

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

4 (04) 2015

Частина II

Львів
2015

Наукове періодичне видання

Медичний форум

Науковий журнал

4 (04) 2015

Частина II

Редактор, коректор – Римарчук Л.Г.

Верстка-дизайн – Яковенко С.А.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 20513-10313Р від 20 грудня 2013 р.
Засновник журналу: «Львівська медична спільнота»

Видавник: «Львівська медична спільнота»

79000, м. Львів, а/с 6153

www.medicinelviv.org.ua

E-mail: journal@medicinelviv.org.ua

Телефон: + 38 099 415 06 39

© «Львівська медична спільнота», 2015

© Автори наукових статей, 2015

© Оформлення Яковенко С.А., 2015

Семеняк А.В., Князевич М.І. ВПЛИВ МІКРОФЛОРИ ПІХВИ ТА ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ НА ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК.....	5
Комшук Т.С. ОСОБЛИВОСТІ ІІІ ТА ІV ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ.....	7
Kondrusyk N.Y. MORFOMETRIC ESTIMATION OF VOLUMES OF HUMAN KIDNEY EXCRETORY SECTORS IN DIFFERENT VARIANTS OF ITS BLOOD SUPPLY.....	10
Костюк І.А., Ніженковська І.В., Гала Л.О. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ОБІЗНАНОСТІ ШКОЛЯРІВ М. КИЄВА ЩОДО ПИТАНЬ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВІЛ/СНІДУ.....	12
Кошля В.І., Кузьмічов А.О., Кульбачук О.С., Кліцунова Ю.О., Склярова Н.П. ЗМІНИ ВМІСТУ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ І МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-9 В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З ІХС ТА ПУХЛИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПРЯМОЇ І ТОВСТОЇ КИШКИ.....	15
Bakun O.V., Kyftiak V.V. GENETIC POLYMORPHISMS AND MOLECULAR PATHOGENESIS OF ENDOMETRIOSIS.....	18
Семеняк А.В., Ліпич Т.В. ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПОЛОВОГИХ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ.....	21
Мироник О.В., Давиденко О.М., Фельдман Л.Я., Фельдман І.В. ЗАСТОСУВАННЯ «БІФІЛАКТУ ЕКСТРА», В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БЕШИХУ.....	24
Ізюмець О.І., Мурашко Т.В. ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ОЦІНКИ СТУПЕНІВ ВАЖКОСТІ АСПІРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ЦНС У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	27
Плевинскис П.В. ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАЕЗДА АВТОМОБИЛЯМИ НА ПЕШЕХОДОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В НЕТИПИЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ.....	30
Плужнікова Т.В. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ 7 РОКІВ.....	32
Побережник Г.А. ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМ ГАЙМОРИТОМ ТА ВАРІАНТИ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ.....	36
Погорелов В.М., Брек В.В., Прохоренко В.Л., Яницька І.П., Петренко Т.О. ЛЕГЕНЕВА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ІІ КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ ФЕЛОДІПІНУ.....	43
Ринжук Л.В., Ринжук В.Є. ДОКЛІНІЧНІ ФОРМИ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ: ПЕРЕВАЖНІ ЗБУДНИКИ, ЇХ ВИДОВИЙ СКЛАД ТА ПОПУЛЯЦІЙНИЙ РІВЕНЬ.....	46
Юрценюк О.С., Ротар С.С. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПСИХОЗІВ У ЖІНОК – ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ.....	48
Селихова Л.Г., Савченко Л.Г. ДААННЕ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ – ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС ДО ЛЕЧЕНИЯ.....	50

Висновки. Враховуючи результати проведеного дослідження вважаємо за необхідне продовжувати всебічне вивчення питань серцево-судинної та цереброваскулярної захворюваності

в Полтавській області для подальшого вдосконалення та проведення державних та місцевих програм щодо профілактики цієї захворюваності.

Література:

