

лікування, мають бути певні показання. Операція показана за наявності фіксованих спастичних деформацій. Якщо хірургічне втручання є необхідним, його слід виконати своєчасно, саме тоді воно буде результативним. Хірургічна операція не крайній захід, коли вже очевидна неефективність інших методів лікування, а органічний елемент етапного лікувального комплексу. Тільки у цьому випадку можна домогтися прогнозованого стійкого функціонального результату у межах адаптаційних можливостей хворого.

Висновки

Таким чином, за наявності фіксованих спастичних деформацій нижніх кінцівок найбільш ефективними є хірургічні втручання, виконані у молодшому шкільному віці. Використання

малотравматичних хірургічних методик у комплексному етапному лікуванні рухових порушень при СЦП сприяє необхідній корекції спастичних деформацій, що створює надійні передумови для істотного поліпшення рухових можливостей хворого. Комплексне хірургічне втручання має бути частиною етапного реабілітаційного комплексу. Тільки за цієї умови результат операції закріплюється і може бути досягнуто істотного поліпшення рухових можливостей дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Журавлёв А. М., Перхурова И. С. Основные принципы, методы и результаты хирургического лечения ДЦП // И. С. Перхурова, В. М. Лузинович, Е. Г. Сологубов. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе. — М.: Книж. палата, 1996. — С. 153-182.
2. *Детские* церебральные параличи. Основы клинической реабили-

тационной диагностики / В. И. Козьякин, М. А. Бабадаглы, С. К. Ткаченко, О. А. Качмар. — Львів: Медицина світу, 1999. — 295 с.

3. Меженіна Е. П. Консервативное лечение детей с церебральным спастическим параличом // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1981. — № 1. — С. 49-53.

4. Пчеляков А. В. Патоморфология тканей нижних конечностей при спастическом церебральном параличе // Там же. — 2000. — № 2. — С. 132-133.

5. De Luca P. A. The musculoskeletal management of children with cerebral palsy // Pediatric Clinics of North America. — 1996. — N 43. — P. 1135-1150.

6. Preoperative and postoperative assessment of surgical intervention for equinus gait in children with cerebral palsy / B. Etnyre, C. S. Chambers, N. H. Scarborough, T. E. Cain // J. Pediatr. Orthop. — 1993. — N 13 (1). — P. 24-31.

7. Sarnilson R. L. Current concepts of surgical management of deformities of the lower extremities in cerebral palsy // Clin. Orthop. and Rel. Res. — 1981. — N 158. — P. 99-107.

УДК 612.014:612.82

С. Л. Соломка, А. А. Соломка, О. А. Топор, В. М. Демидов

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ НА ФОНІ АСТЕНОВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПУПІЛОМЕТРІЇ

Одеський державний медичний університет

Причини виникнення хронічного гастриту (ХГ) до кінця ще не з'ясовані, але останнім часом були отримані нові дані, що здійснили переверот у патофізіологічному розумінні ХГ [1].

Одним із аспектів, що впливають на виникнення шлунково-кишкових функціональних порушень, зокрема хронічного гастриту, є різноманітні вегетативні розлади. Функція шлунка, його моторика, кровопостачання і секреція тісно пов'язані з діяльністю ієрархічно вищих нервових процесів і зв'язку з цим — з афективним

статусом [2]. Агресивність і злість прискорюють проходження їжі через шлунок, страх або сильні емоції уповільнюють його за рахунок пілороспазму. Під впливом страху, нереалізованого бажання, депресивних думок або почуття відчаю знижуються секреція соляної кислоти, перистальтика і кровопостачання шлунка. Агресивне середовище, хронічний страх і конфліктні стани підвищують шлункову секрецію і, якщо тривають довго, то спричиняють зміни слизової оболонки, як при гастриті. Змінена таким чином

слизова оболонка особливо вразлива: навіть незначна травма може спричинити ерозію і призвести до виникнення виразки за рахунок постійного контакту зі шлунковим соком.

Перший опис психосоматичної структури хворого на хронічний гастрит, зроблений Александером (1934) [3], вважається моделлю загальної концепції психосоматичних порушень, оскільки взаємозв'язує фізіологічні дані з психоаналітичною теорією порушень вищої нервової системи при астеновегетативному синдромі. Згідно з теорією Алек-



сандера, для хронічного гастриту не існує специфічного типу особистості. Однак він наполягає на конфліктній ситуації, у якій бажання, що впливають із оральної сфери переживань (бути розпеченим, винагородженим, бажання залежності), виявляються фрустрованими. Така фрустрація переробляється регресивно і перетворюється на потребу нагодувати себе. Це, у свою чергу, спричинює вагусну стимуляцію шлунка, у тому числі й поза фазою травлення.

