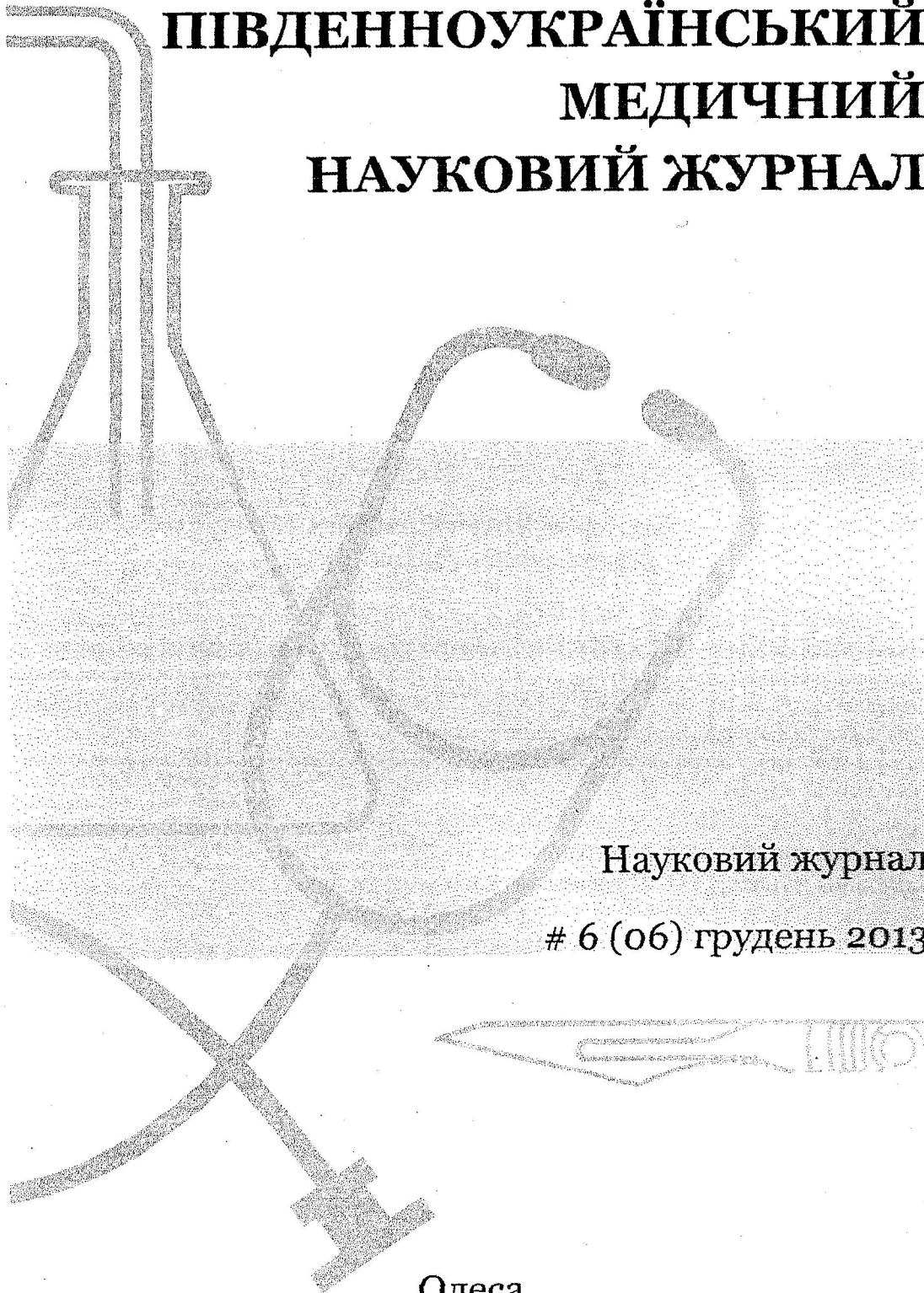


ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ



Науковий журнал

6 (06) грудень 2013

Одеса
2013

Кудокочева О. В., Ломакин И. И., Коваленко И. Ф., Бабийчук Г. А. ВЛИЯНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОГО КЛЕТОЧНОГО ПРЕПАРАТА КОРДОВОЙ КРОВИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭРИТРОПОЭЗА У МЫШЕЙ ПРИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ГЕМОДЕПРЕССИИ.....	63
Кузовкова С. Д., Лискина И. В., Загаба Л. М., Олексинская О. А. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГРАНУЛЕМ В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ В ФАЗУ ОБОСТРЕНИЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА.....	67
Кулакова С. А., Каземір В. С., Дідик Н. В., Томашевська Л. А. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КРОВІ ТВАРИН ПІД ВПЛИВОМ МАГНІТНИХ ПОЛІВ ПРОМИСЛОВОЇ ЧАСТОТИ.....	72
Лизогуб В. Г., Богдан Т. В., Калашченко С. І. ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ АМІНОКИСЛОТ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ.....	75
Лисюк Р. М. НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ФАРМАКОГНОЗІЇ СТУДЕНТІВ АНГЛОМОВНОГО ВІДДІЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ.....	77
Логойда Л. С., Коробко Д. Б., Івануса І. Б., Зарівна Н. О. ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СТРЕСПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ КОМБІНАЦІЇ З ЕКСТРАКТАМИ ВАЛЕРІАНИ, МЕЛІСИ ТА ГЛІЦІНУ.....	79
Маліков О. В., Дзевульська І. В., Ковальчук А. В. ДЕЯКІ СУЧАСНІ МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ.....	82
Міхеев А. О. ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У СТАРІОУЧИХ ШУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПЕРОКСАЛУРІЇ.....	85
Москалюк В. Д., Меленко С. Р., Сорохан В. Д., Балалюк І. В. ДОСВІД МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	88
Moskaliuk V. D., Sydorchuk A. S., Sokolenko M. O., Sydorchuk L. I. PROBIOTIC-BASED APPROACH IN TREATMENT OF ADULT PATIENTS WITH INFLUENZA TYPE A.....	92
Олійник Д. І. МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА ЕЛЕМЕНТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛІПНОГО СУГЛОБА ЛЮДИНИ, ЯК СКЛАДОВИХ ЛОЖА ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ В ПЛОДІВ.....	95
