

„Світ медицини та біології”, номер 3 2012 рік

Всеукраїнська громадська організація „Наукове товариство анатомів,
гістологів, ембріологів та топографоанатомів України”
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»
Полтавське відділення Міжнародного фонду допомоги хворим з наслідками
травм та захворювань

ISSN – 2079-8334

Світ медицини та біології

номер 3, 2012 рік

Заснований в травні 2005 року

Виходить 4 рази на рік

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №9878 від 23.05.2005 року.

Фахове наукове видання України (Постанова Президії ВАК України №1-05/2 від
27.05.2009 і № 1-05/3 від 08.07.2009)

Медичні і біологічні науки

©Світ медицини та біології 2012

3. Жержова Т.А. Принципы диагностики и лечения дисгормональных заболеваний молочных желез / Т.А. Жержова, А.Ф. Курилова // 36. науч. прать Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2007. – с.279-282.
4. Зотов А.С. Мастопатия и рак молочной железы / А.С. Зотов, Е.О. Велик, В.Е. Чепук – Киев. – 2004. – 87 с.
5. Ильин А.Б. Эндокринотерапия и лечение фиброно-кистозной болезни молочных желез / А.Б. Ильин, С.В. Бескров, Е.В. Малахова. // Матер. Первой междунац. онкологической конф. «Проблемы диагностики и рака молочной железы». – Петербург. – 2004. – С. 73-77.
6. Коган И.Ю. Мастопатия: фиброно-кистозная болезнь // Учебно-метод. Пособие / И.Ю. Коган – ООО «Издатель Н». – 2007. – 24 с.
7. Ласачко С.А. Диагностика и возможности терапии мастодии в практике акушера-гинеколога / С.А. Ласачко, В.П. Квашенко, Е.Г. Яшина // Новости фармации и медицины – 2007 - №3 (207). – С. 8.
8. Профилактика та діагностика дисгормональних захворювань молочної залози. Наказ № 676 від 31.12.2004 р. затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекологічної допомоги.
9. Сивящын В.А. Лечение больных с фиброно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом / В.А. Сивящын, Т.В. Руднева // Женский лікар – 2007. – №6. – С. 31-33.
10. Татарчук Т.Ф. Эффективность применения препаратов, оказывающих дофаминергическое действие, в комплексной терапии дисгормональной стрессиндуцированной патологии / Т.Ф. Татарчук // Природная медицина. – 2010 - №3. – С. 21
11. Compel A. Maturitas / Compel A., Chaoudi M., Leni D. [et al.], 2000. – 35 (suppl.) – S. 343.
12. Porter P. “Европеизация” риска развития рака молочной железы / P. Porter // Медицинские аспекты здоровья женщины 2008. – №3 (12). – С. 70-71.

Реферати

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА.

А.М.Громова, Т.Ю.Ляховская, Л.Н.Добровольская, А.Л.Громова, О.Л.Бакланова

Проведен анализ заболеваемости доброкачественными дисгормональными процессами молочной железы. За 2009-2011 годы проведено 6076 обследований молочных желез. Диагностика основывалась на осмотре, пальпации, маммографии, ультразвуковом обследовании, пункции узловых образований и цитологическом исследовании пунктата. Диффузные формы заболевания составили 77,9%, узловые – 8%, кисты – 5,6%, фиброаденомы – 3,7%, новообразования – 4,4%. Задачей акушера-гинеколога является своевременное выявление ранних признаков патологии молочной железы, углубленное обследование, взаимодействие со смежными специалистами, что сможет обеспечить своевременное лечение.

Ключевые слова: молочная железа, мастопатия, диагностика, профилактика.

Стаття надійшла 18.05.2012 р.

EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF BENIGN BREAST DISEASE IN THE PRACTICE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS

A.M. Gromova, T.Yu. Lyakhovska, L.M. Dobrovolska, A.L. Gromova, O.L. Baklanova

The analysis of the incidence of dysgormonal breast diseases was managed. 6076 sur mammary glands were carried out during 2009-2011. Diagnosis was based on inspection, palpation, mammography, ultrasound scanning, puncture of the nodules and cytology. The diffuse form of the disease accounted for 77.9%, nodal - 8%, cyst - 5.6%, fibroadenoma - 3.7%, tumors - 4.4%. The task of obstetrician-gynecologist is the timely detection of early signs of breast pathology, in-depth examination of the interaction with specialists, which will ensure timely treatment.

Key words: mammary gland, breast, diagnosis, prevention.

