

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

ГЕЛЕЙ ВІРА МИХАЙЛІВНА

УДК 616[314.089:08.039.57

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ВДОСКОНАЛЕННЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ
ОДОНТОГЕННИХ ПЕРІОСТИТІВ ЩЕЛЕП**

14.01.22 - Стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Ужгород-2018

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Державному вищому навчальному закладі
«Ужгородський національний університет» МОН України.

Науковий керівник:

кандидат медичних наук, доцент **Добровольська Маріамна Костянтинівна**, ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України, кафедра терапевтичної стоматології, завідувач.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Куцевляк Валерій Ісайович**, Харківська медична академія післядипломної освіти, МОЗ України, кафедра стоматології дитячого віку ортодонції та імплантології, професор кафедри, Заслужений діяч науки і техніки України,

- доктор медичних наук, професор **Горицький Віктор Матвійович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, МОЗ України, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, професор кафедри.

Захист відбудеться «13» грудня 2018 року 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, вул. Університетська, 14).

Автореферат розісланий 30 жовтня 2018р.

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



О.В. Клітинська

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. На думку багатьох авторів, одонтогенні запальні процеси (гострі та загострені періостити щелеп) щелепно-лицевої ділянки є актуальною проблемою практичної стоматології; пацієнти із зазначеними нозологічними формами складають суттєвий відсоток (65%-75%) у статистиці стоматологічних захворювань та часто зустрічаються в повсякденній клінічній практиці стоматолога-хірурга (Куцевляк В. І., 2006; Маланчук В. О., 2011; Тимофєєв О. О., 2012; Музикін М.І., 2012; Готь І.М., 2013; Нагірний Я. П., 2014; Гулюк А. Г., 2017; Probodh K., Chattopadhyay S., 2017).

За даними МОЗ України, протягом останніх 10 років в практичній стоматології спостерігається збільшення частоти випадків переходу гострих процесів у хронічні зі схильністю до періодичних загострень. Тому запальні процеси ЩЛД, а саме у формі загострення хронічної патології, все частіше виникають у пацієнтів після перенесених загальних запальних захворювань бактеріальної, вірусної етіології на фоні ураження ротової порожнини карієсом зубів та його ускладненнями, і часто на фоні незадовільного стану гігієни порожнини рота (Вовк Ю. В., 2012; Павленко О. В., 2013; Аветіков Д. С., 2014; Dai X., 2015). Така ситуація сприяє неінтенсивному, затяжному перебігу післяопераційного періоду, виникненню ускладнень – періоститів, переходу запального процесу в кісткову тканину та навколишні ділянки, подовженню періоду реабілітації пацієнта та підвищує ймовірність хронізації запального процесу (Трубка І. Ю., 2007; Ломницький І. Я., 2010; Горицький В. М., Мокрик О. Я., 2014; Lin R. N., 2014).

На сьогоднішній час існує значна кількість рекомендацій щодо розширення асортименту нових антимікробних засобів. Разом з тим, ряд досліджень свідчать про зниження чутливості патогенних мікроорганізмів до антибіотиків («Український центр з контролю та моніторингу захворювань міністерства охорони здоров'я України») (Костенко Є.Я., 2016; Пюрик В. П., 2017).

З іншої сторони, у фахових виданнях зростає число публікацій про те, що значна кількість сучасних антибактеріальних і протимікробних засобів сприяє зниженню імунологічної реактивності організму хворого, виникненню дизбіозу, хронізації патологічного процесу, що ускладнює лікування (Рузін Г. П., 2013; Варес Я. Е., 2015; Костенко Є. Я., 2017; Клітинська О. В., 2018).

Виходячи із законів лікування запальних процесів за канонами антигомотоксичної терапії, ми вибрали препарат, дозволений до використання Наказом МОЗ України № 86 від 27.03.2006 р. Із антигомотоксичних препаратів (АГТП) нами був запропонований – траумель С, який повинен був забезпечити протизапальну, імуномодельючу дію (Бабак О. Я., 2006; Сміян О. І., 2016; Добровольська М. К., 2017).

Тому, в сучасних умовах пошук ефективних методів та засобів лікування запальних процесів і гнійних інфекцій, які вражають щелепно-лицеву ділянку, залишається актуальним та своєчасним науковим завданням.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» і є фрагментом наукової теми стоматологічного факультету: «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування сучасних стоматологічних технологій, експертної оцінки якості лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань» (державний реєстраційний №0113U003611). Автор є безпосередньою виконавицею зазначеного фрагменту планової науково-дослідної роботи.

Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої ради ДВНЗ «Ужгородський національний університет» від 25.11.2010 року (протокол № 12) з уточненнями на засіданні Вченої ради ДВНЗ «Ужгородський національний університет» від 24.05.2018 року (протокол № 5).

Мета дослідження – вдосконалення надання медичної допомоги пацієнтам дорослого віку із гострими одонтогенними періоститами щелеп в амбулаторних умовах шляхом розробки алгоритмів діагностики і лікування з урахуванням клініко-лабораторних показників.

