

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 16, вип..1(53), 2016р.  
ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

ISSN 2542-2298 (print) / ISSN 2542-2306 (online)  
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 2001 році

Зміст

СТОМАТОЛОГІЯ

<b>Любченко О.В., Иванов А.Е.</b> .....	5
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УВЛАЖНЯЮЩЕГО АГЕНТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТРЕСТАВРАЦИОННОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ	
<b>Медвідь Ю.О.</b> .....	9
КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СОРБИТОЛУ ТА КСИЛІТОЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	
<b>Мельник В.С., Горзов Л.Ф.</b> .....	17
ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ІЗ ХВОРОБАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	
<b>Октисюк Ю.В., Рожко М.М.</b> .....	21
ДОСЛІДЖЕННЯ БІОФІЗИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА КАРІЄС ЗУБІВ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ КЛІМАТО-ГЕОГРАФІЧНИХ ЗОНАХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
<b>Петрушанко А.М.</b> .....	25
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЕННЯМ ТА РЕЦЕСІЄЮ ЯСЕН НА ТЛІ ОРТОПЕДИЧНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ПІД ДІЄЮ РОЗРОБЛЕНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ	
<b>Риберт Ю. О.</b> .....	35
АНАЛІЗ СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО КОМПЛЕКСУ ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВИМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА МЕТОДІВ ЇХ ЛІКУВАННЯ	
<b>Рябокоть Е.Н., Днестранский В.И.</b> .....	39
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ГЕРМЕТИЗАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ ИХ ОБРАБОТКИ	
<b>Удод А. А., Драмарецкая С. И.</b> .....	47
КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИИ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ	
<b>Янішен І.В.</b> .....	52
КЛІНІЧНО-ОРІЄНТОВАНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ	

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

<b>Аксьонов Є.В.</b> .....	59
ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ІНТЕРВЕНЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР	
<b>Александрова Н.К., Вовк К.В., Сокруто О.В., Ніколенко Є.Я., Ларичева Л.В.,</b> .....	64
<b>Філіпповська О.О.</b> .....	64
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	
<b>Асадова С.И.</b> .....	68
УРОВЕНЬ ОКСИГЕНАЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ РАННЕЙ НАЗАЛЬНОЙ СРАР И СУРФАКТАНТА	
<b>Багрій М.М., Данилишин І.Є., Закалик М.С., Богдан І.С., Іваник Р.Ю.</b> .....	74
ЕПЕНДИМОМА КІНСЬКОГО ХВОСТА	
<b>Бондарь В.Н.</b> .....	77
АРТЕРИАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ	
<b>Гордієнко І.В.</b> .....	83

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМПІВ ЗБІЛЬШЕННЯ МАСИ ТІЛА У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ УПРОДОВЖ ПЕРШИХ ДВОХ РОКІВ ЖИТТЯ

