

воляє значною мірою підвищити ефективність лікування малих форм хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту, що проявляється позитивною динамікою інтенсивності болювого синдрому та прогресивним зменшенням площі афтозних дефектів аж до повного

їх зникнення.

У подальшому планується дослідити ефективність застосування діодного лазера в комплексному лікуванні великих форм хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту.

Список літератури

1. Aphthen und aphthoide Läsionen (Aphthae and aphthous lesions) / S. Legal, M. Behr, J. Fanghanel [et al.] // Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift. - 2013. - № 68(5). - P. 264-268.
2. Bladowski M. Comparison of treatment results of recurrent aphthous stomatitis (RAS) with low-and high-power laser irradiation vs a pharmaceutical method (5-year study) // M. Bladowski, H. Konarska-Choroszuca, T. Choroszuca // The Journal of Oral Laser Applications. - 2004. - № 4(3). - P. 191-209.
3. Brader I. Die Behandlung einer Aphthosis mit dem Nd:YAG Laser / I. Brader // Laser Zahnheilkunde. - 2008. - № 2. - P. 77-86.
4. Brader I. Influences on the treatment of recurrent aphthous ulcers with the Nd:YAG laser / I. Brader // Laser, International magazine of laser dentistry. - 2012. - № 1. - P. 10-12.
5. Dhillon J. K. Laser Biostimulation of Oral Ulcers in Children / J.K. Dhillon, G. Kaira, V.P. Mathur // International J. Laser Dentistry. - 2012. - № 2(2). - P. 59-62.
6. Kashmoola M. A. Clinical effect of low level laser therapy on healing of recurrent aphthous ulcer and oral ulceration in Behcet's disease / M. A. Kashmoola, H. Salman, M. M. Al-Waez // J College Dentistry. - 2005. - №17(2). - P. 36-40.

Ратушний Р.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МАЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Резюме. В статье приведены результаты оценки эффективности применения диодного лазера в комплексном лечении малых форм хронического рецидивирующего афтозного стоматита. В исследование было включено 44 пациента с малыми формами хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Группу сравнения составили 24 пациента, которым лечение проводилось в объёме стандартной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита с локальным применением антисептиков и анестетиков. Исследуемая группа включала 20 пациентов, которым стандартную терапию дополняли облучением пораженного участка низкоинтенсивным лазерным излучением. Продемонстрировано положительное влияние низкоинтенсивного лазерного облучения афтозных дефектов слизистой оболочки ротовой полости. Предложенный подход позволяет снизить интенсивность болевого синдрома и уменьшить площадь афтозных дефектов вплоть до полного их исчезновения.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, лечение, лазерное облучение.

Ratushnyi R.I.

EFFICIENCY OF DIODE LASER USING IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF SMALL FORMS OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Summary. The results of estimation of diode laser using efficiency in comprehensive treatment of small forms of chronic recurrent aphthous stomatitis are presented in this article. The 44 patients with small forms of chronic recurrent aphthous stomatitis were included in study. The group of comparison consisted of 24 patients with standard approach to treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis with local antiseptics and anesthetics. The main group of study included 20 patients that received laser beams irradiation of low intensity in addition to standard therapy. The positive influence of low intensity laser beams on aphthous defects of oral mucosa was demonstrated. This approach permits to decrease intensity of pain syndrome and to diminish the square of aphthous defects until their complete disappearance.

Key words: chronic recurrent aphthous stomatitis, treatment, laser beams irradiation.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шінкарук-Диковицька М.М.

Стаття надійшла до редакції 6.12.2016р.

Ратушний Руслан Ігорович - магістрант кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(068)2033191; rus.ratusu.rus@gmail.com

© Саволюк С.І., Мельник Т.О.

УДК: 616.37-002-085-089:616.111:616.155

Саволюк С.І.¹, Мельник Т.О.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра хірургії та судинної хірургії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), ²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ТА КОРЕКЦІЇ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ЕТАНОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. В основу роботи покладений аналіз клініко-лабораторного моніторингу за 72 хворими на гострий некротичний етанольний панкреатит, в яких визначалася динаміка показників системи еритроцитів та обміну заліза в комплексі показників

ендогенної токсемії. Зроблено висновок про наявність прогностичного потенціалу досліджуваних маркерів щодо можливостей диференційної діагностики інтерстиційної та деструктивної форм гострого панкреатиту, її асептичної та інфікованої стадії перебігу, обґрунтовуючи ранні покази до малоінвазивних пункційних втручань, попереджаючи органі дисфункції та гнійно-септичні ускладнення панкреатичної та екстрапанкреатичної локалізації, оцінюючи ефективність запропонованої корекції превентивної консервативної терапії.