Завдання:

1. Проаналізувати результати роботи хірургічного відділення Закарпатської обласної клінічної стоматологічної поліклініки за 5 років.
2. Дослідити особливості етіології та перебігу гострих періоститів щелеп у пацієнтів хірургічного відділення Закарпатської обласної клінічної стоматологічної поліклініки різного віку.
3. Визначити особливості імунного статусу, цитокіновий і цитологічний профілі та мікробну контамінацію порожнини рота у пацієнтів з гострим періоститом щелеп.
4. Обґрунтувати застосування вдосконаленої схеми лікування гострих одонтогенних періоститів щелеп на амбулаторному прийомі.
5. Визначити ефективність запропонованого вдосконаленого лікувального алгоритму.

Об'єкт дослідження – гострі одонтогенні періостити щелеп у дорослих пацієнтів в амбулаторних умовах, їх причини, перебіг та ефективність лікування.

Предмет дослідження – клінічні ознаки гострих одонтогенних періоститів щелеп у дорослих, збудники таких періоститів, їх чутливість до антибактеріальних засобів, цитокіновий профіль перебігу гострого одонтогенного періоститу у пацієнтів різного віку, цитологічна картина патологічного процесу при хірургічному лікуванні гострих періоститів щелеп, ефективність комплексного лікування таких пацієнтів.

Методи дослідження: загальноклінічні – для комплексного вивчення стоматологічного статусу; мікробіологічні – для дослідження мікробної контамінації; імунологічні – цитокиновий профіль перебігу захворювання; рентгенологічні – для оцінки стану твердих тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), та з метою оцінки якості лікування, порівняльного аналізу; ретроспективного аналізу; статистичні - для визначення вірогідності отриманих результатів.

Наукова новизна одержаних результатів. У ході виконання дисертаційної роботи на підставі клінічних та лабораторних досліджень: вперше з'ясовані особливості перебігу та лікування гострих одонтогенних періоститів щелеп у пацієнтів із Закарпаття; вивчено цитокиновий і цитологічний профілі перебігу гострих одонтогенних періоститів щелеп у пацієнтів різних вікових підгруп; досліджено мікробіологічну картину виникнення гострих періоститів щелеп у пацієнтів ЗОКСП; розроблена, обґрунтована і клінічно апробована схема комплексного лікування гострих періоститів ЩЛД одонтогенного походження; вдосконалено клінічні рекомендації по курації пацієнтів із гострими одонтогенними періоститами щелеп.

Після призначення розробленої схеми лікування у пацієнтів всіх вікових підгруп прогресивно зменшувалася кількість скарг – до 10–15 %. Із 3-го дня застосування схеми лікування досягнуто зниження прозапального цитокіну у всіх трьох вікових підгрупах пацієнтів – від $3,5 \pm 0,18$ до $4,50 \pm 0,23$ пкг на мл. На 7-й день лікування, рівень лейкоцитів периферичної крові приходив до норми у всіх трьох вікових підгрупах пацієнтів (із $10,0 - 11,6 \times 10^9$ /л до $7,7 - 8,4 \times 10^9$).

Науково обґрунтовано застосування нового способу комплексного лікування одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, що засвідчено патентами України на корисну модель № 60010 «Спосіб комплексного лікування одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки»; на винахід № 98858 «Спосіб комплексного лікування одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки»; на корисну модель № 124211 «Спосіб комплексного лікування дистрофічно-запальних захворювань пародонта при загальносоматичній патології».

Практичне значення отриманих результатів. На основі проведеного дослідження було актуалізовано інформацію щодо етіології гострих одонтогенних періоститів щелеп у населення Закарпаття, з'ясовано особливості перебігу такого захворювання у пацієнтів різного віку. Досліджено особливості цитокинового профілю перебігу гострих одонтогенних періоститів щелеп у пацієнтів різного віку.

Обґрунтовано застосування раціональної етіотропної і патогенетичної терапії гострих одонтогенних періоститів щелеп у дорослих в поліклінічних умовах. Визначено діагностичні критерії корекції схеми амбулаторного лікування таких пацієнтів.

Розроблена автором методика комплексного лікування впроваджена і успішно застосовується у терапевтичному відділенні Закарпатської обласної клінічної стоматологічної поліклініки, у хірургічному відділенні ТОВ «Університетська стоматологічна поліклініка» (м. Ужгород), у відділенні оториноларингології Закарпатської обласної клінічної лікарні імені А. Новака, у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні. Результати цього дослідження також впроваджено в початковий процес кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, терапевтичної стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особистим завершеним дослідженням здобувачки. Автор самостійно здійснила патентно-інформаційний пошук, аналіз джерел вітчизняної та зарубіжної літератури. Здійснено хірургічне і медикаментозне лікування 108 пацієнтів із одонтогенним періоститом щелеп, проведено клінічне і додаткове обстеження пацієнтів, хірургічне, медикаментозне лікування і курацію, статистичну обробку даних. Разом з науковим керівником визначено мету, завдання, методи дослідження, сформулювала висновки і практичні рекомендації. Наукові публікації, текст дисертації й автореферат підготовлені автором.

