

14. Волков С. Функциональное состояние слуховой трубы при воспалительной патологии среднего уха и носоглотки у детей / Волков С. А., Юнусов А.С. Тезисы 17 съезда оториноларингологов России, г. Нижний Новгород, 7—9 июня. 2006. — С. 428-429.
15. Барышевская Л.А. Острое воспаление глоточной миндалины у взрослых / Барышевская Л.А., Тарасова Н.В., Великанов А.К. Тезисы XVII съезда оториноларингологов России, 2006. — С. 160-161.
16. Розенфельд И.М. Аденоидные разращения / И.Д. Розенфельд Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки — Москва, 1949. — С. 568— 580.

Резюме

**СОСТОЯНИЕ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У  
ВЗРОСЛЫХ С ДРУГОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-  
ОРГАНОВ**

**Безшапочний С.Б., Смиянов Е.В.**

Проведено обстеження 43 дорослих пацієнтів віком 18-55 років з гіпертрофією глоточної міндалини. Виявлено 100% наявності супутньої патології ЛОР-органів. Установлено взаємозв'язок розвитку аденоїдиту і гіпертрофії глоточної міндалини з супутньою патологією. Відзначено необхідність початку лікування аденоїдиту з санації порожнини носа і околоносових пазух.

**Ключевые слова:** глоточная миндалина, лор-органы, патология.

Стаття надійшла 15.09.2011 р.

**STATE OF PHARYNGEAL TONSIL IN ADULTS  
WITH OTHER DISORDERS OF UPPER  
RESPIRATORY TRACT**

**Bezshapochniy S.B., Smiyanov E.V.**

The study examined 43 people aged 18-55 with hypertrophy pharyngeal tonsil. The 100% presence of concomitant pathology of upper respiratory tract was detected. The interdependence of adenoiditis and hypertrophy of pharyngeal tonsils and co-morbidity was established. The need for early treatment adenoiditis with readjustment of the nasal cavity and nasal sinuses was noted.

**Keywords:** pharyngeal tonsil, lor-organs, pathology.

УДК 616.23/24-002 : 614

Д.М. Бойко, М.І. Бойко, О.С. Бойко  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В АМБУЛАТОРНИХ  
УМОВАХ**

Питання організації та надання якісної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню в амбулаторних умовах, включаючи динамічне спостереження, обстеження, лікування та загалом ведення хворих є надскладним завданням для лікарів усіх спеціальностей. Така ситуація потребує вдосконалення вже існуючих методик та пошуку нових підходів до вирішення поставлених завдань. Дослідження виконано на основі аналізу історій хвороб 1077 пацієнтів пульмонологічного профілю (593 жінки та 484 чоловіків), що знаходились на спостереженні з 2004 по 2011 роки. Вік 47,80 (33,95; 69,72) років. Методика алгоритму включала заповнення спеціально розробленої карти хворого з описом основних клініко-анамнестичних даних, ведення індивідуальної теки з електронним архівом результатів клініко-лабораторних обстежень в динаміці, розширеного обстеження та встановлення графіку візитів. Складність роботи лікаря-пульмонолога підтверджується розмаїттям діагнозів (близько 43), які доводиться діагностувати під час консультативного прийому, а також необхідність аналітичної оцінки великого обсягу інформації протягом обмеженого часу. Ефективність застосування запропонованого алгоритму ведення пульмонологічного хворого відзеркалюється у статистично значимому ( $p < 0,0001$ ) зменшенні кількості візитів з приводу загострень порівняно з частотою планових відвідувань.

