

3. Жержова Т.А. Принципы диагностики и лечения дисгормональных заболеваний молочных желез / Т.А. Жержова, А.Ф. Курилова // 36. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2007. – с.279-282.
4. Зотов А.С. Мастопатия и рак молочной железы / А.С. Зотов, Е.О. Велик, В.Е. Чешук – Киев. – 2004. – 87 с.
5. Ильин А.Б. Эндокринотерапия и лечение фиброзно-кистозной болезни молочных желез / А.Б. Ильин, С.В. Бескровный, Е.В. Малахова. // Матер. Первой междунац. онкологической конф. «Проблемы диагностики и рака молочной железы». – С.-Петербург. – 2004. – С. 73-77.
6. Коган И.Ю. Мастопатия: фиброзно-кистозная болезнь // Учебно-метод. Пособие / И.Ю. Коган – ООО «Издатель Н-Л». – 2007. – 24 с.
7. Ласачко С.А. Диагностика и возможности терапии мастодинии в практике акушера-гинеколога / С.А. Ласачко, В.П. Квашенко, Е.Г. Яшина // Новости фармации и медицины – 2007 - №3 (207). – С.8.
8. Профілактика та діагностика дисгормональних захворювань молочної залози. Наказ № 676 від 31.12.2004 р. Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекологічної допомоги.
9. Сеницын В.А. Лечение больных с фиброзно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом / В.А. Сеницын, Т.В. Руднева // Жіночий лікар – 2007. – №6. – С. 31-33.
10. Татарчук Т.Ф. Эффективность применения препаратов, оказывающих дофаминергическое действие, в комплексной терапии дисгормональной стрессиндуцированной патологии / Т.Ф. Татарчук // Природная медицина. – 2010 - №3. – С. 20-25.
11. Compel A. Maturitas / Compel A., Chaoudt M., Leri D. [et al.], 2000. – 35 (suppl.1). – S. 343.
12. Porter P. “Европеизация» риска развития рака молочной железы / P.Porter // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – №3 (12). – С. 70-71.

#### Реферати

#### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА.

А.М. Громова, Т.Ю. Ляховская, Л.Н. Добровольская, А.Л. Громова, О.Л. Бакланова

Проведен анализ заболеваемости доброкачественными дисгормональными процессами молочной железы. За 2009-2011 годы проведено 6076 обследований молочных желез. Диагностика основывалась на осмотре, пальпации, маммографии, ультразвуковом обследовании, пункции узловых образований и цитологическом исследовании пунктата. Диффузные формы заболевания составили 77,9%, узловые – 8%, кисты – 5,6%, фиброаденомы – 3,7%, новообразования – 4,4%. Задачей акушера-гинеколога является своевременное выявление ранних признаков патологии молочной железы, углубленное обследование, взаимодействие со смежными специалистами, что сможет обеспечить своевременное лечение.

**Ключевые слова:** молочная железа, мастопатия, диагностика, профилактика.

Стаття надійшла 18.05.2012 р.

#### EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF BENIGN BREAST DISEASE IN THE PRACTICE OF OBSTETRICIANS -GYNECOLOGISTS

A.M. Gromova, T.Iu. Liakhovska, L.M. Dobrovolska, A.L. Gromova, O.L. Baklanova

The analysis of the incidence of benign dysgormonal breast diseases was managed. 6076 surveys of mammary glands were carried out during 2009-2011. Diagnosis was based on inspection, palpation, mammography, ultrasound scanning, puncture of the nodules and cytology. The diffuse form of the diseases were accounted for 77.9%, nodal - 8%, cyst - 5.6%, fibroadenoma - 3.7%, tumors - 4.4%. The task of obstetrician-gynecologist is the timely detection of early signs of breast pathology, in-depth examination of the interaction with related professionals for providing timely treatment.

**Key words:** mammary gland, breast, diagnosis, prevention.

УДК 616.311.2-002-053.2-085

О.Л. Голованець

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

#### ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

На основі вивчення клінічної картини та стану показників прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини дітей в динаміці спостереження обґрунтовано доцільність використання антиоксидантних препаратів у комплексі загальноприйнятого лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей при надмірному надходженні нітратів. Встановлено позитивний вплив препаратів „Протефлазід” та „Імунофлазід” на динаміку захворювання, що підтверджується прискоренням зворотнього розвитку його клінічних проявів та підвищенням активності системи антиоксидантного захисту ротової порожнини.