Дослідження проводились на базі клінічної лабораторії кафедри мікробіології, вірусології, імунології з курсом інфекційних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (зав. кафедрою - д.мед.н, професор Г. М. Коваль); та в клінічній лабораторії поліклініки УМВС в Закарпатській області (завідувач – д.мед.н., професор М. А. Дербак).

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Результати цього дисертаційного дослідження були оприлюднені на: засіданні кафедри хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології; міжкафедральному засіданні співробітників кафедр хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, ортопедичної, терапевтичної, дитячої стоматології, стоматології дитячого віку та стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної і ортопедичної стоматології стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», а також обговорені на ряді міжнародних науково-практичних конференцій, а саме: «Актуальні питання профілактики і лікування хвороб твердих тканин зуба та пародонта» (Ужгород, 2008); «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрями розвитку» (Івано-Франківськ, 2009); «Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань» (Ужгород, 2010); «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрями розвитку» (Івано-Франківськ, 2010); «Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія» (Київ, 2011); «Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології» (Ужгород, 2011); «Сучасні технології в стоматології» (Ужгород, 2012); «Актуальні проблеми хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії» (Львів, 2013); «Інноваційні технології в стоматології» (Тернопіль, 2013); III міжнародній стоматологічній

конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання сучасної стоматології» (Ужгород, 2014); V міжнародній стоматологічній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання науково-практичної стоматології» (Ужгород, 2016); VI міжнародній стоматологічній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання науково-практичної стоматології» (Ужгород, 2017); VII міжнародній стоматологічній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання сучасної науково-практичної стоматології» (Ужгород, 2018).

Публікації. За темою дисертаційної роботи опубліковано 21 наукову працю, із них – 8 статей, з яких 2 – у виданнях, що входять до наукометричних баз, 5 – у наукових фахових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України, 1 – у міжнародному фаховому виданні, 10 тез у матеріалах конференцій, 3 деклараційні патенти України на винахід і корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота написана на 220 сторінках основного тексту і складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, 3-х розділів результатів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаної літератури, що нараховує 262 джерела (172 – кирилицею і 90 – латиницею). Робота ілюстрована 47 таблицями, 50 рисунками та додатками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дисертаційної роботи проводився ретроспективний аналіз роботи хірургічного відділення Закарпатської обласної клінічної стоматологічної поліклініки за період 2012 р. – 2016 р. Було проаналізовано інформацію із форми 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» та «Книга обліку роботи стоматологічного кабінету» (форма 290) за вказаних 5 років. Шляхом вивчення записів журналів прийому хірургічного кабінету було вивчено показання до видалення зубів на прийомі. Особливості надання медичної допомоги пацієнтів із діагнозом «гострий періостит щелеп» досліджувалися шляхом перегляду первинної медичної документації «Медична карта стоматологічного хворого» (форма № 043/о МОЗ України, затверджена Наказом МОЗ України № 110 від 114.02.2012 р.) «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)» (форма № 039-2/о), «Журнал запису амбулаторних операцій» (форма 069/о). Основними відомостями, які заносилися в електронні таблиці, були: кількість та черговість відвідувань; кількість відвідувань пацієнтів, розділених за місцем проживання; кількість виконаних екстракцій зубів; кількість та вид виконаних хірургічних втручань; кількість випадків гострого гнійного періоститу щелеп; паспортні дані та відомості анамнезу життя пацієнтів із гострими періоститами; кількість випадків надання невідкладної стоматологічної допомоги в хірургічному відділенні; відомості аналізувалися та порівнювалися за місячними та річними показниками.

Проаналізовано особливості надання медичної допомоги пацієнтам із діагнозом гострий одонтогенний періостит щелеп (аналізу підлягало 2048 історій хвороб).

Дослідження клінічного перебігу гострих серозних і гнійних періоститів проводилося в 108 пацієнтів віком від 19 до 64 років (50 жінок та 58 чоловіків). Основну групу спостереження склали 60 пацієнтів. В експериментальну групу ввійшли 48 хворих. Окрім опису клінічної картини перебігу захворювання, у пацієнтів в ході лікування проводили дослідження кількості лейкоцитів крові, ШОЕ, рівня сіалових кислот, активності каталази крові, бактеріологічні дослідження ексудату рани із наступною ідентифікацією мікроорганізмів та дослідженням чутливості до антибіотиків.

Оцінка загального стану пацієнтів проводилася на основі результатів вимірювання температури тіла, огляду (видимі слизові оболонки та шкірні покриви), опитування щодо збереження апетиту, наявності скарг по основних органах і системах, фізичної активності та фізіологічних показників, що виконувалося на перший, другий, третій та п'ятий день.

Дослідження рівня лейкоцитів периферичної крові, швидкості осідання еритроцитів виконувалося за результатами загального аналізу крові, який виконували пацієнтам на перший, третій та сьомий день хвороби (Матолич У.Д., 2016).

У цих же пацієнтів і в такі ж періоди часу проводилося дослідження рівня сіалових кислот крові, та активності каталази крові. Рівень сіалових кислот досліджувався за колориметричною методикою Г.І. Гесса (Морозенко Д.В., 2016).