**Ключові слова:** алгоритм, діагностика, ведення, пульмонологічні хворі.

*Робота є фрагментом науково-дослідних тем: «Визначити фактори ризику рецидивів туберкульозу легень та розробити оптимальні методи їх діагностики», номер держреєстрації 0110U001212; «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», номер держреєстрації 0110U008151.*

Організація якісної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню в амбулаторних умовах, включаючи динамічне спостереження, обстеження, лікування та загалом ведення хворих - є надскладним завданням для лікарів усіх спеціальностей. Робота з пацієнтом вимагає від лікаря високої концентрації та швидкого аналізу великого об'єму інформації для прийняття ряду рішень: постановка діагнозу, план обстеження, лікування, оцінка динаміки перебігу захворювання, прогноз та розробка стратегії реабілітації тощо. Своєчасний та швидкий доступ лікаря до архівів клінічних даних пацієнта, що спостерігається або знаходиться на даний час на прийомі, скоротить витрати часу на пошук інформації і дозволить приділити більше уваги безпосередньо на хворого та прийняття

рішень [2]. Лікар-пульмонолог у своїй роботі перш за все має керуватися стандартами надання медичної допомоги задекларованими у наказі МОЗ України № 128 від 19.03.2007р. [3], але окрім представлених в ньому діагностичних та лікувальних тактик, прискіпливої уваги також потребують питання систематизованого та послідовного ведення пацієнтів на різних етапах надання медичної допомоги.

Колектив авторів у даному науковому проєкті представив власне нове бачення того, як за допомогою простої систематизації часу візитів, вдосконалення методів зберігання даних та використання сучасних інформаційних технологій можна поліпшити роботу лікаря на амбулаторному етапі надання медичної допомоги пацієнтам пульмонологічного профілю.

**Метою** роботи було проведення аналізу контингенту осіб, що звертаються за амбулаторною допомогою до лікаря пульмолога та оцінка ефективності алгоритму ведення пульмонологічних хворих за показниками рівня загострень.

**Матеріал та методи дослідження.** Дана робота виконана на базі Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського, пульмонологічного кабінету. Дослідження виконано на основі аналізу історій хвороб 1077 пацієнтів пульмонологічного профілю (593 жінки та 484 чоловіків), що знаходились на спостереженні з 2004 по 2011 роки. Вік 47,80 (33,95; 69,72) років. Діагнози при первинному зверненні пацієнтів стандартизовані відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ 10) [7] : А 15 (Туберкульоз органів дихання, підтверджений бактеріологічно або гістологічно) – 9; С 34 (Злоякісні новоутворення бронхів та легень), С 38 (Злоякісні новоутворення серця, середостіння та плеври) – 6; С 81 (Хвороба Ходжкіна [лімфогранулематоз]) – 2; D 14.4 (Доброякісні утворення дихальної системи неуточненої локалізації) – 1; D 76.0 (Гістіоцитоз з клітин Лангенгарса, не класифікований в інших рубриках) – 1; D 86 (Саркоїдоз) – 33; Е 10 (Інсулінозалежний цукровий діабет I 12.0, Гіпертонічна хвороба з переважним ураженням нирок з нирковою недостатністю), I 25 (Хронічна ішемічна хвороба серця) – 1; Е 84.0 (Кістозний фіброз) – 1; F 84.0 (Дитячий аутизм) – 1; G 20 (Хвороба Паркінсона), I 10 (Есенціальна гіпертензія), I 25 (Хронічна ішемічна хвороба серця) – 1; I 10 (Есенціальна гіпертензія) – 4; I 10 (Есенціальна гіпертензія), I 25 (Хронічна ішемічна хвороба серця) – 24; I 20 (Стенокардія) – 19; I 21 (Гострий інфаркт міокарда) – 3; I 25 (Хронічна ішемічна хвороба серця), I 49 (Інші порушення серцевого ритму) – 1; I 26 (Легенева емболія) – 2; I 30.09 (Гострий перикардит неуточнений) – 2; J 18 (Пневмонія без уточнення збудника) – 46; J 20 (Гострий бронхіт), J 22 (Гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів неуточнена) – 96; J 22 (Гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів неуточнена) – 54; J 30 (Вазомоторний та алергічний риніт) – 1; J 42 (Хронічний бронхіт неуточнений) – 175; J 42 (Хронічний бронхіт неуточнений), I 10 (Есенціальна гіпертензія) – 6; J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень) – 159; J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень), I 10 (Есенціальна гіпертензія), I 25 (Хронічна ішемічна хвороба серця) – 78; J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень), I 10 (Есенціальна гіпертензія) – 17; J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень), J 45 (Астма) – 18; J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень), А 15 (Туберкульоз органів дихання, підтверджений бактеріологічно або гістологічно) – 2; J 45 (Астма) – 207; J 45 (Астма), I 10 (Есенціальна гіпертензія), I 25 (Хронічна ішемічна хвороба серця) – 5; J 45 (Астма), М 30.1 (Поліартеріїт з ураженням легень [Черджа-Стросса]) – 1; J 47 (Бронхоектатична хвороба) – 2; J 80 (Синдром респіраторного розладу [дистресу] у дорослого) – 1; J 84 (Інші інтерстиціальні захворювання легень) – 5; J 90 (Плевральний випіт, не класифікований в інших рубриках) – 3; J 93.0 (Спонтанний пневмоторакс напруження) – 2; К 50 (Хвороба Крона) – 1; М 05.3 (Ревматоїдний артрит з ураженням інших органів та систем) – 1; N 11 (Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит) – 1; R 04.9 (Кровотеча з дихальних шляхів неуточнена) – 1; R 05 (Кашель) – 4; S 20 (Поверхнева травма грудної клітки) – 1; S 27.00 (Травматичний пневмоторакс без відкритої рани в грудну клітку) – 1; Клінічно-значимої патології не виявлено – 78 хворих.

