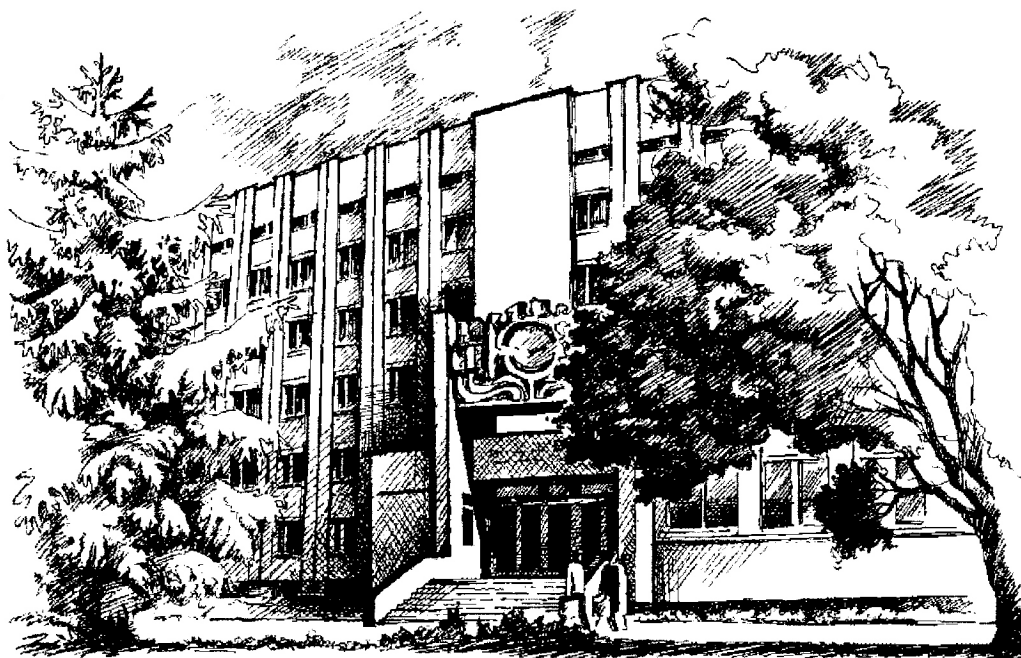


Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"Українська медична стоматологічна академія"



АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний корпус УМСА

Вісник
Української медичної стоматологічної академії

Тираж 1000 екз. (1000)

Полтава 2012

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Ждан В.М., докт. мед. наук, професор – головний редактор
Бобирьов В.М., докт. мед. наук, професор – заступник
головного редактора

Бобирьова Л.Є., докт. мед. наук, професор

Весніна Л.Є., докт. мед. наук, професор

Дворник В.М., докт. мед. наук, професор

Кайдашев І.П., докт. мед. наук, професор

Катрушов О.В., докт. мед. наук, професор

Костенко В.О., докт. мед. наук, професор – заступник
головного редактора

Лігоненко О.В., докт. мед. наук, професор

Литвиненко Н.В., докт. мед. наук, професор

Максимук О.Ю., докт. мед. наук, професор

Міщенко А.В., канд. мед. наук, доцент –
відповідальний секретар

Непорада К.С., докт. мед. наук, професор

Петрушанко Т.О., докт. мед. наук, професор

Скрипніков П.М., докт. мед. наук, професор

Скрипник І.М., докт. мед. наук, професор

Траверсе Г.М., докт. мед. наук, професор

Шейко В.Д., докт. мед. наук, професор

Шерстюк О.О., докт. мед. наук, професор

Адреса редакції та видавця:

36024, Україна, м. Полтава, вул. Шевченка, 23

Телефон (05322) 7-44-11, 2-69-66.

e-mail: mededition@rambler.ru

www.umsa.edu.ua

Комп'ютерний дизайн, оригінал-макет –
Гуржій Т.М.

Підписано до друку 26.04.2012 р.

Формат 60x84/8. Папір офсетний.

Ум. друк. арк. 33,75. Наклад 300. Зам. 219.

Повнотекстова версія журналу (ISSN 2077-1126 (online))
представлена на сайті www.umsa.edu.ua

Модератор – Шульженко П.П.

ISSN 2077-1096

Засновник і
видавець –
ВИЩИЙ
ДЕРЖАВНИЙ
НАВЧАЛЬНИЙ
ЗАКЛАД
УКРАЇНИ
“УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА
СТОМАТОЛОГІЧНА
АКАДЕМІЯ”
Науково-практичний
журнал

Актуальні
проблеми сучасної
медицини:

ВІСНИК
Української медичної
стоматологічної
академії

Том 12,
Випуск 1-2 (37-38)

Свідоцтво про
державну реєстрацію
КВ №15143-3715 ПР
від 6.05.2009 р.

Рекомендовано
до друку
Вченою радою
Вищого державного навчального
закладу України
“Українська медична
стоматологічна
академія” (протокол № 11
від 11.04.2012 р.)

