

Summary

DEPENDENCE OF ALEXITHYMIA INTENSITY ON COMPONENTS OF PSYCHOSOCIAL ADAPTATION IN MEN WITH PSYCHOTROPIC SUBSTANCE USE DISORDERS

Boiko D.I.

Key words: alexithymia, substance use disorder, psychosocial adaptation, difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, externally oriented thinking.

Introduction. Levels of alexithymia and psychosocial adaptation can influence on the treatment and rehabilitation of patients with substance use disorders. The investigation of the state of the adaptation system is often used to examine these patients, despite its complexity and multilevel character. It is still unclear what characteristics of psychosocial adaptation may indicate increasing level of alexithymia. Therefore the aim of this study is to investigate their association for future prediction of alexithymia level in men with substance use disorders. **Methods.** We examined 28 men who took the treatment at the detoxication therapy stage. We studied severity of alexithymia by Russian version of the Toronto Alexithymia Scale and analyzed peculiarities of psycho-social adaptation by C.R. Rogers and R.F. Dymond methods. To analyze the dependence between variances, multiple linear regression with Akaike information criteria and stepwise variable method was used. **Results.** The average level of alexithymia in the subjects was 57.6 ± 14.1 scores: it points out an elevated severity of the condition. The patients have “difficulty identifying feelings” at 18.9 ± 6.6 scores, “difficulty describing feelings” at 13.7 ± 4.9 scores and “externally oriented thinking” at 25.04 ± 5.4 scores. The average levels of the subscales of the psychosocial adaptation questionnaire demonstrate no difference from normal values, but integral indices were increased. After stepwise variable method we selected the minimum set of factor characteristics associated with the original variable. Two factors related to the level of alexithymia were identified: internality and emotional comfort. The analysis shows the adequacy of the linear two-factor model for predicting the level of alexithymia in men with substance use disorders that based on values of internality and emotional comfort. **Conclusion.** We found that increased level of internality and emotional comfort in men with substance use disorders can predict an elevating level of alexithymia.

DOI 10.31718/2077–1096.21.3.52

УДК 616.314.17-002-071-085

Васько М.Ю., Ткаченко І.М., Коваленко В.В., Павленкова О.В., Павленко С.А.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ ІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Запальні захворювання тканин пародонту - одні з найбільш поширених захворювань серед усіх вікових груп населення. Дана патологія має складну етіологію, та неоднозначне трактування його патогенетичних механізмів, тому підхід до оцінки пародонтиту повинен бути комплексним. *Мета дослідження* - оцінити стан тканин пародонту у пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом ІІ ступеня тяжкості та відсутньою або компенсованою соматичною патологією. *Матеріали та методи.* Було обстежено 20 пацієнтів віком від 35 до 45 років із встановленим діагнозом хронічний генералізований пародонтит ІІ ступеня тяжкості та відсутньою або компенсованою соматичною патологією. Пацієнтам проводили комплексне пародонтологічне обстеження, що включало визначення гігієнічних, гінгівальних та пародонтальних індексів, заповнення пародонтальної карти із вимірюванням глибини пародонтальних кишень, рівня ясенного краю, втрати клінічного прикріплення та кровоточивості при зондуванні. *Результати дослідження.* Середнє значення гігієнічного індексу Гріна-Вермільйона серед досліджуваної групи склало – 2,16, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу - 56%, а пародонтального індексу Рассела - 3,4 бали. Середнє значення глибини пародонтальних кишень склало 3,75, а втрати клінічного прикріплення - 4,12. Середній показник індексу кровоточивості ясен Мюллемана у обстежених склав 4,1. *Висновки.* Таким чином, комплексний підхід до оцінки стану тканин пародонту сприяє покращенню розуміння епідеміології, особливостей перебігу та прогнозування наслідків хронічного генералізованого пародонтиту ІІ ступеня тяжкості.

Ключові слова: пародонтит, пародонтальна кишеня, кровоточивість, запальні захворювання, гігієна порожнини рота

Робота є фрагментом НДР за державним замовленням «Внесок компонентів молекулярного годинника в ураження тканин пародонту при його запальних захворюваннях для розробки методів профілактики та лікування» (державна реєстрація №0120U101151).