Методика алгоритму додатково включала заповнення спеціально розробленої карти хворого з описом основних клініко-анамнестичних даних, ведення індивідуальної теки з електронним архівом результатів клініко-лабораторних обстежень в динаміці. До кожного пацієнта було застосоване розширене обстеження та розплановано графік основних (від одного до 24 тижнів) і позапланових візитів до лікаря, які варіювали в залежності від стану пацієнта та рівня комплаєнтності (рис.). Обов'язковими були телефонні контакти з хворими або зв'язок з ними за допомогою електронної пошти, соціальних мереж. Основними критеріями для оцінки стали частота візитів з приводу загострення та кількість планових візитів. Статистична обробка даних проведена з використанням непараметричних методів, зокрема  $\chi^2$ , 2x2. Відмінності вважалися статистично достовірними при  $p \leq 0,05$  [1, 4, 5].

**Результати дослідження та їх обговорення.** В першу чергу нас зацікавила велика різноманітність діагнозів, з приводу яких пацієнти первинно звертаються за медичною допомогою до лікаря-пульмолога. Відповідні дані ми представили у таблиці. Для спрощення аналітичної оцінки результатів зведених даних у таблиці 1 нами було розподілено діагнози пацієнтів за основними групами відповідно до МКХ 10. За тривалий період спостереження з 2004 по 2011 рр. найбільш частою причиною звернення до пульмолога закономірно були хвороби органів дихання - 82% (876 хворих). Значна кількість осіб зверталась в основному для проведення профілактичних оглядів (8% або 78 осіб). На другому місці серед причин звернення були хвороби системи кровообігу - це майже 5% або 55 пацієнтів. З 2009 року, використовуючи інструменти алгоритму обстеження та ведення пульмонологічного хворого, що задекларовані у даній науковій роботі, було приділено велику увагу

інтерстиціальним захворюваннями органів дихання, зокрема пацієнтам з саркоїдозом та ідіопатичним інтерстиціальним пневмоніям, і розпочато створення електронного реєстру цієї категорії хворих.