Журнал
затверджений
ВАК України
як наукове
фахове видання
з медичних наук
(постанова президії
ВАК України від
12.06.2002 р., № 1-05/6
та від 18.11.2009р. № 1-05/5)

Усі статті рецензуються

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи,
Серія ДК №1691 від 17.02.2004 р.
Редакційно-видавничий відділ
Вищого державного навчального закладу України
«Українська медична стоматологічна академія»
36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

© Вищий державний
навчальний заклад України
“Українська медична
стоматологічна академія”, 2012

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ

СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ:

Том 12, Випуск 1-2 (37-38) 2012

ВІСНИК УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

С Т А Т Т І

Стоматологія

- 5 Аевтиков Д.С., Ставчук С.О. Оптимізація патогенетичного лікування гіпертрофічних рубців голови та шиї
- 9 Аевтиков Д.С., Скрипник В.М. Застосування крему «Дермофіраз» в комплексній профілактиці утворення післяопераційних патологічних рубців на голові та шиї
- 12 Болченко О.М. Корекція метаболічних розладів при хронічному генералізованому пародонтиті у хворих на ішемічну хворобу серця з використанням антигіпокоагулянтів метаболічної дії
- 18 Вуженко Є.Є. Фізико-механічні властивості цементів для фіксації незнімних ортопедичних конструкцій на імплантатах
- 21 Голошко Н.В., Худярі Мехді Хосейн. Прогноз лікування ортодонтичних пацієнтів з глибоким прикусом
- 24 Грецьких Е.В., Сторожева М.В. Вплив дезінтоксикаційної терапії на течення раннього процесу у больових с острыми формами виспалительними процесами челюстно-лицевої області
- 29 Гршко Ю.М., Мошець Т.М., Ганчо О.В. Взаємозв'язок активності лізоциму ротової порожнини із стоматологічним і соматичним статусом
- 31 Іванюцька О.С., Рубанов О.В., Сківець М.Г. Комплексне обстеження хворих із хронічними периферичними ураженнями лицевого нерва як основа підвищеної ефективності їх лікування
- 36 Іванюцька І.О., Николішин А.К., Лемтушанко Т.О. Порівняльна характеристика клінічного застосування професійної зубної пасти «СОЛГАТЕ SENSITIVE PRO-RELIEF» та препарату «ГЛУФОРЕД» у лікуванні підвищеної чутливості зубів
- 40 Іленко Н.В. Взаємозв'язок стоматологічного статусу та біофізичних параметрів ротової порожнини вліво-інфікованих осіб
- 44 Лобань Т.А., Ганчо О.В., Черета В.В. Порівняльна оцінка методів виділення мікроорганізмів ротової порожнини
- 46 Носіков Є.М. Показники перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту в ротовій порожнині при хронічному катаральному гінгівіті у дітей в період змінного прикусу
- 49 Островецька Л.И., Лемтушанко Т.О., Пурденко Т.И. Особливості лікування вагітних із запальними змінами у тканинах ясен
- 53 Падалка А.І. Методологія заважасного ідентифікаційного вибору ефективного карієс-профілактичного засобу

<i>Полищук Т.В., Скрипников П.М., Кайдашев І.П.</i>	57
ДІАГНОСТИКА ДИСБІОЗУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ МЕТОДОМ МУЛЬТИПЛЕКСНОЇ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ З РЕЄСТРАЦІЄЮ ДАНИХ В РЕАЛЬНОМУ ЧАСІ	
<i>Попович І.Ю., Гасюк Н.В.</i>	61
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ СПОСОБІВ ПРЕПАРУВАННЯ ТА ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	
<i>Ступак О.П.</i>	64
КОРЕКЦІЯ САЛІВАЦІЇ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1 – ОДНА З ОСНОВНИХ ЛАНОК ЯКІСНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ	
<i>Ткаченко П.І., Гуржій О.В., Доброскок В.О.</i>	68
КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ	
<i>Марченко А.В., Шиленко Д.Р., Дубина В.А., Давыденко С.В., Писаренко Е.А.</i>	72
ТЕХНІКА КОМПЕНСАЦІЇ ЕФЕКТА ПУРКІНЬЕ ПРИ РЕСТАВРАЦІЇ ЗУБОВ НАНОКОМПОЗИТНИМИ МАТЕРІАЛАМИ	
<i>Яценко О.И.</i>	76
СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ АСИММЕТРИИ ЛИЦА И ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ	
Клінічна медицина	
<i>Васякіна Л. О.</i>	81
ПАТОМОРФОЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ ПНЕВМОКОНОІОЗОМ ПІД ВПЛИВОМ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	
<i>Голованова І.А., Гапон В. О., Філатова В.Л.</i>	85
РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО ТА МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГРИПУ ТА ГРВІ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ	
<i>Гринь К.В.</i>	88
ЗАЛЕЖНІСТЬ СИНДРОМАЛЬНОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ВІД ГЛИБИНИ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ	
<i>Должковий С.В.</i>	91
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОГНОЗУВАННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
<i>Дудченко М.А., Третяк Н.Г., Новак О.В., Лаптева О.И., Петренко В.А.</i>	93
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛЕЧЕННЯ БОЛЕЗНЕЙ ХОЛЕДОХА У ПАЦІЕНТІВ С СОЧЕТАННИМИ ЗАБОЛЕВАННЯМИ	
<i>Ждан В.М., Ткаченко М.В., Гопко О.Ф.</i>	98
ПЛЕЙОТРОПНІ ЕФЕКТИ СТАТИНІВ: АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ У ПАЦІЕНТІВ З ОСТЕОАРТРИТОМ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
<i>Ждан В.М., Капустянська А.А., Капустянський Д.В.</i>	101
УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ	
<i>Іваницький І.В.</i>	104
ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ ГОФФА ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ	
<i>Капустянський Д.В., Капустянська А.А., Лавренко Д.О.</i>	106
ВДОСКОНАЛЕННЯ ОБРОБКИ КУЛЬТІ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ.	
<i>Кінаш Ю.М., Несіна І.М., Шлехт Т.В., Коленко І.О.</i>	109
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ФОРМУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ	
<i>Кириченко Т.С., Коваль Т.І.</i>	112
ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ TLR-4 НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	
<i>Кудря І.П.</i>	115
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ДОБОВИХ КОЛИВАНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
<i>Курило В. О.</i>	119
ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ І СІМЕЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ	
<i>Лавренко Д.О., Капустянський Д.В., Осіпов О.С., Кучеренко Д.О.</i>	123
МОНІТОРИНГ ПОКАЗНИКІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ	
<i>Малик С.В., Кучеренко Д.О., Лавренко Д.О.</i>	126
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕСТРУКТИВНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОЛІФТИНГУ	
<i>Мохначёв А.В.</i>	129
ПОДАГРА, ГИПЕРУРИКЕМИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	
<i>Нурбоев Ф.Э., Сулейманов С.Ф., Садыкова С.Ш., Махмудов Б.Ф., Хикматов Ж.С., Мурадова Г.Я.</i>	133
ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В	
<i>Оганезян А. Г.</i>	135
ФЕРМЕНТАТИВНА АКТИВНІСТЬ ВМІСТУ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ПРИ ТЯЖКОМУ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ЯК КРИТЕРІЙ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАННЯ	