Запальні захворювання тканин пародонту - одні з найбільш поширених захворювань не тільки серед осіб похилого та старечого віку, а й серед дорослого працездатного та молодого населення. За даними ВООЗ, поширеність за-

хворювань тканин пародонту у людей у віці 35-40 років становить 94,3%. Хвороби пародонту діагностуються з кожним роком усе частіше й у структурі стоматологічних захворювань займають друге місце після карієсу. Значна пошире-

ність захворювань тканин пародонта зумовлена багатьма факторами і являє собою досить актуальну медико-соціальну проблему у стоматології [2,3,4,5,8,9].

Окрім високої поширеності, перебіг захворювань тканин пародонту на ранніх етапах характеризується слабо вираженою симптоматикою. Тому в багатьох випадках пацієнти звертаються до стоматолога занадто пізно, в той час як хвороба вже не підлягає зворотному розвитку. Для дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонту характерна схильність до швидкого хвилеподібного прогресування, що призводить до створення вогнищ хронічної інфекції, зниження резистентності організму, розвитку сенсibiliзації організму хворого до мікроорганізмів. [7,9,11].

Захворювання пародонта є основною причиною ранньої втрати зубів нетравматичного генезу у середніх і старших вікових групах населення. Запальний процес, який першочергово ініціюється в яснах, розповсюджується на весь пародонтальний комплекс, спричинюючи резорбцію кісткової тканини, руйнування утримуючого апарата зуба, утворення пародонтальної кишені та передчасну втрату або видалення зубів. Це призводить до виникнення деформацій та зниження функціональних можливостей зубощелепної системи [1,4,11].

До того ж, хронічний генералізований пародонтит викликає не лише місцеві зміни, але й за рахунок хронізації процесу та циркуляції пародонтопатогенів в системному кровообігу сприяє виникненню та прогресуванню загальносоматичної патології. Це все в підсумку сприяє зниженню якості життя та призводить до порушення працездатності [2,3,11].

Згідно сучасних уявлень, хронічний генералізований пародонтит – це мультифакторне захворювання, що виникає під впливом несприятливого кумулятивного впливу екзогенних загальних і місцевих факторів (інфекційних агентів біоплівки, аномалій прикріплення вуздечок, дефектів пломбування, протезування, аномалій положення зубів, порушення прикусу), ендогенних впливів (захворювань ШКТ, гормональних порушень, хвороб крові), інфекційно-індуковане імунним пошкодженням пародонтального комплексу з великою ймовірністю генетичної схильності. Комбінований вплив загальних і місцевих факторів знаходиться у складному взаємозв'язку [4,5,6,10].

Дане захворювання являється результатом порушення рівноваги між факторами агресії (пародонтопатогенами) та факторами захисту порожнини рота та пародонтального комплексу. Стан захисно-компенсаторних механізмів пародонтального комплексу і організму в цілому визначає ступінь поширення та інтенсив-

ність перебігу запального процесу. Тобто, сприйнятливості макроорганізму є критичним елементом для ініціації і прогресування захворювання [1,2,3,4,8,9,11].

Дана патологія має складну етіологію, та неоднозначне трактування його патогенетичних механізмів, серед яких виявляють інфекційну, імунну, запальну, обмінну психонейроендокринну та інші складові. На сьогоднішній момент визначені основні етіологічні чинники виникнення захворювань пародонта, вивчені окремі патогенетичні ланки розвитку. Проте аналіз сучасних даних літератури свідчить, що за останні 10–15 років розповсюдженість захворювань пародонту значно підвищилась, особливо в підлітків та осіб молодого віку. Це нашоєму на думку про те, що донозологічна діагностика відсутня, існуючі методи їх прогнозування і профілактики недосконалі, а методи лікування та реабілітації – недостатньо ефективні [5,7,10].

Незважаючи на значні досягнення у стоматології, вдосконалення методів діагностики та лікування, впровадження новітніх медичних технологій, зберігається тенденція до збільшення частоти рецидивів пародонтиту з наростанням тяжкості перебігу запального процесу. За даними ВООЗ (2008), в нашій країні за 10-річний період так і не відбулося істотного зниження кількості осіб з патологією пародонту [1,6,11].

У зв'язку з цим проблема підвищення ефективності діагностики, профілактики і лікування, особливо початкових форм захворювань пародонту, не втрачає своєї актуальності. Багатовимірний підхід до оцінки пародонтиту сприяв би покращенню розуміння його епідеміології та наслідків [6,7,10].