**Ключові слова:** діти, гінгівіт, прооксидантно-антиоксидантна система, „Протефлазід”, „Імунофлазід”.

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри стоматології факультету післядипломної освіти Івано-Франківського державного медичного університету на тему: “Вивчення стану стоматологічного здоров’я населення західних регіонів України та розробка пропозицій щодо його збереження та покращення” (№ держреєстрації 0107U004631).

Проведені нами епідеміологічні дослідження показали високу розповсюдженість основних стоматологічних захворювань серед дітей, які мешкають на територіях із підвищеним рівнем нітратів у питній воді. Особливу увагу звертають на себе захворювання тканин пародонта, які діагностувалися у 80% обстежених

дітей віком 12 років. У структурі захворювань тканин пародонта переважає хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ), на долю якого припадає 90-95% випадків.

За даними літератури [3,7,8,9], а також результатами власних експериментальних та параклінічних досліджень відомо, що провідну роль у розвитку патології в дітей за умов надмірного надходження нітратів, поряд із гіпоксією, відіграє активація процесів окиснення з розвитком оксидативного стресу. Аналіз антиоксидантної системи захисту (АОСЗ) ротової рідини дітей показав розвиток складних дезадаптуючих механізмів у середині системи з недостатністю як антипероксидної, так і антирадикальної складових, що посилюється зі зростанням ступеня тяжкості захворювання. Важливу роль метаболічних порушень у розвитку захворювань тканин пародонта при нітратному навантаженні підтверджено результатами багатofакторного кореляційного аналізу. Усе це надало змогу обґрунтувати необхідність удосконалення загальноприйнятого методу лікування ХКГ у дітей із вище зазначеного регіону шляхом проведення корекції антиоксидантного статусу як на загальному, так і на місцевому рівнях.

Серед широкого арсеналу антиоксидантних препаратів у педіатричній практиці перевага надається засобам природного походження, які мають високу біологічну активність та низьку токсичність. Даним вимогам, на нашу думку, відповідають вітчизняні препарати “Протефлазід” та “Імунофлазід”, основною діючою речовиною яких є флавоноїдні глікозиди, одержані з диких злакових рослин *Deschampsia caespitosa* L. та *Calamagrostis epigeios* L. “Протефлазід” – це рідкий спиртовий екстракт, призначений для зовнішнього та внутрішнього застосування. „Імунофлазід” є дитячим аналогом “Протефлазиду” у формі сиропу. Специфічність антиоксидантної дії препаратів зумовлена широким спектром дії флавоноїдів, які відрізняються ступенем глюкозування та наявністю різних радикалів в ароматичній частині молекули. Не менш важливою є Р-вітамінна активність, що забезпечує регенерацію одного з ключових метаболітів тканинного обміну та складової АОСЗ – аскорбінової кислоти. Внаслідок цього здійснюється вплив на дозрівання колагенових волокон, ангіопротекторні, протигіпоксичні ефекти препаратів, що особливо актуально в умовах розвитку тканинної та гемічної гіпоксії при хронічному нітратному навантаженні. Крім того, ці засоби мають імуномодулюючу та детоксикаційну дію [1].

**Метою** роботи було проаналізувати ефективність застосування препаратів “Протефлазід” та “Імунофлазід” у комплексі лікування ХКГ у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Для оцінки ефективності запропонованого нами методу було проведено лікування та динамічне спостереження протягом 2 років за 52 дітьми віком 12 років із клінічними ознаками ХКГ, які мешкають на нітратно забруднених територіях. Із них 26 осіб (група І) з легким ступенем тяжкості ХКГ та 26 (ІІ група) – із середнім ступенем тяжкості захворювання. Для вивчення ефективності запропонованого методу лікування з використанням антиоксидантних препаратів були сформовані групи спостереження (ІА та ІІА) та порівняння (ІБ та ІІБ) при різних ступенях тяжкості захворювання (по 13 чоловік у кожній групі).

Діти груп порівняння одержували загальноприйняте лікування, що включало санацію, професійну гігієну ротової порожнини з навчанням гігієнічних навичок, антисептичну та протизапальну терапію. У групах спостереження, окрім вище вказаних заходів, проводили корекцію антиоксидантного статусу: препарат “Протефлазід” застосовували місцево у вигляді полоскань ротової порожнини три рази на день до клінічного ефекту видуження (20 крапель препарату на 100 мл кип'яченої води); “Імунофлазід”- усередину, згідно існуючих рекомендацій, відповідно до віку дітей (з 1-го по 3-й день по 5 мл 2 рази на день, з 4-го дня – по 6 мл 2 рази на день протягом 14 днів).