138	Осіов О.С., Малик С.В., Ляренко Д.О., Безручко М.В.	57
140	Потаженко М.М., Іщукін К.Є., Люлька Н.О., Соколов Н.Л., Гаєцький С.О., Моторна Н.М.	61
145	Прущенко Н.О.	64
150	Прухосько Н.Л., Шапошник О.А.	68
153	Расуліна Л.В.	72
157	Рожков Г.С., Моргул С.О., Кожокару А.А.	76
161	Русин В.І., Філін С.С.	76
165	Філатова О.В.	81
167	Шевченко Е.Л., Мацає Е.Ю., Муляккіна Е.И., Беловол А.Н.	85
173	Владов С. І., Мосьян В. О., Юрко О. О.	88
177	Гриць В.Г.	91
181	Жулюк В.І., Мамчур В.И.	93
186	Коміве М.М.	98
189	Кузнецова Т.Ю., Соловьева Н.В.	104
194	Полнякова В.В., Кондрю М.М., Савчук О.М.	106
197	Подавничук О.Г.	109
201	Поліщук В.А.	112
204	Резуєнко Ю.К., Прокопов В.О.	115
207	Сєрбін С.І.	119
211	Сєвєра С.М.	123
215	Фармуша А.М., Костенко В.О.	126
218	Шенітько І.В.	129
224	Шерстюк С. А., Сорокина И. В.	135

Експериментальна медицина та морфологія

Щербак О. М.	227
ШВИДКІСТЬ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ГРИБКОВИХ ІНФЕКЦІЙ ЩОДО ПОХІДНИХ 4Н-ПІРИДО[4',3':5,6]ПІРАНО[2,3-D]ПІРИМІДИНУ	

Гуманітарні проблеми медицини та питання викладання у вищій медичній школі

Асламова М.В.	231
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	
Демченко Н.М., Мішук К.О., Золотарьова Р.Л.	234
МЕТОДИ НАВЧАННЯ У ВИЩІЙ ШКОЛІ	
Коваленко К.Г., Сільнича Н.А.	237
СЛОВОВІР ЯК МОВОЗНАВЧА ДИСЦИПЛІНА	
Лобач Н.В., Тронь Н.В., Ткаченко Ю.П.	240
ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ «МУТЕСТ» ДЛЯ КОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ ВДНЗУ «УМСА» З МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ	

Огляди літератури

Макаренко О. М., Рудик М.П., Довгий Р.С.	244
ПРОТИПУХЛИННА ДІЯ РЕЧОВИН ВИЩИХ ГРИБІВ GANODERMA LUCIDUM ТА CORDYCEPS SINENSIS ПРИ ЇХ ЗАСТОСУВАННІ IN VITRO ТА IN VIVO	
Тесленко Ю. В.	248
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ОЖИРІННЯМ І ОСТЕОАРТРОЗОМ: КЛІНІЧНІ ПАРАЛЕЛІ	
Трапова Х.О., Волошина Л.І.	253
РОЛЬ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПОРУШЕНЬ В РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ СЛИННИХ ЗАЛОЗ	
Фетісова Г.Л.	258
МЕТОДИ ГЕНЕТИЧНОГО АНАЛІЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЦЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ	
Шахмамедов Нуру Сайдам Оглы	262
СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	
Щербатих Л. Ю.	267
ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ	

УД
Ас
ОП
Ви
Ме
ши
різ
від
ни.
щі
вог
єні
лю
ни.
Клп

мап
фор

ме
го
ме
Пр
ни
ру
ти
мір

ук
єд
ва
пе

ти
ди
зн
чи

Summary

APPLICATION OF BODY TEMPERATURE SCREENING WITH OPTICAL PYROMETER IN MILITARY SERVAANTS OF UKRAINE

Rozhkov G. S., Morhun C. A., Kozhokan A. A.

