

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

БІДА РОКСОЛАНА ЮРІЇВНА

УДК: 617.52:616.314]-002.3-036.11-07-08

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ
МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ
ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ
ЩЕЛЕПНО–ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Ужгород-2018

Дисертація є рукопис

Робота виконана у Інституті стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, м.Київ

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор **Павленко Олексій Володимирович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, МОЗ України, Інститут стоматології, кафедра стоматології, завідувач, Заслужений діяч науки та техніки України.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Потапчук Анатолій Мефодійович**, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет» МОН України, кафедра стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної та ортопедичної стоматології, завідувач, Заслужений діяч науки та техніки;

- доктор медичних наук, професор **Палійчук Іван Васильович**, Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», МОЗ України, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології, завідувач, Заслужений винахідник України.

Захист відбудеться "30" березня 2018 р. о 13:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 61.051.08 при Державному вищому навчальному закладі «Ужгородський національний університет» МОН України за адресою: 88000, м.Ужгород, пл.Народна,3.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» МОН України (88000, м.Ужгород, пл..Народна,3).

Автореферат розісланий "28" лютого 2018р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
д.мед.н.,професор



О.В.Клітинська

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Удосконалення методів діагностики і лікування хворих з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки та ший було і залишається важливою проблемою практичної охорони здоров'я у зв'язку з високим рівнем захворюваності, важкістю перебігу, частим виникненням ускладнень, що призводять до порушень у зубо-щелеповій системі, естетичних дефектів обличчя у вигляді деформацій післяопераційних рубців, можуть бути прямою загрозою життя хворого (Аветіков Д.С., 2013; Міранович С.І., 2013; Готь І. М., 2013; Кабанова А. А., 2015; J. Hasegawa, 2011).

Гнійні запальні процеси займають одне з провідних місць у хірургічній стоматології, що зумовлено низкою об'єктивних причин, до яких належать зміни як з боку макроорганізму, так і з боку збудників запалення (Рамазанов А. Х., 2013; Smith P.D., 2013; Лабис В. В, 2013; Міранович С. І., 2013; R. H. Lin, 2014).). Проблема лікування хворих з одонтогенними запальними захворюваннями ЩЛД продовжує залишатися актуальною на сучасному етапі. Існує величезна кількість різноманітних методів і способів впливу на гнійну рану, але, на жаль, жоден з них не задовольняє сучасних хірургів повністю. Щорічно з'являються нові методики ведення гнійних ран як щелепно-лицевої ділянки, так і інших анатомічних областей (Аветіков Д.С.2014; Кабанова А.А. 2015; Шалабаєв О.Д. 2012; Dai X.2015;)

В даний час розроблені і впроваджені в практику стандарти для лікування хворих з гнійно-запальними захворюваннями ЩЛД і ший, що включають проведення адекватного хірургічного розтину і дренування гнійного вогнища, антибактеріальної, дезінтоксикаційної, протизапальної терапії, корекції систем гомеостазу (Шулаков В.В.2012; Ящуркова Н. Ф. 2007). Незважаючи на це, число пацієнтів з даним видом патології не має тенденції до зменшення. Все більше авторів схиляються до того, що рутинні методи лікування гнійних процесів як ЩЛД, так і інших анатомічних областей, втрачають свою ефективність. Це пов'язано із збільшеною антибіотикостійкістю мікроорганізмів, їх вірулентністю і мінливістю.

Плазма, збагачена тромбоцитами (ПЗТ) є концентратом крові, що містить тромбоцити в кількості, що перевищує вихідне значення у 3–5 разів. При активації, тромбоцити змінюють свою форму і виділяють специфічні біологічні фактори, які індукують міграцію і проліферацію мезенхімальних клітин-попередників, стимулюють неоангіогенез і регенерацію як у твердих, так і в м'яких тканинах (Ачкасов Е. Е. 2011; Zurek O.W., 2105; Dohan E. Rasmusson L., Albrektsson T.2009). Плазма, збагачена тромбоцитами, знайшла широке застосування в щелепно-лицевій хірургії та хірургічній стоматології.

Дане дослідження спрямоване на формування загального уявлення про успішність і обговорення аспектів технічної підготовки і біологічної основи PRP для клінічного застосування (Безруков С.Г., 2009; Ніколенко В.Н., 2013; Lucarelli E., 2010).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом планової, комплексної науково-дослідної роботи кафедри стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика „Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій в комплексному лікуванні та реабілітації основних стоматологічних захворювань” (ДР № 0111U002806). Автор є безпосереднім виконавцем фрагменту запланованої науково-дослідницької роботи.

Мета дослідження – підвищення ефективності комплексного лікування гострих гнійних одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, шляхом удосконалення алгоритмів місцевого лікування із застосуванням збагаченої тромбоцитами плазми крові.

Завдання:

1. Проаналізувати та надати ретроспективну оцінку поширеності, локалізації та середній тривалості стаціонарного лікування у хворих з гнійно-запальними процесами за останні 5 років (за даними архівних матеріалів Львівської обласної клінічної лікарні).

2. З'ясувати особливості цитологічного профілю вмісту гнійних утворень у пацієнтів із гострими гнійними одонтогенними запальними процесами щелепно – лицевої ділянки за допомогою тонкоголкової аспіраційної біопсії,

3. Вивчити клінічні методи моніторингу перебігу раневого процесу після хірургічного лікування у хворих із запальними процесами щелепно-лицевої ділянки при застосуванні плазми збагаченої тромбоцитами та у порівнянні із традиційними методами лікування.

4. Обґрунтувати доцільність застосування різних методик лікування у хворих з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами основної і контрольної груп за показниками неспецифічного імунітету та тромбоцитарних факторів росту.

5. Оцінити ефективність лікувальних заходів із застосуванням ПЗТ, за динамікою змін маркерів ендогенної інтоксикації та інтегральних гематологічних індексів у групах дослідження у залежності від застосованих лікувальних методик.

Об'єкт дослідження: гострі гнійні одонтогенні запальні процеси ЩЛД у пацієнтів з флегмонами та остеомієлітом в лікуванні за допомогою різних хірургічних методик.

Предмет дослідження: ефективність комплексного хірургічного лікування хворих із ГГОЗП ЩЛД при застосуванні плазми збагаченої тромбоцитами.

Методи дослідження: загальноклінічні – для визначення важкості перебігу захворювання (огляд, пальпація, перкусія); лабораторні – для верифікації захворювання, мікробіологічні – для визначенні мікробної контамінації; рентгенологічні – для визначення стану кісткової системи щелеп; статистичні – для оцінки достовірності отриманих результатів.

Наукова новизна одержаних результатів.