Оцінка стану тканин пародонта вивчалася за даними клінічних індексів і проб: індексу гігієни порожнини рота ОІН-S (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), гінгівального індексу РМА (С. Parma, 1960), індексу кровоточивості (Н.Р. Muhlemann, S.Son, 1971), проби Шиллера-Писарева.

Для оцінки стану прооксидантно-антиоксидантної системи тканин пародонта в дітей проводили дослідження ротового секрету. Збір матеріалу для параклінічного дослідження проводився двократно до та після лікування. Стан прооксидантної системи визначався за рівнем малонового альдегіду (МА) за методом Стальної Н.Д., 1977 [5] та рівнем дієнових кон'югатів (ДК), які визначали за методом Гаврилова В.Б., 1983 [5]. Для вивчення стану системи антиоксидантного захисту визначали активність каталази за методом Королюк М.А., 1988 [5]; активність супероксиддисмутази (СОД) за методом Чеварі С., 1985 [5]; вміст HS-груп за допомогою реактиву Елмана, 2002 [4]; рівень відновленого глутатіону (Г-SH) за методом Травіної О.В., 1955 [5]; активність глутатіон-S-трансфери (Г-ST) за методом Nabig W. H. et al., 1974 [5]; активність глутатіонредуктази (ГР) за методом Pinto R.E., Bartley V., 1969 [5]; активність глутатіонпероксидази (ГП) за методом Геруша І.В., Мешишена І.Ф., 1998 [2]. Для підтвердження хронічної дії нітратів на дитячий організм проводилось визначення рівня одного із основних стабільних метаболітів нітратів в організмі - нітрит-іону в ротовій рідині спектрофотометричним методом [6]. Статистична обробка даних проведена методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента за допомогою комп'ютерної програми “STATGRAPHICS” (2001).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз цифрових даних дає підстави говорити про певний позитивний результат як у групі спостереження, так і в групі порівняння. Однак, наявність вірогідної відмінності між більшістю показників на всіх етапах спостереження свідчить про суттєву різницю між методами лікування. Застосування препаратів “Протефлазід” та “Імунофлазід” у комплексі лікування ХКГ привело до швидкого зворотнього розвитку клінічної симптоматики. Так, у дітей ІА підгрупи вже на 3-4 добу лікування спостерігалася тенденція до зникнення ознак запалення. Поряд із цим, у ІБ підгрупі явища гіперемії,

набряку та кровоточивості піддавалися регресії, починаючи з 4-5 доби. Середня тривалість місцевого лікування в підгрупі спостереження склала  $4,46 \pm 0,27$  дні проти  $8,00 \pm 0,36$  днів у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

Оцінка клінічної ефективності застосування препаратів „Протефлазид” та „Імунофлазид” при середньому ступені захворювання показала початок редукції симптомів запалення в ПА підгрупі на 3-4 добу, тоді як у підгрупі ПБ зворотній розвиток патологічного процесу починався з 4-5 доби. Середня тривалість місцевого лікування у дітей групи спостереження становила  $6,62 \pm 0,18$  днів проти  $9,62 \pm 0,40$  днів у підгрупі порівняння. Підтвердженням встановлених клінічних змін стали результати параклінічного дослідження ротової рідини дітей до і після проведеної корекції. Виявлено вірогідні відмінності між усіма показниками підгруп спостереження до та після лікування. Стан вільнорадикального окиснення та АОСЗ у дітей ІА та ІА підгруп наприкінці лікування був ідентичний контрольному, у той час, як у дітей ІБ і ПБ підгруп характеризувався значно гіршими даними, які вірогідно відрізнялися від контрольних. Показники в підгрупі порівняння після проведеної терапевтичної корекції також мали позитивну динаміку змін біохімічного складу ротової рідини, однак значно відрізнялися від даних підгрупи спостереження ( $p < 0,05$ ). Одержані дані вказують на неповне відновлення нормального функціонування прооксидантно-антиоксидантної системи ротової порожнини при загальноприйнятому методі лікування та свідчить на користь розробленого методу комплексної терапії.

Проведені клінічні огляди дітей груп дослідження через 1 місяць показали наступні результати. При легкому ступені тяжкості ХКГ у дітей, які отримували антиоксидантну терапію, рецидиви захворювання у формі початкових запальний явищ без ознак кровоточивості спостерігалися у 38,46%, а при середньому ступені тяжкості – у 53,85%. Поряд із цим, у групах порівняння рецидиви ХКГ відмічались у 100% обстежених.