Метою нашого дослідження є визначення особливості вегетативного статусу хворих на хронічний гастрит (ХГ) із різ-

номанітним порушенням секреторної функції шлунка на фоні астеновегетативного синдрому (АВС).

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз 33 випадків захворювання у хворих віком від 26 до 50 років (чоловіків — 13, жінок — 20), контрольну групу становили 30 практично здорових осіб такого ж віку: чоловіків — 11, жінок — 19. Усі хворі пройшли клініко-лабораторне обстеження, у т. ч. ацидограму, ультразвукове дослідження (УЗД) шлунка, що проводилося за узвичаєною методикою [4] натще і при заповненні деаерованою

рідиною, фіброгастроуденоскопію (ФГДС). Вегетативне забезпечення діяльності досліджувалося методом комп'ютерної пупілографії (КП), особиста реактивна тривожність за шкалою самооцінки Спілберга — Ханіна (табл. 1).

Проведене дослідження виявило, що в усіх пацієнтів із ХГ порушення вегетативного статусу посідає головне місце, поряд зі змінами секреторної функції шлунка, даними УЗД і ФГДС (табл. 2).

При проведенні пупілометрії отримано комп'ютерне зображення зіниць і графіки кривих прямої, співдружної реакції зіниць на пред'явленій світловий імпульс під час акомодатції і конвергенції. Встановлено сім часових періодів, що характеризують стан зіниці й особливості стану вегетативної нервової системи у пацієнтів з астеновегетативним синдромом [5]. Найбільш значущими параметрами зіничних реакцій та сумарних показників парасимпатикотонії при АВС у пацієнтів із ХГ з підвищеною секреторною функцією шлунка (рН 1,3 і нижче) є підвищення загального тону, що супроводжується збільшенням часу розширення зіниці і загальної тривалості зіничної реакції, а також зменшенням частоти моргань, кількість яких корелює із високим рівнем особистої тривожності за тестом Спілберга — Ханіна ($r=+0,71$).

Збільшення амплітуди низькочастотних коливань площі зіниці корелювала із високим рівнем особистої тривожності за тестом Спілберга — Ханіна ($r=+0,81$). При цьому латентний період становив не більше 0,20 с, час активного звуження зіниці — більше 4,5 с, стан звуженої зіниці — більше 10,0 с, час швидкого відновлення зіниці — від 0,87 до 1,4 с і час повільного відновлення зіниці — більше 3,35 с. Тимчасом у пацієнтів із ХГ із зниженою секреторною функцією шлунка (рН 2,0–5,0) спостерігалось

Таблиця 1
Показники психофізіологічного стану за шкалою самооцінки Спілберга — Ханіна, $M \pm m$

АВС, n=33				Контроль, n=30			
РТ		Т		РТ		ЛТ	
м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
33±4	34±5	50±4	49±3	29±3	30±2	25±4	27±5

Примітка. n — кількість досліджуваних; РТ — реактивна тривожність; ЛТ — особиста тривожність; м — чоловіки; ж — жінки; АВС — астеновегетативний синдром.

Таблиця 2

Хронічні гастрити (за даними рН-метрії, УЗД, ФГДС)

Вид дослідження	ХГ зі зниженою секреторною функцією, n = 14	ХГ із підвищеною секреторною функцією, n = 19
Ацидограма [6, 7] рН базальної фази	2,0–5,0	1,3 і нижче
Гастроскопія	Блідість і витончення слизової оболонки, при загостренні на поверхні слизової оболонки дрібні крововиливи	Набряк слизової оболонки, осередки гіперемії, щільна фіксація слизу на складках, бархатистість слизової оболонки
УЗД		
Вміст шлунка натще	Немає	Рідкий (у т. ч. і поза фазою загострення)
При наповненні шлунка рідиною	Невелика кількість	Велика кількість
Наявність «плаваючих» гіперехогенних сигналів [8]		
Стінка шлунка шаруватість товщина [9]	Згладжена Збільшена 4–5 мм	Згладжена Збільшена



