

Зниження кількості студентів-іноземців в 2017 році відбулося за рахунок зменшення зарахованих на перший курс навчання. Однак освітня міграція це процес пролонгований, котрий розтягується на багато років, тому значні кількісні коливання відображаються в основному за рахунок першокурсників. Не зважаючи на зниження темпів освітньої міграції, проблеми соціальної адаптації студентів-мігрантів в Українському суспільстві не втрачають своєї актуальності і гостроти.

Дослідження було проведено на вибірці 213 студентів спеціальності "Медицина" 1 - 6 курсів міжнародного факультету ПДМУ. Стать респондентів – чоловіча, мова викладання – українська та англійська, віросповідання – християнство, іслам, буддизм. Період дослідження охоплює грудень 2021 – травень 2022 рр. Згідно найбільш представлених етнічних груп студентів-іноземців були сформовані групи спостереження за напрямками дослідження адаптації особистості до нового соціокультурного середовища (тест Л.В. Янковського).

Отримані дані показників за шкалами адаптивності, конформності та інтерактивності, що відображають позитивну складову соціально-психологічної адаптації, на першому етапі спостереження (перший курс навчання) відмічалися низькі величини в обох групах спостереження. На другому етапі спостереження (після третього курсу) спостерігалось суттєве зростання показників за всіма трьома шкалами в обох групах, за виключенням показника шкали адаптивності в групі англійськомовних студентів, який залишався в межах градації "низький". Це можна пояснити наявністю мовного бар'єру в соціумі поза межами освітнянського середовища. На третьому етапі спостереження (шостий курс навчання) відмічено подальший ріст зазначених показників, в групі україномовних студентів за шкалами адаптивності та інтерактивності показники досягли рівня "високий".

## **РІВЕНЬ ЦИТОКІНІВ В СЛИНІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кузь І.О., Шешукова О.В., Максименко А.І.*

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

**Вступ.** Ендокринна система в дитячому віці має великий вплив на фізичний, розумовий і емоційний розвиток дитини. Оскільки гормони регулюють обмінні процеси, вони здатні впливати на правильне функціонування практично всіх органів і систем людського організму.

Ендокринна система в дитячому віці має великий вплив на фізичний, розумовий і емоційний розвиток дитини. В останні десятиліття спостерігається тенденція до збільшення поширеності ендокринних захворювань у дітей, в тому числі й інсулінозалежний цукровий діабет. В основі цього захворювання лежить деструкція  $\beta$ -клітин підшлункової залози та розвиток абсолютної недостатності інсуліну. Дані вчених свідчать про те,

що серед усіх осіб, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет від восьми до десяти відсотків – це діти та підлітки.

Стоматологічні прояви цукрового діабету відзначають у більшості пацієнтів, а деякі дослідження вказують на 100 % ураження тканин і органів ротової порожнини. Гіпоглікемія порушує метаболізм у пародонті, внаслідок чого посилюється розвиток дистрофічних і запальних процесів в порожнині рота. Патогенетично спільними рисами для патологій пародонту та ендокринологічних захворювань є патології кровоносних судин (особливо на рівні судин мікроциркуляторного русла); зміни перекисного окислення ліпідів; метаболічні порушення; виникнення вторинного імунодефіциту та автоагресія. Кровоточивість ясен, пародонтальні індекси, гігієнічні індекси за даними науковців збільшені у групах дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом. Ендотеліальні клітини, фібробласти, макрофаги, моноцити пародонту реагують на мікроорганізми, ліпополісахариди та інші антигени зубного нальоту і секретують численні запальні цитокіни і хемокіни. Кінцеві продукти гліколізу, накопичені внаслідок гіперглікемії, збільшують оксидний стрес в клітинах і активують NF- $\kappa$ B (транскрипційний ядерний фактор), який регулює фенотип макрофагів і викликає збільшення продукції запальних цитокінів, а саме, інтерлейкіну-18 (ІЛ-18).

**Метою** даної наукової роботи було визначення стоматологічного статусу та дослідження вмісту прозапального ІЛ-18 в ротовій рідині у дітей молодшого шкільного віку з інсулінозалежним цукровим діабетом та розробка алгоритму прогнозування вмісту ІЛ-18 в слині дітей, хворих на хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) на фоні цукрового діабету I типу за рахунок визначення можливих зв'язків рівня ІЛ-18 та пародонтального індексу Sillness, Loe.

**Об'єкт і методи дослідження.** В ході роботи було оглянуто 82 дитини віком від 6 до 12 років, з них 56 дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом і 26 дітей без супутніх (коморбідних) захворювань.

Визначено індекси гігієни ротової порожнини за Федоровим - Володкіною (1968) та Green, Vermillion (1964) та пародонтальні індекси: РМА у модифікації Parma (1960), гінгівальний індекс за Sillness, Loe (1967), індекс кровоточивості за Mühlemann H.R. (1971). Визначення концентрації ІЛ-18 у ротовій рідині здійснювали методом твердофазного імуноферментного аналізу. Зранку, в один і той самий час, натщесерце, робили забір ротової рідини. Перед забором слини пацієнти прополіскували ротову порожнину водою. Забір проводили в наступній послідовності: ротову рідину спльовували у стерильні герметичні пластмасові пробірки в об'ємі 4 мл. Рідину для дослідження доставляли в лабораторію не пізніше, ніж за 30 хвилин від моменту забору слини.