Пивоварчук Р. Я., Митинкова А. С. УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ НИРОК ТА СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ.....	101
Полянська О. С., Гулага О. І., Липка В. Т., Герасим'юк І. Г. КОМОРБИДНА ПАТОЛОГІЯ В РЕЄСТРІ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ.....	106
Ришук Л. В., Рижук В. Є. АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ У ВАГІТНИХ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	108
Русіна С. М., Деркач В. Г., Курик В. І., Юрченко О. С., Нікоряк Р. А. ХРОНОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ.....	112
Сажина О. С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	115
Степанчук В. В. ЗМІНИ ЦИРКАДАННИХ ХРОНОРИТМІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЗА УМОВ ДІЇ КАДМІО ХЛОРИДУ.....	120
Телекі Я. М. ІНТЕНСИВНІСТЬ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ, БІЛКІВ, СИСТЕМИ ПРОТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПЛАЗМИ КРОВІ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	121
Шульгай О. М., Кабакова А. Б., Шульгай А.-М. А. ЗАСТОСУВАННЯ СИНБІОТИКА «ЛАКТАЛЕ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ.....	125

Руса С. М., Деркач В. Г.
 доценти кафедри нервових захворювань, психіатрії та медичної психології
 Буковинського державного медичного університету
 Куряк В. І., Юрченко О. С.
 асистенти кафедри нервових захворювань, психіатрії та медичної психології
 Буковинського державного медичного університету
 Нікоряк Р. А.
 інтерн кафедри нервових захворювань, психіатрії та медичної психології
 Буковинського державного медичного університету
 м. Чернівці, Україна

ХРОНОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

Анотація: Стаття присвячена вивченню часової організації функціонального стану психічних процесів в організмі людини як в умовах норми, так і при патологічних станах.

Аннотация: Статья посвящена изучению временной организации функционального состояния психических процессов в организме человека в условиях нормы и при патологических состояниях.

Summary: The article is devoted the study of temporal organization of the functional state of psychical processes in the organism of human in the conditions of norm and at pathological state.