переважання симпатичної ланки регуляції вегетативної нервової системи, що пупілометрично виражалося у зменшенні часу розширення зіниці і загальної тривалості зіничної реакції, а також збільшення частоти моргань до 12–14 за 30 із (при нормі 2–3) під час акомодативної конвергенції, прямої і співдружньої реакції зіниць на пред'явлення світлового імпульсу. Пупілометричні показники розподілилися за періодами за таким порядком: латентний період становив не менше 0,4 с, час активного звуження зіниці — від 1,71 до 4,5 с, стан звуженої зіниці — не більше 10,0 с, час швидкого відновлення зіниці — від 0,39 до 0,87 с, час повільного відновлення зіниці — від 1,25 до 3,35 с.

Висновок

Таким чином, на відміну від узвичаєних клінічних і психофізіологічних засобів оцінки ВНС, метод пупілометрії дозволяє визначити в усіх пацієнтів специфічні кількісні критерії порушень ВНС при ХГ із порушенням секреторної функції шлунка і вірогідно корелює із показниками рН-метрії, ФГДС і УЗД.

ЛІТЕРАТУРА

1. Inauen: Gastroduodenale Ulkuskrankheit: Therapiemoglichkeiten // Schweiz Rundschau Med. Prax. — 1995. — N 84. — S. 585-589.
2. Любан-Плоцца Б. Психосоматичний хворий на прийомі в лікаря. — К.: АДЕФ-Україна, 1997. — С. 72-76.
3. Alexander F. Psychological factors in gastro-intestinal disturbances // Psychoanal Q. — 1934. — Vol. 3. — P. 506-516.

4. Митьков В. В. Клиническое пособие по ультразвуковой диагностике: В 4 томах. — Т. 4. — М.: ВИДАР, 1997. — С. 13-15.

5. Гоженко А. І., Соломка С. Л. Динамічне дослідження методом пупілографії вегетативних розладів у пацієнтів з астеновегетативним синдромом // Запоріж. мед. журнал. — 2002. — № 3. — С. 88-89.

6. Маколкин В.И. Внутренние болезни. — М.: Медицина, 1989. — С. 226-228.

7. Кост Е. А. Пособие по клиническому лабораторному методам исследования. — М.: Медицина, 1975. — 253 с.

8. Дворяковский И. В. Эхография внутренних органов у детей. — М.: Медицина, 1994. — С. 151-153.

9. Биссет Р. А. Л., Хан А. Г. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании. — Витебск: Белмедкнига, 1997. — 98 с.

УДК 616.314-089.28/29:615.4

А. І. Швець

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА СПОСОБОМ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГАПКОЛУ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Рівень забезпеченості пластинковими знімними протезами в Україні серед міського населення сягає лише 27–35 % від загальної потреби [3]. Щодо осіб похилого віку, то потреба у знімному протезуванні у них майже стовідсоткова [4]. Однак 25–40 % пацієнтів, яким виготовили знімні пластинкові протези, особливо на нижню щелепу, ними не користуються. Майже у половини пацієнтів факторами «кишенькових» протезів є несприятливі клінічні умови протезного ложа як кісткового, так і м'якотканинного генезу, які не можуть нівелюватися на етапах виготовлення ортопедичних конструкцій, а тому потребують хірургічного втручання [6].

Сьогодні передпротезна хірургія набула обґрунтованої

підтримки як в Україні, так і за кордоном. Їй присвячені монографії, розділи в підручниках і посібниках [2; 5]. Хірургічні втручання на м'яких тканинах порожнини рота, які створюють несприятливі клінічні умови для протезування, окрім додаткової психологічної травми пацієнтам, подовжують термін виготовлення протезів і не завжди минають без посередніх та віддалених ускладнень. Фактори ускладнень переважно залежать від невинуватеної травматизації тканин операційного поля, інфікування ран мікрофлорою порожнини рота, вікових параметрів хворих, зниження репаративних можливостей м'яких тканин.

Мета дослідження — підвищити ефективність протезу-

вання щелеп знімними конструкціями шляхом удосконалення методів хірургічної корекції м'яких тканин протезного ложа, а саме пластики присінки порожнини рота з використанням остеотропного препарату гапкол. Дослідження є фрагментом ініціативної комплексної теми УМСА «Механізми пошкодження зубо-щелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації 0197U018550.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клінічне обстеження, хірургічне та ортопедичне лікування 15 пацієнтів з