Keywords: optical pyrometers, screening, infrared radiation, topographic zone, military servants, morbidity.

This article presents the evaluation of the effectiveness and appropriateness in applying traditional and up-to-date technical means for measuring body temperature among the military servants of Ukraine.

УДК 616.386-002.4:616-097

Ружков Г.С., Філін С.С.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ СТЕРИЛЬНОМУ РЕПРОЕРІТОНЕОНЕРОЗІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород)

У хворих з важким гострим панкреатитом, який ускладнюється розвитком панкреатогенного інфільтрату, вторинний імунодефіцит виявляється у фазі панкреатогенної токсемії. Це пов'язано з тим, що розривання панкреатогенного інфільтрату, досягнення ефекту якої дозволяє розраховувати на протікання протікання розв'язку гнійних ускладнень. Ключові слова: гострий панкреатит, панкреатогенний інфільтрат, вторинний імунодефіцит.

Робота виконана в рамках комплексної теми медичного факультету ДВНЗ «Ужгородського національного університету»: «Екзо- і ендогенні чинники та уражень печінки та підшлункової залози в Закарпатському регіоні України, шляхи оптимізації лікування» ДБ №0111U001662.

Вступ

Розвиток гострого панкреатиту (П) тісно пов'язаний з наявністю панкреатогенного імунодефіциту, який біляш притаманний для важких форм деструктивного панкреатиту [2, 3, 4, 5].

Якщо при легкому (набряковому) П імунодефіцит зумисряється як фоювий стан у соматично обтяжених пацієнтів (цирковий діабет, хронічний гепатит, гормоно-залежні захворювання), то при деструктивних формах він відмічається з перших днів захворювання і його вираженість пропорційна об'єму панкреанекрозу [1].

В ході раніше проведених досліджень нами було встановлено, що центральним ланцюгом патогенезу ускладнень важкого П є також формування вторинного імунодефіциту. В результаті імунодефіциту захисних механізмів організму порушується протинфекційний захист і розвивається масивна аутоагресія імуноі системи проти власних антигенів клітин і тканин. Якісні і кількісні зрушення імуноної реактивності

організму хворого виявляються вже в перші дні захворювання, що створює можливість для пронозування перебігу хвороби та визначення тактики лікування хворого.

Мета дослідження

Вивчити варіанти клінічного протікання панкреатогенного інфільтрату (П) в залежності від початкової імуноної реактивності організму та від ефективності імунонокорегуючої терапії.

Матеріали і методи

Для оцінки порушення функції імуноної системи ми при П нами були відібрані 9 найбільш прогностично значимих показників, що характеризують фазу розвитку, гоморальну та клітинну ланку імуноі, котрі помітно відрізняються при неукладеному перебігу П, при асептичних деструктивних та при гнійно-деструктивних ускладненнях. Ці показники та їх середні популяційні значення у хворих з П на 2-3 добу захворювання наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Прогностично значимі показники імунограми у хворих П

Показник	Одиниці вимірювання	Фізіологічна норма	*Вихідні патологічні значення
Лейкоцити	$\times 10^9$ кл/л	6,5±1,1	12,7±3,9
Спонтанний НСТ-тест	%	10±0,8	23±9
Активованний НСТ-тест	%	25±0,9	29±13
Лімфоцити	%	25±1,3	12,5±5,3
Т-лімфоцити	%	65±3,1	72±8
В-лімфоцити	%	15±1,5	9,5±4,0
Імуноглобулін А	г/лтр	2,5±0,3	2,6±0,9
Імуноглобулін Г	г/лтр	12,0±0,7	11,3±2,7
Імуноглобулін М	г/лтр	1,5±0,2	1,3±0,5

Було встановлено, що у хворих з неукладеном перебігом П імунона відповідь на 2-3 добу захворювання характеризується наявністю помірного лейкоцитоза ($12,6\pm0,6 \times 10^9$ /л), 2-3-хвилинним перебігом П імунона відповідь на 2-3 добу захворювання характеризується наявністю абсолютна кількість Т-лімфоцитів рещується в межах норми, а кількість В-лімфоцитів знижується на 30-35%. Концентрація

імуноглобулінів класів А, М і G в сироватці крові реєструється в межах норми. Направленість і ступінь вираженості змін параметрів імунограми достатньо однорідні і реєструються в межах одного стандартного відхилення. Оскільки, як вказано вище, описані відхилення імунологічних показників супроводжували неускладнене протікання панкреонекрозу, це дозволило нам розглядати їх як допустимі, давши їм визначення „вихідних патологічних значень”.