Мета дослідження

Оцінити стан тканин пародонту у пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості та відсутньою або компенсованою соматичною патологією.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами було проведено обстеження 20 пацієнтів із встановленим діагнозом хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості та відсутньою або компенсованою соматичною патологією. Серед них – 11 чоловіків (55%) та 9 жінок (45%) віком від 35 до 45 років. Нами була обрана середня доросла вікова група, щоб виключити вплив інволютивних змін пародонтального комплексу та всього організму, які виникають після 45 років.

Пацієнти включалися в дане дослідження відповідно до наступних критеріїв.

1. Підписання інформованої згоди.
2. Наявність мінімум 19 зубів.
3. Наявність пародонтиту (пародонтальні кишені до 4,5-5мм).
4. Особи без виявленої соматичної патології або із соматичною патологією компенсованої форми.

5. Вік пацієнтів: 35-45 років

Пацієнти виключалися з дослідження відповідно до наступних критеріїв.

1. Використання антибіотиків або протизапальних препаратів протягом попередніх 3 місяців.

2. Пародонтальна терапія протягом попередніх 6 місяців.

3. Гнійна ексудація з пародонтальних кишень.

4. Вагітність або годування груддю.

5. Наявність важких, неконтрольованих (декомпенсованих) захворювань внутрішніх органів або нервово-психічні розлади.

6. Наявність інших умов, що визначають нездатність пацієнта зрозуміти природу та можливі наслідки дослідження.

7. Неможливість тривалого спостереження.

Усім пацієнтам проводили комплексне пародонтологічне обстеження, що включало визначення гігієнічних, гінгівальних та пародонтальних індексів, заповнення пародонтальної карти із вимірюванням глибини пародонтальних кишень, рівня ясенного краю, втрати клінічного прикріплення та кровоточивості при зондуванні.

Спрощений індекс гігієни порожнини рота OHI-S, або індекс Гріна-Вермільйона (I. G. Green, I. R. Vermillion, 1964) дозволив визначити гігієнічний рівень порожнини рота, оцінюючи кількість м'якого та твердого нальоту на поверхнях наявних зубів. Для його визначення досліджували щічну поверхню 16 і 26, губну поверхню 11 і 31, язикову поверхню 36 і 46, переміщуючи кінчик зонда від ріжучого краю в напрямку ясен. При відсутності перших молярів оцінювали другий або третій моляри; за відсутності 11 і 31 зубів - 21 і 41. Оцінку проводили за шкалами зубного нальоту та зубного каменю.

Для визначення інтенсивності запалення ясен використовували папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) в модифікації С.Рамта (1960), який дозволяє оцінити тяжкість патологічного процесу в конкретних зонах ясен, а саме папілярній, маргінальній та альвеолярній. Стан ясен оцінювали навколо кожного зуба.

Для оцінки ступеня запального процесу в пародонтальному комплексі користувалися пародонтальним індексом Рассела (ПІ) (1956), який враховує не лише запальний компонент, але й ступінь деструкції кісткової тканини. Для цього визначали стан пародонту біля кожного зуба, беручи до уваги ступінь запалення, глибину ясенної кишені, наявність резорбції кісткової тканини та рухливість зубів.

При обстеженні тканин пародонта визначали глибину пародонтальних кишень (PPD) за допомогою градуйованого пародонтального зонда WHO CPI. Для цього зонд вводили в пародонтальну кишеню з контрольованим тиском ≈ 25 г, у шести точках навколо кожного зуба (мезіобукальній, середній щічній, дистобукальній, мезіолінгвальній, середньолінгвальній та дистолінгвальній). Зонд тримали паралельно поздовжній осі зуба.

Визначали рівень ясенного краю (GM) за допомогою пародонтологічного зонда як відстань від клінічного краю ясен до емалево-цементного з'єднання в шести точках навколо кожного зуба та заносили до пародонтальної карти. Розраховували втрату епітеліального прикріплення (CAL) за формулою. Отримані дані заносили до пародонтальної карти.

Для оцінки кровоточивості ясен використовували індекс кровоточивості за Мюлллеманом (SBI) (Mühlemann & Son, 1971). При цьому враховували зовнішній вигляд ясен, наявність гіперемії, набряку, кровоточивості при зондуванні, пародонтальних кишень.