Ключові слова: гострий панкреатит, показники системи еритронон, обмін заліза, діагностика, прогнозування ускладнень, превентивна консервативна та хірургічна тактика.

Вступ

Сучасні досягнення інтенсивної терапії та рутинне використання малоінвазивних хірургічних технологій лікувально-діагностичного спрямування (лапароскопія, відеоендоскопія, транскутанна пункційна навігаційно-контрольована інтервенція) поряд з традиційними трансабдомінальними оперативними втручаннями не призвели до кардинального очікування щодо покращення результатів лікування хворих з гострим некротичним етанольним панкреатитом (ГНЕП), що засвідчується аналізом останніх вітчизняних та закордонних публікацій [2, 5, 7].

На наш погляд, розв'язання цієї наукової проблеми лежить в площині вдосконалення існуючих методів ранньої діагностики, прогнозування перебігу та розвитку ускладнень ГНЕП, що призведе до модифікації наявних тактичних поглядів та оптимізації засобів та принципів багатовекторної, патогенетично спрямованої, превентивної консервативної терапії [4, 6, 8].

З цих позицій на увагу заслуговує моніторинг та діагностично-лікувальний супровід механізмів ініціації та розвитку анемічного синдрому у хворих з ГНЕП, навіть за умови неускладненого перебігу [1].

Анемія, що виникає у пацієнтів з ГНЕП як за умови асептичного неускладненого, так і септичного ускладненого перебігу, трактується як "анемія запалення", оскільки має імуніопосередкований механізм індукції, на пряму пов'язаний із збільшенням продукції каскаду запальних цитокінів, які негативно впливають на ключові ланки еритропоезу, в залежності від стадій імунного дистрес-синдрому, що супроводжує перебіг ГНЕП: 1) зменшення циркулюючого та доступного для кровотворення заліза з розвитком відносного, функціонального залізодефіциту внаслідок збільшення захоплення макрофагами двовалентного заліза та гальмування його віддачі макрофагами в кров'яне русло через зміни в експресії - зменшення феропортину та збільшення феритину, не дивлячись на прояви макрофагальної дисфункції в умовах системного запалення при ГНЕП; 2) зменшення всмоктування заліза в травному каналі - в ДПК внаслідок зростання синтезу в печінці гострофазового білку (гепсидин), що обумовлює абсолютний залізодефіцит, та в тонкій кишці, що зумовлюється наявними різного ступеня інтенсивності проявами ентєральної дисфункції; 3) зменшення синтезу еритропоетину в нирках, що обумовлюється проявами гострої токсичної нефропатії; 4) зменшення чутливості еритропоезу до еритропоетину внаслідок зменшення експресії відповідних рецепторів на мембрані клітин-поперед-

ників на тлі проявів системної токсемії; 5) пригнічується диференціація і проліферація клітин еритроїдного паростка внаслідок локальної стимуляції утворення вільних радикалів сусідніми макрофагоподібними клітинами та системної їх циркуляції внаслідок цитопатичної гіпоксії та оксидативно-нітрозативного дистресу асептичного та септичного ґенезу [3, 9, 10].

Мета - оцінка діагностичних можливостей та прогностичної здатності показників системи еритронон та обміну заліза в хворих з ГНЕП залежно від важкості морфологічних змін, наявності гнійно-некротичних та органічних ускладнень.

Матеріали та методи

У роботі аналізуються результати комплексного лікування 72 хворих на ГНЕП, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініках кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (зав. каф. - д.мед.н., доцент Саволук С.І.) в період 2015-2017 рр. та кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України (зав. каф. - д.мед.н., професор Годлевський А.І.) протягом 2013-2016 рр. Верифікація діагнозу здійснювалася в межах адаптованої клінічної настанови від 15.03.2016р. (клінічні, лабораторні, інструментальні критерії), поширеність некротичних змін в підшлунковій залозі, залучення в процес заочеревинної клітковини, діагностика рідинних утворів та гнійно-некротичних ускладнень з боку черевної порожнини та заочеревинного простору визначалася за результатами динамічної УСГ та СКТ: відокремлений ГНЕП 38 (53%) (до 30% некрозу паренхіми підшлункової залози), розповсюджений ГНЕП 23 (32%) (30-50% некрозу), субтотально-тотальний ГНЕП 11 (15%) (більше 50% некрозу).

