

7. Де-Метц Г. Г. Hermann von Helmholtz (1821–1891) / Г. Г. Де-Метц / Вестник опытной физики и элементарной математики. - 1891.- № 128. - С. 157 - 165.
8. Мифы народов мира: Сов. энциклопедия [ред.-упоряд. М. Марченко]. тт. 1, 2, М.: «Новый свет», - 1991. –С. 345
9. Нестеров О.И. Краткая энциклопедия дизайна / О.И. Нестеров. – М.: Молодая гвардия, 1994. – 35 с.
10. Обухов Я.Л. Желтый цвет / Я.Л. Обухов // Журнал практического психолога, 1997, № 2. – С.67-70
11. Обухов Я.Л. Синий цвет / Я.Л. Обухов // Журнал практического психолога, 1997, № 1, - С. 30-41
12. Подхем Ч. Восприятие света и цвета / Ч.Подхем, Ж. Сандерс / М: Мир, 1978, 56 с.
13. Пэдхем Ч. Восприятие света и цвета / Пэдхем Ч., Дж. Сондерс / [Пер.с англ.Р. Л. Бирновой, М. А. Островского], М.: «Мир», 1978. – 97 с.
14. Пэдхем Ч. Восприятие света и цвета / Пэдхем Ч., Сондерс Дж / [Пер.с англ.Р. Л. Бирновой, М. А. Островского], М.: «Мир», 1978. – 72 с.
15. Ременко С. Цвет и зрение / С. Ременко / Кишинёв: «Картеа Молдовеняскэ», 1982. – 36 с.
16. Чеснов Я.В. Лекции по исторической этнологии / Я.В. Чеснов / М.: Гардарика, 1998. – 119 с.
17. Фридат Б. Загадка женственности / Фридат Б. / М.: Прогресс, 1994. – 95 с.
18. Черноризов А. М. Нейронные механизмы цветового зрения. : автореф. дис. на здобуття ступеня д-ра психол. наук.: спец. 05.02.08 „Технологія машинобудування” / І. Я. Новосад. – М., 2007. – 69 с.
19. Чуднова А. Карточки Люшера - ключ к тайным пластам подсознания человека. Как узнать все о себе и своих близких и помочь себе - быстро и надежно / А. Чуднова, С. Дьяченко, Ю. Азарова. - М.: АСТ, 2010. - 157 с.
20. Шиффман Х. Ощущение и восприятие / Х. Шиффман / СПб., 2003. С. 209-211
21. Шторм Г. П. Ломоносов / Г. П. Шторм. - М., 1989. – 144 с.
22. Ярошевский М.Г. История психологии / М.Г. Ярошевский. - М.: 1985. – 25 с.
23. Hubel David H. Ferrier Lecture / David H. Hubel, Torsen N. Wiesel / Proc. R. Soc, №198, P. 12-59
24. Vos J. J. An analytical description of the line element in the zone-fluctuation model of colour vision. II. The derivation of the line element/ J. J.Vos, P. L. Walraven / Vision Res. 1972. V. 12. P. 1345—1365.
25. Zollinger H. Color: A Multidisciplinary Approach / H.Zollinger / [Иллюстрированное учебное пособие.] Wiley-VCH, - 2000. - 268 p.

Реферати

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ Й ФІЗІОЛОГІЇ ЗОРОВОГО ОРГАНА НА ДОСТОВІРНЕ ВИЗНАЧЕННЯ КОЛІРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБА В РЕСТАВРАЦІЙНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Шиленко Д.Р., Писаренко О.А., Удальцова К.О., Дубина В.А., Клепач М.М., Хавалкина Л.М.

У роботі проведений аналіз доступних літературних даних на про вплив психоемоційного стану лікаря й пацієнта на достовірне визначення кольору в естетичній стоматології. Розглянутий вплив особливостей фізіології зорового органа на процес кольороідентифікації.

Ключові слова: цвет, зубы, физиология органа зрения.

Стаття надійшла 01.11.2012 р.

