо-математической модели ЛВА и соответствующем графике изменения  $\Sigma S_{сеч}$  при равномерном BBVA (PBBVA) определяется первоначальное, различной степени выраженности увеличение  $\Sigma S_{сеч}$  её ветвей по мере удаления от начальных отделов к периферическим, с преимущественной локализацией на передней и боковой поверхностях левого желудочка. Последующие разветвления ОВ и ПМЖВ характеризуются снижением общего поперечного сечения сосудов на всей территории их распространения до проникновения в миокард.

При изучении морфо-математической модели РВА установлено, что после первого уровня деления в начальной трети правой половины ВБ суммарный просвет её производных несколько уменьшается. Однако, последующие деления РВА сопровождаются увеличением  $\Sigma S_{сеч}$  исследуемых сосудов, соответствующие разветвлениям преимущественно в средней и начальных отделах конечной третей правой половины ВБ. На протяжении оставшихся отделов правой половины ВБ и прилегающих участках правого желудочка суммарный просвет сосудов плавно уменьшается до их погружения в миокард.

Сравнительный анализ площади сечения основных ветвей ЛВА – ПМЖВ и ОВ максимально возрастает при ЛBBVA и ПBBVA после первого уровня деления ЛВА, менее выраженный подъем при PBBVA. Для всех BBVA характерно увеличение общего просвета сосудистых разветвлений на передней стенке левого желудочка и левой боковой поверхности сердца.  $\Sigma S_{сеч}$  ЛВА больше на всем протяжении ВА при ЛBBVA по сравнению с ПBBVA и PBBVA. В периферических отделах сердца отмечается плавное уменьшение суммарного сечения производных ЛВА при PBBVA и скачкообразное при ЛBBVA и PBBVA.

$\Sigma S_{сеч}$  ПВА и её ветвей при ПBBVA и PBBVA имеет общую тенденцию к уменьшению в начальной трети правой половины ВБ, однако, при ЛBBVA  $\Sigma S_{сеч}$  ПВА в данной области увеличивается. В средней трети правой половины ВБ отмечаются увеличения  $\Sigma S_{сеч}$  ПВА при всех BBVA. В конечной трети правой половины ВБ преимущественно уменьшение  $\Sigma S_{сеч}$  ПВА при всех BBVA, за исключением незначительного увеличения при PBBVA. При этом максимальны значения общего сечения ПВА при PBBVA, а минимальны при ЛBBVA на всей территории распространения её ветвей при всех изученных BBVA.

Сравнительное изучение суммарного сечения ВА и их производных при различных BBVA у людей первого периода зрелого возраста показало, что на всех изученных сердцах с ЛBBVA, ПBBVA и PBBVA общее сечение ветвей ЛВА превалирует над  $\Sigma S_{сеч}$  сосудистых бифуркаций ПВА, за исключением конечных отделов распространения исследуемых сосудов при PBBVA, где общая площадь сечения ПВА больше чем ЛВА. Наибольшая разница между суммарным сечением ЛВА ПВА выявлена на объектах с ЛBBVA. Уменьшение суммарного просвета ЛВА при всех BBVA происходит равномерно. При всех BBVA прослеживается общая тенденция к снижению  $\Sigma S_{сеч}$  разветвлений ВА по мере их удаления к периферическим отделам.

Анализ морфо-математической модели ЛВА при ЛBBVA у людей второго периода зрелого возраста показал первоначальное резкое увеличение  $\Sigma S_{сеч}$  её «дочерних» ветвей - ПМЖВ и ОВ. Увеличением суммарного просвета исследуемых сосудов сопровождаются сосудистые бифуркации, располагающиеся преимущественно в средних отделах ВБ и прилегающих участках левого желудочка. Последующие разветвления всех ветвей ЛВА характеризуются интенсивным снижением  $\Sigma S_{сеч}$  до погружения в миокард.

Анализ морфо-математической модели РВА при ЛBBVA показал, что суммарное сечение РВА при ЛBBVA имеет общую тенденцию к снижению на всей территории распространения её ветвей. Исключения составляют незначительные подъемы общего поперечного сечения в начальной трети правой половины ВБ, где образуется первый уровень деления РВА и формируются огибающая часть (ОЧ) РВА и передняя ветвь правого желудочка (ПВПЖ). Дальнейшее равномерное снижение  $\Sigma S_{сеч}$  РВА и её «дочерних» ветвей отмечается до начальных отделов средней трети ВБ, где отмечается резкое уменьшение суммарного сечения ОВ до погружения в миокард.

Анализ морфо-математической модели ЛВА у людей второго периода зрелого возраста при PBBVA показал общую тенденцию к уменьшению  $\Sigma S_{сеч}$  её ветвей по мере удаления от начальных до конечных отделов.

Изменение  $\Sigma S_{сеч.}$  ПВА при ПВВВА происходит неравномерно на всей территории распространения её ветвей. Некоторое уменьшение  $\Sigma S_{сеч.}$  в начальной и последующее увеличение в средней и конечной третях правой половины ВБ, отмечаются на всех соответствующих уровнях деления ПВА. Однако,  $\Sigma S_{сеч.}$  конечных ветвей ОЧ ПВА плавно уменьшается до погружения в миокард, за исключением незначительного увеличения их суммарного просвета, соответствующего последнему разветвлению ОЧ ПВА на задней поверхности левого желудочка.

При изучении морфо-математической модели ЛВА у людей второго периода зрелого возраста при РВВВА установлено первоначальное увеличение  $\Sigma S_{сеч.}$  её ветвей после первого уровня деления ЛВА. Однако, в последующем наблюдается выраженное уменьшение  $\Sigma S_{сеч.}$ , отмечающееся также на последующих уровнях деления в различных участках распространения исследуемых сосудов, до погружения в миокард.

Наиболее интенсивное снижение общего просвета «дочерних» ветвей ЛВА установлено после её разветвления на ПМЖВ и ОВ. Увеличением суммарного поперечного сечения изученных сосудов характеризуются генерации, располагающиеся преимущественно в средних отделах ПМЖВ и ВБ. Последующие деления ОВ и ПМЖВ сопровождаются преимущественным уменьшением  $\Sigma S_{сеч.}$  сосудов по мере их удаления к периферическим отделам, погружающимся в миокард.

В результате изучения морфо-математической модели ПВА при РВВВА установлено скачкообразное изменение  $\Sigma S_{сеч.}$ , её производных на всей территории распространения. В начальной трети правой половины ВБ и прилегающих участках передней стенки правого желудочка после первого уровня деления ПВА определяется некоторое увеличение  $\Sigma S_{сеч.}$ , соответствующее формированию ПВПЖ и ОЧ ПВА. Последующие разветвления ОЧ ПВА в средней и конечной третях правой половины ВБ характеризуются увеличением  $\Sigma S_{сеч.}$ , соответствующие последующим уровням деления ПВА. Дальнейшее снижение общего просвета сосудистых ветвлений происходит равномерно до проникновения их ветвей в миокард.

У людей второго периода зрелого возраста общее сечение основных производных ЛВА - ПМЖВ и ОВ максимально возрастает при ЛВВВА с последующим убыванием на препаратах с РВВВА и ПВВВА. Во всех отделах сердца общий просвет ЛВА преобладает при ЛВВВА. Для ЛВВВА, ПВВВА и РВВВА характерно увеличение суммарного поперечного сечения сосудистых разветвлений на передней и боковой поверхностях левого желудочка. Дальнейшее уменьшение общего сечения дочерних ветвей ЛВА более плавное при ПВВВА и интенсивное на объектах с РВВВА и ЛВВВА. Причем, в периферических отделах различия между показателями  $\Sigma S_{сеч.}$  сосудов при РВВВА и ЛВВВА незначительны.

Анализ  $\Sigma S_{сеч.}$  ПВА установил скачкообразный характер изменения общего просвета её ветвей практически во всех отделах правой половины ВБ и прилегающих участках правого желудочка при ПВВВА и РВВВА. Общее поперечное сечение ПВА максимально при ПВВВА, по сравнению с РВВВА и ЛВВВА.

Увеличение суммарного сечения ПВА при РВВВА и ЛВВВА выявлено после первого уровня деления ПВА, формирующего ПВПЖ и ОЧ ПВА в начальной трети правой половины ВБ. В средней трети правой половины ВБ при ПВВВА и РВВВА также отмечены увеличения  $\Sigma S_{сеч.}$  исследуемых сосудов, тогда как в средней и конечной третях правой половины ВБ при ЛВВВА отмечается резкое снижение общего сечения ПВА и её ветвей. При ПВВВА и РВВВА установлены увеличения  $\Sigma S_{сеч.}$  субэпикардиальных бифуркаций ПВА во всех отделах правой половины атриовентрикулярной борозды и прилегающих участках правого желудочка на различных уровнях генераций.

Сравнительный анализ общего просвета ВА и их производных при различных ВВВА во втором периоде зрелого возраста показал, что на большинстве изученных препаратов с ЛВВВА и РВВВА суммарное сечение ветвей ЛВА преобладает над  $\Sigma S_{сеч.}$  сосудистых бифуркаций ПВА. При ПВВВА и РВВВА  $\Sigma S_{сеч.}$  сосудистых ветвлений ЛВА превосходит  $\Sigma S_{сеч.}$  ветвей ПВА лишь в начальных и средних отделах, тогда как в конечных участках распространения исследуемых сосудов  $\Sigma S_{сеч.}$  ПВА преобладает над ЛВА. ПВВВА и РВВВА характеризуются скачкообразным увеличением общего просвета основных ветвей. На сердцах с ЛВВВА определяется резкое уменьшение суммарного сечения сосудистых бифуркаций ПВА, как в средней, так и в конечной третях правой половины ВБ и прилегающих участках правого желудочка. ПВВВА характеризуется скачкообразным уменьшением  $\Sigma S_{сеч.}$  основных ветвей ПВА, что видимо, связано с наличием максимального количества сосудистых разветвлений при данном ВВВА. Наиболее резко снижается суммарный просвет ЛВА при ЛВВВА и РВВВА, в меньшей степени этот процесс определяется при ПВВВА.

При всех изученных ВВВА после первого уровня деления ЛВА на ПМЖВ и ОВ отмечается всплеск их  $\Sigma S_{сеч.}$ , наиболее выраженный при ЛВВВА и РВВВА. Подобного резкого, интенсивного увеличения  $\Sigma S_{сеч.}$  ПВА на различных территориях распространения её ветвей, как правило, не отмечается. Последующее снижение общего сечения ВА и её ветвей характерно для всех ВВВА.

### Выводы

Таким образом, динамика изменения суммарного просвета изученных сосудов коррелирует с топографией ВА и их ветвей при различных ВВВА в изученных возрастных периодах постнатального онтогенеза, что нашло отражение в особенностях конструкции созданных морфоматематических моделей.

### Литература

1. Глотов В.А. Структурный анализ микрососудистых бифуркаций / Глотов В.А. - Смоленск, 1995.
2. Здравоохранение в России. Статистический сборник. Госкомстат России. / М.- 2001. 356 с.
3. Коробкеев А.А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / Коробкеев А.А., Соколов В.В. - Ставрополь, 2004.

4. Коробкеев А.А. Кровеносные сосуды сердца человека / Коробкеев А.А. –Ставрополь, 2001.
5. Соколов В.В. Сосуды сердца / Соколов В.В. - Ростов-на Дону, 1997.
6. Сердюк А.Н. / Морфология. 1996. Т.110, №5. С. 51–53.
7. Clock J. Les arteres de coeuvr. Rev. med. Toulouse. / J. Clock, C. Vaislic, G. Fournial. - 1982. - V.18. - №5. - P.173-184.
8. D'Agostino, R.B., Grundy S., Sullivan L.M., Wilson P. / JAMA. - 2001. V. 286. P. 180–187

### Реферат

#### АНАЛІЗ СУМАРНОГО ПРОСВІТУ ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЙ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ЇХ ГАЛУЖЕННЯ У ЛЮДЕЙ ПЕРШОГО І ДРУГОГО ПЕРІОДІВ ЗРІЛОГО ВІКУ

Долгашова М.А.

Ключові слова: агнцеві артерії, морфо математичні артерії, графіки сумарного розтину.

Комплексно досліджено субепікардіальне русло серця людей першого і другого періоду зрілого віку. З допомогою оригінальних і спеціальних програм на основі морфо функціональних показників розроблені морфоматематичні моделі і відповідні їм графіки сумарного розтину. Встановлені кореляції між основними структурно-функціональними показниками вінцевих артерій і їх гілок та їх топографією при різних варіантах галуження вінцевих артерій у вікових періодах, що вивчаються.

### Summary

#### ANALYSIS OF TOTAL LUMEN OF CORONARY ARTERIES IN THEIR VARIOUS BRANCHING IN ADULT PERSONS

Dolgashova M.A.

Key words: coronary artery, morphometric models, the schedule of change of total section.

Human subepicardial canal of adults of the first and second periods of mature age were comprehensively investigated. By the original special programs based on the morphological and functional parameters the morphometric models of total section and their corresponding graphs were developed. Correlations between the basic structural and functional indicators of coronal arteries, their branches and their topography were established in studied age periods.

УДК 616.716.4-003.93:615.916'175

Должкова К.П.

#### **ВПЛИВ СКВЕНДЖЕРУ ПЕРОКСИНІТРИТУ НА РЕПАРАТИВНУ РЕГЕНЕРАЦІЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ НА ТЛІ НАДМІРНОГО НАДХОДЖЕННЯ В ОРГАНІЗМ НІТРАТУ НАТРІЮ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Однією із поширених проблем сучасного світу є травматизм, як побутовий так і виробничий. Невогнепальні переломи нижньої щелепи складають від 85 до 90 % усіх переломів кісток лицевого скелету.

Оксид азоту є вільнорадикальною молекулою, яка має важливий вплив на функцію кісткової тканини. При надлишковій продукції NO він взаємодіє із супероксидним аніоном та утворює пероксинітрит ('ONOO'). Високі концентрації пероксинітриту мають токсичний вплив на організм, інгібують білки мітохондріального дихального ланцюга, що порушує кальцієвий гомеостаз внаслідок зниження продукції АТФ; також блокується синтез простагліну і підсилюється синтез тромбосану, а отже, порушується дія системи простаглінінсинтезу.

Нами встановлено, що за умов впливу сквенджеру пероксинітриту L-селенометіоніну на білковий склад кісткової тканини нижньої щелепи у динаміці репаративної регенерації за умов надмірного надходження в організм нітрату натрію спостерігається вірогідне зменшення рівню хондроїтинсульфатів, фукози, незв'язаної з білками, N-ацетилнейрамінової кислоти та гексуронової кислот у кістковій тканині нижньої щелепи на ранні строки репаративного остеогенезу (14-а доба після моделювання перелому) на 17,4%, 18,2%, 28,5% та 36,2% відповідно. Для гексуронової кислот було характерним також достовірне зменшення їх рівня на 43,7% і на більш пізні строки репаративного процесу (28-а доба після операції), на відміну від інших показників. Що може пояснюватися більшою дезорганізацією цього показника при дії надлишкової кількості NO і утворенні пероксинітриту в організмі.

УДК 611:57.008.5

Золотарева С.Н., Данилова М.М.

#### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭФФЕКТОВ МОДИФИКАЦИИ $\gamma$ - ОБЛУЧЕНИЯ**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Воронеж, Россия

Актуальность и новизна исследования. Применение источников ионизирующего облучения в различных областях науки и техники обусловило радиобиологический и общепромышленный интерес к проблеме обеспечения радиационной безопасности населения. Актуальным является изучение влияния на организм ионизирующего облучения в условиях эксперимента, с последующей экстраполяцией полученных результатов с биообъектов на



человека. Данные литературных источников свидетельствуют о непосредственном вовлечении органов желудочно-кишечного тракта, в физиологическую, а нередко и патологическую программу реакции организма в ответ на действие экстремальных факторов. Этот факт позволяет использовать морфофункциональное состояние слизистой оболочки тощей кишки (ТК), как одной из критических систем организма, в качестве тест-объекта, определяющего реактивность и резистентность организма при радиационном поражении. Наибольший интерес в сложившейся ситуации представляет поиск немедикаментозных источников частично или полностью устраняющих влияние ионизирующего облучения (ИО). С этой точки зрения, весьма перспективным является изучение морфофункциональных критериев слизистой оболочки ТК при моделировании ситуаций профессиональной деятельности, используя в качестве модификатора гипоксическую газовую среду (ГГС) естественных профессиональных условий. С одной стороны ее можно рассматривать как радиопротектор, в формировании адаптивного ответа организма за счет внутренних резервов, а с другой стороны реакция может проявляться в синергизме, основанном на механизмах тканевой оксигенации и адаптации к недостатку кислорода. При этом, наиболее достоверным представляется изучение модифицирующего эффекта измененной газовой среды в условиях ионизирующего облучения сразу по нескольким коррелирующим морфофункциональным показателям, прямо или косвенно отражающим состояние обменных процессов на уровне местного гомеостаза.

Цель исследования. Оценить эффективность радиомодификации гипоксической газовой смеси по морфологическим эквивалентам определяющим функциональное состояние слизистой оболочки тощей кишки.

Материалы и методы исследования. Объектом изучения являлись белые беспородные половозрелые крысы-самцы в возрасте 4 месяца в количестве 102. Животных распределили согласно режимам проведения работы и ее задач на 4 группы. Каждая группа имела четыре временных параметра удаленных от момента воздействия на 1,7; 5; 24; 72 часа. Таким образом, общее количество групп составило 13. Первую группу составили интактные животные (И). Во второй группе животных подвергали однократному воздействию общего  $\gamma$ -излучения в дозе 10Гр с мощностью 0,86Гр/мин на установке «Хизотрон» ( $\text{Co}^{60}$ , 1,25МэВ). Крыс третьей группы помещали в специальные камеры, представляющие собой полуоткрытые системы, в головной отсек которых подавалась ГГС (8%  $\text{O}_2$  и 92%  $\text{N}_2$ ). Время подачи газовой смеси 11мин 38с. Скорость продувки – 20 л/мин. Крыс четвертой группы подвергали комбинированному воздействию ИО и ГГС, при этом  $\gamma$ -облучение крыс проводили сразу после приращения ГГС.

Умерщвление экспериментальных и интактных групп животных проводили в зимний период в одно и то же время суток через 1,7; 5; 24; 72 часа после воздействия факторов.

Для морфологических исследований отдел тонкой кишки – тощую кишку фиксировали в растворе Беккера. После соответствующей проводки, на продольных срединных парафиновых срезах толщиной 6 мкм, окрашенных гематоксилином-эозином, изучали рельеф слизистой оболочки – высоту ворсинок (ВВ) и глубину крипт (ГК). Базальную мембрану (БМ) эпителиальной выстилки выявляли ШИК-реакцией на гликопротеины. Измерение высоты ворсинок, глубины крипт и толщины базальной мембраны проводили с помощью окуляр-микрометра. На криостатных срезах выявляли термолабильную фракцию щелочной фосфатазы (ЩФ) в исчерченной каемке эпителия и кислую фосфатазу (КФ) в энтероцитах. Для оценки активности ферментов использовали стереологическую методику точечного счета (Автандилов Г.Г., 1990).

Статистическую обработку результатов исследования проводили на ПЭВМ Pentium III-500, с помощью пакетов программ Excel 2003, Statistica 6.0, SPSS for Windows с использованием параметрических критериев.

Результаты исследования. При однократном  $\gamma$ -облучении наблюдалось снижение активности ЩФ спустя 1,7 часа ( $p<0,05$ ), сохранявшееся на протяжении всех сроков наблюдения, что свидетельствовало о замедлении транспортных процессов. Однако показатели КФ констатировали противоположную направленность внутриклеточного пищеварения. Высота ворсинок и глубина крипт слизистой снижались в динамике эксперимента ( $p<0,05$ ). Наблюдалось достоверное истончение базальной мембраны (Рис.1. 2.).

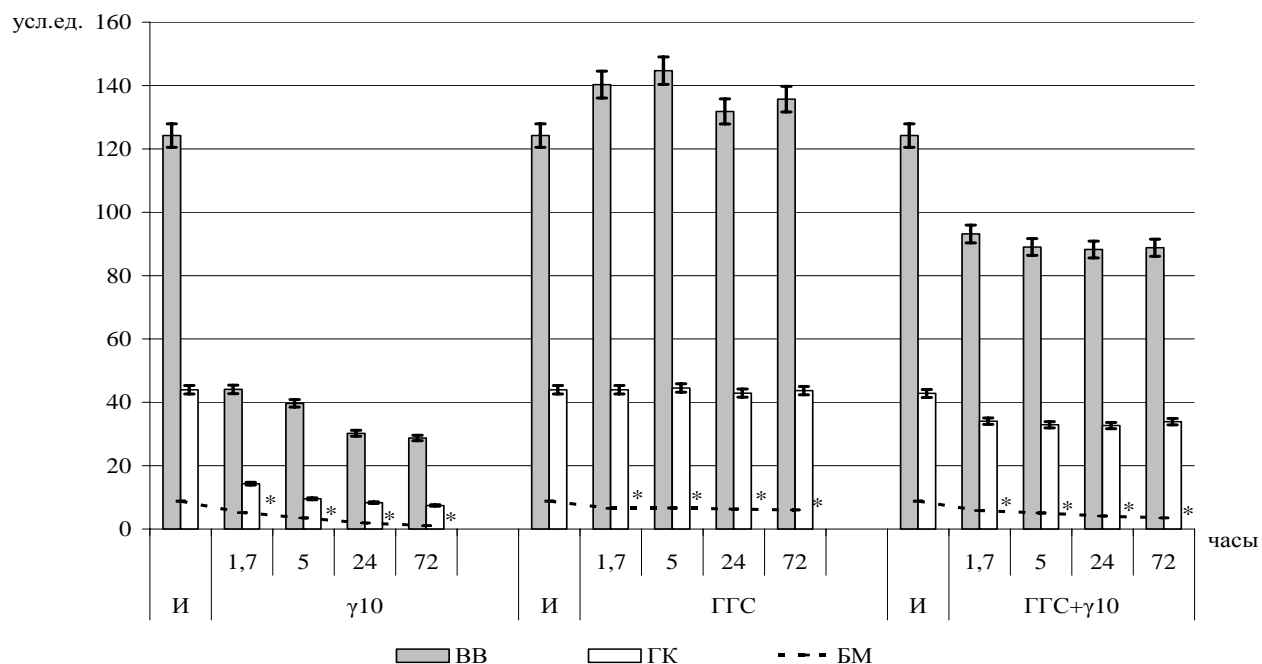


Рис. 1. Динамика морфологических показателей слизистой оболочки тощей кишки. \* $p < 0,05$  по отношению к интактной группе.

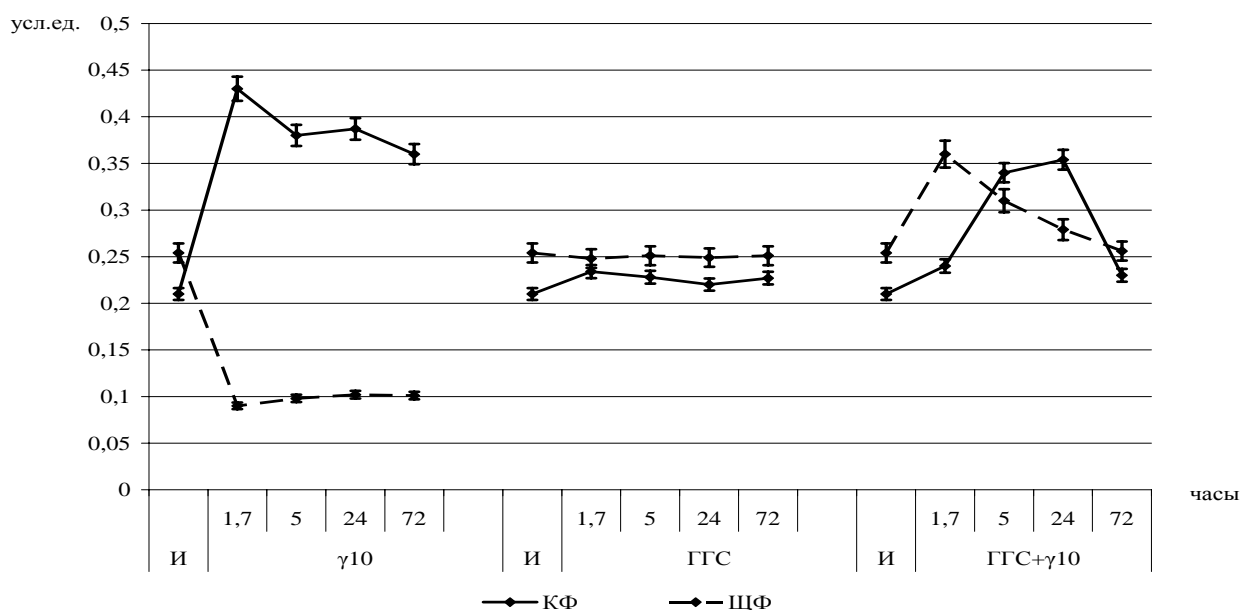


Рис. 2. Динамика гистохимических показателей слизистой оболочки тощей кишки.

После однократного применения ГГС активность ферментов слизистой оболочки мало отличалась от показателей интактной группы (Рис.2.). В рельефе слизистой оболочки тощей кишки наблюдалось достоверное увеличение высоты ворсинок, тогда как глубина крипт не показала достоверных изменений в сравнении с интактной группой. Базальная мембрана эпителиальной выстилки истончалась временной динамике эксперимента (Рис.1.). При комбинированном воздействии факторов активность ЩФ возрастала спустя 1,7 часа с наибольшей интенсивностью в исчерченной каемке эпителиальной выстилки слизистой оболочки ( $p < 0,05$ ) и затем снижалась до контрольных значений к 72 часа (Рис.2.). Активность КФ повышалась спустя 5 и 24 часа с момента воздействия факторов ( $p < 0,05$ ). Отмечалось снижение высоты ворсинок и глубины крипт, а также толщины базальной мембраны, по сравнению с интактными показателями ( $p < 0,05$ ) и незначительное их повышение по отношению к  $\gamma$ -облучению ( $p < 0,05$ ) (Рис.1.).

Вывод Комбинируемое применение  $\gamma$ -облучения и гипоксической газовой смеси носило радиопротективный характер, выражающийся в тенденции к восстановлению рельефа слизистой оболочки тощей кишки на фоне восстановления клеточного метаболизма.

УДК 577.27:616.97

Ізмайлова О.В., Шликова О.А., Боброва Н.О.

### ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНЕТИЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО ПОШИРЕНИХ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Toll-подібні рецептори – група клітинних рецепторів вродженого імунітету, які специфічно розпізнають різні мікроорганізми шляхом взаємодії з патогенасоційованими молекулярними паттернами.

Метою дослідження було вивчення ролі поліморфізму Toll-подібних рецепторів 2 (Arg753Gln) і 4 (Asp299Gly, Thr399Ile) у патогенезі поширених урогенітальних інфекцій (хламідіоз, уреоплазмоз, гарднереллез, мікоплазмоз, трихомоніаз).

У дослідження було включено 170 практично здорових чоловіків та жінок, жителів Полтавської області, у яких не виявлені збудники поширених урогенітальних інфекцій методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та 156 хворих із діагностованою методом ПЛР урогенітальною інфекцією (хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, гарднереллез, трихомоніаз, наявність декількох інфекцій). Матеріалом для дослідження був зішкріб епітеліальних клітин із уретри і цервікального каналу, який отримували за допомогою спеціальних одноразових стерильних урогенітальних зондів, а також периферична кров.

Поліморфізм досліджуваних генів рецепторів визначали за допомогою ПЛР із використанням специфічних олігонуклеотидних праймерів. Продукти ампліфікації інкубували із відповідною ендонуклеазою рестрикції. Продукти розщеплення поліморфних ділянок генів методом електрофорезу в 3% агарозному гелі. Гель забарвлювали етидіумом бромідом із подальшою візуалізацією результатів в УФ-світлі.

Отже, аналіз отриманих даних дозволяє висунути припущення про достовірну асоціацію між наявністю мутантних алелей генів TLR2 Arg753Gln та TLR4 Thr399Ile і підвищеним ризиком інфікування поширеними урогенітальними інфекціями.

УДК:6.11.41:611.013.085

Кацай В.В., Шенітько І.В., Стецук Є.В.

### ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІЛОЇ ПУЛЬПИ СЕЛЕЗІНКИ ЩУРА ТА ЛЮДИНИ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сьогоднішній день у науковців постала проблема використання матеріалу для проведення експериментальних досліджень, особливо при вивченні дії речовин на структурні компоненти органів та систем органів. Для цього більш доцільно було б використання тваринного матеріалу, а саме щурів.

Метою нашого експериментального дослідження було порівняти структурні компоненти селезінки щура та людини.

Робота була проведена на 10 статевозрілих щурах-самцях лінії «Вістар». Після евтаназії тварин, матеріал тканин селезінки заключали в парафін, напівтонкі зрізи забарвлювали гематоксилін – еозинном. Мікрофотографування здійснювали на цифровому мікроскопі фірми «Olympus» C 3040-ADU з адаптованими до відповідних досліджень програмами.

Селезінка щура розміщувалась в черевній порожнині мала довгасту форму. Маса становила -  $3,4 \pm 0,13$  г., розміри  $2,5 \times 0,6 \times 0,3$  см. При вивченні напівтонких зрізів нами було встановлено, що селезінка була вкрита сполучнотканинною капсулою, від якої всередину органа проростали перегородки – трабекули. Капсула та трабекули мали багато колагенових та еластичних волокон сполучної тканини, пучки гладкомязових клітин, які як відомо є опорно-скоротливим апаратом селезінки.

Паренхіма селезінки була представлена червоною та білою пульпою. Біла пульпа була утворена лімфоцитами, плазмocyтами, макрофагами, дендритними та інтердегітуючими клітинами, строюмою для яких утворювала ретикулярна тканина. Кулясті скупчення названих видів клітин мають назву лімфатичних вузликів (фолікулів, тільки Мальпігі) селезінки, діаметр яких в середньому становив  $0,10-0,12$  мм. Даний структурний компонент мав чотири зони: періартеріальну, мантіїну, крайову, а також світлий (реактивний, або гермінативний) центр. У їхньому складі містилися В-лімфобласти, типові макрофаги, дендритні та ретикулярні клітини.

Поява реактивних центрів у вузликах є реакцією на антигенну стимуляцію періартеріальна зона, яка була представлена скупченням Т-лімфоцитів навколо артерії лімфатичного вузлика, або так званої центральної артерії селезінки. Періартеріальна зона збагачена інтердегітуючими антигенпрезентуючими клітинами-макрофагами, здатними фіксувати на своїй поверхні комплекси антиген-антитіл з антигенами і спричиняти проліферацію та дозрівання Т-лімфоцитів. Періартеріальна зона лімфатичних вузлів. Темна мантійна зона була утворена з компактно розміщених малих В-лімфоцитів і незначної кількості Т-лімфоцитів, плазмocyдів, макрофагів. Крайова зона – місце переходу білої пульпи у червону-утворена Т і В-лімфоцитами, макрофагами й оточена синусоїдними гемокапілярами. Після дозрівання лімфоцитів відбувається їхній перехід зі світлого центру і пері артеріальної зо-

ни в мантийну та крайову зону з наступним виходом у кров'яне русло. Лімфатичні пері артеріальні піхви – це довгастої форми скупчення лімфоцитів, які у вигляді муфт охоплюють артерії білої плъпи і з одного боку продовжуються у лімфатичні вузлики селезінки. У центральній частині піхви, ближче до просвіту судин, концентруються В-лімфоцити і плазмоцити, на периферії Т-лімфоцити.

