

ВПЛИВ МАГНІТОЛАЗЕРОУЛЬТРАЗВУКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН РЕГІОНАРНОГО КРОВООБІГУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Мандрика Л.Ю.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Зростаюча захворюваність на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), частота його поєднання з цукровим діабетом (ЦД), потреба у тривалій медикаментозній корекції зумовлює розробку нових фізіотерапевтичних засобів на етапі санаторно-курортного лікування (СКЛ) з метою покращення віддалених результатів терапії.

Мета роботи: дослідити вплив магнітолазероультразвукової терапії (МЛУЗТ) на показники регіонарного печінкового кровообігу у хворих на НАСГ у поєднанні з ЦД 2-го типу.

На базі санаторію „Березовий гай” (м. Миргород) обстежено 93 хворих на НАСГ у поєднанні з ЦД 2-го типу, з них 49 (52,7%) жінок та 44 (47,3%) чоловіків, віком $61,3 \pm 1,09$ р. Тривалість НАСГ склала $5,03 \pm 0,88$ р., ЦД 2-го типу – $10,09 \pm 1,67$ р. Пацієнти розподілені на дві групи: I (n=45) – базисна терапія, II (n=48) – базисна терапія та МЛУЗТ за вищевказаною схемою. Базисне СКЛ – санаторний режим, дієтотерапія (стіл №9/5), миргородська мінеральна вода (3,33 мл/кг), гідропатичні процедури, торфогрязелікування, корекція глікемії (метформін). Контрольна група – 25 практично здорових осіб.

МЛУЗТ проводили на апараті „МІТ–11” з використанням низькочастотного ультразвуку, оптичного потоку червоного та інфрачервоного діапазонів спектру та низькочастотного магнітного поля. Процедура триває 15-30 хв. щоденно, на курс 10-12 процедур. Реогепаатографію (РГГ) проводили на початку і на 21-ий день перебування в санаторії.

За даними РГГ, у пацієнтів відмічалось зниження реологічного індексу (PI) у 2,6 рази, еластичності магістральних артерій (ЕМА) – у 1,8 рази, швидкості наповнення артерій (ШНА) – у 3,1 рази, хвилинного артеріального кровонаповнення (ХАК) – у 1,9 рази, підвищення тонуусу регіонарних артерій дрібного калібру (ТРАДК) у 3,7 рази порівняно із практично здоровими ($p < 0,05$). На 21-й день PI склав в I групі $0,14 \pm 0,071$, в II – $0,28 \pm 0,09$, збільшились ЕМА до $0,15 \pm 0,08$ с та $0,19 \pm 0,06$ с, ШНА – до $0,89 \pm 0,03$ Ом/с та $1,3 \pm 0,05$ Ом/с, ХАК – $43,6 \pm 3,1$ мл та $58,3 \pm 5,2$ мл відповідно ($p < 0,05$). ТРАДК знизився у 1,6 рази у I групі та нормалізувався у хворих II групи.

Отже, включення МЛУЗТ до комплексного СКЛ хворих на НАСГ на фоні ЦД 2-го типу приводить до нормалізації судинного тонуусу, покращення регіонарного кровотоку печінки.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЯ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТА У ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ

Мардани Катаки Ф., Ищейкин К.Е., Ткаченко Е.В., Фазели Ниаки М., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Шафгат П., Махмуди А., Шадфар А., Сартипи Х., Ардалан Х., Фахер А., Хассанзаде Н.

ВГУЗУ «Українська медична стоматологічна академія», г. Полтава

Особенности интеллектуальных функций у представителей различных этнических групп практически отсутствуют в литературе. Известно лишь, что в общей популяции отмечается увеличение процента левшей и амбидекстров.

Объектом исследования было 81 иранских студентов (первого-пятого курсов стоматологического факультета), среди которых были истинные, скрыто-истинные и ложные левши, правши и амбидекстры. Целью нашей работы было оценить некоторые когнитивные возможности у иранских студентов в зависимости от индивидуального профиля их асимметрии. Сутью наших экспериментов по терминоподобию была необходимость испытуемых понять условность операции терминоподобия и найти принцип генерализации предметов. Мы оценили четыре операции: определение терминов, сравнение и различие терминов, нахождение логических корреляций, свободная классификация объектов.

Результаты. Истинные левши и амбидекстры имели коэффициент интеллекта, равный 90-100 баллов. IQ скрытых (вынужденных) левшей был равным 80-90 баллов, ложных левшей – 75-82 баллов, правшей – 50-70 баллов. Хотя следует отметить, что тесты с ограничением времени решались с большими трудностями левшам по сравнению с правшами (что может быть использовано в учебном процессе, по нашему мнению: то есть левшам лучше не давать лимит времени при решении тестов, ибо они покажут более низкие результаты, чем есть на самом деле). Шкала для интерпретации результатов при изучении терминоподобия была следующей: 7-10 баллов – очень легко выполнить, 5-7 баллов – легко сделать, 3-4 балла – трудно реализовать, 1-2 балла – практически невозможно реализовать. Определение терминов было легче для амбидекстров, чем для истинных и скрытых левшей, и тяжелее для правшей и ложных левшей. Сравнение и различие терминов оказалось самым легким для правшей по сравнению с амбидекстрами и ложными левшами и трудным для левшей (как истинных, так и скрытых). Обнаружение логических связей было легким для правшей и амбидекстров, на среднем уровне – для ложных левшей и оказалось трудным для реализации или вообще практически невозможным – для истинных и скрытых левшей. Построение свободной классификации оказалось легкой операцией для истинных и

скрытых левшей, амбидекстров, трудной для правшей и ложных левшей (они изучали предлагаемые классификации легче, чем свободно создавали новые).