Для визначення рівня цитокінів (ФНП-6, ІЛ-1в, ІЛ-4, ІЛ-10) у сироватці крові використовували імуноферментний аналіз (Р.В. Петров, 1976). При дослідженні цитокінового профілю перебігу гострого гнійного періоститу було забрано зразки крові на перший, третій та сьомий день перебігу захворювання у основної групи. Бактеріологічне дослідження ранового ексудату виконувалося у пацієнтів тієї ж групи шляхом забору стерильними мазками вмісту гнійної рани одразу після її розтину при періостотомії (Литвинець-Голутяк У.Є., 2018).

Антибіотикочутливість мікроорганізмів визначали диско-дифузійним методом згідно Наказу МОЗ України № 167 05.04.2007, EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing).

Дослідження цитології загоєння післяопераційної рани у пацієнтів після операції періостотомії виконувалося шляхом виготовлення мазків-відбитків на перший, другий, третій та п'ятий день спостереження. Препарати забарвлювалися гематоксиліном-еозином, за Май-Романовським-Гімзою і толуюдиновим синім. Мікроскопія отриманих мазків виконувалася в оптичній системі «Leica DM 1000» (Ковалева Н. С., 2011).

У пацієнтів експериментальної групи було виконано такий же обсяг клінічних та додаткових лабораторних досліджень. Результати всіх досліджень заносилися до електронної бази даних, побудованої за допомогою програмного пакету MS Excel, LibreOfficeCalc та аналізувалися із

застосуванням тестів параметричної і непараметричної статистики, просторого табличного і графічного аналізу. Було використано комп'ютерні програми STATISTICA (StatSoft, Inc.) версії 6.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі проведеного ретроспективного аналізу кількості відвідувань хірургічного відділення ЗОКСП встановлено, загальну кількість відвідувань за рік протягом періоду 2012 – 2016 років, яка коливалася в діапазоні 1332 – 1462, в середньому – 1397,4 відвідувань протягом року. Із наведених чисел кількість первинних відвідувань до лікаря-стоматолога-хірурга коливалася відповідно від 954 до 1144 за рік (середньорічна кількість – 1045). У відсотковому виразі частка первинних відвідувань пацієнтами лікаря варіювала від 78,44 % (у 2012 році) до 72,58 % в 2014, середній відсоток протягом п'ятирічного періоду дослідження виведено на рівні 75,24%. Сукупно, за одну робочу зміну відбувалося від 5,35 (2014 рік) до 6,38 (2012 рік) відвідувань. В середньому, за 5 років на одну зміну в хірургічному відділенні ЗОКСП було 5,92 відвідувань. Кількість екстракцій зубів за рік становила від 1007 до 1177. На одне відвідування пацієнта припадало від 0,98 до 1,08 видалень зубів.

Аналізуючи структуру показань до видалення зубів, відсоток ускладненого карієсу становив від 84 до 94 %. За місяць протягом п'ятирічного періоду 2011–2016 рр., видалалося від 71,75 до 88,67 зубів з приводу карієсу та його ускладнень (рис.1).

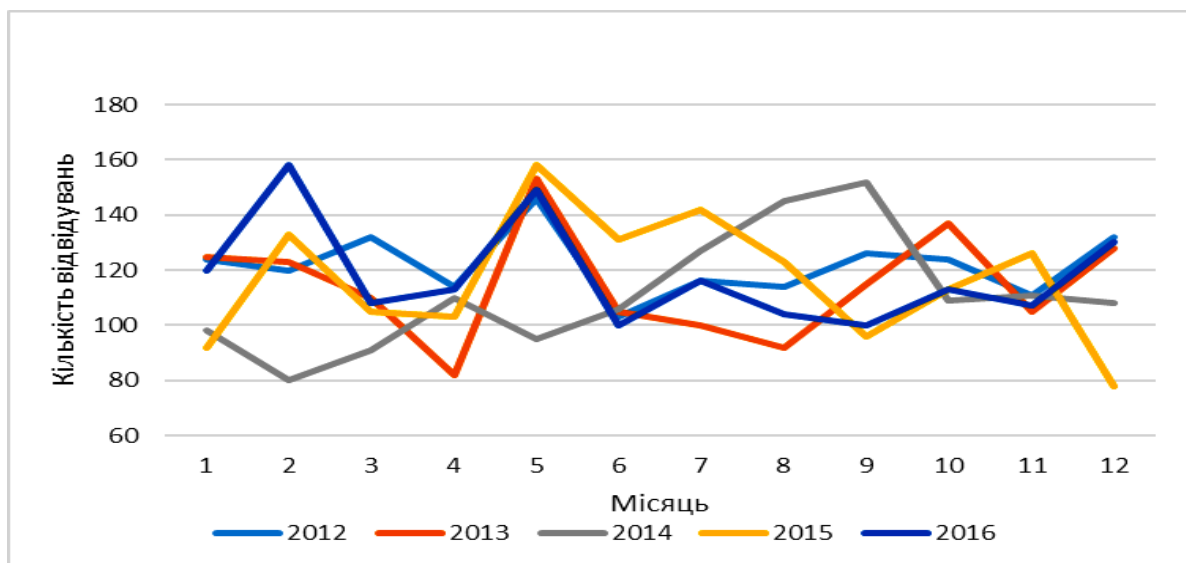


Рис. 1. Кількість відвідувань хірургічного відділення ЗОКСП в 2012–2016 рр., порівняння річних показників

Нами досліджено випадки поєднання хірургічних втручань із екстракцією зубів. За місяць із причини карієсу зубів та його ускладнень видалалося 81,72 зубів (від 71,75 до 88,67), операцій з приводу гострих запальних процесів ЩЛД виконувалося 11,35 (від 10,0 до 12,58). В середньому на клінічному прийомі, за рік зустрічалося 127,60 випадків гострих періоститів щелеп: 2012 – 128 випадків, 2013 – 135; 2014 – 127; 2015 – 126; 2016 – 122; всього – 638.