УДК 616.311.2-002-053.2-085

О.І. Голубанець

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

На основі вивчення клінічної картини та стажу показників прооксидантно-антиоксидантної системи ротової порожнини в динаміці спостереження обґрунтовано доцільність використання антиоксидантних препаратів у комплексному лікуванні хронічного катарального гінгівіту в дітей при надмірному надходженні нітратів. Встановлено позитивний вплив препаратів „Протефлазід” та „Імунофлазід” на динаміку захворювання, що підтверджено прискореним зворотньо-ого розвитку його клінічних проявів та підвищенням активності системи антиоксидантної ротової порожнини.

Ключові слова: діти, гінгівіт, прооксидантно-антиоксидантна система, „Протефлазід”, „Імунофлазід”.

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри стоматології факультету післядипломної освіти Івано-Франківського державного медичного університету на тему: “Вивчення стоматологічного здоров’я населення західних регіонів України та розробка пропозицій щодо його збереження” (№ держреєстрації 0107U004631).

Проведені нами епідеміологічні дослідження показали високу розповсюдженість остеомиєлітичних захворювань серед дітей, які мешкають на територіях із підвищеним рівнем нітратів у воді. Особливу увагу звертають на себе захворювання тканин пародонта, які діагностувалися у 80% обстежених.

2 років. У структурі захворювань тканин пародонта переважає хронічний катаральний гінгівіт до якого припадає 90-95% випадків.

даними літератури [3,7,8,9], а також результатами власних експериментальних та параклінічних досліджень відомо, що провідну роль у розвитку патології в дітей за умов надмірного надходження нітратів, гіпоксією, відіграє активація процесів окиснення з розвитком оксидативного стресу. Аналіз даної системи захисту (АОСЗ) ротової рідини дітей показав розвиток складних дезадаптуючих механізмів у середній системі з недостатністю як антипероксидної, так і антирадикальної складових, що пов'язано зі зростанням ступеня тяжкості захворювання. Важливу роль метаболічних порушень у розвитку захворювання тканин пародонта при нітратному навантаженні підтверджено результатами багатofакторного аналізу. Усе це надало змогу обґрунтувати необхідність удосконалення загальноприйнятого лікування ХКГ у дітей із вище зазначеного регіону шляхом проведення корекції антиоксидантного статусу на загальному, так і на місцевому рівнях.

Серед широкого арсеналу антиоксидантних препаратів у педіатричній практиці перевага надається засобом місцевого походження, які мають високу біологічну активність та низьку токсичність. Даним вимогам, на нашу думку, відповідають вітчизняні препарати “Протефлазід” та “Імунофлазід”. Основною діючою речовиною яких є глікозиди, одержані з диких злакових рослин *Deschampsia caespitosa* L. та *Calamagrostis epigeios* L. “Імунофлазід” – це рідкий спиртовий екстракт, призначений для зовнішнього та внутрішнього застосування. “Протефлазід” є дитячим аналогом “Протефлазиду” у формі сиропу. Специфічність антиоксидантної дії препаратів полягає в широкому спектрі дії флавоноїдів, які відрізняються ступенем глікозування та наявністю різних ароматичних частин молекули. Не менш важливою є Р-вітамінна активність, що забезпечує регенерацію ключових метаболітів тканинного обміну та складової АОСЗ – аскорбінової кислоти. Внаслідок цього препарат має вплив на дозрівання колагенових волокон, ангіопротекторні, протигіпоксичні ефекти препаратів, що актуально в умовах розвитку тканинної та гемічної гіпоксії при хронічному нітратному навантаженні. Ці засоби мають імуномодулюючу та детоксикаційну дію [1].

Метою роботи було проаналізувати ефективність застосування препаратів “Протефлазід” та “Імунофлазід” у комплексі лікування ХКГ у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Для оцінки ефективності запропонованого нами методу було проведено динамічне спостереження протягом 2 років за 52 дітьми віком 12 років із клінічними ознаками ХКГ, які проживали на нітратно забруднених територіях. Із них 26 осіб (група І) з легким ступенем тяжкості ХКГ та 26 (ІІ) із середнім ступенем тяжкості захворювання. Для вивчення ефективності запропонованого методу лікування з використанням антиоксидантних препаратів були сформовані групи спостереження (ІА та ІІА) та порівняння (ІБ та ІІБ) при різних ступенях тяжкості захворювання (по 13 чоловік у кожній групі). Діти групи порівняння одержували загальноприйняте лікування, що включало саніацію, професійну гігієну ротової порожнини з навчанням гігієнічних навичок, антисептичну та протизапальну терапію. У групах спостереження, окрім вище вказаних заходів, проводили корекцію антиоксидантного статусу: препарат “Протефлазід” застосовували місцєво у вигляді полоскань ротової порожнини три рази на день до клінічного одужання (20 крапель препарату на 100 мл кип'яченої води); “Імунофлазід” – усередину, згідно з рекомендацій, відповідно до віку дітей (з 1-го по 3-й день по 5 мл 2 рази на день, з 4-го дня – по 6 мл 2 рази на день протягом 14 днів).