1. Голованова І.А. Аналіз показників інвалідації працездатного населення полтавської області внаслідок серцево-судинної патології за 2008-2013 роки. / І.А. Голованова, М.В. Хорош, Г.А. Оксак та інш. // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Вип. 3, Том 1 (110). – С. 69-72.
2. Коваленко В.М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензією в Україні / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький // Український кардіологічний журнал. – 2010. – №6. – 220 с.
3. Коваленко В.М. Хвороби системи кровообігу у структурі смертності населення України: міфи та реальність / В.М. Коваленко, Ю.М. Сіренко, А.П. Дорогой // Матеріали XIV Національного конгресу кардіологів України. – Київ. – 2013. – 150 с.
4. Коваленко В. М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальні гіпертензії в Україні. / В.М. Коваленко, Ю.М. Сіренко, А.П. Дорогой // Український кардіологічний журнал. – 2010. – Додаток 1. – С. 6-12.
5. Концепція Державної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні на 2011-2020 роки // Артеріальна гіпертензія. – 2011. – №2(16). – 185 с.
6. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу (аналітично-статистичний посібник) / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – К., 2009. – 147 с
7. Мировая статистика здравоохранения 2012 / WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. – 177 с
8. Навчук В.І. Визначення зв'язку між показниками захворюваності й смертності від хвороб системи кровообігу у сільського населення / І.В. Навчук // Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – Т.ХІ, №4 (42). – С.28-33.
9. Наукові засади Програми профілактики і лікування артеріальні гіпертензії в Україні. Збірник наукових праць. / [За ред. В.М. Коваленка]. – К., 2010. – 325 с.
10. Регіональні особливості рівня здоров'я в Україні: аналітично-статистичний посібник / Корнацький В.М., Коваленко В.М., Манойленко Т.І. та інш. – Київ: МВЦ «Медіформ», 2012. – 165 с.
11. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам // Документ доступный на сайте [http://www.heartstats.org.].
12. Таралло В.Л. Визначення глибинних процесів в динаміці поширеності хронічних хвороб / В.Л. Таралло, П.В. Горський // Україна. Здоров'я нації. – К., 2007. – № 3-4. – С. 39-41.
13. Матеріали сайту Міністерства охорони здоров'я в Україні – [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtac_programs/].
14. Ukraine Demographic and Health Survey 2007 / [Macro International inc]. – Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International. – 2008. – P. 335.

Побережник Г.А.,

кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії, консультант поліклініки ГУМВСУ в Харківській області Харківського національного медичного університету

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМ ГАЙМОРИТОМ ТА ВАРІАНТИ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Робота ґрунтується на проведенні ретро– та проспективного прогнозу перебігу одонтогенного гаймориту у 851 хворого, базуючись на даних безпосередніх результатів лікування та віддалених результатах лікування, завдяки розробленій анкеті й проведеному багаторічному моніторингу, виявлені зміни слизової оболонки, в залежності від причини виникнення одонтогенного гаймориту. Ретроспективний аналіз став об'єктивною базою для проведення проспективного прогнозу у 468 хворих на одонтогенний гайморит. На базі багаторічного моніторингу проведено статистично – математичне опрацювання результатів та отримано дані, які надали можливість прогнозувати ускладнення у хворих на одонтогенний гайморит в залежності від причини виникнення захворювання. Розроблений прогностичний алгоритм виявлення ускладнень у хворих на ОГ розширює арсенал засобів та підвищує ефективність прогнозування розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту, що обумовлює доцільність його практичного застосування для цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: одонтогенний гайморит, моніторинг ускладнень, прогнозування ускладнень, профілактика ускладнень.

Работа основывается на проведении ретро и проспективного прогноза течения одонтогенного гайморита у 851 больного, основываясь на данных непосредственных результатах лечения и отдаленных результатах лечения, благодаря разработанной анкете и проведенному многолетнему мониторингу, обнаружены изменения слизистой оболочки, в зависимости от причины возникновения одонтогенного гайморита. Ретроспективный анализ стал объективной базой для проведения проспективного прогноза у 468 больных с одонтогенным гайморитом. На базе многолетнего мониторинга проведена статистически – математическая обработка результатов и получены данные, которые позволяют прогнозировать осложнения у больных с одонтогенным гайморитом в зависимости от причин возникновения заболевания. Разработанный прогностический алгоритм выявления осложнений у больных с ОГ расширяет арсенал средств и повышает эффективность прогнозирования развития осложнений одонтогенного гайморита, что обуславливает целесообразность его практического применения для этой категории пациентов.

Ключевые слова: одонтогенный гайморит, мониторинг осложнений, прогнозирования осложнений, профилактика осложнений.

The work is based on retro- and prospective prognosis of the course of odontogenic sinusitis in 851 patients. Grounded upon direct and remote results of treatment, due to the newly introduced questionnaire and monitoring of the results of the treatment, alterations in the mucosa depending upon the cause of odontogenic sinusitis have been discovered. Retrospective analysis gave rise to objectively based prospective prognosis in 468 patients with odontogenic sinusitis. The monitoring data having been statistically processed allowed to prognosticate complications in patients with odontogenic sinusitis depending upon the cause of the disease. Practical value of the prognostic algorithm improving efficiency of prognosis of developing complications of odontogenic sinusitis has been proven. Practical recommendations concerning the application of the algorithm have been introduced.

Key words: odontogenic sinusitis, monitoring of complications, prognosis of complications, prevention of complications.

