

Резюме

Ковалева Е.И. *Биокулярные функции у больных с двухсторонней артификацией с симметричной рефракцией парных глаз и оперированных по методике монокулярного зрения.*

Определены причины декомпенсации бинокулярного зрения у больных с двусторонней артификацией с симметричной рефракцией парных глаз и оперированных по методике монокулярного зрения (моновизи).

Показано, что у пациентов с артификацией и односторонней псевдомипией, факторами декомпенсации бинокулярного взаимодействия при зрении на различных расстояниях являются дисбаланс в моторной системе глаз более 10 ПР ДПТР в сочетании с анизейконией более 4,0%.

Ключевые слова: артификация, анизетропия, бинокулярное зрение.

Резюме

Ковальова Є.І. *Біокулярні функції у хворих з двостороннім артіфакією з симетричною рефракцією парних очей і оперованих за методикою монокулярного зору.*

Визначено причини декомпенсації біокулярного зору у хворих з двосторонньою артіфакією з симетричною рефракцією парних очей і оперованих за методикою монокулярного зору (моновіжн).

Показано, що у пацієнтів з артіфакією і односторонньої псевдоміопії, факторами декомпенсації біокулярного взаємодії при зорі на різних відстанях є дисбаланс в моторній системі очей більше 10 ПР дптр у поєднанні з анізейконією більше 4,0%.

Ключові слова: Артіфакія, анізетропія, біокулярний зір.

Summary

Kovaleva E. *Binocular function in patients with bilateral pseudophakia with symmetrical refraction in fellow eyes and operated by the method of monocular vision.*

Determine the cause of decompensation of binocular vision in patients with bilateral pseudophakia with symmetrical refraction in fellow eyes and operated by the method of monocular vision (monovizhn).

It is shown that in patients with unilateral pseudophakia and pseudomyopia, factors decompensation binocular interaction in vision at different distances is an imbalance in the motor system of the eye for more than 10 dpt aniseikonia in combination with more than 4,0%

Key words: pseudophakia, anisometropia, binocular vision.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М.Петруня

УДК 615.24:[161/342-002.44+616.12-008.331.1]

**ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ
ХОЛЕЦИСТИТ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У
СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

К.М. Компанієць

ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Вступ

Високу частоту поєднання хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) пов'язують, зі спільними факторами ризику, в тому числі, крім традиційних, наявністю стресових факторів та психосоматичних розладів [1-11].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана в відповідності з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і є фрагментом теми НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини: "Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією" (№ держреєстрації 0106U0010837).

Метою дослідження було вивчення психодіагностичних показників у хворих з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця,

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведено комплексне обстеження 327 хворих з ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС. Верифікацію ХНХ здійснювали відповідно з Наказом МОЗ України № 271 (2005), ІХС - Наказом МОЗ України № 436 (2006) та рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2010). Якість життя (ЯЖ) хворих із коморбідною патологією визначалась за допомогою опитувальника "MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey" (SF-36), структура якого має 36 пунктів, що згруповані у вісім шкал та об'єднанні в 2 сумарних вимірю-

ваннях - фізичний (1-4 шкали) та психічний (5-8 шкали) компонент здоров'я. Психодіагностичні методики склалися зі шкали Зунга для самооцінки депресії, опитувальника ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера - Ханіна, що дозволяє визначати рівень тривоги в даний час (реактивна тривога як стан) і особистісної тривожності (як стабільної характеристики людини), опитувальника відношення до хвороби (внутрішня картина хвороби); шкали госпітальної тривожності та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); наявність та виразність депресії оцінювали за шкалою Бека. Анкетування пацієнтів за шкалою депресії Зунга включало розпитування за 20 пунктами, відповідь на які за частотою виникнення тієї чи іншої ознаки ранжирована в градаціях: "ніколи або дуже рідко", "рідко", "часто", "більшу частину часу або постійно". Потім виконували підрахунок сумарної кількості балів за формулою. При цьому кількість балів до 50 розцінювалась як стан без депресії; 50-59 балів - легка депресія ситуативного або невротичного генезу; 60-69 балів - субдепресивний стан або маскована депресія (значне зниження настрою), більш 70 балів - депресивний стан. За шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера - Ханіна. Хворим пропонувалось відповісти на питання анкети, указав, як вони себе почувають в даний час (реактивна тривожність) та зазвичай (особистісна тривожність). Кількість балів підраховувалась, виходячи з формул, що додаються до опитувальника. Сума балів до 30 свідчила про низький ступінь, від 31 до 45 - помірний та більш 45 - високий ступінь тривожності. Для оцінки типів психічного реагування на хворобу пацієнтів опитували за допомогою опитувальника відношення до хвороби з використанням анкети, що дозволяє виявити його думку по 12 розділам: самопочуття, настроїв, сон та пробудження від сну, апетит та відношення до їжі, хвороби, лікування, лікарів та медичного персоналу, рідних та близьких, роботи (навчання), оточуючих, самотності, майбутнього. На підставі відповідей пацієнт відносився до групи за типом особистісного відношення до хвороби. Для виявлення ознак соматизації використову-