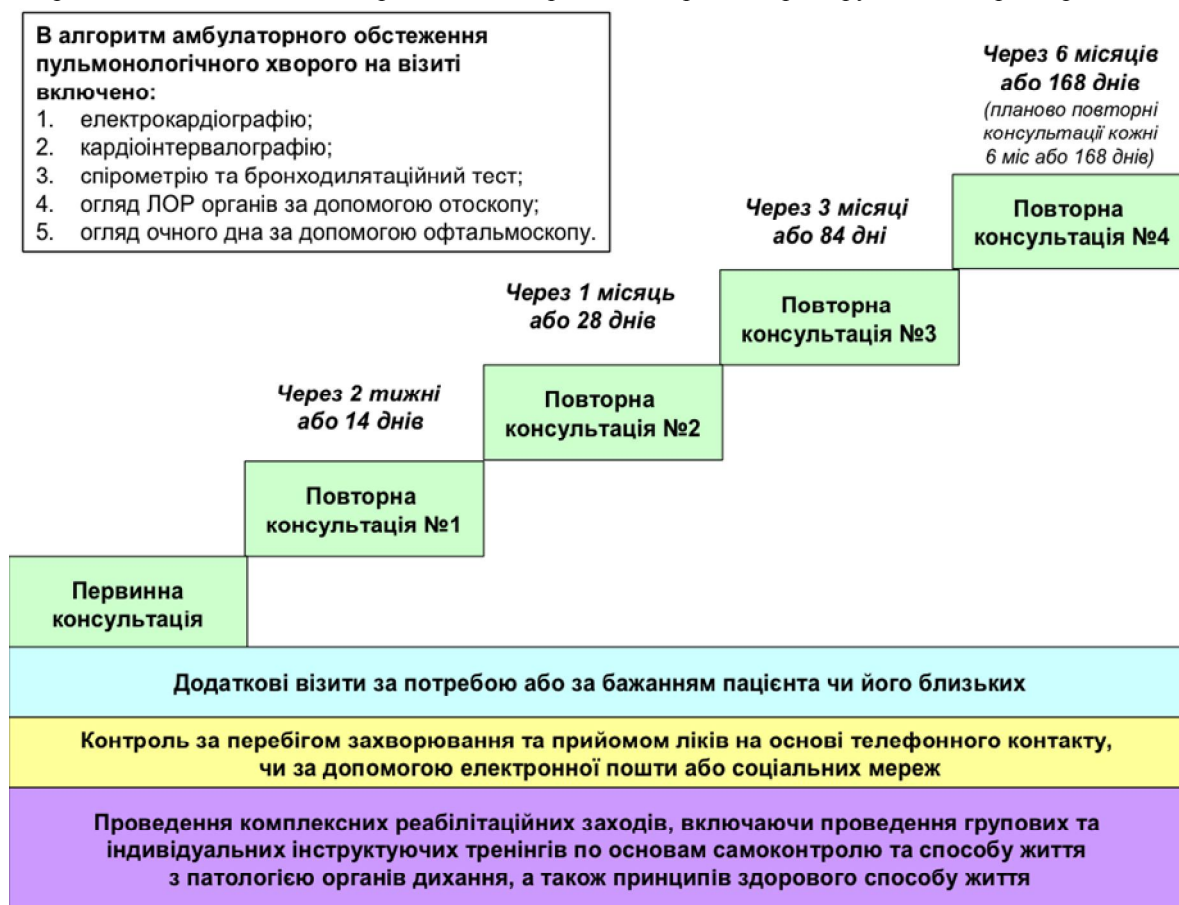


Рис. 1. Графічний розподіл часу візитів та заходів при використанні алгоритму амбулаторного ведення пацієнтів пульмонологічного профілю.

