

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 14, Випуск 3 (47) 2014 ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

Всеукраїнська науково-практична конференція

«Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 21 листопада 2014 року)

Стоматологія

- Аветіков Д. С., Стебловський Д.В.** 5
БИОМЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ШКИРИ СОСКОПОДІБНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ НИЖНЬОЇ РІТІДЕКТОМІЇ ТА КОСМЕТИЧНОЇ ОТОПЛАСТИКИ
- Аветіков Д.С., Буханченко О.П.** 8
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ МЕТОДІВ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ, ЩО РОЗТАШОВАНІ В РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ ГОЛОВИ ТА ШИЇ
- Аветіков Д.С., Гутник А.А.** 12
БИОМЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ШКІРНО-ЖИРОВИХ КЛАПТІВ СКРОНЕВОЇ ТА ВИЛИЧНОЇ ДІЛЯНОК ПРИ ОДНООСНОМУ РОЗТЯГУВАННІ
- Аветіков Д.С., Ву В'єт Куонг, Лепський В.В., Лепський В.В.** 14
ЦИТОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ РАН ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НАНОКАПСУЛ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА
- Білозецький І.І.** 19
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ І ОСТЕОПОРОЗОМ
- Бойченко О.М., Ступак О.П., Гасюк Н.В.** 23
ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАН КРОВІ ТА РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
- Браїлко Н.М.** 26
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАКАЇНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ОДОНТОПАТОЛОГІЇ
- Желнин Е.В., Гулюк А.Г.** 29
МЕТАБОЛИТИ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ЗАТРУДНЕННІ ПРОРЕЗЬВАННЯ ЗУБОВ МУДРОСТІ
- Іваницький І.О., Іваницька О.С., Островська Л.Й., Мошель Т.М., Гасюк Н.В.** 32
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВНИХ МОСТОПОДІБНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ПРЯМІЙ ТЕХНІЦІ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ
- Галич Л.В.** 35
ЕСТЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛЮ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ 10-13 РОКІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ІІ, КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ РОСТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ
- Годованець О.І., Рожко М.М., Ерстенюк Г.М.** 39
СТАН СПОЛУЧНОТКАНИННИХ ЕЛЕМЕНТІВ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПРИ ДИФУЗНОМУ НЕТОКСИЧНОМУ ЗОБІ
- Клінічна медицина №1 (терапія, педіатрія, психіатрія, інфекційні хвороби, шкірно-венеричні хвороби, загальна гігієна, соц. медицина)**
- Антоненко А.М.** 43
ОЦІНКА ЕКОТОКСИКОЛОГІЧНОЇ НЕБЕЗПЕЧНОСТІ ТА РИЗИКУ ЗАБРУДНЕННЯ ПІДЗЕМНИХ ВОД НОВИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ІНГІБІТОРАМИ 4-ГІДРОКСИФЕНІЛПІРУВАТДИОКСИГЕНАЗИ ТА ІНГІБІТОРАМИ МІКРОСОМАЛЬНИХ ФЕРМЕНТІВ
- Бичков М.А.** 47
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
- Боднар В.А.** 50
РЕПЛІКАТИВНА ФОРМА ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОР НЕЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Бойко Д.М., Бойко М.Г., Бойко О.С., Чорнуха В.Л., Кривякова І.Є.	54
СТАН РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СПОЖИВАННЯ ПРОДУКТІВ ТЮТЮНУ ТА МАРИХУАНИ СЕРЕД ПРОФЕСІОНАЛІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	
Вахненко А.В., Моїсєєва Н.В., Шумейко О.Г.	58
