

2. Kovalenko V. M. Stres i hvorobi sistemi krovoobigu (posibnik) // V.M. Kovalenko, V. M. Kornatskogo // - Kyiv – 2015, 354 s.
3. Oganov R. V. Depressii i rasstroystva depressivnogo spektra v obschemeditsinskoj praktike. Rezultaty programmy KOMPAS / R. V. Oganov, L. I. Olbinskaya [i dr.] // Kardiologiya. - 2004. No.1. S. 48-54.
4. Danielsson U. Struck by lightning or slowly suffocating - gendered trajectories into depression / U. Danielsson [et al.]. // BMC Fam Pract - 2009, Vol. 10, 56 p.
5. Fennell M. L. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality / M.L. Fennell, I.P. Das, S. Clauser [et al.] // Natl Cancer Inst Monogr.- 2010, Vol. (40), P. 72-80.
6. Kirmayer L. J. Culture affect and somatization: Part 1 / L. Kirmayer // Transcult Psychiatry- 1984, Vol. 21, P. 159-188.
7. Leigh H. Handbook of consultation-liaison psychiatry / H. Leigh, J. Streltzer // (Eds.) - 2007, XIV, 420 p.
8. Odom Walker Patient perceptions of integrated care: confused by the term, clear on the concept / Odom Walker [et al.] // - International Journal of Integrated Care, Vol.13, January-March - 2013.
9. Van de Ven W. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care / Van de Ven W., Schut F.T., Rutten F.F. [et al.] // Social Science and Medicine - 1994, Vol. 34(10) P. 1405-1412.
10. Waibel S. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients / S. Waibel, I. Vargas, M. B. Aller [et al.] // International Journal of Integrated Care, Vol 15, July - September - 2015.
11. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence // World health organization - 2015.

Реферати

СТРАТЕГИЯ ЦЕЛОСТНОГО ПОДХОДА В ВЕДЕНИИ СОМАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ДЕПРЕССИЕЙ

Корнацкий В. М., Мороз Д. М.

Мультиморбидный пациент на сегодня является наиболее сложной и важной проблемой системы здравоохранения, особенно в условиях хронического стресса, который является предпосылкой нарушений психического здоровья. При ведении соматического больного недооценивается психологическая составляющая, как возможная причина неудовлетворительного состояния здоровья, отсутствует модель интегрированной медико-психологической помощи населению.

Ключевые слова: психические нарушения, пациент, тревога, депрессия, лечение.

Стаття надійшла 18.04.2015 р.

STRATEGY FOR HOLISTIC APPROACH IN THE MANAGEMENT OF SOMATIC PATIENT WITH ANXIETY AND DEPRESSION

Kornatsky V.M., Moroz D. M.

Multimorbid patient is currently the most complex and important problem of the health system, especially in conditions of chronic stress, which is a prerequisite of mental health disorder. In the management of somatic patients the psychological component as a possible cause of poor health is underestimated, and there is no model of integrated medical and psychological care.

Key words: mental disorders, patient anxiety, depression, treatment.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616.428-002 -02:616.31]-073.4 – 053.2

Кельон І.В.

В ДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

УЛЬТРАЗВУКОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ ЛІМФАДЕНІТІВ У ДІТЕЙ

Метою роботи було вивчення особливостей ультразвукової картини при гострому гнійному та хронічному гіперпластичному одонтогенному піднижньощелепному лімфаденіті у дітей.

В результаті дослідження проведено аналіз обстеження 40 хворих на гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт та 10 дітей хворих на хронічний гіперпластичний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт у віці від 7 до 12 років. Аналіз даних доплерівського сканування у хворих на гострий гнійний піднижньощелепний лімфаденіт дозволив встановити, що тривалість періоду від початку захворювання до звернення за допомогою, а також вид ймовірного етіологічного чинника, значно впливає на характер порушень гемоциркуляторного русла. Ступінь кровопостачання знаходиться в прямій залежності від строків, які розділяють первинні клінічні прояви і час звернення за допомогою. Чим він менш тривалий, тим більше інтенсивність кровообігу в ділянці запалення, що створює кращі умови для репаративної регенерації після оперативного втручання. Сонографічна картина при хронічному гіперпластичному одонтогенному піднижньощелепному лімфаденіті характеризувалась збільшенням розмірів, гіперехогенністю та підвищенням периферійного опору судинного компоненту.