УДК: 635.371:578.622.1

Капун Н.В.

### ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ДІЇ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН РОДУ ARTEMISIA.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І.Мечникова АМН України», м. Харків

Протягом останніх років прогрес в лікуванні та профілактиці інфекційних захворювань обумовлено, в першу чергу, розробкою та впровадженням в медичну практику антибіотиків і сульфамідів. На цей час арсенал цих хіміо-терапевтичних засобів досить широкий і продовжує інтенсивно поповнюватись препаратами нових поколінь. Та слід відмітити, що надзвичайно виражена пластичність властивостей мікроорганізмів, а саме їх еволюційна здатність пристосовуватись до дії широкого кола протидіючих агентів за існуючих терапевтичних підступів до лікування інфекційних та гнійно-запальних захворювань призводить до формування та широкого розповсюдження стійких штамів патогенів. На цьому фоні відбувається переоцінка ролі антибіотиків в хіміотерапії, відроджується зацікавленість до антисептиків, насамперед антисептиків рослинного походження.

Досить перспективними в фармації та клініці є представники роду полину (*Artemisia* L.), що вегетують на території України. Найпоширеніші серед них види – полин звичайний (*Artemisia vulgaris* L.) та полин австрійський (*Artemisia Austriaca* Jacq.). Метою роботи стало вивчення протимікробної дії біологічно активних речовин, отриманих з вітчизняної лікарської рослинної сировини - трави полину звичайного та австрійського в порівнянні з офіційною сировиною – травою полину гіркого (*Artemisia absinthium*), означення перспективності їх для медицини, ветеринарії та фармації.

Препарати Aab1 - Aab4, Av8 - Av11, Aaus15 - Aaus18 для визначення антимікробної активності одержували на основі ліпофільних фракцій рослин, використовуючи хлороформні (Aab1, Aab2, Av8, Av9, Aaus15, Aaus16) та етилацетатні витяги (Aab3 Aab4, Av10, Av11, Aaus17, Aaus18) одержані методом рідинно-рідинного фракціонування у послідовному ряду з поступово наростаючою полярністю. Для визначення протимікробної дії отримано також і водні витяги з полину гіркого 1:20 Впг-20 та 1:50 – Впг-50, з полину звичайного 1:20 – Впз-20 та 1:50 – Впз-50, з полину австрійського 1:20 – Впа-20 та 1:50 – Впа-50. Модифіковані препарати Aab-M7, Av-M14 та Aaus-M21 конструювали за методом Комісаренко А.М., Кошового О.М. Протимікробну активність визначали методом дифузії в агар (метод «колодязів»). Для оцінки активності препаратів використовували тест-штами ( $10^2$  КУО/мл) відповідно до рекомендацій ВОЗ: *S. aureus* 25923, *E. coli* 25922, *P. aeruginosa* 27853, *B. subtilis* 6633, *P. vulgaris* 4636, *C. albicans* 885-663. Ступінь чутливості мікроорганізмів щодо досліджуваної речовини оцінювали за розміром зон затримки росту.

Отримані експериментальні демонструють, що ліпофільні фракції суттєво пригнічують, хоча і в різному ступені, ріст та накопичення використаних тест-штамів мікроорганізмів. Так, ліпофільні компоненти усіх трьох видів полину демонструють достатньо високу активність по відношенню до *S. aureus* 25923, *P. aeruginosa* 27853, *B. subtilis* 6633. Середню та порівнянно слабку активність ці фракції проявляють щодо *E. coli* 25922, *P. vulgaris* 4636, *C. albicans* 885-663. Водні витяги протимікробною дією не володіли. Модифіковані препарати полину по різному інгібували ріст тест-мікробів. Так, середню та слабку активність показали модифіковані препарати *Artemisia vulgaris*, *Artemisia austriaca* на відміну від виду *Artemisia absinthium*, який в використаних дозах взагалі не проявив.

Високою активністю стосовно *S. aureus* 25923 володіли етилацетатні фракції полину гіркого та австрійського (30 – 35 мм), дещо нижчою – хлороформні (25-30 мм). Водні витяги *Artemisia vulgaris* проявили значно слабшу протимікробну дію (12-13 мм). Модифікований препарат *Artemisia austriaca* виявився недостатньо активним (15 мм).

Стосовно *E. coli* 25922 ліпофільні фракції (хлороформні та етилацетатні витяги) полину проявили слабку активність (12-13 мм), ще слабкішу показали модифіковані препарати *Artemisia vulgaris* і *Artemisia austriaca* (10 мм).

Стосовно *Pseudomonas aeruginosa* 27853 – означено середню активність хлороформної фракції полину гіркого – до 21 мм, інші фракції – 16-19 мм, модифіковані препарати полину звичайного та австрійського затримували розвиток псевдо монад в діаметрі 15 мм.

Антибактеріальну активність препаратів по відношенню до *B. subtilis* 6633 наведено на рис. 4. Усі хлороформні та етилацетатні фракції володіли достатньо високою дією щодо *B. subtilis* 6633 (26-30 мм).

Стосовно *Proteus vulgaris* 4636 ліпофільні фракції (хлороформні та етилацетатні витяги) проявляють слабку активність (15-17 мм). Слабку активність показали модифіковані препарати *Artemisia vulgaris*, *Artemisia austriaca* (10 мм).

Поряд з антибактеріальною дією вивчалось і протигрибкову активність речовин, результати якої наведено на рис. 6. Помірну антифунгальну активність щодо *C. albicans* 885-663 проявили хлороформна фракція та модифікований препарат полину звичайного (22-24 мм) та австрійського (17 мм).

Таким чином, представники роду полину (*Artemisia* L.) володіють достатньо високою антибактеріальною дією щодо використаних тест-штамів мікроорганізмів. Хлороформні та етилацетатні витяги є досить перспективними для подальшого вивчення.

Біологічно-активні речовини ліпофільних структур рослин роду *Artemisia* перспективні для подальшого по-

глибленого вивчення і розробки на їх основі ефективних протимікробних та профілактичних засобів.

УДК: 615.28: 616. 155. 36

*Киричек Л.Т., Соколова И.И., Ананько С.Я., Миронченко С.И., Стороженко Е.В.*

### **СТЕПЕНЬ ДЕГРАНУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Тема: " Створення та дослідження нових лікарських засобів для лікування бронхо-легеневої патології у дітей різного віку", № держреєстрації 01084005246

Повсеместный рост числа заболеваний аллергической природы, регистрируемый мировой статистикой как у взрослых, так и у детей, привлекает к себе постоянное внимание специалистов – медиков [1]. Аллергические реакции могут стать патогенетической основой самых разных заболеваний, при этом они всегда возможны при респираторной патологии. Органы дыхания являются одной из наиболее частых локализаций аллергических процессов, а дыхательная система занимает одно из первых мест среди органов, отвечающих функциональными расстройствами на аллергическую перестройку организма [2]. Начало этих изменений можно наблюдать у детей, начиная с раннего возраста, где отчетливо проявляются как наследственные изменения, так и формирование аллергических признаков на фоне недостаточной зрелости нейро-гуморальной регуляции. В связи с этим при исследовании любых проблем бронхо-легочной патологии, особенно у детей, важное значение имеет изучение роли ее аллергического компонента, разработка рациональных подходов к созданию схем комплексной терапии, разработки рецептур новых комбинированных препаратов и оценка их противоаллергического эффекта. Решение этих задач во многом обеспечивается адекватным моделированием изучаемой патологии, позволяющим установить закономерности в развитии заболеваний, в процессе выздоровления и изыскания эффективных средств лечения [3].

Аллергические болезни как таковые встречаются только у человека, поэтому моделирование этих состояний у животных должно быть направлено не на все проявления к особенностям органолокализации, а на воспроизведение отдельных аллергических реакций, особенно таких, которые составляют патогенетическую основу различных аллергических проявлений [4].

Методические вопросы экспериментальной аллергии на современном этапе характеризуются интенсивным и разносторонним исследованием тканевых аллергических реакций. Это многочисленные гистаминовые пробы и так называемая клеточная анафилаксия, изучающая на фоне сенсибилизации состояние тучных клеток соединительной ткани, лейкоцитов и базофилов крови.

Учитывая все изложенное, целью нашего исследования было изучить возможности использования метода дегрануляции тучных клеток для оценки противоаллергического действия нового комбинированного препарата амкесол у животных разного возраста.

Тучные клетки (мастоциты, лаброциты) занимают одно из центральных мест в аллергической реакции. Это – клетки соединительной ткани позвоночных животных с метакроматической зернистостью протоплазмы, способные вырабатывать, сохранять и выделять биологически активные вещества, такие как гепарин, гистамин, серотонин, интерлейкины, нейтральные протеазы. При активации во время аллергической реакции тучные клетки рецепторным путем изменяют свою поверхность и освобождают содержимое гранул в окружающую ткань, т.е. происходит дегрануляция. Биологическая активность названных выше соединений проявляется их влиянием на другие клетки и ткани органов-мишеней, что вызывает внешние признаки гиперчувствительности [5]. Поэтому количество дегранулированных тучных клеток является показателем состояния сенсибилизации организма, на фоне которой проявляется и противоаллергическое действие лекарств [6].

#### **Материалы и методы исследования**

Амкесол (АКС), состоящий из амброксола, кетотифена, экстракта корня солодки и теобромину, изучался в виде сиропа (С-АКС) и порошка (П-АКС) соответственно методическим указаниям [7] на крысах разного возраста (1, 2, 3 месяца), которых сенсибилизировали подкожным введением лошадиной сыворотки и вакцины АКДС из расчета 1 мл/200г массы ежедневно на протяжении 7 дней. С 8 по 14 день крысам ежедневно вводили внутривентрикулярно С-АКС (0,9 мл/кг) или П-АКС (8 мг/кг). Препарат сравнения сироп кетотифена (С-КТФ) 0,5 мл/100г (0,02% водный р-р) и таблетки кетотифена (Т-КТФ) 0,1 мг/кг (0,001% взвесь в 3% крахмальной слизи) применялись в тех же условиях у отдельных групп животных. На 14 день крыс выводили из опыта в соответствии с требованиями общих правил биоэтики, руководствуясь положениями «Общих этических принципов экспериментов на животных» (Украина, 2001), «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986), а также Хельсинской декларацией, принятой Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (1964-2000 г.), Статусом Украинской ассоциации по биоэтике и нормам GLP, и готовили взвесь тучных клеток, для чего внутрибрюшинно им вводили 8 мл изотонического раствора натрия хлорида и после легкого массажа брюшной стенки через небольшой разрез собирали экссудат, который стекал с петель кишечника.



Реакцию дегрануляции тучных клеток изучали по методу Шварца путем микроскопии изготовленных и окрашенных 0,3% нейтральным красным (0,05 мл) препаратов из интактных животных, после сенсibilизации и после введения на ее фоне исследованных препаратов. В мазках подсчитывали 100 тучных клеток, в том числе дегранулированных (реакция на аллерген в виде расположения гранул по краю цитоплазмы).

Тесты считаются отрицательными, если процент клеток с такой реакцией не превышает 10. Кроме абсолютного числа интактных (гранулированных) и дегранулированных тучных клеток, рассчитывали их соотношение, процент, индекс дегрануляции (отношение количества дегранулированных клеток к общему числу анализированных клеток).

Количественный анализ функционального состояния тучных клеток дополнялся визуальными наблюдениями за состоянием животных (внешний вид, поведение, пищевая и питьевая активность) и определением массы тела в динамике (исходная, на 7 и 14 день опыта). Эксперимент выполнен на белых крысах линии Вистар разного пола 1-, 2- и 3-месячного возраста с исходной массой тела соответственно 30-50г, 60-70г, 75-80г. Животных каждой серии по 6 голов объединяли в 4 группы: интактный контроль (1), модель патологии – сенсibilизация (2), опытная с АКС (3) и группа сравнения с КТФ (4). С учетом двух лекарственных форм АКС (сироп и порошок) всего использовано 144 крысы.

Достоверность полученных данных оценивали с помощью современных статистических методов [8].

### Результаты и их обсуждения

Наблюдение за животными всех серий опытов показало, что на протяжении всего периода исследования общее состояние их сохранялось удовлетворительным, о чем свидетельствует сохранение их внешнего вида, поведения, нормальной пищевой и питьевой активности. При этом динамика массы тела отражает увеличение в пределах возрастной нормы, несколько менее выраженное у сенсibilизированных крыс (табл. 1).

Таблица 1.  
Прирост массы тела (г) в исследованных группах животных

Условия опыта	С-АКС			П-АКС		
	1 мес.	2 мес.	3 мес.	1 мес.	2 мес.	3 мес.
Контроль	19,3	40,0	30,0	18,7	22,0	25,0
Сенсibilизация	15,3	35,0	20,0	14,9	19,0	23,5
Сенсibilизация+АКС	17,1	40,0	33,0	17,3	23,3	29,0
Сенсibilизация+КТФ	19,5	40,0	35,0	16,1	22,5	32,4

Подсчет тучных клеток в брюшном экссудате крыс показал, что на фоне сенсibilизации у них резко уменьшается количество интактных тучных клеток (ИТК) и увеличивается число дегранулированных (ДТК) сравнительно с контролем ( $P < 0,05$ ). АКС восстанавливает исходное соотношение (ИТК > ДТК), но уровень последних сохраняется еще выше контроля (табл. 2). Еще более четко нормализующий эффект АКС проявляется при пересчете его в процентах, что подтверждается величиной индекса дегрануляции (ИД). Отмеченные изменения в состоянии ТК у сенсibilизированных крыс и под влиянием С-АКС свидетельствуют о наличии у препарата противоаллергических свойств, не уступающих препарату сравнения С-КТФ. Эффект АКС во всех возрастных группах животных был практически однозначным, указывая на отсутствие возрастной зависимости в пределах изученного возраста крыс. Аналогичные результаты были получены и в опытах с порошком амкесола (таблица 3), т.е. лекарственная форма тоже не оказывает существенного влияния на выраженность изученного действия амкесола. Во всех наблюдениях разрушение ТК превалировало над выраженностью проявленной метахромазии.

Таким образом, использованный в работе метод дегрануляции ТК на фоне классической сенсibilизации животных отражает морфометрическую перестройку количества интактных и дегранулированных ТК со значительным преобладанием последних. Такое нарушение исходного состояния ТК является патогенетической основой начального этапа аллергии без внешних проявлений, что свойственно детскому возрасту [9]. В условиях проведенных исследований у крыс разного возраста процессы дегрануляции ТК с выходом гранул в окружающую ткань превалируют над качественными изменениями типа метахромазии.

Исходя из однонаправленного характера влияния АКС относительно ТК в организме сенсibilизированных крыс разного возраста, препарат проявляет противоаллергическое действие, независимо от лекарственной формы. Установленный эффект играет важную патогенетическую роль при бронхо-легочной патологии, поскольку среди разных клеток, активируемых антителами и цитокинами, ТК принадлежит ключевая роль в реализации аллергической реакции. Вместе с базофилами они составляют 0,5% всех клеток бронхиальной слизи и благодаря большому количеству рецепторов взаимодействуют с разными медиаторами, в том числе и с гистаминовыми, и иммунными белками, которые обеспечивают в дальнейшем клинические проявления аллергии и гиперчувствительность бронхов [6]. В то же время в пределах 1-3 месяцев возраста у крыс и соответственно 4-14 лет у человека возрастная зависимость проявляется очень слабо: интегральные показатели (ИД, ИТК/ДТК) изменяются не существенно и колеблются в пределах величин одного порядка. Этот факт имеет практическое значение для клинической педиатрии.

Таблица 2.

Влияние сиропа амкесол на состояние тучных клеток у сенсibilизированных крыс разного возраста

Условия опыта	Возраст крыс											
	1 мес.				2 мес.				3 мес.			
	ИТК	ДТК	ИТК/ДТК	ИД	ИТК	ДТК	ИТК/ДТК	ИД	ИТК	ДТК	ИТК/ДТК	ИД
Контроль	75,8±4,4 <sup>*</sup>	0,7±0,08	108,3	0,08	79,8±0,4	3,0±1,4	26,6	0,04	88,2±5,8	2,5±1,0	35,3	0,03
Сенсибилизация	2,3±1,2 <sup>*</sup>	86,8±3,5 <sup>*</sup>	0,03 <sup>*</sup>	0,97 <sup>*</sup>	6,5±2,4 <sup>*</sup>	88,0±4,7 <sup>*</sup>	0,07 <sup>*</sup>	0,92 <sup>*</sup>	6,0±2,6 <sup>*</sup>	92,1±5,0 <sup>*</sup>	0,07 <sup>*</sup>	0,94 <sup>*</sup>
Сенсибилизация +С-АКС	63,3±1,2 <sup>**</sup>	9,8±0,7 <sup>**</sup>	6,5 <sup>**</sup>	0,04 <sup>**</sup>	68,2±2,1 <sup>**</sup>	9,3±1,6 <sup>**</sup>	7,3 <sup>**</sup>	0,07 <sup>*</sup>	64,7±3,7 <sup>**</sup>	8,7±1,4 <sup>**</sup>	7,5 <sup>**</sup>	0,09 <sup>**</sup>
Сенсибилизация +С-КТФ	60,3±6,8 <sup>**</sup>	10,2±1,5 <sup>**</sup>	5,9 <sup>**</sup>	0,06 <sup>**</sup>	62,5±2,4 <sup>**</sup>	13,0±1,4 <sup>**</sup>	14,8 <sup>**</sup>	0,08 <sup>**</sup>	60,5±1,0 <sup>**</sup>	10,0±1,4 <sup>**</sup>	6,3 <sup>**</sup>	0,10 <sup>**</sup>

Примечание: \* -  $P < 0,05$  сравнительно с контролем

\*\*\* -  $P < 0,05$  сравнительно с сенсibilизацией

Таблица 3.

Влияние порошка амкесола на состояние тучных клеток у сенсibilизированных крыс разного возраста

Условия опыта	Возраст крыс											
	1 мес.				2 мес.				3 мес.			
	ИТК	ДТК	ИТК/ДТК	ИД	ИТК	ДТК	ИТК/ДТК	ИД	ИТК	ДТК	ИТК/ДТК	ИД
Контроль	79,5±5,1	0,8±0,08	99,4	0,01	87,8±4,7	1,2±1,0	51,7	0,01	94,7±8,2	1,2±0,03	78,9	0,01
Сенсибилизация	8,3±1,4	73,2±5,3	0,1	0,90	7,0±2,6	81,5±3,4	0,09	0,92	3,8±1,5	91,0±4,7	0,04	0,96
Сенсибилизация +П-АКС	68,8±3,7	8,7±1,0	7,6	0,12	71,7±3,9	8,5±1,0	8,4	0,11	67,0±4,1	7,8±1,5	8,6	0,1
Сенсибилизация +П-КТФ	60,3±1,5	10,2±1,5	5,9	0,14	76,5±4,0	9,0±1,4	8,5	0,17	60,5±4,1	10,0±1,4	6,1	0,14

Примечание: см. к табл. 2

### **Выводы**

1. Дегрануляция тучных клеток на фоне классической сенсibilизации является показательным методом для выявления противоаллергического действия лекарственных средств.
2. Амкесол в виде сиропа (0,9 мл/кг) и порошка (8 мг/кг) проявляет противоаллергическое действие, предупреждая дегрануляцию тучных клеток у сенсibilизированных крыс, не уступая эффекту кетотифена.
3. Противоаллергическое действие амкесола не зависит от примененной лекарственной формы (сироп, порошок) и возраста животных (1-3 месяца).

### **Литература**

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», М., 2006, С. 57-63.
2. Середа Е.В. Роль аллергического компонента в механизме бронхо-легочной обструкции при хронических бронхо-легочных заболеваниях у детей / Середа Е.В., Лукина О.Ф., Катасонова Л.К., Платонова М.М. // Сб. резюме 11 Нац. конгресса по болезням органов дыхания, М., 2001, т. II, С. 318.
3. Доклінічні дослідження лікарських засобів. Методичні рекомендації / За редакцією О.В. Стефанова. – Київ «Авіцена», 2001, - 528 с.
4. Моделирование заболеваний / Под редакцией С.В. Андреева. – М.: Медицина, 1973. – С. 14-35.
5. Тучные клетки / БМЭ, 1989. – С. 1415-1421.
6. Арташанян О.С. Система тучных клеток при действии на организм экстремальных факторов /автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. биол. н. / О.С. Арташанян. – Екатеринбург, 2006. – 21 с.
7. Алексеева О.Г. Непрямой тест Шелли и реакция дегрануляции тучных клеток по Шварцу (РДТК) / О.Г. Алексеева, Л.А. Дуева // Аллергия к промышленным химическим соединениям. М.: Медицина, 1978. – С. 235-240.
8. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц // перевод с англ. М.: Практика, 1998. – 459 с.
9. Зеленский А.Ф. К вопросу об аллергии в респираторной патологии у детей раннего возраста / А.Ф. Зеленский, О.Л. Переладова // Аллергия в патологии детства, М.: Медицина, 1969. – С. 78-81.

УДК 611-018.5:616-018:54:616.36:591.4:616.36-002:615.838/849

**Кисельова Т.М., Шановалова О.Ю., Пушкар М.С., Соловйова Л.О., Тереховська О. І., Харковенко Р. В.**

### **ЗАКОНОМІРНОСТІ ЗВ'ЯЗУВАННЯ ЛЕКТИНА АРАХІСА (PNA) СТРУКТУРАМИ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ АУТОІМУННИМ ГЕПАТИТОМ ТА ПРИ ДІЇ ВОДНИМИ ТА РАДОНОВИМИ ВАННАМИ.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кримський Національний медичний університет ім. Георгієвського М.І.,

*При определении PNA-положительных соединений выявлены до этого неизвестные периоды преобразования структурных компонентов печени крыс в норме, при АИГ, а также АИГ после двух курсов водных и радоновых ванн: обнаруженные изменения гликоконъюгатов на поверхности и в цитоплазме клеток паренхимы и стромы печени под воздействием патологического процесса – гепатита и гепатита в условиях воздействия на организм радоновых процедур - отображают определенную последовательность включения разных механизмов патоморфогенеза и адаптации.*

**Ключевые слова:** гликополимеры, гликоконъюгаты, лектин арахиса (PNA), бензидиновая метка, аутоиммунный гепатит (АИГ), структуры долек и триад, радон.

Найсучаснішим методом вивчення глікополімерів, якими є глікопротеїни та гліколіпіди в клітинах і тканинних екстрацелюлярних структурах, зокрема в процесі морфогенезу, патогенезу захворювань і канцерогенезу, стала лектиногістохімія (Волошин Н.А., 2004, 2005). Глікополімерні сполуки складають структурну і функціональну основу клітин і тканин, входять до складу плазматичних мембран, глікокаліксу, цитоплазматичних включень, сполучнотканинних волокон і аморфної речовини. Вони фактично є сигнальними і рецепторними молекулами.

Лектин (Lectin) – представник групи білків, що має здатність специфічно сполучатись з розгалуженими вуглеводними молекулами глікопротеїнів і гліколіпідів. Існують чисельні ендегенні лектини. Синтез і послідовність появи глікокон'югатів на поверхні клітин генетично детерміновані, отже й змінюються в умовах патологічних процесів (Ponder B.A., 2005; Чемоданова О.І., 2003; Ушаков А.В., 2005; Чайковський Ю.Б., 2006; Brooks S.A., 2000), - так само, як детерміновані синтез і послідовність включення в плазмолему (або вихід з неї) ендегенних лектинів. Існування в організмі в онтогенезі розпізнавання й зв'язування таких глікополімерів ендегенними лектинами, що має назву «лектин-рецепторні взаємодії», може запустити лектинозалежні регуляції клітинних функцій і клітинні взаємодії, що обумовлюють диференціювання, адаптацію тканин. В наукових морфологічних дослідженнях використовуються численні екзогенні лектини, які отримують переважно з насіння різних рослин. Лектини застосовуються в якості селективних та чутливих зондів, що дозволяють вивчати розподілення вуглевод утримуючих молекул - глікокон'югатів – у тканинних та клітинних структурах (Луцик А. Д. та ін., 1989; Franceschini V. та ін., 1994)

В основі властивості лектинів вибірково зв'язуватись з окремими типами клітин, а у ряді випадків із окремими субпопуляціями у складі нерозпізнаних за іншими морфо- і гістогенетичними ознаками клітинних елементів, лежить їхня властивість проявляти максимальну спорідненість до олігосахаридів строго визначеної структури.

Зважаючи на вплив додаткових факторів зв'язування – характеру глікозидних зв'язків, просторової конфігурації олігосахаридного ланцюга, зарядів кінцевого вуглеводного залишка глікокон'югата і активного центру лектина, відсутності стереохімічних перешкод для взаємодії лектина з його рецепторами, авідність лектина до відповідного вуглеводмісного біополімера обумовлює взаємодію того чи іншого лектина з глікокон'югатами строго відповідного різновиду клітин [Луцик М.Д. та ін., 1981].

Лектинна гістохімія, як високоселективний метод, дозволяє оцінювати зміни складу і властивостей глікокон'югатів клітин і тканин в залежності від характеру і прояву патологічного процесу, а також ідентифікувати і визначати локалізацію окремих вуглеводних детермінант.

АІГ – прогресуючий гепатоцелюлярний процес невідомої етіології, що характеризується перипортальним чи з переходом на паренхіму запальним процесом, наявністю гіпермагглобулінемії та тканинних печінково-асоційованих аутоантитіл. До найбільш частих причин неінфекційного характеру, що викликають хронічні гепатити, відносять дію токсинів, алкоголю, глибокі порушення обміну речовин, аутоімунні зміни. (Хазанов А. І., 2002). Ключова роль в патогенезі АІГ належить дефекту імунорегуляції, що проявляється у втраті толерантності до власних антигенів. Під впливом факторів це веде до появи «заборонених» клонів лімфоцитів, сенсibilізованих до аутоантигенів печінки та викликаючих пошкодження гепатоцитів. Серед наслідків порушення імунорегуляції, безпосередньо здійснюючих деструкцію тканин печінки, найбільш вірогідним є домінуюче значення Т – клітинної цитотоксичності (Czaja A. J., 2002; Czaja A. J., Carpenter H. A., 2004).

З вивчених літературних джерел відомі результати визначення закономірностей перерозподілу глікопротеїдних рецепторів клітин при раку шлунка (Бутаєв А. В., Волошин Н. А., 2001), карциномі молочної залози (Пашенко С. Н., 2000), первинному гіперпаратирозі (Джура та співав., 2006), при внутрішньоутробній антигенній стимуляції (Поправко М. І., 2002), але дослідження гістотопографії рецепторів лектинів у здоровій печінці щурів, в разі аутоімунного гепатиту і після проведення курсу радонових процедур фактично відсутні. Радоновим ваннам віддали перевагу перед існуючими в світі методами лікування АІГ, як фактору, що забезпечує формування стану неспецифічної довготривалої адаптації резистентного типу з абсолютним домінуванням клітинного імунітету (Соловйова Л.О. та ін., 2005), якою, як відомо, регулюється і підтримується структурний гомеостаз в організмі.

### Матеріали і методи

На лабораторних білих нелінійних щурах здійснено моделювання аутоімунного гепатиту шляхом підшкірного введення, за певною схемою, печінкового антигену з неповним ад'ювантом Фрейнда. Через певні терміни від моделювання двічі проводили курси водних і радонових ванн за курортними рекомендаціями. Вивчали різні морфофункціональні маркери прогресування АІГ, а також прояви спонтанної і корегованої регенерації. До гістологічних методів долучали лектиногістохімію з використанням лектину арахіса (PNA). Матеріал фіксували 10% нейтральним формаліном і заливали в парафін. Оглядові препарати фарбували гематоксилін - еозином. Парафінові зрізи накладали на адгезивні скельця, вкриті полі лізіном («Menzel - Glasser», Німеччина). Серійні зрізи після депарафінізації занурювали в 96° етанол, а потім для інактивації ендогенної пероксидази здійснювали 20 – хвилинну інкубацію в метанолі з 0,3% вмістом перекису водню. Препарати обробляли з використанням стандартних наборів «Лектинотест» у розведенні 1:50 за рекомендованою методикою (Луцик О. Д., Детюк Е. С., Луцик М. Д., 1989). Враховували забарвлення від світло – бежевого до темно – коричневого. Інтенсивність оцінювали в балах: 0 – відсутність забарвлення; 1 – дуже слабе; 2 - слабе; 3 - помірне; 4 – сильне. В даному повідомленні представлені результати вивчення гістотопографії і кількості рецепторів лектину PNA, в клітинах печінки, клітинах Купфера, в ендотелії синусоїдних гемокапілярів часточок і судин в триадах, в останніх також в епітеліоцитах жовчних проток, клітинах і волокнах сполучнотканинної строми печінки щурів усіх серій експерименту.

### Результати та їх обговорення

У досліджених структурних компонентах печінки крис контрольної групи глікополімери з кінцевими нередукуючими залишками бета-D-галактози, які є рецепторами лектина арахіса, наявні в дуже малих кількостях лише в ендотелії центральних вен і ворітних вен триад і епітелії жовчних проток триад (табл. 1-К). Гепатоцити, клітини Купфера, ендотелії синусоїдних гемокапілярів і печінкових артерій триад не мають таких біополімерів.

Повторні водні ванни не відбиваються на гістотопографії і кількості таких сполук в печінці крис (табл. 1-К).

Два курси радонових ванн призводять до збільшення кількості місць зв'язування лектина арахіса в клітинах Купфера і в ендотелії артерій триад (табл. 1).

На ранніх етапах розвитку гепатиту в перші два місяці експеримента PNA-позитивні біополімери з'явилися в явних кількостях на цитолемі гепатоцитів, в клітинах Купфера, в ендотелії синусоїдних гемокапілярів часточок і в епітелії жовчних проток триад (табл. 1).

Таблиця 1.

Кількісний склад рецепторів лектина арахісу (PNA) в структурах печінки щурів з гепатитом і після першого та другого курсів водних ванних процедур.\*

Назва Структур	Кінець першого Місяця		Кінець другого місяця після першого курсу		Кінець четвертого мі- сяця	Кінець п'ятого місяця після другого курсу	
			АІГ Г	Водні ванни К Г		АІГ Г	Водні ванни К Г
Гепатоцити	К	Г			К	Г	
Цитолема	0	2	2	0 2	0	3	0 3
Цитоплазма	0	1	1	0 1	0	2	0 3
Клітини Купфера	0	2	2	0 2	0	3	0 4
Ендотелій синусоїдних гемокапілярів	0	2	2	0 2	0	3	0 4
Ендотелій центральних вен	1	1	1	1 1	1	2	1 3
Ендотелій печінкових ар- терій триад	0	1	1	0 1	0	3	0 3
Ендотелій ворітних вен	1	1	1	1 1	1	3	1 3
Епітелій жовчних проток	1	2	2	1 2	1	3	1 4

Багато таких макромолекул в клітинах рихлої сполучної тканини строми. Усі інші вивчені структури, у тому числі і стромальні волокна, мають сліди бензидинової мітки.