INFLUENCE OF PSYCHO-EMOTIONAL COMPONENT AND THE PHYSIOLOGY OF ORGAN OF VISION ON RELIABLE DETERMINATION OF THE COLOR CHARACTERISTICS OF TOOTH IN RESTORATIVE DENTISTRY

Shilenko D.R., Pisarenko E.A., Udaltsova K.A., Dubina V.A., Clepach N.N., Khavalkina L.M.

The analysis of the available literature data about influence of emotional status of the doctor and the patient to a fair determination of color in aesthetic dentistry. It was shown the influence of physiology of the organ of vision on the process of color-identification.

Key words: color, teeth, physiology of the visual organ.

Рецензент проф. Непорада К.С.

УДК: 616.12-007.2

В.І. Дяховський, *Р.І. Сакевич, Д.Г. Дем'янюк, *І.С. Пузирьов, С.Б. Хашенко, Р.М. Рибушко
В ДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава
* Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського

РІДКІСНА УРОДЖЕНА АНОМАЛІЯ ВНУТРІШНЬОГРУДНОГО РОЗМІЩЕННЯ СЕРЦЯ

Наведене клінічне спостереження хворого 79 років, у якого виявили ішемічну хворобу серця, гострий трансмуральний інфаркт міокарда задньої стінки з розповсюдженням на верхівково-перегородкову зону, ускладнений повною а-в блокадою з гострими нападами синдрому Моргані-Едемса-Стокса. Через неможливість проведення тимчасової електрокардіостимуляції вирішено провести термінову імплантацію штучного водія ритму (ШВР). При виконанні даної операції запідозрена аномалія положення серця. Виконана каваграфія, при якій виявили атипичне положення серця. Стовбур верхньої порожнистої вени разом з правими відділами серця розміщувався у крайньому лівому положенні. Аорта розміщена справа, спостерігався поворот серцево-судинних структур з права на ліво на 180°. Органи черевної порожнини розміщені звичайно. Таке розміщення органів розцінене як лівосформоване ліворозміщене серце.

Ключові слова: аномалії, уроджені, положення серця.

Робота є фрагментом науково-дослідної теми «Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень.» (державний реєстраційний номер 0112006302)

Ендоваскулярна хірургія у поєднанні з контрастною ангиографією значно розширили межі серцевої хірургії, відкрили можливості для невідкладних втручань при гострій серцевій патології: повній а-в блокаді провідних шляхів серця, інфаркті міокарда та ін. [1,2,3,4,5]. Одночасно при цьому стало можливим розпізнавання уроджених та набутих вад серця, у тому числі уроджених аномалій внутрішньогрудного положення серця.

В основу класифікації уродженої аномалії внутрішньогрудного положення серця покладено локалізацію відділів серця – шлуночків, передсердь та верхівки серця по відношенню до середньої лінії тіла [1]. Також береться до уваги подовжня вісь серця - лінія, що з'єднує середину основи серця з верхівкою [1,6].

Вона проходить косо зверху вниз, справа наліво, спереду назад. При цьому враховується локалізація функціональних складових серця, формування ними передньої поверхні та бічних сторін серця [6]. У здоровому серці праве передсердя займає праву частину передньої поверхні серця. Ліве – найменшу ліву частину серця. Правий шлуночок – більшу частину передньої поверхні серця. Лівий шлуночок розміщується у задне-нижньому відділі серця, що відноситься до діафрагмальної поверхні серця. Саме врахування локалізації згаданих функціональних частин серця при формуванні ними поверхні, головним чином передньої та діафрагмальної, співвідношення вісі серця до серединної лінії тіла і служить відправним пунктом класифікації уроджених аномалій внутрішньогрудного положення серця.

Уроджені аномалії внутрішньогрудного положення серця не спричиняють симптоматики і діагностуються випадково. Вони складають 1,5% серед усіх уроджених вад. За даними дослідників уроджені аномалії внутрішньогрудного положення серця у переважній більшості хворих поєднуються з іншими уродженими вадами, які і визначають симптоматику перебігу. Серед них – транспозиція магістральних судин, стеноз легеневої артерії, незарощення міжшлуночкової перетинки, відкритий артеріальний проток, диспозиція органів черевної порожнини та ін. [1,2,3]. Існують поодинокі повідомлення про перебіг уродженої аномалії положення без поєднання з іншими уродженими вадами серця та зворотнього розміщення органів черевної порожнини [1].