Гострий одонтогенний періостит зустрічався у дорослих у 127,6 випадках на рік, частіше у пацієнтів віком 19–24, 45–54 та 55–64 роки. Серед них 56,0 % – чоловіки, 44,0 % – жінки. Це становило близько 91% запальних захворювань на прийомі, 54 % в структурі загальної хірургічної активності. Причинними зубами виступали: нижні перші моляри (зліва – 17 % та 19% – справа), верхні перші моляри – по 11,0%, нижні праві другі премоляри – 9%, верхні і нижні другі премоляри зліва – по 6%, верхній другий різець зліва та перший верхній премоляр справа – по 5%, другий верхній різець – 4 %, нижній другий правий різець – 3%, перший верхній різець та другий нижній різець справа – по 2%.

Аналіз скарг пацієнтів експериментальної підгрупи дослідження показав, що станом на день початку лікування у пацієнтів переважали больові відчуття, на другому місці була асиметрія обличчя, на третьому – обмеження відкривання рота. Найменше пацієнтів турбувало відчуття жару. Після призначення розробленої схеми лікування у пацієнтів всіх вікових підгруп прогресивно зменшувалася кількість скарг – до 10-15 %.

Серед таких скарг були больові відчуття, асиметрія обличчя та обмеження відкривання рота. На третій день лікування незначна кількість скарг зберігалася у пацієнтів старшої вікової підгрупи. В усіх інших підгрупах скарги були відсутні.

Проведено оцінку загального стану у пацієнтів під час лікування за розробленою лікувальною схемою. Із першого дня загальний стан пацієнтів основної та експериментальної підгруп відповідав середньому і легкому ступеню важкості, при цьому більш виражена компенсація спостерігалася у пацієнтів молодшої вікової підгрупи. Із початком скоріше загальний стан приходив до норми у пацієнтів молодшої та середньої вікової підгрупи. У пацієнтів старшої підгрупи нормалізація наставала більш повільно.

Найбільш виражений лейкоцитоз (142–150% відносно норми) спостерігався на перший день у пацієнтів молодшої вікової підгрупи, зростання до 130–139% спостерігалася у пацієнтів середньої вікової підгрупи і 112–116% – у старшої вікової підгрупи. Нормалізація рівня лейкоцитів на 3-й день лікування наставала у пацієнтів чоловічої статі середньої вікової підгрупи. На 7-й день лікування нормалізація рівня лейкоцитів була виявлена у всіх пацієнтів молодшої і середньої вікових підгруп.

Стосовно показників ШОЕ, то відзначалася повільна реакція на запалення в перший день лікування у пацієнтів чоловічої статі середньої та старшої вікових груп. Найбільш виражена температурна реакція (+1,7–1,5°C) спостерігалася у пацієнтів молодшої вікової підгрупи, слабка реакція (+0,4–0,5°C) – була у пацієнтів старшої вікової підгрупи, але вона зберігалася і на 7-й день спостереження. Сіалові кислоти (як непряма ознака деградації колагенових структур) зростали у пацієнтів жіночої статі старшої вікової підгрупи на 113–106 %, і нормалізація наставала лише на 7-й день спостереження. Каталаза крові зростала понад норму лише в чоловіків середньої вікової підгрупи.

На основі проведеного дослідження рівнів цитокінів, що приймають активну участь у перебігу запального процесу – ФНП-б, ІЛ-1в, ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-10, встановлено, що гострі періостити щелеп супроводжуються вираженою загальною реакцією організму у пацієнтів вікової підгрупи І (19 – 24 роки) особливо у пацієнтів чоловічої статі (90 %) (табл. 1).

