

(МІА), 2001. – 256 с.: ил.

**Реферати**

**КОМОРБІДНА ВТОРИННА СЕКСУАЛЬНА  
ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПРИ ІПОХОНДРИЧНОМУ  
РОЗЛАДІ У ЖІНОК**

**Гавенко Н.В.**

Описано вторинну коморбідну сексуальну дезадаптацію при іпохондричному розладі у заміжніх жінок, зумовлену девіаціями їх психосексуального розвитку. Дослідження дозволяє зробити висновок о існуванні при іпохондричному розладі сумісно з вивченими нами раніше формами первинної (анозогенної) сексуальної дезадаптації, вторинної сексуальної дезадаптації, детермінованої наряду з невротичним розладом, також й коморбідної вторинної сексуальної дезадаптації, обумовленої девіаціями індивідуального психосексуального розвитку пацієнток з невротичними розладами.

**Ключові слова:** вторинна коморбідна сексуальна дезадаптація, розлад сексуальних стосунків.

**THE COMBINED SECONDARY SEXUAL  
DISADAPTATION BY WOMEN'S  
HYPOCHONDRIACAL DISORDER**

**Gavenko N.V.**

It is describe secondary (nosognosive) combined disadaptation by married women's hypochondriacal disorder with is conditioned by deviations their psycho-sexual development. The research allow to draw a conclusion about of existence by hypochondriacal disorder along with have already studied by us by forms primary (anosognosive) sexual disadaptation, secondary sexual disadaptation (nosognosive), determining by own neurotic disorder and combined secondary (nosognosive) sexual disadaptation, determining by deviations individual psycho-sexual development of patients with neurotic disorder.

**Key words:** secondary combined sexual disadaptation, disorder of sexual attitudes.

**УДК 616.314.25/26-76-77**

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРИКУСОМ, ЩО ЗНИЖУЄТЬСЯ, ДО ТА У  
ПРОЦЕСІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

**В. М. Дворник**

**ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава**

*Дисертаційна робота є фрагментом НДР "Оптимізація, профілактика та лікування стоматологічних захворювань ортопедичними методами", № 01020001303.*

Якість життя - порівняно нове для медицини поняття, запозичене з соціології, де під ним розуміють здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до свого положення і отримувати задоволення від цього. Ще у 1948 році ВООЗ визначила здоров'я не лише як відсутність хвороби, але й як наявність фізичного, психологічного та соціального благополуччя. З цього часу в медичній практиці все частіше почали звертати увагу на якість життя. При цьому пацієнт розглядається не тільки як суб'єкт лікування, але й як особистість, що під впливом хвороби змінюється і повертається до соціуму в іншому статусі - статусі хворої людини [1].

На сьогодні вважається, що якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. Існує ряд спеціальних опитувальників, що прицільно вивчають окремі компоненти якості життя, а саме психологічний статус. У медицині якість життя стосується передусім стану здоров'я, тому в даному випадку коректно застосовувати поняття "якість життя, пов'язана зі здоров'ям" (в англійській літературі "health-related quality of life"). Цей термін більш точно відображає суть питання, але у медичній літературі все-таки частіше зустрічається загальний термін "якість життя" [2].

Оцінка якості життя важлива не лише для визначення стану пацієнта на даний момент. Вона може впливати і на вибір тактики лікування. Покращення прогнозу у багатьох випадках є основною метою лікування. Разом з тим оптимальним вважається лікування, яке не лише збільшує тривалість життя, але і покращує його якість. З іншого

боку, багато методів лікування не впливають на прогноз, однак можуть істотно покращити якість життя, зменшуючи прояви патології та її ускладнень.

Лікування може спричиняти як позитивні, так і негативні зміни в якості життя. Тому, останнім часом у ряді досліджень, крім впливу лікування на перебіг захворювання та його прогноз, оцінюють зміни якості життя як один із критеріїв ефективності [3].

**Метою** роботи було вивчення якості життя у хворих з прикусом, що знижується, шляхом оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою до та у процесі ортопедичного лікування.

**Матеріал та методи дослідження.** Для оцінки психологічного стану обстежуваних ми використовували методіку діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою за Д. Я. Райгородським [4], яку проводили за допомогою анкетування. Анкета складається з 30 пар протилежних характеристик, за якими досліджуваного просять оцінити свій стан. Кожна пара являє собою шкалу, яка визначає ступінь вираженості тієї чи іншої характеристики стану пацієнта (табл. 1).