Мета дослідження. Вивчити добову періодичу психічної активності мозку у хворих з неспсихотичними психічними розладами атеросклеротичного генезу.

Матеріали і методи. Для аналізу добової варіабельності показників функціонального стану психічних процесів дослідили 20 практично здорових осіб (молодого віку – 25-35 років; група зрілого віку – 35-45 років, група середнього віку – 46-60 років і похилого віку – 61-72 років) і у 12 хворих на неспсихотичні психічні розлади атеросклеротичного генезу. Дослідження проводились на різних вікових контингентах здорових осіб в звичайних умовах життя і праці. Дослідження хворих віком від 39 до 72 років здійснювалися в клінічних умовах зі стаціонарним режимом сну, бадьорості і приймання їжі.

Обговорення результатів дослідження. Вимірювання параметрів, які відображають стан фізіологічних функцій здійснені в необтяжених для цього умовах -5 раз на добу з інтервалом в 3 години. Перше дослідження припадало на ранок – 8.00 – до сніданку, час пробудження, основного обміну і час найчастіших спадів настрою у депресивних хворих; друге – на 11.00 – до обідній час з нарощуванням I-го спаду фізичної активності і можливим прийомом стимулюючих засобів у депресивних хворих; третє – на 14.00 – обідній період з нарощуванням рівня пульсового кровопостачання мозку і збільшення серцевого викиду; четверте – на 17.00 – після обідній період з максимальною активністю серцево-судинної системи, фізичної і психічної активності людини; п'яте – на 20.00 – вечірній час і другий спад фізичної активності та період початку сну.

Останній відрізок часу був вибраний з урахуванням специфіки психічно хворих і особливостей їх лікування сном, який необхідно відновити, покращити на фоні активізації парасимпатичної нервової системи. Переривання сну о 24.00 і в інші години з метою досліджень (при яких звичайно з'являються змінені ритми) небажане.

В умовах клініки багатоденні дослідження хворих часто утруднені, а іноді, неможливі через перевагому хворих. Хвора людина (особливо з суїцидальними тенденціями в збудженому стані) не може залишатися без лікування тривалий час. У наших дослідженнях хронобіологічний збір матеріалу проводився протягом 1-2 діб перебування в стаціонарі.

Суттєве значення в цих дослідженнях мають кількість замірів (учасників експерименту). Останні особливо відбиваються на показниках амплітуди ритму. При збільшенні учасників замірів зменшується амплітуда вимірювань, оброблених по методу Коєсинор.

Оптимальним для досліджень параметрами серцево-судинної системи є частота пульсу і рівень артеріального тиску (АТ). Найбільша частота пульсу в контрольній групі припадає на денні години з максимумом о 14.00 і найменшим в ранішні години о 8.00, тобто частота серцевих скорочень уповільнюється в ранкові години і частішає в денні, що вказує на активізацію серцевої діяльності в світлий проміжок доби з мезором $72,2 \pm 1,6$ і амплітудою $7,3 \pm 0,8\%$. Суттєвої різниці в добовому ритмі пульсу у людей в молодому – середньому віці нами не виявлено.

Систолічний тиск в наших дослідженнях у практично здорових осіб має найбільші значення о 17.00 і частково о 20.00 (Рис. 1).

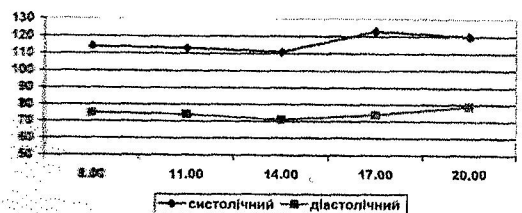


Рис. 1. Динаміка артеріального тиску у здорових осіб

Тобто рівень АТ відображає періодичність тонування центральних вазомоторів. Таким чином, найбільше функціональне напруження серцево-судинної системи спостерігається о 14-17 годинах, що відповідає потребам, які пред'явлені до організму природними і соціальними факторами.

Аналіз різних форм психічної діяльності показує, що їх ефективність вище в післяобідній час – час найбільшої активності людини. Це проявляється у збільшенні швидкості і точності переробки інформації, здібності до активного навчання, ефективності оперативної праці.