<b>Гриднев А.Е.</b> .....	<b>89</b>
ОСОБЕННОСТИ УРОВНЕЙ АПЕЛИНА-12 У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОРЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПРИ ЕЕ КОМОРБИДНОСТИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
<b>Дмитрієва К.Ю.</b> .....	<b>94</b>
ЗМІНИ КРОВОТОКУ В МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ ЗНЕБОЛЕННЯ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ СИНДРОМІ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ	
<b>Ємченко Я.О.</b> .....	<b>99</b>
ВПЛИВ МЕТФОРМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНУ ХВОРОБУ З СУПУТНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
<b>Кадикова О.І.</b> .....	<b>103</b>
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА З РІЗНИМИ ГЕНОТИПАМИ ПОЛІМОРФІЗМУ GLN27GLU ГЕНА В <sub>2</sub> -АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ	
<b>Козакевич О.Б., Похилько В.І., Козакевич В. К., Гончарова Ю.О.</b> .....	<b>107</b>
ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ІЗ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ ТА ДЕТЕРМІНАНТИ, ЩО ЙОГО ВИЗНАЧАЮТЬ	
<b>Колеснікова О.В., Яресько М.В.</b> .....	<b>113</b>
ВПЛИВ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ НА ПЕРЕБІГ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК	
<b>Коноплицький В.С., Погорілий В.В., Лукіянець О.О., Нестеренко І.Г.</b> .....	<b>118</b>
ФЕНОТИПІЧНИЙ ПРОСТОРОВИЙ КОНТИНУУМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ДОЛІХОСІГМОЮ	
<b>Костюк И. Ф., Мельник О. Г., Стеблина Н. П., Бязрова В. В.</b> .....	<b>121</b>
САРКОИДОЗ ЛЕГКИХ У РАБОЧИХ ПЫЛЕВЫХ ПРОФЕССИЙ МАШИНОСТРОЕНИЯ	
<b>Котельох М.Ю.</b> .....	<b>125</b>
ВПЛИВ МІЖКЛІТИННОГО МАТРИКСУ НА СТАН КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
<b>Молотьягин Д.Г., Паштуани Р.В., Кудрик Е.А., Кравчун П.Г.</b> .....	<b>129</b>
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ОЛЬЕ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ	
<b>Муравський А.В., Земскова О.В.</b> .....	<b>132</b>
ОСОБЛИВОСТІ МРТ ЗМІН У БОКСЕРІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ ТРАВМАМИ	
<b>Пекарь А.Ю., Міцода Р.М.</b> .....	<b>138</b>
ОЦІНКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАНУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	
<b>Пятикоп В.А., Аль-Травнех М.А., Старенький В.П., Карвасарская В.В., Котляревский Ю.А.</b> .....	<b>141</b>
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИЗОЛИРОВАННО И В КОМБИНАЦИИ С НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ	
<b>Романюк А.М., Сікора В.В., Ліндін М.С., Сікора В.В., Піддубний А.М.</b> .....	<b>146</b>
ЕКОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА	
<b>Серік С.А., Сердобінська-Канівець Е.М., Ченчик Т.О.</b> .....	<b>150</b>
СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ І РІВЕНЬ МАЛОНООВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
<b>Скибчик В.А., Онищук Ю.І., Омеляш У.В., Белюсова В.М., Будзінська О.Л.</b> .....	<b>155</b>
АТИПОВИЙ ПЕРЕБІГ РОЗШАРОВУЮЧОЇ АНЕВРИЗМИ АОРТИ	
<b>Шляхтиченко Т.Ю., Дягіль І.С., Мінченко Ж.М., Дмитренко І.В., Федоренко В.Г., Дмитренко О.О.</b> .....	<b>160</b>
ЗМІНИ СЕКРЕЦІЇ ПРОЗАПАЛЬНИХ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ В ПРОЦЕСІ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ МІЄЛОЇДНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ	
<b>Яценко Л.Д.</b> .....	<b>167</b>
ВПЛИВ ПОЛІПЛАТИЛЛЕНУ НА СТУПІНЬ ТОКСИЧНОСТІ ТА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ	
<b>ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА МОРФОЛОГІЯ</b>	
<b>Акімов О.Є., Ковальова І.О., Костенко В.О.</b> .....	<b>169</b>
ФУНКЦІОНУВАННЯ АРГІНАЗНОГО ТА NO-СИНТАЗНОГО ШЛЯХУ МЕТАБОЛІЗМУ L-АРГІНІНУ В КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОГО НАДЛИШКОВОГО НАДХОДЖЕННЯ НІТРАТУ ТА ФТОРИДУ НАТРІЮ ТА ЗАСТОСУВАННЯ СУСПЕНЗІЇ НАНОДИСПЕРСНОГО КРЕМНЕЗЕМУ	
<b>Артеменко О.І.</b> .....	<b>173</b>
ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ВМІСТУ ВІЛЬНИХ ФРАКЦІЙ БІОГЕННИХ АМІНІВ (ГІСТАМІНУ ТА СЕРОТОНІНУ) В ЛЕГЕНЕВІЙ ТКАНИНІ ЛЮДИНИ	
<b>Бабкіна О.П., Стогнієв Ю.О., Гладар В.Ю., Коробко І.С.</b> .....	<b>177</b>
ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІН ГІСТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ТРАВМІ ЗА ВІДСУТНОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	
<b>Березнякова А.І., Жемела О.Д., Черемісіна В.Ф.</b> .....	<b>180</b>
СТАН АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ЩУРІВ З АЛЕРГІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ	
<b>Бурега І. Ю.</b> .....	<b>184</b>

## Актуальні проблеми сучасної медицини

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЗМУ ЗАЛІЗА КРОВІ ЩУРІВ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ СИРОВАТКИ КРОВІ, ОТРИМАНОЇ ЗА УМОВ МОДЕЛЮВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГЕМОЛІТИЧНОЇ АНЕМІЇ