Вперше вивчено вплив тромбоцитарних факторів росту на репаративні процеси у рані у залежності від типу реактивності організму пацієнтів з ГГОЗП ЩЛД. Клінічно обґрунтовано, що за даними маркерів ендогенної інтоксикації (сорбційної здатності еритроцитів та вмісту середньомолекулярних пептидів) оцінено її виразність у пацієнтів з гнійно-інфекційними процесами. На 8–14 добу після хірургічного втручання, у пацієнтів основної групи, у результаті проведення лікувально-профілактичних заходів, вміст СМП у крові зі значенням $0,250 \pm 0,05$ ум. од. опт. щільн. дорівнював даним у практично здорових осіб ($p > 0,05$). У пацієнтів контрольної групи, де використовувались традиційні методи лікування інфекційно-запальних захворювань ЩЛД, вміст СМП у крові був у 1,9 рази вище стосовно значень у практично здорових людей ($p < 0,01$). На 8–14 добу післяопераційного періоду у пацієнтів основної групи СЗЕ зростала до $31,11 \pm 1,69$ %, що, однак, було у 1,2 рази менше стосовно даних у порівняльній групі ($p < 0,05$). У хворих контрольної групи у даний термін досліджень СЗЕ зі значенням $27,14 \pm 1,62$ була у 1,3 рази нижче стосовно даних у порівнянні ($p < 0,01$).

За допомогою інтегральних гематологічних індексів оцінена ступінь ендогенної інтоксикації та з'ясована адекватність запропонованих лікувально-профілактичних заходів у хворих з гострими гнійними одонтогенними процесами. Розпрацьовану схему та науково підтверджено її ефективність у лікуванні ГГОЗП ЩЛД із застосуванням плазми збагаченої тромбоцитами (Патент України на корисну модель №105396 від 10.03.2016., Бюл.№ 5).

Доповнено наукові дані про ефективність та удосконалено методику застосування збагаченої тромбоцитами крові у післяопераційний період

Науково доведено та клінічно обґрунтовано зміни показників гуморального і клітинного імунітету у пацієнтів з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами у результаті застосування розпрацьованої нами лікувально-профілактичної схеми у порівнянні з традиційними лікувальними методиками ведення післяопераційних хворих. На 8–14 добу післяопераційного періоду у пацієнтів основної групи, у результаті застосування запропонованої лікувально-профілактичної моделі, усі значення показників клітинного імунітету дорівнювали даним середньостатистичної норми ($p > 0,05$). У пацієнтів контрольної групи, на 8–14 добу після хірургічного втручання, значення НСТ стим. було достовірно вище стосовно середньостатистичних даних ($p < 0,01$).

За результатами клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень доведено ефективність запропонованої методики у порівнянні із традиційними методами лікування для лікування гострих гнійних одонтогенних запальних процесів щелепно – лицевої ділянки. На 8–14 добу післяопераційного періоду, у пацієнтів основної групи значення ЛШ – $0,50 \pm 0,18$ бали

відповідало нормативним ($p > 0,05$), та було у 3,9 рази менше стосовно даних у контролі – $1,96 \pm 0,65$ бали ($p < 0,01$), ($p < 0,01$). На 8–14 добу післяопераційного періоду у пацієнтів основної групи значення проаналізованих індексів значно стабілізувались та носили позитивну динаміку ($p > 0,05$). На 8–14 добу післяопераційного лікування, у пацієнтів основної групи, у результаті застосування лікувально-профілактичного комплексу для лікування інфекційно-запальних процесів, абсолютна кількість популяцій лейкоцитів у крові дорівнювала даним середньостатистичної норми ($p > 0,05$).

Практичне значення одержаних результатів дослідження. Вдосконалено методику приготування плазми, збагаченої тромбоцитами. На підставі результатів поглибленого клінічного обстеження хворих встановлено, що в ранній післяопераційний період у хворих основної групи на тлі застосування запропонованої методики, запальні реакції мають менш виразний і тривалий перебіг, що сприяє зменшенню кількості ранніх післяопераційних ускладнень, а надалі – поліпшенню якості рубця, що сформувався.

Застосування плазми збагаченої тромбоцитами в стоматології є поширеною сучасною методикою лікування. Плазма значно підвищує ефективність проведення імплантації чи видалення зубів, вирішення проблем при запальних процесах пародонта та м'яких тканин обличчя. Методика застосування PRP-згустків дозволяє значно пришвидшити процеси загоювання ран, знизити ризики розвитку інфекційних ускладнень, зменшити больові відчуття. Визначено оптимальний прогностичний комплекс лабораторних методів діагностики активності перебігу запальних і відновних реакцій у м'яких тканинах щелепно-лицевої ділянки, що дає змогу простежити особливості змін у післяопераційний період і дати їм комплексну оцінку. Обґрунтовано доцільність внесення змін у комплекс лікувально-профілактичних заходів, скерованих на зменшення кількості післяопераційних ускладнень у хворих з гострими гнійними одонтогенними запальними захворюваннями ЩЛД.

Розроблена автором методика впроваджена і успішно застосовується у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні; у терапевтичному відділенні Дрогобицької міської стоматологічної поліклініки; відділенні нейрохірургії Дрогобицької міської лікарні № 1; відділенні гнійної хірургії Дрогобицької міської лікарні № 1; відділенні стоматології і зубопротезної лабораторії Сокальської центральної районної лікарні.

Особистий внесок здобувача. Автором проаналізовано наукову літературу за темою дисертації, проведено патентно-інформаційний пошук. Разом з науковим керівником сформульовано мету та завдання дисертаційної роботи. Автор особисто збрала та систематизувала фактичний матеріал, проаналізувала та провела інтерпретацію і статистичну обробку результатів, оформила висновки та практичні рекомендації за результатами дослідження. На базі клінічної лабораторії

Львівської обласної клінічної лікарні виконано імунологічні, цитологічні, біохімічні дослідження (завідувач клініко-діагностичної лабораторії Львівської обласної клінічної лікарні – Блажівська Р.Ф.)

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися на засіданні колективу кафедри стоматології, між кафедральному засіданні профільних кафедр Інституту стоматології НМАПО імені П.Л.Шупика, а також оприлюднені на: міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії», присвяченої 100-річчю з дня народження першого завідувача кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, професора Олександра Васильовича Ковалю (Львів, 2013); науково-практичній конференції «Сучасні технології хірургічної стоматології і щелепно-лицевої хірургії» (Івано-Франківськ, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики» (Дніпропетровськ, 2016); міжнародній науково-практичній конференції «Рівень ефективності та необхідності впливу медичної науки на розвиток медичної практики» (Київ, 2016); науково-практичній конференції за участі міжнародних спеціалістів «Індивідуальна анатомічна мінливість органів, систем, тканин людини і її значення для практичної медицини і стоматології», присвяченої 80-річчю з дня народження професора М. С. Скрипнікова (Полтава, 2016).

Публікації за темою дисертації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 13 наукових праць, із них 1 стаття в міжнародному фаховому виданні, 5 статей в журналах, які входять до науково-метричних баз, 5 статей у фахових виданнях рекомендованих ДАК МОН України, 4 тези у матеріалах вітчизняних науково-практичних конференціях, отримано 1 патент України на корисну модель.

