

6. Шалимов А.А., Доманский Б.В., Клименко З.А., Шалимов С.А. Хирургия печени и желчных протоков. – Киев.: Здоров'я. – 1975. – 406с.

7. Glavic Z., Begiel L., Simlesa D., Rukavina A. Treatment of acute cholecystitis: a comparison of open vs laparoscopic cholecystectomy. // Surg. Endosc – 2001. –Vol. 15. - N4. – P. 398-401.

Реферати

ЖОВЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ТА ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Дудченко М.О., Гіленко І.О., Байдо С.В., Дудченко М.А., Оганезян А.Г.

Дослідження проведено на 150 пацієнтах жовчокам'яною хворобою (ЖБ) терапевтичного (50 осіб) і хірургічного (100 осіб) профілю. Чоловіків було - 21%, жінок - 79% віком від 29 років і більше. Під впливом консервативного лікування у всіх пацієнтів покращився загальний стан та суб'єктивні прояви ЖХ. В зв'язку з загостренням хвороби 8 пацієнтам виконана холецистектомія.

Після холецистектомії з зонтичним ліфтингом виписано із клініки з значним покращенням 95%, з покращенням - 5%, з використанням карбоксиперитонеума, відповідно: 56%, 34% і з погіршенням загального стану - 10%. Лікування ЖХ повинно бути комплексним з використанням консервативних та хірургічних методів. Кращі показники після холецистектомії відмічені у пацієнтів, яким використовували зонтичний ліфтинг порівнянь з карбоксипери-тонеумом. Для покращення хірургічної допомоги пацієнтам з ЖХ необхідно в обласних лікарнях створити лапароскопічний відділення.

Ключові слова: жовчокам'яна хвороба, холецистектомія, консервативне і хірургічне лікування.

CHOLELITHIASIS IN THERAPEUTICAL AND SURGICAL PRACTICE

Dudchenko M.A., Gilenko I.A., Baido S.V., Dudchenko M.A., Oganezyan A.G.

We have examined 150 patients with cholelithiasis of therapeutical (50 patients) and surgical (100 patients) profile. There were 21% men, 79% women at age 29 years old and elder. Under the influence of conservative treatment in all patients have been improved the general status and subjective manifestation of cholelithiasis. 8 patients were operated because the disease had become acute.

After cholecystectomy with using of fan tracery lifting 95% patients left the hospital with considerable improvement, 5% - with improvement, in time of using the carboxyperitoneum accordingly: 56%, 34% and 10% with deterioration of general status. The treatment of patients with cholelithiasis must be complex with using of conservative and surgical methods. Better results of cholecystectomies have been noted in patients, which were operated by using of fan tracery lifting in comparison with carboxyperi-toneum. It is necessary to create the laparoscopic department in regional centers for improvement the surgical treatment the patients with cholelithiasis.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, conservative and surgical treatment.

UDC: 616-056.17: [616/716+617.52](048)

PATIENTS ASYMMETRY INDIVIDUAL PROPHILE INFLUENCE ON INFLAMMATORY PROCESSES AND FRACTURES DISTRIBUTION IN MAXILLARY-FACIAL REGION

**S.V. Kolomietz, N.M.K. Fazeli, E.V. Tkachenko
HGEU "Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava**

Asymmetry is maxillary-facial region feature which is expressed both under physiological [3,5,8] and pathological conditions. Some literary data [10,13] show higher level (approximately in 2 times and the difference is statistically significant) of traumatized permanent incisors among left-handers (13-17-year-old adolescents) than among right-handers. Left-handers had significantly higher risk on dental trauma. Unilateral clefts affinity has been confirmed for the left side, the proportion of left-sided clefts among left-handers are higher than that among right-handers. Another scientific work [11] demonstrates handedness influence on ethmoid roof height. The incidence of persons who had a lower ethmoid roof on the right side was significantly greater among right-handers than among left-handers; the incidence of people who had a lower ethmoid roof on the left side was significantly greater among left-handers than among right-handers; and right and left ethmoid roofs were equal in all ambidextrous subjects. It is considered that for the total group and right-handed toothbrushers, buccal plaque and gingivitis was significantly increased on right contralateral teeth. At the same time, no specific pattern for plaque and gingivitis distribution by side was seen for left-handed toothbrushers [15]. Data about decay injuries asymmetry have special importance for dentists. Different teeth injury rate is non-equal: maxilla teeth are injured more often with caries than mandible teeth. Incisives and canines are injured significantly more seldom than premolars and molars. It is interesting that maxilla and mandible teeth injury on the right and

on the left are symmetrical and are observed with equal rate. But at the same time, left canines are injured with decay more often in sinistrals [14].

