

Conclusions

That is, on the basis of our observations it was identified that this process took place within 45 minutes in control solution. Unlike this, in different densities of NaCl solution it took 55-70 minutes correspondingly. The longest span (70 minutes) for both subjects was observed in 1 m-density of NaCl.

Prospects of the further researches in the given direction. Studying of possibility of long storage of fruits and vegetables on scientific base.

References

1. Аленькина С. А. Регуляция активности пероксидазы и оксалатоксидазы корней пшеницы под влиянием лектинов азоспирилл / С. А. Аленькина, В. Е. Никитина // Изв. РАН. Сер. биол. - 2010, № 1. - С. 105-108.
2. Касумов Н.А. Физиолого-биофизические аспекты механизма действия солей на растительный организм / Н.А. Касумов. - Баку: Издательство “ЭЛМ”, 1983. – С. 109-110.
3. Qasimov N.A. “Bitki fiziologiyasi”. - 2008. - P. 228-231.
4. Muthukumarasamy M. Enhancement of Peroxidase, Polyphenol Oxidase and Superoxide Dismutase Activities by Triadimefon in NaCl Stressed Raphanus sativus L. / M. Muthukumarasamy, S.D. Gupta, R. Pannerselvam // Biol. Plant. – 2000, V. 43. - P. 317–320.
5. Flowers T.J. Breeding for salinity resistance in crop plants / T.J. Flowers, A.R. Yeo // Aust. J. Plant Physiol. - 1995, № 22. - P. 875-884.
6. Szabolcs I. The global problems of salt-affected soils / I. Szabolcs // Acta Agron. Hungarica/ - 1987, № 36/ - P. 159-172.
7. Zhu J. Physiological and growth responses of two different salt-sensitive cucumber cultivars to NaCl stress / J. Zhu, Z. Bie, Y. Li // Soil Sci. and Plant Nutr. - 2008, № 3. - P. 400-407.

Резюме

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕРОКСИДАЗЫ В ЯБЛОКАХ И КАРТОФЕЛЕ В НОРМАЛЬНОМ И СОЛЕВОМ РАСТВОРАХ

Алиева Н.Ф.

Работа представляет данные по сравнительному исследованию активности перекиси водорода в яблоках и картофеле в нормальном и солевом растворах. Самая высокая деятельность перекиси водорода наблюдается в яблоках в растворе NaCl на 1 М., в то время как при тех же самых условиях самая высокая активность в картофеле наблюдается в солевом растворе на 0,05 М.. Что касается Na₂SO₄, то в этом варианте есть различная картина. Очевидно, что здесь есть ионная сила (CO₃> Cl> SO₄).

Ключевые слова: яблоко, картофель, перекись водорода, солевой раствор.

Стаття надійшла 24.10.2011 р.

ВИЗНАЧЕННЯ АКТИВНОСТІ ПЕРОКСИДАЗИ В ЯБЛУКАХ І КАРТОПЛІ В НОРМАЛЬНОМУ І СОЛЬОВОМУ РОЗЧИНАХ

Алієва Н.Ф.

Робота представляє дані по порівняльному дослідженню активності перекису водню в яблуках і картоплі в нормальному і сольовому розчинах. Найвища діяльність перекису водню спостерігається в яблуках в розчині NaCl на 1 м., тоді як за тих же самих умов найвища активність в картоплі спостерігається в сольовому розчині на 0,05 М.. Що стосується Na₂SO₄, то в цьому варіанті є різна картина. Очевидно, що тут є іонна сила (CO₃>Cl>SO₄).

Ключові слова: яблуко, картопля, перекис водню, сольовий розчин.

УДК 616.286–07

С.Б. Безняничий¹, С.В. Сміянов²

¹ВЛІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава, ²Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

СТАН ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА У ДОРΟΣЛИХ ІЗ ІНШОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЛОР-ОРГАНІВ

Проведено обстеження 43 дорослих осіб віком 18-55 років із гіпертрофією глоткового мигдалика. Виявлена 100 % наявність супутньої патології ЛОР-органів. Встановлена взаємозалежність розвитку аденоїдиту і гіпертрофії глоткового мигдалика та стану супутньої патології. Відмічена необхідність початку лікування аденоїдиту з санації порожнини носа та носових пазух.

Ключові слова: глотковий мигдалик, лор-органи, патологія.