Структура і обсяг дисертації. Дисертаційні матеріали викладено на 196 сторінках друкованого тексту, з яких 154 сторінок основного тексту. Робота складається із вступу, огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, додатків. Перелік використаної літератури містить 287 літературних найменувань, з яких 184 вітчизняних та 103 зарубіжних джерел. Роботу проілюстровано 15 рисунками, 3 діаграмами та 16 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети і завдань дисертаційної роботи було проведено комплекс клінічних і лабораторних досліджень. Впродовж 2013–2016 років було обстежено 121

пацієнта з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами (ГГОЗП), що знаходились на лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії, а також аналіз архівного матеріалу (365 історій хворіб) за даний період. У 55,37 % пацієнтів були діагностовані флегмони різної локалізації та у 44,63 % досліджуваних був виявлений остеомієліт. При цьому, флегмони об'єктивізувались у 68,66 % чоловіків та у 31,34 % жінок.

Діагноз остеомієліт верифікувався у 72,22 % осіб чоловічої та у 27,78% жіночої статі. Проаналізовано особливості основних клінічних проявів запальних процесів щелепно-лицевої ділянки. Для цього хворих було розподілено на 3 підгрупи залежно від локалізації вогнища запалення: І група – 37 пацієнтів з абсцесами та флегмонами щелепно-лицевої ділянки з глибокою локалізацією запального процесу, II група – (30 пацієнтів), абсцеси та флегмони з поверхневою локалізацією запального процесу, III група – (54 пацієнти), хворі з одонтогенним остеомієлітом.

Для клінічного обстеження використовували загальноприйняті методи контролю за перебігом раневого процесу: опитування хворого, місцевий огляд, пальпацію тканин у ділянці хірургічного втручання. Для оцінки активності запальних реакцій і темпів репаративного процесу в різні терміни післяопераційного періоду використовували такі критерії: біль у ділянці операційної травми, наявність гіперемії, набряку, запального інфільтрату, характеру ексудату з рани, затруднення відкривання рота, ковтання.

Больовий компонент у пацієнтів з ГГОЗП оцінювали за суб'єктивним відчуттям хворого. Звертали увагу на мимовільний біль і болючість під час пальпації тканин. Інтенсивність симптому оцінювали як слабку, помірну, виразну (Мартіросян В.В., 2006). Гіперемію шкіри оцінювали за ступенем виразності; враховували наявність набряку і ступінь його виразності. (Мороз В.Р., 2006).

Шляхом пальпування у ділянці хірургічної травми визначали наявність запального інфільтрату, а також ступінь його поширення і щільність. Тривалість періоду ексудації визначали подовго, у разі виявлення вмісту рани, на пов'язці або на поверхні раневої щілини. Описували якісні характеристики ексудату (Коротких Н.Г., 2010; Кравець О.В., 2012; Маланчук В.А., 2011; Мельников В.А., 2011; Морозова М.Н., 2014; Тимофєєв О.О., 2017).

Тонкогольова аспіраційна біопсія виконувалася у хворих для уточнення топографії гнійника, його дисемінації, а також у хворих з наявністю інфільтратів та утворів, розташованих поза первинним запальним вогнищем. Мазки фіксували етиловим спиртом та забарвлювали азур-еозином за методом Романовського-Гімзи (Ковалева Н.С., 2011; Коротких Н.Г., 2010).

Стан ендогенної інтоксикації (ЕІ) оцінювали за показниками сорбційної здатності еритроцитів (СЗЕ) та середньомолекулярних пептидів (СМП). СЗЕ у крові пацієнтів визначали методикою, в основі якої лежать

уявлення про еритроцити як універсальний адсорбент, який дозволяє оцінити ЕІ за зміною сорбційної здатності еритроцитів полярного, практично непроникного через їх мембрану, метиленового синього. Визначення вмісту СМП у крові проводили за методикою А. А. Тогайбаєва (1990). Вивчення гематологічних параметрів проводили за допомогою автоматичного аналізатора „Erma-PCE 210” („ERMA INC.”, Японія) (Большаков І.Н., 1991; Гаркаві Л.Х., 1990).

Оцінка динаміки показників неспецифічного імунітету включало вивчення клітинних факторів: нейтрофілів, з'ясованих за тестами спонтанного відновлення нітросинього тетразоліа (НСТ спон.) і стимульованого (НСТ стим.), неферментативних лізосомальних катіонних білків (лізосомально-катіоновий тест – ЛКТ), фагоцитарного показника (ФП), фагоцитарного числа (ФЧ) і показника завершеності фагоцитозу (ПЗФ), природних натуральних кілерів CD 16⁺, CD56 (НК-клітини), Гуморальні фактори оцінювались по рівню білку і його фракціях, С-реактивному білку, рівню тетралізозиму (ТЛ), імуноглобулінів класів А, М, G у сироватці крові (Сашкина Т., 2009; Тайченаєв А.Я., 1999; Belkaid Y., 2014; Ctrutti A., 2010).

Функціональний стан нейтрофілів вивчалось шляхом з'ясування загальної кисневозалежної бактеріоцидності нейтрофілів периферійної крові в тестах відновлення НСТ спон. або НСТ стим. (Чернушенко Е.Ф., Л.С. Когосової., 1975).

Для об'єктивної оцінки ступеня достовірності результатів дослідження проведена статистична обробка отриманих даних з використанням загальноприйнятих методів варіаційної статистики за допомогою персонального комп'ютера Pentium II з застосуванням пакета статистичних програм „Statgraphic 2.3” і „Microsoft Excel 2000”. Статистичну обробку отриманих результатів проводили, обчислюючи середню арифметичну величину (М), середнє квадратичне відхилення (Б), середню похибку (m). Ступінь достовірності (p) отриманих результатів визначали за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами обстеження та лікування 121 пацієнта обох статей віком від 20 до 60 років з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки виявлено, що, перебування хворих з різними формами гострих одонтогенних процесів щелепно-лицевої ділянки, які лікувались в період з 2011 по 2016 роки, середній термін стаціонарного лікування залежить від локалізації інфекційно-запального процесу. Мінімальний термін ($6,6 \pm 1,7$ і $6,5 \pm 0,5$ діб) був у хворих з абсцесами під'язикової ділянки та кореня язика. Максимальні терміни перебування в стаціонарі були зареєстровані у хворих з флегмоною дна порожнини рота ($24,1 \pm 7,9$ діб), у яких мало місце поширення інфекційно-запального процесу на 3–5 і більше клітковинних просторів, а також у хворих з дифузним остеомієлітом ($25,2 \pm 8,3$ діб). Середня тривалість стаціонарного лікування у

хворих з абсцесами і флегмонами крилоподібно-щелепового, крилопіднебінного, піджувального, навкологлоткового просторах складала від $10,1 \pm 3,9$ до $14,8 \pm 4,6$ діб. У хворих з флегмонами піднижньощелепової, привушножувальної області і дифузним остеомієлітом щелеп цей показник варіював в межах 17,5 і 18,5 – 25,2 діб.