<i>Гаврелюк С. В.</i> .....	189
ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У МАЛЬЧИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
<i>Дирик В.Т., Дирик О.-О.Т.</i> .....	194
ДИНАМІКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ШЛЯХИ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ТВАРИН З МОДЕЛЬОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМУ ТА ІНГАЛЯЦІЙНОМУ НАВАНТАЖЕННІ ПЕСТИЦИДІВ	
<i>Дмитрієв Д.В.</i> .....	198
МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ ДО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРАЛЬГЕЗІЇ	
<i>Довгаань Р.С., Загородний М.І., Брюзгіна Т.С., Горчакова Н.О.</i> .....	202
ВИВЧЕННЯ ДІЇ МЕТАБОЛІТНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ЛІПІДІВ ТКАНИН ЩУРІВ ЗІ СПОНТАННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
<i>Дученко Е.А., Корниенко В.И., Самура Б.А., Иванченко Д.Г., Ладогубец Е.В., Романенко Н.И.</i> .....	207
ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИГИПОКСИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ 7-ГИДРОКСИПРОПИЛ-8-АМИНОЗАМЕЩЕННЫХ ТЕОФИЛЛИНА	
<i>Іванців О.Р.</i> .....	211
ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ВВЕДЕННЯ ЕКСЕНАТИДУ ТА ІНСУЛІНУ НА УЛЬТРАСТРУКТУРНУ ОРГАНІЗАЦІЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ	
<i>Кузык Ю.И., Иванов Д.В., Доль А.В.</i> .....	215
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ БИОМЕХАНИКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОВЕДЕНИЯ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	
<i>Макаренко О.М., Ковтун А.М., Петров П.І.</i> .....	219
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА КІЛЬКІСНО-ЯКІСНОГО СТАНУ ГЛІАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В ЦЕРЕБРОКОРТЕКСІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЩУРІВ	
<i>Марусин О.В.</i> .....	226
ГІСТО-УЛЬТРАСТРУКТУРНА БУДОВА ЯЗИКА ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ	
<i>Наконечная С.А.</i> .....	230
ХАРАКТЕР НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО ОТВЕТА В ОРГАНИЗМЕ ЖИВОТНЫХ НА ВОЗДЕЙСТВИЕ КСЕНОБИОТИКОВ БЫТОВОГО НАЗНАЧЕНИЯ	
<i>Рамазанов В.В., Бондаренко В.А.</i> .....	233
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АДЕНОЗИНТРИФОСФАТА И 2,3-ДИФОСФОГЛИЦЕРАТА В ЭРИТРОЦИТАХ ДОНОРСКОЙ КРОВИ ПРИ ЗАМОРАЖИВАНИИ	
<i>Самура І.Б., Григор'єва Л.В., Самура Б.А.</i> .....	238
МЕХАНІЗМ АНТИАРІТМІЧНОЇ ДІЇ 8-ЗАМІЩЕНИХ 7-В-ГІДРОКСИ- $\gamma$ -(2'-МЕТИЛФЕНЛОКСИ) ПРОПІЛКСАНТИНУ	
<i>Ткачук Ю.Л.</i> .....	245
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИН ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЇ	
<i>Токарук Н. С.</i> .....	249
ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОСУДИН СЕЧОВОГО МІХУРА ЩУРІВ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ	

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

<i>Бабкіна О.П., Гладарь В.Ю., Варуха К.В.</i> .....	256
ДО ПИТАННЯ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ КРЕДИТНО-ТРАНСФЕРНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ВИВЧЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	
<i>Безрук В.В.</i> .....	260
ФАХОВА ДУМКА ЯК ІДЕНТИФІКАТОР МОЖЛИВОСТЕЙ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З НЕФРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
<i>Горбань А.Є.</i> .....	264
ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ АВТОМАТИЗОВАНОЇ СИСТЕМИ ОДЕРЖАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ІННОВАЦІЙНУ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	
<i>Горчакова Н.О., Чекман І.С.</i> .....	273
НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ СЛУХАЧАМ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ	
<i>Ковтун М.І.</i> .....	277
РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДУМКИ ЛІКАРІВ ЩОДО СТАНУ ТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	

## ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

<i>Ананьєва М.М., Книш О.В.</i> .....	282
ВІРУС ЕБОЛА: ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА ПРИНЦИПИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ, НАПРЯМКИ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ	
<i>Важнича О.М., Дев'яткіна Т.О., Мокляк Є.В.</i> .....	291
ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ НАНОЧАСТИНОК МАГНЕТИТУ	
<i>Капустянська А.А., Вахненко А.В., Моїсєєва Н.В., Рум'янцева М.О.</i> .....	296

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КОМПЛЕКСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ З УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ

**Микитюк О.Ю.** ..... 299  
ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНТНИЙ АНАЛІЗ У БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНІ

**Моложавая О.С., Ивахнюк Т.В., Макаренко А.Н.** ..... 304  
ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА НА МИКРОФЛОРУ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Янішен І.В., Герман С.А.** ..... 313  
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ А-СИЛІКОНОВОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ БЕЗКЛАМЕРНОЇ ФІКСАЦІЇ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ МЕЗІО-ДИСТАЛЬНОМУ НАХИЛІ ЗУБІВ

#### **ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ**

**Дзевульська І.В., Маліков О.В.** ..... 322  
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМИ У ЇЇ ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ

#### **ЛЕКЦІЇ**

**Пилипенко Н.О.** ..... 332  
КЛІНІКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

УДК 616-007.2:611.018.2:616.345-007.64-053.2

**Коноплицький В.С., Погорілий В.В., Лукіянець О.О., Нестеренко І.Г.**

## **ФЕНОТИПІЧНИЙ ПРОСТОРОВИЙ КОНТИНУУМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ДОЛІХОСІГМОЮ**

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

*Проведено аналіз результатів дослідження фенотипічного просторового континуума дисплазії сполучної тканини у дітей з доліхосігмою. Отримані дані частоти ознак недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей з доліхосігмою дозволяють прогнозувати оцінку виразності хвороби. Визначено, що у дітей при доліхосігмі в 18,9%, ступінь виразності проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини визначався як помірний, а в 73,4% як виражений.*

Ключові слова: діти, дисплазія, сполучна тканина, доліхосігма.

### **Вступ**

Дисплазії сполучної тканини (ДСТ) є порушенням розвитку сполучної тканини в ембріональному та постнатальному періодах внаслідок генетично зміненого фібрилогенезу позаклітинного матрикса, яке призводить до розладу гомеостазу на тканинному, органному та організменному рівнях у вигляді морфо-функціональних порушень вісцеральних та локомоторних органів із проградієнтним перебігом. В теперішній час більшість авторів ДСТ розділяють на диференційовані та на недиференційовані (НДСТ), до яких відносять випадки, при яких комплекс фе-

нотипічних ознак не вкладається в жодне із диференційованих захворювань [1].

За даними сучасних дослідників, прояви НДСТ можуть бути діагностовані навіть на етапі фізикального обстеження пацієнта при оцінці виразності його фенотипічних маркерів. Одночасно з цим, на тлі підвищеного інтересу фахівців різних спеціальностей до вивчення НДСТ, були чисельні спроби систематизувати основні фенотипові ознаки за відповідними групами, з урахуванням симптомів, які найбільш часто зустрічаються (таблиця 1).

Таблиця 1.

Симптоми, які найбільш часто зустрічаються при захворюваннях НДСТ.

Локалізація	Функціональна особливість	Клінічні прояви
Суглоби та зв'язки	Гіпермобільність	Хронічний біль в суглобах, звичні вивихи, підвивихи, патологічна рухливість хребців, розтягнення зв'язок
Кістки скелету	Подовження, зниження мінералізації кісток	Високий зріст, довгі кінцівки та пальці, схильність до переломів, кісткові деформації, в тому числі грудної клітки та хребта
Шкіра	Підвищення розтяжності або навпаки її крихкості	Надлишкова, м'яка, гіпереластична або суха та тендітна; рубці у вигляді «папіросних» рубців; стрії не пов'язані з вагітністю або швидкою втратою ваги
Очі	Слабкість циліарного м'язу та зв'язочного апарату	Міопія, вивих або підвивих кришталіка, відшарування сітківки
Клапанний апарат	Підвищена розтяжність	Проплапс клапанів серця, недостатність клапанного апарату вен, варикоз, підгострий бактеріальний міокардит
Судини	Недостатність еластичного компоненту	Розширення кореня аорти, розшаровуюча аневризма аорти, розриви великих судин, «крихкість» судин, їх легка травматизація
Травна система	Недостатність еластичного компоненту	Хронічні розлади травлення
М'язи	Підвищена розтяжність	М'язова слабкість, грижі, розтягнення, опускання внутрішніх органів

Практично всі перераховані зовнішні та вісцеральні ознаки можуть в одному випадку вказувати самостійний ізольований дефект сполучної тканини, а в іншому служити проявом системної спадкової патології та плейотропної дії мутантних генів – фенотипічний континуум [2].