До кінця четвертого місяця експеримента спостерігається подальше дискретне наростання експресії бета-D-галактокон'югатів в гепатоцитах, клітинах Купфера, ендотелії всіх судин і епітеліоцитах жовчних проток триад (рис. 1).

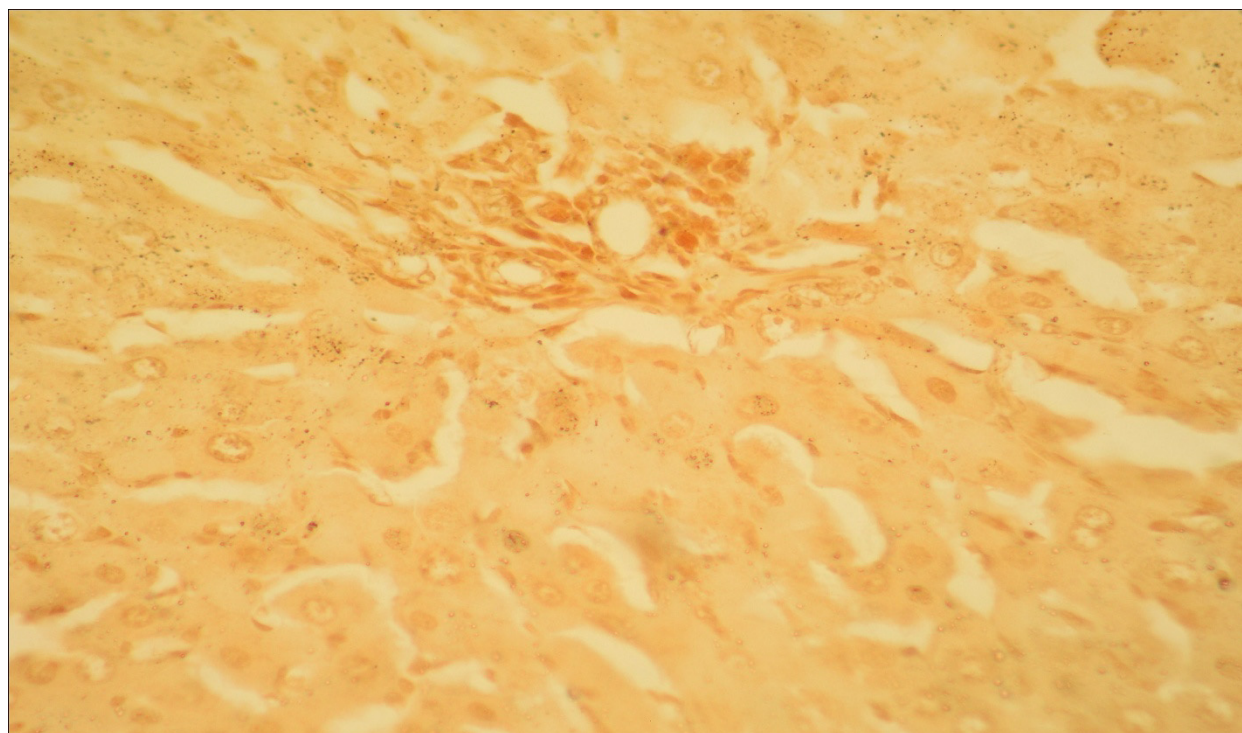


Рис. 1. Зріз печінки щурів з гепатитом до кінця четвертого місяця експерименту. Оброблення кон'югатом лектина арахісу з пероксидазою хрину. Прояв в системі діамінобензидин -  $H_2O_2$ . Збільшення: об.40, ок. 10. (пояснення в тексті).

В кінці п'ятого місяця дуже багато рецепторів лектина арахісу експресуються в клітинах Купфера, ендотелії синусоїдних гемокапілярів часточок і в епітелії жовчних проток триад (див. табл. 1). Гепатоцити також накопичують багато PNA-позитивних макромолекул. Клітини рихлої сполучної тканини портальних ділянок і навколо часточок мають дуже яру бензидинову мітку. Колагенові волокна слабо контрастуються.

Обидва курси водних ванних процедур не торкаються патологічного процесу і не впливають на гістотопографію і кількість рецепторів лектина арахісу в структурах печінки (табл.1).



Перший курс радонових ван при гепатиті зразу і через два місяці знижує експресію рецепторів лектина арахіса структурами печінки (табл. 2) у порівнянні з такою при гепатиті без радонових ванних процедур (табл. 1). Кількість бета-D-галактокон'югатів менша на цитолемі гепатоцитів, в ендотелії синусоїдних гемокапілярів часточок і в клітинах сполучної тканини, строми яка розрослася.

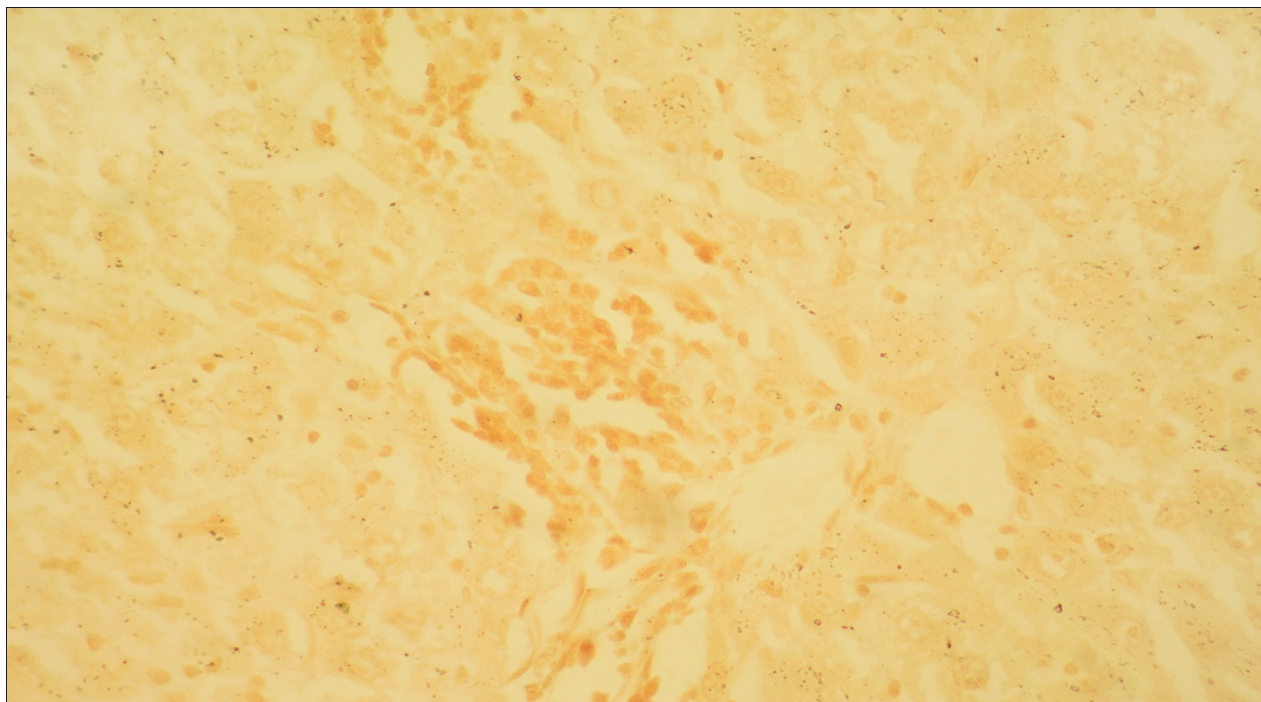
Другий курс радонових ван при гепатиті до кінця п'ятого місяця впливає на експресію глікополімерів з вуглеводною детермінантою бета-D-галактози у порівнянні з розвитком гепатита без радонових ван. Гепатоцити знижують вміст бета-D-галактокон'югатів до дуже малої кількості, що наближається до контролю (рис. 2). Також цих біополімерів мало в ендотелії синусоїдних гемокапілярів часточок. Трішки більше їх в клітинах Купфера, ендотелії судин і епітеліоцитах жовчних проток триад. Клітини строми бідніють на рецептори лектина арахіса. Кологенові волокна стають ареактивними.

Ми не можемо порівняти з нашими результатами наслідки лікування людей, хворих на АІГ. Проте доречно послатися на зауваження авторів (Никитин І. Г., Сторожаков Г.І., 2006) стосовно існуючого терапевтичного статусу лікарів, їх шкодувань та очікувань щодо ефективності фармакологічних методів лікування і профілактики у випадках АІГ. Більш того, в клінічних повідомленнях не йдеться про зондування лектинами стану печінкових структур при загостренні чи при досягнутій ремісії АІГ. Але йдеться про сумні відсотки вірогідних рецидивів та повернення до початкового клінічного стану після припинення лікування (глюкокортикоїди в режимі монотерапії чи з азотіоприном). Висловлюються сподівання на можливий прогрес у пошуках зовсім нових терапевтичних підходів стосовно АІГ.

Таблиця 2.  
Кількісний склад рецепторів лектина арахісу (PNA) в структурах печінки крис з гепатитом і після першого та другого курсів радонових ванн.\*

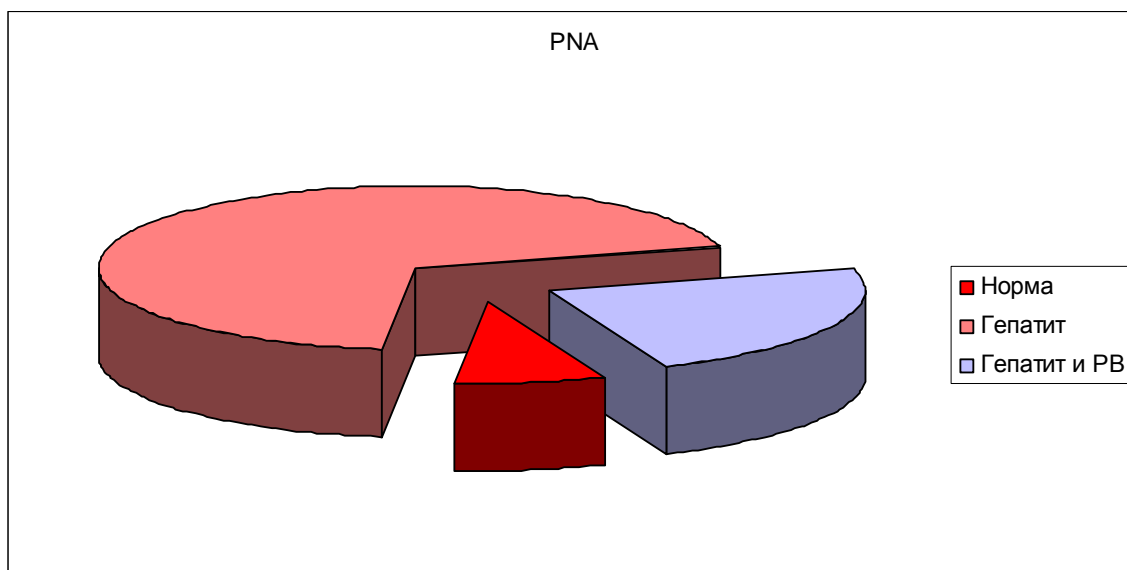
Назва структур	Кінець Першого Місяця		Кінець другого місяця після першого курсу радонових ванн		Кінець четвертого місяця		Кінець п'ятого місяця після другого курсу радонових ванн	
	К	Г	К	Г	К	Г	АІГ Г	радонові ванни К Г
Гепатоцити								
Цитолема	0	2	0	2	0	2	3	0 1
Цитоплазма	0	1	0	2	0	2	3	0 1
Клітини Купфера	0	2	0	3	0	3	4	1 2
Ендотелій синусоїдних гемокапілярів	0	2	0	2	0	2	4	1 1
Ендотелій центральних вен	1	1	1	2	1	2	3	1 2
Ендотелій печінкових артерій триад	0	1	0	3	0	3	3	1 2
Ендотелій ворітних вен	0	1	1	3	1	3	3	1 2
Епітелій жовчних проток триад		2		3		3	4	2

Наші лектинові зондування структур печінки в динаміці розвитку АІГ і в спробах вплинути на процес шляхом позитивної загальноадаптогенної дії курсу радонових ванн, разом з класичними гістологічними, електронномікроскопічними і морфометричними *verte* даними, показують вірогідність довести з часом, що АІГ знаходиться саме серед тих нових терапевтичних підходів з ефективним результатом. Безумовно, існує потреба додаткового вивчення стану печінки у більш віддалені від закінчення дії радону терміни.



*Рис. 2. Зріз печінки щурів з гепатитом до кінця п'ятого місяця експерименту після другої порції радонових ван. Оброблення кон'югатом лектина арахіса з пероксидазою хрину. Прояв в системі діамінобензидин -  $H_2O_2$ . Збільшення: об.40, ок. 10. (пояснення в тексті).*

Далі на діаграмі (рис. 3) даються загальні співвідношення вмісту рецепторів при гепатиті та корекції радоновими ваннами.



*Рис. 3. Вміст рецепторів лектина арахіса в цитоплазмі гепатоцитів печінки крис контрольної групи, при гепатиті і після двох курсів радонових ван.*

### Перспективні дослідження

Це подальше використання лектиногістохімічних, електронномікроскопічних та гістоморфометричних методів на базі проведених експериментів. Вивчення більш віддалених змін у печінці щурів з АІГ після закінчення курсів радонотерапії.

### Висновки

1. Структурні компоненти здорової печінки щурів контрольної групи бідні бета-D-галактокон'югатами, які є рецепторами лектина арахіса. Всі клітинні елементи часточок, за виключенням ендотелія центральних вен, не мають таких біополімерів.

2. При гепатиті до кінця п'ятого місяця в структурах печінки статистично достовірно експресується велика кількість біополімерів з вуглеводною детермінантою бета-D-галактози (рис. 3). Особливо багато їх в клітинах Купфера, ендотелії синусоїдних гемокапілярів часточок, в епітелії жовчних проток триад і в клітинах пухкої сполучної тканини порталних ділянок і навколо часточок.

3. Два курси радонових ванн статистично достовірно нормалізують експресію бета-D-галактокон'югатів (див. рис. 3). Їх кількість знижується у порівнянні з гепатитом тих же періодів експерименту без ванн і наближується до нормального вмісту в контрольній групі.

### Література

1. Бутаев А. В., Волошин Н.А. Определение рецепторов к лектину завязи пшеницы (WGA) в опухоли у больных раком желудка // Матер. X з'їзду онкологів України. – 2001.-С. 34.
2. Волошин Н.А., Григорьева Е.А., Довбыш М.А. Использование методов лектиновой гистохимии в морфологии // Таврический медико-биологический вестник. - 2004. - Т.7. - № 4. - С.40-41.
3. Волошин Н.А., Григорьева Е.А. Лектины животного и растительного происхождения: роль в процессах морфогенеза // Теоретична медицина. - 2005. – Т. I. - №2. - С. 223-237.
4. Джуря О.Р., Яценко А. М., Хомяк В.В. Цитотопографія рецепторів лектинів прищитоподібних залоз за умов норми та розвитку первинного гіперпаратиріодизму // Вісник морфології.-2006. 12/2-С. 151-154.
5. Луцик А.Д., Детюк Е.С., Луцик М.Д. Лектины в гистохимии. - Львов: Вища школа, 1989. - 144 с. раннем постнатальном периоде в норме и после внутриутробной антигенной стимуляции // Актуальні питання морфології: Наукові праці III національного конгресу АГЕТ України. – Київ, 2002.-С.242-243.
6. Никитин И. Г., Сторожаков Г. И. Современные аспекты терапии аутоиммунного гепатита // ж. Фарматека. Современная фармакотерапия для врачей. 2006.-№1 (116). Гастроэнтерология, Гепатология.-С. 6-13.
7. Пашенко С. Н. Определение рецепторов к лектинам чечевицы в опухоли у больных карциномой молочной железы // Таврический медико-биологический вестник. - 2000.-Т. 4, № 3-4.-С. 125-129.
8. Поправко М. И., Волошин Н. А. Распределение рецепторов к лектину завязей пшеницы в слизистой оболочке желудка крыс в
9. Соловьева Л. А., Пушкар М. С., Киселева Т.Н., Церковнюк Е.Л. К вопросу об иммуногенной составляющей в лечебном действии радона // Современные проблемы в клинической патоморфологии.- СПб.-2005.-С.244-246.
10. Ушаков А.В., Е.Ю.Шаповалова. Локализация рецепторов лектинов в миокарде человека в норме и при сахарном диабете // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2005. - Т.4. - № 2. - С. 9-11.
11. Чайковский Ю.Б., Копійка І.В. Порівняльний лектиногістохімічний аналіз ендометрію в нормі, при гіперплазіях та аденокарциномах // Вісник проблем біології і медицини. - 2006. - Вип.2. - С.334-338.
12. Чайковский Ю.Б., Копійка І.В. Кількісне визначення рецепторів лектинів SNA, WGA, STA в ендометрії // Світ медицина та біології. - 2006. - № 3. - С. 82-86.
13. Чемоданова Е. И., Притуло О. А., Шаповалова Е. Ю. Метод лектиногистохимии в дифференциальной диагностике красной волчанки // Таврический медико-биологический вестник. -2003. – Т. 6, № 3. - С. 132-133.
14. Franceschini V., Lazzari M., Revoltella K.P., Ciani F. Histochemical study by lectin binding of surface glycoconjugates in the developing olfactory system of rat. - Int. J. Dev. Neurosci. - 1994. - Vol. 12. - №3. - P. 197-206.
15. Brooks S.A. The involvement of Helix pomatia lectin (HPA) binding N-acetylgalactosamine glycans in cancer progression // Histol. Histopathol. - 2000. -Vol.15. - X2 1. -P.143-158.
16. Ponder B.A.Y. Lectin histochemistry // Immunocytochemistry. Practical applications in pathology and biology (eds. J.M. Polak, S. van Noorden) – Bristol., 1983. – P.129-142.

### Summary

Key words: autoimmune hepatitis, radon, regeneration, glycopolimers, glycoconjugates, lectin (PNA), benzidine-shifts, structure of lobules and triads.

It was exposure unknown periods of transformations of the structural components of liver in norm by the detection of SBA-positive compounds, by AIG and AIG after two courses of aqueous and radon's procedures. It was exposure effects of piecemeal replacement of glucoconjugates on the surface and in egtoplasme of parenchimal and stromal liver cells under the impact pathological process – of hepatitis and hepatitis by effect of radon on the organism. These processes are reflects (represent) of specified succession of involve differences mechanisms of pathomorphogenesis and adaptation.

УДК 611:616.24-002.5-001.28:[616.98:578.828]

Контев М. М.

### ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗОН ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВІЛ-СНІД-АСОЦІЙОВАНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,

Інформаційно-хвильова терапія (ІХТ) – сучасна медична технологія, в основу якої покладено дію на організм електромагнітних хвиль міліметрового діапазону, адекватних власним електромагнітним випромінюванням клітин. Різномісний вплив ІХТ на функціональні системи організму, здатність нормалізувати біоенергетичний, імунологічний, ферментативний, гормональний статус, швидка анальгезивна дія, ефективність у лікуванні різної патології, простота і зручність методики дозволяють використовувати її у різних галузях медицини. Протипоказань або інших обмежень для інформаційно-хвильової терапії не існує.

Клінічні спостереження показали, що дія ІХТ на організм найбільш виражена при впливі на рефлексогенні зони, тому їх дослідження у топографо-анатомічному аспекті є важливим для вирішення даної проблеми.

Метою нашого дослідження було визначити з урахуванням топографії зон Захар'їна-Геда і зон інформаційно-хвильових взаємодій ділянки для проведення ІХТ при ВІЛ-СНІД-асоційованому туберкульозі.

Для цього на базі Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру було відібрано 20 хворих на різні форми ВІЛ-СНІД-асоційованого туберкульозу. Паралельно зі стандартними схемами фармакотерапії їм призначався курс ІХТ з обов'язковим щоденним опроміненням латеральних поверхонь кистей у ділянці між сухожилками довгого відвідного м'яза І пальця і короткого м'яза-розгинача І пальця з одного та сухожилком довгого м'яза-розгинача І пальця з другого боку (зона анатомічної табакерки); нижньо-латеральних країв ліктьових ямок над проекцією плечече-променевого м'яза (зона інформаційно-хвильових взаємодій для дихальної системи); шкіри гомілок на 3 см нижче колінної чашечки на 1 см назовні від гребеня великогомілкової кістки; яремної вирізки груднини (проекція тимусу); ділянки VII–XI ребра по правій середньоключичній лінії (проекція печінки); зони X ребра по лівій середньоключичній лінії (проекція селезінки); ділянки шкірної проекції локалізації патологічного вогнища. Тривалість дії на кожну ділянку складала 2-3 хв.

Контрольну групу склали 15 пацієнтів з аналогічними клінічними формами ВІЛ-СНІД-асоційованого туберкульозу, які отримували протокольне лікування без проведення ІХТ.

Серед пацієнтів основної групи повний курс лікування завершило лише 7 осіб, решта були виписані за порушення стаціонарного режиму або самовільно залишили відділення. У пацієнтів основної групи, котрі завершили повний курс лікування, нормалізація гемограми відмічалася у 85,72% випадків проти 46,67% контрольної групи, припинення бактеріовиділення у 100% (46,67% у контролі), закриття порожнин розпаду у 71,43% і 50% процентів відповідно.

В результаті проведеного дослідження нами встановлено, що врахування топографо-анатомічних орієнтирів для проведення ІХТ дає найбільшу ефективність дії на організм пацієнта.

УДК 616-056.43(477.53)

*Куценко Н.Л.*

### **РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНИХ ІgE В ПОЛТАВСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ЗА ПЕРІОД 2008-2010 рр.**

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Високоінформативними для верифікації алергічних захворювань та уточнення спектру сенсibilізації є методи, що ґрунтуються на визначенні вмісту специфічних ІgE в сироватці крові. Метою нашого дослідження було проаналізувати рівні алерген-специфічних ІgE у хворих з симптомами алергії Полтавської області для визначення найпоширеніших причинних алергенів у розвитку даного захворювання та вирішення питань про проведення специфічної терапії.

Рівнів специфічних ІgE до найбільш значимих алергенів (харчові, пилкові, побутові, епідермальні) визначали за допомогою тест-системи "Polyscheck" (Німеччина).

Серед усіх 295 обстежених у 181 особи виявлені алерген-специфічні ІgE хоча б до одного з досліджуваних алергенів, при цьому у 50% виявлені невисокі титри антитіл, а у інших високі титри антитіл. Слід відмітити, у 30 осіб (з них 23 дітей) виявлені екстремально високі титри антитіл (>100 кМО/л), що є загрозливим станом для пацієнта. Крім того, 17 дітей з 23, які потребують негайної медичної допомоги, самостійно вперше зверталися за допомогою або в направленні мали діагнози не алергічного ґенезу. Серед причинних алергенів у розвитку алергії у дітей домінуючими є епідермальні та дерматофагоїдні кліщі.

Тому, не рідко визначення алерген-специфічних ІgE до найбільш значимих алергенів є початковим етапом у виявленні алергії і, можливо, неврахованим серед статистичних даних лікарів-алергологів. Ці дані потребують тісних професійних взаємозв'язків між лікарями-алергологами та спеціалістами діагностичних закладів.

УДК: 616.428-002-022.7-036.1-092.18

*Кучерявченко М.А.*

### **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ЛИМФУЗЛОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ВОСПАЛЕНИИ**

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

При возникновении воспалительного процесса происходят изменения в органах иммунной системы, направленные на защиту организма от патогенна, в частности, в лимфатических узлах. Последние обеспечивают фильтрацию тканевой жидкости, распознавание и уничтожение чужеродных частиц, появившихся в ней, а также образование лимфоцитов, которые, попадая в кровеносное русло и очаг воспаления, осуществляют иммунную защиту организма и участвуют в реализации воспалительного процесса. Выраженная реакция на воспаление отмечается со стороны регионарных лимфоузлов, т.к. они первыми сталкиваются с чужеродными агентами, попавшими в организм. Но реакция со стороны отдаленных лимфоузлов, также представляет значительный интерес.



Целью исследования является установление особенностей и закономерностей морфофункциональных изменений в отдаленных лимфоузлах при остром воспалении.

Эксперимент проведен на 68 крысах-самцах линии Вистар массой 180–200 г. Моделью воспаления служил острый инфекционный процесс, вызываемый внутримышечным введением в области бедра 2 млрд микробных тел *Staphylococcus aureus*, штам ATCC-25923, в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия. В динамике воспаления, начиная с 6-го часа и до 28-х суток, исследовали отдаленные лимфоузлы на парафиновых срезах толщиной 5-6 мкм, с помощью обзорной окраски гематоксилином-эозином и по Ван Гизон. Определяли относительный объем коркового вещества, паракортикальной зоны и мозгового вещества, а также вычисляли плотность клеточных элементов в условной единице площади этих зон.

Установлено, что при остром воспалении происходят существенные изменения гистологической структуры отдаленного лимфоузла, которые в период с 6-го часа до 7-х суток воспаления характеризуются прогрессивным снижением плотности клеток во всех его слоях. В коре преобладают фолликулы без герминативных центров. Отмечаются также полнокровие сосудов, расширение просветов краевого, промежуточных и мозговых синусов, в которых определяются моноциты, макрофаги и немногочисленные нейтрофильные гранулоциты. На 10-е сутки структура лимфатических узлов претерпевает существенные изменения, а именно, во всех слоях существенно возрастает плотность клеточных элементов, приближаясь к показателям 1-х - 2-х суток. В корковом слое отмечаются явления фолликулярной гиперплазии с образованием в лимфоидных фолликулах крупных герминативных центров что, по-видимому, является результатом длительного антигенного стимулирования лимфоузлов. В период с 14-х до 28-х суток на фоне сохраняющейся гиперплазии лимфоидных фолликулов и явления плазматизации их герминативных центров плотность клеточных элементов в слоях лимфоузлов прогрессивно снижается, достигая минимума на 28-е сутки.

Таким образом, в отдаленном от очага острого воспаления лимфоузле в течение первой недели обнаруживаются явления выраженной миграции лимфоцитов, как Т-, так и В-клеток. Гиперплазия ткани лимфоузлов не выражена. На 10-е сутки отмечаются пролиферативные явления, так что клеточность лимфоидной ткани заметно восстанавливается. В дальнейшем пролиферативные явления сочетаются с усиленной миграцией лимфоцитов, о чем свидетельствует повторное уменьшение клеточности. В первую неделю воспаления отмечаются также сосудистые и другие клеточные явления активации лимфоузлов, а с 14-х суток наблюдаются явления плазматизации, т.е. активации гуморальных иммунных реакций.

Наблюдаемые изменения отражают активацию отдаленных лимфоузлов при остром воспалении, в том числе формирование гуморального, в данном случае противинфекционного, иммунитета.

УДК 616.61 – 002.3-07-08-053.9

Левков А.А., Костенко В.О.

### **ЗМІНИ БАР'ЄРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ ЗА УМОВ ЇЇ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ, ЗАЛЕЖНІ ВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ NO-СИНТАЗ І УТВОРЕННЯ ПЕРОКСИНІТРИТУ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Гостра тонкокишкова непрохідність (ГТКН) все ще вважається невирішеною проблемою абдомінальної хірургії. Відомо здатність оксиду азоту (NO) впливати на широкий спектр фізіологічних і патологічних процесів у кишечнику, зокрема, на моторну функцію, кишкову секрецію й абсорбцію, механізми пошкодження та репарації тканин, інфекційний процес. У той же час повідомляється про роль NO у кишечнику як потужної цитотоксичної речовини. Одним із механізмів такої дії є утворення в реакції з супероксидним аніон-радикалом пероксинітрит. Дані літератури по відношенню до протективної або ж агресивної дії NO на кишечник є вкрай суперечливими.

Метою роботи було вивчення бар'єрної функції тонкої кишки білих щурів за умов введення неселективного та селективних інгібіторів NO-синтаз, субстрату NO-синтазної реакції (L-аргініну) та скевенджеру пероксинітриту.

Вивчення бар'єрної функції кишки, з порушенням якої пов'язані терміни та шляхи інфікування черевної порожнини через транслокацію мікрофлори з тонкої кишки, в експерименті на білих щурах виконували шляхом інтрагастрального введення 0,5 мл 1% розчину метиленового синього і 0,01 г тетрацикліну гідрохлориду, розчиненого у 1 мл 0,5 % гідрокарбонату натрію. Вказані сполуки не проникають через кишкову стінку в черевну порожнину в нормі (в усіх інтактних тварин забарвлення і люмінесценція були відсутні), проте проникають при порушенні бар'єрної функції. Введення метиленового синього і антибіотика, який має люмінесцентні властивості (при освітленні операційного поля лампами ультрафіолетового світла), дозволяє візуально діагностувати проникнення бактерій у черевну порожнину, покращити точність діагностики порушення бар'єрної функції кишки, вогнища найбільшого інфікування черевної порожнини.

При розтині тварин контрольної серії забарвлення і люмінесценції випоту черевної порожнини виявлено не було.

У дослідних серіях за 20 хв до початку відтворення ГТКН тваринам внутрішньоочеревинно вводили інгібітори NO-синтаз (NOS): неселективний - метиловий ефір нітро-L-аргініну (L-NAME) у дозі 5 мг/кг, селективний інгібітор нейрональної NOS (nNOS) – 7-нітроіндазол (7-NI) у дозі 30 мг/кг та селективний інгібітор індукційної NOS (iNOS) – аміногуанідин у дозі 20 мг/кг, а також субстрат NOS – L-аргінін у дозі 500 мг/кг та скевенджер пероксинітриту – L-селенометіонін (L-Sem) у дозі 3 мг/кг.

У серіях з відтворенням 6-годинної ГТКН, у т.ч. з додаванням інгібіторів NO-синтаз, L-аргініну та селенометіоніну у частини тварин виявлено забарвлення синім кольором випоту черевної порожнини, проте при



освітлюванні ультрафіолетовим світлом люмінесценція не спостерігалася (вочевидь, через більший об'єм часточок антибіотика).

Оцінка одержаних результатів за допомогою розрахунку точного критерію Фішера вказує, що введення перед відтворенням 6-годинної ГТКН селективного інгібітору iNOS аміногуанідину та L-Sem достовірно знижує частоту порушень бар'єрної функції тонкої кишки.

У серіях з відтворенням 18-годинної ГТКН у всіх тварин виявлено забарвлення синім кольором випоту черевної порожнини. В усіх тварин цієї серії також спостерігалася люмінесценція при освітлюванні ультрафіолетовим світлом, головним чином, у піддіафрагмальному просторі. Тобто, останній можна розцінювати як потенційне вогнище найбільшого інфікування черевної порожнини за умов ГТКН.

При оцінці проби з 1% розчином метиленового синього та за результатами розрахунку точного критерію Фішера виявлено, що введення перед відтворенням ГТКН селективного інгібітору iNOS аміногуанідину, L-Sem, а також L-аргініну достовірно знижує частоту порушень бар'єрної функції тонкої кишки на 18-годину цього патологічного процесу.

При оцінці частоти люмінесценції (проба з введенням тетрацикліну гідрохлориду) при освітлюванні locus morbi ультрафіолетовим світлом та за результатами розрахунку точного критерію Фішера виявлено, що введення перед відтворенням ГТКН селективного інгібітору iNOS аміногуанідину, L-аргініну та L-Sem знижує ризик бактеріальної транслокації на 18-годину непроникності.