Вплив захворювань глоткового мигдалика на стан порожнини носа, слухової труби та глотки добре вивчені у дитячій практиці. По між тим, в літературі відсутні данні про частоту гіпертрофії глоткового мигдалика та його вплив на стан ЛОР органів у дорослих. З огляду на те, що носоглотка доступна огляду далеко не у всіх випадках навіть при задній риноскопії, діагностика гіпертрофії глоткового мигдалика та аденоїдитів залишається актуальною проблемою дорослої оториноларингології [1]. Вирішення даної проблеми вимагає значних зусиль науковців і практиків.

Відомо, що глотковий мигдалик, як імунокомпетентний орган, забезпечує місцеві захисні реакції слизової оболонки не лише носа та принососих пазух, а й трахеобронхіального дерева. Провідною ланкою у патогенезі запальних захворювань порожнини носа та принососих пазух є зниження рівня місцевої резистентності. Можливо це пояснює гіперплазію глоткового мигдалика у дорослих за типом компенсаторної реакції дефіциту факторів місцевого імунітету [2]. Згідно з сучасними поглядами усі структури лімфоїдного кільця глотки, а також лімфоїдні елементи слизової оболонки верхніх дихальних шляхів тісно пов'язані між собою морфологічно і, зрозуміло, патофізіологічно. Є данні, що між лімфоїдними утвореннями глотки відбувається, обмін імунітетів, і видалення або ураження однієї із структур лімфоїдного кільця проводить до компенсаторних змін інших утворень, що створює умови для особливого клінічного перебігу захворювань у слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів [3,4].

Клініко-імунологічними дослідженнями доведено, що глотковий мигдалик може продукувати імуноглобуліни класу А і М [5]. У дитячому віці глотковий мигдалик бере участь в імунній відповіді за клітинним типом [6]. Поодинокі описання окремих випадків аденоїдів у дорослих і навіть у людей похилого віку зустрічаються у небагатьох джерелах. Так, описані два випадки спостереження аденоїдних вегетацій у хворих 51 і 75 років. У одному з них при морфологічному дослідженні виявлені виражені ознаки запалення – аденоїдит [7]. Інший автор повідомив за своє спостереження хворого з аденоїдами у віці 58 років [8]. У роботі «Аденоїди и аденоїдизм у взрослых» описані результати обстеження 400 дорослих хворих з ЛОР-захворюваннями. Аденоїдні вегетації були виявлені у 57 обстежених, серед яких було 39 чоловіків і 18 жінок. Більшість хворих були у віці 26-30 років [9]. Детально характеризуючи дану групу хворих, автори описали деякі особливості перебігу захворювання у дорослих з гіпертрофією глоткового мигдалика, а саме: у 34% із цих хворих мало місце захворювання середнього вуха (хронічний отит, отосклероз), у 59,6% - хронічний риніт, у 21% - викривлення перетинки носа. Дослідження лимфоїдної тканини носоглотки у дорослих на трупному матеріалі проводив А.Г. Нихинсон (1952). Він виявив наявність аденоїдної тканини у носоглотці у 62 з 95 обстежених трупів. У деяких випадках скупчення аденоїдної тканини були значними [10]. А.Г. Волков із співавторами повідомили про 103 дорослих у віці від 15 до 66 років з аденоїдитом [2]. Г.С. Протасевич із співавторами оперували 127 хворих у віці від 15 до 48 років, і виявили II ступінь аденоїдів у 92 осіб. При цьому I ступінь гіпертрофії аденоїдів мала місце у 22 чоловіків, III ступінь - у 8, IV ступінь - у 5 хворих. Рівень гіпертрофії аденоїдної тканини автори вивчали за класифікацією В.Т. Пальчуна та Н.А. Преображенського [11].