Актуальність теми. Останнім часом, незважаючи на успіхи, досягнуті в лікуванні хворих на одонтогенний гайморит (ОГ), який складає 21,3% від загальної кількості гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, залишається високою частота їх ускладнень, що коливається в межах від 30% до 50% [1, 3, 6, 9].

До сьогоднішнім основним методом лікування хронічного ОГ залишається хірургічний, метою якого є усунення джерела одонтогенної інфекції в поєднанні з виконанням радикальної операції на верхньощелепній пазусі. Незважаючи на постійне впровадження в практику нових "щадних" методик оперативного лікування, використання методів ендоскопічної хірургії, не завжди вдається досягнути повного вилікування хворого. Крім того, практично відсутні дані про характер та частоту ускладнень в різні терміни, особливо розвиток віддалених післяопераційних ускладнень [2, 4, 5].

За даними деяких авторів, хірургічне втручання на верхньощелепній пазусі у 40-80% хворих дає незадовільний результат [7, 8]. Тому лікування хворих цієї групи являє собою не тільки медичну, але й певну соціальну проблему.

Як свідчать дослідження останніх років, велике значення для визначення обсягу хірургічного втручання та прогнозування результату лікування має вивчення стану слизової оболонки гайморових пазух та точне визначення характеру патологічного процесу в ділянці причинного зубу [1].

До сьогоднішнього часу інформація про морфологічні та гістохімічні зміни слизової оболонки верхньощелепних пазух при ОГ залишається не до кінця повною [4, 5, 7]. Недостатньо вивчено також питання причин та характеру ускладнень у різні терміни після операції та ефективності профілактики й лікування.

Таким чином, на підставі аналізу даних літератури виявлено недостатність, багатовимірність і неоднозначність поглядів на розглянуті проблеми. Відсутність поглиблених базисних знань про можливість корекції профілактичних методів лікування хворих на одонтогенний гайморит, які дозволять зменшити кількість післяопераційних ускладнень. Недостатньо вивчено можливість прогнозувати ускладнення у повсякденній клінічній практиці. Враховуючи вищевикладене, необхідна розробка нових клінічно обґрунтованих, комплексних заходів, які представляють теоретичну та практичну актуальність даної проблеми. це стало передумовою проведення даного наукового дослідження.

Мета дослідження: підвищити ефективність прогнозування та профілактики ускладнень хірургічного лікування одонтогенного гайморита на під-

ставі аналізу моніторингу найближчих та віддалених результатів лікування.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз причин виникнення одонтогенного гаймориту, безпосередніх і віддалених результатів лікування за період з 2006 по 2011 рік.

2. Вивчити морфогістохімічні зміни слизової оболонки верхньощелепних пазух при одонтогенному гаймориті в залежності від характеру одонтогенного запалення.

3. Провести моніторинг характеру, терміну й причин ускладнень у хворих на одонтогенний гайморит.

4. Розробити та запропонувати прогностичні та профілактичні методи попередження післяопераційних ускладнень.

5. Визначити ефективність використання запропонованого методу прогнозування та засобів профілактики ускладнень при хірургічному лікуванні одонтогенного гайморита.

Матеріали і методи дослідження. Робота ґрунтується на проведенні ретро- та проспективного прогнозу перебігу одонтогенного гаймориту у 851 хворого, що перебували на лікуванні в стоматологічному відділенні комунального закладу охорони здоров'я «Обласної клінічної лікарні – центра екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» міста Харкова з 2006 по 2011 рік. Для розв'язання поставлених задач були проведені дослідження частоти та структури одонтогенного гаймориту на підставі комплексного клініко-лабораторного, інструментального, рентгенологічного-томографічного обстеження; морфогістохімічних досліджень; вивчення безпосередніх та віддалених результатів комплексного лікування; прогностичних даних можливих ускладнень та результатів виконання профілактичних рекомендацій. Оцінювання частоти, структури одонтогенного гаймориту, виявлення основних недоліків у діагностиці, лікуванні та профілактиці проводилися у ретроспективній групі на підставі ретроспективного аналізу 383 архівних історій хвороби та моніторингу у хворих на одонтогенний гайморит у 2006-2008 роки. Ретроспективний аналіз став об'єктивною базою для проведення проспективного прогнозу у 468 хворих на одонтогенний гайморит, які перебували на стаціонарному лікуванні у 2009 – 2011 роки.

У процесі обстеження хворих дотримувалися діагностичних клінічних критеріїв одонтогенного гаймориту, згідно з «Протоколами надання стоматологічної допомоги», регламентованими наказом МОЗ України № 566 від 23.11.2004 р. Оцінювали: біль в підщелепній ділянці, набряк, біль у зубах, виділення гною з нижнього носового ходу, головний

біль, підвищення температури тіла. Нами також оцінювалися дані попередніх дій щодо лікування: пломбування, видалення зубів, пункції пазух, медикаментозної та фізіотерапії.