ЗАЛЕЖНІСТЬ МЕТОДИКИ ОТРИМАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ВІДБИТКУ ВІД СТУПЕНЯ ПОДАТЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ.

Мартиненко І.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Пошуки можливостей підвищення якості ортопедичного лікування хворих з повною втратою зубів і збереження тканин протезного ложа є актуальним завданням і на сьогодні. У рішенні цієї проблеми, разом з іншими чинниками, велика роль відводиться обліку анатомо-фізіологічних умов протезного ложа і вибору методу зняття відбитку.

Слизова оболонка, що покриває беззубі щелепи, характеризується певною товщиною, мірою податливості і чутливості.

У клінічній практиці велике значення має податливість слизової оболонки, обумовлена товщиною і гістологічною будовою. Під податливістю слизової оболонки мають на увазі її властивість стискуватися під навантаженням і відновлювати свою первинну форму після його зняття.

Враховуючи податливість слизової оболонки, Люнд (Lund, 1924) запропонував виділяти на твердому піднебінні 4 зони. Е.І.Гаврилов (1962) вважає, що податливість слизової оболонки можна пояснити наявністю густої судинної мережі в підслизовому шарі, названому ним буферною зоною, а не наявністю жирової і залозної тканин. Здатність судин звільнятися від крові при підвищеному тиску і знову наповнюватися нею при його знятті визначають податливість слизової оболонки.

Міру податливості слизової оболонки грубо можна визначити за допомогою пальця руки, ручки зонду або дзеркала, але більш точно, застосовуючи прилади.

Ще в 30-х рр. Гігер (Jäger) запропонував прилад і виміряв податливість слизової оболонки. За його даними, вона коливалася від 0,3 до 4,00 мм. Шпренг встановив, що в області піднебінних валиків податливість слизової оболонки становить 1,0-1,5 мм, а в області піднебінних борозенок - 1,5-3,5 мм. В. І.Кулаженко (1966), вимірюючи податливість слизової оболонки апаратом власної конструкції для електронного виміру тиску, встановив, що в області передніх зубів на верхній і нижній щелепах податливість становить в середньому 0,3-0,4 мм і поступово збільшується в області бічних зубів до 0,55 мм. Найбільшою податливістю відрізняється слизова оболонка в задній третині піднебіння - 0,8 мм, найменшою - в області турса- 0,1 мм.

Для визначення товщини слизової оболонки В. А. Загорський (1980) пропонує користуватися методом ехолокації. За результатами його методу встановлено, що товщина слизової оболонки у осіб з повною відсутністю зубів становить в середньому від 2,18 до 5,66 мм: мінімальна товщина - 1,65 мм, максимальна - 7,31 мм. У осіб з інтактними зубними рядами середня товщина слизової оболонки коливається від 1,99 до 4,85 мм.

Таким чином, на підставі даних літератури можна стверджувати, що слизова оболонка протезного ложа беззубих щелеп представлена ділянками різної податливості, що обов'язково треба враховувати під час знімання відбитків. З цією метою нами набрана клінічна група з повною відсутністю зубів на обох щелепах у кількості 34 пацієнтів. В ході дослідження податливості слизової оболонки протезного ложа у жодному випадку встановити її ступінь за класифікацією Супле не представляється можливим.

Клінічний досвід вказує на наявність одночасно різних зон податливості від тонкої атрофічної до достатньо сипкої, що виключає можливість отримання якісних відбитків із застосуванням компресії або декомпресії. Тому індивідуальні ложа всіх досліджуваних пацієнтів підлягали перфорації у зонах мало податливої слизової оболонки і зняття відбитків виконувалось диференційовано.

По результатах протезування спостерігалось значне зменшення кількості корекцій готових протезів і скорочення терміну адаптації до них.

ОСТЕОПОРОТИЧНІ ЗМІНИ СКЕЛЕТУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З СУПУТНЬОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мельник Н.С., Дмитрів І.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Питання про вплив остеопоротичних змін кісткової тканин (КТ) скелета на розвиток ГП сьогодні є предметом дискусії, і неоднозначно трактується різними дослідниками. Тому для відповіді на вищезазначене питання метою дослідження було визначення мінеральної щільності КТ передпліччя за допомогою методу двофотонної денситометрії у хворих на ГП із супутньою ендокринною патологією щитоподібної залози (ЩЗ).

Об'єкти та методи дослідження: Об'єктом дослідження були хворі на ГП з супутнім гіпертиреозом – 68 осіб (I група); хворі на ГП з супутнім гіпотиреозом – 64 особи (II група) та хворі на ГП з супутнім гіпотиреозом, що вживають L-тироксин – 60 осіб (III група). Загальну оцінку структурно-функціонального стану кісткової системи (СФКС) проводили методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на апараті Challenger (ДМС, Франція), вивчаючи передпліччя в передньо-задній проекції.