Ключові слова: ультразвукографія, діти, піднижньощелепний лімфаденіт

Робота є фрагментом НДР «Удосконалення патогенетичних підходів до комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит», номер державної реєстрації 0110U000449.

Диференційна діагностика різних нозологічних форм лімфаденітів щелепно-лицьової ділянки, а також виявлення факторів, що впливають на їх клінічний перебіг, залишаються актуальними проблемами медичної практики. На даний час серед значної кількості діагностичних засобів, що сприяють вирішенню цієї проблеми, є ультразвукове дослідження, можливості якого дозволяють дослідити специфічну сонографічну анатомію поверхневих лімфатичних вузлів при різноматніх порушеннях морфологічної структури, в залежності від форми запалення в них [1, 5,

6, 7]. Використання додаткових можливостей ультразвукової апаратури, а саме, доплерівського сканування, надає можливість прослідкувати характерні зміни гемоциркуляції безпосередньо в зоні запалення, як на початку так і впродовж наростання запального процесу, що дозволяє прогнозувати клінічний перебіг захворювання та можливість визначення оптимальних шляхів лікування [2, 9].

Але, аналіз сучасних літературних даних відносно значень доплерівських показників при ураженні лімфатичних вузлів різної етіологічної природи, характеризуються різноманіттям інформації, яка здебільшого носить суперечливий характер, а дані з приводу залежності сонографічної картини від клінічного перебігу гострих та хронічних лімфаденітів взагалі відсутні. Така ситуація спонукає до подальшого вивчення оцінки можливостей ехографії та доплерівських методик для визначення їх місця в діагностичному комплексі запальних захворювань лімфатичних вузлів [3, 10, 11].

Метою роботи було визначення особливостей ультразвукової картини при гострому гнійному та хронічному гіперпластичному одонтогенному піднижньощелепному лімфаденіті у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Нами проведено обстеження 40 хворих на гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт та 10 дітей хворих на хронічний гіперпластичний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт у віці від 7 до 12 років (хлопчиків – 29, дівчаток – 21). Пацієнти з гострим гнійним лімфаденітом були розподілені на 2 групи: 1 - діти, у яких запалення лімфатичного вузла співпало з загостренням хронічного гранулюючого періодонтиту тимчасових молярів нижньої щелепи і які за нашим переконанням, стали причинним фактором його виникнення; 2 – діти, у яких встановлено наявність тимчасових молярів, вражених хронічним періодонтитом в стадії ремісії. В середині кожної групи хворих було розподілено на підгрупи в залежності від терміну звернення за медичною допомогою від початку захворювання.

До групи контролю віднесено 10 практично здорових дітей, які за оглядом та заключенням педіатра, останні 2 місяці не хворіли гострими інфекційними захворюваннями та не вживали ніяких лікарських засобів.

УЗД обстеження здійснювалось на апараті «ULTIMA PA» серійний номер ГРІС.941217.01313. Дослідження піднижньощелепних лімфатичних вузлів проводилось при положенні хворого лежачи на спині з підкладеним під плечовий пояс валиком з одночасним розгинанням шиї. Спеціальної підготовки до обстеження зазвичай не проводилось [8].

Отримані у процесі обстеження пацієнтів кількісні показники обробляли методами математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (M), дисперсії (σ) та помилок середніх значень (m) у групах обстежених осіб. Вірогідність відмінностей отриманих результатів для різних груп визначалася за допомогою t-критерію надійності Стьюдента. Відмінності вважали статистично значимими при загальноприйнятій у медико-біологічних дослідженнях імовірності помилки $p < 0,05$. Імовірність помилки оцінювали за таблицями Стьюдента з урахуванням розміру експериментальних груп. Для оцінки статистичної значимості відмінностей розраховували непараметричний критерій U Манна-Уїтні як непараметричний аналог t-критерію Стьюдента - Фішера, оскільки розподіл даних не відповідав нормальному [4].