Оцінку стану тканин пародонта вивчали за даними клінічних індексів і проб: індексу гігієни рота ОН-S (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), гінгівального індексу РМА (С. Раппа, 1960), індексу кровоточивості (Н.Р. Muhlemann, S.Son, 1971), проби Шиллера-Писарева.

Для оцінки стану прооксидантно-антиоксидантної системи тканин пародонта в дітей проводили аналіз ротового секрету. Забір матеріалу для параклінічного дослідження проводився двократно до та після лікування. Стан прооксидантної системи визначався за рівнем малонового альдегіду (МА) за методом Стальної [7] [5] та рівнем дієнових кон'югатів (ДК), які визначали за методом Гаврилова В.Б., 1983 [5]. Для вивчення стану антиоксидантного захисту визначали активність каталази за методом Корольок М.А., 1988 [5], активність супероксиддисмутази (СОД) за методом Чеварі С., 1985 [5]; вміст NS-груп за допомогою реактиву Ніланда [4]; рівень відновленого глутатіону (Г-SH) за методом Травіної О.В., 1955 [5]; активність глутатіон-S-трансферази (Г-ST) за методом Nabis W. H. et al., 1974 [5]; активність глутатіонредуктази (ГР) за методом Pinto R.E., 1969 [5]; активність глутатіонпероксидази (ГП) за методом Геруша І.В., Мещанина І.Ф., 1998 [2]. Для вивчення стану хронічної дії нітратів на дитячий організм проводилось визначення рівня одного із основних метаболітів нітратів в організмі – нітрит-іону в ротовій рідині спектрофотометричним методом [6]. Обробка даних проведена методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента за допомогою комп'ютерної програми “STATGRAPHICS” (2001).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз цифрових даних дає підстави говорити про певний позитивний результат як у групі спостереження, так і в групі порівняння. Однак, наявність вірогідної різниці між більшістю показників на всіх етапах спостереження свідчить про суттєву різницю між групами лікування. Застосування препаратів “Протефлазід” та “Імунофлазід” у комплексі лікування ХКГ у дітей до швидкого зворотнього розвитку клінічної симптоматики. Так, у дітей ІА підгрупи вже на 3-4 добу спостерігалася тенденція до зникнення ознак запалення. Поряд із цим, у ІБ підгрупі явища гіперемії,

набряку та кровоточивості піддавалися регресії, починаючи з 4-5 доби. Середня тривалість місцевого лікування в підгрупі спостереження склала $4,46 \pm 0,27$ дні проти $8,00 \pm 0,36$ днів у групі порівняння ($p < 0,05$).

Оцінка клінічної ефективності застосування препаратів „Протефлазид” та „Імунофлазид” при середньому ступені захворювання показала початок редукції симптомів запалення в ПА підгрупі на 3-4 добу, тоді як у підгрупі ПБ зворотній розвиток патологічного процесу починався з 4-5 доби. Середня тривалість місцевого лікування у дітей групи спостереження становила $6,62 \pm 0,18$ днів проти $9,62 \pm 0,40$ днів у підгрупі порівняння. Підтвердженням встановлених клінічних змін стали результати параклінічного дослідження ротової рідини дітей до і після проведеної корекції. Виявлено вірогідні відмінності між усіма показниками підгруп спостереження до та після лікування. Стан вільнорадикального окиснення та АОСЗ у дітей ІА та ПА підгруп наприкінці лікування був ідентичний контрольному, у той час, як у дітей ІБ і ПБ підгруп характеризувався значно гіршими даними, які вірогідно відрізнялися від контрольних. Показники в підгрупі порівняння після проведеної терапевтичної корекції також мали позитивну динаміку змін біохімічного складу ротової рідини, однак значно відрізнялися від даних підгрупи спостереження ($p < 0,05$). Одержані дані вказують на неповне відновлення нормального функціонування прооксидантно-антиоксидантної системи ротової порожнини при загальноприйнятому методі лікування та свідчать на користь розробленого методу комплексної терапії.