Таблиця 1

Результати визначення рівня фактора некрозу пухлин-б1 в крові, рівня активності каталази крові у пацієнтів експериментальної групи із гострими гнійними періоститами щелеп різного віку в динаміці

День спостереження	1	3	7	1	3	7
Вікова підгрупа	Концентрація ФНП-б1, пг/мл			Активність каталази крові, 10 ⁻⁶ ОД		
I (19-24 pp.)	10,8 ± 0,54	7,5 ± 0,39	6,1 ± 0,37	2,61 ± 0,13	2,7 ± 0,31	2,8 ± 0,19
II (45-54 pp.)	11,8 ± 0,59	8,1 ± 0,25	7,45 ± 0,31	2,85 ± 0,15	2,56 ± 0,22	2,59 ± 0,32
III (55-64 pp.)	12,8 ± 0,64	8,30 ± 0,41	7,74 ± 0,25	2,00 ± 0,11	2,65 ± 0,15	2,7 ± 0,2
	p < 0,05			p < 0,05		

Виявлено значне зростання фактора некрозу пухлин-б1 у пацієнтів всіх вікових підгруп, на 137–142% – у пацієнтів молодшої вікової підгрупи, 162–170% у пацієнтів старшої вікової підгрупи. На момент завершення лікування показники б1 залишалися підвищеними понад норму у пацієнтів старшої вікової підгрупи – 109,5–111%. ІЛ-1в різко зростає на піку запалення у пацієнтів всіх трьох клінічних підгруп – понад 300–400% над рівень норми, але на третій день наставала нормалізація у пацієнтів молодшої і середньої вікових підгруп, підвищений рівень зберігався у пацієнтів жіночої статі зі старшої вікової підгрупи – близько на 142%. Рівень ІЛ-4 на піку запалення максимально зростає у пацієнтів молодшої вікової підгрупи (близько 150%) незначно – у пацієнтів середньої вікової підгрупи (101–112%) і був у нормі у пацієнтів старшої вікової підгрупи. В останньої підгрупи пацієнтів він зростає на кінець періоду спостереження. Рівень ІЛ-8 на піку запалення зростає у всіх пацієнтів. Максимальний рівень спостерігався у пацієнтів старшої вікової підгрупи – 129–133%, – значне зростання також було у пацієнтів молодшої вікової підгрупи – 115–126%. Нормалізація рівня цитокіну повільно наставала у пацієнтів старшої вікової підгрупи – на 7-й день спостереження рівень у них був на верхній межі норми і частково перевищував норму. Рівень ІЛ-10, як основного протизапального фактора, зростає до верхньої межі норми у пацієнтів молодшої вікової підгрупи (із 2,8 – 3,1 до 9,0–9,1 пг/мл), доволі повільне зростання було у пацієнтів старшої вікової підгрупи.

Отже, за даними дослідження цитокинового профілю перебігу гострих періоститів щелеп, можна судити про наявність гіперергічної реакції у пацієнтів молодшої вікової підгрупи і тенденцію до затяжного перебігу запальної відповіді і можливості хронізації у пацієнтів старшої вікової підгрупи. Релевантними показниками перебігу запального процесу ми схильні вважати: лейкоцитоз, рівень ІЛ-1в, ІЛ-8 та ІЛ-10. (табл. 2).

Таблиця 2

Результати визначення рівня інтерлейкіну – 4 в крові, рівня інтерлейкіну-1в в крові, рівня інтерлейкіну – 8 в крові у пацієнтів експериментальної групи із гострими гнійними періоститами щелеп різного віку в динаміці

День спостереження	1	3	7	1	3	7	1	3	7
Вікова підгрупа	ІЛ-4, пг/мл			ІЛ-1в, пг/мл			ІЛ-8, пг/мл		
I (19-24 pp.)	14,75 ± 0,74	7,9 ± 0,40	7,8 ± 0,39	16,9 ± 0,85	3,5 ± 0,18	3,15 ± 0,16	80,5 ± 4,03	54 ± 2,70	53,2 ± 2,66
II (45-54 pp.)	10,80 ± 0,54	8,50 ± 0,43	8,30 ± 0,42	14,20 ± 0,71	3,80 ± 0,19	3,65 ± 0,18	67,40 ± 3,37	53,00 ± 2,65	50,10 ± 2,51
III (55-64 pp.)	8,00 ± 0,40	8,20 ± 0,41	8,40 ± 0,42	16,70 ± 0,84	4,50 ± 0,23	3,90 ± 0,20	85,60 ± 4,28	57,00 ± 2,85	53,10 ± 2,66
	p < 0,05			p < 0,05			p < 0,05		

Бактеріологічні дослідження показали, що гострі одонтогенні періостити щелеп у пацієнтів віком 19–24 роки частіше зумовлюються монокультурами *S. aureus* (65–75%) та асоціаціями *S. epidermidis* і *Streptococcus* sp. (25–35%), чутливими до напівсинтетичних пеніцилінів та цефалоспоринов. Пацієнти віком 55 – 64 роки мали асоціації за участі анаеробних патогенних бактерій із роду *Enterobacteriaceae* та *Escherichia*, більш чутливих до фторхінолонів (20–35% випадків).