Обов'язковими були також стандартні лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, час її згортання, рівень цукру у крові, визначення групи крові і резус-фактора, загальний аналіз сечі, реакція мікропреципітації або реакція Васермана, електрокардіографія, флюорографія органів грудної порожнини, за показаннями проводили консультації суміжних фахівців – отоляринголога, офтальмолога, нейрохірурга, невропатолога та інших.

Проводилися також оглядова рентгенографія верхньощелепних пазух, рентгенографія альвеолярного відростку верхньої щелепи в проекції проблемного зуба або ороантрального сполучення, ортопантомографічне обстеження верхньої щелепи та комп'ютерна томографія приносних пазух. Обстеження проводилося при надходження хворого до стаціонару, а також у процесі лікування.

Під час оперативного втручання весь вилучений матеріал відправлявся на гістологічне дослідження.

Для світлооптичного дослідження біоптатів верхньощелепної пазухи фрагменти матеріалу фіксували у 10% розчині формаліну і заливали у парафін. Депарафіновані зрізи товщиною 5 мкм фарбували звичайними гістологічними реактивами, гематоксиліном-еозином. Для верифікації волокон сполучної тканини використовували метод фарбування за Ван Гізоном, а також за Малорі на фібрин і колагенові волокна. Виявлялися також сульфатовані (pH 1,5) та нессульфатовані (pH 3,5) глікозоаміноглікани за Romhanyi (1963), контроль – обробка зрізів гіалуронідазами.

Мікропрепарати вивчали на мікроскопі «Olympus BX-41» з подальшою обробкою з використанням програми «Olympus DP-soft version 3.1» і Microsoft Excel.

Усіх пацієнтів з діагнозом одонтогенного гаймориту було розподілено на шість груп в залежності від причини, яка викликала захворювання:

I група-(65 пацієнтів-ретроспективна група; 84 пацієнта-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого були одонтогенні кісти;

II група-(22 пацієнта-ретроспективна група; 27 пацієнтів-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого були нагноєння одонтогенних кіст;

III група-(138 пацієнтів-ретроспективна група; 101 пацієнт-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого були різні форми періодонтиту;

IV група-(31 пацієнт-ретроспективна група; 24 пацієнта-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого було стороннє тіло в гайморових пазухах;

V група-(68 пацієнтів-ретроспективна група; 41 пацієнт-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого була перфорація або норія гайморової пазухи;

VI група-(59 пацієнтів-ретроспективна група; 191 пацієнт-проспективна група) хворі на одонто-

генний гайморит, безпосередню причину якого не виявлено.

Усього було прооперовано 839 (98,6±0,4%) хворих. У залежності від причини та строків, які пройшли до звернення та оперативного втручання, було проведено різний обсяг оперативного втручання. У післяопераційний період пацієнти ретроспективної групи отримували лікування за стандартними схемами, рекомендованими «Протоколами надання стоматологічної допомоги» згідно з наказом МОЗ України №566 від 23.11.2004 року.

У проспективній групі, за даними прогнозу, проводилася корекція лікування шляхом проведення необхідних медикаментозних та хірургічних втручань, а також корекція проведення післяопераційного реабілітаційного періода.

У залежності від причини та стану тканин пазухи, нами були запропоновані наступні методики профілактики ускладнень:

- за відсутності макроскопічних змін в гайморовій пазусі проводилося видалення тільки візуально зміненої ділянки слизової оболонки на дні гайморової порожнини;

- за наявності одонтогенного гаймориту в анамнезі та в залежності від часу, який пройшов з початку захворювання, використовується стандартна гайморотомія з тампонадою гайморової порожнини;

- хворим, у яких не використовували йодоформений тампон, призначали місцеву терапію: промивання верхньощелепної пазухи антисептиками та ферментами, призначали фізіопроцедури;

- диспансерний нагляд – від року до 3 років.

Особливу увагу приділяли групі хворих на ОГ, викликаного невиявленою причиною.

Вивчено віддалені результати хірургічного лікування одонтогенного гаймориту у хворих протягом 6 років. Для отримання результатів нами розроблено та використано анкету-опитувальник.

Анкету-опитувальник було розіслано 851 хворим. Отримано 221 відповідь, що складає 26% від розісланих анкет.

