

особистості та пізнавальні здібності здобувача – професійну мову, пам'ять, мислення, розкривають індивідуальні можливості кожного студента і визначають умови для їх прояву і розвитку, сприяють ефективному засвоєнню великого обсягу навчальної інформації.

**Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Доленко О.Б.,  
Попело Ю.В., Коротич Н.М.**  
Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

## **ОСНОВНІ ЗОВНІШНІ І ВНУТРІШНІ НЕСПРИЯТЛИВІ ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРЕНХІМАТОЗНОГО ПАРОТИТУ У ДІТЕЙ**

Хронічний паренхіматозний паротит діагностується найчастіше серед всіх нозологічних форм сіаладенітів у дітей. Його виникнення, а тим паче причину активізації запального процесу в привушній залозі встановити неможливо, адже навіть при його перших клінічних проявах в залозах виявляють зміни, які характерні для хронічного перебігу захворювання.

**Мета роботи.** Встановити роль основних несприятливих чинників зовнішнього і внутрішнього походження в загостренні хронічного паренхіматозного паротиту у дітей.

**Матеріали і методи.** Нами обстежено 65 дітей в період загострення хронічного паренхіматозного паротиту. При зборі анамнезу захворювання і виборі методик обстеження для встановлення ролі основних провокуючих факторів звертали увагу на вплив провідних зовнішніх та внутрішніх чинників, якісні і кількісні характеристики мікроорганізмів виділених з паротидного секрету.

**Результати та їх обговорення.** На підставі всебічного обстеження нами встановлено, що найчастіше загострення хронічного запалення в привушних залозах провокувалося ГРВі, що виникало на фоні переохолодження (22 дитини – 33,8%), у 18- (27,7%) це супроводжувалося гострим тонзилітом, або черговим загостренням хронічного, у 12- (18,5%) воно співпадало з загостренням загально соматичних захворювань (бронхо-легеневої системи, шлунково-кишкового тракту, сечо-статевої системи, гнійничковими захворюваннями шкіри). У 5 пацієнтів (7,7%) прослідковувалося поєднання двох соматичних захворювань і у 8 випадках (12,3%) провокуючих чинників встановити не вдалося.

Під час загострення паротиту при бактеріологічному дослідженні паротидного секрету золотистий стафілокок було виділено із 23 посівів (35,4%), який лізувався фагами 1,2 і 3 груп, у 16 випадках (24,65%) виділено гемолітичні стрептококи і у 9-13,8% - негомолітичні. У 6 дітей (9,2%) виділені епідермальні стафілококи, а змішана мікрофлора була виявлена у 7 осіб (10,8%) і у 4-6,2% росту бактеріальних колоній не встановлено.

При цьому плазмокоагулюючі стафілококи і гемолітичні стрептококи проявляли гемолітичну, фібрінолітичну та гіалуронідазну активність.

Коагулонегативні стафілококи мали незначну гемолітичну активність. Кількісні параметри мікроорганізмів засвідчили, що патогенні і непатогенні штами бактерій висівалися в концентрації  $10^6$ - $10^7$  в перерахунок на 1 мл паротидного секрету.

**Висновок.** Таким чином, головними провокуючими чинниками загострення хронічного паренхіматозного паротиту у дітей являються ГРВі, яке виникало на тлі переохолодження, гострі захворювання ЛОР-органів та загострення хронічних соматичних захворювань. Активізація запального процесу в привушних залозах супроводжувалася активізацією біологічних властивостей мікроорганізмів в паротидному секреті та підвищенням їх кількості. Це вказує на причетність до виникнення чергових загострень в привушній залозі як зовнішніх, так і внутрішніх несприятливих факторів.

Токарук Н.С., Юрах Г.Ю., Попадинець О.Г., Юрах О.М., Котик Т.Л.,  
Гришук М.І.  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
м.Івано-Франківськ

### МОРФОЛОГІЧНІ, МОРФОМЕТРИЧНІ ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ПРОЯВИ ПЕРЕБУДОВИ УРОТЕЛІО СЕЧОВОГО МІХУРА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

За даними Міжнародної федерації діабету кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) неухильно зростає. Перебудова уротеліо при ЦД вивчена недостатньо, особливо це стосується його метричних характеристик та кластерної структури.

**Мета.** Провести морфометричний і кластерний аналіз клітин уротеліо сечового міхура щурів лінії Вістар і на основі світлооптичного та ультраструктурного дослідження обґрунтувати результати цих досліджень як в нормі, так і на етапах розвитку стрептозотоцинового ЦД.

**Результати.** Агломеративним ієрархічним методом кластеризації Варда було отримано 4 кластери (КЛ) уротеліоцитів сечового міхура. Методом кластеризації k-середніх визначені їхні морфометричні показники. Досліджено, що площа профільного поля уротеліоцитів та їхніх ядер зростає з кожним наступним КЛ, що вказує на те, що найменш диференційованими є уротеліоцити КЛ 1, а найбільш диференційованими – КЛ 4. КЛ 2 і КЛ 3 – це уротеліоцити проміжного шару уротеліо, які є мігруючими клітинами, що диференціюються.

Серед проміжних клітин ми виділили клітини КЛ 3 – це високодиференційовані клітини, що знаходяться під парасольковими і характеризують кінцевий етап диференціації проміжних уротеліоцитів. Клітини КЛ 2 – це помірнодиференційовані клітини, які вказують на початковий етап диференціації.

Встановлено, що в нормі наявна певна функціональна рівновага між клітинами КЛ 1 і 4 та КЛ 2 і 3.