Результати дослідження та їх обговорення

При оцінці гігієнічного стану порожнини рота враховували наявність м'якого, твердого над'ясенного та під'ясенного зубного нальоту. Отримані результати показали, що високий показник гігієни порожнини рота за індексом Гріна-Вермільйона (1,7-2,5 балів) спостерігався у 11 обстежених (55%), що свідчить про незадовільний стан гігієни. У 6 пацієнтів виявили поганий рівень гігієни порожнини рота (2,6-3,0 балів), що склало 30%. Задовільний стан гігієни (0,7-1,6 балів) був у 3 пацієнтів (20%), а показник добра гігієни порожнини рота не визначили ні у одного пацієнта. Розподіл пацієнтів за рівнем гігієни порожнини рота демонструє рисунок 1. Середнє значення гігієнічного індексу серед досліджуваної групи склало – 2,16. Стан гігієни порожнини рота практично у всіх пацієнтів потребував корекції.

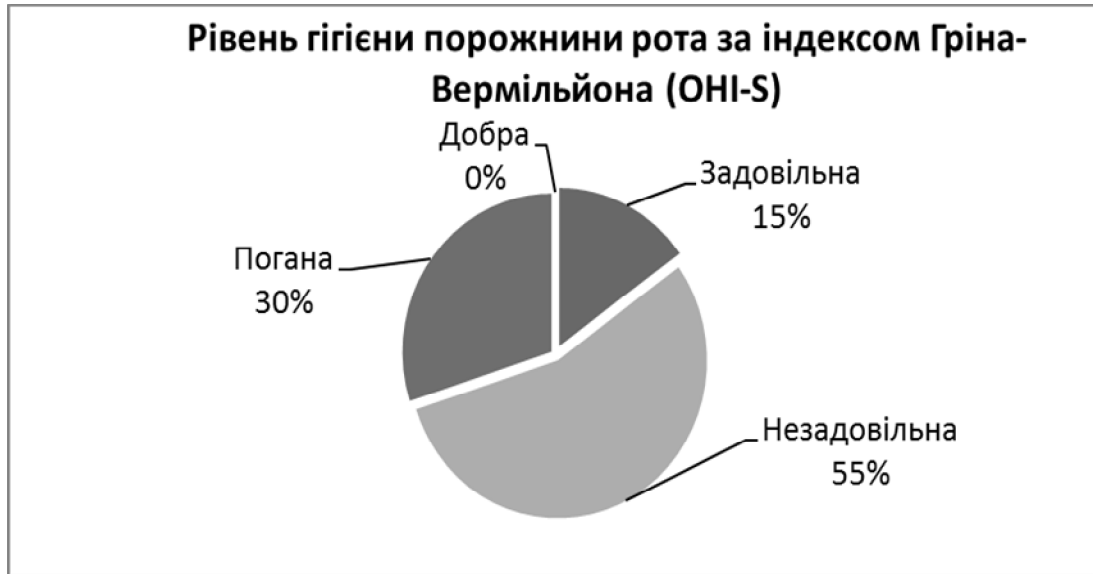


Рисунок 1

Дослідження індексу РМА. При обстеженні пацієнтів переважно відмічали запалення маргінальної частини ясен, лише в деяких випадках – ясенних сосочків та альвеолярної частини. Встановлено, що в середньому індекс РМА у даної вікової групи складає 56%, що відповідає гінгівиту важкого ступеня. При цьому значення

індексу 1-25% (гінгівіт легкий) виявлено у 1 пацієнта (5%), від 25 до 50% (гінгівіт середнього ступеня) – у 16 обстежених (80%), від 51% та вище (гінгівіт важкого ступеня) – у 3 пацієнтів (15%). Розподіл пацієнтів за ступенем запального процесу в яснах ілюструє рисунок 2.