Проведені клінічні огляди дітей груп дослідження через 1 місяць показали наступні результати. При легкому ступені тяжкості ХКГ у дітей, які отримували антиоксидантну терапію, рецидиви захворювання у формі початкових запальний явищ без ознак кровоточивості спостерігалися у 38,46%, а при середньому ступені тяжкості – у 53,85%. Поряд із цим, у групах порівняння рецидиви ХКГ відмічались у 100% обстежених.

Огляд дітей через 6, 12 та 24 місяці показав рецидивування ХКГ у всіх дітей груп дослідження. Однак, ступінь ураження тканин пародонта в дітей груп спостереження та порівняння був різним. Зокрема, при легкому ступені тяжкості ХКГ у дітей, які отримували препарати „Протефлазид” та „Імунофлазид”, стан пародонту, за даними індексів та проб, був приблизно в 2 рази краще, ніж у дітей груп порівняння, а при середньому ступені тяжкості – в 3 рази. Крім того, встановлена відсутність різниці між рівнем кровоточивості у групах порівняння з відповідними даними до лікування.

Динаміка зміни гігієнічного індексу в усіх групах була однотипна: значне покращення стану гігієни ротової порожнини одразу після завершення лікування та послідовне погіршення показників із часом. Це безумовно, свідчить про недостатній рівень санітарно-просвітницької роботи в області.

Висновок

При середньому, так і при легкому ступенях тяжкості ХКГ виявляється мала ефективність загальноприйнятого методу лікування внаслідок відсутності патогенетичного впливу на основні ланки розвитку захворювання за умов нітратного навантаження. Введення в комплекс лікування заходів корекції антиоксидантного статусу значно покращує результати лікування і ще раз підтверджує важливу роль оксидативного стресу в розвитку запального процесу в яснах за даних умов. Незважаючи на покращення стану гігієни ротової порожнини в підгрупах дослідження, яке зберігається в динаміці спостереження, патологічний процес в яснах у дітей підгруп порівняння відновлювався, що підтверджує другорядну роль місцевих чинників гігієни в дітей, які мешкають на нітратно забруднених територіях. Наявність рецидивів захворювання, на нашу думку, у першу чергу пов'язана з продовженням надходження ксенобіотика, зумовлюючи хронічний негативний вплив на організм дитини.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи специфіку розвитку захворювання, вважаємо за потрібне подальше вивчення даної проблеми та розробку диференційованих методів профілактики та лікування.

Література

1. Атаманюк В.П. Протефлазид: Інформаційні матеріали по свойствам и методам применения / В.П. Атаманюк, А.М. Новик. - Киев, 2002. - 68с.
2. Геруш І.В. Стан нитратіонової системи крові за умов експериментального виразкового ураження гастродуоденальної зони та дії настійки еквінації пурпурової / І.В. Геруш, І.Ф. Мещишен // Вісн. проблем біол. і мед. – 1998. - №7. - С.10-15.
3. Горішна О.В. Клініко-патогенетичні механізми формування порушень стану здоров'я дітей в умовах нітратного забруднення навколишнього середовища та шляхи їх профілактики і реабілітації: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.10 “Педіатрія” / О.В. Горішна.-Київ, 2002.-32с.
4. Мещишен І.Ф. Метод кількісного визначення NS-груп у крові / І.Ф. Мещишен, Н.П. Григор'єва // Бук. мед. вісник. – 2002. – Т.6, №6. – С.109-192.
5. Сучасні методи експериментальних та клінічних досліджень Центральної науково-дослідної лабораторії БДМА / [Магальяс В.М., Міхєєв А.О., Роговий Ю.С. та ін.]. – Чернівці.: БДМА, 2001. – 42с.
6. Green L.C. Analysis of nitrate and N-15nitrate in biological fluids / L.C. Green, D.A. Wanger, T.J. Gvolowski // Ann. Biochem. – 1982.–Vol.126, №1. – P.131-138.
7. Guzik T.J. Nitric oxide and superoxide in inflammation and immune regulation / T.J. Guzik, R. Korbut, T. Adamek-Guzik // JPP. – 2003.–Vol.54, №4.–P.469-487.
8. Kelm M. Nitric oxide metabolism and breakdown / M. Kelm // Biochim. Biophys. Acta.–2007.–Vol.1411.–P.273-279.
9. Wink D.A. Chemical biology of nitric oxide: insight into regulatory, cytotoxic and cytoprotective mechanisms of nitric oxide / D.A. Wink, J.B. Koppenol // Free Radical Biol. Med.–2008.–Vol.25.–P.434-456.

Реферати

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРЕПАРАТОВ АНТИОКСИДАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ В
КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ**

Годованец О.И.

