

мембран эритроцитов и, как следствие, деградация их липидного бислоя, о чем свидетельствует уменьшение легкоокисляемых фосфолипидных фракций и увеличение тяжелоокисляемых. Более выраженные изменения в организме больных выявляются при пролиферативной форме ретинопатии. Предложенный фармакотерапевтический комплекс (препарат пептида дельта-сна, анти-VEGF-препарат, тиоктовая кислота) не только существенно улучшает офтальмологический статус больных различными формами диабетической ретинопатии, но и в значительной степени восстанавливает у них липидный обмен.

**Ключевые слова:** диабетическая ретинопатия, обмен липидов, пептид дельта-сна, анти-VEGF препарат, тиоктовая кислота.

bilayer that witnesses dropping easily-oxidative phospholipids fractions and raising of heavily-oxidative ones. More pronounced changes in the patients' organism have been found at proliferative retinopathy form. The proposed pharmacotherapeutic complex (delta-sleep peptide, anti-VEGF agent, thioctic acid) not only significantly improves the status of ophthalmologic patients with various forms of diabetic retinopathy, but also largely restores their lipid metabolism.

**Key words:** diabetic retinopathy, lipids metabolism, delta-sleep peptide, anti-VEGF agent, thioctic acid.

Стаття надійшла 07.03.2017 р.

Рецензент Бобирьов В.М.

УДК 616.34-007.272-07

О. М. Люлька, В. І. Ляховський, О. П. Ковальков, М. І. Кравців, І. І. Нємченко, М. О. Дудченко

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

### ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКА

Серед гострої хірургічної патології гостра кишкова непрохідність продовжує займати одне з провідних місць. Недостатня інформативність діагностичних критеріїв синдрому непрохідності на ранніх стадіях може призвести до діагностичних помилок та зволікання з проведенням оперативного втручання. У роботі проаналізовані клінічні, лабораторно-інструментальні методи обстеження при гострій кишковій непрохідності непухлинного походження. Доведено високу діагностичну ефективність ультразвукового дослідження при кишковій непрохідності на етапі формування у порівнянні зі традиційним рентгенологічним методом.

**Ключові слова:** гостра непрохідність кишечника, ультразвукове дослідження, рентгенологічне дослідження.

*Робота є фрагментом НДР «Оптимізація діагностики, лікувальної тактики та профілактики гострої хірургічної патології та її ускладнень», № державної реєстрації 0116U005024.*

Одне з провідних місць у структурі гострої хірургічної патології черевної порожнини займає гостра кишкова непрохідність (ГКН). Вона характеризується різноманітністю клінічних проявів, а результати її лікування, не дивлячись на успіхи медицини, не задовольняють науковців та практичних лікарів [1, 4, 5]. Діагностичні помилки та зволікання з виконанням оперативного втручання пов'язані з відсутністю високоінформативних діагностичних методів виявлення кишкової непрохідності на початковому етапі її розвитку [2, 3, 6].

**Метою** роботи було визначити шляхом аналізу інформативності клініко-інструментальних діагностичних методів ефективність діагностики гострої кишкової непрохідності на етапі її формування.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 112 хворих на ГКН непухлинного походження. Жінок серед них було 88 (78,5%), чоловіків – 24 (21,5%). Вік хворих був у межах від 21 до 83 років. У 79 (70,5%) пацієнтів виявлена різноманітна супутня патологія серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та ендокринної системи. Тривалість захворювання у 32 (28,6%) випадках була до 6 годин, від 6 до 12 годин – у 37 (33%) хворих, від 12 до 24 годин – 19 (17%), пізніше 24 годин – 24 (21,4%). У стадії гострого порушення пасажу по кишечнику поступило 69 (61,6%) пацієнтів, у стадії гемодинамічних розладів стінки кишки та її брижі – 19 (17%) і у стадії поліорганної недостатності – 24 (21,4%) хворих. У 86 (76,8%) пацієнтів визначена злукова кишкова непрохідність (ЗКН), у 17 (15,2%) випадках – завороти різних відділів кишечника, у 9 (8%) – защемлені грижі. Алгоритм діагностичних заходів при клінічних ознаках ГКН включав: клінічне обстеження, загальні лабораторні аналізи, оглядову рентгенографію та ультразвукове дослідження (УЗД) черевної порожнини.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У обстежених хворих клінічні ознаки ГКН залежали від тривалості захворювання, рівня перепони у просвіті кишечника, від ступеню втягнення кишкової брижі у патологічний процес. В той же час, клінічна симптоматика не залежала від форми кишкової непрохідності. Так, больові відчуття спостерігались у всіх хворих, але їх інтенсивність та локалізація різнились в залежності від форми та стадії хвороби (від вираженого переймоподібного до постійного помірною).