Для вирішення поставлених завдань наукового дослідження здійснено оцінку показників еритронон та обміну заліза у хворих на ГНЕП (забір венозної крові).

З метою оцінки показників еритронон визначали кількість еритроцитів (RBC), значення гемоглобіну (HGB) та гематокриту (HCT), середній об'єм еритроцитів (MCV), середній вміст гемоглобіну в 1 еритроциті (MCH), середню концентрацію гемоглобіну в еритроциті (MCHC), ширину розподілення еритроцитів (RDW), вміст гемоглобіну в ретикулоцитах (CHr), ступінь проникності мембран еритроцитів на основі їх сорбційної здатності (C3E), еритроцитарний індекс інтоксикації, оцінювали форму еритроцитів - здатність до деформації (ступінь дефор-

мованості) (індекс подовження на стрес) та здатність до агрегації (індекс агрегації) [1].

З метою оцінки показників обміну заліза визначали сироватковий вміст заліза, феритину (оцінка вмісту заліза в депо), трансферин та ступінь насичення трансферину залізом (НТЗ), розчинних рецепторів до трансферину та відношення концентрації розчинних рецепторів трансферину до \log феритину [1].

Для стратифікації результатів дослідження для встановлення закономірностей фазних змін показників еритроциту та обміну заліза в залежності від ступеня морфологічних змін в підшлунковій залозі створено групи контролю (обстежено згідно діагностичного протоколу 10 донорів-добровольців) та групи порівняння - 20 (хворі з набряковою формою гострого етанольного панкреатиту).

Для обробки отриманих результатів наукової роботи сформовано базу даних на основі Microsoft Excel, де матеріали групувалися згідно обраного фільтру за контингентами (з можливістю розшифрування, які групи та дані обиралися за ознаками). Усі статистичні розрахунки проводилися за допомогою вбудованих ліцензійних пакетів аналізу даних та описової статистики в програмах Microsoft Excel 2007 та Statistica 6.0. Усі отримані в роботі кількісні дані спочатку перевіряли на тип їх розподілу за методом Колмогорова-Смирнова і Лільєфорса. Оскільки абсолютна більшість цих даних підпадали під критерій нормального розподілу згідно закону Гауса, то для опису центральної тенденції обрано середнє арифметичне \pm стандартна похибка ($M \pm m$), а для оцінки достовірності відмінностей отриманих результатів і перевірки нульової гіпотези - параметричний t-тест (критерій Стьюдента) для залежних чи незалежних вибірок даних. Статистична обробка категорійних (якісних) даних проводилась шляхом розрахунку частоти поширення ознак на 100 обстежених (100%), а перевірка достовірності різниці даних в групах порівняння здійснювалися шляхом розрахунку критерію відповідності χ^2 .

Результати. Обговорення

Порівняльний аналіз досліджуваних показників групи контролю та групи з набряковим ГЕП констатував наявність ознак виразного функціонального залізодефіцитного стану, який проявляється у вигляді мікроцитозу ($MCV < 80$ мкм³) та гіпохромії ($MCH < 27$ пг), та підтверджується значенням феритину в межах 100-300 мкг/л та зниженням насичення трансферину залізом (НТЗ) $< 20\%$, що свідчить про фіксацію заліза в ретикулоендотеліальній системі за умови достатніх його запасів в депо, констатуючи необхідність відповідної корекції гемореологічних та гіповолемічних порушень (пріоритетне застосування низькомолекулярних гепаринів - Цибор® та тіол-дисульфідного коректора порушень оксидативно-нітрозативного статусу - Берлітрон® в середньо-терапевтичних дозах відповідно до фак-

торів ризику та ваги тіла) в межах спрямування протокольних схем консервативної терапії для хворих з набряковою формою ГЕП, і є адекватним критерієм її ефективності на етапах лікування та патогенетичної відповідності призначеної терапії наявним патофізіологічним зрушенням, особливо в умовах гострого некрозу паренхіми підшлункової залози. Причому встановлена пряма кореляційна залежність між швидкістю відновлення ступеня проникності еритроцитарної мембрани при динамічному спостереженні сорбційної здатності еритроцитів та розрахунку еритроцитарного індексу інтоксикації від наявності інфузії препарату Берлітрон® в комплексі консервативної терапії інтерстиційної форми ГНЕП та деструктивних форм ГНЕП, ефекти якого потенціювалися поєднаним застосуванням препарату низькомолекулярних гепаринів - Цибор®.