Таким чином, селективне пригнічення iNOS, введення L-аргініну та скевенджеру пероксинітриду селенометіоніну обмежує за умов ГТКН порушення бар'єрної функції тонкої кишки та зменшує ризик транслокації мікроорганізмів і продуктів їх розпаду за межі кишки.

УДК 612.017:615.916'26

*Мамонтова Т.В., Куценко Н.Л., Микитюк М.В., Куценко Л.А., Боброва Н.А., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П.*

### **РЕГУЛЯЦІЯ ФУЛЕРЕНОМ C<sub>60</sub> ФАГОЦИТОЗУ ІМУННИХ КЛІТИН**

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Нещодавно відкриті наночасточки, а саме фулерен (FC<sub>60</sub>), завдяки своїм унікальним фізико-хімічним властивостям може проявляти цитопротекторний, антиоксидантний, антибактеріальний ефект та регулювати адгезію, міграцію та синтез прозапальних цитокінів в імунних клітинах. Метою роботи стало вивчення впливу водної дисперсії FC<sub>60</sub> на реакції фагоцитозу імунних клітин.

В роботі досліджено клітини периферичної крові 10 донорів, які інкубували з FC<sub>60</sub> в дозі 0,01 і 0,1 μM/л протягом 10 хв. при 37°C. Функціональну активність клітин оцінювали за показниками фагоцитозу, НСТ-тесту, активності лізосомальних катіонних білків (ЛКБ) та мієлопероксидази, хемілюмінесценції (ХЛ), рівень експресії молекул міжклітинної адгезії CD54 (ICAM-1) визначали проточною цитометрією.

В роботі встановлено, що внесення FC<sub>60</sub> в дозі 0,01 μM/л призводило до вірогідного зниження активності мієлопероксидази, індукованої ХЛ та навпаки до підвищення кисень-активуючої активності нейтрофілів. На моноцитах експресія CD54 вірогідно знижувалась під впливом FC<sub>60</sub> в дозі 0,1 μM/л, на лімфоцитах - при внесенні FC<sub>60</sub> в обох дозах. На нейтрофілах вірогідних змін рівня експресії CD54 не виявлено.

Таким чином, отримані дані свідчать про неспецифічний вплив FC<sub>60</sub> на різні етапи та механізми реакції фагоцитозу. FC<sub>60</sub> проявляє переважно супресивний вплив на активність мієлопероксидази, рівень індукованої ХЛ та молекули CD54 в імунних клітинах за рахунок впливу на властивості клітинної мембрани. Отже, представлені результати вказують на перспективність використання FC<sub>60</sub> в регуляції окремих етапів фагоцитарних реакцій імунних клітин.

УДК 612.017:615.916'26

*Микитюк М.В., Мамонтова Т.В., Беркало Л.В., Боброва Н.А., Куценко Л.А., Куценко Н.Л., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П.*

### **ВЛИЯНИЕ ФУЛЛЕРЕНА C<sub>60</sub> НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Фуллерен C<sub>60</sub> (FC<sub>60</sub>) – аллотропная форма углерода – молекулы размером 0,3-1,0 нм. Благодаря электроннодефицитности, молекула FC<sub>60</sub> вступает в реакцию свободнорадикального окисления, что объясняет ее сильные антиоксидантные свойства. Влияние водной дисперсии FC<sub>60</sub> на ПОЛ в условиях иммунного ответа проводили на мышах линии Balb/c. Животных иммунизировали внутрибрюшинным введением суспензии эритроцитов барана (ЭБ). Через 1 час после иммунизации животным вводили FC<sub>60</sub> однократно, 3 дня и 6 дней. В гомогенатах отобранных тканей сердца, печени, селезенки и почек определяли показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

Гетероиммунизация животных ЭБ повышала прирост малонового диальдегида (МДА) в тканях исследуемых органов, в группе контроля FC<sub>60</sub> этот показатель снижался в печени и селезенки. Введение FC<sub>60</sub> на фоне

иммунизации значительно увеличивало прирост МДА в сердце, печени и селезенке. Последующие введения  $FC_{60}$  в течении 3 и 6 дней нормализовали этот показатель до уровня интакта. Активность супероксиддисмутазы (СОД) в группах контроля повышалась в тканях печени и селезенке. Увеличение активности СОД у иммунизированных животных наблюдалось во всех исследуемых органах при разной продолжительности введения  $FC_{60}$ . Введение фуллерена иммунизированным животным повышало активность каталазы в печени, сердце и почках. Введение  $FC_{60}$  иммунизированным животным 3 и 6 дней увеличивали активность каталазы в тканях печени и снижали в сердце и селезенке по сравнению с контрольной группой.

Таким чином, отримані дані свідчать про здатність  $FC_{60}$  впливати на ПОЛ за умов розвитку імунної відповіді на гетероантиген.

УДК 611.81:616–001.28/.29

Насонова Н. А., Соколов Д. А., Бугримов Д. Ю.

### **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОЦИТОВ ХВОСТАТОГО ЯДРА ПРИ ДЕЙСТВИИ ОДНОКРАТНОГО ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ДОЗЕ 0,5 ГР**

ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации», Воронеж, Российская Федерация

Ранние и отдаленные эффекты малых доз ионизирующего излучения в настоящее время представляют большой интерес в связи с увеличением значений естественного радиационного фона, расширением влияния ионизирующей радиации в национальной промышленности. Имеющиеся к настоящему времени данные о морфологических изменениях компонентов различных отделов нервной системы при действии малых доз ионизирующего излучения лишь в общих чертах отражают характер компенсаторно-приспособительных, деструктивных и реактивных реакций.

Целью исследования являлось изучение морфофункциональных изменений клеток хвостатого ядра при воздействии общего однократного облучения гамма-фотонами в дозе 0,5 Гр в ранние и отдаленные сроки пострадиационного периода. Задачи исследования включали изучение морфофункциональных показателей состояния нейроцитов хвостатого ядра крыс при однократном облучении в дозе 0,5 Гр в различные сроки пострадиационного периода.

Эксперимент спланирован и проведен в Государственном научно-исследовательском испытательном институте военной медицины МО РФ, г. Москва. Эксперимент выполнен на 120 половозрелых крысах-самцах массой тела 200 г в возрасте 1,5–2-х месяцев к началу эксперимента. В связи с условиями эксперимента животные были объединены в 20 групп по 6 крыс в каждой. При однократном облучении эвтаназия животных осуществлялась декапитацией спустя 1,7 ч; 5,0 ч; 1; 3; 7; 14; 30 сут., 6 мес., 1 г. и 1,5 г. после воздействия.

Материалом для изучения служил головной мозг крысы. Объектом исследования явились нейроциты хвостатого ядра, изучаемые на фронтальных срезах. Материал фиксировали в 10%-ном растворе формалина, приготовленном на 0,2 М фосфатном буфере с последующей заливкой в парафин. Парафиновые срезы толщиной 6 мкм обрабатывались нейрогистологическими методиками.

Обзорные срезы окрашивали гематоксилином и эозином. На этих препаратах изучали общую картину цито- и ангиоархитектоники хвостатого ядра. Более детальную характеристику состояния нервных клеток получали при окрашивании препаратов толудиновым синим по методу Ниссля. Производили подсчет нейроцитов с различными формами морфологической изменчивости, которые выявляли в соответствии с классификацией, разработанной на кафедре анатомии человека Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко.

По характеру морфофункциональных изменений нервных клеток хвостатого ядра при однократном воздействии ионизирующего излучения в дозе 0,5 Гр на этапах пострадиационного морфогенеза нами выделено 3 периода.

Нервные клетки во время периода начальных изменений, который продолжался до 5 ч после воздействия, отличаются большим разнообразием. К ним относятся нейроны с измененными величиной, формой и тинкториальными свойствами. При этом нейроциты сохраняют свои основные признаки: целостность ядра и ядрышка. Наиболее часто встречались нервные клетки с нарушением тинкториальных свойств цитоплазмы по гипо- и гиперхромному типам.

Гипохромные нейроциты отличались светлой окраской цитоплазмы из-за уменьшения количества базофильного вещества. Ядра в гипохромных нейроцитах светлые, обычно увеличены в объеме и нередко располагались эксцентрично. Увеличение количества гипохромных клеток, по-видимому, свидетельствует о предшествующей их высокой активности в связи с диссоциацией и распадом рибонуклеопротеидов, снижением количества РНК и общего белка.

Гиперхромные нервные клетки отличались повышенным содержанием тигроида, что обуславливает интенсивную окраску по методу Ниссля их цитоплазмы. От пикноморфных клеток они отличались тем, что у них были хорошо различимы контуры ядра и ядрышка. Увеличение числа гиперхромных клеток свидетельствует о возрастании функциональной активности нейронов стриопаллидарной системы, так как их увеличение компенсирует недостаточность функциональной активности гипохромных клеток.

Кроме описанных выше, в периоде начальных проявлений в стриопаллидарной системе наблюдались патологические изменения нервных клеток. К таким изменениям относятся клетки с гипохромной гидропической нейронодистрофией, сопровождающейся отеком и вакуолизацией цитоплазмы, а также коагуляционным (пикноморфные клетки) и колликационным (клетки-тени) нейрононекрозом.

Наиболее частым проявлением дегенеративных процессов являются пикноморфные клетки. Они образуются в результате кариоцитопикноза, имеют веретенообразную форму и небольшие размеры. Цитоплазма и ядро таких клеток гомогенизированы, интенсивно окрашены, и в ряде случаев не обнаруживается граница ядра. В отличие от дистрофических, некротические изменения являются необратимыми.

Клетка-тень характеризуется как бледная тень в виде неправильного образования, возникающего в результате кариоцитолитизиса. Таким образом, наличие клеток с деструктивными изменениями, проявляющимися уже в ранние сроки после воздействия, свидетельствует о высокой чувствительности нервной системы к действию ионизирующего излучения.

Во время периода выраженных изменений, продолжавшегося до 14 сут. пострадиационного периода, наступали более выраженные изменения в нейронах стриопаллидарной системы, которые сопровождались к 5 ч и 3 сут. преобладанием гиперхромных нейронов и увеличением числа нейронов с признаками гидропической дистрофии и коагуляционного некроза.

Таким образом, во 2-м периоде при действии облучения в дозе 0,5 Гр в нейронах стриопаллидарной системы возникают умеренно выраженные альтеративные (деструктивные) изменения, проявляющиеся в виде коагуляционного и колликационного нейрононекрозов и гипохромной гидропической нейронодистрофии в сочетании с развитием адаптационных (компенсаторно-приспособительных) изменений.

В 3-м периоде, продолжавшемся от 14-х сут. до 1,5 лет, происходила постепенная нормализация в соотношении различных морфологических типов нейронов хвостатого ядра.

Таким образом, в период восстановления преобладают компенсаторно-приспособительные изменения, заключающиеся в расширении объема физиологической изменчивости нейроцитов в пределах минимальных и максимальных значений биологической нормы, отражающее различные уровни функциональной активности клеток, развивающейся по гипо-, нормо- и гиперхромному типам.

**УДК 615 : 616.15**

**Олійник Н.О., Мокляк Є.В., Важнича О.М.**

### **ДИНАМІКА ОКРЕМИХ ПАРАМЕТРІВ ЕРИТРОНУ ПІСЛЯ ОДНОРАЗОВОГО ВВЕДЕННЯ МЕКСИДОЛУ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Синтетичний антиоксидант мексидол має багатопланову фармакодинаміку, високу клінічну ефективність та низьку токсичність, однак його гематотропна активність досліджена недостатньо і потребує подальшого вивчення. Мета роботи – дослідити динаміку окремих морфофункціональних показників еритроноу протягом 5 діб після парентерального введення мексидолу в дозі 100 мг/кг. Визначали загальну кількість еритроцитів (RBC), гемоглобін (Hb), гематокрит (HCT), стандартні еритроцитарні індекси, кислотну та осмотичну резистентність еритроцитів. Показано, що через 3 год після введення мексидолу зростають RBC, Hb та HCT; через 12 год падає RBC, але лишається підвищенням HCT у порівнянні з контролем. Зазначені зрушення супроводжуються певними змінами еритроцитарних індексів: через 3 год після ін'єкції препарату зменшуються MCH та MCV, зростає MCHC; через 12 год знижується MCHC та нормалізується решта індексів. Під впливом мексидолу відбуваються зміни резистентності еритроцитів. Зокрема через 48 год та 5 діб після введення препарату реєструється вірогідно вищий рівень осмотичного гемолізу при концентрації натрію хлориду, близькій до ізотонічної. При кислотному гемолізі протягом експерименту в тварин із введенням мексидолу спостерігаються коливання часу максимуму в межах 1-8 хв у порівнянні з 2 хв у контролі та часу завершення реакції – в межах 8-18 хв у порівнянні з 18 хв у інтактних щурів на початку спостережень. Одержані результати свідчать, що мексидол може впливати на стан еритроноу не лише за умов порушеного гомеостазу, а й за фізіологічних умов. Описані зрушення найбільш імовірно пояснюються змінами судинного тону та депонування еритроцитів.

**УДК 616.853-092.9:599.323.4]-085.213**

**Погоріла І.В., Годлевський Л.С., Годован В.В.**

### **ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНИХ РЕАКЦІЙ КІНДЛІНГОВИХ ТВАРИН ПІД ВПЛИВОМ НОВОГО ПОХІДНОГО ПЕПТИДАМІОБЕНЗОФЕНОНУ**

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Особливу увагу на сьогоднішній день посідають захворювання центральної нервової системи з судомною активністю. На жаль у сучасній медицині не існує таких протиепілептичних препаратів, які б відповідали всім вимогам раціональної фармакотерапії. Це стосується фармакорезистентності, органотоксичних небажаних ефектів, високої вартості, необхідності комбінованої терапії тощо. Тому існує значна потреба пошуку нового високоефективного і безпечного антиконвульсанту. Метою даної роботи було визначення впливу нової біологічно активної речовини (БАР) з протисудомною активністю – похідного пептидамідобензофенону (ПАБФ): 2-N-

карбобензилгліцил-гліциламід-5-бромбензофенону на агресивну поведінку порівняно з класичним антиконвульсантом діазепамом.

Агресивність тварин вивчали в тесті електродної підлоги (A. Cools Vrijmoed de Vries, 1986). Через 30 хв після внутрішньоочеревинного введення похідне ПАБФ в дозах 0,15 і 1,5 мг/кг збільшувало поріг розвитку бійок в парах кіндлінгових щурів відповідно на 70,0 % і в 2,3 рази порівняно з нелікованими кіндлінговими тваринами. В той же час референс-препарат діазепам дозою 0,05 мг/кг збільшував поріг розвитку агресивних реакцій на 40,0 %, а дозою 0,5 мг/кг – в 2,1 рази порівняно з таким у кіндлінгових щурів без лікування. У тесті поведінкових реакцій ефекти діазепаму визначалися через 0,5 год з моменту його застосування і практично відсутні через 1,5 год, тоді як активність похідного ПАБФ зберігалася і через 2,5 год після його введення. Таким чином, враховуючи відмітні особливості впливу похідного ПАБФ і класичного транквілізатора діазепаму на поведінку тварин, доцільно продовжити вивчення механізмів нейротропних ефектів нової БАР.

УДК 616.12-007.2:616.24-008.331-089-059

Попандоніуло А.Г., Салахова А.М., Постолук И.Г.

### ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ПРИМЕРЕ МОНОКРОТАЛИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГУ «Институт неотложной восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк

Проблема лечения легочной гипертензии (ЛГ) до сегодняшнего дня остается актуальной и нерешенной во всем мире. Несмотря на значительные успехи в этой области со стороны фармакологического рынка, продолжается поиск средства, которое позволит добиться снижения давления в малом круге кровообращения путем ремоделирования легочных сосудов, закрепляя, таким образом, необходимый результат анатомически.

В последние годы в мире большое внимание уделяется возможности применения стволовых клеток в лечении различных заболеваний и патологических состояний, в том числе при ЛГ.

Нами на модели монокроталин-индуцированной ЛГ изучено влияние мезенхимальных стволовых клеток (МСК) на уровень давления в легочной артерии, а также на процессы ремоделирования сосудистого русла легких. Монокроталиновая модель ЛГ является общепризнанной моделью артериальной ЛГ, которая возникает в результате мутации гена BMPR-II (наследственная форма) или развивается при системных коллагенозах, врожденных системно-легочных шунтах, портальной гипертензии, ВИЧ-инфекции и др.

Эксперимент проведен с участием 40 крыс породы Wistar, которым внутрибрюшинно было введено 60 мг/кг пирролизидинового алкалоида монокроталина, а также 20 крыс контрольной группы, получивших инъекции 0,9% физиологического раствора в том же объеме.

Измерение давления в легочной артерии осуществлялось через месяц после инъекций монокроталина, а также через месяц после внутривенного введения животным с подтвержденной ЛГ суспензии МСК, прямым катетерным методом. Крысы анестезировались фенобарбиталом в дозе 60 мг/кг и переводились на искусственную вентиляцию легких с частотой 60-70 дыхательных движений в минуту комнатным воздухом в объеме 0,83 мл/100 г массы тела животного. При открытой грудной клетке производилось измерение систолического давления в левом или правом желудочке сердца.

Получены следующие результаты. В контрольной группе животных уровни системного (Рс) и легочного (Рл) систолического давления составили соответственно 116,5 мм рт. ст. и 31,6 мм рт. ст., их соотношение Рл/Рс 0,27. При развитии ЛГ отмечено повышение легочного систолического давления (Рл) до 51,5 мм рт. ст. при снижении системного (Рс) до 102,5 мм рт. ст. Рл/Рс составило 0,5. На фоне клеточной терапии полученные данные Рл 40,1 мм рт. ст., Рс 110,5 мм рт. ст., Рл/Рс 0,36 очевидно отражают тенденцию к снижению давления в легочной артерии.

Общеизвестным является тот факт, что при воздействии избыточного давления на сердечную мышцу, последняя гипертрофируется. Одним из способов морфофункциональной оценки сердца является метод отдельного взвешивания его частей. Результаты проведенного нами исследования в этой области приведены в таблице 1.

Таблица 1. Весовые показатели легких и сердца экспериментальных животных, грамм.

Взвешиваемый объект	Контрольная группа	Группа монокроталин-индуцированной ЛГ	Через 1 мес. после клеточной терапии
Правый желудочек	0,256±0,010	0,398±0,038	0,314±0,021
Межжелудочковая перегородка	0,312±0,015	0,284±0,017	0,297±0,013
Левый желудочек	0,572±0,032	0,466±0,021	0,520±0,026
Правое предсердие	0,028±0,006	0,059±0,013	0,048±0,010
Левое предсердие	0,020±0,003	0,031±0,005	0,028±0,006
Легкие	2,70±0,06	3,41±0,15	3,02±0,11
М сердца/М тела	1,32±0,06	2,41±0,32	1,97±0,19

Из таблицы видно, что под действием повышенного давления в малом круге кровообращения формируется так называемое «легочное сердце» - увеличивается масса гипертрофированного правого желудочка. При использовании МСК отмечаются косвенные признаки ремоделирования миокарда.

Таким образом, метод клеточной терапии может считаться перспективным, однако требуется дальнейшее изучение роли и механизмов действия МСК в лечении заболеваний, сопровождающихся повышением давления в легочной артерии.



УДК 611.216

Проніна О. М., Сербін С. І.

### ТОПОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН ЛОБНОЇ ПАЗУХИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Значну актуальність для подальшого розвитку теорії і практики набуває поглиблене комплексне вивчення приноскових пазух. В зв'язку з тим, що ці ділянки анатомічно дуже щільно пов'язані з іншими утвореннями та органами, це повинно привертати до себе увагу стоматологів, офтальмологів та невропатологів. Неприятливі умови зовнішнього середовища насамперед сприймаються верхніми відділами дихальної системи, зокрема приносковими пазухами. Найбільш часто ці явища виникають в клітинах решітчастого лабіринту та лобній пазусі (Попов А.В., 1937; Скрипніков М.С., 1986; Проніна О.М., 1990; Луценко Н.М., 2008 та ін.). Залишаються не до кінця вивченими питання топографії та морфо-функціональної характеристики лімфатичних судин слизової оболонки лобної пазухи.

Метою роботи було визначення топографічних відмінностей лімфатичних судин слизової оболонки передньої, задньої та нижньої стінок лобної пазухи людини.

Нами було досліджено 10 тотальних препаратів слизової оболонки лобних пазух людей, що померли від причин, не пов'язаних з захворюваннями даної ділянки. Для забору слизової оболонки лобної пазухи проводили трепанацію лобної ділянки, після чого за допомогою плоского долота шириною 12-14 мм руйнували задню стінку пазухи зі сторони внутрішньої основи черепа. Далі за допомогою скальпелів та пінцетів виділялась слизова оболонка, як окремо з кожної стінки, так і цілим препаратом, в залежності від індивідуальних анатомічних особливостей кожної пазухи окремо. Макро-мікроскопічне дослідження проводилось методами непрямой інтерстиційної ін'єкції тушшю, безін'єкційною методикою імпрегнації срібла, морфометричним методом.

В результаті проведених досліджень було встановлено, що гістологічна структура слизової оболонки лобної пазухи характеризується наявністю епітеліального шару, який розташований на базальній мембрані та власної пластинки, яка прилягає до окістя і представлена сполучнотканинною основою. Слизова оболонка кожної стінки лобної пазухи має свої особливості, в тому числі і лімфомікроциркуляторного русла. Найбільшу товщину слизова має в ділянці *apertura sinus frontalis* нижньої стінки і знаходиться в межах від  $2,7 \times 10^{-4}$  м до  $4,3 \times 10^{-4}$  м. Слизова оболонка передньої стінки має товщину від  $1,7 \times 10^{-4}$  м до  $3,9 \times 10^{-4}$  м, задньої від  $1,2 \times 10^{-4}$  м до  $1,5 \times 10^{-4}$  м.

В залежності від товщини слизової оболонки на різних стінках лобної пазухи можливо бачити зміни лімфатичної мікроциркуляторної мережі. Питома щільність елементів лімфатичної мікроциркуляторної мережі найбільша на нижній стінці, особливо медіальній частині нижньої стінки біля *apertura sinus frontalis*. На передній та задній стінках зустрічається значно менше судин та капілярів.

Також було встановлено, що лімфатичні судини лобних пазух утворюють дві мережі: поверхневу та глибоку. Поверхнева мережа представлена більш дрібними петлями, які переважно замкнені і мають форму шароподібну, чотирикутну або овальну. Глибока мережа – великопетляста. Між поверхневою і глибокою мережами лімфатичних судин встановлені анастомози.

Таким чином нами встановлено, що лімфомікроциркуляторне русло найбільш розвинуте на нижніх стінках слизової оболонки лобної пазухи. На передній та задній стінках лімфатичне русло розвинуте менше.

УДК: 616.24.36:599.323.4

Радцева Г.Л., Радцев Ю.А.

### ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ, ПЕЧЕНИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ПОЧКАХ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ХЛОРИСТОГО КАДМИЯ.

ГУО «Ставропольская государственная Медицинская Академия», г. Ставрополь, РФ

Из большого числа соединений кадмия, используемых в народном хозяйстве, выбран хлористый кадмий, как соль, используемая в большинстве экспериментов по токсикологии кадмия.

Применялись три пути введения: внутрижелудочное (введение в желудок через зонд), подкожные и внутрибрюшинные инъекции. В опыте использовались дозы в 0.012, 0.12 и 1.2 мг на кг массы. Продолжительность экспозиции от 2 дней до 4 месяцев. Часть животных наблюдалась спустя 1 месяц после окончания эксперимента. Часть являлась контрольной группой.

Патогистологическое исследование изучаемых органов производилось по общепринятым методикам.

Наибольшие изменения в изучаемых органах наблюдались спустя 4 месяца после прекращения затравки. В легких отмечались выраженные изменения стенок сосудов – полнокровие, стаз, диапедез эритроцитов в окружающей соединительную ткань. В артериолах и венах - гипертрофия эндотелия, отек и разрыхление волокон рыхлой волокнистой соединительной ткани, оболочек сосудов, облитерация и гиалиноз. В бронхах среднего и мелкого калибра выражены отек всех оболочек, зернистая дистрофия гладкомышечных клеток, крупные перибронхиальные и периваскулярные инфильтраты, состоящие из большого количества лимфоцитов, крупных многоядерных клеток, плазматических клеток, эозинофилов и фибробластов. Безвоздушные участки чередуются с эмфизематозно измененными. Развивается гиперплазия лимфоидной ткани бронхиального дерева. Лимфоидные фолликулы бронхов и интерстициальной ткани легких увеличены в размерах. В них укрупнены герминативные центры. В периваскулярных инфильтратах сравнительно много эозинофилов и тучных клеток. Тучные клетки на-



блюдаются также в большом количестве в интерстициальной ткани легких рядом с плеврой. Развиваются бронхиты, перибронхиты, пневмониты. Спустя 1 месяц после окончания эксперимента вышеописанные изменения несколько уменьшились, но всё ещё были значительными.

В печени полнокровие и расширение междольковых артерий и вен всех порядков, резкое расширение синусоидных капилляров, центральных и поддольковых собирательных вен. В гепатоцитах зернистая, сначала мелкокапельная, а затем крупнокапельная, жировая и гидропическая дистрофии, присутствие значительных участков некроза. Внутри долек центрально-лобулярно, по ходу синусоидных капилляров в перипортальных зонах встречаются инфильтраты. Они более крупные в перипортальных зонах.

Сосуды поджелудочной железы резко расширены, полнокровны. В междольковой соединительной ткани полнокровие, отёк, разрыхление волокнистых структур. Видны фибробласты, макрофаги, лимфоциты, плазматические клетки, эозинофилы, тучные клетки. Наблюдаются изменения в соотношении гомогенной и зимогенной зон ацинусов. Гомогенная зона значительно шире. Гибнет часть ацинусов железы. Гипертрофируются островки Лангерганса. Центральные лежащие В-клетки островков крупные; цитоплазма в них вакуолизирована. Наблюдается гибель В-клеток и гипертрофия А-клеток.

В просветах извитых канальцев почек слущенные эпителиальные клетки, формирующиеся гиалиновые цилиндры. Уменьшается высота эпителиальных клеток проксимальных отделов нефрона. В интерстициальной ткани определяются скопления инфильтратов, состоящие из плазматических клеток, макрофагов. Часть сосудистых клубочков имеет лапчатый вид. Некоторые гибнут. Во многих клубочках пролиферируют клетки наружного листа капсулы. Активизируются фибробласты, в них фигуры митоза и глубокие двусторонние перешнуровки ядер. Уменьшается количество клубочков на площади среза.

Таким образом, в легких, печени, поджелудочной железе и почках крыс при экспериментальном воздействии хлористого кадмия развиваются выраженные дистрофические, воспалительные и в ряде случаев некротические изменения.

УДК: 612.46 – 07

*Роговий Ю.Є., Залявська О.В.*

### **ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ВПЛИВУ ВОДИ НИЗЬКОГО ПОВЕРХНЕВОГО НАТЯГУ НА НИРКИ**

Кафедра патологічної фізіології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

У досліджах на 40 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях за умов навантаження водою низького поверхневого натягу (43 дин/см) порівняно з індукованим діурезом звичайною водогінною водою (поверхневий натяг 73 дин/см) показано наявність системного впливу із гальмуванням поверхневого натягу сечі ( $p < 0,01$ ), зменшенню втрат з сечею білка та наявність достовірних взаємозалежностей між поверхневим натягом сечі, концентраціями іонів натрію та білка сечі.

Обробка водогінної води кораловим кальцієм (корал Санго, о.Окінава, Японія) призводить до формування кластерів води, які мають симетричну будову. За рахунок гармонічної, симетричної будови такі кластери не володіють зарядом і тому при попаданні в кров не призводять до агрегації і можливо адгезії еритроцитів. Крім того, за рахунок низького заряду, такі кластери зумовлюють зниження поверхневого натягу води. Відсутність конгломератів еритроцитів призводить до покращення мікроциркуляції і зменшення проявів гіпоксії. У результаті цих процесів покращується реалізація головного енергозалежного процесу ниркових канальців – реабсорбції іонів натрію та реабсорбції білка в проксимальному відділі нефрону.

За рахунок того, що ці кластери мають гармонічну та симетричну будову вони ймовірно будуть реабсорбуватися в кишечнику шляхом піноцитозу із збереженням кластерної будови. Звичайно водопровідна вода має кластери асиметричної будови, які є диполями і тому для їх реабсорбції необхідно розбити кластери на молекули з подальшою реабсорбцією молекул води через канали, які утворюють аквапорини. Оскільки для розриву зв'язків в асиметричних кластерах потрібна значна кількість енергії, то транспорт звичайної водопровідної води буде істотно енергозалежним. Відповідно вживання звичайної водопровідної води поєднується з істотним навантаженням на процеси активного транспорту. Не виключно, що при ушкодженні канальців нирок сулемою із пошкодженням головного енергозалежного процесу реабсорбції іонів натрію, водне навантаження звичайною водогінною водою буде сприяти розвитку реакції ушкодження, а навантаження водогінною водою, що зазнала обробки кораловим кальцієм буде призводити до покращення перебігу патологічного процесу.

УДК 611.216

*Проніна О. М., Сербін С. І.*

### **ТОПОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН ЛОБНОЇ ПАЗУХИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Значну актуальність для подальшого розвитку теорії і практики набуває поглиблене комплексне вивчення приносів пазух. В зв'язку з тим, що ці ділянки анатомічно дуже щільно пов'язані з іншими утвореннями та органами, це повинно привертати до себе увагу стоматологів, офтальмологів та невропатологів. Неприятливі умови зовнішнього середовища насамперед сприймаються верхніми відділами дихальної системи, зокрема приносів-

ми пазухами. Найбільш часто ці явища виникають в клітинах решітчастого лабіринту та лобній пазусі (Попов А.В., 1937; Скрипніков М.С., 1986; Проніна О.М., 1990; Луценко Н.М., 2008 та ін.). Залишаються не до кінця вивченими питання топографії та морфо-функціональної характеристики лімфатичних судин слизової оболонки лобної пазухи.

Метою роботи було визначення топографічних відмінностей лімфатичних судин слизової оболонки передньої, задньої та нижньої стінок лобної пазухи людини.

Нами було досліджено 10 тотальних препаратів слизової оболонки лобних пазух людей, що померли від причин, не пов'язаних з захворюваннями даної ділянки. Для забору слизової оболонки лобної пазухи проводили трепанацію лобної ділянки, після чого за допомогою плоского довгого долота шириною 12-14 мм руйнували задню стінку пазухи зі сторони внутрішньої основи черепа. Далі за допомогою скальпелів та пінцетів виділялась слизова оболонка, як окремо з кожної стінки, так і цілим препаратом, в залежності від індивідуальних анатомічних особливостей кожної пазухи окремо. Макромікроскопічне дослідження проводилось методами непрямої інтерстиційної ін'єкції тушшю, безін'єкційною методикою імпрегнації срібла, морфометричним методом.