В ході амбулаторного спостереження діагностовано вперше та підтверджено бактеріологічно 11 хворих на туберкульоз органів дихання. Виявлено 9 осіб з новоутвореннями. Необхідно також урахувати звернення з досить рідкісними захворюваннями та станами, такими як: гістіоцитоз Х, аутизм, хвороба Крона. Зважаючи на таке вражаюче розмаїття патологій, майже 43 варіанти діагнозів, з приводу яких зверталися до лікаря пульмонолога, бажання вдосконалити та полегшити роботу медичного працівника виникає автоматично. Використання запропонованого алгоритму ведення пульмонологічного хворого допомагає вирішити проблему систематизації інформації щодо ведення хворого, та дозволяє більш повно оцінити динаміку стану хворого або особи, що спостерігається у лікаря. В якості прикладу можна навести статистичні дані (табл. 1) щодо хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), яке в структурі первинних консультацій займало майже 25% (264 хворих) та бронхіальної астми - 19% (207 осіб). Близько 115 хворих на ХОЗЛ з загального числа пацієнтів, що звернулися первинно, мали поєднання ХОЗЛ з іншою соматичною патологією. Така тенденція повністю вкладається в поняття про ХОЗЛ та коморбідні стани [6, 8, 9], та значно обтяжує ведення та прогноз у цих хворих. Аналітична оцінка отриманих даних щодо ХОЗЛ дозволить лікарю спланувати лікарсько-профілактичні заходи для цієї категорії осіб. Оцінюючи ефективність даного способу ведення хворих на прикладі пацієнтів з БА та ХОЗЛ, виявлено ряд важливих закономірностей. За вищенаведений часовий період у хворих на БА було зареєстровано 94 візити з приводу загострення БА, що є вірогідно ( $p < 0,05$ ) меншим порівняно з кількістю планових візитів - 227. У хворих на ХОЗЛ зафіксовано 86 планових відвідувань лікаря, частота яких є майже вдвічі меншою, ніж з приводу загострення - 32 візити ( $p < 0,05$ ). Також застосування даного алгоритму ведення хворих зменшило частоту госпіталізацій серед хворих з БА на 93,12%, а рівень загострень на 45,41%, тоді як у пацієнтів з ХОЗЛ загострення зменшились на 20,12%, а частота госпіталізацій з приводу загострень ХОЗЛ на 67,43%. Для оцінки ефективності запропонованого способу були вибрані захворювання, з приводу яких пацієнти зверталися регулярно як з приводу загострень, так і планово, враховуючи пульмонологічну специфікацію.

При сумарному статистичному обчисленні даних для визначення відмінностей у частоті візитів з приводу загострень порівняно з кількістю планових візитів було виявлено статистично значимі відмінності між ними ( $\text{Chi-Square} = 4337.088$ ;  $\text{df} = 43$ ;  $p < 0,0001$ ). Такі результати вказують на значимо низький рівень загострень порівняно з загальною кількістю первинних консультацій. Кількість планових візитів є достовірно ( $\text{Chi-Square} = 707.7784$ ;  $\text{df} = 43$ ;  $p < 0,0001$ ) меншою порівняно із загальним значенням первинних консультацій.