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного ультразвукового дослідження у хворих на гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт (зуб в стадії ремісії) було встановлено наступні показники в залежності від часу звернення за медичною допомогою: - на першу добу від появи перших клінічних ознак запалення поперечний розмір в середньому становив $1,90 \pm 0,16$ см.; передньо-задній розмір в середньому склав $2,48 \pm 0,12$ см.; співвідношення поперечного та передньо-заднього розміру (індекс Solbiati) становив $0,76 \pm 0,05$; зображення воріт – відсутнє; кортикальний шар не візуалізувався; ступінь ехогенності змішаний, а саме гіпоехогенних випадків спостерігалось 60%, анехогенних 40%; індекс резистентності (RI) склав в середньому $0,614 \pm 0,05$; пульсаційний індекс (PI) дорівнював $1,05 \pm 0,09$; кінцева діастолічна швидкість (КДШ) складала $19,59 \pm 2,10$ см/с. При зверненні на 2-3 добу від початку захворювання поперечний розмір в середньому становив $2,53 \pm 0,16$ см.; передньо-задній розмір в середньому склав $3,02 \pm 0,15$ см.; співвідношення поперечного та передньо-заднього розміру (індекс Solbiati) становив $0,84 \pm 0,02$; зображення воріт – відсутнє; кортикальний шар не візуалізувався; ступінь ехогенності – анехогенна; RI склав в середньому $0,55 \pm 0,04$; PI дорівнював $0,79 \pm 0,07$; КДШ складала $13,04 \pm 1,35$ (рис. 1) (табл. 1). Аналіз результатів доплерівського сканування встановив тенденцію до підвищення, на першу добу звернення від початку захворювання, індексу RI в 2,5 рази; індексу PI в 3,0 рази. Кінцева діастолічна швидкість зростала

в 9,6 разів. При зверненні хворих на 2-3 добу від появи перших клінічних ознак запалення, характер змін носив аналогічний характер, але був менш виражений, RI підвищився в 2,2 рази, а PI в 2,3.

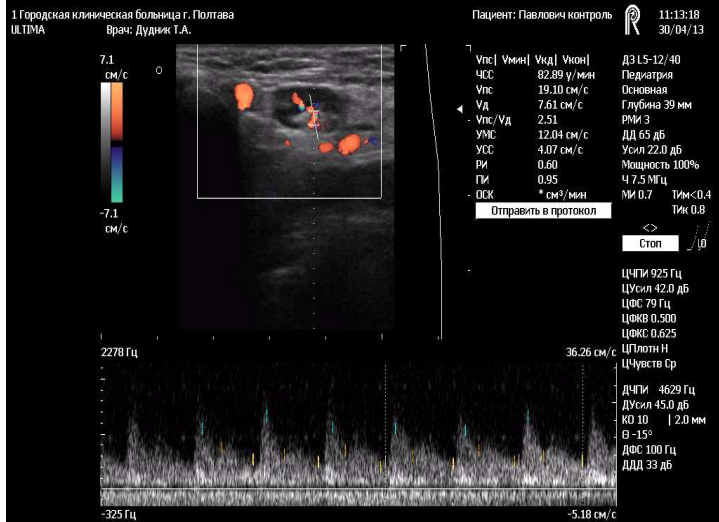


Рис. 1. Ехограма піднижньощелепного лімфатичного вузла в триплексному режимі хворого Б., 8 років (історія хвороби № 1537). Діагноз: гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт (зуб в стадії ремісії). Визначається прискорення швидкості кровотоку в артерії воріт лімфовузла.