Огляд дітей через 6, 12 та 24 місяці показав рецидивування ХКГ у всіх дітей груп дослідження. Однак, ступінь ураження тканин пародонта в дітей груп спостереження та порівняння був різним. Зокрема, при легкому ступені тяжкості ХКГ у дітей, які отримували препарати „Протефлазид” та „Імунофлазид”, стан пародонту, за даними індексів та проб, був приблизно в 2 рази краще, ніж у дітей груп порівняння, а при середньому ступені тяжкості – в 3 рази. Крім того, встановлена відсутність різниці між рівнем кровоточивості у групах порівняння з відповідними даними до лікування.

Динаміка зміни гігієнічного індексу в усіх групах була однотипна: значне покращення стану гігієни ротової порожнини одразу після завершення лікування та послідовне погіршення показників із часом. Це безумовно, свідчить про недостатній рівень санітарно-просвітницької роботи в області.

#### Висновок

При середньому, так і при легкому ступенях тяжкості ХКГ виявляється мала ефективність загальноприйнятого методу лікування внаслідок відсутності патогенетичного впливу на основні ланки розвитку захворювання за умов нітратного навантаження. Введення в комплекс лікування заходів корекції антиоксидантного статусу значно покращує результати лікування і ще раз підтверджує важливу роль оксидативного стресу в розвитку запального процесу в яснах за даних умов. Незважаючи на покращення стану гігієни ротової порожнини в підгрупах дослідження, яке зберігається в динаміці спостереження, патологічний процес в яснах у дітей підгруп порівняння відновлювався, що підтверджує другорядну роль місцевих чинників гінгівіту в дітей, які мешкають на нітратно забруднених територіях. Наявність рецидивів захворювання, на нашу думку, у першу чергу пов'язана з продовженням надходження ксенобіотика, зумовлюючи хронічний негативний вплив на організм дитини.

**Перспективи подальших досліджень.** Враховуючи специфіку розвитку захворювання, вважаємо за потрібне подальше вивчення даної проблеми та розробку диференційованих методів профілактики та лікування.

#### Література

1. Атаманюк В.П. Протефлазид: Информационные материалы по свойствам и методикам применения / В.П. Атаманюк, А.М. Новик. - Киев, 2002. - 68с.
2. Геруш І.В. Стан глутатіонової системи крові за умов експериментального виразкового ураження гастродуоденальної зони та дії настойки ехінацеї пурпурової / І.В. Геруш, І.Ф. Мещишен // Вісн. проблем біол. і мед. – 1998. - №7. - С.10-15.
3. Горішна О.В. Клініко-патогенетичні механізми формування порушень стану здоров'я дітей в умовах нітратного забруднення навколишнього середовища та шляхи їх профілактики і реабілітації: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.10 “Педіатрія” / О.В. Горішна.-Київ, 2002.-32с.
4. Мещишен І.Ф. Метод кількісного визначення HS-груп у крові / І.Ф. Мещишен, Н.П. Григор'єва // Бук. мед. вісник. – 2002. – Т.6, №6. – С.109-192.
5. Сучасні методи експериментальних та клінічних досліджень Центральної науково-дослідної лабораторії БДМА / [Магалає В.М., Міхєєв А.О., Роговий Ю.Є. та ін.]. – Чернівці.: БДМА, 2001. – 42с.
6. Green L.C. Analysis of nitrate and N-15nitrate in biological fluids / L.C. Green, D.A. Wanger, T.J. Gvolowski // Ann. Biochem. – 1982.–Vol.126, №1. – P.131-138.
7. Guzik T.J. Nitric oxide and superoxide in inflammation and immune regulation / T.J. Guzik, R. Korbut, T. Adamek-Guzik // JPP. – 2003. -Vol.54, №4. -P.469-487.
8. Kelm M. Nitric oxide metabolism and breakdown / M. Kelm // Biochim. Biophys. Acta.-2007.-Vol.1411.-P.273-279.
9. Wink D.A. Chemical biology of nitric oxide: insight into regulatory, cytotoxic and cytoprotective mechanisms of nitric oxide / D.A. Wink, J.B. Koppenol // Free Radical Biol. Med.-2008.-Vol.25.-P.434-456.