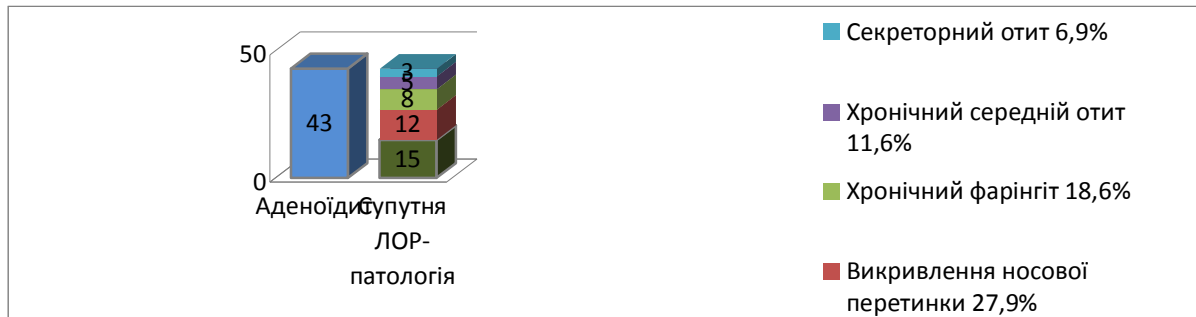
Етіологія гіпертрофії глоткової мигдалини в дорослих залежить від безлічі факторів. Загальноприйнятим у цей час вважається, що в етіології аденоїдних вегетацій чільну роль грає інфекція. У зв'язку із цим існують роботи присвячені мікробіологічним дослідженням, автори яких показали превалюючу роль останньої у розвитку аденоїдитів [12]. Побічно етіологічну роль патогенної мікрофлори підтверджує той факт, що після аденотомії багато авторів відзначали поступове зниження темпів росту патогенних бактерій носоглотки та заміщення їх умовно патогенними мікроорганізмами. Існують і інші думки стосовно етіології аденоїдів. Так, М. Steffi (1955) вважав, що у хворих понад 14 років в етіології аденоїдів відіграє значну роль туберкульоз, виявлений ним в 1,58% морфологічно обстежених хворих. Автори вважали, що частота виявлення туберкульозних мікобактерій у аденоїдній тканині зростає з віком. Так, у дітей мікобактерії були виділені від 0,15 до 2,9%, у той час як у дорослих - у 6,9%. В основі патологічного збільшення глоткового мигдалика А. С. Юнусов описує три основних патофізіологічних процеси, а саме: запальний процес, імунну реакцію у вигляді гіперплазії лімфоїдної тканини та структурну перебудову мигдалика у зв'язку з перенесеними раніше запальними процесами та імунними реакціями, що проявляється метаплазією епітелію та посиленням склерозу стромы [13]. Зміни лімфоїдної тканини за гіпертрофії глоткового мигдалика розглядали як імунореактивний стан, пов'язаний з підвищеною бактеріальною забрудненістю, і вважали, що це, поряд із збільшенням обсягу сполучної тканини, не перетворює мигдалик у постійно діюче джерело інфекції. Разом з тим при вивченні імунологічних показників у дорослих з аденоїдитами, автори встановили зниження рівня клітинного та гуморального імунітету. Було знайдено зменшення відносної кількості Т- та В-лімфоцитів, а також зниження кількості IgG і SIgA на тлі підвищення кількості IgA і IgM [14]. Глотковий мигдалик у дорослого зменшує свою активність, але повністю не гальмує свою функцію [15]. Відсутність піднебінних мигдаликів, ймовірно, стимулює діяльність аденоїдів, які, як у дитинстві, беруть на себе компенсаторні функції й знову стають провідним органом у формуванні місцевого імунітету. Проте процес фізіологічної інволюції глоткового мигдалика необхідно відрізняти від зменшення його розмірів за рахунок сполучнотканинного переродження після численних запальних процесів [16].

Метою роботи був аналіз частоти поєднання аденоїдиту з іншими патологічними процесами лор-органів, та виявити вплив аденоїдитів на перебіг останніх.

Матеріал та методи дослідження. Нами обстежено 43 хворих у віці від 18 до 55 років з аденоїдитом та іншими запальними захворюваннями ЛОР-органів. Чоловіків серед обстежених було 29, жінок – 14. Обстеження кожного хворого включало: збір скарг, анамнезу, риноскопію, отоскопію, фарингоскопію, непрямую ларингоскопію, рентгенографію принососих пазух, лабораторні методи дослідження. За необхідності проводилася комп'ютерна томографія принососих пазух. Стан порожнини носа, носоглотки, устів слухових труб, глоткового мигдалика уточнювали за допомогою 4мм 30 ригідного риноскопа фірми «МФС» (Росія).

Результати дослідження та їх обговорення. У 15 (35%) хворих на аденоїдит мало місце хронічне запалення принососих пазух (фронтальний, верхньощелепний синусит, у 12 (27,9%) хворих було порушення

нормальної анатомії порожнини носа (викривлення носової перегородки, гіпертрофія задніх кінців нижніх носових раковин). Хронічний фарингіт діагностовано у 8 (18,6%) хворих. У 5 (11,6%) обстежених в анамнезі хронічний середній отит з періодичними рецидивами, а у 3 (6,9%) – секреторний отит. Звертає увагу те, що всі хворі на аденоїдит (43 – 100%) мали інші супутні захворювання ЛОР-органів.