На основании изучения клинической картины и состояния показателей прооксидантно-антиоксидантной системы ротовой жидкости детей в динамике наблюдения обоснована целесообразность использования антиоксидантных препаратов в комплексе общепринятого лечения хронического катарального гингивита у детей при избыточном поступлении нитратов. Установлено положительное влияние препаратов „Протефлазид” и „Имунофлазид” на динамику заболевания, что подтверждается ускорением обратного развития его клинических признаков и увеличением активности системы антиоксидантной защиты полости рта.

Ключевые слова: дети, гингивит, прооксидантно-антиоксидантная система, „Протефлазид”, „Имунофлазид”.

Стаття надійшла 10.06.2012 р.

**THE LATE FATE OF USING ANTIOXIDANT
PREPARATIONS IN THE HOLLIATRY OF CHRONIC
CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN**

Hodovanets' O.I.

The expediency of using antioxidant preparations in a complex of conventional treatment of chronic catarrhal gingivitis in children upon excessive nitrate entry has been substantiated on the basis of studying the clinical picture and the state of the indices of the prooxidant-antioxidant system in children's oral fluid in the dynamics of case monitoring. A positive effect of "Proteflazidum" and "Immunoflazidum" preparations on the course of the disease has been established and that is corroborated by an accelerated involution of its clinical manifestations and an enhanced activity of the system of the antioxidant protection of the oral cavity.

Key words: children, gingivitis, prooxidant-antioxidant system, "Proteflazid", "Immunoflazid".

УДК 611.033-089-08

М.А. Дурченко

БФУУ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

**БОЛЕЗНЬ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ИЛИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЙ СИНДРОМ, ИХ
ЛЕЧЕНИЕ**

Обследовано 45 больных с резекцией желудка вследствие осложнения язвенной болезни. Среди них у 24,4% возникли постоперационные расстройства, нозологическую форму которых целесообразно характеризовать оптимальным названием «Постгастрорезекционная болезнь». Установленные пострезекционный демпинг-синдром, гипогликемия, астения, анемию, рефлюксный синдром, синдром приводящей петли, язву анастомоза подлежат комплексному этапному консервативному и реконструктивному хирургическому лечению.

Ключевые слова: постгастрорезекционный синдром, этапное лечение.

Ввиду множества и разнообразия патологических проявлений, наблюдаемых после операций на желудке при язвенной болезни, существенное значение для клиницистов имеет единая терминология данной нозологической формы и классификация постоперационных патологических состояний. К настоящему времени существует несколько десятков их названий. К ним относятся: «демпинг-синдром», «агастральная астения», «пострезекционный синдром», «болезнь оперированного желудка» и т.д. В «Международной статистической классификации болезней» (МКБ-10) заболевания после резекции желудка обозначена как «К 91.1 Синдром постоперационного (оперативного) желудка» [2, 5, 6].

Поскольку после резекции желудка по поводу язвенной болезни в организме возникают различные патологические процессы, которые проявляются «симптомом», «синдромом», «симптомокомплексом», «болезнью», а в болезнь входят указанные понятия, то называть обсуждаемое состояние, на наш взгляд, целесообразно не отдельными синдромами, а «пострезекционной болезнью», куда могут входить и синдромы и болезни. Такое полемическое состояние касается и классификации заболевания после резекции желудка у больных язвенной болезнью. Но наиболее приемлемой, естественно, требующей совершенства – это классификация синдромного характера с расшифровкой их симптомов, которую предложил М.М.Самсонов, Т.И.Параяская, П.П. Нестерова (1984).

В связи с распространением среди населения мира язвенной болезни желудка и особенно двенадцатиперстной кишки, сопровождаемые ростом таких осложнений как перфорации, пенетрации, кровотечения, стенозы пилородуоденальной зоны, единственным методом лечения осложнений продолжает оставаться хирургическое вмешательство [1, 3, 7]. Превалируют в этих случаях операции с резекцией желудка по Бильрот I и Бильрот II с различными модификациями. К сожалению, по данным некоторых авторов, частота пострезекционных расстройств достигает почти 50% [5, 6, 7]. Обнадешивающим в этой проблеме является убедительное свидетельство о развитии малой инвазивной и высокой эффективности лапароскопической резекции желудка с проксимальной ваготомией, но и здесь доминирующим продолжает оставаться резекция желудка с ее послеоперационными расстройствами, которые до сих пор остаются малоизученными.

Целью работы было изучение частоты и характера наиболее тяжелых осложнений у больных язвенной болезнью после резекции желудка и разработка оптимального послеоперационного их лечения.