Доцільно виділити 4 групи хворих з різною локалізацією, для кожної з яких нормативні терміни перебування в стаціонарі можуть бути наступні: I група (з терміном перебування в стаціонарі до 5 діб): а) абсцеси підпідборідкової ділянки; б) абсцеси під'язикової ділянки; II група (з терміном перебування в стаціонарі від 6 до 12 діб): а) абсцеси та флегмони крилопіднебінного простору; б) абсцеси і флегмони крилоподібно-щелепового простору; в) флегмони під'язикової ділянки; г) абсцес щелепно-язикового жолобка; д) абсцес кореня язика; е) абсцеси і флегмони підочної ділянки; III група (з терміном перебування у стаціонарі від 13 до 20 діб): а) абсцеси і флегмони щічної ділянки; б) абсцеси і флегмони навкологлоткового простору; в) абсцеси і флегмони підщелепової ділянки; г) абсцеси і флегмони піджувального простору; д) обмежений остеомієліт; IV група (з терміном перебування в стаціонарі більше 20 діб): а) дифузний остеомієліт; б) флегмони дна порожнини рота; в) флегмони привушножувальної ділянки. При деяких локалізаціях гнійно-запального процесу (обмежений остеомієліт, крилопіднебінний, піджувальний, крилоподібно-щелеповий простір та щічна область) у хворих з несприятливим прогнозом середні терміни перебування у стаціонарі були вищі, ніж у хворих із сприятливим прогнозом. Інколи ця залежність не спостерігалася. Так, у хворих з флегмоною навкологлоткового простору, підпідборідкової і піднижньощелепової областей, дифузним остеомієлітом середня тривалість перебування в стаціонарі при сумнівному прогнозі була нижча, ніж у хворих з флегмонами і абсцесами тієї ж локалізації, але при сприятливому прогнозі.

У результаті проведених досліджень встановлено, що найбільша локалізація флегмон об'єктивізувалась у піднижньощелеповій (23,88 %) та підпідборідковій (17,91 %) ділянках. Основними скаргами були болі в ділянці ший, горла, які значно посилювались при розмові, прийомі їжі, ковтанні. Відмічалось затруднене дихання та порушення мови. У всіх хворих виявлялась виражена припухлість тканин під'язикової ділянки справа та зліва, пальпувались болючі інфільтрати, які локалізувалися в обох піднижньощелепових ділянках та підпідборідковій ділянці. Характерним було збільшення язика, його малорухливість та припіднятість. У всіх спостереженнях визначався різкий неприємний запах з рота. Обстежених турбували болі в ділянці конкретного зуба на нижній щелепі, після чого з'являвся інфільтрат, який поступово збільшувався в розмірах. Переважна більшість пацієнтів відзначали на початку захворювання появу „кульки”, в піднижньощелеповій ділянці з розвитком інфільтрату протягом 5–7 днів. Джерелом інфекції підпідборідкової

ділянки і шляхами її проникнення були запальні процеси в ділянці різців та ікол нижньої щелепи. У деяких хворих причиною захворювання стали запальні процеси лімфатичних вузлів підпідборідкової області, процес локалізувався в одному клітковинному просторі або поширювався в піднижньощелепову ділянку. Більшість хворих цієї підгрупи звертались за допомогою через 5–7 днів від початку захворювання. У всіх пацієнтів були вогнища хронічної одонтогенної інфекції.

У 10,45% досліджуваних інфекційно-запальний процес локалізувався у навкологлотковому просторі та дна порожнини рота. Аналіз клінічної картини при флегмоні навкологлоткового простору показав, що найбільш характерними ознаками були порушення функції ковтання та мови, асиметрія зіву. При всіх запальних процесах глибокої локалізації, в середньому, у половині випадків мали місце розбіжності у діагнозах при скеруванні та клінічному діагнозі. Найчастіше таке траплялось при флегмонах піднижньощелепового простору. Для цього контингенту хворих було характерно порушення наступних функцій: дихання, ковтання, мови, закривання рота. Зовнішня картина запального процесу у всіх випадках проявлялась збільшенням язика. У всіх пацієнтів в порожнині рота були вогнища хронічної одонтогенної інфекції.

У 2,98 % пацієнтів з флегмоною крилоподібно-щелепового простору джерелом та шляхами проникнення інфекції були вогнища одонтогенної інфекції в ділянці нижніх третіх молярів. У пацієнтів відмічалось затруднене прорізування цих зубів, ускладнене перикоринаритом. При цьому, пацієнти лікували перикоринарит самостійно (сухе тепло на вогнище запалення), а у деяких хворих проводилось неадекватне хірургічне лікування. Розвитку флегмони передувало консервативне лікування 8 нижніх зубів з приводу хронічного періодонтиту (пломбування каналів) або виникало загострення хронічного періодонтиту в ділянці нижніх молярів. Для цієї локалізації запалення було характерним: болі при ковтанні, жуванні, обмежене відкривання рота. Візуально відмічався набряк та гіперемія слизової оболонки в ділянці крилоподібно-щелепової складки, болючість при пальпації. Серед 8,96 % хворих з клінічним діагнозом флегмони під'язикової ділянки відзначено поєднане ураження гнійним процесом щелепно-язикового жолобка. При аналізі клінічної картини флегмони під'язикової ділянки найбільш характерними ознаками цього захворювання були: припухлість тканин під'язикової ділянки, гіперемія і набряк слизової оболонки порожнини рота, обмеження функцій жування та ковтання через болі. У пацієнтів з флегмоною під'язикової ділянки було ускладнення консервативного лікування малих і великих корінних зубів нижньої щелепи відповідної сторони, а у деяких пацієнтів захворювання було викликано загостренням хронічного періодонтиту, в основному великих корінних зубів нижньої щелепи.

Для клінічної картини флегмони під'язикової ділянки найбільш характерними ознаками були: виражена припухлість тканин задньо-бокового відділу дна порожнини рота, гіперемія слизової оболонки над припухлістю, порушення ковтання, дещо затrudнене дихання. У 4,48 % оглянутих була діагностована підочна локалізація флегмони. Основними джерелами та шляхами проникнення інфекції вважались вогнища одонтогенної інфекції в ділянці різців, ікол та малих корінних зубів верхньої щелепи. При цьому, у пацієнтів флегмона підочної ділянки розвинулася як ускладнення при лікуванні премолярів верхньої щелепи. Для всіх хворих цієї підгрупи було характерним наявність вогнищ хронічної інфекції. Тільки в одного пацієнта відзначено поширення процесу на суміжні простори (щічна область).