Таблиця

## Зведені дані динаміки спостереження пацієнтів з урахуванням діагнозу та причини візитів

Діагноз захворювання відповідно до МКХ 10	Кількість хворих перемога	Візит з призову	Плановий
A 15 (Туберкульоз органів лихання підтверджений бактеріологічно або	9	0	2
C 34 (Злоякісні новоутворення бронхів та легень) C 38 (Злоякісні	6	2	2
C 81 (Хвороба Холжкіна [підфогранулематоз])	2	0	0
D 14.4 (Лобовікісні утворення лихальної системи невточненої	1	0	0
D 76.0 (Гістіопитоз з клітин Лангенганса не класифікований в інших	1	0	0
D 86 (Сапкоїлоз)	33	9	70
E 10 (Інсулінозалежний цукровий діабет I 12.0 (Гіпертонічна хвороба	1	0	0
F 84.0 (Кістозний фіброз)	1	0	0
F 84.0 (Литячий аутизм)	1	0	0
G 20 (Хвороба Паркінсона) I 10 (Есенціальна гіпертензія) I 25	1	0	0
I 10 (Есенціальна гіпертензія)	4	0	4
I 10 (Есенціальна гіпертензія)	24	0	11
I 20 (Стенокардія)	19	0	3
I 21 (Гострий інфаркт міокарда)	3	0	0
I 25 (Хронічна ішемічна хвороба серця) I 49 (Інші порушення	1	2	4
I 26 (Легенева емболія)	2	0	0
I 30.09 (Гострий перикардит невточнений)	2	0	0
J 18 (Пневмонія без уточнення збудника)	46	1	37
J 20 (Гострий бронхіт)	96	0	37
J 22 (Гостра респіраторна інфекція нижніх лихальних шляхів	54	34	52
J 30 (Вазомоторний та алергічний риніт)	1	0	0
J 42 (Хронічний бронхіт невточнений)	175	26	53
J 42 (Хронічний бронхіт невточнений) I 10 (Есенціальна гіпертензія)	6	0	4
J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень)	159	32	86
J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень) I 10	78	10	37
J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень)	17	1	4
J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень)	18	9	20
J 44 (Інше хронічне обструктивне захворювання легень) A 15	2	0	2
J 45 (Астма)	207	94	227
J 45 (Астма) I 10 (Есенціальна гіпертензія) I 25 (Хронічна ішемічна	5	2	6
J 45 (Астма) M 30.1 (Поліартеріїт з ураженням легень [Черджа-	1	3	4
J 47 (Бронхоектатична хвороба)	2	0	10
J 80 (Синдром респіраторного розладу [дистрес] у дорослого)	1	0	2
J 84 (Інші інтерстиціальні захворювання легень)	5	0	17
J 90 (Плевральний випіт не класифікований в інших рубриках)	3	0	3
J 93.0 (Спонтанний пневмоторакс напруження)	2	0	0
K 50 (Хвороба Крона)	1	0	0
M 05.3 (Ревматоїдний артрит з ураженням інших органів та систем)	1	0	0
N 11 (Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит)	1	0	0
R 04.9 (Кровотеча з лихальних шляхів невточнена)	1	2	5
R 05 (Кашель)	4	3	8
S 20 (Поверхнева травма грудної клітки)	1	0	0
S 27.00 (Травматичний пневмоторакс без відкритої рани в грудну	1	0	0
Клінічно-значимої патології не виявлено	78	0	0

Індивідуальний підхід до кожного пацієнта, стратегія "планово-регулярного" проведення інструктажу та тренінгів для пацієнтів з відповідною патологією та членів їхніх родин, за мінімальних фінансових та часових затрат, значно поліпшує прихильність пацієнтів до лікування, яке виражалось у сумлінному відвідуванні консультацій лікаря та виконанні настанов лікаря. Що в свою чергу привело до зменшення кількості візитів з приводу загострень (Chi-Square = 314.8461; df=43; p<0,0001) порівняно з частотою планових відвідувань.

#### Висновки

Складність роботи лікаря пульмонолога підтверджується розмаїттям діагнозів (близько 43), які доводиться діагностувати під час консультативного прийому, а також необхідність аналітичної оцінки великого обсягу інформації протягом обмеженого часу спонукали до розробки алгоритму ведення хворого пульмонологічного профілю. Застосування інструментів алгоритму ведення пульмонологічного хворого допомагає систематизувати масив інформації конкретно взятого пацієнта та дозволяє більш повно оцінити динаміку його стану. Ефективність застосування запропонованого алгоритму ведення пульмонологічного хворого відзеркалюється у статистично значимому (p<0,0001) зменшенні кількості візитів з приводу загострень порівняно з частотою планових відвідувань.

*Перспективи подальших досліджень.* Продовження роботи в напрямку вдосконалення обробки великих обсягів клінічної інформації в медицині та її адекватна систематизація дозволить зменшити ментальне навантаження на лікаря, скоротить час на візиті у лікаря без втрати якості надання послуг, а також полегшить роботу з "динамічним" та архівним масивом медичних даних.