У хворих з неускладненою резорбцією інфільтрату показники імунограми на 2-3 добу від початку захворювання були близькі до „вихідних патологічних значень”, зміни більше ніж на одне, але менше ніж на два стандартні відхилення були зареєстровані у них по 1-3 показникам із 9. Пацієнтам цієї групи введення імунокорегуючих речовин, в комплекс лікувальних заходів, не було потрібне. При контролі імунограми на 12-14 добу захворювання показники імунограми були в межах фізіологічної норми.

У пацієнтів, які вижили, з переходом інфільтрату в асептичні деструктивні ускладнення, різниця початкової імунограми від „вихідних патологічних змін” в 1-3 дні захворювання більше ніж на одне, але менше ніж на три стандартних відхилення відмічались по 3-4 показникам із 9, що не потребувало включення в комплекс лікувальних заходів препаратів – імунокоректорів. Не пізніше 4 діб від початку захворювання пацієнтам із порушеною функцією фагоцитарної ланки імунітету призначали

поліоксидоній по 6,0 мг внутрішньом’язево або внутрішньовенно кожного дня протягом 3-5 діб. При дефіциті імуноглобулінів призначали донорський імуноглобулін в дозі 50,0-75,0 мл внутрішньовенно. При порушенні клітинного ланцюга імунітету призначали імунофан по 50 мкг внутрішньом’язево протягом 5 днів. Показники імунограми у пацієнтів цієї групи нормалізувались також на 12-14 добу захворювання.

У пацієнтів з переходом інфільтрату в гнійно-деструктивні ускладнення, відмінності початкової імунограми від „вихідних патологічних змін” на 1-3 добу захворювання більше ніж на одне стандартне відхилення було відмічене по 4-6 показникам імунограми із 9, при цьому у деяких хворих зареєстровано відхилення окремих показників на 3 і більше стандартних відхилень. В комплекс лікувальних заходів імунокорегуючу терапію включали с 5-10 доби захворювання. На 12-14 добу у пацієнтів цієї групи досягти нормалізації показників імунограми не вдалося: зберігався лейкоцитоз ($13,2 \pm 1,3 \times 10^9$ /л), збільшення метаболічної активності нейтрофілів (спонтанний НСТ-тест $23,8 \pm 2,7\%$), відносна і абсолютна лімфопенія ($11,3 \pm 1,3\%$, $1,17 \pm 0,86 \times 10^9$ /л), дефіцит В-лімфоцитів ($9,8 \pm 1,4\%$).

В загальному вигляді принципи імунологічного прогнозування в залежності від початкового імунного статусу і результату першого курсу імунокорекції наведені в таблиці 2.

Таблиця 2.

Загальні принципи імунологічного прогнозування протікання панкреатогенного інфільтрату в залежності від початкового імунного статусу і результатів першого курсу імунокорекції

Результат лікування інфільтрату	Вираженість порушень показників початкової імунограми	Результати імунокорекції
Одужання	Зміни 1-3 показників на 1-2 величини стандартного відхилення	Імунокорекція не показана, не проводилась
Асептичні деструктивні ускладнення	Зміни 3-4 показників на 1-3 величини стандартного відхилення	Імунокорекція нормалізувала показники імунітету на 12-14 добу лікування
Гнійно-деструктивні ускладнення	Зміни 4-6 показників на 1-3 величини стандартного відхилення	Імунокорекція не дозволила нормалізувати показники імунітету на 12-14 добу лікування

Таким чином, наведені дані показують, що стан імунного статусу вже на початку захворювання дозволяє досить точно прогнозувати наступний розвиток гнійних ускладнень, а також вказує напрямки корекції виявлених порушень. Досягнення ефекту імунокорекції з нормалізацією показників імунограми на 12-14 добу дозволяє розраховувати на протікання панкреатогенного інфільтрату по неускладненому або асептичному деструктивному варіанту, знижуючи ймовірність розвитку гнійних ускладнень.

Результати лікування імунограми

Можливості направленої імунокорекції вивчені у 43 пацієнтів з важким ГП ускладненим розвитком інфільтрату. В залежності від протікання ГП хворих розділили на три групи. В першу групу включили 18 пацієнтів із сприятливим

імунологічним прогнозом протікання захворювання по показникам початкової імунограми. На фоні стандартної консервативної терапії, яка проводилась, у пацієнтів цієї групи ускладнень гнійного характеру не зареєстровано, летальних наслідків не було, імунокорегуюча терапія не проводилась.

В другу групу увійшло 16 пацієнтів із несприятливим або відносно несприятливим імунологічним прогнозом протікання ГП. На фоні стандартної консервативної терапії, яка проводилась, у них розвинулись гнійні ускладнення 2 фази ГП, імунокорекція їм призначалась тільки з приводу гнійних ускладнень, що вже розвинулись.