Згідно досліджень процеси мислення краще спрацюють о 20.00, запам'ятовування з 17.00 до 20.00, рухомість основних нервових процесів о 14.00 з достовірними різницями. Зосередженість і точність оперативної праці (активна увага) – о 8.00 і о 20.00, хоча і без достовірності, що пов'язане із станом мозкової і системної гемодинаміки, яка у здорових людей найкраща в основний час доби – 12.00-20.00, а максимум психічної працездатності з 14.00 до 20.00 години.

На основі цього можна передбачити ритми найкращої працездатності людини (ранній чи вечірній тип).

Виходячи з представлення про тест тривалості індивідуальної хвилини як можливої міри відрахування біологічного часу і показника стану адаптаційних процесів, нами була прийнята спроба оцінити залежність цього тесту у практично здорових осіб і у хворих з атеросклеротичними неспсихотичними психічними розладами.

Аналіз хронограми показав, що у здорових людей протягом доби сприйняття тривалості індивідуальної хвилини змінюється в різні години доби, за середніми показниками, від 56 с в 8.00 до 61 с в 20.00.

Найменші значення тривалості однієї хвилини (ТОХ) 56 с, які відстають від астрономічного часу, припадало на 8.00, що співпадало з мінімальними значеннями продуктивності психічної працездатності, низьким рівнем кровопостачання мозку і підвищенням активності симпатичної нервової системи. Сприйняття ТОХ, яке є близьким до 60 с було більш стабільним в денні години з максимальним показником пульсового кровопостачання і дещо збільшувалося в вечірні години з нарощуванням активності парасимпатичної нервової системи і характеризувалося сповільненням сприйняття перебігу часу (рис. 2).

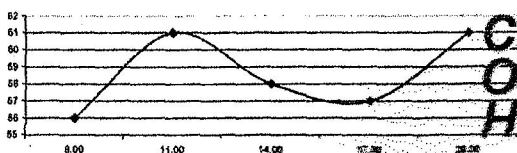


Рис. 2. Динаміка тривалості однієї хвилини у здорових осіб

Кліно-ортостатична проба, яка досліджувалась у практично здорових осіб і психічно хворих по-

казує на найбільші значення цього показника, які спостерігаються стан вегетативної нервової системи протягом часу до обіду з мезором 11,18 ± 0,73 і амплітудою 15,9 ± 1,9, що видно з рисунку 3.

Показники	Мезор	Амплітуда
Частота пульсу (в сек.)	72,20 ± 1,6	7,3 ± 0,8%
АТ (мм.рт.ст.) систолічний	115,40 ± 2,24	4,6 ± 0,3%
АТ (мм.рт.ст.) діастолічний	73,29 ± 2,01	4,1 ± 0,6%
Проба Векслера (в сек.)	4,51 ± 0,35	22,1 ± 3,8%
Проба Рибакова (в сек.)	11,67 ± 0,61	13,9 ± 2,1%
Проба Шульте (в сек.)	36,20 ± 2,04	10,2 ± 1,6%
Тривалість однієї хвилини (в сек.) сексек.сек.)	59,01 ± 1,34	4,1 ± 0,5%
Тест Крепеліна (в сек.)	26,40 ± 1,24	12,0 ± 3,2%
Кліно-ортостатична проба (в сек.)	11,18 ± 0,73	15,9 ± 1,9%

Рис. 3. Показники мезора і амплітуди у здорових людей

У клінічній медицині теоретичні питання порушення біоритмів при судинних психічних захворюваннях і практичні питання управління біологічними ритмами ще не вирішені. Ми дослідили серцево-судинну діяльність і психічну працездатність з ТОХ також і у психічно хворих з атеросклеротичними неспсихотичними психічними розладами без артеріальної гіпертензії і з нею.

На основі наших досліджень встановлено, що зсув добових ритмів окремих функцій організму може служити ранньою діагностичною ознакою захворювання.

Нами досліджена група хворих (12 осіб) з неспсихотичними психотичними розладами атеросклеротичного генезу (НПРАГ), з них з церебральним атеросклерозом (ЦА) – 5 осіб і з церебральним атеросклерозом і артеріальною гіпертензією (ЦА і АГ) – 7 осіб.