Цитологічні дослідження загоєння післяопераційної рани у пацієнтів із гострими одонтогенними періоститами щелеп виявили, що найшвидше і найбільш ефективно процеси загоєння післяопераційної рани проходили у пацієнтів молодшої вікової групи – прогресивне зменшення кількості нейтрофільних гранулоцитів за 5 днів спостереження із 87,8 до 57,0%; поява колоній фібробластів із 0 до 22,0%, та активних епітеліоцитів (6,1%) в кінці спостереження. У пацієнтів старшої вікової групи процеси регенерації перебігали менш інтенсивно і мали тенденцію до хронізації запалення – кількість нейтрофільних гранулоцитів знизилася за 5 днів із 83,2 до 68,2%, кількість фібробластів зросла із 0 до 9,4%; кількість активних епітеліоцитів була на рівні 1,7%. Значно виросла кількість лімфоцитів (до 12,3%), чого не спостерігалось у інших вікових підгрупах і що можна вважати ознакою

хронізації запалення. Застосована схема лікування призводила до нормалізації перебігу ранового процесу у випадках проведеного розтину субперіостального абсцесу у всіх пацієнтів, незалежно від віку. Дослідження цитології післяопераційної рани у пацієнтів експериментальної підгрупи показало, що у всіх пацієнтів уже на 2-й день спостереження зростали обсяги фібробластів, а на 3-й день загоєння рани уже виявлялися активні епітеліоцити, що свідчило про початок епітелізації рани. Застосоване лікування скорочувало період загоєння післяопераційної рани приблизно на 2–3 дні.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного комплексу досліджень нами було вирішено актуальне для практичної стоматології і щелепно-лицевої хірургії питання – вдосконалення надання медичної допомоги пацієнтам дорослого віку із гострими одонтогенними періоститами щелеп в амбулаторних умовах шляхом оптимізації діагностичних підходів, розробки патогенетично обґрунтованої схеми комплексної терапії та її клініко-лабораторне обґрунтування. В ході виконання роботи було встановлено наступне:

1. Протягом 2012-2016 рр. у хірургічному відділенні ЗОКСП активно надавалася спеціалізована допомога пацієнтам: близько 5,92 відвідувань пацієнтів на одну робочу зміну, серед яких 75,24 % складали первинні пацієнти; жителів села на прийомі було до 10%. Найчастішим втручанням була екстракція зубів (0,98-1,08 випадків на одне відвідування), в 90% випадків причиною видалення був карієс зубів та його ускладнення. Щомісячно в середньому виконувалося 16,83 хірургічних втручань, з яких 67,36% були з приводу запальних захворювань.

2. Гострий одонтогенний періостит зустрічався у 127,6 випадків на рік, частіше у пацієнтів віком 19-24, 45-54 та 55-64 роки; 56,0 % складали чоловіки, 44,0 % - жінки; що становило близько 91% запальних захворювань на прийомі, 54 % в структурі загальної хірургічної активності. Причинними зубами виступали: нижні перші моляри (зліва – 17 % та 19% - справа), верхні перші моляри – по 11,0%, нижні праві другі премоляри – 9%, верхні і нижні другі премоляри зліва – по 6%, верхній другий різець зліва та перший верхній премоляр справа – по 5%, другий верхній різець – 4 %, нижній другий правий різець – 3%, перший верхній різець та другий нижній різець справа – по 2%.

3. За результатами визначення рівня лейкоцитів і цитокінів ФНП-б, ІЛ-1в, ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-10, дослідження цитології загоєння післяопераційної рани встановлено, що гострі періостити щелеп супроводжувалися вираженою загальною реакцією організму: у пацієнтів віком 19 – 24 роки спостерігалася схильність до гіперергічних реакцій та скоріше наставало одужання, пацієнти віком 55 – 64 роки частіше мали гіпореактивний і затяжний характер перебігу захворювання. Релевантними показниками перебігу запального процесу ми схильні вважати: лейкоцитоз, рівень ІЛ-1в, ІЛ-8 та ІЛ-10 ($p \geq 0,07$).

4. Гострі одонтогенні періостити щелеп у пацієнтів віком 19-24 роки частіше зумовлювались монокультурами *S. aureus* та асоціаціями *S. epidermidis* і *Streptococcus* sP., чутливими до напівсинтетичних пеніцилінів та цефалоспоринів; пацієнти віком 55 – 64 роки частіше мали асоціації за участю анаеробних патогенних *Enterobacteriaceae* та *Escherichia*, більш чутливих до фторхінолонів.

5. Схема амбулаторного лікування пацієнтів із гострими одонтогенними періоститами щелеп повинна включати в себе антибактеріальні засоби групи напівсинтетичних пеніцилінів (або цефалоспоринів) із додаванням фторхінолонів у осіб від 55 років, комплексний нестероїдний протизапальний засіб в таблетованій формі у складі парацетамолу 500 мг, диклофенаку калію 50 мг, серратіопептидази у вигляді гранул з кишковорозчинним покриттям, які містять 15 мг серратіопептидази, що еквівалентно ферментній активності 30 000 ОД на 1 таблетку, «Фламідез» та локальне застосування мазі «Траумель С»; щодо причинного зуба має застосовуватися принцип органозбереження.

6. Застосування запропонованої схеми на клінічному прийомі дозволило нівелювати гіперергічні реакції у пацієнтів віком 19-24 роки у 100% випадків та скоротити період активного перебігу захворювання до 3 днів у пацієнтів віком 19-24 і 44-54 років, у пацієнтів 55 – 64 років – у 95% випадків.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДЦІЇ

1. Пацієнти із гострими одонтогенними періоститами щелеп потребують стратифікації за віком для вибору схеми лікування на етапі встановлення діагнозу.