Третю групу склали 9 пацієнтів із несприятливим або відносно несприятливим імунологічним прогнозом протікання ГП, яким імунокорелюючу терапію призначали базуючись

на д:
пізні
почат
В)

Я
ої гр
разо
троф
1 гр
загал
абсо
меж
імуно
визн
1).
відно
абсо
дефі
паці
відм

Я
відм
паці
пізні
паці
імуно

на даних імунологічного дослідження крові не пізніше 4 діб від початку захворювання, тобто до початку розвитку ускладнень. Бже на 2-5 добу від початку захворювання (фаза панкреатогенної токсемії) при імунологічному дослідженні крові пацієнтів 1 і 2 груп виявлені відмінності, які представлені на рисунку 1.

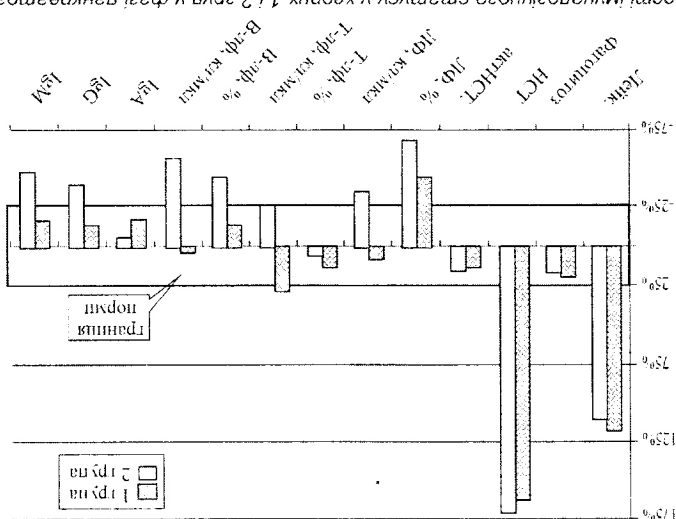


Рис. 1. Особливості імунологічного стану у хворих 1 і 2 груп у фазі панкреатогенної токсемії.

імунітету, які є неспецифічною складовою підшлункової залози і оточуючої клітковини. На відміну від них, у пацієнтів 2-ої групи на фоні розвитку запальної реакції формувалась вторинна імуна недостатність, яка сприяє інфікуванню зон панкреатогенної деструкції і розвитку гнібно-деструктивних ускладнень. З метою профілактики розвитку гнібних ускладнень 9 пацієнтів з ІІ в залежності від даних імунологічного дослідження, в комплекс лікувальних заходів включали направлену імунокоректую терапію (3 група). На рисунку 2 представлено відхилення показників імунограми у пацієнтів 2 і 3 груп в фазу панкреатогенної токсемії.

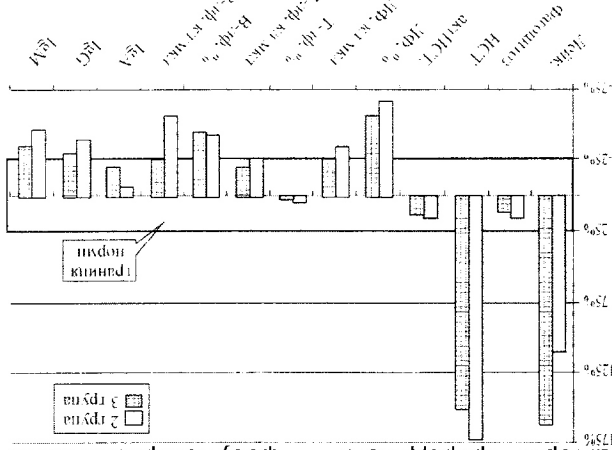


Рис. 2. Особливості імунологічного стану у хворих 2 і 3 груп у фазі панкреатогенної токсемії.

Як видно із рисунка 2, достовірних відмінностей змін імунологічних показників у пацієнтів порівнюючих груп не відмічалося. Не пізніше 4 діб від початку захворювання пацієнтам 3 групи призначали 10% розчин імуноглобуліну по 50,0-75,0 мл внутрішньовенно

крпельно протягом 3-5 днів з метою відновлення рівня імуноглобулінів. В якості імуномодулятора, який діє практично на всі ланки імуної системи, застосовували поліоксідоні по 6,0-12,0 мл внутрішньом'язово або внутрішньовенно протягом 5 діб. Для стимуляції

продукції імуноглобулінів і при ураженні В-гуморального ланцюга хворим проводили курс лікування імунофаном по 50 мкг на добу внутрішньом'язево протягом 5 днів.

На 3 тижні захворювання, в фазу деструктивних ускладнень, у пацієнтів 1 групи відмічалась нормалізація показників імунограми (рис. 3).

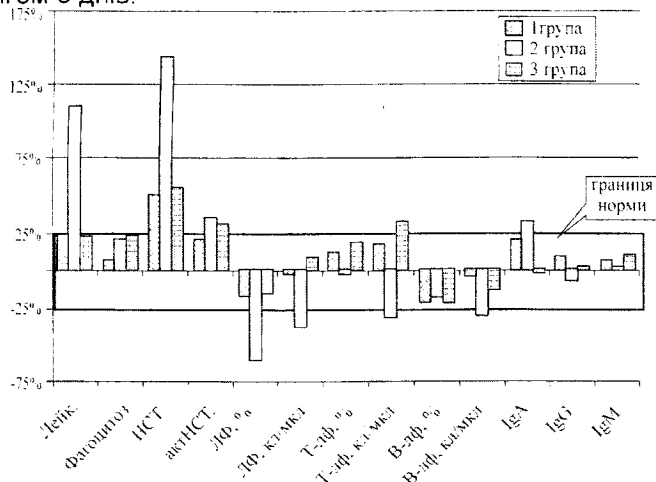


Рис. 3. Особливості імунологічного статусу у хворих 1, 2 і 3 груп на 21 день лікування