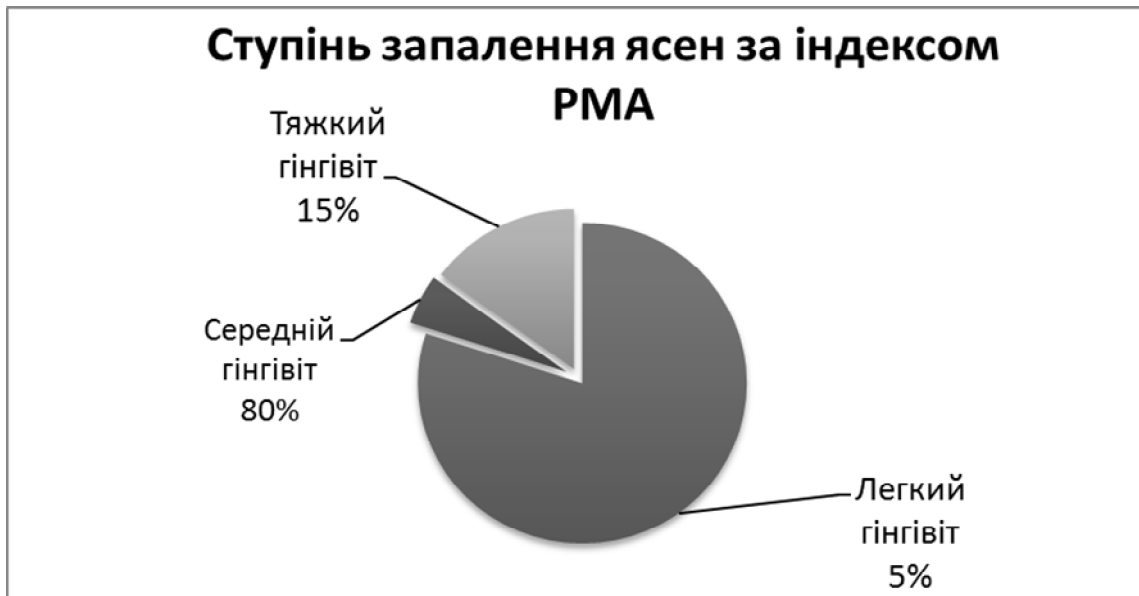


Рисунок 2

Таблиця 1

Середні показники пародонтального статусу пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості

Вік пацієнтів, років	ОHI-S, бали	РМА, %	PI, бали	PPD, мм	CAL, мм	SBI, бали
35-45 (n=20)	2,16	56	3,4	3,75	4,12	4,1

Для оцінки інтенсивності запалення в тканинах пародонту враховували тяжкість гінгівиту, наявність пародонтальних кишень, деструкцію кісткової тканини, рухомість зубів. Найбільш

високі показники пародонтального індексу Рассела у окремих пацієнтів досягали 3,9 балів. Середнє значення даного індексу у досліджуваній групі склало 3,4 бали, що оцінюється як

середній ступінь інтенсивності запалення тканин пародонту.

Слід відзначити, що середнє значення глибини пародонтальних кишень склало 3,75 мм, при цьому середні показники глибини пародонтальних кишень фронтальної групи зубів – 2,6 мм, а бокової групи зубів – 4,9 мм. Середнє значення втрати клінічного прикріплення – 4,12 мм, при чому у фронтальній групі – 3,1 мм, а у бокової – 5,14 мм.

При зондуванні пародонтальних кишень відмічали появу кровоточивості у вигляді точок, ліній або повне заповнення кишені кров'ю. Середній показник індексу кровоточивості ясен SBI у обстежених склав 4,1, що свідчить про високий рівень запального процесу.

Середнє значення показників, отриманих при клінічній оцінці пародонтального статусу пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом II та відсутньою або компенсованою соматичною патологією ілюструє таблиця 1.

Висновок

Таким чином, комплексний підхід до оцінки стану тканин пародонту сприяє покращенню розуміння епідеміології, особливостей перебігу та прогнозування наслідків хронічного генералізованого пародонтиту II ступеня тяжкості. До того ж, дана оцінка пародонтального статусу дозволяє найбільш оптимально підібрати індивідуальні схем лікування даної патології та оцінити його ефективність.

Література

1. Beloklitskaya GF, Gorgol' KO. Novyi protokol dispanserizatsii lits molodogo vozrasta (18-25 let) s zabolevaniyami tkanei

parodonta, osnovannyi na molekulyarno-geneticheskom profile [New dispensary observation protocol of young people (18–25 years old) with periodontal tissue diseases, based on molecular-genetic profile]. *Suchasna stomatologiya*. 2020;1:52-7. (Russian).