До диспластичнозалежних вісцеральних змін товстої кишки відносяться елементи подовження та збільшення як її різних відділів, так і її в цілому, порушення фіксації, а також первинна недостатність баугінієвої заслінки [3, 4].

Дослідження виконано відповідно до плану науково дослідних робіт Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова і є фрагментом планової науково – дослідної роботи кафедри дитячої хірургії «Удосконалення діагностики, лікування і реабілітації хірургічних за-

хворювань у дітей» (№ державної реєстрації – 0105U002712).

### **Мета дослідження**

Вивчення особливостей доліхосігми при різному ступені виразності фенотипічного континууму у дітей із НДСТ.

### **Матеріали та методи дослідження**

В клініці дитячої хірургії ВНМУ імені М.І.Пирогова на протязі 12 місяців під спостереженням знаходилось 79 дітей з клінічним діагнозом «вроджена вада розвитку товстої кишки». Доліхосігма (Q 43.8 за МКХ-10). У всіх пацієнтів клінічний діагноз був підтверджений шляхом виконання іригограм. Віковий склад дітей групи дослідження представлений в таблиці №2.

Таблиця №2.

Розподіл пацієнтів з порушеннями НДСТ за віковими періодами

Віковий період	Кількість пацієнтів	
	n	%
Період грудного віку (до 1 року)	2	2.53
Переддошкільний період (від 1 до 3 років)	11	13.92
Дошкільний період (з 3 до 7 років)	16	20.25
Молодший шкільний період (7 – 11 років)	28	35.45
Старший шкільний період (з 12 до 18 років)	22	27.85
Всього	79	100.0

Бальна оцінка значимості окремих фенотипічних ознак в оцінці ступеня важкості дисплазії сполучної тканини проводилась на основі критеріїв діагностики ступеня важкості НДСТ за Л.Н.Абакумовою та співав., (2006) [5], та модифікованою класифікацією Т.Т.Мілковської-Димитрової, (2010) [6]. Визначення ступеню виразності НДСТ у кожного конкретного пацієнта проводився за сумою балів (таблиця 3). При першому ступеню важкості НДСТ, який відповідає варіанту норми, сума балів не повинна перевищувати 12, при помірній до 23. При вираже-

ному ступеню важкості сума складає 24 та більше балів.

### Результати та їх обговорення

В сучасному урбанізованому суспільстві закрепи посідають провідне місце серед патологій ШКТ в дитячому віці. Точні статистичні дані про частоту закрепів у дітей відсутні, що пов'язано з недостатньою культурою населення, відсутністю єдиних критеріїв визначення самого стану – «закреп» у дітей різних вікових груп. Вважається, що закрепами

Таблиця 3.

Бальна значимість окремих фенотипічних ознак в оцінці ступеня важкості НДСТ

Ознаки	Бали	Ознаки	Бали
Епікант	2	Гласка грудна клітка	2
Гіпертелоризм очей	1	Лійкоподібна деформація груднини	6
Патологія зору	4	Легке вдавлення груднини	2
Голубі склери	1	Кіфоз	4
Широке перенісся	1	Сколіоз	4
Сідлоподібний ніс	2	Астенічна будова тіла	1
Відстовбурчені вушні раковини	2	Клінодактилія мізинців	1
Прирослі вушні мочки	1	Легке виникнення гематом	3
Асиметрія носової перетинки	2	Грижі	3
Високе піднебіння	3	Слабкість м'язів живота	3
Блідість шкіри	2	Поперекова покресленість стоп	3
Підвищена розтяжність шкіри	3	Плоскостопість	3
Шкіра як «замша»	2	«Натоптиши»	2
Тендітна шкіра	2	Неповна синдактилія I та II пальців стопи	2
Виразний венозний малюнок шкіри	3	Сандальоподібна щілина стопи	2
Зморшкуватість шкіри	2	Hallus valgus	3
Пігментні плями	1	Пола стопа	3
Виразна гіпермобільність суглобів	4	Наявність рубчиків на шкірі	2
Кільоподібна грудна клітка	5	Розширені капіляри шкіри лица, тулуба, телеангіктазії	2
Загальна сума балів у даного хворого ( )			