Резервати

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
ПРЕПАРАТОВ АНТИОКСИДАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ В  
КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ**

**Годованец О.И.**

На основании изучения клинической картины и состояния показателей прооксидантно-антиоксидантной системы ротовой жидкости детей в динамике наблюдения обоснована целесообразность использования антиоксидантных препаратов в комплексе общепринятого лечения хронического катарального гингивита у детей при избыточном поступлении нитратов. Установлено положительное влияние препаратов „Протефлазид” и „Имунофлазид” на динамику заболевания, что подтверждается ускорением обратного развития его клинических признаков и увеличением активности системы антиоксидантной защиты полости рта.

**Ключевые слова:** дети, гингивит, прооксидантно-антиоксидантная система, „Протефлазид”, „Имунофлазид”.

Статья надійшла 10.06.2012 р.

**THE LATE FATE OF USING ANTIOXIDANT  
PREPARATIONS IN THE HOLIATRY OF CHRONIC  
CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN**

**Hodovanets' O.I.**

The expediency of using antioxidant preparations in a complex of conventional treatment of chronic catarrhal gingivitis in children upon excessive nitrate entry has been substantiated on the basis of studying the clinical picture and the state of the indices of the prooxidant-antioxidant system in children's oral fluid in the dynamics of case monitoring. A positive effect of „Proteflazidum” and „Immunoflazidum” preparations on the course of the disease has been established and that is corroborated by an accelerated involution of its clinical manifestations and an enhanced activity of the system of the antioxidant protection of the oral cavity.

**Key words:** children, gingivitis, prooxidant-antioxidant system, „Proteflazid”, „Immunoflazid”.

УДК 611.033-089-08

**М.А. Дудченко**

**ВГУ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава**

**БОЛЕЗНЬ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ИЛИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЙ СИНДРОМ, ИХ  
ЛЕЧЕНИЕ**

Обследовано 45 больных с резекцией желудка вследствие осложнения язвенной болезни. Среди них у 24,4% возникли постоперационные расстройства, нозологическую форму которых целесообразно характеризовать оптимальным названием «Постгастрорезекционная болезнь». Установленные пострезекционный демпинг-синдром, гипогликемию, астению, анемию, рефлюксный синдром, синдром приводящей петли, язву анастомоза подлежат комплексному этапному консервативному и реконструктивному хирургическому лечению.

**Ключевые слова:** постгастрорезекционный синдром, этапное лечение.

Ввиду множества и разнообразия патологических проявлений, наблюдаемых после операций на желудке при язвенной болезни, существенное значение для клиницистов имеет единая терминология данной нозологической формы и классификация постоперационных патологических состояний. К настоящему времени существует несколько десятков их названий. К ним относятся: «демпинг-синдром», «агастральная астения», «пострезекционный синдром», «болезнь оперированного желудка» и т.д. В «Международной статистической классификации болезней» (МКБ-10) заболевания после резекции желудка обозначена как «К 91.1 Синдром постоперационного (оперативного) желудка» [2, 5, 6].

Поскольку после резекции желудка по поводу язвенной болезни в организме возникают различные патологические процессы, которые проявляются «симптомом», «синдромом», «симптомокомплексом», «болезнью», а в болезнь входят указанные понятия, то называть обсуждаемое состояние, на наш взгляд, целесообразно не отдельными синдромами, а «пострезекционной болезнью», куда могут входить и синдромы и болезни. Такое полемическое состояние касается и классификации заболевания после резекции желудка у больных язвенной болезнью. Но наиболее приемлемой, естественно, требующей совершенства – это классификация синдромного характера с расшифровкой их симптомов, которую предложил М.М.Самсонов, Т.И.Паранская, П.П. Нестерова (1984).

В связи с распространением среди населения мира язвенной болезни желудка и особенно двенадцатиперстной кишки, сопровождаемые ростом таких осложнений как перфорации, пенетрации, кровотечения, стенозы пилорoduodenальной зоны, единственным методом лечения осложнений продолжает оставаться хирургическое вмешательство [1, 3, 7]. Превалируют в этих случаях операции с резекцией желудка по Бильрот I и Бильрот II с различными модификациями. К сожалению, по данным некоторых авторов, частота пострезекционных расстройств достигает почти 50% [5, 6, 7]. Обнадёживающим в этой проблеме является убедительное свидетельство о развитии малой инвазивной и высокой эффективности лапароскопической резекции желудка с проксимальной ваготомией, но и здесь доминирующим продолжает оставаться резекция желудка с ее послеоперационными расстройствами, которые до сих пор остаются малоизученными.

**Целью** работы было изучение частоты и характера наиболее тяжелых осложнений у больных язвенной болезнью после резекции желудка и разработка оптимального послеоперационного их лечения.