Характерними ознаками флегмони підочної ділянки були: сильний біль в підочній ділянці з іррадіацією в орбіту та зуби верхньої щелепи. При локалізації гною в ділянці „собачої ямки”, відзначалася помірно виражена асиметрія обличчя за рахунок припухлості тканин підочної ділянки. Склепіння присінку рота в зоні „причинного зуба” був завжди згладжений, слизова оболонка гіперемійована, пальпація передньої стінки гайморової пазухи болюча. При поверхневій локалізації інфекційно-запального процесу (в підшкірно-жировій клітковині) відзначалась різко виражена асиметрія обличчя за рахунок інфільтрації тканин підочної ділянки, набряку повік. У всіх хворих мало місце згладженість носогубної згортки, гіперемія та напруженість шкірних покривів.

У рівних процентних співвідношеннях у пацієнтів об'єктивізувались флегмони скроневої ділянки поверхневої та глибокої локалізації (2,98 %) після лікування хронічного періодонтиту і внаслідок гострого періоститу нижньої щелепи в проекції молярів. Характерно, що у всіх хворих були наявні вогнища одонтогенної інтоксикації у вигляді неускладненого та ускладненого карієсу. При цьому, запальний процес розвинувся у результаті поширення інфекції з крилопіднебінного простору та щічної ділянки, а у деяких пацієнтів з щічної та привушножувальної ділянки. Для клінічної картини флегмон цієї локалізації була характерна згладженість заднього відділу склепіння присінку рота, джерелом і шляхами поширення було вогнище одонтогенної інфекції в ділянці других та третіх молярів верхньої щелепи.

Аналіз основних клінічних симптомів у хворих з поверхневою локалізацією процесу показав, що практично у всіх випадках діагноз лікувального закладу, що скерував клінічно співпадав. У 1,49 % пацієнтів діагностувалась флегмона кореня язика. При цьому, пацієнти скаржилися на біль у ділянці язика при ковтанні та розмові. Язик був збільшений, припіднятий, важко вміщувався у порожнині рота. У глибині підпідборідкової ділянки, ближче до під'язикової кістки з'ясовувався інфільтрат. Пальпація інфільтрату викликала біль.

У результаті проведення нашого дослідження встановлено, що у пацієнтів віком 20–30 років превалювали флегмони нижньощелепової ділянки (44,45 %). У 33,33 % хворих визначали флегмону крилоподібно-щелепового простору, а у 22,22% обстежених об'єктивізувалась флегмона під'язикової ділянки. У віковому інтервалі 31–40 років у однакових процентних відсотках (21,43 %) діагностувались підпідборідкова та нижньопідщелепова флегмони; у 14,29 % визначали флегмони дна порожнини рота та під'язикової ділянки. У 28,56 % оглянутих об'єктивізували флегмону крилоподібно-щелепового простору.

У віці 41–50 років частіше спостерігали флегмони підпідборідкової (25,00 %) та навкологлоткової (18,75 %) ділянки. У рівних процентних відсотках (12,50 %) визначали флегмони субмасетерального та підочного просторів. Однаковою була поширеність флегмон крилоподібно-щелепової, під'язикової, скроневої (поверхневої локалізації) та кореня язика, на частку яких припадало 6,25 % оглянутих.

У віці 51–60 років частіше зустрічались флегмони підпідборідкової ділянки (31,25 %), навкологлоткового та нижньощелепного просторів (25,00 %). Рідше виявляли флегмони дна порожнини рота (12,50 %) та субмасетерального простору (6,25 %). У віковому інтервалі більше 60 років частіше діагностували флегмони нижньопідщелепової ділянки (47,67 %) та дна порожнини рота (25,00 %). У однакових процентних відсотках (8,33 %) досліджували флегмони під'язикової, підочної, скроневої (поверхневої і глибокої локалізації) ділянок (рис.1).

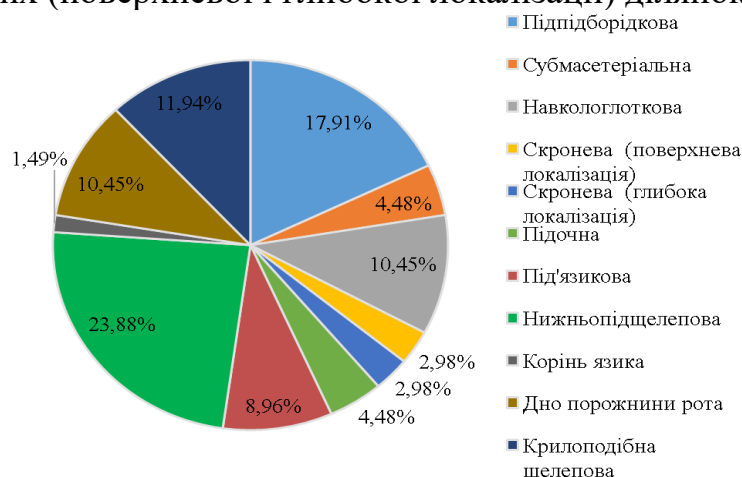


Рис. 1. Поширеність та локалізація флегмон ЩЛД у групах дослідження.

У результаті проведених досліджень встановлено, що при гострій формі остеомієліту інфекційно-запальний процес об'єктивізувався у 5 пацієнтів (9,26 %) на верхній та у 27 обстежених (50,00 %) на нижній щелепі. При цьому у 19 хворих (35,18 %) діагностувалась обмежена та у 13 досліджуваних (24,07%) дифузна поширеність одонтогенного остеомієліту. При гострій формі інфекційно-запального процесу у 17 пацієнтів (31,48 %) спостерігався ускладнений перебіг захворювання, а у 20 хворих (37,04 %) спостерігався ускладнений перебіг захворювання, а у 20 хворих (37,04 %) спостерігався ускладнений перебіг захворювання.

дане захворювання перебігало без ускладнень. При хронічній формі одонтогенного остеомієліту у 3 обстежених (5,56 %) інфекційно-запальний процес локалізувався на верхній та у 6 хворих (11,10 %) на нижній щелепі.

З'ясовано, що дифузна форма остеомієліту превалювала у пацієнтів середньої та старшої вікових груп: у 16,67 % обстежених віком 51–60 років та у 12,96 % оглянутих у віковому інтервалі 41–50 років. Найменший відсоток поширеності дифузного остеомієліту діагностувався у вікових групах 20–30 років (1,85 %) та 31–40 років (7,41 %). Обмежена форма остеомієліту найчастіше визначалась у віці 41–50 років (20,37 %) та у віковому інтервалі 31–40 років (12,96 %). Найменша поширеність обмеженого остеомієліту діагностувалась у віці 20–30 років та більше 60 років – у 3,70 % оглянутих (рис.2).



Рис. 2. Ортопантомограма пацієнта з діагнозом: хронічний одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи (відзначається витонченість та вогнищева деструкція кісткової тканини в ділянці нижньої щелепи).