Вивчення анамнезу захворювань та життя дало підставу вважати, що аденоїдит у цих хворих був не первинним процесом, а на його розвиток впливав стан порожнини носа, при носових пазух та, ймовірно, імунної системи. Лише у випадку захворювань середнього вуха у дітей доведено первинну роль у патологічному процесі носоглотки (глоткового мигдалика).

Висновки

1. Аденоїдит у дорослих зустрічається у поєднанні з іншими захворюваннями ЛОР-органів у 100% обстежених.
2. Серед дослідженої групи хворих саме хронічні захворювання порожнини носа та навколоносових пазух спричиняли розвиток аденоїдиту та гіпертрофію глоткового мигдалика.
3. Лікування аденоїдиту у дорослих повинно починатися, перш за все, з санації порожнини носа та навколо носових пазух.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Подальше вивчення морфологічної будови глоткового мигдалика дозволить сформулювати показання до консервативного та хірургічного лікування аденоїдитів. Вивчення стану імунної системи хворих на аденоїдит допоможе прогнозувати ефективність лікування.

Література

1. Сміянов Є.В. Досвід використання ендоскопічних методів діагностики в умовах поліклініки / Є.В. Сміянов // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 2008. — №5. —148 с.
2. Волков А.Г. Воспаление и гипертрофия глоточной миндалины у взрослых / А.Г. Волков, Е.В. Химичева, А.Ш. Уракчиева // Российская ринология.— 1999. — №2. — С. 4–8.
3. Кішук В. В. Клініко-імунологічні підходи до оцінки функціонального стану піднебінних мигдаликів для діагностики та лікування хворих на хронічний тонзиліт: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док. мед. наук.: спец. 14.01.19. «Оториноларингологія» / В.В. Кішук — Київ, 2001.—35 с.
4. Заболотна Д. Д. Клініко-імунологічні особливості діагностики і лікування хворих на хронічний риніт при патології піднебінних мигдаликів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.19. «Оториноларингологія» / Д.Д. Заболотна — Київ, 2002.— 20 с.
5. Мельников О.Ф. Исследование роли небных миндалин в формировании местного гуморального иммунитета в слизистой оболочке носа / О. Ф. Мельников, Д. И. Заболотный, В. В. Кишук [та інш.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб.— 1998.— № 5 (додаток).—С. 69—72.
6. Омонов Ш. Э. Морфологические изменения в аденоидных вегетациях у детей старшей возрастной группы / Омонов Ш. Э., Исраилов Р.И., Хасанов М. С. // Ринология.— 2005.— № 3.— С. 39—41.
7. Николаев М.П. Два случая аденоидных вегетации в пожилом возрасте / Николаев М.П. // Вестник оториноларингологии. — 1976.— № 2. — 99–100 с.
8. Сенюков М.В. Разрастания аденоидной ткани в пожилом возрасте / Сенюков М.В. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1966. — № 6. — С. 70.
9. Михалкин Н.П. Аденоиды и аденоидизм у взрослых / Михалкин Н.П., Якуб Л.И. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1940. — №12. — С. 99–107.
10. Нихинсон А.Г. К возрастной анатомии носоглотки / Нихинсон А.Г. // Вестник оториноларингологии. — 1952. — № 6. — С. 76–77.
11. Протасевич Г.С. Аденоиды у взрослых / Протасевич Г.С., Яшан И.А., Яшан А.И. // Вестник оториноларингологии. — 1999. — №5. — С. 1–13.
12. Эфендиев М.М. Клиника, диагностика и лечение хронического аденоидита у взрослых: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.19. «Оториноларингологія» / М.М. Эфендиев — Москва, 1986. — 19 с.
13. Юнусов А.С. Патогенетически обоснованная терапия при хронических аденоидитах у детей / Юнусов А.С., Быкова В.П., Бруевич О.А. Тезисы 17 съезда оториноларингологов России, Нижний Новгород, 7-9 июня, 2006 г. — С. 509-510.