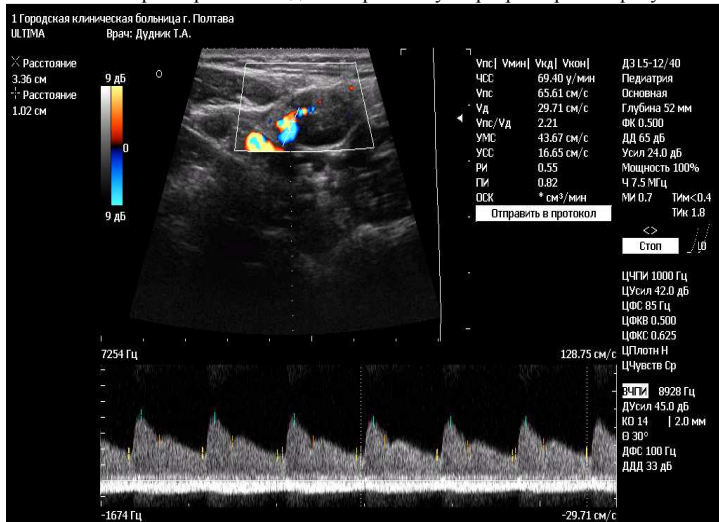


Рис. 2. Ехограма піднижньощелепного лімфатичного вузла хворого С., 10 років (історія хвороби № 11217). Діагноз: гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт (зуб в стадії загострення).

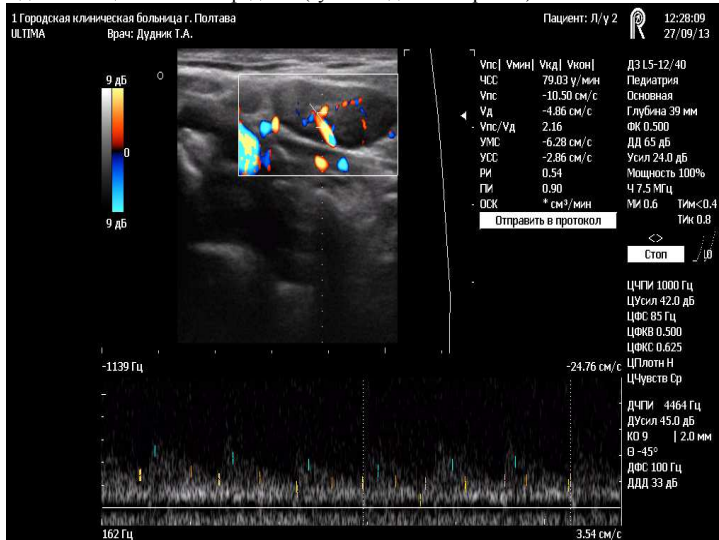


Рис. 3 Ехограма піднижньощелепного лімфатичного вузла хворого К., 11 років (амбулаторна картка № 4489). Діагноз: хронічний гіперпластичний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт. Визначається підвищення васкуляризації в режимі ЕДК.

Показники кінцевої діастолічної швидкості підвищувались в 6,4 рази порівняно з групою контролю. Сонографічне дослідження піднижньощелепних лімфатичних вузлів при гострому гнійному одонтогенному лімфаденіті (зуб в стадії загострення) дозволило встановити наступні показники в залежності від часу звернення за медичною допомогою: - на першу добу від початку захворювання поперечний розмір в середньому становив $2,39 \pm 0,21$ см.; передньо-задній розмір в середньому склав $2,73 \pm 0,15$ см.; співвідношення поперечного та передньо-заднього розміру (індекс Solbiati) становив $0,86 \pm 0,04$. Зображення воріт – відсутнє; кортикальний шар не візуалізувався; ступінь ехогенності - анехогенне; RI склав в середньому $0,72 \pm 0,05$; PI дорівнював $1,32 \pm 0,12$; КДШ складала $26,82 \pm 1,90$ см/с; при зверненні на 2-3 добу від початку захворювання поперечний розмір в середньому становив $3,14 \pm 0,20$ см.; передньо-задній розмір в середньому склав $3,28 \pm 0,17$ см.; співвідношення поперечного та передньо-заднього розміру (індекс Solbiati) становив $0,95 \pm 0,02$; зображення воріт – відсутнє; кортикальний шар не візуалізувався; ступінь ехогенності – анехогенна; RI склав в середньому $0,63 \pm 0,06$; PI дорівнював $0,69 \pm 0,07$; КДШ складала $12,94 \pm 1,25$ (рис. 2).