Таким чином, на підставі оцінки клінічного перебігу раневого процесу у післяопераційний період у групах порівняння належить зауважити наступне: за всіма проаналізованими показниками (гіперемія, набряк, біль, пальпація, запальна інфільтрація, ексудація) виявлено вірогідну різницю у групах дослідження, що підкреслює адекватність запропонованої нами фармакотерапії для лікування гострих гнійних одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки. Таким чином, застосування розпрацьованого нами лікувально-профілактичного комплексу, що містить плазму, збагачену тромбоцитами крові та застосування синтетичних адаптогенів на основі оксиетиламонію метилфеноксиацетату та препарат, що включає комплекс природних небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження для лікування хворих з гострими гнійними одонтогенними процесами ЩЛД скорочує терміни реалізації репаративного процесу у рані, прискорює гемостаз і сприяє відновленню мікроциркуляції, оксигенації пошкоджених тканин.

На основі проведених досліджень основних ланок неспецифічного імунітету при лікуванні гострих гнійних одонтогенних запальних процесів ЩЛД з'ясоване значне порушення гуморальних і клітинних факторів, які

проявлялись як у зниженні, так і небезпечному підвищенні більшості вивчених показників. Комплексне стандартне лікування, яке проводилось згідно традиційних схем, не дозволяє досягнути значущого та стабільного покращення факторів неспецифічного імунітету. Включення у комплексне лікування гострих гнійних одонтогенних запальних процесів ЩЛД, тромбоцитів збагаченої плазмою крові, імунокоригуючої та адаптогенної терапії дозволяє не тільки отримати найбільш виражений і стійкий позитивний результат, але й досягнути суттєвого покращення і навіть нормалізації основних гуморальних і клітинних факторів вродженого імунітету.

Таким чином, вивчення і порівняльна характеристики змін значень показників тромбоцитарних факторів росту дозволяє зробити висновок, що у пацієнтів основної групи, у результаті застосування розпрацьованої нами лікувально-профілактичної схеми вдалося значно відкорегувати вміст тромбоцитарних факторів росту, незалежно від типу реактивності організму. У той же час, у хворих контрольної групи, де застосовувались традиційні схеми післяоперативного ведення пацієнтів тільки при нормоергічному типі реактивності організму, вдалося досягнути корекції показників фактору росту ендотелію судин та трансформуючого фактора росту.

ВИСНОВКИ

У дисертації вирішено актуальне науково-практичне завдання стоматології – підвищення ефективності лікування та профілактики і запобігання ускладненням після хірургічних втручань у пацієнтів з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки шляхом обґрунтування і впровадження у лікувальну практику методики застосування плазми, збагаченої тромбоцитами крові та синтетичних адаптогенів на основі оксиетиламонію метилфеноксиацетату та препарат, що включає комплекс природних небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження.

1. Ретроспективний аналіз локалізації, поширення та регламентації середніх термінів перебування у стаціонарі хворих з ГГОЗП ЩЛД є необґрунтованими так як, характер і перебіг інфекційного процесу та можливі ускладнення визначаються локалізацією інфекційно-запального вогнища, тому потребують удосконалення методики прогнозування шляхом введення додаткових інформаційних показників.

2. Застосування розпрацьованого нами лікувально-профілактичного комплексу позитивно впливало на процеси репарації рани і загоєння первинним натягом, що підтверджувалось цитологічними дослідженнями: появою фагоцитуючих нейтрофілів і макрофагів, а з 5–7 доби спостережень після операційного втручання відзначалось збільшення

фібробластів (основна група – до 27,80%; у контрольній – до 21,15%), та клітин плоского епітелію, який не роговіє (у основній групі виявлено – 56,25% випадків; у контролі – в 47,80%), що є ознакою епітелізації раневої поверхні.

3. Запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс у пацієнтів з інфекційно-запальними процесами ЩЛД дозволяє стабілізувати й досягнути суттєвого покращення і, навіть нормалізації, основних гуморальних і клітинних факторів вродженого імунітету: на 8-12 добу у пацієнтів основної групи у крові зростають вміст білка ($p < 0,05$), альбуміну, титру лізоциму ($p < 0,01$), на тлі зменшення концентрації γ -глобуліну та С-реактивного білка ($p < 0,05$), стосовно даних на 1-3 добу після операційного періоду. Решта проаналізованих показників дорівнювали середньо статичній нормі ($p < 0,05$).

4. У результаті застосування розпрацьованого лікувально-профілактичного комплексу вдалося значно відкорегувати вміст тромбоцитарних факторів росту у крові пацієнтів з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами, незалежно від типу реактивності організму. У хворих, де застосовувались традиційні схеми післяопераційного ведення пацієнтів тільки при нормоергічному типі реактивності організму вдалося досягнути позитивної корекції значень показників фактору росту ендотелію судин та трансформуючого фактору росту.

5. Аналіз значень маркерів ендогенної інтоксикації переконливо доводить адекватність запропонованої нами лікувально-профілактичної схеми у пацієнтів з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами із застосуванням плазми збагаченої тромбоцитами та синтетичних адаптогенів і препарату, що включає комплекс природних небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження незалежно від типу реактивності організму; при гіпоергічному типі у 2,1 рази; нормоергічному – 1,9 рази; при гіперергічному типі у 1,8 рази ($p < 0,01$) на тлі збільшення СЗЕ; при гіпоергічному типі – у 1,3 рази ($p < 0,05$); при нормоергічному типі у 1,4 рази ($p < 0,01$); а при гіперергічному – у 1,1 рази ($p < 0,05$), що підтверджується більш суттєвим зменшенням у крові рівня середньомолекулярних пептидів на тлі збільшення сорбційної здатності еритроцитів, а також інтегральними гематологічними індексами: зниженням лейкоцитарного індексу інтоксикації, індексу співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів та підвищенням індексу співвідношення нейтрофілів до моноцитів та індексу співвідношення лімфоцитів до моноцитів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для підвищення ефективності та удосконалення комплексного лікування гострих гнійних одонтогенних запальних процесів щелепно –

лицевої ділянки запропоновано місцеве застосування збагаченої тромбоцитами плазми.

2. Для зменшення процесів ендогенної інтоксикації, корекції факторів клітинного та гуморального імунітету, а також прискорення процесів регенерації та репарації, у хворих з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами щелепно – лицевої ділянки рекомендовано застосовувати препарат, що включає комплекс природних небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження. Схема застосування: по 2 мл/1 раз на добу внутрішньом'язево, протягом 10 діб.

3. Для підвищення неспецифічної і специфічної реактивності організму у хворих з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами щелепно – лицевої ділянки рекомендовано застосовувати синтетичний адаптоген на основі оксиетиламонію метилфеноксиацетату. Схема застосування: 0,2 г на добу, протягом 7-14 діб.

4. Метод тонкоголкової аспіраційної біопсії безпосередньо у клінічних умовах дозволяє вчасно та у найкоротші терміни визначити вміст патогенної мікрофлори у гнійній рані, та важкість перебігу запального процесу.