Відсутність (затримка) відходження газів та акту дефекації була у 106 (94,6%) хворих, у 4 (3,6%) пацієнтів спостерігались імперативні випорожнення. Практично всі хворі пред'являли скарги на нудоту та блювоту. Об'єктивними клінічними ознаками ГКН у обстежених хворих були: візуально помітне здуття живота у 97 (86,6%) випадках, у 31 (27,7%) з них – виражена асиметрія живота; перкуторно тимпаніт визначався в усіх пацієнтів; аускультативно зміни перистальтики кишечника були у 104 (93%) випадках, у 29 (26%) хворих – шум плескоту в мезогастрії. З симптомами перитоніту було госпіталізовано 25 (22,3%) пацієнтів.

Зміни лабораторних показників у крові та сечі при обстеженні хворих на ГКН свідчили про ступінь порушення функціонування органів та систем їх організму та визначали обсяг та характер їх медикаментозної корекції.

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини була виконана всім 112 госпіталізованим хворим. Провідними діагностичними критеріями ГКН вважались: чаші Клойбера – у 54 (62,8%) випадках ЗКН та у 21 (80,8%) при странгуляції; тотальний або сегментарний пневматоз тонкої кишки у 65 (58%) хворих на ЗКН та у 9 (35%) на странгуляційну непрохідність; тонкокишкові арки визначались у 26(30,2%) спостереженнях при злуковій непрохідності та у 11 (42,3%) при странгуляції. У більшості випадків беззаперечні рентгенологічні ознаки непрохідності визначались у пацієнтів з анамнезом захворювання, тривалішим за 12 годин. В той же час, при оглядовій рентгенографії вільної рідини у черевній порожнині не було виявлено в жодному спостереженні.

Сонографію черевної порожнини проведено у 99 (88,4%) госпіталізованих хворих. У 95 (96%) з них визначався симптом “секвестрації рідини” у просвіті кишки з маятникоподібними рухами вмісту. Інфільтрація стінки кишки привідного відділу зі збільшенням її діаметру – у 91 (92%) пацієнта. У 21 (21,2%) хворих виявлено вільну рідину у черевній порожнині, що підтверджувало розвиток перитоніту. Для контролю ефективності триваючого консервативного лікування 53 хворим повторно виконувалось УЗД. Про негативну динаміку свідчили: розширення просвіту петель кишок, збільшення висоти складок Керкринга та поява вільної рідини у черевній порожнині.

Екстрене оперативне втручання 25 хворим на ГКН було виконане за наявності перитоніту при госпіталізації, іншим 87 пацієнтам – через негативну динаміку від консервативної терапії та прогресування непрохідності або розвиток перитоніту.