Для вивчення ймовірності виникнення ускладнень проведено аналіз анкетних клініко-анамнестичних факторів у обстежених пацієнтів в групах з ускладненнями та без них. Порівняльний аналіз у групах розподілу окремих клінічних критеріїв зі застосуванням дисперсійного аналізу та послідовного аналізу Вальда в модифікації Е.В. Гублера дозволив визначити діагностичну цінність, прогностичне значення й силу впливу факторів на розбіжність показників клінічних груп і прогностичних коефіцієнтів. Основними критеріями для оцінювання прогностичної значущості окремих клінічних ознак були: сила впливу фактора, його інформативність. Порогові значення розраховані в три етапи: статистичне моделювання значень для кожної з перевірюваних гіпотез формування локалізованої ділянки, у якій слід проводити пошуку для визначення оптимальних значень порогів. Ус обчислення проводилися за стандартною методикою з використанням програмного пакету Microsoft Excel 2010.

За кожною клінічною ознакою визначали її наявність чи відсутність, а відповідні прогностичні коефіцієнти додавали.

Порогова сума для вибору однієї з двох гіпотез складала 19,8, що визначено згідно з формулою $(1-\alpha)/\beta$, де α – припустима помилка першого роду (помилка пропуску розвитку ускладнення одонтогенного гаймориту, її було обрано більш жорстко – 0,01); β – припустима помилка другого роду (помилкове прогнозування ускладнення, її було обрано менш жорстко – 0,05).

Після досягнення порогової суми коефіцієнтів з використанням шкали визначали групу ризику:

– якщо сума прогностичних коефіцієнтів дорівнює або нижча за -19,8, ризик мінімальний;

– якщо сума прогностичних коефіцієнтів незначно більше за -19,8 або нижча, ніж 19,8, ризик невизначений;

– якщо сума прогностичних коефіцієнтів вища, ніж 19,8, ризик високий.

При виконанні дослідження використано статистичні та інформаційні методи, зокрема ті, що базуються на варіаційній статистиці, розподілі вірогідності ознак і методичних прийомах оцінювання достовірності одержуваних результатів.

Ведення банку даних дослідження, базові розрахунки похідних показників, частотну характеристику ознак, побудову діаграм здійснювали за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 2010 (ліцензія № 01631-551-3027986-27852), статистичний аналіз проводили з використанням Statsoft Statistica 8.0 (ліцензія № STA862D175437Q).

Набір тексту дисертації, оформлення здійснювали за допомогою текстового редактора «Microsoft Office Word 2010» в операційній системі «Windows XP».

Результати власних досліджень. Порівняльна оцінка ретроспективної та проспективної групи показала, що в результаті застосування розроблених профілактичних рекомендацій отримано такі результати.

Із 851 хворого на одонтогенний гайморит у 375 (43,9±2,6%) пацієнтів діагностовано лівобічний, у 473 (55,4±2,3%) – правобічний і в 6 (0,7±3,4%) – лівобічний та правобічний гайморит разом. У віковому аспекті розвитку одонтогенного гаймориту за весь період спостереження найчастіше спостерігався у віці від 18 до 30 років.

У ретроспективному аналізі: найбільшу кількість (36%) складала третя група, причиною ОГ цих хворих були різні форми періодонтиту, найменшу кількість пацієнтів має друга група (6%). Вивчено 383 повно і коректно заповнені архівні історії хвороб (чоловіків – 190, жінок – 193).

За отриманими даними, на ОГ хворіють люди працездатного віку, більш численна група хворих – віком 18–30 років (36%) та 31–40 (31%).

У 44% хворих на ОГ була супутня патологія (цукровий діабет, захворювання серця, захворювання ЖКТ, порушення функції нирок та печінки).

Джерелом інфікування та причиною розвитку ОГ були різні групи зубів. Під час аналізу наявних в історіях хвороби даних виявлено, що найчастішим джерелом інфікування у пацієнтів з I по IV групу був на верхній щелепі перший моляр – 56%, потім другий моляр, премоляри, третій моляр, іноді (у 2%) – фронтальна група зубів.

Оперативне втручання проводили, в середньому, на 2±1 добу госпіталізації з I по VI групи як у ретроспективній, так і у проспективній групі.

Для встановлення характеру змін, які виникають у слизовій оболонці гайморової пазухи залежно від одонтогенної причини, нами проведено морфогістохімічне дослідження на підставі якого можливо відзначити, що найменші зміни у вигляді формування грануляційної тканини в I групі, найбільш незворотні зміни спостерігалися у вигляді посилення дисрегенераторних змін в 5 групі.

Отримані дані моніторингу ретроспективної групи: усього було розіслано 383 анкети, отримано 132 відповіді.

Ускладнення, які виникли у ретроспективній групі складають 43 випадки, найбільша кількість ускладнень припадає на IV групу (9 хворих), найменша – у I групі (5 хворих). У залежності від терміну від 6 місяців (7 випадків) до 3 років (9 випадків).

Отримані дані допомогли нам вирішити завдання розроблення та запропонування прогностичних та профілактичних методів для попередження післяопераційних ускладнень для кожної із шести груп.