вали шкалу шпитальної тривожності та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) та тест (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15). Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS має дві підшкали для окремої оцінки тривоги та депресії у пацієнтів, які госпіталізуються у соматичні стаціонари. Хворий вибирає одну відповідь з чотирьох наданих варіантів для кожного питання. Оцінка 0-7 балів відповідає відсутності тривоги та депресії, 8-10 балів - розцінюється як приміжне значення, 11-21 бал - як патологія, тобто наявність тривоги та депресії. Згідно опитувальника PHQ-15 пацієнт повинен оцінити за останні 4 тижні як сильно його турбують перераховані проблеми в 15 пунктах: "зовсім не турбують", "трохи турбують" та "сильно турбують". На основі цього визначається рівень тяжкості соматичних порушень: 0-4 - мінімальний, 5-9 - низький, 10-14 - середній, 15-30 - високий. Шкала самооцінки Бека призначена для виявлення та оцінки ступеня депресії. Оцінка 0-10 балів відповідає відсутності депресії, 11-17 балів - м'якій депресії, 18-24 бали - помірній та понад 24 бала - тяжкій депресії.

Отримані результати та їх обговорення

На підставі вивчення анамнезу у хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС в 95,4% випадків встановлено наявність стресових чинників, а саме: проблеми працевлаштування, в родині, хвороби рідних, конфліктні ситуації на роботі, що приводили до інсомнії, тривожним розладам. У хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС простежувалися порушення нічного сну (256 хворих - 78,4%), швидка розумова та фізична стомлюваність (295 хворих - 90,1%), немотивований сум (133 хворих - 40,7%), тривожність (202 хворих - 61,9%), депресія (158 хворих 48,4%), зниження апетиту (173 хворих - 53,0%), серцебиття (170 хворих - 51,9%). У 230 хворих (70,2%) спостерігалася симптоматика іпохондричного або тривожно-іпохондричного регістру.

Нами були отримані дані про достовірне зниження ЯЖ у хворих з ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС по усім шкалам опитувальника SF-36. Результати сумарного вимірювання опитувальника ("Фізичний компонент здоров'я

(Physical health - PH)" та "Психологічний компонент здоров'я (Mental Health - MH)" складала 39,2±1,4 (норма - 53,7±1,2) та 37,5±1,3 (норма - 47,6±1,6) відповідно ($p < 0,05$).

При проведенні анкетування за шкалою Зунга встановлено, що ознаки депресії були присутні у 113 хворих (34,5%). В той же час звертає увагу високий рівень помірної замаскованої та легкої депресії (9,2% та 23,1% відповідно); виражена депресія була виявлена лише у 3,9% хворих.

В обстежених хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS рівень тривоги становив у середньому 17,8±6,9 балів, рівень депресії - 12,1±3,1 балів, що відповідало наявності тривоги та депресії, які були виявлені у 192 (58,6%) та 95 (29,0%) пацієнтів відповідно. Результати опитування хворих на коморбідну патологію за шкалою Спілбергера-Ханіна показали переважання хворих з середнім та високим ступенем як реактивної (108 пацієнтів - 33,1% та 95 пацієнтів - 28,9% відповідно), так й особистісної тривожності (168 пацієнтів - 51,3% та 49 пацієнтів - 12,7% відповідно). За допомогою опитувальника відношення до хвороби у хворих на сполучену патологію визначено, що лише 113 осіб (34,6%) адекватно відносились до свого захворювання та мали тверезу оцінку свого стану, тривожний та неврастенічний типи реагування на хворобу реєструвалися в (18,4%) та (16,2%) відповідно.

Таким чином, при аналізі характеристик психологічного статусу реєструвалося погіршення психологічного стану пацієнтів на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС: рівень депресії в середньому складав 58,9±2,0 балів; особистісної тривожності - 34,0±1,7 балів; ситуативної тривожності - 35,5±1,9 балів. У 62 хворих зі сполученою патологією (18,9%) середня оцінка за шкалою Бека складала 11,9±8,2 балів, що відповідало рівню м'якої депресії, 43 пацієнти (13,2%) відмічали наявність депресії помірного ступеня, у решти хворих депресивна симптоматика була відсутня.

Висновки

1. У хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця спос-

терігалася наявність іпохондричного або тривожно-іпохондричного синдрому, які нами розглядалися як один із патогенетичних факторів, що негативно впливав на перебіг коморбідної патології.