Таблиця 1

**Типова карта методіки САН (оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою)**

1. Самопочуття гарне	3210123	Самопочуття погане
2. Почуваю себе сильним	3210123	Почуваю себе слабким
3. Пасивний	3210123	Активний
4. Малорухомий	3210123	Рухливий
5. Веселий	3210123	Невеселий
6. Гарний настрої	3210123	Поганий настрої
7. Працездатний	3210123	Розбитий
8. Повний сил	3210123	Знесилений
9. Повільний	3210123	Швидкий
10. Бездіяльний	3210123	Діяльний
11. Щасливий	3210123	Нещасливий
12. Життєрадісний	3210123	Похмурий
13. Напружений	3210123	Розслаблений
14. Здоровий	3210123	Хворий
15. Безучасний	3210123	Захоплений
16. Байдушний	3210123	Схвильований
17. Піднесений	3210123	Смутний
18. Радісний	3210123	Сумний
19. Відпочилий	3210123	Втомлений
20. Свіжий	3210123	Виснажений
21. Сонливий	3210123	Збуджений
22. Бажання відпочити	3210123	Бажання працювати
23. Спокійний	3210123	Стурбований
24. Оптимістичний	3210123	Песимістичний
25. Витривалий	3210123	Стомлений
26. Бадьорий	3210123	Млявий
27. Міркувати важко	3210123	Міркувати легко
28. Розсіяний	3210123	Уважний
29. Повний надій	3210123	Розчарований
30. Задоволений	3210123	Незадоволений

Анкетування проводили при першому знайомстві з пацієнтом, розтлумачивши значення тесту і, не обмежуючи час на визначення відповіді та, вибірково, у 82 пацієнтів в різний термін лікування, що дало змогу скласти уявлення про функціональний та психологічний стан хворих з прикусом, що знижується до та у процесі ортопедичного лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Отримані результати по кожній категорії діляться на 10. Самопочуття (сума балів по шкалах): 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26. Активність (сума балів за шкалами): 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28. Настрої (сума балів за шкалами): 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30. Оцінки, які перевищують 4 бали, говорять про сприятливий стан обстежуваного, оцінки нижче 4 балів свідчать про протилежне. Нормальні оцінки стану лежать в діапазоні 5,0 – 5,5 балів, що дозволяє прогнозувати позитивні результати лікування.

В результаті проведеного дослідження нами встановлено, що якість життя у вихідний період у контрольній групі була задовільною. Ми спостерігали гарне самопочуття,

емоційний стан, трудову та розумову діяльність, хорошу пам'ять і настрої та ін. Оцінки стану якості життя знаходились в діапазоні 4,4-5,2 бали.

При обстеженні ортопедичних хворих з прикусом, що знижується до лікування нами відзначено протилежне, а саме незадовільну якість життя у всіх дослідних групах до проведеної терапії. Встановлено погіршення, в порівнянні з обстеженими контрольної групи, загального стану (як психоемоційного, так і фізичного), пам'яті, зниження трудової та розумової діяльності. Встановлено порушення сну, низький життєвий тонус, слабкість та інші показники. Оцінка якості життя обмежена 2,3 балами.

Дані анкетування щодо якості життя (в балах) наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

**Показник якості життя у обстежених з інтактним жувальним апаратом та хворих з прикусом, що знижується в різні терміни дослідження**

Показник, (бали)	Групи. Термін спостереження.						
	Вихідні дані	Дослідні клінічні групи					
		Контрольна група	I		II		III
	До лікування		Через 1 місяць	До лікування	Через 1 місяць	До лікування	Через 1 місяць
Самопочуття	5,2	1,8	3,4	2,1	3,4	2,2	3,6
Активність	4,4	2,0	3,7	2,3	3,8	2,5	3,9
Настрій	4,5	2,3	3,8	2,4	4,0	2,7	4,1

Однак, вже в перший день ортопедичного лікування спостерігалось деяке покращання якості життя: у хворих з'являлася бадьорість, підсилювалась фізична та розумова працездатність, покращувалося самопочуття, нормалізувався сон. Через один місяць після ортопедичної реабілітації хворих вони оцінені нами у межах від 3,8 до 4,1 балів. Дані оперативної оцінки якості життя у більш віддалені терміни свідчать про значне покращення функціонального та психологічного стану хворих в процесі ортопедичної реабілітації хворих з прикусом, що знижується.

**Підсумок**

Таким чином, якість життя є невід'ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань. Проведене дослідження засвідчує покращання стану здоров'я пацієнтів з прикусом, що знижується, підвищення функціональних показників, максимальне наближення якості життя хворих до рівня здорової людини після ортопедичного лікування.

Оцінка якості життя є одним із основних критеріїв ефективності медичної допомоги, а також самостійним показником стану пацієнтів при визначенні прогнозу, тактики лікування та розробці реабілітаційних програм для стоматологічних хворих.

**Література**

1. Ягенський А.В., Січкарук І. М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці // Внутрішня медицина. – 2007. – № 3. – С.46-59.
2. Price P., Harding K.G. Defining quality of life // J. Wound Care.-1993.-2.- P. 304-306.
3. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция определения качества жизни больных в дерматовенерологии // Вестн. дерматол. и венерол.— 2004.— № 4.— С. 16—19.
4. Райгородський Д.Я. Практична психодіагностика. Методики і тести. Навчальний посібник. – Самара: видавничий Дім "Бахрах", 1998 – 672 с.