Розрізняють такі види аномалій внутрішньогрудного положення серця: правосформоване праворозміщене серце, правосформоване серединнорозміщене серце, правосформоване ліворозміщене серце, лівосформоване праворозміщене серце, лівосформоване ліворозміщене серце, невизначеносформоване ліво-, право- чи серединнорозміщене серце [1]. Кожен раз при формулюванні діагнозу до нього додається згадування про характер розміщення органів черевної порожнини.

Метою роботи було описати уроджену аномалію внутрішньогрудного положення серця.

Матеріал та методи дослідження. При виконанні термінової імплантації штучного водія ритму (ШВР) з приводу ішемічної хвороби серця (ІХС), гострого трансмурального інфаркта міокарда задньої стінки з розповсюдженням на верхівково-перегородкову ділянку, ускладненого повною а-в блокадою з гострими нападами синдрому Морганьї-Едемса-Стокса виявлена аномалія внутрішньогрудного положення серця.

Результати дослідження та їх обговорення. Приводимо наше спостереження. Хворий Т., 79 років, госпіталізований у кардіологічне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського 12 листопада 2011 року із скаргами на неприємні відчуття у ділянці серця, головний біль, відчуття затруднення дихання, періодичні короткочасні епізоди втрати свідомості протягом останніх трьох діб. Із анамнезу: 10.11.2011 р. хворий відмітив неприємні відчуття у ділянці серця, легке запаморочення, що змінилися періодичною втратою свідомості. Госпіталізований у міську лікарню. Отримувач внутрішньовенні інфузії, які не принесли позитивного ефекту. Епізоди втрати свідомості продовжувалися, стали частішими. У динаміці на ЕКГ відмічено повну атріо-вентрикулярну блокаду (а-в блокаду III ступеня) з нападами синдрому Морганьї-Едемса-Стокса.

При об'єктивному огляді хворий зниженого харчування, неохоче вступає в контакт. Очі запалі, щокі втягнуті. Колір шкіри ціанотичний. Дихання поверхневе, 24 за 1 хвилину. При вислуховуванні у легенях везикулярне дихання, ослаблене справа. Пульс аритмічний 44 за 1 хвилину, АТ 160/90 мм рт. ст. Тони серця ослаблені. Ліва межа серця зміщена зовні на 0,5 см від середньоключичної лінії. На ЕКГ, виконаній в терміновому порядку, відмічено ознаки гострого інфаркту міокарда задньої стінки лівого шлуночка з розповсюдженням на верхівково-перегородкову ділянку. Під час огляду хворого відмічено напади синдрому Морганьї-Едемса-Стокса. Виставлений діагноз: ішемічна хвороба серця (ІХС). Гострий трансмуральний інфаркт міокарда у ділянці задньої стінки з розповсюдженням на верхівково-перегородкову зону, який ускладнений повною а-в блокадою з гострими нападами синдрому Морганьї-Едемса-Стокса. Хворий оглянутий консилиумом у день поступлення. Підтвердивши діагноз, спеціалісти звернули увагу на тяжкий стан хворого. Через неможливість проведення тимчасової електрокардіостимуляції вирішено провести термінову імплантацію штучного водія ритму (ШВР).

При госпіталізації хворий обстежений лабораторно. В аналізах крові показники червоної крові були у межах норми. Відмічений лейкоцитоз – $20,0 \times 10^9/\text{л}$ без зсуву лейкоцитарної формули вліво. В біохімічному аналізі крові загальний білірубін – 29,2, прямий – 14,0, непрямий – 15,2 ммоль/л, креатинін – 200 ммоль/л, сечовина – 14,9 ммоль/л. Усі інші аналізи – протромбінний індекс, рівень фібриногену, толерантність плазми до гепарину знаходяться у межах норми.