5. Показники рівня СМП плазми крові у хворих з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами щелепно – лицевої ділянки можуть бути використані в клінічній практиці у якості діагностичного та прогностичного критеріїв для оцінки повноти одужання та ефективності лікування.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Павленко О.В. Plasma rich in platelets: current views on the development of preventive medicine / О.В.Павленко, **Р.Ю. Біда** // Eastern european scientific journal. – 2016. - №8. - Р.13-17. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

2. Павленко О.В. Критерії оцінки ендогенної інтоксикації за даними інтегральних гематологічних індексів у пацієнтів з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами у різні лікувальні терміни / О.В. Павленко, **Р.Ю. Біда** // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. - №4 (134). - С.258-264. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

3. Павленко О.В. Плазма збагачена тромбоцитами: від фундаментальної науки до клінічної практики / О.В. Павленко, **Р.Ю.Біда**// Вісник проблем біології і медицини. – 2016. - №2 (128). - с.241-245. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

4. Павленко О.В. Роль плазми, збагаченої тромбоцитами і факторами росту в практиці хірурга – стоматолога / О.В. Павленко, **Р.Ю. Біда** // Український стоматологічний альманах. – 2016. - №1 (Т.2). - С. 41-45. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

5. Павленко О.В. Застосування методики PRGF-Endoret для регенерації дефектів м'яких тканин, що застосовується у відновній медицині / О.В.Павленко, **Р.Ю. Біда** // Галицький лікарський вісник. – 2015 - №4. - С.106-109. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

6. Павленко О.В. Клініко – мікробіологічні аспекти перебігу флегмон обличчя та шиї / О.В.Павленко, **Р.Ю. Біда** // Архів клінічної медицини . – 2015 - №2. - С.46-49. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

7. Павленко О.В. Основні принципи застосування аутотрансплантаційної технології для профілактики та лікування одонтогенних запальних процесів щелепно – лицевої ділянки. /О.В.Павленко, **Р.Ю. Біда** // Медичний форум. – 2016. - №7. - С.16-20. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

8. Павленко О.В. Клінічна діагностика рівня ендогенної інтоксикації у хворих з гострими одонтогенними запальними захворюваннями щелепно – лицевої ділянки / О.В.Павленко, **Р.Ю.Біда** // Південноукраїнський медичний науковий журнал – 2016. – № 13. – С. 107-108. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

9. **Біда Р.Ю.** Біологічні ефекти тромбоцитарних концентратів та факторів росту в сучасній медицині / Біда Р.Ю. // Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики. Збірник матеріалів міжнародної науково – практичної конференції (4-5.03.2016р. – Київ). – С. 80-85.

10. **Біда Р.Ю.** Плазма, збагачена тромбоцитами та факторами росту: роль у процесах загоєння ран / Біда Р.Ю. // Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики: зб. мат. міжнар. наук.-практ. конференції (11-12 березня 2016р., м.Дніпропетровськ). - С. 21-22.

11. **Біда Р.Ю.** Застосування аутологічної крові при лікуванні гострих гнійних одонтогенних запальних захворювань м'яких тканин щелепно – лицевої ділянки / Р.Ю. Біда // Сучасні технології хірургічної стоматології і щелепно – лицевої хірургії: зб. мат. міжнар. наук. – практ. конференції (25 вересня 2015р., м. Івано – Франківськ). – С.4-5.

12. Готь І.М. Структура запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у населення Львівської області (за матеріалами архіву Львівської обласної клінічної лікарні) / І.М.Готь, **Р.Ю. Біда**// Актуальні проблеми хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: мат. між нар. наук.-практ. конференції (м.Львів, 2013. - №11-12). – С. 43-44. *(Здобувачу належить набір матеріалу, систематизація та аналіз результатів, підготовка матеріалів до публікації).*

13. Пат. № 105396 Україна. МПК А61В 11/00, А61Р 31/04, А61К 35/16. Спосіб профілактики гострих гнійних одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки / Павленко О.В., **Біда Р.Ю.**; заявник і патентовласник ЛНМУ (№ u201600369; заявл. 16. 01. 2016; опубл. 10. 03. 2016, Бюлетень № 5).

АНОТАЦІЯ

Біда Р.Ю. Клінічне обґрунтування вдосконалення методу діагностики та лікування гострих гнійних одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія (22 – охорона здоров'я). – Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, 2018.

Дисертаційна робота присвячена вирішенню актуального науково-практичного завдання стоматології - удосконаленню клініко-лабораторних методів діагностики та підвищенню ефективності лікування у пацієнтів з гострими гнійними одонтогенними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки, шляхом впровадження у лікувальну практику методики застосування плазми збагаченої тромбоцитами крові та синтетичних адаптогенів на основі оксиетиламонію метилфеноксиацетату та препарат, що включає комплекс природних небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження. Застосування розпрацьованого лікувально-профілактичного комплексу сприяє загоєнню первинним натягом; на 7 добу спостережень післяопераційного втручання визначались клітини плоского епітелію, який не роговіє, а також досягнуто суттєвого покращення і нормалізації, основних гуморальних і клітинних факторів вродженого імунітету: на 8-12 добу у пацієнтів основної групи у крові зростають вміст білка ($p < 0,05$), альбуміну, титру лізоциму ($p < 0,01$), на тлі зменшення концентрації γ -глобуліну та С-реактивного білка ($p < 0,05$). Решта проаналізованих показників дорівнювали середньостатичній нормі, ($p < 0,05$).

Аналіз значень маркерів ендогенної інтоксикації переконливо доводить адекватність запропонованої схеми у пацієнтів із застосуванням плазми збагаченої тромбоцитами та синтетичних адаптогенів на основі оксиетиламонію метилфеноксиацетату та препарату, що включає комплекс

природних небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження, незалежно від типу реактивності організму; при гіпоергічному – у 2,1 рази; нормоергічному – 1,9 рази; при гіперергічному типі у 1,8рази ($p<0,01$) на тлі збільшення СЗЕ; при гіпоергічному типі – у 1,3рази ($p<0,05$); при нормоергічному типі у 1,4 рази ($p<0,01$); а при гіпеергічному – у 1,1 рази ($p<0,05$), що підтверджується більш суттєвим зменшенням у крові рівня середньомолекулярних пептидів на тлі збільшення сорбційної здатності еритроцитів, а також інтегральними гематологічними індексами.

Ключові слова: одонтогенні запальні процеси, плазма збагачена тромбоцитами, неспецифічний імунітет, ендогенна інтоксикація, гуморальний імунітет, фактори росту, синтетичні адаптогени, лейкоцитарний індекс.

АННОТАЦИЯ

Бида Р.Ю. Клиническое обоснование совершенствования метода диагностики и лечения острых гнойных одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области.- Квалификационная научная работа на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 «Стоматология» (22 Охрана здоровья). – Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет». – Ужгород, 2018г.