страждають 10-25% дитячого населення, причому у дітей дошкільного віку закрепи діагностуються в 3 рази частіше. Американська академія педіатрії відмічає, що у 95% дітей з закрепами не виявляється органічна патологія товстої кишки [7, 8]. При фізикальному дослідженні, клініцисти, на жаль, нечасто звертають увагу на наявність у пацієнта комплексу фенотипічних ознак НДСТ. А саме наявність у пацієнта таких ознак, в багатьох випадках, може свідчити про наявність органічної патології, в тому числі і доліхосігми, що може служити анатомічним субстратом у виникненні хронічних закрепів. Із великої кількості сучасних досліджень відомо, що хронічний закреп у дітей виникає саме на тлі доліхосігми. На думку деяких авторів, доліхосігма зустрічається у 25-40% дітей, які страждають хронічними закрепами [9, 10].

Аналізуючи частоту проявів фенотипічних

ознак у дітей з доліхосігмою, нами досліджена їх частота зустрічаємості по підношенню до відповідних органів та систем (таблиця 4).

Як свідчать отримані дані, більше ніж у половини пацієнтів зустрічались відповідні фенотипічні маркери НДСТ з боку кісткової та м'язової систем пацієнтів. Віковий інтервал, в якому найбільш часто зустрічались прояви НДСТ, знаходиться в межах від 3-х до 18 років, 66 (83,55%) пацієнтів. Співвідношення частоти відповідних фенотипічних маркерів НДСТ та відповідного вікового інтервалу дозволяють зробити припущення про те, що формування доліхосігми як складової частини товстої кишки відбуваються саме в період активного росту дитини та становлення її індивідуального соматотипу, і в тому числі формування як самої черевної порожнини (форми та обсягу), так і співвідношення її внутрішніх органів.

Таблиця 4.

Частота порушень з боку органів та систем в групі дітей з НДСТ та ступінь її виразності

Органи та системи	n	%
Кісткова система	79	100.0
М'язова система	58	73,41
Шкіра	42	53.16
ЛОП органи	36	45.56
Органи зору	31	39.24
Ступінь виразності НДСТ		
I (варіант норми)	II (помірний)	III (виражений)
n=6	n=15	n=58
10.1±1.6	22.8±4.4*	62.9±5.1*
p	< 0.05	< 0.01

\* - вірогідно порівняно з показником I групи.

Дослідження виразності НДСТ з'ясували, що в групі дослідження переважав виражений ступінь її патологічних проявів.

### Висновки

Спостерігається висока частота фенотипічних проявів НДСТ у обстежених дітей з доліхосігмою – 92,4% випадків.

При НДСТ у дітей з доліхосігмою провідними фенотипічними маркерами є ознаки дисплазії кісткової та м'язової систем – відповідно в 100% та 73,4% випадків.

При доліхосігмі у дітей в 18,9% ступінь виразності проявів НДСТ визначався як помірний, а в 73,4% як виражений (p<0,05).

### Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших розробок у даному напрямку полягають у вивченні виразності фенотипічних ознак НДСТ в залежності від стадії компенсації перебігу доліхосігми.

### Література

1. Тер-Галстян А.А. Дисплазия соединительной ткани в практике семейного врача / А.А. Тер-Галстян, А.А.Галстян, А.Р. Давтян // Медицинская наука Армении НАН РА. – 2011. - №3. – С. 3 – 19.
2. Земцовский Э.В. Сердечно-сосудистый континуум при синдроме Морфана / Э.В. Земцовский // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т.26, №3. – С. 46 – 51.
3. Клеменов А.В. Клиническое значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани : автореф. дис. на соискание научн. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / А.В.Клеменов. – Москва, 2005. – 27 с.
4. Кузьмичев П.П. Результаты лечения детей, страдающих хроническим запором / П.П. Кузьмичев, А.Г. Лебедев, А.Г. Пинигин, Ю.Н. Незатаенко // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. - №4. – С. 82 – 84.
5. Абакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей / Л.Н.Абакумова // Санкт-Петербург, 2006. – 36 с.