Sinistral and dextral patients with gingivitis have peculiarities in T immune response namely T-lymphocyte subsets [12]. According to flow cytometry findings, in both sinistrality and dexterity with gingivitis, CD4+ CD8+ lymphocyte values were under the normal value while the CD4/CD8 rate was within normal distribution interval. CD4+ lymphocyte values observed in the sinistral patients were found to be lower than those in the dextral patients. The difference between the CD8+ lymphocyte values in left-handed patients and that obtained in right-handed patients was not found to be statistically significant while the difference between the CD4+ lymphocyte values in left-handed patients and that obtained in right-handed patients was found to be statistically significant. In addition, the difference between the CD4/CD8 rate obtained in left-handed people was found to be very significant. Consequently, these findings suggested CD4+ lymphocyte value and CD4/CD8 rate was lower in sinistrality. Thus, sinistrality and dexterity may play an important role in local immune response in oral cavity.

Big amount of dental-maxillary anomalies (jaws size anomalies, jaws location anomalies in skull, dental arcs correlations anomalies, dental arcs shape and size anomalies, separate teeth anomalies, dystopy or separate teeth inclinations) are connected with maxillary-facial region asymmetry [1,6,7,9].

Besides, right-left asymmetry oral cavity particularly and maxillary-facial region as a whole possess asymmetries of other aspects or on the contrary symmetries [2]. The synonym of such an asymmetry is non-equality, symmetry - equality. We will give only several examples demonstrating it. Intensiveness of staining with methylenic blue in depulped and intact teeth is different and is insignificantly more in depulped ones. Though in 1 week after acid influencing enamel both of depulped and intact tooth is stained equally. Remineralization process in depulped teeth enamel occurring only due to oral liquid is stronger than in intact teeth.

Calcium and phosphorus exit indexes from enamel superficial layer in depulped and intact tooth is practically equal. Calcium exit differences are obtained only dependently on the tooth grouping.

Microdurability of enamel in depulped and intact teeth located symmetrically is equal.

Cariotic injuries have asymmetric location on teeth: their "lovely" places are near-cervical region and retention points, fissures.

Asymmetrical location of cariotic injuries is on the base of classification of people as for their resistance to decay. One can tell about 4 groups:

- 1) caries-resistant people without cariotic teeth (resistance high level);
- 2) people in whom cariotic cavities and demineralization focuses are located on molars, premolars and sometimes on canines (resistance middle level);
- 3) people whose teeth are all injured except mandibular incisors (resistance low level);
- 4) people all teeth of whom were injured (resistance very low level).

Prysms location is asymmetrical on teeth. These areas are considered to be predisposed to demineralization process. At the same time, caries-resistant enamel is prisms-free.

Decay-resistant people have significantly lower number of fissures on their teeth comparatively to decay-predisposed ones. Decay-resilient people have shine fissures, significantly mineralized and they are washed and cleaned rather well. Decay-predisposed people have fissures with significant depth, bottle-shaped, characterized by weak mineralization.

Maturation is asymmetrical process. The fastest enamel maturation occurs in an area of cutting limbs and tubercles of all teeth – during 4-6 months after their teething. It is especially extensive during first weeks and days after teething. Enamel of incisors and canines cutting limbs matures twice faster than in near-cervical region. It is rather essential that teeth fissures enamel maturation speed is less than the one of tubercles and cutting limbs and depends greatly on the degree of teeth washing with saliva and fissures closure with covering.

One can tell about age asymmetry: intensiveness of teeth injury with decay is higher in the young than in the old.

Scientists tell about regional asymmetry. The mostly expressed organism reactivity degree is observed in the South, the least one – in the North. Northern people have increased degree of caries, parodontitis and other diseases of oral cavity.