Операція виконана 12.11.2011 р. під місцевою анестезією з внутрішньовенним потенціюванням. З метою зменшення тривалості оперативного втручання імплантацію електроду вирішено проводити пункційним методом. При просуванні електроду у просвіті верхньої порожнистої вени відмічено його незвичне відхилення вліво (рис. 1). При цьому запідозрена аномалія положення серця. Через інтрод'юсер заведено катетер JR та виконана каваграфія. Виявили атипове положення серця. Стовбур верхньої порожнистої вени разом з правими структурами серця розміщений у крайньому лівому положенні (рис. 2). Аорта розміщена справа. Має місце поворот серцево-судинних структур з права на ліво на 180° . Органи черевної порожнини: печінка, повітряний міхур шлунка розміщені звичайно. Таке розміщення органів розцінене як лівосформоване ліворозміщене серце. Наш висновок підтверджений ходом імплантації ШВР. Праве передсердя зміщено вліво і займає крайню ліву позицію. Верхня порожниста вена відхилена вліво, подовжена, дещо деформована, звита. Аорта розширена,

займає крайню праву позицію. У лівій боковій проекції заведено електрод PU 2 58ERU, який фіксований у правому шлуночку (рис. 3). Визначено поріг стимуляції – 0.9 V при тривалості імпульсу 0,5 мс, імпеданс електроду 453 Ω , величина R хвилі 7,8 мВ. Нав'язаний ритм 60 ударів за 1 хвилину. Підключено ШВР ЕКС-300-SSI ЛМТ заводський №11-12191, який розмістили під грудним м'язом справа. За час спостереження хворий у свідомості, орієнтований. Пульс ритмічний, в межах 60-74 за 1 хвилину, АТ 130/80 мм рт. ст.

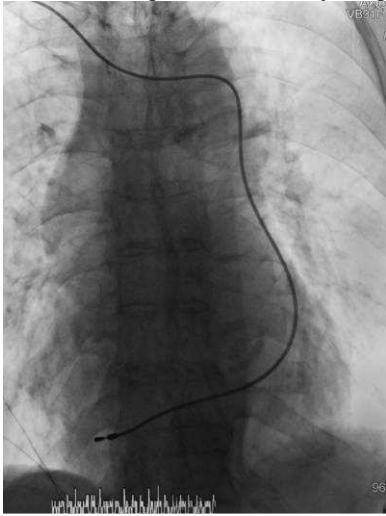


Рис. 1. Знаходження електроду в правих порожнинах серця, спостерігається його значне відхилення вліво.



Рис. 2. Каваграфія – верхня порожниста вена разом з правими відділами серця розміщені у крайньому лівому положенні.

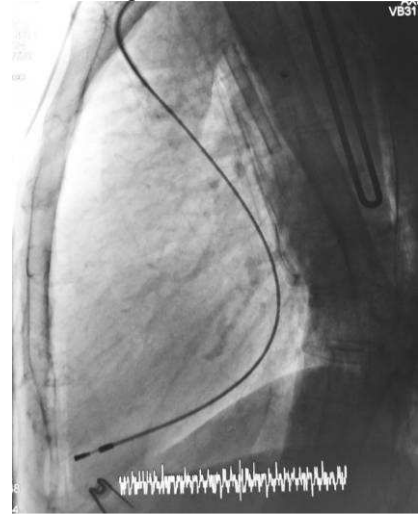


Рис. 3. Електрод фіксований в правому шлуночку. Ліва бокова проекція.

У хворого 18 листопада 2011 року посилилася задуха, з'явився ціаноз шкіри обличчя, кашель, підвищилася температура тіла до 38,0°. Діагностовано двосторонню нижньо-осередкову пневмонію. Отримувал лікування згідно протоколу. Однак, при наростанні легеневої недостатності хворий 22.11.2011 р. помер.

При проведенні патолого-анатомічного дослідження лівобічне розміщення серця підтвердилося. Висхідна аорта займає крайнє праве положення, верхня порожниста вена, у якій знаходився електрод ШВР, у крайній лівій позиції. Легенева артерія сформована позаду правого шлуночка і розміщується позаду серцевих структур. Інших уроджених вад серця не виявлено. Органи черевної порожнини розміщені звичайно.