Диссертация посвящена решению актуальной научно-практической задачи стоматологии-совершенствованию клинико-лабораторных методов диагностики и повышения эффективности лечения и предотвращения развития осложнений после хирургических вмешательств у пациентов с острыми гнойными одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области, путем внедрения в лечебную практику методики применения плазмы, обогащенной тромбоцитами крови и синтетических адаптогенов на основе оксиэтиламмония метилфеноксиацетату и препарат, включающий комплекс природных небелковых низкомолекулярных органических соединений негормонального происхождения

Ретроспективный анализ историй болезней и данных обследования 121 пациента показал, что локализация, распространение и регламентация средних сроков пребывания в стационаре больных с ОГОВП ЧЛО являются необоснованными так как, характер и течение инфекционного процесса и возможные осложнения определяются локализацией инфекционно-воспалительного очага, поэтому требуют совершенствования методики прогнозирования путем введения дополнительных информационных показателей. Применение лечебно-профилактического комплекса положительно влияет на процессы репарации раны и заживлению первичным натяжением, что

подтверждалось цитологического исследования: на 7 сутки наблюдений послеоперационного вмешательства определялись клетки плоского эпителия, не роговые, что является признаком эпителизации раневой поверхности, а также достигнуто существенного улучшения и даже нормализации, основных гуморальных и клеточных факторов врожденного иммунитета: на 8-12 сутки у пациентов основной группы в крови растут содержание белка ($p<0,05$), альбумина, титра лизоцима ($p<0,01$), на фоне уменьшения концентрации γ -глобулина и С-реактивного белка ($p<0,05$), относительно данных на 1-3 сутки после операционного периода. Остальные проанализированные показатели составили среднестатистическую норму ($p<0,05$). Удалось существенно откорректировать содержание тромбоцитарных факторов роста в крови пациентов с острыми гнойными одонтогенными воспалительными процессами, независимо от типа реактивности организма. Анализ значений маркеров эндогенной интоксикации убедительно доказывает адекватность предложенной лечебно-профилактической схемы у пациентов с острыми гнойными одонтогенными воспалительными процессами с применением плазмы обогащенной тромбоцитами и препаратами синтетических адаптогенов на основе оксиэтиламония метилфеноксиацетату и препарат, включающий комплекс природных небелковых низкомолекулярных органических соединений негормонального происхождения независимо от типа реактивности организма; при гиперергичному типу в 2,1 раза; нормоергичному - 1,9 раза; при гипоергические типе в 1,8 раза ($p<0,01$) на фоне увеличения СЗЕ; при гиперергичному типу - в 1,3разы ($p<0,05$); при нормоергичному типу в 1,4 раза ($p<0,01$); а при гипоергичному - в 1,1 раза ($p<0,05$), что подтверждается более существенным уменьшением в крови уровня среднемолекулярных пептидов на фоне увеличения сорбционной способности эритроцитов, а также интегральными гематологическими индексами: снижением лейкоцитарного индекса интоксикации, индекса соотношения нейтрофилов к лимфоцитам и повышением индекса соотношения нейтрофилов к моноцитам и индекса соотношения лимфоцитов к моноцитам.

Ключевые слова: одонтогенные воспалительные процессы, плазма обогащенная тромбоцитами, неспецифический иммунитет, эндогенная интоксикация, гуморальный иммунитет, факторы роста, синтетические адаптогены, лейкоцитарный индекс.

SUMMARY

Bida R. Yu. Clinical substantiation of the improvement of the method of diagnosis and treatment of acute purulent odontogenic inflammatory processes of the maxillofacial area. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of a candidate of medical sciences (doctor of philosophy) in specialty 14.01.22 - dentistry (22 - health care). - State Higher Educational Institution "Uzhgorod National University", Uzhhorod, 2018.

The dissertation is devoted to the decision of the actual scientific and practical task of dentistry - improvement of clinical and laboratory methods of diagnosis and increase of the effectiveness of treatment in patients with acute purulent odontogenic inflammatory processes of the maxillofacial area by introducing into the medical practice the methods of plasma-enriched blood platelets and synthetic adaptogens on the basis of oxyethylammonium methylphenoxyacetate and a preparation comprising a complex of natural non-proteinaceous low molecular weight anichnyh non-hormonal compounds. Origin application health care complex promotes healing by primary intention; on the 7th day of observation of postoperative intervention, cells of flat epithelium, which is not corneal, were determined, and significant improvement and normalization was achieved, the main humoral and cellular factors of congenital immunity were observed: at 8-12 days in patients of the main group in the blood the protein content increased ($p < 0,05$), albumin, titres of lysozyme ($p < 0.01$) against the background of a decrease in the concentration of γ -globulin and C-reactive protein ($p < 0.05$). The rest of the analyzed indicators were equal to the median static norm, ($p < 0,05$).

An analysis of the values of markers of endogenous intoxication convincingly proves the adequacy of the proposed scheme in patients using plasma-enriched platelets and the drugs synthetic adaptogens based on oxyethylammonium methylphenoxyacetate and a preparation comprising a complex of natural non-protein low molecular weight organics of non-hormonal origin regardless of the type of reactivity of the organism; with gipoergic - 2,1 times; normoergic - 1,9 times; with hyperergic type in 1.8 times ($p < 0.01$) against background of increase in sorption capacity of erythrocytes; with giperergic type - in 1,3 times ($p < 0,05$); at normoergic type in 1,4 times ($p < 0,01$); and in case of hyperergic it was 1,1 times ($p < 0.05$), which is confirmed by a more significant decrease in the level of median-molecular peptides in the blood against the background of an increase in the sorption capacity of erythrocytes, as well as by integrated hematological indices.

Key words: odontogenic inflammatory processes, plasma enriched with platelets, non-specific immunity, endogenous intoxication, humoral immunity, growth factors, synthetic adaptogenes, leukocyte index.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГГОЗП	- гострі гнійні одонтогенні запальні процеси
ЕІ	- ендогенної інтоксикації
ЛКТ	- лізосомально-катионовий тест
НСТ спон	- спонтанний нітросиній тетразолій
НСТ стим.	- стимульований нітросиній тетразолій
ПЗТ	- плазма збагачена тромбоцитами
ПЗФ	- показник завершеності фагоцитозу
СЗЕ	- сорбційна здатність еритроцитів
СМП	- середньомолекулярні пептиди
ТЛ	- тетралізоцим
ЩЛД	- щелепно – лицева ділянка
ФЧ	- фагоцитарне число
ФП	- фагоцитарний показник

Підписано до друку: 27.02.18 р. Формат 60х90/16.
Гарнітура Times New Roman. Папір офсетний.
Умов. друк. арк. 0,9 Тираж 100 прим.
ЛНМУ ім. Данила Галицького
вул. Пекарська, 69 м. Львів 79010