КОМОРБІДНІ СТАНИ: АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ І УСКЛАДНЕНА НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ	
Волошин К.В.	62
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ	
Гриджук Т.І.	68
ГЛУТАРГІН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ З МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ	
Ємченко Я.О., Іщейкін К.Є., Кайдашев І.П.	72
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ НА ПСОРИАЗ В УКРАЇНІ ТА В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Коваленко А.В., Клименко В.І., Ткалич І.В.	77
ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЄ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ – ОСНОВА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ	
Крекотень О.М.	84
ХАРАКТЕРИСТИКА ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАЦЮЮЧИХ	
Курята О.В., Сіренко О.Ю.	89
СУБКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ ТА ЖОРСТІСТЬ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	
Кутинська І.П.	96
РОЛЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ (ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОСТЕОАРТРОЗАМИ)	
Маринчак О.В.	101
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ЇХ ЛІКУВАЛЬНА КОРЕКЦІЯ	
Нагурна Я.В.	106
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ	
Пристапа Л.Н., Кмита В.В., Гученко І.П., Пономарьова А.І., Лаврик А.В.	111
ЗВ'ЯЗОК ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ІЗ VCL1 ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА	
Ступак Е.Р., Tsiselskaya O.Y., Tsiselskiy Y.V., Levitsky A.P.	115
MEDICAL EFFECT OF KVVERTULIN IN DIABETES MELLITUS TYPE 2	
Станіславчук Л.М., Попенко Н.А.	118
ОЦІНКА ВПЛИВУ ПОГОДНИХ УМОВ НА ЧАСТОТУ СТЕНОЗУЮЧОГО ЛАРИНГОТРАХЕЇТУ І РЕЦИДИВУЮЧОГО СТЕНОЗУЮЧОГО ЛАРИНГОТРАХЕЇТУ У ДІТЕЙ НА ОСНОВІ МЕДИЧНОЇ ТИПІЗАЦІЇ ПОГОДИ	
Тихонова Т.М.	124
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА РІВНЯ С-ПЕПТИДУ У ХВОРИХ НА ПОВІЛЬНО ПРОГРЕСУЮЧИЙ АУТОІМУННИЙ ДІАБЕТ ДОРОСЛИХ	
Усачова О.В., Дралова О.А.	128
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ	
Федоров С.В.	132
РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У ФОРМУВАННІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	
Клінічна медицина №2 (хірургія, акушерство та гінекологія, урологія, ЛОР хвороби, травматологія, онкологія, офтальмологія, радіологія)	
Антонюк Т.В.	136
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВАКУУМ-КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ	
Гончарук В.А., Гривенко С.Г.	141
КОРЕКЦІЯ ЕНТЕРОГЕННОЇ ТОКСЕМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	
Кирик Т.П.	144
КОРЕКЦІЯ ТОВСТОКИШКОВОЇ МІКРОЕКОЛОГІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
Козловська І.М., Іфтодій А.Г., Білик О.В., Бродовський С.П.	148
ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ АНАЛЬНИМИ ТРІЩИНАМИ	
Лисенко С.А.	152
ВПЛИВ НАЯВНОСТІ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО РЕВМАТОЛОГІЧНОГО СИНДРОМУ НА ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ	
Михалойко І.Я.	157
ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ПРОДУКТІВ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ТА ФЕРМЕНТІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ З МЕДІАКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРІЇ	
Петрашенко І.І., Родинська Г.О.	161

ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ВАГІТНИХ

Продан А.М.	165
ВАРИКОЗНИЙ СИНДРОМ ПРИ НЕДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЯК ОДНА З ПРИЧИН ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	
Соручан В.П., Годік О.С.	169
ПОРТОСИСТЕМНЕ ШУНТУВАННЯ, ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ ПРИ ДОПЕЧІНКОВІЙ ФОРМІ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ	
Спахи О.В., Пахольчук А.П.	173
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ И ГНОЙНЫХ РАН У ДЕТЕЙ	
Спахі О. В., Соловійов А. Є., Кокоркін О. Д.	176
КОМБІНОВАНИЙ ПІДХІД У ДІАГНОСТИЦІ ВРОДЖЕНИХ ВАД НИРОК ПЛОДА	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА МОРФОЛОГІЯ	
Абрамов А.В., Ганчев К.С.	180
ЗАВИСИМОСТЬ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	
Аветіков Д.С., Баштан В.П., Іщенко В.В.	184
МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА	
Благая А.В.	189
ТОКСИКОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПІГМЕНА ЗАСТОСУВАННЯ ГЕРБИЦИДУ АРТИСТ 41,5 WG В СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОМУ ВИРОБНИЦТВІ	
Ганчева О.В., Данукало М.В., Федотова М.И., Вародеева Ю.И.	194
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПЛОДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ	
Єлінська А.М., Соловійова Н.В., Костенко В.О.	198
РОЛЬ ПЕРОКСИНИТРИТУ У МЕХАНІЗМАХ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ЗА УМОВ ВІДТВОРЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
Котюжинская С. Г., Гоженко А. И., Савицкий И. В, Свирский А. А.	202
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГЕПАРИНЕМИИ	
Кохан Р.С.	206
ПЕРЕБУДОВА ПОВЕРХНЕВОЇ ВЕНОЗНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	
Кузьо Н.В., Тищенко С.В., Самойленко Н.Ю., Нифонтова В.В.	210
АНАЛИЗ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕЛКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ	
Кучерявченко М.А.	215
ВЛИЯНИЕ ЛАПРОКСИДОВ НА СОСТОЯНИЕ ГИДРОКСИЛИРУЮЩЕЙ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ МИКРОСОМ ГЕПАТОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТОКСИФИКАЦИИ	
Куш О.Г.	218
ВИЯВЛЕННЯ PL ^{A+} -ЛІМФОЦИТІВ-ХЕЛПЕРІВ В ДЕЦИДУАЛЬНІЙ ОБОЛОНЦІ МАТКИ У ІІ-ТРИМЕСТРІ ПРИ САМОВІЛЬНОМУ ВИКІДНІ І У ПОРОДІЛЬ	
Макаренко А.Н., Гарибова Т.Л., Воронина Т.А., Крайнева В.А.	222
ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У КРЫС С ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМОЙ	
Мельник В.С., Савосько С.І.	226
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ДЕФІЦИТУ У ШУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ТЛІ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТА АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ФАРМАКОКОРЕКЦІЇ	
Миронченко С. И., Звягинцева Т. В.	231
МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ УЛЬТРАФИОЛЕТ-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЖИ МОРСКИХ СВИНОК	
Онул Н.М.	235
ВМІСТ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ОРГАНІЗМІ САМКИ І ПЛОДУ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНІЙ ВАГІТНОСТІ ТА ВПЛИВІ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ	
Плевинскис П.В.	239
ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ БЕЗОПАСНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ НА МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ И МОРФОЛОГИЮ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ВОДИТЕЛЯ И ПАССАЖИРОВ	
Проняєв Д.В.	243
ТОПОГРАФІАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯЄЧНИКІВ ПЛОДІВ У ТРЕТЬМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ	
Скорук А.Г.	247
ЛЕКТИН-ВУГЛЕВОДНІ ВЗАЄМОДІЇ В ЕМБРІОТОПОГРАФІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕННЯХ ЗАГРУДНИННОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ	
Собко О. В.	252
СТОКС ПОЛЯРИМЕТРИЧНЕ КАРТОГРАФУВАННЯ ОРІЄНТАЦІЙНОЇ ПОБУДОВИ РЕЧОВИНИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗРІЗІВ ЗОРОВОГО НЕРВА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ	
Табачнюк Н. В., Олійник І. Ю.	258
МОРФОГЕНЕЗ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ В ЗАРОДКІВ І ПЕРЕДПЛОДІВ ЛЮДИНИ	
Татарко С.В.	261

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИМФОЦИТАРНОЙ РЕАКЦИИ ОЧАГА ПРИ РАЗНЫХ ПО ТЕЧЕНИЮ И ЭТИОЛОГИИ ВИДАХ ВОСПАЛЕНИЯ

Хмара Т.В., Васильчишин Я.М., Васильчишина А.В., Строїч М.М. 265
КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ МОРФОГЕНЕЗУ ЧОЛОВІЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Хомич Н.М., Огоновський Р.З., Патерега І.П. 270
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИЕКСУДАТИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПРЕПАРАТУ «ДЕКСАМЕТАЗОН» ТА ЛОКАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ, ВИКЛИКАНОГО ФЛОГОГЕНОМ КАРАГЕНІН

Гуманітарні проблеми медицини та питання викладання у Вищій медичній школі

Бондарчук Г.О., Гаврилюк А.О., Лезін Г.О., Перебетюк А.М. 274
ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТІВ

Пахольчук О.П. 280
АНАЛІЗ «КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ-КЛОНОВ» ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПЕДИАТРИИ: СУЩНОСТЬ, ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

Попова О.М., Чайка В.О. 282
ЛІТНЯ ХІРУРГІЧНА ШКОЛА ЯК НОВА ДОПОМІЖНА МЕТОДИКА ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ХІРУРГІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Потоцька О. І. 286
ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ В ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (ЗДМУ) ЯК РЕАЛІЗАЦІЯ ОНОВЛЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ

Огляди літератури

Борисенко В. В. 290
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭПИЗОДИЧЕСКОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ И ЗАПОЙНЫХ ФОРМАХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Давиденко В.Ю. 295
СМАК ТА СМАКОВА ЧУТЛИВІСТЬ – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ФІЗІОЛОГІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ, ЇХ ЗМІНИ ПРИ ПОВНІЙ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ

Денисенко С.В., Міщенко А.В., Філатова В.Л. 300
АКТУАЛЬНІСТЬ БІОБЕЗПЕКИ ЯК ФАКТОРА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ ТА ПОТЕНЦІАЛУ

Дрогомирецька М.С., Якимець А.В. 304
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ АДЕНТІЇ ВЕРХНІХ ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ

Костюк І.Р. 308
ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Огоновський Р. З., Мельничук Ю. М. 312
АНАЛІЗ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ШКІРИ

Соляник О.В., Іванько О.Г. 318
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ВИТАМИНА К В ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ

УДК: 616.352–002.446:612.884

Козловська І.М., Іфтодій А.Г., Білик О.В., Бродовський С.П.

ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ АНАЛЬНИМИ ТРІЩИНАМИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Достовірна оцінка інтенсивності болю допомагає призначати лікування і відстежувати його ефективність. Метою дослідження було довести діагностичну цінність шкал оцінки болю в комплексному обстеженні та лікуванні пацієнтів з хронічними анальними тріщинами. Нами проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 105 пацієнтів з хронічними анальними тріщинами, в яких для якісної та кількісної оцінки болю застосовували візуально-аналогову шкалу власної модифікації та скорочену форму опитувальника болю МакГілла. Проведені дослідження показали, що використання в комплексній терапії анальних тріщин внутрішньотканинного електрофорезу з розчином «Діоксизоль®-Дарниця» призводить до значного зменшення показників інтенсивності болю вже після п'яти сеансів. На 7 добу після операційного лікування індекс болю достовірно зменшився з 6,1 до 0,4 бала порівняно із контрольною групою, де індекс болю на 7 добу після операційного лікування зменшився з 6,2 до 3,7 бала ($p < 0,05$). Адекватна якісна та кількісна оцінка больового синдрому в пацієнтів з анальними тріщинами має важливе значення при виборі оптимального їх лікування та дозволяє повною мірою оцінити ефективність проведеного лікування. Запропоновані шкали оцінки болю дозволяють відстежувати вплив болю на фізичний та психічний статус пацієнтів, їх соціальну адаптацію.

Ключові слова: хронічна анальна тріщина, больовий синдром, візуально-аналогова шкала, опитувальник болю МакГілла.

Робота виконувалася відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри хірургії та урології Буковинського державного медичного університету «Використання фізичних факторів у хірургії (№ 0108U004423), обґрунтування, розробка та впровадження нових методів профілактики та лікування гнійно-септичних ускладнень у хірургії та урології з використанням фізичних чинників».

Вступ

Навряд чи існує в клінічній практиці інший настільки частий і різноманітний за характером прояву феномен, як біль. Найбільш часто застосовують визначення, дане Міжнародною асоціацією з вивчення болю: "Біль – неприємне сенсорне й емоційне переживання, що супроводжується фактичним або можливим ушкодженням тканин або стан, словесний опис якого відповідає подібному ушкодженню" [5].

Для клінічної картини анальної тріщини характерна триада симптомів: біль під час чи після акту дефекації; спазм анального сфінктера; ректальна кровотеча під час дефекації. Біль під час акту дефекації більш характерний для гострих тріщин, а після – для хронічних. Інтенсивність болю примушує хворих прагнути до рідшої дефекації, внаслідок чого виникає затримка кишкових випорожнень, що сприяє розвитку закрепу. Біль при гострих тріщинах виникає раптово, під час дефекації чи одразу після неї, різкий, ріжучого або колючого характеру, тривалістю від кількох хвилин до 12-14 годин і найчастіше вщухає самостійно. Хронічна анальна тріщина (ХАТ) характеризується тривалим, що виникає після кожної дефекації, болем, який теж може тимчасово вщухати, причому такі ремісії можуть тривати місяцями чи роками й відновлюватися за різних умов, найчастіше в зв'язку з закрепами або, рідше, проносами, погіршеннями харчування. Тривалий больовий синдром і низький ефект від анальгезуючої терапії свідчать про розвиток спазму анального жому, останній здатен також посилювати біль при дефекації, який сприяє розвитку „порочного кола”, що проявляється виникненням стійкого спазму.