**Реферати**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖАЮЩИМСЯ ПРИКУСОМ, ДО И В ПРОЦЕССЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**  
Дворник В. М.

Оценка качества жизни в последние годы приобретает все большее значение в мировой

**ESTIMATION OF PATIENTS' LIFE QUALITY WITH BITE THAT GOING DOWN, BEFORE AND IN THE PROCESS OF ORTHOPAEDIC TREATMENT**  
Dvornik V. M.

The estimation of quality of life the last years acquires all of greater value in world medicine as

медицине как показатель общего состояния пациента, эффективности проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, а также используется как прогностический критерий проведенного лечения. В данной работе дана общая характеристика качества жизни у больных со снижающимся прикусом, что позволяет прогнозировать и корректировать процесс адаптации к зубным протезам.

**Ключевые слова:** качество жизни, снижающийся прикус, опросник.

an index of the general state of patient, to efficiency of the conducted medical and rehabilitation measures, and also utilized as a prognostical criterion of the conducted treatment. In this work general description of quality of life is given at patients with a going down bite, that allows to forecast and correct the process of adaptation to the dentures.

**Keywords:** quality of life, going down bite, questionnaire.

УДК: 616.516.5:612.017.1

### РАЦІОНАЛЬНА ІМУНОМОДУЛЮЮЧА ТЕРАПІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ, З УРАХУВАННЯМ СУЧАСНИХ ПОГЛЯДІВ НА ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ДЕРМАТОЗУ

К.В. Ільбикін

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Пюльтава

Згідно зі статистичними даними на atopічний дерматит страждає майже 5% населення світу. Досить високими є також показники рівня захворюваності на цей дерматоз серед населення України. При цьому, згідно зі статистичними даними, у останні 10 років відслідковується тенденція до зростання рівня поширеності та виявлення вперше в житті захворюваності на atopічний дерматит. У 1988 році показники поширеності atopічного дерматиту серед населення України в абсолютних числах становив 82097 хворих (163,4%) на 100 тисяч, а у 2007 році – 85614 хворих (184,3% на 100 тисяч). З 85614 хворих на atopічний дерматит, зареєстрованих в Україні у 2007 році, 52100 становили діти.

Існують чисельні гіпотези розвитку atopічного дерматиту. Зокрема, отримані дані, що підкреслюють недостатність вмісту Т регуляторних клітин в осередках atopічного запалення шкіри [14]. Доцільність визначення цитокінів, які продукуються Т клітинами – ІЛ-10 та трансформуючого фактору росту  $\beta$  при atopічних захворюваннях, зокрема, при atopічному дерматиті, є загальноновизаною [8]. Особлива увага також приділяється визначенню окремих класів імуноглобулінів, які беруть участь в розвитку алергічних реакцій [7]. Показано, що в хворих на atopію відбувається алерген-залежний апоптоз Т регуляторних клітин [11]. Самі  $CD4^+CD25^+FoxP3^+$  Т регуляторні клітини можуть викликати апоптоз Т хелперних клітин запобігаючи розвитку алергічних пошкоджень тканин [9].

На ґрунті попередніх досліджень [2,3] був розроблений комплекс терапевтичних заходів із використанням антигістамінного препарату, топічного імундепресанта (глюкокортикоїд чи імундепресант) та трансфер-фактору.

На початкових стадіях захворювання та у хворих з середнім ступенем важкості клінічних проявів, в якості топічного імундепресанта використовується пімекролімус; при важких формах захворювання застосовуються глюкокортикостероїди - переважно місцево, інколи системно. Терапевтичні комплекси, які розробляються для лікування atopічних захворювань шкіри, повинні впливати на глибинні процеси, що відбуваються в імунній системі хворих, насамперед, на стан Т регуляторних клітин та цитокінів, що продукуються ними.

**Метою** роботи було визначення впливу запропонованого нами терапевтичного комплексу на стан окремих показників імунної системи, що відображують стан Т регуляторних клітин та баланс синтезу класів імуноглобулінів, що мають відношення до реалізації алергічних реакцій.

**Матеріал та методи дослідження.** Спостереження були проведені за 24 дітьми з atopічним дерматитом. Середній вік дітей в групі хворих на АД складав -  $10,96 \pm 0,81$ , що відображає відсутність вірогідної різниці. Також не було вірогідної різниці згідно статі обстежених дітей: хворих на АД дівчаток було 45,8%, хлопчиків - 54,2%. Таким чином, відсутність вірогідних розбіжностей за цими показниками виключає вплив вікових та статевих чинників на зміни показників стану імунної системи, які досліджувалися.