Визначається: підвищення васкуляризації та швидкості кровотоку в артеріях лімфатичного вузла в режимі імпульснохвильового доплера (табл. 2). Оцінка гемоциркуляторних показників при доплеровському скануванні в хворих, що звернулись на першу добу від появи перших клінічних ознак запалення, дозволила встановити суттєве підвищення значень RI в 2,9 та PI в 3,8, а особливо кінцевої діастолічної швидкості в 13,2 рази. Дані хворих при зверненні на 2-3 добу від появи перших клінічних ознак запалення, мали менш виражену тенденцію до зростання, але все ж істотно відрізнялись від норми, а саме RI підвищився в 2,5, PI в 2,0 рази, КДШ в 6,8 разів.

Таблиця 1

Показники ультразвукового дослідження хворих на гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт (зуб в стадії ремісії) (M±m)

Показники	Контрольна група (n=10)	Гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (перша доба звернення), (n=10)	Гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (2-3 доба звернення), (n=10)
Поперечний розмір, см	0,62±0,03	1,90±0,16 p ₁ <0,001	2,53±0,16 см. p ₁ <0,001 p ₂ <0,02
Передньо-задній розмір, см	1,19±0,07	2,48±0,12 p ₁ <0,001	3,02±0,15 p ₁ <0,001 p ₂ <0,02
Індекс Solbiati (П/ПЗ), ум.од.	0,53±0,04	0,76±0,05 p ₁ <0,001	0,84±0,02 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05
Зображення воріт	Присутнє	Відсутнє	Відсутнє
Візуалізація кортикального шару	Візуалізується	Не візуалізується	Не візуалізується
Ступінь ехогенності	Ізоехогенна	Змішана: Ізоехогенна 80% Анехогенна 20%	Анехогенна
Індекс RI, ум. од.	0,25±0,04	0,614±0,05 p ₁ <0,001	0,55±0,04 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05
Індекс PI, ум. од.	0,35±0,05	1,05±0,09 p ₁ <0,001	0,79±0,07 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05
Кінцева діастолічна швидкість (КДШ), см/с	2,03±0,21	19,59±2,10 p ₁ <0,001	13,04±1,35 p ₁ <0,001 p ₂ <0,02

Примітки: 1 - p₁ - показник статистичної значимості різниці між показниками контрольної групи і хворими на гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (зуб в стадії ремісії). 2 - p₂ - показник статистичної значимості різниці між показниками хворих на гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (зуб в стадії ремісії) при зверненні на 1 добу та хворими на гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (зуб в стадії ремісії) при зверненні на 2-3 добу.

Таблиця 2

Показники ультразвукового дослідження хворих на гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт (зуб в стадії загострення) (M±m)

Показники	Контрольна група (n=10)	Гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (перша доба звернення), (n=10)	Гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (2-3 доба звернення), (n=10)
Поперечний розмір, см	0,62±0,03	2,39±0,21 p ₁ <0,001	3,14±0,20 p ₁ <0,001 p ₂ <0,02
Передньо - задній розмір, см	1,19±0,07	2,73±0,15 см. p ₁ <0,001	3,28±0,17 см. p ₁ <0,001 p ₂ <0,05
Індекс Solbiati (П/ПЗ), ум. од.	0,53±0,04	0,86±0,04 p ₁ <0,001	0,95±0,02 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05
Зображення воріт	Присутнє	Відсутнє	Відсутнє
Візуалізація кортикального шару	Візуалізується	Не візуалізується	Не візуалізується
Ступінь ехогенності	Ізоехогенна	Анехогенна	Анехогенна
Індекс RI, ум. од.	0,25±0,04	0,72±0,05 p ₁ <0,001	0,63±0,06 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05
Індекс PI, ум. од.	0,35±0,05	1,32±0,12 p ₁ <0,001	0,69±0,07 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001
Кінцева діастолічна швидкість (КДШ), см/с	2,03±0,21	26,82±1,90 p ₁ <0,001	12,94±1,25 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001