Міжнародна асоціація з вивчення болю трактує хронічний біль, як «...біль, що триває довше нормального періоду загоєння». Існують різні підходи щодо оцінки тривалості хронічного болю. На думку експертів Міжнародної асоціації з вивчення болю, про хронічний біль варто говорити в тих випадках, коли його тривалість становить більше 3-6 місяців, тобто понад звичайний період загоєння тканин, часто дифузного характеру [3, 6]. У генезі хронічного болю, як було визначено в останні роки, серед інших умов, значним (але не винятковим) чинником є психічний. Якщо гострий біль справедливо розглядається як симптом, то хронічний біль може отримувати риси хвороби («біль як хвороба» – Loeser J., 2006), що проявляється не тільки болем, але й вегетативними, емоційними й іншими психічними порушеннями, формуванням неадаптивного больового поведіння [9].

Якщо за наявності в пацієнта гострого больового синдрому можна обмежитися звичайним збором анамнезу й стандартним обстеженням, що включає кількісну оцінку інтенсивності болю, то у разі хронічного болю необхідно надзвичайно скрупульозно зібрати анамнез і провести фізикальне, психологічне та соціологічне обстеження, а також вивчити супровідну медичну документацію. Перше обстеження завжди дуже важливе як для лікаря, так і для хворого. Крім діагностичної цінності перше обстеження дозволяє лікарю продемонструвати співчутливе та уважне ставлення до хворого [8]. Письмові опитувальники допомагають отримати цінну інформацію про природу болю, характер його виникнення та тривалість, а також про попереднє лікування, дозволяють виявити вплив

болю на фізичний стан, активність і соціальну адаптацію, що допомагає скласти оптимальний план лікування [1, 4]. Достовірна кількісна оцінка інтенсивності болю допомагає призначати лікування і відстежувати його ефективність. Кількісна оцінка може бути дуже ускладнена, тому що біль – це суб'єктивне відчуття, яке залежить від психологічних, культурних та інших чинників. Необхідні чіткі критерії та визначення, тому що біль можна описати подвійно – як у термінах, що характеризують руйнування тканин, так і в поняттях фізіологічних і емоційних реакцій. Описові оцінки – наприклад, вербальна цифрова шкала, поділ болю на легкий, помірний та важкий – містять мало інформації і не можуть бути визнані задовільними [2, 7].

Згідно з даними міжнародної організації з вивчення болю, з тестів, що дозволяють оцінити больовий стан пацієнтів, рекомендовано застосовувати різні методи та шкали, з яких в клініці найбільшого поширення набули візуальна аналогова шкала (ВАШ), цифрова та вербальна рейтингові шкали й опитувальник Мак-Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ) [11].

Візуальна аналогова шкала – це горизонтальна 10-сантиметрова лінія, на одному кінці якої написано "немає болю", а на іншому – "найсильніший біль, який можна уявити". Хворого просять поставити на цій лінії крапку, яка відповідає рівню пережитих ним больових відчуттів. Відстань, виміряна між кінцем лінії "відсутність болю" та зазначеною точкою, є цифровою оцінкою болю. Візуальна аналогова шкала – проста, ефективна і мінімально обтяжлива для хворого методика, яка добре корелює з іншими достовірними тестами. На жаль, ВАШ визначає тільки інтенсивність болю, не надаючи інформації про якісні характеристики [1, 11].

Опитувальник Мак-Гілла (MPQ) – це анкета, що містить різні характеристики болю. Якісні особливості болю розділені на три великі групи: 1) сенсорно-дискримінативні (ноцицептивні шляхи проведення), 2) мотиваційно-афективні (ретикулярна формація і лімбічні структури), 3) когнітивно-оціночні (кора головного мозку). Опитувальник містить 20 позицій зі словами, розділеними на чотири групи: 1) 10 слів, що визначають сенсорні аспекти; 2) 5 слів, що описують афективні аспекти; 3) одне слово, яке описує когнітивно-оціночний аспект; 4) 4 багатоаспектні слова. Хворий відбирає позиції, відповідні його відчуттям, і обводить слова, що найбільш точно їх описують. У позиціях слова розташовані по порядку відповідно до інтенсивності болю. Індекс болю визначається залежно від кількості вибраних слів; крім того, результати можна проаналізувати по кожній групі параметрів (сенсорна, афективна, оціночна і багатоаспектна). Опитувальник Мак-Гілла дає достовірні результати і може бути заповнений протягом 5-15 хв. Особливо важливо те, що обрані слова відповідають певним больовим

синдромам, тому опитувальник можна використовувати з діагностичною метою [10].

