

ХВГВ характеризувався більш тривалим перебігом (середня тривалість інфікування 11-12 років, порівняно з хворими у в імуноактивній фазі (5 років),  $p < 0,05$ ). У дітей в імуноактивній фазі та фазі уникнення імунної відповіді ХВГВ перебігає переважно з низькою та мінімальною активністю. Фібротичні зміни у дітей з ХВГВ залежать від ступеню активності та фази інфекційного процесу (в імуноактивній фазі та при «мутантному» гепатиті більш виражені зміни порівняно з фазою імунного контролю та імуноотлєрантною фазою,  $p < 0,05$ ), про що свідчить величина індексу APRI ( $p < 0,05$ ). Аналізуючи низку показників (віремію, стадію захворювання та ступінь активності патологічного процесу), нами виявлено відсутність залежності між рівнем віремії та розвитком фібротичних змін, що свідчить про перевагу імунних механізмів у патогенезі ушкодження печінки при ХВГВ.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз дозволяє констатувати, що клінічні прояви ХВГВ у дітей характеризуються мінімальною вираженістю і великою варіабельністю. Тому, клінічні симптоми не можуть бути критеріями тяжкості патологічного процесу і мають швидше діагностичний характер. Строки прогресування фіброзу печінки у дитячому віці залежать як від індивідуальних особливостей пацієнта, так і від факторів вірусу. Своєчасна діагностика і протівірусна терапія дозволить знизити частоту розвитку тяжких ускладнень.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ, ПАТОГЕНЕЗУ, КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРИХ З АБРАЗИВНИМ ПРЕКАНЦЕРОЗНИМ ХЕЙЛІТОМ МАНГАНОТТІ**

*Васильченко І.Я., Карпенко О.О., Малахов О.О.*

**Наукові керівники: проф. Скрипникова Т.П., к.мед.н., доц. Ступак О.П.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність дослідження обумовлена тим, що розповсюдженість уражень слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ злєякісними новоутвореннями становлять 10-15% відсотків від усіх онкологічних захворювань людини. Передракові ураження відрізняються від ракових лише однією чи декількома клінічними або гістологічними ознаками.

Етіологія даного захворювання не визначена. Воно може бути спричинено дією механічної хронічної травми, постійною дією інсоляції, авітамінозом А та Е, захворюваннями органів шлунково-кишкового тракту тощо.

Метою нашої роботи було унаочнення факторів етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики хворих з абразивним преанцерозним хейлітом Манганотті.

Матеріали та методи нашого дослідження ґрунтувались на результатах інформаційно-аналітичного пошуку та власних спостережень.

Згідно результатів проведених нами досліджень, була проведена діагностика, диференційна діагностика, визначення діагнозу та методів лікування хворих.

Хворі з'явилися зі скаргами на наявність висипу на нижньої губі. Лікувалися самостійно або використовували протизапальні мазі, наприклад «Гідрокортизонову», які навпаки сповільнювали епітелізацією ерозій.

При об'єктивному дослідженні у хворих на червоній облямівці нижньої губи була виявлена, як правило, ерозія, червоного кольору з гладкою поверхнею, кров'яні згустки.

При дослідженні мазка-зішкріба цитологічна картина була характерною: еритроцити, лейкоцити, зроговілий епітелій. При проведенні диференційної діагностики враховувалось, що при ерозивних формах червоного вовчаку спостерігаються ерозії, еритеми, гіперкератоз, рубцева атрофія; при ерозивно-плескатій формі червоного плескатою лишаю – ерозії на фоні папул білувато-сірого кольору. При пухирчатці позитивний симптом Нікольського, ураження слизової оболонки, в мазках-відбитках – акантолітичні клітини Тцанка. При ексудативній еритемі – гострий початок, яскрава еритема, набряк та сірий наліт.

Тому, проведений аналіз клінічних ознак абразивного преанцерозного хейліту Манганотті допоможе своєчасній його діагностиці, що сприятиме попередженню онкологічного занедбаних випадків у хворих.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ**

***Васильчик А.А., Дрофич Р.Ю., Литовченко С.П., Барабаш О.О.,  
Павелко Я.І., Жовтюк М.В.***

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Кітура О.Є.**

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з  
шкірними та венеричними хворобами*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) обумовлена порушенням моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту. Як відомо, функціональний стан органів травлення тісно пов'язаний із психологічним статусом пацієнта. Враховуючи підвищення захворюваності, особливо серед пацієнтів молодого та середнього віку, вивчення психологічних особливостей та якості життя (ЯЖ) хворих на ГЕРХ являється актуальним.

Мета роботи. Оцінити ЯЖ та ступінь вираженості тривожних розладів у хворих на ерозивну ГЕРХ.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження було включено 38 пацієнтів з неерозивною ГЕРХ, з них 16 жінок та 22 чоловіків. Середній вік склав  $39,4 \pm 7,4$  роки, тривалість захворювання –  $1,8 \pm 0,8$  років. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Діагноз ГЕРХ встановлений згід-