Проспективна група: найбільшу кількість, 49%, складала шоста група, причиною ОГ цих хворих була невиявлена причина, найменша кількість хворих у четвертій групі – 6%, причиною ОГ було стороннє тіло в гайморових пазухах. Чоловіків – 213, жінок – 255 осіб.

Отримані дані свідчать, що на ОГ хворіють люди працездатного віку; більш численна група – хворі віком від 18-30 років – 35%, від 31-40 26% та від 41-50 21%, найменша – 61 і більше – 4%, так само, як і в ретроспективній групі.

У 38% хворих на ОГ мали супутню патологію (цукровий діабет, захворювання серця, захворювання ЖКТ, порушення функції нирок та печінки).

Джерелом інфікування та причиною розвитку ОГ були різні групи зубів. При аналізі наявних в історіях хвороби даних можна відзначити, що найчастішим джерелом інфікування з I по IV групу був на верхній щелепі перший моляр – 68%, потім другий моляр, премоляри, третій моляр, так само як і у ретроспективній групі. Тому можливо говорити про повне зіставлення груп хворих ретроспективного та проспективного періода.

У залежності від групи для хворих проспективної групи на підставі ретроспективного аналізу здійснювалися профілактичні заходи.

Отримані дані моніторингу проспективної групи: усього було розіслано 468 анкет, отримано 89 відповідей.

Ускладнення, які виникли у проспективній групі, складають 35 випадків, найбільша кількість ускладнень припадає на VI групу (11 хворих), найменша – на II (1 хворий), у залежності від терміну від 6 місяців (9 випадків) до 3 років (4 випадки).

За весь час спостережень, в порівнянні з 2006 – 2008 роками та з 2009-2011 роками, клінічна ефективність достовірно відрізнялася: ретроспективна група з одужанням: виписано – 38%, з поліпшенням – 62%; проспективна група: з одужанням – 51%, з поліпшенням – 49%, більшість хворих в проспективній групі виписані з одужанням. Частина осіб, виписаних з одужанням, значно більша у проспективній групі ($p < 0,01$) Зменшилася кількість ліжко-днів в проспективній групі, у середньому, на 2 дні (10,3±2 проти 7,8±2, $p < 0,01$). Післяопераційний на-

брак у проспективній групі зменшився, у середньому, на 1-2 дні ($4,7 \pm 1,3$ проти $3,7 \pm 1,3$, $p < 0,01$); зняття йодоформеного тампону, у середньому, зменшилося на 1 день ($4,5 \pm 1,3$ проти $3,3 \pm 1,3$, $p < 0,01$); болі в ділянці проведеної операції зменшилися, у середньому, на 2-3 дні ($9,0 \pm 1,8$ проти $6,7 \pm 1,8$, $p < 0,01$).

Клінічну ефективність запропонованих методик профілактики визначала тенденція до зменшення кількості ускладнень: у ретроспективній групі – 43 ускладнення, переважно хворі, котрі мали невиявлений і високий коефіцієнт ризику виникнення ускладнень; у проспективній – 35, переважно хворі, які мали високий коефіцієнт ризику виникнення ускладнень ($p = 0,30$).

За даними вивчення частоти окремих клініко-анамнестичних факторів і прогностичного зна-

чення кожного з критеріїв, запропоновано скринінговий алгоритм для прогнозування ризику ускладнень.

Фактичну прогностичну потужність заявленого способу оцінення ризику розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту проведено шляхом спостереження за пацієнтами. Загалом, за весь час спостереження у вірогідно більшій кількості випадків визначено мінімальний прогностичний ризик ($p < 0,01$). Статистично значущих відмінностей між періодами спостереження не виявлено.

За фактичного розвитку ускладнень його ризик оцінений як високий у переважній більшості випадків (75,8%), помилкове ж визначення мінімального ризику було наявне лише в одному випадку (1,2%), що є клінічно допустимим (табл. 1).

Таблиця 1

Результати розрахунків за алгоритмом оцінки ризику розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту у зіставленні з даними фактичного спостереження пацієнтів

Фактичний розвиток ускладнень	Оцінка ризику						Загальна кількість	
	Мінімальний		Невизначений		Високий		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Розвинулося	1	1,2	20	23,0	66	75,8	87	100,0
Не розвинулося	120	89,6	11	8,2	3	2,2	134	100,0
Загальна кількість	121	54,8	31	14,0	69	31,2	221	100,0

Серед контингенту осіб, у яких не розвинулося ускладнення, відсоток збігу оцінки ризику був більшим (89,6% проти 75,8%, $p = 0,01$), помилкове визначення високого ризику істотно не відрізнялося.