Вивчення ІЛ-18 в слині виконували наступним чином: досліджуваний матеріал додавали до паралелей контрольних зразків, розміщених у лунках планшетів, разом з імобілізованими антитілами. На наступному етапі відбувалося зв'язування кон'югату номер один (що містить антитіла до ІЛ-18

людини). На подальшому етапі утворена суміш взаємодіяла з кон'югатом номер два, що містить стрептовідин і хрому пероксидазу. Вміст ІЛ-18 у ротовій рідині визначали методом колориметричної реакції з допомогою субстрату пероксидази хрому –  $H_2O_2$  і хромогену – тетраметилбензадину при довжині хвилі 450 нм на імуноферментному аналізаторі STATFax 303 Plus (США).

Статистичну обробку результатів проводили з використанням персонального комп'ютера та програм для проведення розрахунків Microsoft Office Excel. Було обчислено  $M$  (середню арифметичну величину) та  $m$  (похибку репрезентативності середньої величини) і рівень значущості  $p$  (відмінність середніх величин) для  $t$ -критерію Ст'юдента. Рівень достовірності складав 95%. А також регресійний аналіз, який виконує аналіз вимірів за допомогою методу найменших квадратів при наборі спостережень.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У групі пацієнтів з цукровим діабетом I типу та хронічним катаральним гінгівітом індекс гігієни за Федоровим - Володкіною складає  $2,20 \pm 0,08$  бала, що відповідає незадовільній гігієні порожнини рота. Результати оцінки якості гігієни порожнини рота за спрощеним індексом ОНІ-S (Green - Vermillion) підтверджують виявлену тенденцію. При порівнянні значень індексів гігієни за Федоровим – Володкіною та за спрощеним індексом ОНІ-S (Green - Vermillion) статистично значима різниця ( $p \leq 0,05$ ) була виявлена при порівнянні між собою груп 1 і 2, 3 і 4, 2 і 4, 1 і 4, але не була виявлена ( $p \geq 0,05$ ) між групами 1 і 3 (у дітей зі здоровими яснами з та без цукрового діабету I типу). Сукупність даних пародонтальних індексів у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні цукрового діабету I типу свідчать про середній ступінь тяжкості гінгівіту, а саме: РМА –  $40,47 \pm 0,96\%$ , гінгівальний індекс (GI) –  $1,83 \pm 0,04$  бала, а ІК –  $1,07 \pm 0,05$  бала.

Вміст ІЛ-18 в ротовій рідині здорових дітей без ознак хронічного катарального гінгівіту складає  $3,41 \pm 0,25$  пг/мл. У соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом –  $5,74 \pm 0,27$  пг/мл. У групі дітей з цукровим діабетом I типу і здоровими яснами вміст ІЛ-18 в ротовій рідині становить  $14,87 \pm 1,11$ . У групі пацієнтів з цукровим діабетом I типу та хронічним катаральним гінгівітом –  $70,91 \pm 7,48$ . Статистично значима різниця ( $p \leq 0,05$ ) була виявлена при порівнянні усіх груп (1 і 2, 1 і 3, 3 і 4, 2 і 4, 1 і 4) між собою.

**Висновки.** Значення вмісту ІЛ-18 зростає разом з кровоточивістю ясен та показниками пародонтального індексу, це узгоджується з даними інших авторів щодо вмісту ІЛ-18 в ротовій рідині осіб без коморбідних захворювань. Результати, отримані в ході нашого дослідження також дозволяють говорити, що підвищення значення ІЛ-18 в ротовій рідині дітей молодшого шкільного віку тісно пов'язане з присутністю інсулінозалежного цукрового діабету. Таким чином, ІЛ-18 можна вважати потенційним біомаркером хронічного катарального гінгівіту у дітей молодшого шкільного віку, на фоні інсулінозалежного цукрового діабету, клінічних проявів якого

ще не видно. Адже ми визначили, що рівень ІЛ-18 підвищений навіть при відсутності клінічних проявів запалення ясен. Саме тому, на нашу думку, встановлення патогенетичного значення ІЛ-18 при ХКГ на фоні інсулінозалежного цукрового діабету дуже актуальне.

## **ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ ЯК НЕОБХІДНА СКЛАДОВА РОБОТИ ЛІКАРЯ**

*Оленич П.П.*

ФДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України», м. Полтава

Лікарську таємницю становить інформація про стан здоров'я людини, її діагноз, дані, отримані під час медичного обстеження, факт звернення особи за медичною допомогою, а також відомості про інтимний і сімейний бік життя.

Суб'єктами, причетними до збереження лікарської таємниці, є як медичний персонал лікувально-профілактичного закладу, так і: особи, що навчаються (студенти вищих та середніх медичних закладів освіти); немедичний персонал лікувально-профілактичної установи (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб та ін.); працівники страхових організацій; посадові особи органів управління охорони здоров'я (головні лікарі, керівники структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я та ін.); співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків.

Відповідно до положень Цивільного процесуального кодексу України не підлягають допиту як свідки особи, які за законом зобов'язані зберігати в таємниці відомості, що були довірені їм у зв'язку з їх службовим чи професійним становищем. Тобто, лікар не може давати показання як свідок з питань, що стосуються лікарської таємниці, за винятком випадку, коли він звільнений від обов'язку зберігати таємну інформацію особою, що довірила йому ці відомості.

Надання інформації, що становить лікарську таємницю, здійснюється лише у випадках, передбачених законодавством, а саме:

- запити правоохоронних органів при провадженні дізнання, досудового слідства чи судового розгляду, у зв'язку з письмовим запитом особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду;
- запити органів управління охорони здоров'я.

Що стосується заяв, листів, звернень родичів, адвокатів, юристів тощо, то зазначені суб'єкти можуть отримати медичну інформацію про певну особу лише за наявності нотаріально засвідченого доручення від цієї особи, в якому вказано право представляти її інтереси в лікувально-профілактичних закладах і отримувати дані щодо стану її здоров'я.

У разі усного звернення, наприклад, родичів до лікувально-профілактичного закладу - має бути зроблено запис у медичній документації