Such regional asymmetry also has other aspect. If infection penetrates through root canal foramen, than dentist can detect microflora which is characteristics of purulent and gangrenous pulpitis. One can see actinomyces, bacteroids, fusobacterias, vibrios and spirochetes in apical granulomas. Streptococcus mutans is dominant in a material received from enamel fossas, fissures and interproximal spaces id est from those places where cariotic injuries are located the mostly often. It is important that Streptococcus mutans is usually absent at a surface of non-injured enamel out of a plaque. Streptococci are 50% of alive microbial flora in saliva and tongue back and 25% of alive microorganisms in a plaque and gingival suture. At the same time, lactobacterias number in a plaque and gingival suture is 1% of all bacterias in this area. Though similar microorganisms are present in all regions, every tooth area has dominant species: Streptococcus mutans – at teeth surface, Str. salivarius – on tongue, and saliva,

B.melaninogenicus – in gingival fissure. One can see significant differences in microbic flora content and quantity in probes taken from one place from one and the same person, in different time.

On another hand, lactobacterias number difference is not reliable in saliva of healthy people and at caries as well as in men and women.

The purpose of work was to assess statistical aspect of inflammatory processes and fractures occurrence in maxillary-facial region dependently on individual interhemispherical asymmetry profile (so, in right- and left-handers).



Fig.1. RIGHT SUBMANDIBULAR REGION ODONTOGENIC PHLEGMONOUS INFLAMMATION
PATIENT H., RIGHT-HANDER, 1978-th year of birth

Fig.2. LEFT SUBMANDIBULAR REGION ODONTOGENIC PHLEGMONOUS INFLAMMATION
PATIENT H., LEFT-HANDER, 1978-th year of birth

Fig.3. ODONTOGENIC PHLEGMONOUS INFLAMMATION OF SUBMENTAL REGION ON MIDDLE LINE
PATIENT M., AMBIDEX, 1964-th year of birth.

Material and research methods. We put following tasks to maintain the goal:

- 1)to investigate mandibles fractures location peculiarities in right- and left-handers as well as ambidexes;
- 2)to assess inflammatory processes localization peculiarities taking into account left-handedness, right-handedness and ambidextrism.

The object of investigation were 125 patients with phlegmon inflammation while their staying in Poltava Regional Hospital maxillary-facial department and 42 students of UMDA – (for 5 years) – with jaws fractures. We used following investigative methods: psycho-physiological methods for interhemispherical asymmetry individual profile assessment: sinistrality in anamnesis; dominant extremity; dominant finger; dominant eye; probe with applauding; Napoleon's probe.

As it is known, ambidexes can use both left and right hand. Real left-handers [4] were born by left-handers and use their left hand. Real right-handers were born by right-handers and they use their right hand as a dominant one. Hidden or latent left-handers were born by one or two left-handers and use their left hand because of right hand or right hemisphere injury. Unreal left-handers were born by right-handers and they use their right hand as a dominant because of possible left hand or left hemisphere trauma.

Results.

Inflammation: Left-sided - 53 (23 are real left-handers and 30 are hidden); On middle line - 21 (7 are ambidexes); Right-sided - 51 (23 are real right-handers and 28 are non-real left-handers); Total – 125.

Mandibles fractures: Left-sided - 26 (23 are real left-handers and 3 are hidden left-handers); Two-sided - 4 (4 are ambidexes); Right-sided - 12 (7 are real right-handers and 5 are non-real left-handers); Total – 42.

Conclusions

1. Pathological processes frequency on the right and on the left is different (more significant differences were received on fractures).
2. Pathological process side is determined greatly by the patient dominant extremity (particularly in maxillary-facial region and in oral cavity).
3. Left-sided pathological processes were observed in real and hidden (latent) left-handers; right-sided – in real right-handers and non-real left-handers.
4. Two-sided processes existence and their localization on middle line may testify hidden left-handedness or ambidextrism.