В результаті проведених досліджень було встановлено, що гістологічна структура слизової оболонки лобної пазухи характеризується наявністю епітеліального шару, який розташований на базальній мембрані та власної пластинки, яка прилягає до окістя і представлена сполучнотканинною основою. Слизова оболонка кожної стінки лобної пазухи має свої особливості, в тому числі і лімфомікроциркуляторного русла. Найбільшу товщину слизова має в ділянці апертюра sinus frontalis нижньої стінки і знаходиться в межах від  $2,7 \times 10^{-4}$  м до  $4,3 \times 10^{-4}$  м. Слизова оболонка передньої стінки має товщину від  $1,7 \times 10^{-4}$  м до  $3,9 \times 10^{-4}$  м, задньої від  $1,2 \times 10^{-4}$  м до  $1,5 \times 10^{-4}$  м.

В залежності від товщини слизової оболонки на різних стінках лобної пазухи можливо бачити зміни лімфатичної мікроциркуляторної мережі. Питома щільність елементів лімфатичної мікроциркуляторної мережі найбільша на нижній стінці, особливо медіальній частині нижньої стінки біля апертюра sinus frontalis. На передній та задній стінках зустрічається значно менше судин та капілярів.

Також було встановлено, що лімфатичні судини лобних пазух утворюють дві мережі: поверхневу та глибоку. Поверхнева мережа представлена більш дрібними петлями, які переважно замкнені і мають форму шароподібну, чотирикутну або овальну. Глибока мережа - великопетляста. Між поверхневою і глибокою мережами лімфатичних судин встановлені анастомози.

Таким чином нами встановлено, що лімфомікроциркуляторне русло найбільш розвинуте на нижніх стінках слизової оболонки лобної пазухи. На передній та задній стінках лімфатичне русло розвинуте менше.

УДК 618.36 – 091 : 618.25

**Ситнікова В. О., Смишляєва Д. М.**

### **МОРФОЛОГІЯ ПЛАЦЕНТ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ**

Одеський національний медичний університет, м.Одеса

Актуальність проблеми. Після впровадження в лікування безпліддя допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), частота багатоплідних вагітностей (БВ) зросла в декілька разів. В Україні за даними Національного реєстру ДРТ на 2000 рік багатоплідні гестації складали 34,6%, а питома вага багатоплідних пологів у цілому зросла на 9,7%.

Не зважаючи на невпинний розвиток науки та медицини, багатопліддя залишається однією з актуальних тем акушерства та репродуктології через високий рівень ускладнень як під час гестації, так і в пологах та післяпологовому періоді. В літературі переважно існують публікації, що торкаються клінічного боку багатопліддя. Нечисленими є відомості про морфологічний стан фетоплацентарного комплексу при БВ взагалі, та при індукованій методах ДРТ БВ зокрема.

Тому метою дослідження було визначення мікроскопічних особливостей у плацентах при спонтанній та індукованій БВ.

Методи та результати досліджень. І групу спостереження утворили 12 випадків індукованої БВ;

II групу - 12 випадків спонтанної БВ;

контрольну групу - 15 випадків спонтанної одноплідної вагітності з фізіологічним перебігом.

Дослідження послідів здійснювалось одразу після народження та було виконане з урахуванням рекомендацій з обстеження послідів, запропонованих А. П. Міловановим та А. І. Брусиловським. Також був проведений морфометричний аналіз плацент за 21 компонентом.

Під час морфометричного дослідження периферичних ділянок плаценти в II групі порівняно з контрольною групою виявлялось зменшення питомого об'єму судин термінальних ворсин (5,9% та 15,3% відповідно,  $p < 0,05$ ). Проте майже усі капіляри утворювали синцитіокапілярні мембрани (2,1%), за рахунок чого газообмін між матір'ю та плодами утримувався на рівні, який забезпечував життєздатність плодів, що підтверджувалось станом новонароджених, які отримали на першій хвилині життя оцінку 8 балів за шкалою Апгар, окрім чотирьох, які отримали оцінку 7 балів. Питомий об'єм строми термінальних ворсин, СКМ, функціонально активних синцитіальних вузлів в трьох групах порівняння істотно не відрізнявся.

Гемодинамічні розлади в периферичній ділянці плаценти в рівній мірі виражені у I та II групах. Проте порівняно з контрольною в обох групах достовірно частіше спостерігались інфаркти (в контрольній групі 5,3%, в I групі – 19,7%, в II групі – 27,0%,  $p < 0,05$ ), тромбози (в контрольній групі не спостерігались, в I групі та II групі – по 16,8%,  $p < 0,05$ ) та крововиливи у міжворсинчастий простір (в контрольній групі 1,9%, в I групі – 9,6%, в II групі – 11,3%,  $p < 0,05$ ).

При БВ в периферичних ділянках плацент визначались запальні процеси в однаковій мірі, тоді як в центральних ділянках останні переважали в II групі спостереження (в I групі – 0,5%, в II групі – 3,4%,  $p < 0,05$ ).

В центральних ділянках плаценти істотних відмінностей не визначалось по усім характеристикам, окрім тромбозу міжворсинчастого простору, який в I групі зустрічався достовірно частіше, ніж в II групі (16,8% та 13,1% відповідно,  $p < 0,05$ ).

Інволютивно-дистрофічні процеси були однаковими в усіх трьох групах спостереження.

Висновки.

1. В незалежно від способу її настання супроводжувалась гемодинамічними розладами переважно в периферичних ділянках плаценти.

2. Індукована БВ мала схильність до тромбоутворень в міжворсинчастому просторі у центральних частинах плаценти.

3. Спонтанна БВ була схильною до порушень плацентарно-плодового кровообігу через зменшення питомого об'єму капілярів термінальних ворсин, яка компенсувалась утворенням значної кількості синцитіокапілярних мембран.

УДК 611.81:616–001.28/29

Соколов Д. А., Ильичева В. Н.

### АРХИ- И ПАЛЕОКОРТИКАЛЬНЫЕ ФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ЛУЧЕВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации», Воронеж, Российская Федерация;

Развитие ядерной энергетики и использование источников гамма-излучения в научно-производственной сфере человеческой деятельности в определенной мере сопровождается риском возникновения внештатных чрезвычайных ситуаций, при которых сотрудники радиационных объектов и население прилегающих территорий могут подвергаться облучению в различном диапазоне доз. Это обстоятельство обуславливает актуальность изучения влияния ионизирующей радиации на различные отделы центральной нервной системы.

Анализ литературных источников показал, что архи- и палеокортикальные формации мозга являются наименее изученными в отношении острых радиационных воздействий. Среди структур старой коры головного мозга особый интерес представляет гиппокамп, отвечающий за механизмы памяти, внимания, ориентировочного рефлекса, временного обеспечения высшей нервной деятельности. Не менее важной структурой, принадлежащей древней коре больших полушарий, является пириформная зона, участвующая в реализации процессов обоняния, эмоциональной сфере, формировании некоторых целенаправленных двигательных реакций.

Эксперимент проводился на 168 половозрелых белых беспородных крысах-самцах массой 180–200 г, в возрасте 2,5–3-х месяцев. Для эксперимента было сформировано две группы животных. Животных первой группы помещали в специальную камеру из оргстекла и облучали  $\gamma$ -квантами  $^{60}\text{Co}$  (1,25 МэВ) на установке «Хизотрон» (Чехия) в кранио-каудальном направлении. Доза облучения составила 87,5 Гр; мощность дозы – 0,86 Гр/мин. Дозиметрический контроль облучения осуществлялся клиническим дозиметром 27012, стержневая камера которого располагалась в поле облучения. Группу радиационного контроля составляли крысы, которые помещались в камеру для облучения, однако излучающую установку не включали. Животные контрольных и опытных групп были одного возраста, пола, содержались в обычном виварном режиме. Крыс выводили из эксперимента декапитацией через 3, 10, 35, 60, 150, 300 и 600 мин после воздействия облучения.

Материалом для изучения служили фронтальные срезы полушарий большого мозга. Объектом исследования явились цитоархитектонические поля  $\text{CA}_1$  и  $\text{CA}_3$  гиппокампа и пириформная зона древней коры.

Выбор участков мозга для изучения осуществлялся при помощи цитоархитектонических карт Paxinos (2004). При уходе за животными и проведении экспериментов руководствовались базисными нормативными документами: рекомендациями комитета по экспериментальной работе с использованием животных при МЗ РФ, рекомендациями ВОЗ, рекомендациями Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других целей.

Для проведения морфологических исследований кусочки мозга фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина. Парафиновые срезы толщиной 6 мкм окрашивали гематоксилином Карацци – эозином и толлуидиновым синим по Нисслю. С целью выявления морфологических изменений, происходящих в нейронах при действии изучаемых факторов, проводили визуальную оценку характера распределения базофильного вещества в их цитоплазме. Производили подсчет нервных клеток с различными типовыми формами морфологической изменчивости, которые выделяли в соответствии с классификацией, согласно которой в нейронах различных отделов головного мозга при действии антропогенных факторов различной природы возникают неспецифические типовые морфологические формы пограничной, альтеративной (деструктивной) и адаптационной (компенсаторно-приспособительной) изменчивости. Морфометрическое исследование заключалось в определении объема тел нейроцитов, их ядер и ядрышек в  $\text{мкм}^3$ , используя формулу  $V = 1/6\pi\alpha\beta^2$  для структур, аппроксимируемых с эллипсоидом вращения и  $V = 1/48\pi(\alpha\beta)$  для образований сфероидальной формы, где  $\alpha$  – больший,  $\beta$  – меньший диаметры. По данным величины объемов рассчитывали ядерно-цитоплазматические (ЯЦИ) и ядрышко-ядерные (ЯЯИ) индексы. Результаты исследования обрабатывались статистически.

В результате проведенных исследований нами установлено, что воздействие ионизирующего излучения в

дозе 87,5 Гр вызывает в нейронах старой и древней коры головного мозга комплекс неспецифических морфо-функциональных изменений, которые заключаются в перераспределении соотношения различных форм морфологической изменчивости нервных клеток, фазном изменении объемов тела, ядра и ядрышка нейронов; характер и степень выраженности изменений зависит от интенсивности действующего фактора и времени после прекращения его воздействия. Реакция нейронов гиппокампа на облучение, в отличие от нейронов древней коры, включает три стадии: начальных, умеренных деструктивных и выраженных деструктивных изменений. При действии гамма-облучения увеличивается содержание нервных клеток с пограничными изменениями по гипохромному типу, а также нейронов с альтеративными изменениями, соответствующими коагуляционному и колликационному нейронекрозам. Ионизирующее излучение в дозе 87,5 Гр вызывает в пострадиационном периоде глубокие дистрофически-некротические изменения, нарастающие к концу срока наблюдений.

УДК 616-008:615.91

*Соловйова Н.В., Богданов О.В., Коваленко О.В., Сорокін Б.В., Стасюк О.А., Фартушина А.М.*

### **АНТАГОНІСТИЧНА ТА СИНЕРГІЧНА ДІЯ ОКСИДУ АЗОТУ, ЯКИЙ УТВОРЮЄТЬСЯ З РІЗНИХ ДЖЕРЕЛ, ЗА УМОВ МОДЕЛЮВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Відома роль оксиду азоту (NO) як важливого фізіологічного регулятора функцій організму та метаболізму клітин. Поряд з цим оксид азоту є потужним агентом, що ушкоджує, виявляє прооксидантні та апоптотичні властивості, пригнічує біоенергетичні та репаративні процеси. Розвиток патогенних ефектів NO справедливо пов'язують із збільшенням його концентрації в тканинах, можливістю утворення більш токсичних похідних (пероксинітриду та ін.)

Однак при моделюванні різних патологічних процесів (пептичної виразки шлунка, експериментального остеопорозу, хронічного сіадоаденіту, хронічного пародонтиту, хронічного гінгівіту), що протікають на тлі збільшення утворення NO в організмі (модель хронічної інтоксикації нітратом натрію), нами були відзначені неоднозначні ефекти NO, що утворюється з різних джерел (у ході ферментативного та неферментативного відновлення нітрат-і нітрит-іонів, активності індукцибельних і конституціональних NO-синтаз).

Мета роботи - вивчення поєднаної дії на окисні процеси в тканинах NO різного походження при відтворенні патологічних процесів на тлі надмірного утворення NO з екзогенного попередника.

За умов моделювання різних за патогенезом захворювань на тлі хронічної інтоксикації нітратом натрію ми виявили, що в тканинах лабораторних тварин значно збільшується продукція супероксидного аніон-радикала

( $\cdot O_2^-$ ) мікросомальним і мітохондріальним електронно-транспортними ланцюгами. При цьому введення селектив-

ного інгібітора індукцибельної NO-синтази (аміногуанідину) знижує продукцію  $\cdot O_2^-$  мітохондріальним електронно-транспортним ланцюгом. У той же час введення неселективного інгібітора NO-синтаз (метилового ефіру нітро-L-аргініну, NAME) або ж селективного інгібітора нейрональної NO-синтази (7-нітроіндазолу, 7-NI) підвищує її. Складається парадоксальна ситуація: з одного боку, підвищена функціональна активність iNOS сприяє продукції додаткової кількості NO. З іншого боку, пригнічення всіх NO-синтаз, навпаки, підвищує продукцію  $\cdot O_2^-$  мітохондріями.

Ці дані дають підстави припустити, що NO, який виробляється конституціональними NO-синтазами, на відміну від такого, що продукується індукцибельною, здатний обмежувати продукцію  $\cdot O_2^-$  мітохондріальним електронно-транспортним ланцюгом. Виявлена суттєва роль NO-синтазного шляху утворення оксиду азоту при моделюванні патології на тлі хронічної інтоксикації нітрату натрію, що супроводжується утворенням істотно більшої кількості NO в порівнянні функціонуванням конституціональних NO-синтаз. Так, при моделюванні пептичної виразки шлунка в експерименті на білих щурах на тлі хронічної інтоксикації нітратом натрію виявлено, що введення інгібітора iNOS (аміногуанідину) достовірно зменшує число виразкових дефектів. У той же час, призначення 7-NI має протективну дію NO.

Таким чином, за умов продукції великої кількості NO порушення вироблення навіть порівняно незначних концентрацій оксиду азоту конституціональними NOS може мати принципове патогенетичне значення. Можна припустити існування механізму, при реалізації якого клітини "розпізнають" не тільки молекулярну будову, але й походження NO - будь то продукт нітритредуктазних реакцій або певних NO-синтаз (індукцибельної або конституціональних).



УДК 615.36 : 612.115

Солтис П.В., Важнича О.М.

**ВПЛИВ ТРОФІЧНОАКТИВНИХ ПЕПТИДІВ НЕОКОРТЕКСУ НА АКТИВНІСТЬ МІКРОФАГІВ ПРИ СТРЕСІ**

Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, м. Київ;

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сьогодні при стресі найбільш вивчені нейротропні ефекти регуляторних пептидів та їх вплив на формування гормональних комплексів. Водночас екстрацеребральні ефекти цих препаратів і субстанцій за умов стресу досліджені недостатньо. Зокрема, це стосується впливу на імункомпетентні клітини та фагоцити. Мета роботи – вивчити фагоцитоз та метаболічну активність поліморфноядерних лейкоцитів (ПМЯЛ) при стресі та його корекції трофічноактивними пептидами неокортексу. Для досягнення поставленої мети в експериментах на білих щурах-самцях відтворювали емоційно-больовий стрес. Одній із груп тварин перед стресом вводили екстракт неокортексу тварин (1мг/кг), який містить комплекс трофічноактивних нейропептидів і нині знаходиться на завершальному етапі доклінічних досліджень під назвою «Церебрал». Вивчали активність мілопероксидази, лізосомально-катіонний тест, життєздатність та фагоцитарну активність ПМЯЛ. Показано, що введення субстанції знижує активність мілопероксидази гранулоцитів і викликає тенденцію до їхньої декатіонізації. Ці процеси відбуваються на фоні підвищеної проникності мембран ПМЯЛ в тесті на життєздатність. Зміни метаболічних процесів і стану клітинних мембран ПМЯЛ супроводжуються тенденцією до нормалізації фагоцитарної активності, яка була підвищеною при стресі. Одержані результати вказують, що в механізмі дії нейротрофічних пептидів неокортексу певну роль відіграє вплив на процеси імунітету. Вивчення ефектів трофічноактивних факторів неокортексу стосовно реакцій специфічного імунітету становитиме наступний етап наших досліджень.

УДК:611.843:616-002-1-021.5-092.9

Стецюк О.О., Селькіна Г.Б.

**ВПЛИВ ПІДШКІРНОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ НА МЦР СІТКІВКИ НА ТЛІ ГОСТРОГО РЕТИНІТУ У ЩУРІВ**

ВДНЗУ «УМСА» кафедра гістології, цитології та ембріології, м. Полтава

Вже на початку ХХ-го сторіччя вивчалися можливості застосування біологічного матеріалу при лікуванні різних захворювань у людини. Ці погляди в медицині виникли не без впливу ідей І.І. Мечникова, що першим обґрунтував і розвив гуморальну теорію захисту від старості, у тому числі стимуляцію імунітету.

У Європі цей напрямок тісно зв'язано з ім'ям російського лікаря-емігранта С.Воронцова, що застосовував вже ембріональні тканини при широкому спектрі захворювань у людини. Так тканинна терапія використовувалася в клініці видатного українського вченого академіка В.П.Філатова та його послідовників.

Сьогодні нові біотехнологічні розробки з регіональними й ембріональними стовбурними клітинами дозволяють робити спеціалізовані клітини людини як для створення штучних органів, так і для цілей клітинної терапії в кількостях, необхідних для сучасної медицини. Тому вивчення впливу тканин ембріофето-плацентарного комплексу в корекції ішемічних уражень сітківки є актуальною проблемою в сучасній офтальмології.

Метою експериментального дослідження було вивчення реакції структурних компонентів сітківки ока щурів при одноразовій підшкірній трансплантації кріоконсервованої плаценти на фоні гостро асептичного ретиніту.

Дослідження було проведене на 55 статевозрілих щурах-самцях лінії «Вістар», 35-и з яких для створення моделі гострого асептичного ретиніту вводили внутрішньоочеревина 5 мг λ-карагінену в 1 мл ізотонічного розчину NaCl. Евтаназія щурів була проведена після 24-ої годин, 2-ї, 3-ї, 5-ї, 7-ї, 10-ї, 14-ї, 21-ї та 30-ї доби експерименту, 10 тварин склали контрольну групу. Після евтаназії тварин матеріал тканини очей заключали в парафінові та ЕПОНові-812 блоки, виготовленні напівтонкі зрізи вивчали в світловому мікроскопі фірми «BIOREX» з адаптованим пакетом програм для фотографування. Морфометричні дослідження були проведенні за допомогою окуляр-мікрометра МОВ -1х1,5.

Вивчаючи напівтонкі зрізи 1-ї доби було встановлено, що в сітківці та судинній оболонці поступово виникають деструктивні зміни, які нагадують наявні у людей, що страждали гострими ретинітами. Спостерігалися незначно розширенні кровоносні судини ГМЦР. Друга доба експерименту характеризувалась явищами вираженого стазу. Просвіт кровоносних капілярів, посткапілярних венул і венул розширений, заповнений форменими елементами крові, наявні явища периваскулярного набряку. Про наявність застійних явищ у венулах свідчить закриття їх просвіту форменими елементами крові, зменшення їх щільності, звуження цитоплазми ендотеліоцитів, дезорганізація інтерстицію, яке супроводжувалося вираженням зменшення товщини внутрішнього ядерного шару, за рахунок набряку в гангліонарному та внутрішньому сітчастому шарі. На більшому збільшенні мікроскопа в ділянках розладу кровообігу в просвіті судин чітко виражені явища складжування еритроцитів, набряк периваскулярної тканини, який розповсюджується на гангліозний шар. На третю добу зберігається набряк сітківки, він переважно позаклітинний, розміщений в шарі нервових волокон, гангліозних клітинах і внутрішньому сітчастому шарі. З часом позаклітинний набряк заважає і зовнішній сітчастий шар. Ймовірно, що розлад кровообігу, який супроводжується набряком міжклітинної речовини, обумовлює дистрофічні зміни вказаних клітинних елементів. Останнє має зворотній характер в залежності від виду місцевих розладів кровообігу. Залишаються явища венозного стазу та периваскулярного набряку, який охоплював всі шари сітківки, діаметр венул



склав  $29,57 \pm 0,98$  мкм при  $p < 0,01$ , порівняно з контрольною групою тварин. 7-ма доба характеризувалась поступовим відновленням кровопостачання сітківки, так подекуди зустрічались капіляри зі збільшеним просвітом. Діаметр венул та артеріол статистично не відрізнявся від контрольної групи тварин, діаметр капілярів склав  $6,45 \pm 0,10$  мкм при  $p < 0,01$ , порівняно з контрольною групою тварин. Десята та послідовні доби експерименту характеризувались повним відновленням кровопостачання сітківки.

УДК 611.013:611.018

*Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю.*

### **ПРОБЛЕМИ ГІСТОЛОГІЧНОЇ ЕМБРІОЛОГІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Одним із провідних і актуальних завдань ембріологів, анатомів, тератологів, хірургів є вивчення розвитку, становлення топографо-анатомічних взаємовідношень органів у різні вікові періоди [2, 3]. Однак на сьогодні найменш вивченими в плані вікової морфології є анатомічні та гістологічні особливості органів і структур у пренатальному онтогенезі, який доцільно розділити помісячно, а в найбільш гострі (критичні) періоди навіть потижнево [4]. У теперішній час морфологи все частіше працюють спільно з біохіміками, біофізиками, генетиками, фізіологами та клініцистами різного профілю. Такий інтегруючий підхід призвів до створення особливого стану наукового мислення, яке можна назвати „взаємодоповнюваність” або „міжпредметність” [7].

Сучасна ембріологія являє собою комплекс наукових дисциплін, кожна з яких характеризується особливостями ієрархічного рівня досліджуваних об'єктів і переважним використанням тих чи інших методів дослідження. Важливе місце серед цих наукових дисциплін у вивченні актуальних проблем розвитку людини і тварин належить гістологічній ембріології. Основним завданням гістологічної ембріології є вивчення закономірностей ембріонального гістогенезу, тобто походження, становлення і розвитку тканинної організації зародка і плода. Проблеми біології розвитку хвилюють в однаковій мірі як біологів, які стараються розкрити механізми, що лежать в основі диференціювання і розвитку, так і стоматологів, практичні потреби яких вимагають глибокого знання закономірностей ембріогенезу. З огляду на сьогодення та сучасні методи дослідження надзвичайно актуальним є твердження О.В.Волкової (1983) про те, що “розширення фундаментальних досліджень з ембріології людини ... є необхідністю, яка вже назріла, оскільки багато захворювань дітей та дорослих зв'язані з внутрішньоутробним періодом розвитку”.

У сучасній науковій літературі висвітлюються дискусійні питання стосовно термінів відокремлення різних зачатків органів людини, хронології гісто- і органогенетичних перебудов твердих і м'яких тканин упродовж першого триместру вагітності [6]. Висловлюється думка про те, що наявні протиріччя зумовлені, швидше всього, недосконалістю існуючих на сьогоднішній день систем періодизації ембріогенезу і критеріїв визначення віку зародків та плодів людини, що потребує подальших досліджень у цьому напрямку.

Проблема співвідношення диференціювання і проліферації клітин в гістогенезі продовжує залишатись однією із центральних в біології. Диференціювання клітин – це результат індукції. При цьому фактори індукції здійснюють вплив тільки на компетентні клітини. Під час вивчення розвитку тканин і органів ще недостатньо враховувалась роль часового фактору, в той час як багато котрі з індуктивних факторів виявляються ефективними лише на певних стадіях, які відповідають компетентному стану клітин-мішеней. Сьогодні добре відомо, що вуглеводні залишки, які входять до складу глікопротеїнів тваринної клітини, відіграють ключову роль у процесах морфогенезу забезпечуючи міжклітинні та клітинно-матриксні взаємодії. Зміна вуглеводного репертуару клітинної мембрани може призвести до незворотних наслідків в ембріогенезі, до розвитку лізосомальних хвороб чи малигнізації в постнатальному періоді. Вивчення експресії вуглеводів на клітинних мембранах дозволяє робити висновок про інтенсивність процесів морфогенезу. Лектини, завдяки вибіркому зв'язуванню з вуглеводними залишками, визнано найбільш інформативними молекулярними зондами, що дозволяють проводити ідентифікацію глікокон'югатів та вивчати динаміку їх експресії на клітинних мембранах [5]. За останнє десятиліття опубліковано цілий ряд повідомлень про важливу роль лектин-рецепторних взаємодій на послідовних етапах ембріогенезу. Показовим є те, що характер топографії рецепторів лектинів залежить від ступеню диференціювання складових клітинних популяцій. Динаміка тканинних і клітинних глікокон'югатів у процесі диференціювання підлягає певним закономірностям. Власне це й дозволяє застосовувати лектини в ембріологічних дослідженнях [1], які мають ще несистематизований та, часом, випадковий характер.

Поглиблений аналіз ембріонального періоду розвитку людини розкриває притаманні ембріогенезу людини особливості розвитку, динаміку гістогенезу різних органів і систем, принципи кореляції їх структури і функції. Водночас нормальний хід гістогенезу залежить не тільки від міжклітинних взаємодій і диференціювання клітин всередині тканини, яка розвивається, але і від міжтканинних взаємодій, а також від впливів зі сторони інших органів і систем. Дослідження з аналізу порушень морфогенезу в ембріогенезі, що проявляються як вади розвитку, спадкові і неспадкові захворювання, забезпечують стоматологам створення наукової бази для дійових заходів попередження цих порушень.

Розвиток гістологічної ембріології як одного із важливих напрямків загальної ембріології вимагає уточнення її взаємовідношення з анатомічною ембріологією, біологією розвитку, молекулярною біологією, патологічною ембріологією, тератологією, імуноембріологією та іншими науковими дисциплінами, які вивчають різні аспекти розвитку зародка з огляду на використання сучасних методів дослідження (в тому числі лектиногістохімії та CD-маркерів). Ключові моменти морфологічних перетворень зубощелепного апарату та суміжних структур у ембріо-

нальному періоді розвитку людини різноманітні наукові джерела подають, в основному, за результатами окремого вивчення гістогенезу епітеліальних і мезенхімних похідних. Різномірність матеріалу, на якому вони базуються, а також неузгодженість вікової градації ембріогенезу значно затрудняють відтворення цілісної уяви про морфофункціональну організацію всього комплексу та прилеглих структур відповідно до стадій розвитку чи в окремо взятій віковій групі, що значно знижує цінність та прикладне значення таких даних. У світлі вище зазначеного особливу актуальність ми вбачаємо у детальному лектиногістохімічному дослідженні ходу ембріогенезу прилеглих до зубощелепної системи структур і особливо – вивчення перебігу пренатального онтогенезу великих слинних залоз людини (зокрема, піднижньощелепної).

Висновки. Динаміка тканинних і клітинних глікокон'югатів у процесі диференціювання підпорядкована певним закономірностям, що дозволяє застосовувати лектини в ембріологічних дослідженнях. Ключові моменти морфологічних перетворень зубощелепного апарату та суміжних структур у ембріональному періоді розвитку людини наукові джерела подають, в основному, за результатами окремого (вибіркового) вивчення гістогенезу епітеліальних і мезенхімних похідних. Різномірність матеріалу, на якому вони базуються, а також неузгодженість вікової градації ембріогенезу значно затрудняють відтворення цілісної уяви про морфофункціональну організацію всього комплексу та прилеглих структур відповідно до стадій розвитку чи в окремо взятій віковій групі, що значно знижує цінність та прикладне значення таких даних у стоматології. Актуальність продовження дослідження динаміки вуглеводного репертуару клітинних мембран за допомогою методів лектиногістохімії в ембріології очевидна. Перспективи наукового пошуку у даному напрямку ми бачимо у детальному лектиногістохімічному дослідженні ходу ембріогенезу прилеглих до зубощелепної системи структур і особливо – вивчення перебігу пренатального онтогенезу великих слинних залоз людини (зокрема піднижньощелепної слинної залози).

УДК: 615.1:614.35:614.27: 615.12

*Хранай Х.В., Хранай О.В.*

### **ГОЛОВНІ ПОЛОЖЕННЯ РЕГУЛЮВАННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЛІКІВ В УКРАЇНІ**

Кафедра гістології та ембріології, Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця, м. Київ

В світі реалізується близько 350 тис. лікарських засобів. Україна займає лише 0,03% всього світового ринку ліків. При цьому 45% лікарських засобів, які можна придбати в аптеці є безрецептурними. Останнім часом зростає кількість повідомлень про побічні дії препаратів та неефективність деяких з них. Це зумовлює необхідність постійного здійснення нагляду за безпекою ліків. Створення ефективних та безпечних лікарських засобів, інспектування суб'єктів господарювання з питань забезпечення якості лікарських засобів та на етапі реалізації ліків споживачу, теоретичне обґрунтування принципів функціонування системи забезпечення якості лікарських засобів є вкрай актуальним.

Метою роботи стало обґрунтування головних положень та проблемних питань в системі забезпечення якості лікарських засобів.

Для досягнення поставленої мети нами було проаналізовано головні аспекти державного контролю якості лікарських засобів в Україні.

Станом на 1 вересня 2010 року в Україні зареєстровано 5831 найменувань виробів медичного призначення, з яких вітчизняного виробництва лише 863 (14,8%). Останнім часом надходять повідомлення щодо побічної дії препаратів (наприклад, пірогенних реакцій на фізрозчин і розчин глюкози), які трактуються, як алергічні реакції. В більшості країн світу головним джерелом інформації про побічні дії лікарських засобів є виробник. Так в США повідомлення в регуляторні органи від виробників ліків стосовно їх побічної дії складають 98,3%, в той час як в Україні (станом на 1.02.2005) лише 6,8%.

Саме з метою покращення безпеки ліків, Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) впровадила вимоги до лікарських засобів: ефективність, безпека, доступність для пацієнта та співвідношення користі/ризик. З метою реєстрації та контролю за випадками побічної дії та небажаних ефектів при застосуванні лікарських засобів в Україні з 1996 року була створена система фармакологічного нагляду.

Розробка, впровадження та реалізація лікарських засобів в світі жорстко регламентується стандартами GLP ("Good Laboratory Practice") GCP ("Good Clinical Practice") та GMP ("Good Manufacturing Practice"). Нажаль наша держава робить лише перші кроки в даному напрямку. Із 140 суб'єктів, що займаються виробництвом лікарських засобів в Україні, лише 14 виробників наблизилось до виробництва за умовами GMP. Фармаконагляд в Україні базується на Законі "Про лікарські засоби" (1996), наказі МОЗ України "Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування", Постанови Кабінету Міністрів України від 14.09.2005 р. №902 (із змінами, внесеними від 01.03.2010 р. №261) та нормативно-правових актах ЄС (директиви 2001/83/ЄС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 6.11.2001р. "Про зведення законів Співтовариства стосовно лікарських препаратів для людини").

Саме тому невідповідність якості інформації щодо вітчизняних лікарських засобів світовим стандартам виробництва є одним із основних факторів, який сприяє зменшенню питомої ваги українських лікарських засобів у грошовому вираженні на фармринку України, а також критично зменшує експортні можливості вітчизняної фармпромисловості.

Запобігти виникненню побічних реакцій можна при дотриманні вказівок інструкцій для медичного застосування, не використовувати без нагальної потреби вагітним та пацієнтам, що годують грудьми, не використовувати будь-які лікарські засоби при підвищеній чутливості до них, враховувати вік, наявність захворювань нирок та печінки, що може вплинути на рівень метаболізму пацієнта. Однак навіть при дотриманні рекомендацій лікарів можна не уникнути ускладнень при лікуванні, якщо лікарські засоби не були цілком безпечними.