#### Література

1. Герасимов А.Н. Медицинская статистика: Учебное пособие / Герасимов А.Н. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 480 с.
2. Иванив А. П. Современные алгоритмы диагностики у больных с сосудистыми (дисциркуляторными) энцефалопатиями в зависимости от вариантов течения гемодисциркуляторной (анализ и синтез собственных, отечественных и зарубежных программ). / А.П. Иванив, Ю.Л. Курако // Український медичний часопис. — 2001. — № 5 (25). — С. 19-27.
3. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007р. (Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»). — Офіц. вид. — Київ, 2007. — 146 с.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.
5. Халфарян А.А. STATISTICA 6. Математическая статистика с элементами теории вероятностей : Учебник / А. А. Халфарян. — М.: Издательство Бином, 2010. — 496 с.
6. Díez Manglano J. Comorbidity, disability and mortality in patients with multiple conditions and chronic obstructive pulmonary disease. / J. Díez Manglano, M. Bernabeu-Wittel, A. Escalera-Zalvide, et. al. // Rev. Clin. Esp. — 2011. — Режим доступу до журн.: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/21982043/?i=1&from=COPD%20cardiac%20comorbidity>.
7. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : (10th Revision. Version for 2007) [Електронний ресурс] / World Health Organization. — 2007. — Режим доступу до журн. : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
8. Rubinsztajn R. Mortality and comorbidity in hospitalized chronic obstructive pulmonary disease patients. / R. Rubinsztajn, R. Chazan // Pneumonol. Alergol. Pol. — 2011. — Vol. 79(5). — P. 343-346.
9. Sundh J. Co-morbidity, body mass index and quality of life in COPD using the Clinical COPD Questionnaire. / J. Sundh, B. Ställberg, K. Lisspers, et al. // COPD. — 2011. — Vol. 8(3). — P. 173-181.

#### Реферати

##### АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бойко Д.Н., Бойко Н.Г., Бойко О.С.

Вопросы организации и оказания качественной, высококвалифицированной медицинской помощи населению в амбулаторных условиях, включая динамическое наблюдение, обследование, лечение и вообще ведение больных является сверхсложной задачей для врачей всех специальностей. Такая ситуация требует усовершенствования уже существующих методик и поиска новых подходов к решению поставленных задач.

Исследование выполнено на основе анализа историй болезни 1077 пациентов пульмонологического профиля (593 женщины и 484 мужчин), которые находились на наблюдении

##### ALGORITHM FOR MANAGEMENT OF PULMONOLOGICAL PATIENTS IN AMBULATORY SETTINGS

Boyko D.M., Boyko M.G., Boyko O.S.

The organization and delivery of quality, high-quality medical care in ambulatory settings, including dynamic observation, examination, treatment and patient management in general is a daunting task for physicians of all specialties. This requires improvement of existing methods and finding new approaches to solving problems.

The study was based on analysis of case histories of 1077 pulmonological patients (593 women and 484 men) who were on the observation from 2004 to 2011. Age 47.80 (33.95; 69.72) years. The method

с 2004 по 2011 годы. Возраст 47,80 (33,95; 69,72) лет. Методика алгоритма включала заполнение специально разработанной карты больного с описанием основных клинико-анамнестических данных, ведения индивидуальной папки с электронным архивом результатов клинико-лабораторных исследований в динамике, расширенного обследования и установления графика визитов. Сложность работы врача-пульмонолога подтверждается разнообразием диагнозов (около 43), которые приходится диагностировать во время консультативного приема, а также необходимостью аналитической оценки большого объема информации в течение ограниченного времени. Эффективность применения предложенного алгоритма ведения пульмонологического больного отображается в статистически значимом ( $p < 0,0001$ ) уменьшении количества визитов по поводу обострений по сравнению с частотой плановых посещений.