Literature

1. Бимбас Е.С. Коррекция сагиттальных аномалий окклюзии, сочетающихся с резцовой дизокклюзией //Е.С.Бимбас, И.А.Петров, Е.А.Бимбас //Ин-т стоматологии: научно-практический журнал /ООО «МЕДИ-издательство».-2005.-№1.-С.56-57.
2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта.-М.:Медицинская книга, Н.Новгород: НГМА, 2001.-304с.
3. Гасюк П.А., Калашников Д.В., Черняк В.В. Мікротвердість окремих ділянок емалі та дентину в верхніх та нижніх іклах //Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.-2005.-Т.5.-Вип.4 (12).-С.57-58.
4. Дроздовская А.А. Биолокационное определение типов леворукости с помощью биомеханической трёхдипольной модели биополя человека // Эниология XXI века: Материалы IV Международного конгресса (9-14 сентября 2002г.).-Одесса: Одесский Национальный университет им. И.И.Мечникова. Ассоциация эниологов, 2002.-С.98-102.
5. Р.В.Казакова, М.А.Лучинский, М.Н.Воляк. Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології: Навчальний посібник.-К.: Медицина, 2006.-272с.
6. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твёрдых тканей зубов.-М.: Медицинское информационное агентство, 2004.-178с.
7. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М., Ступников А.А. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстных нарушений.-М.:МЕДпресс, 2006.-112с.
8. Сенченко Н.Г. Асиметрія захисних властивостей слини людей різного віку //Вісник проблем біології та медицини.-2005.-№3.-С.103-105.
9. Трезубов В.Н., Щербakov А.С., Фадеев Р.А. Ортодонтия.-М.: Медицинская книга, 2005.-148с.
10. Canakci V., Akgül H.M., Akgül N., Canakci C.F. Prevalence and handedness correlates to traumatic injuries to the permanent incisors in 13-17-year-old adolescents in Erzurum, Turkey //Dental Traumatology.-2003.-V.19.-Is.5.-P.248-254.
11. Kizilkaya E., Kantarci M., Baskim C., Mutlu H., Karaman B., Dane S., Okur A., Sekmenli N. Asymmetry of the height of the ethmoid roof in relationship to handedness //Psychology Press, part of the Taylor&Francis Group.-2006.-Vol.11,N.4.-P.297-303.
12. Orbak R., Çanakçı V., Erciyas K., Kaya H. Flow-cytometric analysis of T-lymphocyte subsets in sinistral and dextral patients with gingivitis //Intern.J. of Neuroscience.-2003.-V.113.-N.1.-P.1-13.
13. Sandalli N., Cildir S., Guler N. Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years //Dental Traumatology.-2005.-V.21, N.4.-P.188-194.
14. Serio F.G. Dental Health: University Press of Missisipi, 1998.-100p.
15. Söder B., Johannsen A., Lagerlöf F. Percent of plaque on individual tooth surfaces and differences in plaque area between adjacent teeth in healthy adults //International Journal of Dental Hygiene.-2003.-V.1,N.1.-P.23-28.

Реферати

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ АСИММЕТРИИ ПАЦИЕНТОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И ПЕРЕЛОМОВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Коломиец С.В., Фазели Н.М.К., Ткаченко Е.В.

Авторы приводят обзор литературы относительно асимметрии в челюстно-лицевой области и ротовой полости в патологических условиях и приводят результаты собственного исследования, проведенного у 167 человек с переломами нижней челюсти и флегмонозным воспалением челюстно-лицевой области.

Частота патологических процессов в челюстно-лицевой области различна; сторона патологического процесса в значительной степени детерминирована доминантной конечностью пациента; левосторонние патологические процессы наблюдаются у истинных и

ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ АСИМЕТРІЇ ПАЦІЄНТІВ НА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ПЕРЕЛОМІВ У ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ДІЛЯНЦІ

Коломієць С.В., Фазелі Н.М.К., Ткаченко О.В.

Автори наводять огляд літератури стосовно асиметрії у щелепно-лицевій ділянці та ротовій порожнині за патологічних умов і наводять результати власного дослідження, проведеного у 167 людей з переломами нижньої щелепи та флегмонозним запаленням щелепно-лицьової ділянки.

Частота патологічних процесів у щелепно-лицьовій ділянці різна (розбіжності виявлені більше по переломах); сторона патологічного процесу значною мірою детермінується домінантною кінцівкою пацієнта; лівобічні

скрытых левшей, правосторонние – у истинных правшей и ложных левшей; двухсторонние переломы нижней челюсти и локализация флегмонозного воспаления по срединной линии может свидетельствовать о скрытом левшестве либо амбидекстризме пациента.

Ключевые слова: асимметрия, левшество, амбидекстризм, челюстно-лицевая область, ротовая полость.