Підсумок

У хворого спостерігалася рідкісна вроджена аномалія внутрішньогрудного положення серця (лівосформоване ліворозміщене серце). Ця аномалія не супроводжувалась іншими уродженими вадами серця та зворотним розміщенням органів черевної порожнини. При дослідженні серця ознак інфаркту міокарда не виявлено. Очевидно, порушена локалізація серця спричинила зміни на ЕКГ, характерні для гострого інфаркту міокарда. На нашу думку дане повідомлення загострить увагу лікарів на додаткове вивчення діагностики аномалій, вроджених та набутих вад серця.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Вивчення особливостей нормального та аномального внутрішньогрудного розміщення серця може бути вирішальним фактором правильності та швидкості клінічної діагностики кардіохірургічної патології.

Література

1. Бураковский В.И. Сердечно-сосудистая хирургия / В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия, В.В. Алекси-Месхишвили [и др.]. Под ред. академика В.И. Бураковского, проф. Л.А. Бокерия. - М.: Медицина. - 1989. - 752 с.
2. Лекции по сердечнососудистой хирургии / Под. ред. Л.А. Бокерия в 2-х томах. – Т.1. – М.: Из-во НЦССХ им. Бакулева РАМН. – 1999. – 348 с.
3. Лекции по сердечнососудистой хирургии / Под. ред. Л.А. Бокерия в 2-х томах. . – Т.1. – М.: Из-во НЦССХ им. Бакулева РАМН. – 1999. – 194 с.
4. Недоступ А.В. Как лечить аритмии. Диагностика и терапия нарушений ритма и проводимости в клинической практике / А.В. Недоступ, О.В. Благова [3-е издание]. – М.: Мед. пресс-информ. – 2008. – 288 с.
5. Никишин Л.Ф. Рентгеноэндоваскулярная хирургия (интервенционная радиология). Руководство для врачей. / Л.Ф. Никишин, М.П. Поник. – Львов: Из-во национального университета “Львівська політехніка”. – 2006. – 324 с.
6. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Под ред. В.В. Кованова. – М.: Медицина. – 1978. – 416 с.

Реферати

РЕДКАЯ ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ ВНУТРИГРУДНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ СЕРДЦА

Ляховский В.И., Сакевич Р.П., Демянюк Д.Г., Пузирев Г.С., Ханенко Е.Б., Рябушко Р.Н.

Приведено клиническое наблюдение больного 79 лет, у которого выявили ишемическую болезнь сердца, острый трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки с распространением на верхушечно-перегородочную зону, осложненный полной а-в блокадой с эпизодами синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса. Из-за невозможности проведения

RARE INNATE ANOMALY OF INTRATHORACIC POSITION OF HEART

Lyahovskiy V.I., Sakevich R.P., Demyanuk D.G., Pusirev G.S., Hanenko E.B., Ryabushko R.N.

We enlarge a clinical observation of 79 years old patient where we discovered ischemic heart disease, acute transmural myocardial infarction of the back wall that was spread to the apex-septal zone, with a full complicated a-v blockade and acute attack of Morgagni-Adams-Stokes syndrome. It was impossible to perform

временной электрокардиостимуляции решено провести срочную имплантацию искусственного водителя ритма (ИВР). При выполнении этой операции заподозрена аномалия положения сердца. Выполнена кавография, при которой выявлено атипичное положение сердца. Ствол верхней полой вены вместе с правыми отделами сердца находились в крайнем левом положении. Аорта располагалась справа, наблюдался поворот сердечнососудистых структур с права на лево на 180°. Органы брюшной полости расположены обычно. Такое расположение органов расценено как левосформированное леворасположенное сердце.

Ключевые слова: аномалии, врожденные, положение сердца.

Стаття надійшла 15.10.12 р.

temporal cardio-stimulation so we decided to make an urgent implantation of permanent artificial pacemaker (APM). The anomaly of heart location was suspected during this operation. Not typical position of the heart was shown on cavography. The trunk of v. cava superior together with the right section of the heart was in the far left position. The aorta was located to the right. There was a turn of cardiovascular structures from right to left in 180°. There was no disposition of abdominal organs. Such a disposition of heart was considered as left-formed left-located heart.