У першій групі хворих порушення ритму відносно здорових осіб видно з таблиці 3. Спостерігалось порушення ритму без достовірних змін в дослідженнях частоти пульсу (ЧП), проби Векслера (ПВ), проби Рибакова (ПР), проби Шульте (ПШ), клініко-ортостатичної проби (КОП).

Систолічний тиск з максимальними значеннями о 8.00 був достовірно (P<0,05) більшим ніж о 11.00, що не співпадає з контрольною групою, а діастолічний тиск мав максимальні значення у вечірні години в порівнянні з ранішніми з P<0,05, що співпадає з даними групи практично здорових. Процеси мислення були достовірно (P<0,05 і P<0,01) вищими (по тривалості часу і конкретними відповідями майже без абстрактного мислення) щодо значень

контрольної групи і середні значення складали відповідно від $10,85 \pm 2,84$ с до $12,14 \pm 2,14$ с.

Процеси запам'ятовування і відтворення у даної групи хворих мали середні значення (які достовірно перевищували показники практично здорових за виключенням 8,00) з деякими помилками (угадкування) і їх середньодобові значення були від $16,50 \pm 3,16$ с о 8,00 до $23,33 \pm 4,77$ с о 14,00 без достовірних змін протягом доби.

Увага хворих відповідно тесту Шульте протягом доби була в межах, яка не відповідала достовірності, можливо за рахунок великої похибки (завдяки різнополюсним значенням, але були достовірно вищими у порівнянні з контрольною групою).

Тест Крпеліна (ТК) на активну увагу був достовірно меншим о 20,00 ($P < 0,001$) в порівнянні з 11,00 і достовірно більшим часом, який затрачувався на проведення тесту в порівнянні з групою практично здорових.

ТОХ відставала від астрономічного часу впродовж доби, більш близькою була о 8,00 і перевищувала астрономічний час о 20,00. На протязі доби спостерігалися найбільші значення ТОХ о 20,00 ($P < 0,05$), найменші о 11,00.

КОП мала свою періодичність впродовж доби з найбільшим значенням, хоча і недостовірно о 17,00

і найменшим о 8,00 з достовірністю відносно здорових осіб о 1,00 ($P < 0,001$).

Мезори ЧП, ПВ, ПР, ПШ, ТК, КОП достовірно збільшені відносно мезора здорових осіб. Мезор АГ хворих на ЦА збільшений, хоча і не достовірно, а мезор ТОХ зменшений відносно практично здорових (рис. 4).

Амплітуда ЧП у даної групи хворих достовірно ($P < 0,01$) зменшена і також достовірно ($P < 0,001$) зменшена амплітуда ПВ. Достовірно ($P < 0,01$) збільшена амплітуда ТОХ. Також зменшені амплітуди, хоча і не достовірно КОП, ПШ, ПР, а амплітуда ТК, АГ хоча і не достовірно збільшені.

В другій групі хворих з ЦА і АГ спостерігається дешо більше порушення ритмів досліджуваних параметрів: ЧП, АГ, ПВ, ПР, ПШ, ТК, ТОХ, КОП. Систолічний тиск найбільші значення, хоча і недостовірно, мав о 14,00 і о 20,00, а діастолічний о 14,00. Однак з достовірними змінами (підвищенням АГ відносно здорових).

Виконання проби Шульте даною групою хворих була достовірно вищою (за часом) в порівнянні із здоровими особами і виконувалася навіть за більш тривалий час по відношенню до хворих без АГ з ЦА. ТОХ о 8,00 і о 14,00 відставала від астрономічного часу, а в інші години доби перевищувала астрономічний час і їх серед-