14. Волков С. Функциональное состояние слуховой трубы при воспалительной патологии среднего уха и носоглотки у детей / Волков С. А., Юнусов А.С. Тезисы 17 съезда оториноларингологов России, г. Нижний Новгород, 7—9 июня. 2006. — С. 428-429.
15. Барышевская Л.А. Острое воспаление глоточной миндалины у взрослых / Барышевская Л.А., Тарасова Н.В., Великанов А.К. Тезисы XVII съезда оториноларингологов России, 2006. — С. 160-161.
16. Розенфельд И.М. Аденоидные разращения / И.Д. Розенфельд Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки — Москва, 1949. — С. 568— 580.

Резюме

**СОСТОЯНИЕ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У
ВЗРОСЛЫХ С ДРУГОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-
ОРГАНОВ**

Безшапочний С.Б., Смиянов Е.В.

Проведено обстеження 43 дорослих пацієнтів віком 18-55 років з гіпертрофією глоточної міндалини. Виявлено 100% наявності супутньої патології ЛОР-органів. Установлено взаємозв'язок розвитку аденоїдита і гіпертрофії глоточної міндалини з супутньою патологією. Відзначено необхідність початку лікування аденоїдита з саніації порожнини носа і околоносових пазух.

Ключевые слова: глоточная миндалина, лор-органы, патология.

Стаття надійшла 15.09.2011 р.

**STATE OF PHARYNGEAL TONSIL IN ADULTS
WITH OTHER DISORDERS OF UPPER
RESPIRATORY TRACT**

Bezshapochniy S.B., Smiyanov E.V.

The study examined 43 people aged 18-55 with hypertrophy pharyngeal tonsil. The 100% presence of concomitant pathology of upper respiratory tract was detected. The interdependence of adenoiditis and hypertrophy of pharyngeal tonsils and co-morbidity was established. The need for early treatment adenoiditis with readjustment of the nasal cavity and nasal sinuses was noted.

Keywords: pharyngeal tonsil, lor-organs, pathology.

УДК 616.23/24-002 : 614

Д.М. Бойко, М.І. Бойко, О.С. Бойко
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В АМБУЛАТОРНИХ
УМОВАХ**

Питання організації та надання якісної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню в амбулаторних умовах, включаючи динамічне спостереження, обстеження, лікування та загалом ведення хворих є надскладним завданням для лікарів усіх спеціальностей. Така ситуація потребує вдосконалення вже існуючих методик та пошуку нових підходів до вирішення поставлених завдань. Дослідження виконано на основі аналізу історій хвороб 1077 пацієнтів пульмонологічного профілю (593 жінки та 484 чоловіків), що знаходились на спостереженні з 2004 по 2011 роки. Вік 47,80 (33,95; 69,72) років. Методика алгоритму включала заповнення спеціально розробленої карти хворого з описом основних клініко-анамнестичних даних, ведення індивідуальної теки з електронним архівом результатів клініко-лабораторних обстежень в динаміці, розширеного обстеження та встановлення графіку візитів. Складність роботи лікаря-пульмонолога підтверджується розмаїттям діагнозів (близько 43), які доводиться діагностувати під час консультативного прийому, а також необхідність аналітичної оцінки великого обсягу інформації протягом обмеженого часу. Ефективність застосування запропонованого алгоритму ведення пульмонологічного хворого відзеркалюється у статистично значимому ($p < 0,0001$) зменшенні кількості візитів з приводу загострень порівняно з частотою планових відвідувань.

Ключові слова: алгоритм, діагностика, ведення, пульмонологічні хворі.

Робота є фрагментом науково-дослідних тем: «Визначити фактори ризику рецидивів туберкульозу легень та розробити оптимальні методи їх діагностики», номер держреєстрації 0110U001212; «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», номер держреєстрації 0110U008151.

Організація якісної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню в амбулаторних умовах, включаючи динамічне спостереження, обстеження, лікування та загалом ведення хворих - є надскладним завданням для лікарів усіх спеціальностей. Робота з пацієнтом вимагає від лікаря високої концентрації та швидкого аналізу великого об'єму інформації для прийняття ряду рішень: постановка діагнозу, план обстеження, лікування, оцінка динаміки перебігу захворювання, прогноз та розробка стратегії реабілітації тощо. Своєчасний та швидкий доступ лікаря до архівів клінічних даних пацієнта, що спостерігається або знаходиться на даний час на прийомі, скоротить витрати часу на пошук інформації і дозволить приділити більше уваги безпосередньо на хворого та прийняття