Проведене зіставлення зі структурою ускладнень одонтогенного гаймориту показало, що єдина

помилкова оцінка ризику ускладнень за представленим алгоритмом стосувалася такого вельми неспецифічного прояву, як наявність виділень з носу.

Аналіз результатів прогностичної оцінки ризику ускладнень одонтогенного гаймориту в етіологічному аспекті з урахуванням періоду спостереження показав (табл. 2):

Таблиця 2

Результати розрахунків за алгоритмом оцінки ризику розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту у зіставленні з причиною та періодом спостереження

Причина одонтогенного гаймориту, період спостереження	Оцінка ризику						Загальна кількість	
	Мінімальний		Невизначений		Високий		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Одонтогенна кіста								
2006–2008 рр.	19	79,2	2	8,3	3	12,5	24	100,0
2009–2011 рр.	-	-	-	-	8	100,0	8	100,0
за весь період	19	59,4	2	6,3	11	34,4	32	100,0
Нагноєння одонтогенної кісти								
2006–2008 рр.	-	-	-	-	6	100,0	6	100,0
2009–2011 рр.	2	33,3	3	50,0	1	16,7	6	100,0
за весь період	2	16,7	3	25,0	7	58,3	12	100,0
Періодонтит								
2006–2008 рр.	29	65,9	8	18,2	7	15,9	44	100,0
2009–2011 рр.	36	80,0	3	6,7	6	13,3	45	100,0

за весь період	65	73,0	11	12,4	13	14,6	89	100,0
Стороннє тіло в гайморовій пазусі								
2006–2008 рр.	2	16,7	4	33,3	6	50,0	12	100,0
2009–2011 рр.	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0
за весь період	2	12,5	5	31,3	9	56,3	16	100,0
Перфорація або норича гайморової пазухи								
2006–2008 рр.	24	70,6	4	11,8	6	17,6	34	100,0
2009–2011 рр.	6	40,0	1	6,7	8	53,3	15	100,0
за весь період	30	61,2	5	10,2	14	28,6	49	100,0
Причина не відома								
2006–2008 рр.	-	-	2	28,6	5	71,4	7	100,0
2009–2011 рр.	3	18,8	3	18,8	10	62,5	16	100,0
за весь період	3	13,0	5	21,7	15	65,2	23	100,0
Загальна кількість	121	54,8	31	14,0	69	31,2	221	100,0

Загалом прогностичний спосіб щодо одонтогенних кіст демонструє досить високу чутливість, залишаючи невизначеним прогноз лише у 6,3%; статистично вірогідного переважання характеру прогнозу не виявлено. Під час аналізу за періодами спостереження в цій же етіологічній категорії пацієнтів у 2006–2008рр. мінімальний ризик розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту визначено в переважній більшості випадків (у порівнянні з невизначеним чи високим ризиком $p < 0,03$). У період 2009–2011рр. у всіх спостереженнях визначено тільки високий ризик.

При розвитку нагноєння одонтогенної кісти як причинного фактора статистично значущих особливостей виявити не вдалося. Вірогідно, через недостатню кількість спостережень, проте звертає на себе увагу виключно високий ризик у період 2006–2008 рр.

За періодонтиту в переважній більшості випадків ($p < 0,03$) ризик мінімальний, ця закономірність є характерною для обох періодів спостереження.

В етіологічній групі, пов'язаній з чужорідним тілом в гайморовій пазусі, статистично вірогідних закономірностей виявити не вдалося через недостатню кількість спостережень.

За перфорації або норичі гайморової пазухи загалом існує тенденція до мінімального ризику ($p = 0,05$), причому в період 2006–2008 рр. вона має характер статистичної закономірності ($p < 0,03$).

Через невідому причину одонтогенного гаймориту є тенденція ($p = 0,1$) до здебільшого високого ризику.

Таким чином, розроблений прогностичний алгоритм виявлення ускладнень у хворих на ОГ розширює арсенал засобів та підвищує ефективність прогнозування розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту, що обумовлює доцільність його практичного застосування для цієї категорії пацієнтів та дозволяє зробити такі висновки.

Висновки:

1. На підставі багаторічного моніторингу, безпосередніх і віддалених результатів лікування роз-

роблена програма, яка дозволяє вирішити задачу прогнозування та профілактики ускладнень лікування хворих на одонтогенний гайморит.

2. Проведення ретроспективного та проспективного аналізу визначило, що одонтогенний гайморит в Харківській області за період з 2006–2011 рік складає 24% від загальної кількості госпіталізованих хворих. Переважають гайморити, викликані різними формами періодонтиту – 28%, а саме: загострення хронічного гранулюючого періодонтиту – 54%.