Виникнення некрозу паренхіми підшлункової залози різної площини в залежності від морфологічної форми ГНЕП супроводжується достовірними ознаками абсолютного залізодефіцитного стану. Відокремлена форма ГНЕП (некроз паренхіми в межах 10-30%) характеризується всіма ознаками залізодефіцитної анемії: зниження вмісту феритину (< 100 мкг/л), насичення трансферину залізом (НТЗ) $< 20\%$ (18%), сироваткового заліза, підвищення трансферину, який за умови некрозу паренхіми підшлункової залози відіграє функцію системного запального маркера, та кількості розчинних рецепторів до трансферину, відношення концентрації розчинних рецепторів трансферину до \log феритину > 2 (високе).

За умови розповсюдженої форми ГНЕП (некроз паренхіми в межах 30-50%) прояви залізодефіцитної анемії прогресують у зв'язку з різноспрямованими впливами цитокінів внаслідок імунного дістрес-синдрому, що обумовлює всі ознаки анемії хронічного запалення у хворих з ГНЕП: підвищення рівня феритину, що відіграє роль системного запального медіатора, зниження насичення трансферину залізом (НТЗ) та сироваткового заліза, значення трансферину та кількість розчинних рецепторів до трансферину перебувають в межах норми порівняно з групою порівняння та контролю, відношення концентрації розчинних рецепторів трансферину до \log феритину < 1 (низьке).

При наявності субтотально-тотальної форми ГНЕП (некроз паренхіми в межах $> 50\%$) прояви абсолютного залізодефіциту поглиблюються в зв'язку із зростанням ступеня активності цитокінової агресії в межах фаз імунного дістрес-синдрому: значення феритину є в межах показників групи порівняння та контролю, показник насичення трансферину залізом (НТЗ), трансферину та сироваткового заліза знижені, кількість розчинних рецепторів до трансферину збільшується, а їх відношення до \log феритину > 2 (високе).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Перебіг ГНЕП супроводжується достовірними змінами показників еритронару та обміну заліза, причому ступінь кількісних та якісних змін знаходиться в прямій залежності від морфологічної форми ГНЕП та ступеня ендогенної токсемії та викликаними нею варіантами органних дисфункцій, зокрема спроможності функції печінки як основної мішені спочатку ферментно-аутолітичної, а згодом мікробної та токсичної агресії.

2. Система еритронару та показники обміну заліза можуть слугувати додатковими діагностичними критеріями важкості стану госпіталізованих хворих, оцінки морфологічної форми захворювання, об'єктивно відображати площу ураженого морфологічного субстрату, слугувати предиктором розвитку органних та гнійно-септичних ускладнень (як панкреатичних, так і екстрапанкреатичної локалізації) та визначати вибір методів реалізації активно-вичікувальної хірургічної тактики (малоінвазивні технології, традиційна трансабдомінальна чи

позаочеревинна некрсеквестректомія).

3. Включення до стандартних схем консервативного лікування інтерстиційної форми гострого панкреатиту системного поліфункціонального метаболічного коректора (препарат Берлітрон®) дозволяє здійснити відновлення зумовлених ферментною токсемією порушень гомеостазу, які за умови деструктивних форм ГНЕП вимагають додаткового застосування препаратів групи низькомолекулярних гепаринів (препарат Цибор®).

Наступні наукові розробки будуть спрямовані на визначення чітких цифрових коливань вірогідних показників системи еритронару та обміну заліза щодо диференційної діагностики асептичних та інфікованих форм ГНЕП, щодо визначення показів до транскутанного пункційного ефективного дренажу парапанкреатичних рідинних скупчень різної тривалості існування для запобігання їх інфікування та прогресування органних дисфункцій.