Головними шляхами подолання цієї проблеми може стати удосконалення Закону «Про лікарські засоби» з урахуванням сучасних вимог до контролю за виробництвом та безпекою ліків при їх медичному застосуванні (GMP, GLP, GCP) та підготовка висококваліфікованого персоналу на всіх ланках створення лікарських засобів (клінічних фармакологів та фармацевтів).

УДК: 616.831-005.8-092.18

*Шулятникова Т.В.*

### **УЛЬТРАСТРУКТУРА КРОВЕНОСНЫХ КАПИЛЛЯРОВ В «КРИТИЧЕСКИХ ЗОНАХ» ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Степень прогрессирования инфарктного ядра при ишемических инфарктах головного мозга в большой степени зависит от состояния сосудов микроциркуляторного русла перифокальной «критической зоны». В связи с этим целенаправленное изучение микроциркуляторной гемодинамики на ультраструктурном уровне чрезвычайно важно для оценки патологоанатомом морфогенеза формирующегося мозгового инфаркта.

Цель – изучение на ультраструктурном уровне особенностей капилляров микроциркуляторного русла в очагах формирующегося ишемического некроза и в «критических зонах» в динамике экспериментальной ишемии головного мозга.

Материал и методы: Острая ишемия мозга с развитием инфарктов моделировалась путем двухсторонней перевязки общих сонных артерий у 15 крыс линии Вистар. Животные забивались путем одномоментной декаптации под повторным наркозом через 6, 24 и 48 часов. Для электронномикроскопического исследования брались кусочки коры головного мозга из зоны смежного кровообращения средней и передней мозговых артерий, фиксация и заливка материала проводились по стандартной методике. Полутонкие срезы окрашивались метиленовым синим и основным фуксином. Ультратонкие срезы контрастировались водным раствором уранилацетата и лимоннокислым свинцом по Рейнольдсу, изучались в электронном микроскопе ПЭМ-100. Для электрохимического выявления белков использована методика Сильвермана-Глика.

Результаты исследования. В очагах развивающегося некроза участков мозговой коры со стороны сосудов микроциркуляторного русла доминируют признаки полного выключения в них кровотока, основными ультраструктурными признаками которого являются: обтурирующие, плотно адгезированные с эндотелием микротромбы (эритроцитарные, смешанные); запустевшие отрезки капилляров с отсутствием в сосудистой стенке ультраструктурных признаков гемато-энцефалического обмена (микропиноцитозные и рофеоцитозные пузырьки), а также наличием в той или иной степени выраженной вакуолизации и деструкции органелл.

Для перифокальных зон, где отсутствуют явные ультраструктурные признаки начинающегося некроза, характерны следующие изменения.

Основными ультраструктурными признаками остановленного кровотока (с вероятной возможностью восстановления) являются: эритроцитарные сладжи без плотной адгезии с эндотелием, плазматические престазы и стазы, а также опустевшие и спавшиеся микрососуды – при отсутствии в сосудистой стенке ультраструктурных признаков гемато-энцефалического обмена. Ультраструктурными признаками редуцированного кровотока являются: преобладание среди эритроцитов клеток с фокальным или тотальным снижением ультрацитохимической реакции на белки, а также опустевшие и спавшиеся микрососуды со слабо выраженными ультраструктурными признаками гемато-энцефалического обмена.

Таким образом, в перифокальных зонах изменения капиллярного русла отличаются значительно большим разнообразием, чем в зонах формирующегося полного некроза ткани. Здесь также можно изредка встретить единичные отрезки с обтурирующими эритроцитарными микротромбами (без фатальных изменений окружающих тканевых структур), но в рядом расположенных капиллярных сегментах при этом всегда имеются проявления в той или иной степени сохраненного кровотока.

УДК.: 616.441-001.28/.29

Черкасова Ю.Б., Логачева В.В.

**ПОСТРАДИАЦИОННЫЙ ОТВЕТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА  $\gamma$ -ОБЛУЧЕНИЕ В ДИАПАЗОНЕ МАЛЫХ ДОЗ**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Воронеж, Россия

В третьем тысячелетии человечество уже не может обойтись без ядерной энергетики и лучевых технологий. Подавляющая часть населения на протяжении своей жизни сталкивается с низкоуровневыми воздействиями ионизирующей радиации в медицинском и экологическом аспектах. После аварии на ЧАЭС интерес к проблемам малых доз в профессиональной и аварийной ситуациях резко усилился. Эффекты малых доз  $\gamma$ -облучения не соответствуют линейной экстраполяции с больших доз. Очевидный интерес представляет изучение последствий их воздействия, как в остром, так и в отдаленных периодах (Булдаков Л.Д., 1990; Москалев Ю.И., 1991; Никифоров А.М., 1996; Яблоков А.В., 1997; Фролов В., 1998; Эйбус Л.Х., 2000; Мазурик В.К., 2001; Бурлакова Е.Б., 2001; Ильин Л.А., 2001; Петровский В.С., 2001; Воронцов И.В., 2002; Ушаков И.Б., 2007; L'accident de Tchernobyl, 2007; Котеров А.Н., 2009). Значительная роль в лучевом поражении отводится щитовидной железе, учитывая ее особую чувствительность к радиогенному фактору, а также значительную роль в защитно-приспособительных и компенсаторных реакциях. В патогенезе заболеваний эндокринной системы, в том числе онкологических, роль радиогенного фактора хорошо известна с усилением значимости в канцерогенезе по отдаленности пострадационных периодов (Должанов А.Я., 1988; Дедов В.И., 1993; Черстой Е.Д., 1993; Вылегжанина Т.А., 1996; Воронцова З.А., 1997; Сапронов Н.С., 1998; Ушаков И.Б., 2007; Ирьянов Ю.М., 2008).

Цель исследования: смоделировать пострадационный ответ щитовидной железы на воздействие общего однократного и фракционированного  $\gamma$ -излучения в диапазоне малых доз.

Экспериментальная модель представлена половозрелыми белыми беспородными крысами-самцами с начальным возрастом 4 месяца в количестве 90.

Крысы испытывали общее однократное и фракционированное  $\gamma$ -облучение со спектром 1,2 МэВ на установке «Хизотрон» ( $^{60}\text{Co}$ ). При фракционированном облучении суммарная доза распределялась в течение пяти суток. Дозиметрический контроль равномерности  $\gamma$ -облучения осуществляли с помощью клинического дозиметра 27 012, стержневая камера которого располагалась в поле облучения. Неравномерность дозового поля составила  $\pm 15\%$ . Мощность дозы  $\gamma$ -облучения составила 50 сГр/ч, а диапазон доз: 10; 20; 50 и 100 сГр, с пострадационным периодом наблюдения 12 месяцев. В соответствии с планом эксперимента было сформировано 10 групп, в том числе возрастной контроль. Одну долю щитовидной железы замораживали с целью проведения гистохимических исследований, вторую - фиксировали в жидкости Буэна и осуществляли стандартную проводку, с последующей заливкой в парафин. Для обзорных целей парафиновые срединные срезы окрашивали гематоксилином-эозином. В 60 фолликулах, с учетом их формы, измеряли высоту тироцитов по линии прохождения меньшего и большего диаметров. Количественную оценку гормонообразования щитовидной железы осуществляли по степени йодирования аминокислот коллоида фолликулов в 60 полях зрения при окраске парафиновых срезов по методу A.DesMarais and Q.N. LaHam (1962 г). Гистохимические реакции проводили для выявления активности щелочной фосфатазы на криостатных срезах по Берстону М. (1965). Морфометрию проводили в 25 полях зрения с каждого микропрепарата. В межфолликулярной строме щитовидной железы ( $\times 630$ ) в 60 полях зрения подсчитывали тучные клетки, определяли их общее число и морфофункциональные типы (Воронцова З.А., 2004) при окраске основным коричневым по Шубичу М.Г. (1961). Дегранулированные и лизированные – это активные формы тучных клеток; недегранулированные в состоянии покоя, безъядерные – отравленные клетки. При окраске срезов гематоксилином-эозином определяли процент территориальной поражаемости щитовидной железы опухолевым процессом. Морфометрическую оценку критериев осуществляли на основе программы ImageJ. Статистическая обработка результатов исследования проводилась на ПЭВМ Pentium III-500, с помощью пакетов программ Excel 2003, Statistica, SPSS for Windows, MathCad 2000.Rus с использованием параметрических критериев.

Эффекты однократного и фракционированного  $\gamma$ -облучения проявились ступенчатым возрастанием гормонообразования на фоне дозозависимого повышения высоты тироидного эпителия с достоверными показателями после однократного  $\gamma$ -облучения в дозах 10, 20 и 100 сГр и после фракционированного - в минимальной и максимальной дозах. Установлено достоверное снижение процессов транспорта капилляр-тироцит по светооптической плотности щелочной фосфатазы соответственно дозовой динамике. Независимо от кратности  $\gamma$ -облучения в диапазоне доз  $\gamma$ -облучения отмечалось прогрессирующее снижение общего числа тучных клеток на фоне перераспределения их морфофункциональных типов в прямой зависимости от дозы с преобладанием дегранулированных тучных клеток, высвобождающих гепарин. Исключением была активация лизиса тучных клеток с высвобождением гистамина при фракционированном  $\gamma$ -облучении в дозе 50 сГр. Появление паренхиматозных опухолей щитовидной железы констатировано независимо от кратности  $\gamma$ -облучения. Учитывая динамику усиления гормонообразования, повышение высоты тироцитов, на фоне низких показателей процентов территориальной поражаемости, можно предположить, что опухолевый процесс не носил гормональной активности.

Таким образом, пострадационная модель ответа щитовидной железы на однократное  $\gamma$ -облучение с мощностью 50 сГр/ч в дозах 10, 20, 50 и 100 сГр спустя 12 месяцев выглядела в разобщении процессов синтеза и



высвобождения тиреоидных гормонов, что проявлялось повышением высоты тироцитов, усилением гормонообразования при сниженной активности щелочной фосфатазы и общего числа тучных клеток. Возрастание числа активных тучных клеток не компенсировало десинхронизацию процессов, что, видимо, связано с развитием неопластических реакций.

УДК: 615.242:615.32

**Шульга Л.І.**

### **РАЦІОНАЛІЗАЦІЯ ПІДХОДУ ДО ОБГРУНТУВАННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ЛІКАРСЬКОЇ СИРОВИНИ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ СТОМАТОЛОГІЇ**

Національний фармацевтичний університет, м. Харків,

Фітотерапія й сьогодні є невід'ємною частиною клінічної медицини. Людство здавна звертає увагу на переваги препаратів рослинного походження: біологічно активні сполуки їх складу органічно поєднані; кожна рослина має властивий їй спектр лікувально-профілактичних ефектів; фітозасоби виявляють м'яку терапевтичну дію, їх можливо призначати у педіатричній та геронтологічній практиці завдяки безпечності тривалого використання та мінімізації побічного впливу. Проте, на жаль, асортимент стоматологічних фітотерапевтичних засобів для консервативного лікування запалень пародонту на вітчизняному фармацевтичному ринку обмежений. Тому створення нових препаратів на основі лікарської рослинної сировини для терапевтичної стоматології залишається актуальним.

Ефективними та зручними у використанні є стоматологічні рідкі лікарські препарати, які чинять протизапальну, антимікробну, фунгіцидну, в'язучу, регенеруючу дію на тканини пародонту і які можливо використовувати для полоскань, зрошень та інстиляцій у ясенні кишені.

Як перспективні об'єкти для створення таких фітозасобів нами обрана наступна лікарська рослинна сировина, яка використовується у медичній практиці, зокрема у стоматологічній: кореневища айру тростинового (*Rhizomata Acori calami*), кореневища з коренями родовика лікарського (*Rhizomata cum radicibus Sanguisorbae officinalis*), корені солодки голої (*Radices Glycyrrhizae glabrae*).

Раціоналізація підходу до розробки складу нового препарату дозволить обґрунтувати кількісний вміст лікарської сировини в препараті для стоматології.

З цією метою було виготовлено настойки з кожної лікарської рослинної сировини на 40% та 70% спирті етиловому та заплановане мікробіологічне дослідження щодо визначення мікробіцидної та фунгіцидної активності експериментальних зразків.

Оцінку антибактеріальної активності досліджуваних настоек кореневища айру тростинового, кореневища з коренями родовика лікарського та коренів солодки голої проводили в дослідях *in vitro* загальноприйнятим в мікробіологічній практиці методом дифузії в агар у модифікації колодязів.

Відомо, що для проведення ефективного лікування необхідно враховувати видовий спектр мікроорганізмів, які вегетують в пародонтальних кишенях. Проте, більшість сучасних поколінь препаратів з антимікробними властивостями не володіють фунгіцидною дією, а саме дріжджові гриби роду *Candida* є одним з найбільш характерних представників пародонтопатогенної мікрофлори. Отже, як тест-культури для проведення мікробіологічних досліджень були використані штами *S. aureus* ATCC 25923 та *C. albicans* ATCC 885-653.

На підставі проведеного мікробіологічного вивчення встановлено, що всі експериментальні зразки мають антимікробну активність по відношенню до *S. aureus*. Також відмічено, що настойки кореневища з коренями родовика лікарського виявляють значну фунгіцидну активність, про що свідчать найбільші зони затримки росту тест-штаму *C. albicans*.

Проведені дослідження довели відсутність суттєвого впливу концентрації розчинника на рівень протимікробної і протигрибової активності відповідних зразків.

Проаналізувавши одержані експериментальні дані виготовлено та досліджуються 10 композицій комбінованих настоек на основі поєднання представників лікарської сировини: кореневища айру тростинового, кореневища з коренями родовика лікарського та коренів солодки голої з урахуванням вмісту біологічно активних речовин їх складу та антимікробного потенціалу вищенаведеного вивчення.

УДК: [611.843:616-002]-092.9:611.013.85-089.843

**Якушко О.С.**

### **ЗМІНИ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН ЗОРОВОГО НЕРВА ЩУРА ПРИ ГОСТРОМУ АСЕПТИЧНОМУ НЕВРИТІ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ТРАСПЛАНТАЦІЄЮ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На підставі комплексних наукових досліджень встановлений позитивний вплив кріоконсервованої плаценти на перебіг запальних процесів.

Метою дослідження було вивчення корегуючого впливу кріоконсервованої плаценти на стан нервових волокон зорового нерва при гострому асептичному запаленні.



Дослідження було проведене на 100 статевозрілих щурах лінії «Вістар». Тварини були поділені на три групи: I група (10 тварин) – інтактні, II – 45 тваринам одноразово внутрішньоочеревенно був уведений розчин  $\lambda$ -карагінену, III група – 45 тваринам на тлі гострого асептичного неврити було одноразово трансплантовано кріоконсервовану плаценту. Евтаназія тварин проводилась на 1, 2, 3, 5, 7, 10, 14, 21 та 30 добу дослідження. Зорові нерви тварин заключали в ЕПОН – 812. Напівтонкі зрізи вивчали у світловому мікроскопі.

Встановлено, що при гострому асептичному невриті з 1-ої по 5-у добу поступово збільшувалась площа поперечного перерізу нервових волокон, максимально на 5-у добу (в 3 рази,  $p < 0,001$ ). В цей термін волокна були овальної форми, набряклі, мієлінова оболонка потоншена. 7-21-а доба характеризувалась поступовим зменшенням набряку та відновленням площі поперечного перерізу. На 30-у добу нервові волокна були оточені оптично світлими вакуолями, утвореними накопиченням набрякової рідини. Трансплантація кріоконсервованої плаценти виступила як протектор для нервових волокон зорового нерва. Це підтверджувалось тим, що площа поперечного перерізу зросла лише на 3-у добу в 1,4 рази у порівнянні з інтактом ( $p < 0,05$ ). Зміни у нервових волокон мали зворотній характер. На 30-у добу структура нервових волокон не відрізнялась від інтактної групи.

УДК:611.3+616.43/.47]:546.791

Проскуракова Е. Е.

### **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ПЕРОРАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБЕДНЕННОГО УРАНА**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Воронеж, Россия

Во всех объектах биосферы: почве, воде, воздухе, минералах, живых организмах содержатся в естественной форме природные радионуклиды, одним из которых является уран 238. Причинная значимость эффектов облучения обеднённого урана (ОУ) не установлена, но сказывается на состоянии здоровья людей, проживающих в зонах вооружённого конфликта, попадая в организм вместе с водой в виде оксида, образующегося при взрывах снарядов. Острая урановая интоксикация характеризуется политропным действием на различные системы и механизмы действия его соединений весьма разнообразны. (Головко А.И. и др., 2000; Белоус Д.А., 2004; Кулиева Г.А., 2004; Гребенюк А.Н. и др., 2009). Неповрежденная слизистая оболочка тонкой кишки является первым барьером при токсических поражениях. По мощности ферментативных систем детоксикации, печень является вторым крупным барьером на пути чужеродных и токсических веществ из просвета кишки во внутреннюю среду организма (Комарова Д.В. и др., 1999; Мишнев О.Д. и др., 2003; Зайчик А.Ш. и др., 2005; Ивашкин В.Т. и др., 2007). Между тем, выявление и обобщение закономерностей, определяющих метаболический статус органов пищеварительной и эндокринной систем необходимо для раскрытия механизмов патологического процесса, возникающего в ответ на однократное пероральное введение водного раствора ОУ в хронодинамике сроков наблюдения, что и обуславливает цели и задачи данного исследования.

Материалы и методы. Экспериментальная модель представлена белыми половозрелыми беспородными крысами-самцами с начальным возрастом 4 месяца. В соответствии с планом эксперимента, животные были разделены на шесть групп: экспериментальные группы с временными параметрами 1; 3 и 6 мес после однократного перорального поступления водного раствора смешанного оксида ОУ в дозе 0,1 мг на 100 г массы животного, которым соответствовали три возрастные группы контроля 5; 7 и 10 мес.

Фрагменты органов замораживали с формированием блоков таким образом, чтобы на одном предметном стекле был контрольный и экспериментальный материал, и заливали в Killik. Изготавливали криостатные срезы для проведения гистохимической реакции на щелочную фосфатазу (ЩФ), определяющей процессы транспорта в периацинарных капиллярах околоушной слюнной железы; в энтероцитах и колоноцитах эпителия тощей и толстой кишок; в холангиолах ацинарной дольки печени; в системе «капилляр-тироцит», «капилляр-кортикоцит». Качественную и количественную характеристику микрообъектов органов проводили от каждого животного с использованием бинокулярного микроскопа OPTIKA Serie DM-15&20.

Результаты собственных исследований. В экспериментальных группах было использовано большое количество животных с достаточным представительством морфологических критериев. Чтобы исключить причину случайных явлений использован дополнительный статистический метод – кластерный анализ по иерархическому и итеративному алгоритму среднесвязывающих. Показатели средних значений кластеров определили степень их близости с контролем и между собой, а также количественное распределение животных по морфоэнзиматическим критериям внутри кластера.

У контрольных животных с возрастом выявлены незначительные изменения гистoenзимологических показателей в эпителии слизистой оболочки тощей кишки с тенденцией к снижению активности. В эксперименте был значительный разброс средних значений в кластерах. Показатели активности ЩФ щеточной каемки энтероцитов в кластере I снижались спустя 6 мес от начала эксперимента с предшествующим возрастанием спустя 1 и 3 мес. В кластерах II и III наблюдалось повышение активности ЩФ по всем срокам эксперимента относительно контроля. В толстой кишке контрольных животных наблюдалось возрастное снижение активности ЩФ. Показатели ЩФ стенки капиллярного русла в кластере I были снижены относительно контроля спустя 1 и 3 мес, а к завершению эксперимента – нормализовались. В кластере II активность ЩФ повышалась спустя 1 и 3 мес, а в

кластере III – спустя месяц; к 6 мес снижалась в обоих кластерах. Оценка гистоэнзиматических показателей гепатоцитов в ацинусе печени выявила, что самая многочисленная группа I кластера испытывала разнонаправленную динамику после воздействия ОУ повышением активности спустя 1 и 3 месяца и ее снижением через 6 месяцев наблюдения. В кластерах II и III направленность эффекта аналогичная, но более выражена спустя 3 месяца. Покластерная динамика светооптической плотности ЩФ желчевыносящей системы испытывала снижение активности самого многочисленного компартмента – кластера I. Изменения в других кластерах имели разнонаправленные и обратимые биоэффекты ОУ в зависимости от сроков наблюдения. Холангиолы (Х), образующие начало желчных ходов, располагающиеся перед впадением в междольковый проток портальных трактов, незначительно повышали активность ЩФ по показателям светооптической плотности в контроле с прямой зависимостью от сроков наблюдения. Во временной динамике эксперимента ЩФХ возрастала спустя 1 и 6 месяцев и снижалась через три месяца по показателям средних значений в ацинусе. Причем, Х изменяли не только активность ЩФ, но и свою протяженность. В возрастном контроле эта динамика была незначительной и возрастала в прямой зависимости, в эксперименте аналогично, но это происходило на фоне резко увеличенных показателей по их протяженности в каждой временной группе. Такую динамику можно объяснить разрастанием ложных желчных ходов (ЛЖХ) за счет регенераторных процессов камбиальных клеток, образующих стенку Х, в прямой зависимости от сроков наблюдения.

Таким образом, эффекты ОУ были разнонаправленными и в некоторых случаях обратимыми, однако в энтероцитах и также в колоноцитах не было согласованности между ферментами. Тем не менее, необходимо отметить, что большинство животных, имеющих принадлежность кластеру I, были близки к состоянию гомеостаза в завершающем сроке наблюдения по гистоэнзимологическим показателям слизистой оболочки толстой кишки. Восстановление внутриклеточного равновесия и нормализация процессов проницаемости изученных критериев слизистой оболочки толстой кишки предполагают включение защитно-приспособительных механизмов. В гепатоцитах отмечалось десинхронизация процессов метаболизма и нарушения в системе желчевыведения, индуцирующие транслокацию стромального компонента портальных трактов в паренхиму и предполагает развитие билиарного цирроза. Количественная оценка светооптической плотности щелочной фосфатазы эндотелия капилляров щитовидной железы выявила достоверное повышение проницаемости в системе «капилляр-тироцит» в прямой зависимости от отдалённости сроков. В пучковой зоне коры надпочечников проницаемость возрастала спустя один месяц, к третьему - снижалась, а к шестому практически не отличалась от показателя контроля, обеспечивая нормализацию взаимодействия в системе «капилляр-кортикоцит». Состояние периацинарных капилляров околоушной железы в условиях эксперимента показало повышение светооптической плотности щелочной фосфатазы с большей выраженностью к третьему месяцу, а далее показатели были приближены к контрольным и подчеркивали изменившийся рельеф ослизненных ацинусов.

Выводы. Затяжной процесс поражения органов пищеварительной системы после однократного перорального введения смешанного оксида обеднённого урана констатирует его кумулятивный характер радиотоксического поражения, индуцирующий усиление проницаемости в системе «капилляр-тироцит» во все изучаемые сроки и «капилляр-кортикоцит» спустя один месяц после воздействия.

## ГУМАНІТАРНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ ТА ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ

УДК 614.23:378.16

*Бугримов Д. Ю., Семёнов С. Н., Соколов Д. А., Насонова Н. А., Набродов Г. М.*

### **КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА КАК ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ I-II КУРСОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ РОССИИ**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко  
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации», г. Воронеж,  
Российская Федерация

Компетентностный подход – инструмент усиления социального диалога высшей школы с миром труда, средство углубления их сотрудничества и восстановления в новых условиях взаимного доверия. Ведущей идеей компетентностного подхода к образованию является «перевод» знаний из цели педагогической деятельности в средство развития и саморазвития личности, как преподавателя, так и студента.

Дальнейшее развитие присущего российской высшей школе системно-деятельного подхода к образованию, получившего в прежние годы свое воплощение в разработке квалификационных характеристик выпускников вузов, общих требований к уровню подготовленности в стандартах первого поколения и подготовленности выпускников к видам деятельности и решению профессиональных задач в государственном образовательном стандарте второго поколения.

Основное отличие квалификационного подхода от компетентностного заключается в том, что первый направлен на подготовку узкоотраслевого специалиста, второй – компетентностный – широкопрофильного, мобильного и социально-адаптированного к современным запросам рынка труда.

Компетенция – когнитивная, знаниевая основа компетентности, потенциальная возможность к чему-либо, мотивированная способность делать что-либо хорошо или эффективно.

Специализированные профессиональные компетенции, которые определяют профессиональную компетентность специалиста, в нашем случае – это профессиональная медицинская компетентность.

Базовой компонентом и первичной ступенью профессиональной медицинской компетенции выступает когнитивный компонент как совокупность общепрофессиональных и специальных медицинских знаний.

Аксиологический компонент характеризуется умениями врача оценивать и контролировать собственную деятельность, формулировать и аргументировать оценку различной информации. Данный компонент определяет побуждение к овладению информацией и стремление использовать возможности различных источников информации в области медицинских достижений и практики в целом.

Деятельностный компонент составляет операционально-технологическую часть профессиональной деятельности медицинского работника, которая позволяет реализовать когнитивный и аксиологический компонент на практике.

Рефлексивный компонент в свою очередь определяет механизмы осознания медицинской теории и практики и формирование мировоззренческой позиции будущего доктора.

Компетентностный подход, таким образом, характеризуется, прежде всего тем, что усиливает практико-ориентированность образования, необходимость усиления акцента на операциональную, навыковую сторону результата.

Таким образом, компетентностный подход к образованию призван обеспечить переход от знаниевой, предметной парадигмы обучения к парадигме – учения (достижений), предполагающей становление целостной компетентной личности.

УДК 615.454.1 + 616.007 + 615.451.1

*Гавкалюк М. І., Соколова Л. В.*

### **СОЦІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЦЕЛЮЛІТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК**

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

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

В сучасному суспільстві зросли критерії щодо фізичного стану людини, оскільки здоров'я, зовнішня привабливість та внутрішня впевненість в собі асоціюється з успіхом і високою якістю життя. Будь-яка дерматокосметична проблема значно впливає на самооцінку людини та формування її особистості. В усьому світі насамперед жінки велику увагу приділяють догляду за шкірою та її придатками, які є їхньою візиткою для першої оцінки соціальним середовищем. Целюліт є однією з найбільш поширених дерматокосметичних проблем, яка стосується в тій чи іншій мірі практично кожної статево зрілої жінки не залежно від віку, статури чи маси тіла та візуально проявляється нерівностями поверхні шкіри у вигляді „апельсинової шкірки”. На даний час запропоновані різноманітні комплексні методи корекції целюліту, в числі яких лікувально-косметичні засоби посідають провідне місце.

З метою визначення необхідності створення вітчизняних антицелюлітних лікарських косметичних засобів, які б ефективно впливали на різні ланки патогенезу та зовнішні прояви даного стану, нами були проведені соціологічні дослідження впливу целюліту на якість життя жінок.

Дослідження проводились методом анкетування 156 жінок віком від 19 до 56 років. Було встановлено, що серед респондентів 87% визнають наявність целюліту. Жінки з «апельсиновою шкіркою» додатково відповідали, на скільки важливим для них є вирішення їхньої проблеми. 36,8% респондентів відповіло, що можуть миритись з проблемою, 51,5% - для них це досить важливо, 11,7% - для них це вкрай важливо. Серед опитуваних не було таких, які б вибрали пункт, що їм байдуже. На питання, чи впливає целюліт на вибір одягу (шорти, короткі спідниці тощо), відвідування басейну чи пляжу, стосунки з протилежною статтю, результати показали, що целюліт впливає (чи дуже впливає) на 58%, 35% і 45% та взагалі не впливає на 3%, 11% і 14% респондентів відповідно.

Отже, проведені соціологічні дослідження підтвердили, що проблема целюліту стосується та небадьова для більшої частини жіночої статі, суттєво впливає на їхню самооцінку і якість життя. Професійний підхід до лікування целюліту та застосування лікарських косметичних засобів є одним із шляхів вирішення цієї важливої медико-соціальної проблеми.

УДК 378.147 004

*Гавський С.О., Гонко О.Ф., Ткаченко М.В.*

### **ВИКОРИСТАННЯ ПОШУКОВИХ ІНТЕРНЕТ-СИСТЕМ В ПЕДАГОГІЧНИХ СЦЕНАРІЯХ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Глобальна комп'ютерна мережа, що об'єднує мільйони комп'ютерів незалежно від їх розташування, призначення та власника, надає користувачам практично безмежний доступ до будь-якої інформації, в тім числі спеціальних фахових знань, результатів оригінальних досліджень, конкретних практичних рекомендацій до дій у різноманітних ситуаціях та ін.

Паралельно вдосконалюються алгоритми роботи пошукових машин, що дає можливість оперативного отримання потрібної інформації одночасно з різних джерел. Можливість порівняння результатів пошуку, оцінки популярності даної проблеми в мережі, формування ступенів довіри до відомих джерел дають можливість не тільки легко отримати необхідну професійну інформацію, а й впевнитися в її достовірності, оригінальності та суспільній цінності.

Перспективним новим педагогічним сценарієм практичного заняття на етапі післядипломної медичної освіти бачиться вивчення теми не за фіксованими навчально-методичними матеріалами, представленими викладачем, а за допомогою пошукових систем мережі Інтернет. Переваги такої форми навчання:

слухач відбирає саме ту інформацію, що йому потрібна в його подальшій практиці;

в процесі пошуку слухач оцінює популярність даної інформації, її актуальність на сьогодні (за кількістю посилаєнь, знайдених за пошуковими запитамі);

інформація, отримана таким способом, завжди новіша та актуальніша за фіксовану, такий контент динамічний і не потребує постійного оновлення силами педагогічного колективу навчального закладу;

безпосередня участь слухача у формуванні своїх знань сприяє формуванню креативності фахівця, пошуку ним нестандартних та заздалегідь не обумовлених рішень, конкурентоздатності такого спеціаліста на ринку праці, що є основним завданням післядипломної освіти на сьогодні;

навчально-методичні матеріали до таких занять містять переважно алгоритми пошуку (ключові слова) та «дорожні карти» отримання необхідних знань за темою, тому їх простіше і швидше створювати і адаптувати до умов конкретного тематичного навчального курсу.

Досвід проведення практичних занять зі слухачами курсів тематичного удосконалення з лікарями - інтернами фахів «Терапія» та «Медицина невідкладних станів», напрацьований на факультеті післядипломної освіти ВДНЗУ «УМСА», свідчить про високу педагогічну ефективність цього педагогічного сценарію та доцільність його використання в післядипломній медичній освіті.

УДК 37.041

Глушко К.О.

**ПЕРИОД СТУДЕНЧЕСТВА В ПАРАДИГМЕ КРЕАТИВНОГО САМОРАЗВИТИЯ**

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Успешность в учебной деятельности студента зависит от многочисленных, взаимообуславливающих друг друга факторов. Среди них ключевое значение имеет креативный подход в преподавательской деятельности, от которого, согласно данным наших исследований, на 89% зависит стремление студента к успешности в учебе и его готовность к саморосту. В связи с этим нам представляется чрезвычайно важным вопрос формирования инновационных методов выявления креативного потенциала студента-первокурсника, заложенного в каждом из них еще от рождения и являющегося фундаментальной характеристикой его человеческой природы. Только в последние 10-15 лет было снято табу с изучения фигуры преподавателя, при этом лишь в единичных работах было уделено внимание успешности и креативному росту преподавателя вуза. Поэтому управленческая деятельность обучающихся первокурсников преподавателей должна быть нацелена на вовлечение студентов как в захватывающий процесс познания нового, так и симультанного применения этой информации на практике. Его функциями должно стать креативное управление деятельностью студентов, приводящее к становлению успешной личности в целом. При этом следует иметь в виду, что сенситивный возраст первокурсников является наиболее благоприятным периодом в парадигме развития у них креативности. Поэтому, для того, чтобы сместить в структуре образования акценты с простого усвоения совокупности информации, требуемой для формирования профессиональных навыков, на создание условий для креативного самороста студентов, необходимо прежде всего изменить принципы и подходы в деятельности преподавателя.