Мета роботи

Довести діагностичну цінність шкал оцінки болю в комплексному обстеженні та лікуванні пацієнтів з хронічними анальними тріщинами.

Матеріал та методи дослідження

Нами проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 105 пацієнтів з ХАТ. У дослідження включали пацієнтів з ускладненими хронічними тріщинами прямої кишки, які попередньо вже неодноразово лікувалися згідно із загальноприйнятими методами лікування. Тривалість їх захворювання становила $4,3 \pm 0,8$ років. Основна група – 53 пацієнти з ХАТ у комплексному лікуванні яких проводили сеанси внутрішньотканинного електрофорезу з розчином «Діоксизоль®-Дарниця», густиною струму $0,025-0,05$ мА/см² протягом 60 хв. щоденно як в якості основної терапії, так і для попередження післяопераційних ускладнень, купування больового синдрому та швидшого загоєння рани (Патент України на корисну модель № 87377 «Спосіб внутрішньотканинного електрофорезу в лікуванні ускладнених хронічних тріщин прямої кишки в до- і післяопераційному періоді»). У контрольній групі (52 пацієнти) застосовували загальноприйняті методи лікування ХАТ.



Рис. 1. Візуальна аналогова шкала оцінки больового синдрому, що застосовувалася в пацієнтів з ХАТ для суб'єктивної оцінки інтенсивності болю

Для якісної та кількісної оцінки болю в пацієнтів з ХАТ ми використовували цифрову рейтингову шкалу, візуально-аналогову шкалу власної модифікації (рис. 1), де оцінювали індекс болю в балах, та скорочену форму опитувальника болю МакГілла (Short-Form MPQ), де оцінювали індекс числа вибраних дескрипторів (ІЧВД) і ранговий індекс болю (РІБ). Показники інтенсивності болю фіксували при першому огляді хворого лікарем та в процесі запропонованого їм лікування. Інтенсивність болю пацієнти фіксували щоденно протягом 2 тижнів. Також з'ясовували можливу причину та час появи болю, його тривалість, умови купування болю, фактори, що сприяли посиленню чи послабленню больового синдрому.

Результати та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що використання комплексної терапії в лікуванні ХАТ з використанням внутрішньотканинного електрофорезу з розчином «Діоксизоль®-Дарниця» призводить до значного зменшення показників інтенсивності болю вже після п'яти сеансів запропонованого лікування. При цьому відзначено поступове стійке зниження показників інтенсивності болю протягом всього періоду дослідження. До початку лікування відповідно до даних ВАШ та короткої форми опитувальника МакГілла, достовірної різниці між інтенсивністю больового синдрому в основній та контрольній групах не було ($p > 0,05$). Вираженість больового синдрому в обох групах була 6,3-6,5 бали. Статистично

значну різницю ми бачимо в обох досліджуваних групах, де в основній групі вже на 5 добу після запропонованого їм лікування відзначаємо зниження інтенсивності болю на 3,7 бала, на 10 добу – на 5,7 бала, а на 14 добу – на 5,8 бала порівняно з контрольною групою, де зменшення інтенсивності больового синдрому на 5 добу бачимо лише на 0,3 бала, на 10 добу – на 0,6 бала, на 14 добу – на 0,8 бала відповідно ($p < 0,05$). Отже, ми відзначали повністю купування больового синдрому вже через 10 діб у пацієнтів з ХАТ, у комплексне лікування яких були включені сеанси внутрішньотканинного електрофорезу з діоксизолем. Динаміка показників больового синдрому в обох досліджуваних групах представлена на рис. 2.