Клінічними симптомами негативної динаміки або прогресування непрохідності кишечника, що потребувало виконання оперативного втручання, вважали погіршення загального стану хворого, збереження або підсилення больового синдрому, негативна динаміка при аускультатії живота, відсутність ознак відновлення пасажу вмісту кишечника. Необхідність в екстремому оперативному втручанні сонографічно була визначена у 48 (90,6%) пацієнтів, в той час як негативна динаміка на фоні консервативного лікування під час рентгенографії (-скопії) у вигляді збільшення кількості чи розмірів чаш Клойбера та появи поперекової викресленості в кишкових арках діагностована у 55 (65,5%) хворих. Діагноз непрохідності кишечника у всіх обстежених пацієнтів під час оперативного втручання був підтверджений. Об'єм операції визначався рівнем макроскопічних змін у «зацікавлених» відділах кишки та виявленими патологічними чинниками, що викликали непрохідність. Причину ГКН ліквідували шляхом розсічення злук, ліквідацією защемлення петель кишечника або розправленням завороту кишки.

Протягом періоду спостереження після оперативного втручання померло 7 (6,3%) пацієнтів, серед них від перитоніту – один хворий, від тромбоемболії легеневої артерії - один та від супутньої серцево-судинної недостатності – п'ять хворих.

#### Висновки

1. На етапі формування гострої непрохідності кишечника виключно клінічні ознаки захворювання не можуть вважатись надійними діагностичними критеріями та визначати подальшу лікувальну тактику.
2. Ультразвуковий метод дослідження у порівнянні з рентгенологічним має більшу інформативність при виявленні ранніх ознак кишкової непрохідності і повинен більш активно застосовуватись на практиці.

#### Список літератури

1. Antonyuk S. M. Diagnostika ostroy neprohodimosti kischechnika / S. M. Antonyuk, P. F. Golovnya, N. V. Sviridov [i dr.] // Klinichna hirurhiya. – 1998. - No.5. – S.15-16.
2. Liulka O. M. Diagnostychni kryterii hostroi neprokhidnosti kyshechnyka nepukhlynnoho pokhodzhennia / O.M. Liulka // Visnyk problem biolohii i medytyny. – 2014. – Vyp. 3, Tom 2 (111). – S.179-182.

3. Solovev I. E. Neposredstvennyie i otдалennyye rezultaty lecheniya bolnyih obturiruyuschim rakom obodochnoy kishki / I.E. Solovev, P.Ya. Chumak, A.Ya. Kuznetsov [i dr.] // Problemi ekologii ta meditsini. – 2001. – T.5, No.5. – S.14-16.
4. Tamm T. I. Diahnostyka i taktyka likuvannia khvorykh na ekostru kyshkovu neprokhidnist. Navchalnyi posibnyk / T. I. Tamm, O. Ya. Bardiuk, O. B. Datsenko [ta in.]. – Kharkiv.2003. – 124 s.
5. Chekmazov I. A. Spaechnaya bolezn bryushiny / I. A. Chekmazov // - M.: GEOTAR-Media, - 2008. – 160 s.
6. Bisset R.A.L. Differential Diagnosis in Abdominal Ultrasound / R.A.L. Bisset, A. N. Khan // – Bailliere Tindall. – London. – 1990. –254 p.

### Реферати

#### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Люлька А. Н., Ляховский В. И., Ковалёв А. П., Кравцов Н. И., Немченко И. И., Дудченко М. А.

Среди острой хирургической патологии острая кишечная непроходимость продолжает занимать одно из ведущих мест. Недостаточная информативность диагностических критериев синдрома непроходимости на ранних стадиях может привести к диагностическим ошибкам и несвоевременному выполнению оперативного вмешательства. В работе проведен анализ клинических, лабораторно-инструментальных методов обследования при острой непроходимости кишечника неопухолевого генеза. Доказана высокая диагностическая эффективность ультразвукового исследования при кишечной непроходимости на этапе её формирования в сравнении с традиционным рентгенологическим методом.

**Ключевые слова:** острая непроходимость кишечника, ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование.

Стаття надійшла 20.02.2017 р.

#### FEATURES OF DIAGNOSTICS OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Liulka A.N., Lyakhovskiy V.I., Kovaliov O.P., Kravtsov M.I., Nemchenko I.I., Dudchenko M.A.