2. Надалі ми плануємо вивчення впливу настоянки календули та кораргіну на психосоматичні показники у хворих з коморбідною патологією.

Література

1. Белоусова Е. А. Всемирный конгресс по гастроэнтерологии (Монреаль, 2005) / Е. А. Белоусова // Фарматека. - 2006. - № 1. - С. 17-21.
2. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів / М.В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2000. - № 2. - С.53-55.
3. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М. Горбась, І.П. Смирнова // Український кардіологічний журнал. - Спеціальний випуск. - 2006. - С.44-48.
4. Грищенко І.І. Хронічні хвороби жовчовивідної системи - проблеми діагностики / І.І. Грищенко, С.В. Косинська, В.І. Залевський // Сучасна гастроентерологія. - 2001. - №3 (5). - С. 37-42.
5. Жербиніна М.Б. Взаємозв'язок функціональних біліарних розладів та стану вегетативної нервової системи / М.Б. Жербиніна, Е.І. Литвяк // Гастроентерологія : міжвідомчий збірник. - Дніпропетровськ. - Вип.35. - 2004. - С.130-135.
6. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение / А.В. Калинин // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2002. - № 3. - С. 25-34.
7. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скурда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія : міжвід. збірник. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3-9.
8. Хрынюк О.Б. Заболеваемость органов сердечно-сосудистой системы и органов желудочно-кишечного тракта на терапевтическом участке / О.Б. Хрынюк // Научный вестник Тюменской медицинской академии. - 2000. - № 4. - С.86.
9. Шептулин А.А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного со-

вещания "Маастрихт-3" (По материалам Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Монреале и Европейской недели гастроэнтерологов в Копенгагене) / А.А. Шептулин, В.А. Киприанис // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2006. - № 2. - С.88-91.

10. Moseley R.H. Liver and biliary tracts / R.H. Moseley // Curr. Opin. Gastroenterol. - 2003. - V. 19. - P.185-193.

11. Malfertheiner P. Maastricht guidelines an evolving concept / P. Malfertheiner // Maastricht-3 Guidelines for Helicobacter pylori infection. - 13 United European Gastroenterology Week. - Copenhagen, 2005.

Резюме

Компанієць К. М. Психодіагностичні показники у хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця.

У хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця спостерігалася наявність іпохондричного або тривожно-іпохондричного синдрому, що негативно впливали на перебіг коморбідної патології.

Ключові слова: хронічний некалькульозний холецистит, ішемічна хвороба серця, іпохондричний, тривожно-іпохондричний синдроми.

Резюме

Компанієць К.Н. Психодіагностические показатели у больных хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца.

У больных хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца наблюдалось наличие ипохондрического или тревожно-ипохондрического синдромов, что негативно влияло на течение коморбидной патологии.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, ишемическая болезнь сердца, ипохондрический, тревожно-ипохондрический синдромы.

Summary

Kompaniets K.N. Psychodiagnostical indexes of patients with chronic uncalculous cholecystitis combined with ischemic heart disease and helicobacter pylori infection.

At patients with chronic uncalculous cholecystitis combined with ischemic heart disease and helicobacter pylori infection were present hypochondric or anxious syndromes, witch has a negative influence on the clinic of comorbide pathology.

Key words: chronic uncalculous cholecystitis, ischemic heart disease, hypochondric syndrome, anxious syndrome.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

УДК 591.471.42:615.37"46"

СТРОЕНИЕ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОФОСФАНА И ЦИКЛОФЕРОНА

Н.В.Левченко

ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"

Введение

В условиях техногенного загрязнения окружающей среды резко возрастает вероятность развития различных иммунодефицитных состояний [3, 4, 9], которые требуют коррекции, а, зачастую, и иммунопрофилактических мероприятий. При этом известно, что костная система активно реагирует на влияние различных как внешнесредовых, так и эндогенных факторов. Известно, что на морфогенез костной системы влияет и состояние иммунной системы организма [2]. Имеются единичные сведения и влияния иммунопрофилактических мероприятий на рост нижней челюсти, ее прочностные характеристики [6, 7]. Однако сведения о гистологическом строении резца нижней челюсти в условиях различного состояния клеточного звена иммунитета в доступной литературе практически отсутствуют.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) ГЗ "Луганский государственный медицинский университет" и является фрагментом НИР "Морфогенез органов эндокринной, иммунной и костной систем под воздействием экологических факторов" (№ государственной регистрации 0110U005043).

Цель данного исследования: изучить особенности гистологического строения резца нижней челюсти на поперечном срезе на уровне 3-го моляра у белых крыс различного возраста после введения им циклоферона и циклофосфана.

Материал и методы исследования

Эксперимент был проведен на 180 белых крысах трех возрастных групп: неполовозрелых (исходной массой 35-40 г), половозре-