УДК: 616.314:378.14

Дубина В.А.

**ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ НА КАФЕДРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ.**

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

**Дистанционное обучение** - совокупность технологий, обеспечивающих доставку обучаемым основного объема изучаемого материала, интерактивное взаимодействие учащихся и преподавателей в процессе обучения, предоставление возможности самостоятельной работы по освоению изучаемого материала.

Современное дистанционное обучение строится на использовании следующих основных элементов:

- среды передачи информации (почта, телевидение, радио, информационные коммуникационные сети),
- методов, зависящих от технической среды обмена информацией.
- Использование технологий дистанционного обучения позволяет:
- снизить затраты на проведение обучения (не требуется затрат на аренду помещений, поездок к месту учебы, как учащихся, так и преподавателей и т. п.);
- проводить обучение большого количества человек;
- повысить качество обучения за счет применения современных средств, объемных электронных библиотек и т.д.;
- создать единую образовательную среду (особенно актуально для корпоративного обучения).

Дистанционное обучение, осуществляемое с помощью компьютерных телекоммуникаций, можно разделить на несколько форм занятий.

**Чат-занятия** - учебные занятия, осуществляемые с использованием чат-технологий. Чат-занятия проводятся синхронно, то есть все участники имеют одновременный доступ к чату. В рамках многих дистанционных учебных заведений действует чат-школа, в которой с помощью чат-кабинетов организуется деятельность дистанционных общений педагогов и учеников.

**Веб-занятия** - дистанционные уроки, конференции, семинары, деловые игры, лабораторные работы, практикумы и другие формы учебных занятий, проводимых с помощью средств телекоммуникаций и других возможностей сети интернет.

Для веб-занятий могут использовать специализированные образовательные веб-форумы - форма работы пользователей по определенной теме или проблеме с помощью записей, оставляемых на одном из сайтов с установленной на нем соответствующей программой.

От чат-занятий веб-форумы отличаются возможностью более длительной (многодневной) работы и асинхронным характером взаимодействия учеников и педагогов.

**Телеконференции** проводятся, как правило, на основе списков рассылки с использованием электронной почты. Для учебных телеконференций характерно достижение образовательных задач. Также существуют формы дистанционного обучения, при котором учебные материалы высылаются почтой в регионы.

Учитывая то, что кафедра последипломного образования врачей-стоматологов имеет в своем составе два филиала в г. Чернигов и г. Кременчуг внедрение в учебный процесс дистанционного обучения играет важную роль. В 2008 году заведующим кафедры профессором Скрипниковым Петром Николаевичем и ассистентом Ду-



биной Виталием Алексеевичем сделан первый шаг - создан сайт кафедры [www.dentaero.com](http://www.dentaero.com), это позволило более оперативно доносить информацию о ходе учебного процесса врачам-интернам и врачам-курсантам. У врачей-интернов появились дополнительные возможности при подготовке к лицензированному экзамену «Крок-3 «Стоматология»».

На сегодняшний день в работу кафедры активно внедряются видеоконференции. Это позволяет читать лекции, проводить практические занятия, семинары без выезда на базы кафедры. 1 октября 2010 состоялась тестовая видеоконференция между кафедрой последипломного образования врачей-стоматологов в г. Полтава и филиалом кафедры в г. Чернигов. На сегодняшний день видеоконференции активно применяются в учебном процессе кафедры. Все подробности и ход внедрения дистанционного обучения на кафедре, а так же все виды работы выполняемые на кафедре отображаются на сайте [www.dentaero.com](http://www.dentaero.com).

УДК 37.01:378.14

*Зінченко Н.О.*

### **ПОЛІТИЧНЕ ВИХОВАННЯ В УМОВАХ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Тривалий час виховна система України перебувала під впливом класово-партійної концепції виховання, яка орієнтувала особистість на ілюзорні, фальшиві ідеали. Видатний український педагог Г.Г. Ващенко визначає виховний ідеал в українському контексті як служіння Богові та Україні. «Тільки на основі високих ідеалів може утворитись міцна, суспільна особистість. Отже, коли ми хочемо виховати в українській молоді міцну волю і цільний характер, треба передусім прищепити їй прагнення до високої мети, що об'єднувала б увесь український народ. Такою метою є благо і щастя Батьківщини».

Виховання є складним, багатограним і багатоаспектним процесом. У загальному плані під вихованням розуміють організований і цілеспрямований процес формування особистості. У більш широкому значенні виховання — це, по-перше, соціально і педагогічно організований процес створення оптимальних умов для формування людини як особистості; по-друге, це вплив виховника на особистість вихованця з метою формування в нього бажаних соціально-психологічних, морально-духовних, культурних і фізичних якостей.

Упродовж усієї історії розвитку людства ті чи ті суспільства визначали завдання виховання підростаючого покоління, які зумовлювалися особливостями суспільно-економічного розвитку. З давніх-давен філософи, педагоги обстоюють ідею всебічного гармонійного виховання особистості. Всебічне виховання передбачає формування в людині відповідних моральних, розумових, трудових, фізичних і естетичних якостей. Гармонійне виховання має забезпечувати єдність, діалектичний взаємозв'язок, взаємозбагачення, гармонію зазначених складових виховання.

Видатний український педагог В.О. Сухомлинський у своїй ґрунтовній праці "Проблеми виховання всебічно розвинутої особистості" писав: "Процес виховання всебічно розвинутої, гармонійної особистості полягає в тому, що, дбаючи про досконалість кожної грані, сторони, риси людини, вихователь одночасно ніколи не випускає з поля зору ту обставину, що гармонія всіх людських граней, сторін, рис визначається чимось провідним, основним. Жива людська плоть і кров всебічно розвинутої людини втілює в собі повноту й гармонію сил, здібностей, пристрастей, потреб, в якій вихователь бачить такі сторони, риси, грані, як моральну, ідейну, громадянську, розумову, творчу, трудову, естетичну, емоційну, фізичну досконалість. Провідним, визначальним компонентом у цій гармонії є моральність".

Ідея всебічного гармонійного виховання людини набуває нової ваги і соціальної значущості в умовах соціально-економічного розвитку суспільства у ХХІ ст. Ці тенденції є загально цивілізаційними. Академік В.Г. Кремень зазначає такі з них:

- тенденція до глобалізації суспільного розвитку, яка характеризується як зближенням націй, народів, держав, кроками до створення спільного економічного поля, зближенням характеру суспільних відносин у різних країнах, здатністю спілкуватися зі світом;

- набуття людством здатності до самознищення;

- перехід людства від індустріальних до науково-інформаційних технологій, що на відміну від індустріально-го виробництва значною мірою базується не на матеріальних, а на інтелектуальних цінностях.

Політична соціалізація особистості здійснюється через цілий спектр інститутів - загальноприйняті соціальні норми, традиції, звичаї, сім'ю, а також через державні і громадські заклади та організації. Завдання, які і постають перед соціальними інститутами. Вони обумовлюються соціально-політичним замовленням певної історичної доби. Особлива ніша в процесі політичної соціалізації належить системі освіти, основним призначенням якої є попередження та корекція негативних факторів розвитку майбутнього суспільства на основі сучасних прогнозів.

Відомий філософ, лауреат Нобелівської премії А.Тоффлер, характеризуючи постіндустріальне інформаційне і суспільство, зазначає, що такі риси сучасної освіти, як суворо регламентоване життя, авторитарна роль вчителя, нехтування індивідуальністю перетворили свого часу публічну освіту на досить досконалий інструмент. Але завтрашній день вимагає не мільйонів поверхово начитаних людей, не лише одержання інформації, а й уміння оперувати нею.

Нова парадигма гуманізації освіти переносить акценти навчання на особистість студента та забезпечення умов його саморозкриття, на активне засвоєння ним способів пізнавальної діяльності. Освітній процес повинен відповідати потребам і запитам особистості, навчити людину оцінювати інформацію, класифікувати її, розглядати з різних точок зору і застосовувати для максимального використання знань у практичному житті.

Політичне виховання та політична освіта розглядаються як одна з невідмінних складових процесу виховання, метою якого є формування громадянської особистості - повноцінного члена суспільства. В основу політичного виховання повинні бути покладені такі основні принципи:

- принцип духовності (визнання провідного значення духовних, загальнолюдських цінностей);
- принцип індивідуально-особистісного підходу (визнання неповторності та унікальності кожної особистості, врахування і повага її неповторності);
- принцип єдності свободи і відповідальності (визнання людини суб'єктом власного особистісного розвитку, визнання свободи особистісного вибору і відповідальності за нього самою особистістю).

Як стверджують вчені, політичне виховання включає в себе три компоненти:

раціональний, пов'язаний із засвоєнням політичної інформації;

емоційний, який проявляється в політичній психології та інформації як певні політичні емоції;

діяльнісний, який реалізується у різних формах соціальної активності і пов'язаний із самореалізацією особистості.

Розглядаючи навчально-виховний процес у вищому навчальному закладі крізь призму його впливу на політичну соціалізацію студентів, необхідно врахувати цілу низку феноменів психологічного порядку:

- інтелектуальна та особистісна готовність до сприйняття нових знань, в тому числі й політичних понять;
- можливість створення умов для формування навичок і принципів орієнтування особистості в соціально-політичному просторі;
- індивідуальні можливості і особливості інтеграції особистості в сферу багатокomпонентних відносин "особистість - освітнє середовище - соціально-політичне середовище".

Результатом реалізації політичного виховання на засадах особистісно-орієнтованих гуманістичних освітніх технологій повинна бути особистість студента, якій притаманні певні позитивні якості:

- критичність, самостійність політичного мислення;
- здатність до саморозвитку, самовиховання і політичної освіти;
- висока культура політичного спілкування;
- здатність протистояти політичним маніпуляціям;
- здатність до оволодіння культурними, моральними та політичними цінностями;
- відчуття внутрішньої свободи та здатність нести відповідальність за власні дії.

Таким чином, в умовах постіндустріального суспільства, якому притаманні динамізм відносин, інтенсифікація інформаційних та комунікаційних процесів, істотна соціальна, економічна рухливість та складність політичних відносин, пріоритетною галуззю суспільства і держави стає соціальний інститут навчання і виховання.

УДК 378.147 : 61 81'246.3

**Золотарьова Р.Л.**

### **КРОСКУЛЬТУРНИЙ ПІДХІД У ФОРМУВАННІ ПОЛІМОВНОЇ ГРАМОТНОСТІ У СТУДЕНТІВ -МЕДИКІВ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Потреби нашої держави у висококваліфікованих спеціалістах, здатних до встановлення ділових контактів та ділового співробітництва з іноземними партнерами, спеціалістах, що володіють іноземною мовою на фаховому рівні, знаходять відображення в робочих навчальних програмах ВНЗ країни. Викладачеві важливо знати новітні методи викладання іноземної мови, спеціальні навчальні техніки та прийоми, щоб оптимально підібрати той чи інший метод викладання відповідно до рівня знань, потреб, інтересів студентів.

Сьогодні відбувається реформування навчального процесу в вузах України відповідно із загальноєвропейськими вимогами до якості освіти: інформатизація освітнього простору, інтеграційні процеси в сучасній вітчизняній освіті, налагодження українськими ВНЗ співпраці з європейським навчальними закладами в сфері навчальної та наукової діяльності, студентські міжнародні обміни, можливість здобуття другої вищої освіти та навчання за магістерськими програмами за кордоном.

В умовах реформування вищої школи мають змінюватися також і освітні технології викладання іноземних мов. Сама мовна освіта теж поступово модернізується через впровадження модульно-рейтингової системи навчання іноземних мов, міждисциплінарна інтеграція, демократизація та економізація освіти викликає до життя інноваційні складові викладання іноземних мов.

Все це ставить до викладання та викладача іноземної мови в вузах нові вимоги.

Метою навчання іноземної мови в вищій школі на сучасному етапі є оволодіння студентами комунікативними компетенціями, що дозволять реалізувати їхні знання, уміння, навички для розв'язання конкретних комунікативних завдань в реальних життєвих ситуаціях. Отже в освіті продовжує розвиватися і надалі культурологічний або кроскультурний підхід до навчання у рамках концепції «діалогу культур» з метою формування полімовної грамотності студентів.

УДК 378.147:378.4:61:53:577

**Лобач Н.В. Ткаченко Ю.П. Тронь Н.В.**

### **СУЧАСНЕ ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЄ СЕРЕДОВИЩЕ, ЙОГО СКЛАДОВІ ТА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Навчання у вищому навчальному закладі доволі складний і різноплановий процес. З року в рік зростають обсяги інформації, яку студент повинен засвоїти, що змушує шукати більш сучасні та досконалі шляхи організації навчальної діяльності. Впроваджуються нові технології навчання, розширюються інформаційні ресурси (банки даних, мережеві підручники, електронні бібліотеки, комп'ютерні лабораторії та тренажери, інтерактивні навчальні програми, системи тестового контролю, віртуальні університети тощо). Ці інновації, спираючись на інформаційну інфраструктуру, змінюють характер, методику, а подекуди й зміст навчальних дисциплін.

В останні роки значно покращилась оснащеність комп'ютерною технікою навчальних закладів нашої країни. Студенти «конспектують» навчальний матеріал, використовуючи портативні комп'ютери (ноутбуки і кишенькові ПК), а також цифрові фото- та відеокамери. На зміну кодоскопу із статичними слайдами прийшли цифрові проектори, що значно розширило арсенал мультимедійних технологій і відкрило нові можливості для підвищення ефективності навчальної діяльності студентів. Сучасні засоби обчислювальної техніки змінюють підходи до використання інформаційних технологій в навчанні, телекомунікаційні системи збагачують способи подання навчальної інформації, дають змогу впливати на різні групи органів сприйняття, створюючи ефективне навчальне середовище з орієнтацією на індивідуальні можливості та потреби студентів.

Практика показує, що оптимальною формою використання інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) у навчальному процесі є створення інтегрованого інформаційно-освітнього середовища (ІОС), спрямованого на підвищення ефективності навчання та активізацію навчально-пізнавальної діяльності студентів.

Взагалі, ідея побудови ІОС у вищих навчальних закладах по своїй суті не є новою, оскільки, інформатизація навчального процесу це один з пріоритетних напрямків розвитку системи освіти України. Та при всьому розмаїтті концептуальних розробок ІОС, їх практична реалізація не може у повній мірі задовольнити потреби єдності фундаментальної та професійної підготовки майбутніх лікарів. У зв'язку з цим виникає необхідність пошуку нових альтернативних шляхів побудови ІОС, наповнення його електронними ресурсами (ЕР), формування нової моделі організації навчального процесу на основі ІКТ.

Під *інформаційно-освітнім середовищем* ми розуміємо сукупність умов, що сприяють виникненню і розвитку навчально-пізнавальних якостей студентів. Таке середовище базується на раціональному поєднанні традиційних методів й засобів навчання та сучасних ІКТ, з урахуванням психофізичних особливостей студентів як суб'єктів навчання та виховання.

Аналіз складових, структури і динаміки функціонування дидактично орієнтованих середовищ показує, що у процесі їх створення відбувається перенос особливостей традиційних освітніх технологій в інфокомунікаційний простір із приєднанням необхідних технологічних компонентів.

Дидактична концепція формування ІОС базується на таких вихідних положеннях:

Персоніфікація навчально-пізнавальної діяльності студентів шляхом індивідуалізації навчання.

Побудова особистісно-орієнтованого навчання на основі самостійної пізнавальної діяльності студентів.

Максимальне сприяння розвитку творчих здібностей студентів, активізація навчально-пізнавальної діяльності шляхом формування внутрішньої мотивації.

Створення та удосконалення типологічної моделі системи навчальних видань, диференційованої за функціональною ознакою:

- програмно-методичні (навчальні плани і навчальні програми);
- навчально-методичні (методичні рекомендації та вказівки);
- навчальні (підручники, навчальні посібники);
- допоміжні (практикуми, збірники задач, бази даних);
- контролюючі (тестуючі програми).

Організація пізнавальної діяльності шляхом моделювання, імітація типових ситуацій професійного спрямування з допомогою мультимедійних технологій.

Завдання інформаційно-освітнього середовища:

- розкриття та розвиток здібностей і потенціальних можливостей студента до творчої ініціативи;
- створення умов для самостійного накопичення знань і їх якісного засвоєння;
- забезпечення автоматизації процесу збору, аналізу, обробки та використання найрізноманітнішої інформації з навчально-виховною метою;
- автоматизована обробка результатів медико-біологічних та педагогічних досліджень.

Процес формування інформаційно-освітнього середовища ВДНЗУ та його складових ведеться за такими напрямками:

- 1) визначення ролі інфокомунікаційних технологій у підвищенні якості освіти;
- дослідження особливостей функціонування дидактично орієнтованих інформаційних систем як складових інформаційного освітнього середовища;
- проекування, організація та впровадження дидактично орієнтованих інформаційних систем;
- пошук способів інтеграції традиційних і нових інфокомунікаційних технологій навчання;
- створення нових інформаційних освітніх ресурсів.

Для цього на кафедрах ВДНЗУ «УМСА» створюються навчально-методичні комплекси, які забезпечують розширене моделювання змісту об'єктів вивчення на основі комп'ютерно-орієнтованих навчальних систем.

Перехід до нових комп'ютерно-орієнтованих технологій навчання, створення умов для їх розробки, апробації та впровадження, раціональне поєднання нових інформаційних технологій навчання з традиційними — складна педагогічна задача і потребує вирішення цілого комплексу психолого-педагогічних, організаційних, навчально-методичних, технічних та інших проблем. Основними серед цих проблем є:

- розробка науково-методичного забезпечення, вирішення завдань інформатизації навчально-виховного процесу;
- підготовка професорсько-викладацького складу до використання в навчальному процесі засобів сучасних інформаційно-комунікаційних технологій;
- підготовка студентів до використання сучасних засобів навчально-пізнавальної діяльності;
- матеріально-технічне та науково-методичне забезпечення навчальних закладів;
- розробка методик використання сучасних інформаційних технологій у навчальному процесі під час вивчення всіх без винятку предметів.

Як показує досвід, найбільші труднощі у впровадженні нових інформаційних технологій у вищу освіту виникають при розробці електронного навчального матеріалу, як результат недостатньої кількості кваліфікованих «інформаційних дизайнерів», що являються гарантом успішної реалізації проектів. Але мультимедійні презентації можуть створювати і самі студенти. Подібна практика сприяє підвищенню їх пізнавальної активності, інтересу до навчального матеріалу, оскільки, при цьому задіяні цікаві для них форми самостійної роботи. Спільна творча робота викладача і студентів у процесі створення мультимедійних презентацій значно покращує ефективність обміну інформацією і полегшує засвоєння нового матеріалу, сприяє формуванню фахових компетенцій.

ІОС розширює можливості для підвищення ефективності навчання, дає змогу підняти на новий рівень підготовку майбутніх фахівців, створює передумови до безперервної освіти протягом усього життя, розвиває творчі здібності студентів.

Проблема використання ІКТ у навчальному процесі широко й плідно досліджується в науковій та науково-методичній літературі останніх десятиліть, однак проблема формування інформаційно-освітнього середовища, адекватного до вимог часу, ще тривалий час залишатиметься однією з найактуальніших у дидактиці.

Прикладом є розроблена та апробована на кафедрі медичної і біологічної фізики мультимедійна навчальна система (МНС) лекційного курсу (ЛК) з медичної та біологічної фізики. МНС ЛК «Медична і біологічна фізика», яка містить 15 мультимедійних лекцій, відповідно до чинного навчального плану. На рисунку 1 наведено фрагмент лекції «Оптичні методи дослідження в медико-біологічній практиці».



Все це дозволяє зробити висновок, що виділення інформаційного середовища як сегмента інформаційного освітнього простору викликає необхідність виділення інформаційної діяльності як самостійного виду діяльності. Діяльність в інфокомунікаційному просторі має не тільки прикладний характер, тобто виступає як умова успішності навчальної й наукової діяльності, але і самостійне значення — розвиває певні особистісні якості, вимагає специфічних знань, умінь, навичок, компетенцій. Важливим, на наш погляд, є організація експериментальних психолого-педагогічних і соціологічних досліджень щодо визначення результативності застосування дидактично орієнтованих інформаційних середовищ, рівня їх досконалості і впливу на розвиток особистісних якостей учасників навчально-виховного процесу. Методика досліджень має виходити з нормативів системного опису складних і надскладних систем: виділення діагностичних параметрів, опису через типологію, принципів управління, протоколювання поведінки системи, принципу необхідної (або достатньої) складності тощо.



УДК 111 : 81

Коваленко К.Г.

### МІСЦЕ АД'ЕКТИВНИХ ЛЕКСИЧНИХ ОДИНИЦЬ ВТОРИННОЇ НОМІНАЦІЇ У СИСТЕМІ СЛОВОТВОРУ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Основним джерелом творення похідних прикметників є основи іменників, дієслів та прикметників. Утворюються прикметники морфологічним способом, тобто за допомогою суфіксів, префіксів, шляхом словоскладання.

Афіксальні морфеми (суфікси, префікси) надають слову додаткових значень, маючи словотворче значення. Словотворчі афікси є засобом творення нових слів, а зокрема прикметників. Основи іменників та дієслів мають найбільш виражальну словотвірну валентність, так як вони беруть участь в утворенні прикметників. Субстантивні основи утворення прикметників є найбільш розповсюдженими на сучасному етапі розвитку англійської мови, ніж вербальні. Семи прикметників є чіткішими, ніж у іменників. Виділяють наступні семи прикметників: 1) сема загальної релятивності; 2) сема повноти, наявності чогось; 3) сема відсутності чогось; 4) сема орнативності. Вони сполучаються за допомогою наступних суфіксів: -ous, -ful, -less, -ed. Кожний суфікс в залежності від лексико-граматичного значення основи може мати різну семантику.

Словоскладання як спосіб утворення нових слів шляхом складання основ на сучасному етапі розвитку англійської мови є одним з найпродуктивніших способів. За даними лінгвістів серед новоутворень – похідних і складних слів – похідні складають 37%, а складні – 63%. Складне слово утворюється за допомогою основ, які знаходяться між собою в певних структурно-семантичних відношеннях. Основним матеріалом складних слів є основи, які мають різну словотворчу активність. Серед активних основ, за допомогою яких утворюється велика кількість складних прикметників на сучасному етапі розвитку англійської мови є субстантивні та ад'єктивні основи.

Даний матеріал тез може бути використаним на практичних заняттях у вищій школі, при укладанні навчальних посібників, у науково-дослідницькій роботі.

УДК: 378.12:378.661:331.546

Козицька Т.В., Храпай О.В., Божко О.Г.

### МОНІТОРИНГ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Кафедра гістології та ембріології, Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця, м. Київ

Необхідність підвищення якості підготовки медичних кадрів, професійного рівня викладачів, розвитку їх педагогічної компетентності відповідно до вимог, цілей і завдань національної освіти як складової європейського освітнього простору є пріоритетними напрямками модернізації системи вищої медичної освіти. З метою поступального розвитку вищої медичної освіти на засадах євроінтеграції та реформування відповідно до потреб медичної галузі була схвалена Концепція розвитку вищої медичної освіти в Україні (2007). Згадана Концепція спрямована на підвищення якості підготовки медичних фахівців, вирішення кадрових проблем галузі, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищої медичної школи на вітчизняному та міжнародному ринках праці. Серед очікуваних результатів – реалізація системи безперервного професійного розвитку медичних і фармацевтичних кадрів та підтвердження їх професійної компетентності. В умовах розвитку сучасної медичної освіти актуальним став компетентнісний підхід, спрямований на досягнення кінцевої мети – переходу від теоретичних знань до фахової компетентності. Компетентнісно-орієнтований підхід в освіті став новим орієнтиром, який має на меті забезпечити поступову переорієнтацію системи освіти з прямого надання знань та формування умінь і навичок на створення умов для оволодіння певними компетентціями, становлення компетентних фахівців, здатних застосовувати свої знання в умовах мінливого сьогодення, і компетентність яких полягала б у вмінні залучатися до постійної самоосвіти впродовж усього життя. Дослідженнями поняття «професійна компетентність педагога» займався багато вчених. В.М. Введенський під «професійною компетентністю педагога» розуміє «здатність педагога ефективно здійснювати професійну діяльність: швидко оволодівати сучасними способами діяльності та успішно виконувати професійні обов'язки». Він зазначає, що професійна компетентність не зводиться лише до набору знань та вмінь, а передбачає необхідність їх ефективного застосування в реальній освітній практиці.

Підвищенню професійної компетентності педагогів, безсумнівно, сприяє її моніторинг, який передбачає проведення багаторівневої системи діагностичних заходів. На кафедрі гістології та ембріології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця використовується модель моніторингу професійної компетентності викладача, що передбачає наявність трьох основних етапів.

Перший етап передбачає організацію відвідувань занять завідувачем кафедри та досвідченими викладачами з подальшим їх аналізом. Тут важливими характеристиками є відповідність змісту заняття чинній програмі, обов'язкова наявність усіх елементів заняття та використання адекватних педагогічних методів та прийомів.

Другим етапом є оцінювання рівня професійної компетентності викладача: психолого-комунікативної (уміння стимулювати пізнавальні інтереси студентів на заняттях, здійснювати мотивацію кожного заняття, тематичного блоку та дисципліни в цілому, формувати позитивне ставлення студентів до навчання взагалі та вивчення певної дисципліни зокрема, актуалізувати знання і досвід студентів, створювати позитивний психологічний клімат на занятті), педагогічної (предметної, дидактичної та методичної), управлінської (здатності планувати, організовувати й



контролювати навчально-виховний процес та власну професійну діяльність для досягнення прогнозованого результату), проєктивної (здатності передбачати наслідки фахової та особистісної діяльності) та рефлексивної (уміння аналізувати результати своєї діяльності та спрямовувати свої зусилля на її перетворення, вдосконалення тощо).

На третьому етапі характеризується рівень загальної професійної компетентності викладача як низький (педагогічна діяльність одноманітна, пояснення односторонні, не використовуються різні форми і методи навчання, студенти неактивні; педагог низько мотивований до самовдосконалення), середній (педагогічна діяльність спрямована на розвиток знань, комунікативних умінь та навичок студентів, переважають традиційні методи та прийоми навчально-пізнавальної діяльності на заняттях; різноманітність методів і прийомів використовуються, але без глибокого дидактичного обґрунтування; мотивація до самовдосконалення достатня), достатній (педагог добре володіє сучасними формами і методами навчання, використовує сучасні розроблені методики і власний досвід, працює над самовдосконаленням; студенти виявляють інтерес до вивчення дисципліни) або високий (викладач досконало володіє формами та методами навчально-виховного процесу, має високий рівень ініціативи та творчості: постійний пошук нових педагогічних засобів, збагачення навчальної діяльності активними методами; навчання відповідає мотивам, потребам та інтересам студентів, ведеться розвиток їх компетентності; висока мотивація викладача до самовдосконалення).

Останній етап передбачає винесення рекомендацій педагогу, компетентність якого перевірялась. Такі рекомендації надаються спеціально створеною групою досвідчених педагогів кафедри, які, надаючи відповідні рекомендації, тим самим коригують професійну діяльність та покращують компетентнісний рівень викладача.

Наведена модель моніторингу професійної компетентності викладача вищого медичного навчального закладу не суперечить кваліфікаційним категоріям педагогічних працівників. З іншого боку, описана система є засобом розкриття та розвитку потенційних можливостей особистості викладача, його професійної компетентності, готовності до навчання та підвищення кваліфікації протягом усього періоду педагогічної діяльності.

УДК: 061.62.002:378

*Коньков Д.Г., Чайка Г.В., Тихолаз В.О., Назарова О.С, Конькова В.Д.*

### **ВПРОВАДЖЕННЯ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ ЕЛЕКТРОННОГО НАВЧАННЯ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Вінницький інститут економіки Тернопільського національного економічного університету

Модернізація вітчизняної освіти вимагає активного пошуку нових форм, методів і засобів навчання, спрямованих на вдосконалення навчального процесу і його інтенсифікацію. У сучасних умовах навчально-виховний процес студентів повинен бути скерований на виконання нового соціального замовлення - на формування самостійної, ініціативної, творчої і здорової особи. Зміна цілей, завдань, умов сучасної вищої освіти вимагає науково-детермінованого вдосконалення педагогічної технології. Педагогічна технологія є цілісністю науково обґрунтованого і раціонально відібраного змісту і організаційних форм, які створюють умови для мотивації, стимулювання і активізації учбово-пізнавальної діяльності студентів. У педагогічній технології кожен елемент і етап навчально-виховного процесу зумовлені, націлені на результат, що об'єктивно діагностується. Широку популярність в педагогічній практиці здобула педагогічна технологія, побудована за принципом модульного змісту і процесу навчання. Сенсом модульної технології навчання є зміна організаційних основ педагогічного процесу в університеті, що забезпечує умови для індивідуалізації і диференціації навчання. Структурною одиницею технології є модуль - відносно самостійна частина навчального процесу, яка інтегрує декілька близьких по сенсу і фундаментальних за значенням законів і принципів. Модульна технологія навчання надає студентам можливість вивчати курс по індивідуальному плану, достроково здавати заліки за пройденим матеріалом, який входить до складу модуля [3].

Аналіз наукових праць, присвячених проблемам інноваційного розвитку та інноваційних технологій у системі вищої освіти, свідчить про недостатнє вивчення особливостей формування інноваційно-активної особистості та інноваційної культури як науково-педагогічних працівників, так і студентів [1,2].

Останніми роками на Заході набув широкого поширення термін E-learning, що означає процес навчання в електронній формі через мережу Інтернет або Інтранет з використанням систем управління навчанням. Поняття «Електронне навчання» (ЕН) сьогодні є розширенням терміну «дистанційне навчання». ЕН - ширше поняття, що означає різні форми і способи навчання на основі інформаційних і комунікаційних технологій (ІКТ). Програмне забезпечення для ЕН представлено як простими статичними сторінками HTML, так і складними системами управління навчанням і учбовим контентом (Learning Content Management Systems), що використовуються в корпоративних комп'ютерних мережах [4]. Успішне впровадження електронного навчання ґрунтується на правильному виборі програмного забезпечення, відповідного конкретним вимогам. Ці вимоги визначаються потребами студента, потребами викладача і адміністратора, який повинен контролювати установку, настройку програмного забезпечення і результати навчання.

Відтак, метою нашого дослідження стало проведення аналізу технологій і систем управління електронним навчанням та визначення систем, які можуть бути використані в рамках проєкту «Віртуальний університет».

При виконанні дослідження вирішувались такі завдання:

- розглянути існуючі технології електронного навчання;

- виділити вимоги системам організації ЕН;
- проаналізувати існуючі стандарти і специфікації електронного навчання;
- провести огляд комерційних і вільно розповсюджуваних систем організації електронного навчання;
- з'ясувати можливості систем організації електронного навчання з відкритим кодом.