Примітки: 1 - p₁ - показник статистичної значимості різниці між показниками контрольної групи і хворими на гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (зуб в стадії загострення). 2 - p₂ - показник статистичної значимості різниці між показниками хворих на гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (зуб в стадії загострення) при зверненні на 1 добу та хворими на гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт (зуб в стадії загострення) при зверненні на 2-3 добу.

Ультразвукове дослідження піднижньощелепних лімфатичних вузлів при хронічному гіперпластичному одонтогенному лімфаденіті (рис. 3) характеризувалось наступними показниками: поперечний розмір становив $1,09 \pm 0,10$ см.; передньо-задній розмір складав $1,73 \pm 0,10$ см.; співвідношення поперечного та передньо-заднього розміру (індекс Solbiati) сягало $0,63 \pm 0,05$; зображення воріт – присутнє; кортикальний шар візуалізувався; ступінь ехогенності був змішаний, а саме ізоехогенних випадків було 60%, гіперехогенних було 40%; RI склав в середньому $0,39 \pm 0,04$; PI дорівнював $0,54 \pm 0,06$; КДШ складала $3,08 \pm 0,54$ см/с (табл. 3).

Таблиця 3

Показники ультразвукового дослідження хворих на хронічний гіперпластичний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт (M±m)

Показники	Контрольна група (n=10)	Хронічний гіперпластичний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт, (n=10)
Поперечний розмір, см	$0,62 \pm 0,03$	$1,09 \pm 0,10$ $p_1 < 0,001$
Передньо-задній розмір, см	$1,19 \pm 0,07$	$1,73 \pm 0,10$ $p_1 < 0,001$
Індекс Solbiati (П/ПЗ), ум. од.	$0,53 \pm 0,04$	$0,63 \pm 0,05$ $p_1 > 0,05$
Зображення воріт	Присутнє	Присутнє
Візуалізація кортикального шару	Візуалізується	Візуалізується
Ступінь ехогенності	Ізоехогенна	Змішана: Ізоехогенна 60%, Гіперехогенна 40%
Індекс RI, ум. од.	$0,25 \pm 0,04$	$0,39 \pm 0,04$ $p_1 < 0,05$
Індекс PI, ум. од.	$0,35 \pm 0,05$	$0,54 \pm 0,06$ $p_1 < 0,05$
Кінцева діастолічна швидкість (КДШ), см/с	$2,03 \pm 0,21$	$3,08 \pm 0,54$ $p_1 > 0,05$

Примітка: p_1 - показник статистичної значимості різниці між показниками контрольної групи і хворими на хронічний гіперпластичний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт.

Висновки

1. Аналіз даних доплерівського сканування у хворих на гострий гнійний піднижньощелепний лімфаденіт дозволив встановити, що тривалість періоду від початку захворювання до звернення за допомогою, а також вид ймовірного етіологічного чинника, значно впливає на характер порушень гемоциркуляторного руслу.
2. Ступінь кровопостачання знаходиться в прямій залежності від строків, які розділяють первинні клінічні прояви і час звернення за допомогою. Чим він менш тривалий, тим більше інтенсивність кровообігу в ділянці запалення, що створює кращі умови для репаративної регенерації після оперативного втручання.
3. Сонографічна картина при хронічному гіперпластичному одонтогенному піднижньощелепному лімфаденіті характеризувалась збільшенням розмірів, гіперехогенністю та підвищенням периферійного опору судинного компоненту.

