

30 хворих на гостру лікарську хворобу у віці від 20 до 65 років. Контрольну групу складали 146 умовно здорових осіб. Вивчали моніторингові показники сироватки крові, які характеризували стан печінки, за допомогою автоматичного поліаналізатора «Cobas mira» фірми «Гофман-Лярош» (Швейцарія) з використанням наборів фірми «Cone lab» (Фінляндія) та Roshe (Швеція). Визначали рівень глюкози в плазмі крові цих хворих натщесерце, а також ставили тест на толерантність до глюкози. Результати проведених досліджень свідчили про зниження вмісту в сироватці крові білірубину, активності аланінової та аспарагінової трансаміназ на тлі підвищення активності глютаматтранспептидази, лужної фосфатази та лактатдегідрогенази, що вказувало на зниження процесів трансамінації і періамінації та про порушення структурно-метаболических процесів в печінці. Вміст глюкози натщесерце реєструвався

підвищенням у 33,3 % хворих на поширені дерматози, а у 66,7 % – коливався в межах фізіологічної норми. Щодо ж аналізу результатів тесту на толерантність до глюкози, то було встановлено, що у 50% обстежених хворих спостерігали сплюснений тип глікемічної кривої, коли через 3 години після навантаження глюкозою рівень її в крові не повертався до норми, що свідчило про патологію підшлункової залози або печінки. Щодо ж хворих з більш швидким підйомом рівня глюкози в крові (через 30 хвилин після навантаження), то у них припускали переважно наявність ендокринної патології. Виявлені порушення вуглеводного обміну у хворих на поширені дерматози явилися підставою рекомендацій гіповуглеводної дієти на фоні фізичної активності поряд з включенням в комплексну терапію, крім гептопротекторів (Артишок), лікарських засобів, що корегують інсулінорезистентність (Авандамент).

РОЛЬ ОДОНТОГЕННИХ ВОГНИЩ ІНФЕКЦІЇ У ВИНИКНЕННІ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Г.М. Солонько, О.А. Білинська, Б.Ю. Солонько., А.Б. Білинський

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

За останні роки в сучасній стоматологічній літературі є багато публікацій, які стосуються взаємозв'язку соматичного та стоматологічного здоров'я населення. Частина праць вивчає вплив загальносоматичних захворювань на виникнення стоматологічної патології у пацієнтів, інші дослідники доводять вплив незадовільного стоматологічного статусу на соматичне здоров'я. Незаперечним залишається факт, що існує тісний взаємозв'язок між стоматологічним та соматичним здоров'ям. На жаль, лікарі стоматологи при діагностуванні та лікуванні захворювань зубо-щелепової системи не завжди звертають увагу на наявність супутніх хвороб у пацієнта, а лікарі загального профілю не враховують можливий вплив одонтогенних вогнищ інфекції на виникнення та перебіг соматичних захворювань. Тому метою нашої роботи стало вивчення впливу хронічних одонтогенних вогнищ інфекції на виникнення вогнищевої алопеції у дітей. Для цього нами було обстежено 42 пацієнти віком від 4 до 16 років, які скеровані до стоматолога працівниками кафедри дерматовенерології з діагнозом «вогнищева алопеція». У всіх пацієнтів було проведено вивчення стоматологічного статусу, для виявлення одонтогенних вогнищ інфекції про-

водилось рентгенологічне дослідження зубів з ускладненим карієсом методом прицільної рентгенографії або ортопантомографії у випадку множинного ускладненого карієсу. При виявленні одонтогенних вогнищ інфекції, якими вважались хронічні запальні процеси в періодонті молочних та постійних зубів, пацієнтам проводилося відповідні до клінічних форм запалення лікувальні заходи – ендодонтичне лікування за загальноприйнятою методикою або ж видалення зуба. Віддалені результати оцінювали через 6-12 місяців. В результаті проведених досліджень виявилось, що у всіх 42 пацієнтів із вогнищевою алопецією виявлено ушкоджені карієсом та його ускладненнями зуби. Так, інтенсивність карієсу склала від 6,8 зуба у дітей 4-7-річного віку до 4,6 ушкодженого зуба у дітей 12-16 років. Причём, слід зазначити, що питома вага нелікованих зубів значно перевищує питому вагу лікованих зубів, що свідчить про недостатню увагу як пацієнтів, так і лікарів до санації ротової порожнини. Серед обстежених пацієнтів виявлено 36 дітей (або 85,7 %) із хронічними вогнищами інфекції біля одного або кількох зубів, що очевидно, є причиною виникнення вогнищевої алопеції. Підтвердженням цього є і той факт, що через 6-12 місяців