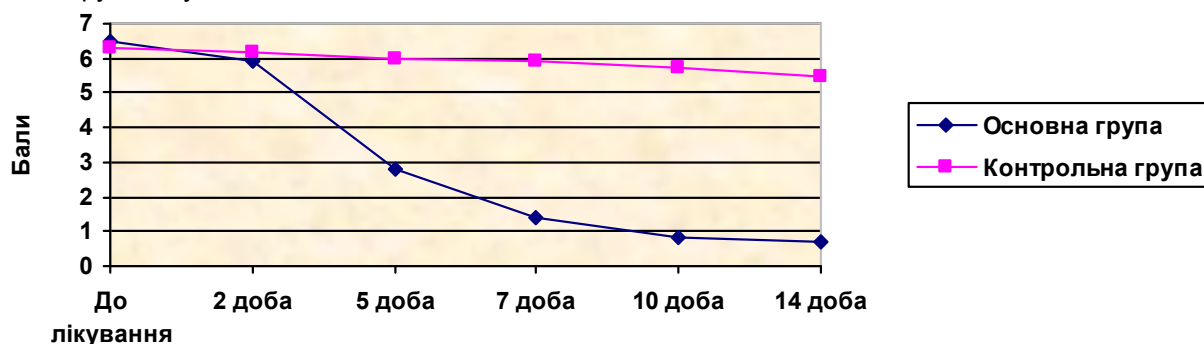


Рис. 2. Динаміка індексу больового синдрому після 2 тижнів лікування за даними ВАШ (основна група – внутрішньотканинний електрофорез з розчином «Діоксизоль®-Дарниця», контрольна група – загальноприйняті методи лікування)

Семеро пацієнтів основної групи відмовилися від подальшого запропонованого їм операційного лікування у зв'язку зі значним зменшенням інтенсивності болю та спазму анального сфінктера, що сприяло загоєнню тріщини.

Також ми відзначали значне зменшення болю вже з 3 доби після операційного лікування в пацієнтів основної групи, яким, починаючи з 2 доби після хірургічного лікування, проводили сеанси внутрішньотканинного електрофорезу з розчином «Діоксизоль®-Дарниця». На 7 добу після операційного лікування індекс болю достовірно зменшився з 6,1 до 0,4 бала після 5 сеансів гальванізації, порівняно із контрольною групою, де індекс больового синдрому на 7 добу після операційного лікування зменшився з 6,2 до 3,7 бала ($p < 0,05$).

При аналізі больового синдрому за даними короткої форми опитувальника МакГілла (Short-Form MPQ) виявлено достовірне зменшення больового синдрому по ІЧВД і РІБ. Відзначена позитивна динаміка у вигляді зменшення показників болю по всіх досліджуваних шкалах комплексного опитувальника у пацієнтів обох груп. Однак пацієнти основної групи, де проводили сеанси внутрішньотканинного електрофорезу, вже через 7 діб після лікування відзначали значне зниження больового синдрому – з 32,1 до 7,2 бала, тоді як у групі порівняння такі ж показники були виявлені тільки на 21 добу.

Висновки

Біль і бажання його зменшити – основні причини звернення людей за медичною допомогою. Оскільки біль є суб'єктивним відчуттям, що включає в себе неврологічні, фізіологічні, поведінкові та емоційні аспекти, первинну його оцінку дати досить складно, він може бути оцінений тільки самим пацієнтом, що залежить від безлічі внутрішніх і зовнішніх факторів. Тому визначення інтенсивності болю в одного пацієнта з використанням різних шкал дає відмінні результати.

Адекватна якісна та кількісна оцінка больового синдрому в пацієнтів з ХАТ має важливе діагностичне значення для вибору методу оптимального лікування даної патології та дозволяє повною мірою оцінити ефективність проведеного лікування. Запропоновані шкали оцінки болю дозволяють відстежити вплив болю на фізичний та психічний статус пацієнтів, їх соціальну адаптацію.

Перспективи подальших досліджень

Удосконалити тактику лікування хронічних анальних тріщин в залежності від отриманих даних оцінки больового синдрому.

Література

1. Астахов В.А. Визуально-аналогова шкала як фактор оцінки болю в післяопераційному періоді / В.А. Астахов, Э.А. Хачатурова // Колопроктологія. – 2006. – № 1. – С. 24-27.
2. Баринов А.Н. Комплексное лечение боли / А.Н. Баринов // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, № 4. – С. 215-219.