Велике значення для організації ЕН має вибір електронного навчального середовища, що забезпечує організацію навчального процесу. До основних критеріїв вибору Lms\lms (Learning Management System), можна віднести наступні: функціональність (означає наявність в системі набору функцій різного рівня, таких як форуми, чати, аналіз активності студентів); надійність (зручність адміністрування і простоту оновлення контенту на базі існуючих шаблонів); стабільність (ступінь стійкості роботи системи по відношенню до різних режимів роботи і ступеня активності користувачів; вартість (складається з вартості самої системи, а також з витрат на її впровадження, розробку курсів і супровід; наявність засобів розробки контенту (вбудований редактор навчального контенту не тільки полегшує розробку курсів, але і дозволяє інтегрувати в єдиному уявленні освітні матеріали різного призначення); підтримка SCORM (стандарт SCORM є міжнародною основою обміну електронними курсами і відсутність в системі його підтримки знижує мобільність); система перевірки знань (дозволяє в режимі on-line оцінити знання студентів; зручність використання (оскільки потенційні учні ніколи не почнуть використовувати технологію, яка здається громіздкою або створює труднощі при навігації, технологія навчання повинна бути інтуїтивно зрозумілою); модульність (курс може бути набором мікромодулів або блоків навчального матеріалу, які можуть бути використані в інших курсах); забезпечення доступу (студенти не повинні мати перешкод для доступу до навчальної програми).

В даний час існують дві системи організації електронного навчання: комерційна Lms\lms; вільна Lms\lms.

Lms\lms є комерційні розробки, орієнтовані на використання в дистанційному навчанні, або в організації електронного навчання в рамках навчального закладу. На вітчизняному ринку представлено декілька таких систем.

"Бітрікс" - CMS, що набула широкого розповсюдження і велику популярність. Продукт доступний в різних по потужності версіях, які відрізняються один від одного набором модулів (і, отже, можливостями). Доступні версії, що працюють не тільки з MySQL, але і з Oracle, "Бітрікс" відрізняється достатньо серйозними можливостями, що дозволяють вирішувати практично будь-які завдання. Проте розробку дизайну сайту і його первинну настройку можуть провести тільки дорогі фахівці [11].

"Netcat" - в даний момент CMS достатньо функціональна, зручна і проста в освоєнні, доступно три різних по набору модулів редакції - "Standart", "Plus" і "Extra. До всіх пакетів (виключаючи "Small Business") "додається" кваліфікована підтримка всіма іншими зручними для користувачів способами. При розробці сайту і (особливо складного і багатофункціонального) потрібні зусилля програмістів [16].

"inDynamic 2.3" - вельми серйозна по можливостях і достатньо зручна CMS, проте і вартість її достатньо висока. Сайти, побудовані на основі цієї системи, володіють низкою переваг перед більшістю інших (серед таких же просунутих в цьому відношенні можна назвати лише Amiro.CMS) з погляду пошукового просування [14].

"Amiro.CMS" - збалансована і багатофункціональна CMS, що володіє багатьма серйозними перевагами, серед яких можна назвати і глибокий рівень контролю над сайтом через веб-сервер-інтерфейс, орієнтація на пошукову оптимізацію, невисока ціна рішень. "Amiro.CMS" проста в експлуатації і настройці, але дає повний спектр можливостей по управлінню змістом сайту. До недоліків можна віднести те, що сайт на базі Amiro.CMS можна безболісно перенести не на кожен хостінг [9].

"Прометей" - це програмна оболонка, яка не тільки забезпечує дистанційне навчання і тестування слухачів, але і дозволяє керувати всією діяльністю віртуального навчального закладу, що сприяє швидкому впровадженню дистанційного навчання і переходу до широкого комерційного використання. В даний час система дистанційного навчання "Прометей" використовується різними навчальними закладами і корпораціями з Росії і країн СНД. Інтерфейс перекладений на декілька національних мов, серед яких російський, український, казахський, узбецький (латиниця і кирилиця) та англійський варіанти [18].

Таким чином, у сучасних умовах масове використання таких систем вітчизняними вузами неможливе через їх високу вартість і жорсткі апаратні вимоги. Також комерційні системи надають обмежену кількість освітніх ліцензій. Крім того комерційні системи надають вельми обмежені можливості для розширення і масштабування можливостей.

На основі аналізу існуючих Opensource систем Lms\lms виділяють наступні: Atutor, Claroline, Dokeos, LAMS, Moodle, OLAT, OPENACS, Sakai. Основними критеріями відбору були вибрані ступінь підтримки системи і багатомовний супровід.

"Atutor" є вільно розповсюдженою web-орієнтованою системою управління учбовим контентом, яка розроблена з урахуванням ідей доступності та адаптованості. Адміністратори можуть відновити або інсталиувати Atutor за декілька хвилин, розробити власні шаблони оформлення системи. Викладачі можуть швидко збирати, структурувати зміст навчального матеріалу для проведення занять on-line. Студенти працюють з гнучким, адаптивним середовищем навчання [10].

"Claroline" (Classroom Online) - платформа побудови сайтів дистанційного навчання, створена з урахуванням побажань викладачів. Продукт безкоштовний і доступний. Вимагає установки Php/mysql/apache Система була протестована в середовищі Mandrake Linux 8.1, Windows 98 і NT зі встановленим EASYPHP. Claroline дозволяє створювати завдання, редагувати їх зміст, керувати ними. Додаток включає генератор вікторин, форуми, календар, функцію розмежування доступу до документів, каталог посилань, систему контролю за успішністю студента, модуль авторизації [12].

"Dokeos" - платформа побудови сайтів дистанційного навчання, заснована на гілці (fork) Claroline (версії

1.4.2.). Є клоном вільно розповсюдженого програмного продукту, створеного з метою змінити додаток-оригінал в тому або іншому напрямі. Назва Dokeos відноситься як до додатку, так і до співтовариства, яке пропонує набір різнних сервісів до платформи: хостінг, інтеграція контенту, розробка додаткових модулів, технічна підтримка [13].

"LAMS" - у її основу покладені результати роботи Відкритого університету Нідерландів (Open University of the Netherlands - OUNL) по мові освітнього моделювання «Educational Modelling Language» (EML), за допомогою якого описується «метамодель» розробки навчального процесу. На основі даної специфікації була створена «Система управління послідовністю навчальних дій» Learning Activity Management System (LAMS). LAMS надає викладачам візуальні засоби для розробки структури навчального процесу, які дозволяють створювати послідовність видів навчальної діяльності. LAMS є революційно новим засобом для створення і управління електронними освітніми ресурсами. Вона надає викладачеві інтуїтивно зрозумілий інтерфейс для створення освітнього контенту, який може включати різні індивідуальні завдання, завдання для групової роботи і фронтальну роботу з групою студентів [15].

"Moodle" - додаток, призначений для організації online-занять і повчальних web-сайтів. Проект був задуманий для розповсюдження соціо-конструктивного підходу в навчанні. При використанні цього підходу ви спираєтеся на той досвід студента, який більше всього підходить для засвоєння потрібного матеріалу, а не просто публікуєте і модифікуєте інформацію, яку студент повинен засвоїти. Такий підхід дозволяє вам також зробити так, щоб кожен учасник учбового процесу міг по черзі бути і вчителем, і учнем. Функція викладача може змінитися: замість джерела знань він перетворюється на "центр впливу" і модель класної культури. Викладач повинен знайти індивідуальний контакт з кожним студентом, адаптуючись під його навчальні потреби. Крім того викладач зобов'язаний направляти дискусії і спільну діяльність так, щоб колективно досягти цілей навчання. Moodle знадобиться для використання більш класичних стилів навчання, зокрема, гібридного навчання, що перетворює систему на додаток до презентаційного навчання. Система придатна для створення сайтів з мультимедійним вмістом. Web-сайт Moodle безкоштовно подає користувачам платформи якісну підтримку. Цьому сприяє численне співтовариство [5].

"OLAT" - розробка системи почалася в 1999 році в University of Zurich, Switzerland, де вона є основною освітньою платформою електронного навчання [17].

"OPENACS" (Open Architecture Community System) це система для розробки масштабованих освітніх ресурсів. Вона є основою для багатьох технологій електронного навчання в університетах [6].

"Sakai" є on-line системи організації навчального простору. Sakai є системою з повністю відкритим початковим кодом, яка підтримується співтовариством розробників. У систему інтегрована підтримка стандартів і специфікацій IMS Common Cartridge, SCORM [7].

Отже, системи з відкритим кодом дозволяють вирішувати ті ж завдання, що і комерційні системи, але при цьому у користувачів є можливість доопрацювання і адаптації конкретної системи до своїх потреб і поточної освітньої ситуації.

Проведений аналіз показав, що сучасні тенденції розвитку ринку Opensource Lms/lcms спрямовані у бік універсалізації і збільшення функціональності систем. Використання комерційних систем управління електронним навчанням не доступно більшості вітчизняних вузів унаслідок їх високої вартості і необхідності продовження ліцензії на кожен навчальний рік. Системи з відкритим початковим кодом дозволяють реалізувати той же набір можливостей, що і комерційні з істотно меншими витратами і більшою ефективністю. Системи Lms/lcms «Moodle» і «Sakai» є оптимальною платформою для реалізації на їх основі проекту «Віртуальний університет».

УДК: 577.1(075.8)

Однокоз О. В., Іванченко Д. Г., Александрова К. В.

## **ВПРОВАДЖЕННЯ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ У ВИКЛАДАННЯ БІОХІМІЇ СТУДЕНТАМ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СТОМАТОЛОГІЯ» У ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

З 2010-2011 навчального року в медичних ВНЗх України елементи Болонського процесу були впроваджені на спеціальності «Стоматологія» (наказ МОЗ № 929 від 07.12.2009). В зв'язку з цим суттєвою проблемою стає збільшення відсотку самостійної роботи студентів, що потребує додаткового методичного забезпечення, як з теоретичних, так і з практичних питань. Для підвищення якості навчання викладачами кафедри біологічної хімії та лабораторної діагностики Запорізького державного медичного університету створені спеціальні методичні рекомендації, в яких до кожного практичного заняття наведено перелік теоретичних питань з самопідготовки у формі детального плану, тестові питання для перевірки рівня самопідготовки, а також практикум, який включає характеристику, принципи методів, хід робіт та їх клініко-діагностичне значення. Крім того, кафедрою готуються методичні посібники, де детально висвітлюються складні моменти біохімії, які адаптовані під студента-стоматолога.

Для повного досягнення навчальних цілей на кафедрі біохімії та лабораторної діагностики університету, разом з кафедрою медичної і фармацевтичної інформатики та новітніх технологій, в навчанні студентів використовуються інтерактивні форми навчання – автоматизовані навчальні системи (АНС). Вони передбачають комплексну роботу студента з формульним матеріалом і текстом, графічними об'єктами, візуалізацію метаболічних процесів з одночасною локалізацією в компартментах клітини. На деяких заняттях застосовуються АНС з комп'ютерною анімацією. Така форма подання інформації дозволяє студентам зупинитися на будь-якому етапі навчання та по-

вернутися для повторення поняття або фрагменту тексту. Після вивчення матеріалу студент має можливість самостійно перевірити ступінь засвоєння теми вирішенням тестів. Протокол обліку дозволяє викладачу відстежити якість роботи студента, кількість звернень до АНС, а також виявити найскладніші для засвоєння моменти теми та за необхідністю змінити (додати) матеріал. Таким чином, застосування АНС дає студенту можливість звертатися до АНС в будь-який час навчального року, на значній відстані від навчального класу (інший корпус, гуртожиток, Internet-клуб), а викладачу – не тільки контролювати навчання окремого студента, але й змінювати завдання, рівень складності та об'єм інформації.

Впровадження на кафедрі біологічної хімії та лабораторної діагностики ЗДМУ електронного журналу дає змогу фіксувати оцінку кожного студента і відстежувати його успішність деканату та батькам.

УДК [37.042+17.026.1]:616.31

*Самойленко І.В., Юфименко В.Г.*

### **ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАЛЬНОГО ПРОЯВУ ІНТЕРЕСІВ ТА ЗДІБНОСТЕЙ У ДІЯЛЬНОСТІ СТАРШОКЛАСНИКІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ОВОЛОДІННЯ ПРОФЕСІЄЮ ЛІКАРЯ – СТОМАТОЛОГА**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Психологічний сенс методики багатовимірного аналізу досягнень старшокласників ("БАДС") полягає у з'ясуванні інтересів і здібностей, а також нахилів старшокласників за допомогою професіографічного аналізу їхніх особистих досягнень протягом останніх років навчання у школі. Ця методика безтестового профілювання учнів, в основу якої покладений метод аналізу продуктів діяльності, але в разі необхідності може бути використаний більш спрощений опитувальний варіант.

Відомо, що професійні успіхи старшокласників, які в майбутньому вибирають професію лікаря – стоматолога, значною мірою визначаються відповідними практичними вміннями і навичками, які активно формуються протягом навчання в медичному вузі. Саме шляхом вивчення умінь і навичок можна діагностувати стан розвитку інтересів, здібностей, а в цілому нахилів старшокласників, що найяскравіше проявляється в нерегламентованій соціальними інститутами, власній, особистісно значимій діяльності учнів.

Наведемо короткий опис методики. За нашою інструкцією учні 10 – 11 класів повинні були пригадати три особистісно значимі досягнення за останні роки навчання в школі (звісно це стосувалося всього спектра життєдіяльності учнів, а не лише шкільного життя) і відповісти на запитання анкети.

Об'єктно значиму діяльність проаналізовано за такими параметрами:

вид діяльності за її предметом, тобто визначається галузь інтересу, до якої належать досягнення аналогічно до класифікації типів професій за Є.О.Климовим;

просторово-часова орієнтація, яка визначається стійкістю інтересу в певній галузі за параметрами: "початок – кінець – перспектива", що співвідноситься з теперішнім, минулим та майбутнім часом;

вольовий компонент, що характеризується складністю та якістю виконуваної діяльності;

рівень виконання діяльності, який визначається ступенем ініціативності й творчості.

Серед 30 значимих досягнень, що описані кожним старшокласником, виявлено найбільшу кількість їх у певній галузі. Аналіз вибірки за домінуючим інтересом показав, що є відносно рівномірний розподіл учнів на групи за інтересами. Проте ієрархія галузей інтересів має іншу послідовність: перше місце займають інтереси в галузі "природа" (24,2%); друге місце займають інтереси в галузі "людина" (21,2%), що є сприятливим фактором щодо оволодіння старшокласниками медичною професією, а саме професією лікаря – стоматолога. Однакові за значимістю інтереси в галузі "техніка" та "знакова система" (19,2%), "художній образ" (16,2%). З метою глибшого аналізу розглянемо прояв інтересів із точки зору вікової приналежності учнів та їхнього соціального походження. За віковою ознакою в десятикласників найбільш виражені інтереси до "техніки" (32,3%), потім ідуть: "природа" (25,8%), однакові значимі інтереси в галузі "художній образ" та "людина" (16,1%), "знакова система" (9,7%). У групі одинадцятикласників однаково виражені інтереси в галузях "природа", "людина", "знакова система" (23,5%), "художній образ" (16,2%), "техніка" (13,2%).

За рекреативним фактором учнів у групі "місто" найбільш виражені інтереси в галузі "техніка" (28,6%), "людина" (20,6%), а найменше значимі – "художній образ" і "природа" (15,9%). У жителів села переважають інтереси до природи (38,9%) та людей (22,2%) і мало значимі інтереси в галузі "художній образ" (16,7%) та "техніка" (2,8%).

При порівнянні ієрархій інтересів виявлено, що однакові місця в десятикласників займають інтереси в галузях "техніка" та "людина", у одинадцятикласників – у галузях "знакова система" та "техніка"; в жителів міста – в галузях "техніка" та "художній образ", у жителів села – "природа" та "людина".

Найчастіше збігаються інтереси в галузі "техніка". Це пояснюється тим, що інтерес до техніки в основному займає певні місця в ієрархіях і тому, що в цей віковий період учні активно пізнають і працюють із технікою (вивчення і робота з комп'ютерами, розробка комп'ютерних програм і навчання за ними). Інтереси в галузі "людина" збіглися лише в групі десятикласників і займають третє місце, що свідчить про незначну кількість старшокласників, у яких вони є домінуючими.

Проведене дослідження "БАДС" щодо прояву індивідуально-психологічних особливостей старшокласників у їхній особисто значимій діяльності в галузі "людина" виявило, що:

1. Є типові прояви індивідуально-психологічних особливостей учнів за їхньою віковою приналежністю та соціальним походженням, а саме:

ВІК:

– для десятикласників типовим є домінування спрямованості на сьогодення, посередній рівень домагань, самостійне оволодіння діяльністю у моторній формі;

– одинадцятикласникам властива спрямованість у майбутнє, високий рівень складності досягнень, зовнішня мотивація, репродуктивне відтворення, мовленнєво-розумова форма реалізації дії.

#### **РЕКРЕАТИВНИЙ ФАКТОР:**

– жителям міста притаманні прості за складністю та недбалі за якістю досягнення, зовнішня мотивація, репродуктивний і продуктивний рівні реалізації дії;

– у жителів села переважають посередня складність, зовнішня мотивація, репродуктивний та продуктивний рівні відтворення.

2. Поряд із типовими рисами старшокласників у особистісно значимій діяльності виявлено специфічні прояви щодо інтересів у галузі "людина", оскільки для багатьох вони не є значимі й у ієрархії інтересів суб'єктно значимої діяльності займають останні місця, а саме:

– у потребнісно-вольовій сфері: особлива її несформованість у жителів міста;

– за змістовною спрямованістю: жителі села найбільш відкриті до спілкування з іншими, чутливі до інших і більше піддаються зовнішнім впливам оточення;

– відсутні відмінності між групами десятикласників та одинадцятикласників, тобто віковий фактор виявився за наслідками аналізу значимої діяльності незначним;

– в обох групах за гендерним фактором діяльність у галузі "людина" приваблює учнів як можливість і реальність спілкування;

– з погляду мотиваційної сфери, найчутливішими до оточення є старшокласники з села, а найініціативніші жителі міста.

3. Старшокласники потенційно мають індивідуально-особистісні якості, необхідні для медичної діяльності, проте вони переважно на низькому рівні розвитку, представлені не цілісно і не усвідомлені учнями як їхня професійна спрямованість. З метою з'ясування того, якою мірою значимі інтереси старшокласників пов'язані з їхніми внутрішніми психологічними якостями і чи можуть ці інтереси перерости в реальну професійну діяльність, проводиться дослідження актуального стану розвитку інтересів у галузі "людина" та прояву при цьому індивідуально-психологічних особливостей у повсякденній життєдіяльності.

УДК 37.02: 811. 124'00 ± 61.001.4

**Сільнича Н.А., Ніколаєва Н.М.**

### **МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ТА МІЖПРЕДМЕТНІ ЗВ'ЯЗКИ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ LSP МЕДИЦИНИ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Урахування міждисциплінарних і міжпредметних зв'язків у навчальному процесі нині залишається актуальною проблемою. У сучасному науковому дискурсі інтегроване навчання прийнято розглядати як *sui generis* підсистему загальної системи навчання, за якої навчальний процес розглядається як група взаємопов'язаних, цілеспрямованих комплексів навчальних дисциплін і видів навчання, які утворюють наукову, навчальну та професійну єдність. При цьому інтеграція розглядається як система з тривірневою організацією. О.М. Беляєва виокремлює такі рівні:

- вищий (цілісний), на якому зміст навчання латинської LSP медицини — елемент цілісного процесу формування професійної особистості майбутнього фахівця у галузі медицини, становлення якої відбувається шляхом інтеграції професійно мовних і власне професійних знань, умінь і навичок;

- середній (міждисциплінарний) рівень, з одного боку, передбачає інтегративні зв'язки з блоком дисциплін, які забезпечують освітню орієнтацію, з іншого, з блоком дисциплін природничонаукового та професійно-практичного спрямування;

- міжпредметний, реалізується шляхом взаємопроникнення (асиміляції) та взаємодоповнення міжпредметної інформації і способів її засвоєння.

Ураховуючи розподіл навчального матеріалу у часі, міжпредметні зв'язки можуть бути передуючими, під якими розуміють раніше вивчений матеріал із суміжних предметів, необхідний для вивчення даного предмету; супутніми, за яких у суміжних дисциплінах одночасно засвоюються одні й ті ж теми або поняття; перспективними — включення навчального матеріалу, котрий буде вивчатися у майбутньому у суміжних курсах. У розробленій О.М. Беляєвою моделі міждисциплінарних і міжпредметних зв'язків, які реалізуються у процесі навчання латинської LSP медицини ураховано такі параметри:

- наявність спільного об'єкту — спеціальні терміноодиноци (терміни та номенклатурні найменування) → навчальні дисципліни усіх циклів;

- використання спільного елемента теорії — способів термінологічної номінації → українська й іноземна мови професійного спрямування, гуманістичних принципів і принципів медичної етики та деонтології → медична психологія, внутрішня медицина, хірургія, акушерство та гінекологія, стоматологія, педіатрія, судова медицина, травматологія й ортопедія etc.;

- використання спільного прийому діяльності — оперування у навчально-професійному і професійному мовленні латинськими різнорівневими мовними одиницями → навчальні дисципліни усіх циклів;

- використання спільних методів пізнання діхронічних і *id est* історичних і зіставно-компаративних, за допомогою яких описується, аналізується, інтерпретується, порівнюється певна інформація → історія медицини, ме-



дична етика та деонтологія, українська та іноземна мови за професійним спрямуванням; функціональних, які формують науковий світогляд майбутнього фахівця, визначають і регулюють відношення до професійної діяльності, обумовлюють його поведінку.

Таким чином, можемо зробити висновок, що навчання латинської LSP медицини являє собою інтеграцію з дисциплінами циклу освітньої та професійної орієнтації, а також циклів природничонаукової та професійно-практичної підготовки. Здійснення принципу інтегративності забезпечує створення цілісної, ефективної системи професійного навчання майбутнього спеціаліста в галузі медицини.

УДК 161.2:61(049.2)

**Юфименко В.Г.**

### **МОВНІ АСПЕКТИ ПРАВИЛЬНОГО ВЕДЕННЯ НАУКОВОЇ ДИСКУСІЇ НА МЕДИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЯХ, СЕМІНАРАХ, СИМПОЗІУМАХ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Участь у наукових заходах- конференціях, школах, семінарах, симпозиумах- важлива складова діяльності молодого вченого. Емоційна розповідь про наукові факти і гіпотези, живе обговорення і дискусії з різних проблем забезпечують ефективне засвоєння нової інформації, розширюють кругозір, нерідко провокують на критичний перегляд власних уявлень і стимулюють народження нових ідей. Уміння правильно дискутувати- одна з рис професійності ученого-медика. Ця проблема існує на межі кількох наук: психології, риторики, етики та, зокрема, мовознавства. Під час навчання у медичному вузі майбутні науковці на заняттях з «Української мови за професійним спрямуванням» та з «Основ психології» частково опановують основні правила дискутування. На заняттях з курсу «Українська мова за професійним спрямуванням» слід приділяти цій проблемі особливу відповідну увагу. Наразі зі збільшенням кількості наукових конференцій, та з метою формування професіонала-медика, фахівця нової інформації ця проблема є особливо актуально.

Наукова дискусія- це обговорення і вирішення будь-якого спірного наукового питання.

Мова здатна точно і неупереджено фіксувати інтелектуальні міркування науковця, служити засобом передачі однозначно трактованих повідомлень. Саме тому мова успішно використовується для закріплення і передачі різного роду наукових ідей, а також координації спільної діяльності.

Наукові дискусії мають свою специфіку. Дуже важливо формулювати свої думки однозначними й точними словами; терміни й абстрактні слова, важливі для дискусії слід витлумачити попередньо.

Висуваючи якусь тезу, обов'язково стежати за тим, щоб у ній не було двох питань, якщо для кожного з них потрібні свої докази.

Найважливіше в науковій дискусії- точно визначити головну проблему й навколо неї зосередити увагу.

Виступаючий має подати слухачам ту інформацію, яка потрібна для того, щоб правильно зрозуміти й оцінити запропонований спосіб вирішення проблеми. При цьому треба дібрати такі аргументи, які б свідчили на користь запропонованого рішення. Добре, якщо виступаючий уміє передбачити можливі контраргументи і вже у своєму виступі спробує спростувати їх.

У середовищі вчених надзвичайно високо цінують час. Тому в аудиторії фахівців треба бути гранично лаконічним: уникати довгих преамбул, подробиць, про які можна сказати лише тоді, коли виникнуть питання або хтось спеціально ними зацікавиться. Важливе місце також слід приділяти часу виступів сторін, які ведуть дискусію. Не можна, щоб одна сторона мала більше часу для виступів.

Для правильного, точного логічного мовлення та з метою економії часу учасник дискусії повинен схематично викласти свої думки письмово. Це, перш за все, потрібно для збереження думки, побудови логічно сформульованих понять, безперечної впевненості у власних судженнях та подальшого, точного, ясного й стислого викладу їх перед аудиторією. Це підтверджує й вислів Д.Карнегі: « Постійно занотуйте всі роздуми, які спадають вам на думку, і весь час ретельно занотуйте їх... Записуючи, я відшліфую як саму думку, так і її словесну форму.

Значно легше аналізувати факти після їхнього попереднього запису: добре сформульована проблема – наполовину розв'язана проблема».

Важливе місце для мовної організації дискусії має культура мовлення. Це в першу чергу стосується використання необразливих, дипломатичних формулювань і т. п., це стосується вміння висловити лаконічно свою думку, не припускати двозначного трактування своїх висловлювань і позицій.

Не можна, щоб хтось із сторін переходив на силові методи ведення дискусії. Сила голосу- це ще не вирішення проблеми, це не наближення до найкращого розв'язання наукової суперечки.

Не можна у жодному разі під час дискусій використовувати недозволені методи ведення суперечок: ображати один одного, натякати на якісь певні негативні сторони один одного, не маючи конкретних доказів чи відносячи до наукової суперечки речі, які не мають логічного відношення до розглядуваних питань.

На практичних заняттях з мови теж апробовуються різні види дискусій.

Підсумовуючи вищевикладене можна зробити висновки, що досконале знання мовних правил ведення дискусії та віртуозне володіння ними дозволяє лікарю-науковцю сподіватися, що він відповідає вимогам сучасного компетентного фахівця.

УДК 378.147:376.68

В.Г. Юфименко

**ШВИДКІСНЕ ЧИТАННЯ ЯК ОДИН ІЗ СПОСОБІВ ЕФЕКТИВНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ - ІНОЗЕМЦІВ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Важливість читання для продуктивної навчальної діяльності студентства важко переоцінити. Саме воно є основним способом навчання та інструментом пізнання навколишнього світу. Не дивлячись на появу засобів масової інформації та всевітню комп'ютеризацію, значення читання в житті людей не змінилось. Інформаційний вибух, свідками якого ми зараз є, лише стимулював потребу читати все більше і більше. Причому це стосується не лише книг чи преси, але й комп'ютерних текстів. Як приклад, можна привести такі показники. У 190 році у світі друкувалося 100 тисяч наукових журналів, у 2000 році – мільйон. З 1990 року об'єм наукової інформації подвоювався кожні 5-7 років. До 2013р. кількість інформації порівняно із 1990 р. збільшилась у 4 рази, до 2040 – у 32 рази.

Саме через це в умовах сучасної цивілізації більшість людей і, зокрема, студентства, опинилися не в змозі засвоювати потоки всіх видів інформації. Разом з тим резерви головного мозку у цьому плані ще далеко не вичерпані. За останні 20 років місткість пам'яті комп'ютера збільшилась у 1000 разів, а швидкість дії – у 100. Що ж до людини, зокрема студентства, то дослідження вчених показують, що більшість читає з такою ж швидкістю, як і 50-100 років тому. Середня швидкість читання: іноземних студентів-70-100 слів за хвилину, вітчизняних студентів-120-180, викладачів – 200-250 слів( ступінь засвоєння при цьому коливається в межах 20-50%). Дослідження показують, що між швидкістю читання та встигаємістю студентів існує прямий зв'язок. Так, серед студентів, які читають швидко, успішних -53%, а от серед тих, хто читає повільно – лише 4%. Отже, приділяючи велику увагу швидкочитанню ми активізуємо навчальний процес в цілому.

У сучасному світі немає однаковості щодо швидкочитання як явища. Дехто, обговорюючи дану проблему, вважає неприпустимим прискорення цього процесу взагалі.

Провівши відповідне ознайомлювальне анкетування серед студентів ми виявили, що більшість людей сприймає це й певний суспільний стереотип:

нібито розуміння тексту якісніше при повільному читанні, ніж при швидкому. Відомий психолог Л.С. Виготський вважав інакше. Ще в 1931 році він написав: «Зазвичай думають, що розуміння вище при традиційному читанні, та насправді при швидкому читанні розуміння виявляється краще, бо різні процеси здійснюються з різною швидкістю і швидкість розуміння відповідає більш швидкому темпу читання».

Швидкочитання це результат використання деяких простих прийомів, які можуть бути засвоєні кожним, хто захоче витратити потрібний час та зусилля, щоб ним оволодіти. Тобто, швидкочитання і є своєрідним навчальним процесом, який організований таким чином, щоб, відсіюючи зайве, ми вміли відбирати лише суттєво нове, що складає основу знань; щоб, використовуючи інструмент мислення, поміщати в нашу пам'ять нову інформацію. Подібна модель опрацювання текстів є універсальною для кожного.

Отже, швидкочитання – це швидке сприйняття текстової інформації з оптимальним її засвоєнням. Таким чином, ефективно читати – читати швидко, розуміти, запам'ятовувати.

Якщо говорити образно, то то при традиційному читанні людина бачить дерева, а при швидкому – ліс. Це значить, що зазвичай читач звертає увагу на окремі частини, а, вміючи читати швидко, бачить відразу всю загальну картину.

Швидкісне читання – це якісно новий стан, у якому перебуває читач завдяки психологічній та фізіологічній організованості.

Швидкісне читання дає змогу поступово справлятися з інформаційним вибухом, який властивий нашому часові, полегшує навчання у вузах, поширюючи свою дію на наукову літературу та періодичні видання, полегшує роботу і з художньою літературою, хоча не зовсім прийнятне для неї.

На основі підібраних матеріалів, власних спостережень та досліджень можемо зробити такі висновки.

По-перше, читання є беззаперечно процесом багатограним, тому потребує додаткових досліджень. Крім того, це слід враховувати і в самому процесі засвоєння тої чи іншої інформації. Артикуляція, регресія, мале поле зору, слабка увага, пасивна пам'ять, в'яле мислення, відсутність підготовки до читання та стратегічної визначеності, ненаукова організація роботи-головні чинники зниження техніки читання.

По-друге, процеси алгоритмізації значно спрощують та є прекрасними

Систематизаторами читання загалом. Інтегральний та диференціальний алгоритми в сумі упорядковують сам процес переробки інформації, яка після оволодіння ними стає набагато ефективнішою, підвищують коефіцієнт засвоєності тексту, сприятливо впливають на швидкість читання.

Швидкочитання також вплинуло на систематизацію навчального процесу, правильну організацію щоденної роботи та зекономило масу вільного часу.

Отже, в усіх відношеннях прийоми техніки швидкісного читання відчутно полегшують роботу з текстами.