6. Бабцева А.Ф. Дисплазия соединительной ткани у детей и подростков / А.Ф.Бабцева, О.В.Шанова, Т.Е.Бойченко // Благовещенск, 2010. – 101 с.
7. Rubin G. Chronic constipation children / G.Rubin, A.Dale // BMJ. – Vol. 333. – P. 1051 – 1055.
8. Pyeritz R.E. Small molecule for a large disease // N. Engl. J. Med. — 2008. — Vol. 358, № 26. — P. 2829 – 2831.
9. Акилов Х.А. Диагностика и лечение хронического колостазы при доліхосігмі у дітей / Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов, Н.А. Ходжимухамедова // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т.94, №6. – С. 831 – 838.
10. Wood J.D. Enteric neuroimmunophysiology and pathophysiology / J.D. Wood // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 127, N 2. — P. 635 – 657.

### References

1. Ter-Galstjan A.A. Displazija soedinitel'noj tkani v praktike semejnoj vracha / A.A. Ter-Galstjan, A.A.Galstjan, A.R. Davtjan // Medicinskaja nauka Armenii NAN RA. – 2011. - №3. – С. 3 – 19.
2. Zemcovskij Je.V. Serdechno-sosudistij kontinuum pri sindrome Morfana / Je.V. Zemcovskij // Sibirskij medicinskij zhurnal. – 2011. – T.26, №3. – С. 46 – 51.
3. Klemenov A.V. Klinicheskoe znachenie nedifferencirovannoj displazii soedinitel'noj tkani : avtoref. dis. na somskanie nauchn. stepeni d-ra med. nauk : spec. 14.00.05 «Vnutrennie bolezni» / A.V.Klemenov. – Moskva, 2005. – 27 s.
4. Kuz'michev P.P. Rezul'taty lechenija detej, stradajushhих hronicheskim zaporom / P.P. Kuz'michev, A.G. Lebedev, A.G. Pinigin, Ju.N. Nezataenko // Tihookeanskij medicinskij zhurnal. – 2013. - №4. – S. 82 – 84.
5. Abakumova L.N. Klinicheskie formy displazii soedinitel'noj tkani u detej / L.N.Abakumova // Sankt-Peterburg, 2006. – 36 s.
6. Babceva A.F. Displazija soedinitel'noj tkani u detej i podrostkov / A.F.Babceva, O.V.Shanova, T.E.Bojchenko // Blagoveshhensk, 2010. – 101 s.
7. Rubin G. Chronic constipation children / G.Rubin, A.Dale // BMJ. – Vol. 333. – R. 1051 – 1055.
8. Pyeritz R.E. Small molecule for a large disease // N. Engl. J. Med. — 2008. — Vol. 358, № 26. — P. 2829 - 2831.
9. Akilov H.A. Diagnostika i lechenie hronicheskogo kolostaza pri dolihosigme u detej / H.A. Akilov, F.H. Saidov, N.A. Hodzhimuhamedova // Kazanskij medicinskij zhurnal. – 2013. – T.94, №6. – S. 831 – 838.
10. Wood J.D. Enteric neuroimmunophysiology and pathophysiology / J.D. Wood // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 127, N 2. — P. 635 – 657.

### Реферат

ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ КОНТИНУУМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ДОЛИХОСИГМОЙ

Коноплицкий В.С., Погорельый В.В., Лукьянец О.А., Нестеренко И.Г.

Ключевые слова: дети, дисплазия, соединительная ткань, доліхосігма.

Проведен анализ результатов исследования фенотипического пространственного континуума дисплазии соединительной ткани у детей с доліхосігмою. Полученные данные частоты признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани разрешают прогнозировать оценку выраженности заболевания. Определено, что у детей с доліхосігмою в 18,9% степень выраженности проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани определялась как умеренная, а в 73,4% - как выраженная.

**Summary**

PHENOTYPICAL SPATIAL CONTINUUM OF CONNECTING TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN WITH DOLICHOSIGMOID

Konoplytsky V. S., Pogorilyy V.V., Lukiyanets O.A., Nesterenko I.G.

Key words: children, dysplasia, connecting tissue, dolichosigmoid.