патологічні процеси спостерігаються у справжніх та несправжніх лівшів; двобічні переломи нижньої щелепи та локалізація флегмонозного запалення по срединній лінії може свідчити на користь прихованого лівацтва або амбидекстризму пацієнта.

Ключові слова: асиметрія, лівацтво, амбидекстризм, щелепно-лицьова ділянка, ротова порожнина.

УДК [616.12-005.4:616.36]-085.224

СТАТИНОТЕРАПІЯ І ГЕПАТОБІЛІАРНА ПАТОЛОГІЯ: ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ

Г.В. Невойт

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Характеризуючи терапевтичні проблеми сьогодення, слід зауважити, що ХХІ сторіччя – епоха поліморбідності сучасного пацієнта. Наявність значної кількості поєднаної патології з боку внутрішніх органів і систем утруднює вибір адекватної схеми фармакотерапії. Перш за все дана проблема стосується питань раціонального лікування хворих кардіологічного профілю, оскільки: 1) дана група пацієнтів у своїй більшості – як правило, особи похилого/старечого віку зі зниженими рівнями функціональної активності гепатоцитів і печінкового кровообігу – з початково наявними умовами уповільнення виділення фармакологічних препаратів і підвищеним ризиком виникнення побічних дій ліків і, зокрема, медикаментозного ураження паренхіми печінки; 2) за принципами лікування основного захворювання, вони повинні систематично і пожиттєво приймати фармакологічні комплекси гіпотензивної, антиаритмічної, противоатеросклеротичної терапії, тощо. При цьому наявність фонової/супутньої патології з боку гепатобіліарної системи, як однієї з найрозповсюджених поліпатій, може додатково знижувати профіль безпечності основної терапії і стати аргументацією відмови від адекватного прийому призначених препаратів. Зокрема дана ситуація набуває найбільшого резонансу відносно призначення і тривалого лікування статинами: з одного боку, протягом останніх 20 років доведені безперечні ефективність і доцільність застосування препаратів даної групи як задля первинної профілактики серцево-судинних захворювань – WOSCOP, AF/Tex CAPS, ASCOT-LLA, так і вторинної – 4S, CARE, LIPID, HPS; з іншого – залишаються відкритими питання негативного впливу на структурно-функціональний стан печінки, зокрема за умов наявності фонової гепатобіліарної патології [4, 5, 7, 8, 10].

Як можливий підхід до раціоналізації фармакотерапії хворих кардіологічного профілю із застосуванням статинів під керівництвом проф. І.М. Скрипника була розглянута можливість призначення лікування із застосуванням у якості сервісного гепатопротектора препарату урсодезоксихолевої кислоти (УДХК).

Метою роботи була оцінка впливу комплексного лікування із застосуванням симвастатину і симвастатину у комбінації з УДХК на функціональний стан гепатоцитів і літогенні властивості жовчі у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 65 хворих (56 чоловіків і 8 жінок, середній вік $65,4 \pm 4,6$ років) на ІХС: стенокардія напруги I-II функціональний клас, кардіосклероз атеросклеротичний і післяінфарктний (12%), хронічний холецистит з підвищеними літогенними властивостями жовчі/біліарним сладжем (68%) в стадії стійкої/нестійкої ремісії.

Всім хворим на ІХС призначався симвастатин 0,02 г по 1 вкритій оболонкою таблетці на ніч – препарат вітчизняного виробництва з оптимальним співвідношенням ціна/якість – «Вазостат-Здоров'я» (ЗТ «Здоров'я», Україна).

Хворі I групи (n=31) отримували виключно симвастатин у складі базисної терапії, що включала модифікацію способу життя, призначення антиагреганта (ацетилсаліцилової кислоти), антиангінальної терапії (ізокорбіду-дінітрату/ізокорбіду-5-мононітрату, триметазидіну, β -блокатору), фармакологічний контроль артеріального тиску – за показанням. В динаміці дослідження не повинні були призначені інші гіполіпідемічні, протигрибкові засоби, антибіотики, цитостатики, непрямі антикоагулянти, інші препарати, які б могли вплинути на результат.

Беручи до уваги факти, що: 1) метаболізм і трансформація симвастатину відбувається у печінці по шляху цитохрому P450 (CYP) 3A4, при цьому до гепатоцитів він потрапляє у вигляді закритих лактонових форм і лише тільки після «першого» проходження перетворюється в активну