Список літератури

1. Годлевський А. І. Діагностика та моніторинг ендотоксикозу у хірургічних хворих: монографія / А.І. Годлевський, С.І. Саволук. - Вінниця: Нова Книга, 2015. - 232 с.
2. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome / H.C. van Santvoort, O.J. Bakker, T.L. Bollen [et al.] // Gastroenterology. - 2011. - № 141 (4). - P. 1254-1263.
3. A randomized, double-blind, placebo-controlled study to assess the effect of recombinant human erythropoietin on functional outcomes in anemic, critically ill, trauma subjects: the long term trauma outcomes study / F.A. Luchette, M.D. Pasquale, T.C. Fabian [et al.] // Am. J. Surg. - 2012. - № 203 (4). - P. 508-516.
4. Effect of L-carnitine on oxidative stress and platelet activation after major surgery / P. Pignatelli, G. Tellan, M. Marandola [et al.] // Acta Anaesthesiol. Scand. - 2011. - № 55 (8). - P. 1022-1028.
5. Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis: a randomized trial / O.J. Bakker, H.C. van Santvoort, S. van Brunschot [et al.] // JAMA. - 2012. - Vol. 307 (10). - P. 1053-61.
6. Impaired adenosine-5-triphosphate release from red blood cells promotes their adhesion to endothelial cells: a mechanism of hypoxemia / H. Zhu, R. Zennadi, B.X. Xu [et al.] // Crit. Care Med. - 2011. - № 39 (11). - P. 2478-2486.
7. Minimal access retroperitoneal pancreatic necrosectomy: improvement in morbidity and mortality with a less invasive approach / M.G. Raraty, C.M. Halloran, S. Dodd [et al.] // Ann. Surg. - 2010. - № 251 (5). - P. 787-793.
8. Oral preoperative antioxidants in pancreatic surgery: a double-blind, randomized, clinical trial // Braga M., M. Bissolati, S. Rocchetti [et al.] // Nutrition. - 2012. - № 28 (2). - P. 160-164.
9. Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: a retrospective cohort study / K.M. Musallam, H.M. Tamim, T. Richards [et al.] // Lancet. - 2011. - № 378 (9800). - P. 1396-1407.
10. Red blood cell distribution width is an independent predictor of mortality in patients with gram-negative bacteremia / N.S. Ku, H.W. Kim, Y.C. Kim [et al.] // Shock. - 2012. - № 38 (2). - P. 123-127.

Саволук С.І., Мельник Т.А.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭТАНОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. В основе работы лежит анализ клинико-лабораторного мониторинга 72 пациентов с острым некротическим этанольным панкреатитом, у которых определялась динамика показателей системы эритрона и обмена железа в комплексе показателей эндогенной токсемии. Сделан вывод, что существует прогностический потенциал исследуемых маркеров относительно возможностей дифференциальной диагностики интерстициальной и деструктивной форм острого панкреатита, ее асептической и инфицированной стадии течения, выставления ранних показаний к малоинвазивным пункционным вмешательствам, предупреждая органные дисфункции и гнойно-септические осложнения панкреатической и экстрапанкреатической локализации, оценивая эффективность предложенной коррекции превентивной консервативной терапии.

Ключевые слова: острый панкреатит, показатели системы эритрона, обмен железа, прогнозирование осложнений, превентивная консервативная и хирургическая тактика.

Savoliuk S.I., Melnik T.A.

NEW FEATURES OF PROGNOSIS AND CORRECTING COMPLICATIONS OF ACUTE ETHANOL NECROTIZING PANCREATITIS

Summary. The study is based on the analysis of clinical and laboratory monitoring of 72 patients with acute necrotizing ethanol pancreatitis, which is determined erythron dynamics of the system and iron metabolism parameters in complex endogenous toxemia. The conclusion about the presence of prognostic potential investigated markers on the possibilities of differential diagnosis of interstitial and destructive forms of acute pancreatitis and its aseptic and infected phase flow, justifying the earliest indications for minimally invasive percutaneous interventions preventing organ dysfunction and purulent-septic complications of pancreatic and extra pancreatic location, assessing the effectiveness of the proposed correction preventive conservative therapy.

Key words: acute pancreatitis, performance systems erythron, exchange iron, diagnostics, predicting complications, preventive conservative and surgical tactics.

Рецензент - д.мед.н., доц. Ходос В.А.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016р.

Саволук Сергій Іванович - д.мед.н., доц., зав. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(044)4322452; +38(067)9894283, +38(063)8061338; savoluk@meta.ua
Мельник Тарас Олександрович - асистент кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)9796453; savoluk@meta.ua

© Симоненко Г.Г.