Показники	Мезор в контролі	Мезор у хворих	Амплітуда в контролі	Амплітуда у хворих
Частота пульсу (в сек.)	$72,20 \pm 1,6$	$76,15 \pm 0,94^*$	$7,3 \pm 0,8\%$	$3,5 \pm 0,8\%^*$
АГ (мм.рт.ст.) систолічний	$115,40 \pm 2,24$	$119,20 \pm 2,08$	$4,6 \pm 0,3\%$	$4,9 \pm 0,9\%$
АГ (мм.рт.ст.) діастолічний	$73,29 \pm 2,01$	$76,00 \pm 1,40$	$4,1 \pm 0,6\%$	$5,0 \pm 0,9\%$
Проба Векслера (в сек.)	$4,51 \pm 0,35$	$11,45 \pm 0,23^*$	$22,1 \pm 3,8\%$	$5,0 \pm 0,7\%^*$
Проба Рибаківа (в сек.)	$11,67 \pm 0,61$	$20,28 \pm 0,95^*$	$13,9 \pm 2,1\%$	$12,5 \pm 2,3\%$
Проба Шульте (в сек.)	$36,20 \pm 2,04$	$83,20 \pm 2,52^*$	$10,2 \pm 1,6\%$	$7,6 \pm 1,4\%$
Тривалість однієї хвилини (в сек.)	$59,01 \pm 1,34$	$53,60 \pm 2,56$	$4,1 \pm 0,5\%$	$12,0 \pm 2,7\%^*$
Тест Крпеліна (в сек.)	$26,40 \pm 1,24$	$95,20 \pm 7,92^*$	$12,0 \pm 3,2\%$	$19,7 \pm 4,4\%$
Кліно-ортостатична проба (в сек.)	$11,18 \pm 0,73$	$8,46 \pm 0,33^*$	$15,9 \pm 1,9\%$	$12,1 \pm 1,3\%$

Примітка: *P – достовірність змін в порівнянні з контролем.

Рис. 4. Показники мезора і амплітуди у хворих з неспихотичними психічними розладами атеросклеротичного генезу

Показники	Мезор в контролі	Мезор у хворих	Амплітуда в контролі	Амплітуда у хворих
Частота пульсу (в сек.)	$72,20 \pm 1,6$	$73,60 \pm 1,12$	$7,3 \pm 0,8\%$	$4,6 \pm 0,6\%^*$
АГ (мм.рт.ст.) систолічний	$115,40 \pm 2,24$	$138,40 \pm 1,84^*$	$4,6 \pm 0,3\%$	$3,3 \pm 0,7\%$
АГ (мм.рт.ст.) діастолічний	$73,29 \pm 2,01$	$87,40 \pm 1,12^*$	$4,1 \pm 0,6\%$	$3,8 \pm 0,4\%$
Проба Векслера (в сек.)	$4,51 \pm 0,35$	$8,67 \pm 0,43^*$	$22,1 \pm 3,8\%$	$11,6 \pm 2,0\%^*$
Проба Рибаківа (в сек.)	$11,67 \pm 0,61$	$17,32 \pm 0,73^*$	$13,9 \pm 2,1\%$	$10,1 \pm 1,9\%$
Проба Шульте (в сек.)	$36,20 \pm 2,04$	$96,14 \pm 3,59^*$	$10,2 \pm 1,6\%$	$9,8 \pm 2,2\%$
Тривалість однієї хвилини (в сек.)	$59,01 \pm 1,34$	$59,40 \pm 2,16$	$4,1 \pm 0,5\%$	$8,5 \pm 2,5\%$
Тест Крпеліна (в сек.)	$26,40 \pm 1,24$	$71,17 \pm 4,33^*$	$12,0 \pm 3,2\%$	$16,5 \pm 1,6\%$
Кліно-ортостатична проба (в сек.)	$11,18 \pm 0,73$	$8,75 \pm 0,39^*$	$15,9 \pm 1,9\%$	$11,2 \pm 0,3\%^*$

Примітка: *P – достовірність змін в порівнянні з контролем.

Рис. 5. Показники мезора і амплітуди у хворих з неспихотичними психічними розладами з артеріальною гіпертензією

ні склали відповідно від 53,00 ±4,22 с до 64,29 ±9,41 с.

Мезор вивчаємих параметрів: систолічного, діастолічного тиску, ПВ, ПЛД, ТК були достовірною ($P < 0,001$) вищими за мезор параметрів у здорових осіб. Мезор КОП був достовірною ($P < 0,001$) нижчим, ніж у групі практично здорових осіб.