після завершення лікування у 34 пацієнтів (76%) відновився ріст волосся у ділянках вогнищевої алопеції. Отже, проведені дослідження свідчать про переконливий зв'язок між наявними одонтогенними вогнищами інфекції та виникненням вогнищевої алопеції, що слід враховувати при діа-

гностиці та лікуванні цього захворювання. Тому необхідна тісна співпраця між лікарями різних профілів, а саме стоматологів та дерматологів для покращення діагностики та прогнозу лікування їх пацієнтів.

НЕЙРОГЕННІ МЕХАНІЗМИ ВОГНИЩЕВОЇ АЛОПЕЦІЇ

Хадрі Салім Бен Абделхафід, В.О. Варенов

Запорізький державний медичний університет

В останні роки отримані дані про наявність «взаємозалежних» рецепторів, які розташовані з однієї сторони – на лімфоцитах (зокрема – до нейромедіаторів та модуляторів), з іншої – на нервових клітинах (до «лімфоцитарно залежних» цитокінів та інших факторів). Це диктує необхідність розробки методів лікування хворих вогнищевою алопецією, які б впливали на обидві ці ланки патогенезу захворювання. До таких методів відноситься і рефлексотерапія. Доведено, що «точки акупунктури» (ТА) не є чимось «унікальним» в анатомічному відношенні, в той же час деякі з них є мікрозонами «перетину ЕДС різних за щільністю тканин» (корпоральні), або «мікрозонами віддзеркаленої чутливості ядер черепно-мозкових нервів» (аурикулярні). 25 хворим вогнищевою алопецією на фоні стандартного лікування проводилась рефлексотерапія в аурикулярні ТА, що відповідають за седативний ефект, а також ті,

які спроможні відновлювати ефекти кори надниркових залоз. Місцево (на місця випадання волосся) використовувалось прогрівання корпоральних ТА. Ще 25 пацієнтів лікувались лише стандартним методом. Після проведеного лікування з використанням рефлексотерапії спостерігалась така динаміка клінічної картини захворювання: поява пушкового волосся в скроневих областях – на 14 день від початку лікування, в потиличній – на 20 день та наявність на усіх вогнищах ушкодження пушкового волосся – до кінця першого місяця, в той час як у хворих, лікованих за стандартною методикою, поява пушкового волосся спостерігалась лише через 2-3 місяці від початку терапії і тільки в скроневих областях. Таким чином, рефлексотерапія спроможна комплексно впливати на взаємозалежні імунні та нейрогенні механізми захворювання.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОРНІДАЗОЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА КРОПИВ'ЯНКУ ІЗ СУПУТНІМ ЛЯМБЛІОЗОМ

М.І. Шкільна

Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

За статистичними даними Тернопільського обласного шкірно-венерологічного диспансеру, в останні роки реєструється стабільно висока захворюваність на кропив'янку (щорічно до 20 % усіх госпіталізованих дерматологічних хворих). Лямбліоз як супутнє захворювання нами виявлено у 67,7 % пацієнтів з даним дерматозом. Під спостереженням було 59 хворих на кропив'янку на тлі лямбліозної інвазії, віком від 10 до 70 років, які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в Тернопільському шкірно-венерологічному диспансері протягом 2006-2009 рр.; серед яких 24 (40,6 %) чоловіків і

35 (59,4 %) жінок. Діагноз кропив'янки встановлювали клінічно. Лямбліоз підтверджено паразитологічним дослідженням фекалій і дуоденального вмісту. В процесі лікування хворих поділили на 3 групи, які були подібні по віку та статі: 1 група – 19 хворих, які отримували орнідазол по 0,5 г двічі на день протягом 10 днів; 2 група – 14 осіб, яким для усунення несприятливого ефекту протипаразитарної терапії одночасно застосовували полісорб; 3 група – 26 пацієнти, яким відкореговано схему прийому орнідазолу: зранку $\frac{1}{4}$ дози (0,25 г) і $\frac{3}{4}$ дози (0,75 г) на ніч, враховуючи встановлене нами переважання клінічних проявів хвороби