У пацієнтів 2 групи продовжувалось запалення, обумовлене наявністю деструкції власних тканин і бактеріальними факторами. При імунологічному дослідженні у пацієнтів зберігається помірний лейкоцитоз, підвищена метаболічна активність нейтрофілів, відносна і абсолютна лімфопенія. Із дев'яти пацієнтів 3 групи, які отримували направлену профілактичну імунокорелюючу терапію, в семи випадках вдалося уникнути розвитку нійних ускладнень. Відмічалась позитивна динаміка параметрів імунограми у пацієнтів цієї групи в порівнянні з пацієнтами 2 групи. Зокрема, нормалізувалась кількість лейкоцитів, відновилась кількість лімфоцитів і їх субпопуляційний склад, відмічається тенденція до нормалізації метаболічної активності нейтрофілів. Тобто, параметри імунограми пацієнтів 3 групи (рис. 3) були аналогічними показникам імунітету хворих 1 групи.

Висновки

У хворих з важким ГП, який ускладнився розвитком ПІ, вторинний імунодефіцит виявляється уже в фазу панкреатогенної токсемії і характеризується наявністю відносної і абсолютної лімфопенії, зниженням абсолютної кількості Т-лімфоцитів, відносної і абсолютної кількості В-лімфоцитів, зниженням концентрації імуноглобулінів М і G, на фоні активації факторів приро-

дного імунітету. Такі зміни імунограми повинні бути підставою для призначення направленої профілактичної імунотерапії, досягнення ефекту якої дозволяє розраховувати на протікання панкреатогенного інфільтрату по неускладненому або асептичному варіанті і на зниження ймовірності розвитку гнійних ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Потребує свого подальшого вивчення взаємозв'язок вторинного імунодефіциту при ГП з оксидативним стресом, який є важливим чинником у виникненні органної і поліорганної недостатності.

Література

1. Гострий панкреатит. Псевдокісти підшлункової залози / [В.І. Русин, О.О. Болдижар, А.В. Русин та ін.]. — Ужгород : BETA-Закарпаття, 2006. — 200 с.
2. Ермолов А.С. Иммунологическая оценка тяжести и прогноза острого панкреатита / А.С. Ермолов, Н.В. Боровкова, П.А. Иванов [и др.] // Вест. хирургии им. Грекова. — 2005. — №6. — С. 22-28.
3. Боровкова Н.В. Комплекс иммунологических показателей для диагностики панкреатогенного иммунодефицита / Н.В. Боровкова, В.Б. Хватов, Д.А. Благовестнов, А.В. Гришин // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиологии. — 2006. — № 3. — С.71-75.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. — Донецк, 2008. — 352 с.
5. Ничитайло М.Ю. Панкреанекроз. Профілактика інфікування та лікування інфекційних ускладнень / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, Ю.В. Снопко // Український журнал хірургії. — 2009. — № 4 (11). — С.104-108.

Реферат

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СТЕРИЛЬНОМ РЕТОПЕРИТОНЕОНЕКРОЗЕ

Русин В.И., Филип С.С.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреатогенный инфильтрат, вторичный иммунодефицит.

У больных с тяжелым острым панкреатитом, который осложнился развитием панкреатогенного инфильтрата, вторичный иммунодефицит проявляется уже в фазе панкреатогенной токсемии. Это должно быть основанием для назначения направленной профилактической иммунотерапии, достижение эффекта которой, позволяет рассчитывать на протекание панкреатогенного инфильтрата по асептическому варианту и снижению вероятности развития гнойных осложнений.

DISTUR
Rusin V
Key wor
Pal
nodefici
preven
asepti

УДК: 6
Філі
ЕФЕК
ІМУН
ВДНЗ

В роф
дисем
Отри
відпо
ложк
ратіє
Ключо
Пу
гень і

Ви
резис
ні та
діляк
тів м
більш
винн
резис
дить
ванн:
та з
штов
тубер
ленн
здор
злов:
речо
зада
руше
льне
нанс
проц
рези
преп
прич
Прач
чутл
лікар
Полі
лять
випа
на
рези
виль

Summary
DISTRIBANCES IN IMMUNE SYSTEM FUNCTIONING UNDER STERILE RETROPERITONEAL NECROSIS
Rusin V.I., Filip S.S.

Key words: acute pancreatitis, pancreatic infiltration, secondary immunodeficiency.

Patients with severe acute pancreatitis complicated by pancreatic infiltration, develops secondary immunodeficiency in the phase of pancreatic toxemia. This should be the basis for the prescription of directed preventive immunotherapy. When this immunotherapy is effective, it allows to expect the development of aseptic way for pancreatic infiltration course and the reduction in the occurrence of purulent complications.