Перспективи подальших досліджень. Зважаючи на вище викладене виникає нагальна потреба у продовженні подальших досліджень ультразвукової діагностики одонтогенних гострих та хронічних піднижньощелепних лімфаденітів у дітей та проведення кореляційного аналізу ультразвукових характеристик при гострому та хронічному одонтогенному та неодонтогенному піднижньощелепному лімфаденіті у дітей.

Список літератури

1. But L. V. Algoritmizatsiya differentsialnoy diagnostiki limfadenopatiy chelyustno-litsevoy oblasti i shei na osnove optimizirovannogo nabora diagnosticheskikh kriteriev : avtoref. dis. na soiskanie uchenoy stepeni kand. med. nauk / L. V. But. – Voronezhskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya im. N. N. Burdenko Federalnogo agentstva po zdravoohraneniyu i sotsialnomu razvitiyu (GOU VPO VGMA im. N. N. Burdenko Roszdrava). – Voronezh, 2008. – 191 s.
2. Vykylyuk M. V. Vozmozhnosti ultrazvukovogo issledovaniya v differentsialnoy diagnostike patologii limfateskogo apparata golovy i shei u detey / M. V. Vykylyuk // Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik. – 2010. – No.1. – S. 19–21.
3. Vykylyuk M. V. Ultrazvukovoe issledovanie vyisokogo razresheniya v diagnostike patologii limfateskogo apparata chelyustno-litsevoy zony u detey / M. V. Vykylyuk // Vestnik rentgenologii i radiologii. – 2009. – No. 1/3. – S. 16–19.
4. Glants S. Mediko-biologicheskaya statistika / S. Glants : per. s angl. – M., Praktika, 1998. – 459 s.
5. Dzhabarova E. V. Lechenie ostriykh limfadenitov shei v detskoj hirurgicheskoy praktike : avtoref. dis. na soisk. uchen. step. kand. med. nauk : 14.01.19 / E. V. Dzhabarova ; Gos.byudzh. obrazov. uchrezhdenie vyssh. prof.obrazovaniya "Stavrop. gos. med. akad." M-va zdravoohraneniya Ros. Federatsii. – Rostov-na-Donu, 2012. – 18 s.
6. Differentsialnaya diagnostika ostriykh vospalitelnykh zabolovaniy i opuholey shei / N. B. Vuysik, A. Ts. Butkevich, G. I. Kuntsevich, A. B. Zemlyanov // Klinicheskaya meditsina. – 2008. – T. 85, No. 1. – С. 58–61.

7. Dregalkina A. A. Chastota vstrechaemosti i struktura limfadenitov chelyustno-litsevoy oblasti i shei / A. A. Dregalkina, L. D. Gerasimova, I. V. Chantyr // Problemy stomatologii. – 2010. – No.4. – S. 40–41.
8. Zabolotskaya N.V. Ultrazvukovoe issledovanie limfaticheskoy sistemyi. / Klinicheskoe rukovodstvo po ultrazvukovoy diagnostike. T.2 pod red. Mitkova V.V., Medvedeva M.V. // M., Vidar. 1996. - S. 303-329.
9. Analysis of children with peripheral lymphadenopathy / N. Yaris, M. Cakir, E. Sözen, U. Cobanoglu // Clin Pediatr (Phila). – 2006. – Vol. 45 (6). – P. 544–549.
10. Eksioglu A. S. Differential diagnosis of axillary lymph nodes: Usefulness of gray-scale and color-power doppler sonography / A. S. Eksioglu, A. Ozdemir, H. Ozdemir // Tani Girisim Radyol. – 2003. – Dec, Vol. 9 (4). – P. 445–451.
11. The sonographic characteristics of nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children / J. A. Lindeboom, A. M. Smets, E. J. Kuijper [et. al.] // Pediatr Radiol. – 2006. – Vol. 36, № 10. – P. 1063–1067.

Реферати

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ОДОНТОГЕННЫХ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ Ксёз И.В.