УДК: 616.839-008.6-07:61-057.875

Симоненко Г.Г.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра неврології (бульвар Т. Шевченка, буд. 13, м. Київ, Україна, 01601)

ДІАГНОСТИКА АВТОНОМНИХ ДИСФУНКЦІЙ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Резюме. Метою роботи є визначення нейропсихологічних особливостей та стану автономної нервової системи у студентів-медиків з вегетативними дисфункціями. У дослідження були включені 257 студентів-добровольців НМУ імені О.О. Богомольця. За даними анамнезу та артеріального тиску було сформовано групи з синдромом вегетативної дистонії (за гіпотонічним типом - 132 студенти, за гіпертонічним типом - 49 студентів, за змішаним типом - 33 студенти) та контрольну групу - 43 студенти. Проведено тестування за Міннесотським багатofакторним особистісним опитувальником (ММРІ) та Особистісним опитувальником Айзенка (ЕРІ), функціональні проби для визначення вегетативного тону, вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення діяльності. Отримані дані свідчать про домінування в основних групах симпатикотонії, дизрегуляції за центральним типом, екстраверсії та підвищення Т-показників за F, 9, 8 шкалами ММРІ, що у комплексі може бути використаним для ранньої діагностики автономних дисфункцій у студентів-медиків.

Ключові слова: автономні дисфункції, варіаційна кардіоінтервалографія, автономний статус, ММРІ, ЕРІ, студенти.

Вступ

Синдром вегетативної дисфункції, є переважним порушенням надсегментарної вегетативної нервової системи і залишається однією з важливих та актуальних проблем клінічної неврології. Синдром вегетативної дистонії (ВСД) зустрічається у 12-25% дітей і до 70% дорослих. Порушення якості життя, тимчасова втрата працездатності та розвиток вторинної патології є підставою для подальшого пошуку нових методів діагностики, профілактики та лікування [5]. Клінічні спостереження свідчать, що дослідження функцій автономної нервової системи тісно пов'язані з вивченням особливостей лімбічної системи. Пріоритетним є вивчення можливості використання нових підходів у діагностиці вегетативних порушень та психоемоційного скринінгу пацієнтів з урахуванням типу особистості. Актуальною також залишається розробка нових підходів до корекції вегетативних дисфункцій, що базуються на сучасних концепціях патогенезу даного захворювання, із збільшенням ролі немедикаментозних загальноукріплюючих та індивідуалізованих заходів [1, 2]. Численні психологічні дослідження різних груп пацієнтів, в тому числі студентів, проведені в основному з метою покращити якість навчання, роботи, життя - в рамках роботи спеціаліста-психолога. Разом з тим, до останнього часу практично не проводилися клінічні дослідження, які б вивчали індивідуальні психологічні та соматичні симптоми в комплексі. Поодинокі публікації, які зустрічаються в літературі, не торкаються вивчення індивідуальних психосо-

матичних особливостей хворих на вегетативну дисфункцію. Особливо це є важливим у студентів - осіб молодого віку, у випадку яких обстеження та рання донозологічна діагностика набуває вирішального значення [3, 4].

Мета роботи - визначення психоневрологічних особливостей та стану автономної нервової системи у студентів-медиків з вегетативними дисфункціями.

Матеріали та методи

Проведено обстеження 257 студентів 4 курсу стоматологічного факультету НМУ імені О.О. Богомольця: 94 (36.6%) чоловіків та 163 (63.4%) жінок, середній вік 20.7 ± 0.20 років. На першому етапі проводилось тестування за самооцінкою вегетативного тону, визначався вегетативний індекс Кердо. Вегетативна реактивність оцінювалась у всіх студентів шляхом рефлексу G. Dagnini-B. Aschner. Вегетативне забезпечення діяльності у всіх студентів вимірювалось за допомогою ортокліностатичної проби. Варіаційну кардіоінтервалографію було проведено на другому етапі 157 студентам: чоловіків було 58 (37%), жінок - 99 (63%), середній вік $20,8 \pm 0,23$ років. У подальшому всі обстежені були поділені між собою на шість груп залежно від отриманого інтегративного показника активності регуляторних систем (ПАРС). На третьому етапі всім пацієнтам проводилась оцінка вегетативного статусу та психологічна оцінка вищої нервової діяльності (ВНД) за особистіс-