3. Виявлено прямий взаємозв'язок між одонтогенним процесом та станом слизової оболонки верхньощелепного синусу, який полягає в тому що, залежно від причини, що сприяла виникненню одонтогенного гаймориту, строків розвитку, виникають гіперпластичні зміни та дисрегенераторні процеси різного ступеня тяжкості, зниження інтенсивності реакції на сульфатовані ГАГ ($0,119 \pm 0,012$) і підвищення інтенсивності нессульфатованих ГАГ ($0,201 \pm 0,011$), більш виражені у хворих з тривалістю запального процесу понад 6 місяців.

4. Проведений моніторинг дозволяє виявити наступне: ретроспективна група – характер ускладнень у 26% займає повторне оперативне втручання, термін виникнення ускладнень складає 44% у перший рік; причиною ускладнень у 27% хворих є одонтогенний гайморит, який був викликаний різними формами періодонтиту; у проспективній групі характер ускладнень у 22% проявляється у вигляді виділень з носу, повторне оперативне втручання при цьому має 16%, термін виникнення ускладнень складає 27% через 1,5 роки, причиною ускладнень найчастіше у 30% стає група хворих, у якій одонтогенний гайморит має невиявлену етіологію.

5. Ретроспективний аналіз результатів лікування одонтогенного гаймориту показав, що найчастіше ускладнення виникають у хворих на одонтогенний гайморит, викликаний різними формами періодонтиту – 10%, та в четвертій групі за наявності стороннього тіла в гайморовій порожнині – 32%.

6. Розроблений стратифікаційний метод прогнозування дає можливість прогнозування та профілактики ускладнень в післяопераційний період, як у безпосередній, так і у віддалений термін спостереження, у ретроспективній групі мінімальний ризик мали 57,6%, невизначений – 17,4%, високий – 25,0%; у проспективній групі мінімальний ризик – 50,6%, невизначений – 9,0%, високий – 40,4%. За фактичного розв'язку ускладнень його ризик оцінений як високий у переважній більшості випадків

(75,8%), помилкове встановлення мінімального ризику було лише в одному випадку (1,2%).

7. Проспективний прогноз, зроблений на підставі стратифікаційного методу прогнозування та даних анкети-опитувальника, забезпечив за рахунок профілактичних заходів зниження післяопераційних ускладнень у віддалені терміни спостереження на 4%.

Перелік умовних скорочень:

ГАГ – глюкозаміноглікани

ОГ – одонтогенний гайморит

Література:

1. Багашова Л.Я. Особенности течения гайморитов разной этиологии / Л.Я. Багашова, В.В. Лобурец, В.Н. Радлинская // *Стоматолог* – 2010. – № 4. – С. 42-44.
2. Весова Е.П. Лечение нейропатических осложнений после гайморотомии / Е.П. Весова, А.И. Весова // *Новые технологии в стоматологии: материалы XVI международной конференции челюстно-лицевых хирургов.* – С.-Петербург. – 2011. – С. 46.
3. Гавриш Е.В. Сравнительная характеристика одонтогенного и риногенного воспаления верхнечелюстной пазухи / Е.В. Гавриш // *Ринология.* – 2009. – № 2. – С. 38-44.
4. Палкина М.О. К вопросу санации первичного очага одонтогенно инфекции при верхнечелюстном синусите / М.О. Палкина, С.П. Сысолятин, О.В. Логвинова, М.В. Солоп // *Новые технологии в стоматологии: материалы XVI международной конференции челюстно-лицевых хирургов.* – С.-Петербург. – 2010. – С. 139.
5. Раад З.К. Использование эндоскопической техники для оценки состояния верхнечелюстного синуса при синус-лифтинге / З.К. Раад, С.А. Карпищенко, А.В. Качалова // *Стоматология.* – 2009. – № 3. – С. 62-65.
6. Ситников В.П. Отоларингологические и стоматологические проблемы одонтогенных синуситов / В.П. Ситников, А.В. Глинник, И.В. Дударева [и др.] // *Институт стоматологии.* – 2009. – № 4. – С. 58-59.
7. Тимофеев А. А. Применение препарата «Гивалекс» в профилактике послеоперационных осложнений у больных с одонтогенными хроническими гайморитами / А. А. Тимофеев, Е. П. Весова // *Современная стоматология.* – 2006. – № 3. – С. 80–85.
8. Шулаков В. В. Параллели клинических проявлений одонтогенных гнойных воспалительных заболеваний и доминирующих этиопатогенетических факторов (часть II) / В. В. Шулаков, В. Н. Царёв, А. А. Бирюлёв // *Институт стоматологии.* – 2008. – № 1. – С. 76–79.
9. Mehra P. Maxillary sinusitis of odontogenic origin / P.Mehra, D. Jeong // *Current Allergy and Asthma Reports.* – 2009. – Vol. 9, No. 3. – P. 238-243.