Acute intestinal obstruction takes one of the leading places in the structure of acute surgical pathology of the abdominal cavity. The absence of highly informative criteria of obstruction detection at an early stage of development leads to diagnostic errors and late surgical intervention. Diagnostic algorithm included physical examination, laboratory general clinical and biochemical analyzes, X-ray and ultrasound of the abdomen. Ultrasound method has advantages over currently leading radiological method in the detection of obstruction signs, in determining the dynamics of the disease due to greater information content and safety for patients.

**Key words:** acute intestinal obstruction, ultrasound, X-ray.

Рецензент Шейко В.Д.

УДК 612.31-053.6:572.54

А. В. Марченко, І. В. Гунас\*, Т. О. Петрушанко  
ВДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава  
\*Міжнародна академія інтегративної антропології

#### РЕГРЕСІЙНІ МОДЕЛІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЛІНІЙНИХ РОЗМІРІВ НЕОБХІДНИХ ДЛЯ ПОБУДОВИ КОРЕКТНОЇ ФОРМИ ЗУБНОЇ ДУГИ В ЮНАКІВ-МЕЗОЦЕФАЛІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ОДОНТОМЕТРИЧНИХ І КЕФАЛОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

В статті описані математичні моделі індивідуальних лінійних розмірів необхідних для побудови коректної форми зубної дуги в залежності від особливостей одонтометричних і кефалометричних показників. Із 18 можливих лінійних розмірів необхідних для побудови коректної форми зубної дуги в юнаків-мезоцефалів з ортогнатичним прикусом в залежності від особливостей одонтометричних і кефалометричних показників побудовано 17 достовірних моделей з коефіцієнтом детермінації від 0,806 до 0,980. До побудованих моделей із коефіцієнтом детермінації більше 0,6 більш часто входять розміри зубів (56,3 %, з яких 10,3 % приходить на верхні різці, 10,3 % – на нижні різці, 4,6 % – на верхні ікла, 8,0 % – на нижні ікла, 8,0 % – на верхні малі кутні зуби, 13,8 % – на нижні малі кутні зуби, 1,1 % – на верхні перші великі кутні зуби), ніж кефалометричні показники (43,7 %). Серед розмірів верхніх і нижніх різців, іклів, малих та перших великих кутніх зубів до моделей найбільш часто входять наступні показники: мезіодистальні розміри коронки зубів (13,8 %, з яких 5,7 % на верхній щелепі); довжина зубів (10,3 %, з яких 3,4 % на верхній щелепі); присінково-язикові розміри (9,2 %, з яких 3,4 % на верхній щелепі) та ширина дентинно-емалевої межі у мезіодистальному напрямку (9,2 %, з яких 4,6 % на верхній щелепі). Серед кефалометричних показників до моделей найбільш часто входять: середня ширина обличчя (5,7 %); міжчочномкова ширина (5,7 %); відстань між назіон та простион (3,4 %).

**Ключові слова:** юнаки з ортогнатичним прикусом, регресійний аналіз, одонтометричні і кефалометричні показники, краніотип, побудова коректної форми зубної дуги.

Публікація є фрагментом НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», № державної реєстрації: 0115U001138.

Розміри і форма дентальних дуг зумовлюють як функціональність, так і естетичність оклюзії та є важливими факторами, які визначають результат ортодонтчного лікування і його стабільність [10]. Крім загальних правил ортодонтчних маніпуляцій, обов'язковим є урахування естетичного критерія для протезування, відомого під назвою «тріада Нельсона». Згідно з даними цього автора, зуби і зубні дуги зазвичай відповідають формі обличчя [7, 10]. Хоча, навіть при урахуванні типу обличчя, відмічається значна модифікація індивідуальної форми зубних дуг пацієнта в ході ортодонтчного лікування та, як результат - виникнення рецидивів зубощелепних