- Galiullina EF. Novye podkhody k etiologii zabolevanii parodonta v svete sovremennoi kontseptsii ikh patogeneza (obzor literatury) [New approaches to etiology of periodontal in the light of modern concepts of pathogenesis (a review of the literature)]. *Parodontologiya*. 2017;22(2):21-4. (Russian).
- Glazunov OA, Vekua ID. Suchasni ogyadi na kompleksne likuvannya generalizovanogo parodontitu (oglyad literatury) [Modern reviews on the complex treatment of generalized periodontitis (a review of the literature)]. *East Europ. Scientific J*. 2018;10(38):22-4. (Ukrainian).
- Dzampaeva ZhV. Osobennosti etiologii i patogeneza vospalitel'nykh zabolevanii parodonta [Etiology and pathogenesis features of inflammatory periodontal diseases]. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik*. 2017;5:103-10. (Russian).
- Miklyaev SV, Leonova OM, Sushchenko AV. Analiz rasprostranennosti khronicheskikh vospalitel'nykh zabolevanii tkanei parodonta [Analysis of the prevalence of chronic inflammatory diseases of periodontal tissues]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. [Internet]. 2018;2. Available from: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27454> (Russian).
- Tsepov LM, Nikolaev AI, Nesterova MM, Petrova EV. Khronicheskii generalizovannyi kataral'nyi gingivit i khronicheskii generalizovannyi parodontit: obshchie istoki, posledovatel'nyi perekhody (diskussiya) [Chronic generalized catarrhal gingivitis and chronic generalized periodontitis: common origins, sequential transition? (discussion)]. *Vestnik Smolenskoii gosudarstvennoii meditsinskoi akademii*. 2018;17(3):198-205. (Russian).
- Hashimoto M, Yamazaki T, Hamaguchi M, Morimoto T, Yamori M, Asai K, et al. Periodontitis and Porphyromonas gingivalis in preclinical stage of arthritis patients. *PLoS One*. 2015 Apr 7;10(4):e0122121.
- Ebersole JL, Graves CL, Gonzalez OA, et al. Aging, inflammation, immunity and periodontal disease. *Periodontology* 2000. 2016;72(1):54-75.
- Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Vallibhakara AS, et al. The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Dent J*. 2017;67(6):332-43.
- Persson GR. Dental geriatrics and periodontitis. *Periodontology* 2000. 2017;74(1):102-15.
- Preshaw PM, Bissett SM. Periodontitis and diabetes. *Br Dent J*. 2019 Oct;227(7):577-84.

Реферат

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Васько М.Ю., Ткаченко И.М., Коваленко В.В., Павленкова Е.В., Павленко С.А.

Ключевые слова: пародонтит, пародонтальный карман, кровоточивость, воспалительные заболевания, гигиена полости рта

Вступление. Воспалительные заболевания тканей пародонта - одни из самых распространенных заболеваний среди всех возрастных групп населения. Данная патология имеет сложную этиологию и неоднозначную трактовку его патогенетических механизмов, поэтому подход к оценке пародонтита должен быть комплексным. Цель исследования - оценить состояние тканей пародонта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом II степени тяжести и отсутствующей или компенсированной соматической патологией. Материалы и методы. Было обследовано 20 пациентов в возрасте от 35 до 45 лет с установленным диагнозом хронический генерализованный пародонтит II степени тяжести и отсутствующей или компенсированной соматической патологией. Пациентам проводили комплексное пародонтологическое обследование, включавшее определение гигиенических, гингивальных и пародонтальных индексов, заполнение пародонтальной карты с измерением глубины пародонтальных карманов, уровня десневого края, потери клинического прикрепления и кровоточивости при зондировании. Результаты исследования. Среднее значение гигиенического индекса Грина-Вермиллиона среди исследуемой группы составило - 2,16, папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса - 56%, а пародонтального индекса Рассела - 3,4 балла. Среднее значение глубины пародонтальных карманов составило 3,75, а потери клинического прикрепления - 4,12. Средний показатель индекса кровоточивости десен Мюллера у обследованных составил 4,1. Выводы. Таким образом, комплексный подход к оценке состояния тканей пародонта способствует улучшению понимания эпидемиологии, особенностей течения и прогнозирования последствий хронического генерализованного пародонтита II степени тяжести.

Summary

CLINICAL ASSESSMENT OF THE CONDITION OF PERIODONTAL TISSUES IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS CLASS II

Vasko M.Yu., Tkachenko I.M., Kovalenko V.V., Pavlenkova O.V., Pavlenko S.A.

Key words: periodontitis, periodontal pocket, bleeding, inflammatory diseases, oral hygiene.