The analysis of findings obtained by studying phenotypical spatial continuum of connecting tissue dysplasia was carried out in children with dolichosigmoid. The findings on the occurrence of signs of connective tissular undifferentiated dysplasia tissue enable to forecast the estimation of the extension of the disease. It was determined that 18,9% of children with dolihosigmoid demonstrated moderate signs of connecting tissue undifferentiated dysplasia, while 73,4% of the children had more expressed manifestation.

УДК 616.24-002.182-07-057:613.633:621

**Костюк И. Ф., Мельник О. Г., Стеблина Н. П., Бязрова В. В.**

**САРКОИДОЗ ЛЕГКИХ У РАБОЧИХ ПЫЛЕВЫХ ПРОФЕССИЙ  
МАШИНОСТРОЕНИЯ**

Харьковский национальный медицинский университет

В обзорной статье представлены результаты анализа литературных данных и собственные наблюдения саркоидоза легких у рабочих пылевых профессий машиностроения. Саркоидоз органов дыхания может развиваться у рабочих пылевых профессий, как в виде самостоятельного заболевания, так и на фоне силикоза. Маловыраженная клиническая картина и рентгенологические изменения при легочной форме саркоидоза очень напоминает силикоз, в связи с чем затруднена дифференциальная диагностика этих заболеваний. Необходимо обращать внимание на особенности течения заболевания с возможной регрессией болезни, спонтанной или под влиянием кортикостероидной терапии. Основным и наиболее достоверным рентгенологическим признаком силикоза являются фиброзные изменения в легочной паренхиме с сетчатостью и деформацией легочного рисунка, наличие узелковых теней, петрификаты в корнях легких, особенно симптом «яичной скорлупы», который никогда не встречается при саркоидозе. Для диагностики саркоидоза имеет значение выявление внелегочных признаков заболевания — поражения кожи, лимфатических узлов, опорно-двигательного аппарата, глаз, нервной системы, сердца, печени, почек и других органов. У больных саркоидозом, в отличие от силикоза, могут определяться лейкопения, моноцитоз, эозинофилия, гиперкальциемия, кальцийурия, повышение щелочной фосфатазы.

Ключевые слова: саркоидоз, машиностроение, пыль, пневмокониоз, диагностика.

*Изложенный материал является фрагментом научно-исследовательской работы кафедры внутренних и профессиональных болезней Харьковского национального медицинского университета на тему: «Совершенствование диагностики и профилактики прогрессирования профессиональных заболеваний у литейщиков на основании изучения системного воспаления и кардиогемодинамики», государственный регистрационный номер 0113U002538.*

В последние годы участились случаи выявления саркоидоза среди рабочих пылевых профессий. Этиология этого системного заболевания до сих пор неизвестна. Однозначно, что возникновение болезни связано с атипичной иммунной реакцией, но точно сказать, какой механизм вызывает нарушение работы иммунной системы трудно.

Рядом авторов был изучен профессиональный анамнез у пациентов, заболевших саркоидозом [2]. Установлено, что более половины заболевших саркоидозом (54,8%) в своей трудовой деятельности подвергались воздействию токсичных газообразных веществ, а также различных по происхождению аллергенов и пылевых частиц неорганической природы. Это позволило сделать заключение, что профессиональный контакт с различными видами аэрозолей, пылевых частиц, аллергенов может являться фактором риска развития саркоидоза [3].

В настоящее время диагностика саркоидоза органов дыхания (СОД), несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных методов исследования, представляет большие

трудности. По данным различных авторов, частота диагностических ошибок составляет от 60 до 90% [4, 5]. Так, саркоидоподобные гранулемы (так называемая саркоидная реакция) в легких, лимфатических узлах и других органах могут определяться при различных лимфопролиферативных, аутоиммунных, инфекционных, вирусных, микотических и паразитарных заболеваниях, СПИДе, а также при последствиях иммунологических aberrаций, лекарственной болезни, при наличии дефектов ферментативных систем, новообразованиях, при воздействии на организм некоторых химических веществ [1].

Легочную форму саркоидоза у рабочих пылевых профессий сложно отдифференцировать от пневмокониоза, так как клинические признаки при пневмокониозе могут быть маловыраженными и мало чем отличаются от проявлений саркоидоза. Особые диагностические трудности возникают в случаях сочетанного течения пневмокониоза и саркоидоза.

Диагностика саркоидоза органов дыхания (СОД) затруднена в связи с отсутствием патогномичных клинико-рентгенологических и