Целью работы было изучение особенностей ультразвуковой картины при остром гнойном и хроническом гиперпластическом одонтогенном поднижнечелюстном лимфадените у детей. В результате исследования проведен анализ обследования 40 больных с острым гнойным одонтогенным поднижнечелюстным лимфаденитом в возрасте от 7 до 12 лет. Анализ данных доплеровского сканирования у больных с острым гнойным поднижнечелюстным лимфаденитом дал возможность прийти к выводу, что длительность периода от начала заболевания до обращения за помощью, а также вид предполагаемого этиологического фактора, значительно влияет на характер гемодинамики в зоне воспаления. Степень кровоснабжения находится в прямой зависимости от сроков, которые разделяют первичные клинические проявления и время обращения за помощью. Чем он короче, тем больше интенсивность кровообращения в зоне воспаления, что создает лучшие условия для репаративной регенерации после оперативного вмешательства. Сонографическая картина при хроническом гиперпластическом одонтогенном поднижнечелюстном лимфадените характеризовалась увеличением размеров, гиперехогенностью и повышением периферического сопротивления сосудистого компонента.

Ключевые слова: ультрасонография, дети, поднижнечелюстной лимфаденит.

Стаття надійшла 15.06.2015 р.

ULTRASOUND CHARACTERISTICS OF ACUTE AND CHRONIC ODONTOGENIC SUBMANDIBULAR LYMPHADENITIS IN CHILDREN Ksonz I.V.

The paper was aimed at the study of characteristics of the ultrasound picture of acute and chronic purulent hyperplastic odontogenic submandibular lymphadenitis in children. The study analyzed a survey of 40 patients with acute purulent odontogenic submandibular lymphadenitis in age from 7 to 12 years. The data analysis of the Doppler scan in patients with acute purulent submandibular lymphadenitis, made it possible to conclude that the duration of the period from the beginning of the disease to seek help, as well as the intended kind of etiological factors, significantly affects the nature of hemocirculation stream. The degree of blood supply is directly dependent on the time periods, dividing the primary clinical manifestations and time recourse. The shorter it is, the more the intensity of the blood flow in the area of inflammation, which creates the best conditions for reparative regeneration after surgery. The sonographic picture of chronic hyperplastic odontogenic lymphadenitis submandibular is characterized by an increase in size and increase in hyperechogenicity and peripheral vascular resistance component.

Key words: ultrasonography, children, submandibular lymphadenitis.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.379-008.64+616.12-005.4]-071-053-055

А. О. Попруга, С. Г. Стародубцев, Л. С. Бобирьова
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ І СТАТІ

У статті наведені дані про поширеність цукрового діабету (ЦД) за 15 років у Полтавській області, а також дані обстеження групи хворих на ішемічну хворобу серця на фоні цукрового діабету 2 типу. Метаболічні порушення, що відображають стан вуглеводного та ліпідного обмінів більш виражені у чоловіків, як і важкість захворювання, ніж у жінок, проте з віком ці відмінності суттєво не відрізняються.

Ключові слова: цукровий діабет, діабетичні ангіопатії (мікро-, макроангіопатії), ішемічна хвороба серця

Робота є фрагментом НДР «Особливості перебігу та прогнозу метаболічного синдрому з урахуванням генетичних, вікових, гендерних аспектів хворих, наявності у них різних компонентів метаболічного синдрому і конкретної супутньої патології та шляхи корекції виявлених порушень» (№ держреєстрації 0114U001909).

На даний час в усьому світі на цукровий діабет страждає близько 380 млн. чоловік і передбачається, що до 2035 року ця цифра зросте на 55% [1, 5]. Цукровий діабет є однією з найважливіших медико-соціальних проблем охорони здоров'я практично всіх країн світу. Поширеність цукрового діабету в промислово-розвинених країнах становить 5-6% і має тенденцію до збільшення. Так кожні 10-15 років кількість хворих на цукровий діабет зростає приблизно