Introduction. Inflammatory diseases of periodontal tissue are one of the most prevalent worldwide. This pathology has a complex aetiology and ambiguous views on pathogenetic mechanisms; therefore, the approach to the assessment of periodontitis should be integrated. The aim of the study was to assess the state of periodontal tissues in patients with chronic generalized periodontitis class II and absent or compensated somatic pathology. Materials and methods. We examined 20 patients aged 35 to 45 years having a diagnosis of chronic generalized periodontitis class II who had no somatic pathologies or compensated somatic pathology. The patients underwent the assessment of their hygienic, gingival and periodontal indices, measuring the depth of periodontal pockets, the level of the gingival margin, loss of clinical attachment and bleeding during probing. Results. The average value of the Green-Vermillion hygienic index among the study group was 2.16, the papillary-marginal-alveolar index was 56%, and the periodontal Russell index was 3.4 scores. The mean value of the depth of periodontal pockets was 3.75, and the loss of clinical attachment was 4.12. The average index of Mülleman's bleeding gums in the surveyed was 4.1. Conclusions. An integrated approach to assessing the state of periodontal tissues contributes to a better understanding of the epidemiology, characteristics of the course and predicting the consequences of chronic generalized periodontitis class II.

DOI 10.31718/2077-1096.21.3.57

УДК 616.438-091+616.2-022.7+616.9-053.2

Волошин О.М.

СОНОМЕТРІЯ ТИМУСУ ТА РЕКУРЕНТНІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Луганський державний медичний університет, м. Рубіжне

Отримані дотепер результати наукових досліджень щодо взаємозалежності між станом здоров'я дітей різного віку та розміром тимусу мають неоднозначну інтерпретацію. З одного боку, дослідники переважно із країн пострадянського простору відзначають наявність у дітей дошкільного віку чіткої асоціації між тимомегалією та підвищеною схильністю до рекурентних респіраторних інфекцій. З іншого боку, згідно із сучасними даними світової медичної науки відносно крупніший тимус, навпаки, вважається ознакою оптимального стану імунної системи дитини. Мета дослідження полягала у з'ясуванні стану залежності між фізичними параметрами вилочкової залози та частотою гострих респіраторних інфекцій у дітей віком 1-6 років. Матеріали і методи. Здійснене обстеження 37 дітей (16 хлопчиків і 21 дівчинка) віком 1-6 років, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу наявності у них гострої респіраторної інфекції. У кожній дитини розраховувалися два показники рекурентності гострих респіраторних інфекцій (інфекційний індекс, індекс резистентності), кілька антропометричних параметрів, а також проводилось ультразвукове дослідження тимусу. Статистична обробка отриманого цифрового матеріалу виконана за допомогою ліцензійної програми IBM SPSS Statistics 26. Результати. Тільки у 14 (37,84 %) обстежених дітей розміри тимусу перебували у межах референтних значень. У більшості пацієнтів (23 (62,16 %)) вони виявилися нижчими за ці значення. Встановлено наявність статистично значущого перевищення значень тимічного індексу у дітей молодшої вікової групи порівняно зі старшими дітьми. Не виявлено відмінності між хлопчиками і дівчинками за об'ємом, масою вилочкової залози та тимічним індексом. Висновки. Між віком обстежених дітей і тимічним індексом існує помірно виражена зворотна залежність, відповідно до якої зі збільшенням їх віку відбувається зменшення значень цього індексу. Інтегральні показники рекурентності гострих респіраторних інфекцій серед дітей дошкільного віку не корелюють з вивченими абсолютними та відносними сонометричними параметрами тимусу. Значення тимічного індексу мають найтіснішу непряму кореляцію з площею поверхні тіла серед усіх врахованих у дітей антропометричних показників.

Ключові слова: діти дошкільного віку, рекурентні респіраторні інфекції, ультразвукове дослідження тимусу.

Дослідження проведено у межах виконання ініціативної науково-дослідної роботи кафедри педіатрії з дитячими інфекціями Луганського державного медичного університету (м. Рубіжне) – «Актуальні аспекти впливу перинатальних чинників на формування соматичної патології у дітей віком 1-14 років» (№ державної реєстрації 0117U003041).

Вступ

Результати наукових досліджень щодо взаємозалежності між станом здоров'я дітей різного віку та розмірами тимусу (вилочкової залози), мають неоднозначну інтерпретацію та ви-

кликають численні дискусії. Натепер беззаперечним є визнання тимусу центральною ланкою імуногенезу [1, 2, 3, 4]. Водночас складність вивчення цієї залози зумовлена насамперед значною кількістю її тісних інтегральних зв'язків з іншими компонентами імунної систе-