**Ключевые слова:** алгоритм, диагностика, ведение, пульмонологические больные.

Стаття надійшла 11.11.2011 р.

includes filling algorithm specially designed card with a description of patient's clinical and basic anamnestic data, creation and management of individual folders with an electronic archive of the results of clinical and laboratory research in the dynamics, an extended survey and setting a timetable for visits. Complexity of work of the pulmonologist confirmed by a variety of diagnoses (approximately 43) who have diagnosed during admission consultation, as well as the need for an analytical assessment of a large amount of information for a limited time. The effectiveness of the proposed algorithm for management of pulmonological patients displayed statistically significant ( $p < 0,0001$ ) decrease in the number of visits for exacerbation compared with the frequency of planned visits.

**Key words:** algorithm, diagnostics, management, pulmonological patients.

УДК: 611.314

Н.А. Гасюк

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

### ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ГОРБИКОВОЇ ДІЛЯНКИ ЕМАЛІ ЗУБА

Горбики представляють собою анатомічні утворення коронки різних класів зубів, які досягають жувальної поверхні зуба. Пучки емалевих призм в ділянці горбика утворюють спіралеподібні структури, звернуті основою до апекса дентину. Саме завдяки цьому вони амортизують його від вертикального тиску при захваті їжі.

**Ключові слова:** горбик, емалеві призми, спіралеподібні структури, апекс дентину.

*Робота є фрагментом дослідження за ініціативною тематикою ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» – «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань, на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонта, пародонта та СОПР», номер державної реєстрації – 0108 У 004411.*

Горбики представляють собою анатомічні утворення коронки різних класів зубів, які сягають жувальної поверхні зуба. Проте в силу функціональних та анатомічних особливостей, різці спроможні відкусити їжу, а інші – ікла призначені до її захвату. Нарешті, премоляри та моляри завдяки наявності горбиків мають можливість до роздрібнення та пережовування їжі на невеликі подрібнені шматочки, які в подальшому у травному каналі проходять ферментативну обробку на складові амінокислоти та інші проміжні продукти [2]. Виходячи із вищезазначеного, визначення гістоструктурних особливостей емалі горбикової ділянки представляє значну як теоретичну, так і практичну цікавість [3, 4, 7].

**Метою** роботи було вивчення особливостей морфологічної будови горбикової ділянки емалі зубів.

**Матеріал та методи дослідження.** Дослідження проводилося на 15 верхніх та нижніх великих кутніх зубах, в яких вивчалась будова горбиків, як на подовжніх, так і на поперечних їх шліфах. Виготовлені як товсті, так і тонкі шліфи гістохімічно забарвлювалися ШИК-альціановим синім. При цьому товсті шліфи фотографувалися за допомогою лупи в епіпроекції, а тонкі шліфи макрофотографувалися за допомогою цифрової фотокамери «Олімпус» на різних збільшеннях у прохідному та поляризованому світлі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** З метою визначення об'ємної конструкції горбика, проведені дослідження горизонтальних гістохімічно забарвлених ШИК-альціановим синім шліфів з послідовним вивченням їх у поляризаційній мікроскопії. (рис. 1). Слід зазначити, що дентин забарвлений від темно-вишневого до рожевого забарвлення, закінчується багаточисленими волокнистими структурами. Частина волокон мають рожевий колір у вигляді паралельних, ШИК-позитивних утворень та представлені сітчастим шаром. Інша частина, маючи темно-фіолетове забарвлення у вигляді перпендикулярних ритмічних структур пронизують сітчастий шар.

Крім того, визначаються базофільні структури, які частково пронизують внутрішні пара- та дізони емалі або повністю пронизують всю її товщу. Відповідно перші з них відповідають емалевим веретенам, а другі ламелам. Сама емаль утворює чотири горизонтальні пара- та дізони. У першій, забарвленій у жовтий колір, визначаються паралельні лінії Ретціуса. Друга, маючи зелене забарвлення представлена косими пучками