Key words: anomaly, innate, position of heart.

Рецензент проф. Лігоненко О.В.

УДК 616.314 – 089.23+613.955+504.054

О.М. Рожко-Гуничак, *В.И. Нещирякко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, *Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ

МЕТОДИКА ПРЕОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ

Було обстежено та проліковано 140 дітей 7 років, які проживають в екологічно несприятливих умовах з патологією прикусу в сагітальній площині. Нами було сформовано 3 групи дітей: 1 група – 60 дітей, які лікувалися вдосконаленою методикою (шини-капи); 2 група – 60 дітей, які лікувалися загальновідомою методикою; 3 група – 20 дітей, контрольна. Проведене преортодонтичне лікування за удосконаленою методикою з використанням індивідуальних шин-кап доводить ефективність методу що виражається в попередженні розвитку та профілактиці деформацій у дітей які проживають в екологічно несприятливих умовах.

Ключові слова: діти, преортодонтичне лікування, зубощелепні аномалії, артикулятор, шина-капа.

Робота є фрагментом планової науково-дослідної тематики кафедри стоматології факультету післядипломної освіти та кафедри біологічної і медичної хімії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України «Вивчення стану стоматологічного здоров'я населення західного регіону України та розробка пропозицій щодо його збереження та покращення» (номер держ. реєстрації 0107U004631).

На сучасному етапі розвитку ортодонтії досягнуто значних успіхів у лікуванні зубощелепних деформацій у дітей завдяки поглибленому вивченню змін зубощелепної системи, її біомеханіки в нормі і при патології, а також розробці ортодонтичних апаратів нового покоління для лікування зубощелепних аномалій (ЗЩА) в період змінного та повного формування прикусу.

Проблемам покращення якості ортодонтичного лікування дітей присвячено багато наукових публікацій у передових стоматологічних виданнях. Значна увага в публікаціях приділяється вдосконаленню клінічних підходів до лікування ЗЩА та удосконаленню ортодонтичної апаратури.

Основними завданнями лікаря-ортодонта є визначення загально-соматичного стану здоров'я пацієнта, характеру розвитку зубощелепно-лищевого комплексу, виду аномалії, встановлення діагнозу, планування змісту й алгоритму проведення лікувально-профілактичних заходів, визначення конструкції ортодонтичного апарата, прогнозування терміну, характеру і результату лікування, а також періоду реабілітації [1, 2, 3]. Успіх у наданні ефективної ортодонтичної допомоги дітям, у першу чергу, пов'язані з досягненнями у вивченні біомеханіки і створенню ефективних апаратів для ортодонтичного лікування. Використання найновіших досягнень в стоматологічному матеріалознавстві, сучасних засобів медичної техніки, новітніх досягнень комп'ютерних технологій дозволяє швидко вирішувати найскладніші клінічні ситуації у лікуванні зубощелепних деформацій і аномалій [4]. Але в той же час велика кількість запропонованих апаратів характеризуються значною складністю при виготовленні та користуванні й порушенням естетичного вигляду. Тому виникає необхідність вдосконалення ортодонтичних апаратів [5, 6].

Метою роботи було підвищення ефективності преортодонтичного лікування дітей, які проживають в різних екологічних несприятливих умовах із патологією прикусу в сагітальній площині шляхом удосконалення методу лікування та комплексного підходу до ортодонтичного лікування.

Матеріал та методи дослідження. Проведено лікування та спостереження за 140 дітьми, які були розподілені на групи у залежності від методу лікування та термінів спостереження. Преортодонтичне лікування проводили у 1-ій групі – 60 дітей, яким за вдосконаленою методикою були виготовлені шини-капи. Попередньо, до початку лікування, проводили обстеження дітей та встановлювали вид патології, визначали діагноз. Розроблена методика виготовлення тимчасових шин-кап (патент на корисну модель № 26418 від 25.09.2007 р.). Для контролю виділили групу з 20 дітей без зубощелепних аномалій.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведених клінічних досліджень дітей, які проживають у різних екологічних умовах Прикарпаття, експериментальних досліджень на тваринах по