Амплітуда ЧП, ПВ, КОП були вірогідно ($P < 0,05$) меншими у порівнянні з групою практично здорових.

Амплітуда АТ, ПР, ПШ хоча і не достовірно, але були вищими, а амплітуди ТОХ, ТК вищими в порівнянні з практично здоровими, що видно з рис. 5.

Висновок. Таким чином, встановлено, що найбільш істотні зміни відбулися у добових біоритмах у хворих при виражених патологічних процесах, а саме – у хворих з ЦА із наявністю артеріальної гіпертензії, коли відмічалися суттєві зміни ритмічності амплітуди ритму і мезора досліджуваних показників.

Література:

1. Комаров Ф.И. Хронобиологическое направление в медицине: Биуправляемая хронофизиотерапия / Ф.И. Комаров // Терапевтический архив, 11994. – Т.66, № 8. – С. 3-6.
2. Тананакина Т.П., Болгов Д.М. Хронотипические особенности человека. / Т.П. Тананакина, Д.М.Болгов // Перспективы медицины та біології. – 2010. – Т.2, № 1. – С. 15.
3. Литовченко Т.А., Шулгина Н.В. Изменения хронобиологического стереотипа у людей, перенесших черепно-мозговую травму/ Т.А. Литовченко, Н.В. Шулгина // Проблемы современной медицинской науки та освіти. – 2010. – №2. – С. 38.
4. Левин В.Я. Нейрофизиологические, нейрохимические, вегетативные и хронобиологические основы медицины сна / В.Я. Левин // Российский физиологический журнал им. И.М.Сеченова. – 2011. – Т.97, – № 4. – С. 392.
5. Табеева Г.Р. Хронобиология мигрени / Г.Р. Табеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2010. – Т.110, № 4. – С. 109.

Сажина О. С.

*доцент кафедры ортопедической стоматологии
Донецкого национального медицинского университета имени Максима Горького
г. Донецк, Украина*

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Аннотация: В статье приведены и проанализированы данные по использованию оксигенотерапии в качестве средства патогенетической терапии в комплексном лечении генерализованного пародонтита.

Анотация: В статті приведені і проаналізовані дані по використанню оксигенотерапії в якості засобу патогенетичної терапії в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

Summary: This article discusses and analyzes the data from the literature on the use of oxygen therapy as a means of pathogenetic therapy in complex treatment of generalized periodontitis.

Дистрофически-воспалительные заболевания пародонта (генерализованный пародонтит) занимают одно из ведущих мест среди стоматологических болезней населения [53, 125, 178]. Анализ заболеваемости за последние 20 лет свидетельствует о неуклонном росте и омоложении контингента заболевших [54, 164, 194, 230, 232].

Массовость распространения дистрофически-воспалительных заболеваний пародонта, разрушение зубочелюстной системы, изменение реактивности в общем статусе больного часто приводят к полной потере зубов [54, 155, 206].

Учитывая сложность патогенеза генерализованного пародонтита, успех лечения определяется выбором тех методов и средств, которые обладают этиотропным и патогенетическим действием [21, 57, 49, 178, 54, 141, 157].

Как считают большинство авторов [91, 108, 152, 239], ключевую роль в патогенезе генерализованного пародонтита играют нарушения микроциркуляции, ведущие к развитию местной гипок-

сии в тканях пародонта. Изменения регионарной гемодинамики коррелируют со степенью тяжести заболевания, приобретая по мере прогрессирования процесса генерализованный характер.

Наличие гипоксии при заболеваниях тканей пародонта, является показанием для применения различных способов оксигенации десны в качестве средства патогенетической терапии.

Для ликвидации местной гипоксии [117] проводили обработку десневых карманов при пародонтите 5 % раствором перекиси марганца с последующим воздействием 2 % раствором соляной кислоты. В результате взаимодействия этих веществ выделялся газообразный кислород, который поглощался слизистой оболочкой полости рта.

В свое время [127] предлагали проводить орошение десен струей газообразного кислорода или струей воды, обогащенной кислородом.

При изучении действия 30 % раствора пергидроля на слизистую оболочку десны был сделан вывод, что мельчайшие пузырьки кислорода проникают в