УДК: 616.24 – 002.5 – 085.356

Філатова О.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПЕРВИННОЇ СТИЖКОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ ТА АНТИОКСИДАНТІВ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

В роботі проведено ретроспективне лікування хворих на хіміорезистентний інфільтративний та дисемінований туберкульоз з переважною стійкістю до протитуберкульозних препаратів. Отримані результати порівнювали з результатами лікування хворих на туберкульоз первинної стійкості. Для порівняння використовували тестову воду за методикою до складання кожної дози. Клінічне лікування патогенною туберкулозою. Ключові слова: хіміорезистентний туберкульоз, антиоксиданти, імуномодулятори, стійкість, резистентність.

Публікація є фрагментом науково-дослідної роботи «Вивчення ефективності організації лікування хворих на туберкульоз первинної стійкості до протитуберкульозних препаратів та впливу вітамінів А та Е на ехінацею на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз» (номер держреєстрації 0108U000216).

Вступ

Вивчення проблеми захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз визначається в Україні та світі постійним збільшенням хворих, які відносять до протитуберкульозних препаратів діють до зникнення клінічної ефективності лікування хворих, подовження термінів хіміотерапії та збільшення фінансових витрат [2,4]. Протягом допорівнення епідемічної ситуації з туберкульозом є зникнення життєвого рівня населення, безробіття, негаразди ставлення до свого здоров'я, перебільшення кількості наркотичних препаратів, зловживання алкоголем, вживання наркотичних препаратів, що вважається однією з важливих причин зростання епідемії туберкульозу [1,5,8]. Практично у 50% випадків виникає втрата чутливості мікобактерії, принаймні, до одного лікарського препарату (монорезистентність). Полірезистентні форми туберкульозу становлять 10-15% із числа вперше діагностованих випадків захворювання на туберкульоз (первинна хіміорезистентність) [6,9,12,13]. Вторинна резистентність МБТ виникає внаслідок неадекватного режиму та перепивання

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої задачі ми спостерігали дві групи хворих на вперше діагностованій туберкульоз легень з первинною резистентністю МБТ з Полтави та Львівської області. Основну групу склали 30 пацієнтів з дисемінованим та інфільтративним туберкульозом легень, всі з бактеріологічним, переважно чоловічим, віком 27 (90%) і 3 жінки (10%), вік від 25-48 років. В легенях у 6 (20%) хворих визначаються великі порожнини деструкції, кашель з харкотинням був у 10 (33,3%). У загальному аналізі крові у 17 (56,7%) хворих спостерігалось підвищення лейкоцитів та еритроцитів, зменшення гемоглобіну та гематокритів, підвищення швидкості осідання еритроцитів (СОЕ). У всіх хворих на туберкульоз первинної стійкості в аналізі мокротиння виявлено МБТ з Полтави та Львівської області.

1. Вивчити вплив вітамінів А та Е на ехінацею на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

2. Вивчити особливості лікарської стійкості МБТ у хворих на інфільтративний та дисемінований туберкульоз.

3. Вивчити дані результату клінічного, лабораторного, рентгенологічного обстеження та лікування вперше виявлених хворих залежно від режиму терапії (з додаванням антиоксидантів та імуномодуляторів, без).

Мета дослідження

1. Вивчити вплив вітамінів А та Е на ехінацею на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

2. Вивчити особливості лікарської стійкості МБТ у хворих на інфільтративний та дисемінований туберкульоз.

3. Вивчити дані результату клінічного, лабораторного, рентгенологічного обстеження та лікування вперше виявлених хворих залежно від режиму терапії (з додаванням антиоксидантів та імуномодуляторів, без).

4. Вивчити вплив вітамінів А та Е на ехінацею на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

5. Вивчити особливості лікарської стійкості МБТ у хворих на інфільтративний та дисемінований туберкульоз.

6. Вивчити дані результату клінічного, лабораторного, рентгенологічного обстеження та лікування вперше виявлених хворих залежно від режиму терапії (з додаванням антиоксидантів та імуномодуляторів, без).

7. Вивчити вплив вітамінів А та Е на ехінацею на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

8. Вивчити особливості лікарської стійкості МБТ у хворих на інфільтративний та дисемінований туберкульоз.

9. Вивчити дані результату клінічного, лабораторного, рентгенологічного обстеження та лікування вперше виявлених хворих залежно від режиму терапії (з додаванням антиоксидантів та імуномодуляторів, без).

10. Вивчити вплив вітамінів А та Е на ехінацею на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

11. Вивчити особливості лікарської стійкості МБТ у хворих на інфільтративний та дисемінований туберкульоз.

12. Вивчити дані результату клінічного, лабораторного, рентгенологічного обстеження та лікування вперше виявлених хворих залежно від режиму терапії (з додаванням антиоксидантів та імуномодуляторів, без).

13. Вивчити вплив вітамінів А та Е на ехінацею на імунітет хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

14. Вивчити особливості лікарської стійкості МБТ у хворих на інфільтративний та дисемінований туберкульоз.

15. Вивчити дані результату клінічного, лабораторного, рентгенологічного обстеження та лікування вперше виявлених хворих залежно від режиму терапії (з додаванням антиоксидантів та імуномодуляторів, без).