3. Голубев В.Л. Боль – междисциплинарная проблема / В.Л. Голубева // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 15, № 4. – С. 134-140.
4. Данилов А.Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль / А.Б. Данилов // Российский журнал боли. – 2010. – № 1(26). – С. 3-8.
5. Кукушкин М.Л. Общая патология боли / М.Л. Кукушкин, Н.К. Хитров. – М.: Медицина, 2004. – 144 с.
6. Спасова А.П. Оценка боли у пациентов в отделении интенсивной терапии / А.П. Спасова, О.Г. Третьякова // Российский журнал боли. – 2011. – № 2 (31). – С. 25-26.
7. Усенко О.И. Будем ли мы лечить хроническую боль? / О.И. Усенко, Л.М. Рябова, С.С. Святова [и др.] // Медицинская сестра. – 2011. – № 1. – С. 4-10.
8. Abu-Saad Huijer H. Chronic pain: a review / H. Abu-Saad Huijer // J Med Liban. – 2010. – Vol. 1, № 58 (I). – P. 1-10.
9. Loeser J.D. Pain as a disease / J.D. Loeser, M. Chapter // Handbook of Clinical Neurology. – 2006. – Vol. 81, № 3. – P. 11-20.
10. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods / R. Melzack // Pain. – 1975. – № 1. – P. 277-299.
11. Hawker G.A. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) / G.A. Hawker, S. Mian, T. Kendzerska [et al.] // Arthritis Care Res. – 2011. – № 63 (11). – P. 68-75.

Реферат

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ

Козловская И.М., Ифтодий А.Г., Билык О.В., Бродовский С.П.

Ключевые слова: хроническая анальная трещина, болевой синдром, визуально-аналоговая шкала, опросник боли МакГилла.

Достоверная оценка интенсивности боли помогает назначать лечение и отслеживать его эффективность. Целью исследования было доказать диагностическую ценность шкал оценки боли в комплексном обследовании и лечении пациентов с хроническими анальными трещинами. Нами проведено комплексное клинично-лабораторное и инструментальное обследование 105 пациентов с хроническими анальными трещинами, у которых для качественной и количественной оценки боли применяли визуально-аналоговую шкалу собственной модификации и сокращенную форму опросника боли МакГилла. Проведенные исследования показали, что использование в комплексной терапии анальных трещин внутритканевого электрофореза с раствором «Диоксизоль®-Дарница» приводит к значительному уменьшению показателей интенсивности боли уже после пяти сеансов. На 7 сутки после операционного лечения индекс боли достоверно уменьшился с 6,1 до 0,4 балла по сравнению с контрольной группой, где индекс боли на 7 сутки после операционного лечения уменьшился с 6,2 до 3,7 балла ($p < 0,05$). Адекватная качественная и количественная оценка болевого синдрома у пациентов с анальными трещинами имеет важное значение при выборе оптимального их лечения и позволяет в полной мере оценить эффективность проводимого лечения. Предложенные шкалы оценки боли позволяют отслеживать влияние боли на физический и психический статус пациентов, их социальную адаптацию.

Summary

EVALUATION OF PAIN INTENSITY IN PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURE

Kozlovskaya I.M., Iftodiy A.G., Bilyk O.V., Brodovskiy S.P.

Key words: chronic anal fissure, pain syndrome, visual analogue scale, McGill pain questionnaire.

Reliable assessment of pain intensity helps prescribe proper medication and monitor its effectiveness. The aim of this study was to prove the diagnostic value of pain assessment scales in the complex examination and treatment of patients with chronic anal fissures. We carried out a comprehensive clinical, laboratory and instrumental examination of 105 patients with chronic anal fissure. To obtain qualitative and quantitative assessment of pain we used the visual-analogue scale subjected by own modification and comprised form of the McGill pain questionnaire. Our studies have shown that the use of "Dioksizol®-Darnica" solution for anal fissures interstitial electrophoresis as adjuvant therapy leads to significant reduction in pain intensity indices even after five sessions. On the 7th day of post-operative treatment pain index significantly decreased from 6.1 to 0.4 points compared with the control group, where the pain index on the 7th day of post-operative treatment decreased from 6.2 to 3.7 points ($p < 0.05$). Adequate qualitative and quantitative assessment of pain in patients with anal fissures is essential in choosing optimal treatment, and allows them to assess the effectiveness of the treatment. The pain intensity scales suggested allows health care professionals to trace the impact of pain on physical and mental status of the patients, their social adaptation