2. Для об'єктивного визначення інтенсивності запальної реакції у пацієнтів із гострими одонтогенними періоститами щелеп релевантними показниками можна вважати рівень лейкоцитів, рівень ІЛ-1в, та ІЛ-8, та ІЛ-10.

3. Для амбулаторного лікування гострих одонтогенних періоститів щелеп доцільно застосовувати принцип органозбереження щодо причинного зуба; антибактеріальна терапія залежить від віку – у пацієнтів від 19 до 54 років – достатньо напівсинтетичних пеніцилінів або цефалоспоринів, у пацієнтів старших 55 років до лікувальної схеми необхідно додавати фторхінолони.

4. Періостотомія на верхній щелепі при повноцінній евакуації гнійного вмісту може проводитися без наступного дренивання випускниками; у випадку дренивання внутрішньоротових гнійних ран для їх промивання доцільно застосовувати хлоргексидину біглюконат 0,05% або декаметоксину 0,02%.

5. Медикаментозне лікування гострих одонтогенних періоститів щелеп має включати в себе гіпосенсибілізаційні засоби, нестероїдні протизапальні засоби, знеболювальні та ферменти системної дії («Фламідез»).

6. Пацієнтам після виконаних періостотомій доцільно дотримуватися щадної дієти протягом 3 днів, а також виконувати туалет ротової порожнини із використанням мінеральної води «Плосківська».

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Добровольська М. К. Лікування альвеолітів із застосуванням АГТП і колоїдного срібла / М.К. Добровольська, **В. М. Гелей** // Проблеми екології та медицини. – 2011. – Том 15. №3–4. – С. 76- 77. *(Здобувачу належить провідна участь у зборі матеріалів дослідження, їх обробці та оформленні статті до друку).*
2. **Гелей В. М.** Актуальність використання комплексного лікування перикороніту і ретромолярного періоститу / В. М. Гелей, М. К. Добровольська // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №6. – С. 59 – 60. *(Здобувачу належить провідна участь у зборі матеріалів дослідження, їх обробці та оформленні статті до друку).*
3. **Гелей В. М.** Актуальність використання комплексного лікування при утрудненому прорізуванні третіх молярів/ В. М. Гелей, М.К. Добровольська // Вісник Української стоматологічної академії. – 2013. – №3(43). – С.47-50. *(Здобувачу належить провідна участь у зборі матеріалів дослідження, їх обробці та оформленні статті до друку).*
4. Добровольська М. К. Комплексне лікування хворих з пародонтальними хроніосептичними вогнищами інфекції/ М. К. Добровольська, **В. М. Гелей**, Н. І. Гелей, А. С. Ухатюк // Клінічна стоматологія. – 2013. – № 3–4. – С. 75–76. *(Здобувачу належить провідна участь у зборі матеріалів дослідження, їх обробці та оформленні статті до друку).*
5. Добровольська М. К. Стан біоценозу клінічних зубоясенних кишень хворих на генералізований пародонтит / М. К. Добровольська, **В. М. Гелей**, Н. І. Гелей // Клінічна стоматологія. – 2014. – № 2. – С. 17–19. *(Здобувачу належить провідна участь у зборі матеріалів дослідження, їх обробці та оформленні статті до друку).*
6. Мочалов Ю.О. Фелінозна лімфаденопатія на стоматологічному прийомі: опис клінічного випадку / Ю.О. Мочалов, **В. М. Гелей**, О.В. Степа, Р.Р. Шкерта // Проблеми клінічної педіатрії. – 2017. - № 3-4 (37-38). – С.33-41. *(Здобувач провела дослідження, статистичну обробку даних та підготувала статтю до друку).*
7. Добровольська М. К. Методика лікування перикороніту і ретромолярного оститу / М. К. Добровольська, П. П. Брехлічук, **В. М. Гелей**, Н. І. Гелей // InterMedical Journal. – 2017. — С. 42–44. *(Здобувачу належить провідна участь у зборі матеріалів дослідження, їх обробці та оформленні статті до друку).*
8. **Гелей В. М.** Результати аналізу роботи хірургічного кабінету Закарпатської обласної клінічної стоматологічної поліклініки за 2012-2016 роки / В. М. Гелей // Клінічна стоматологія. – 2018. – №2(23).– С.41-47.

9. **Гелей В. М.** Методика комплексного лікування одонтогенних періоститів в амбулаторній хірургічній практиці / В. М. Гелей // Актуальні питання профілактики і лікування хвороб твердих тканин зуба та пародонту: мат. першої наук.-практ. конференції. (15-16 травня 2008, Ужгород.) – Ужгород, 2008. – С.18-20.

10. **Гелей В. М.** Комплексне лікування одонтогенних періоститів в амбулаторній хірургічній практиці із застосуванням антигомотоксичних препаратів / В. М. Гелей // Сучасні досягнення імплантології. Якість життя: мат. міжнарод. наук.-практ. конференції з дентальної імплантології. (21 листопада 2009, Ужгород,) – Ужгород, 2009. - С.62-63.

11. **Гелей В. М.** Комплексне лікування перикорониту і періоститу нижніх третіх молярів / В. М. Гелей // Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань: мат. наук.-практ. конф. стоматологів з міжнародною участю (16-17 квітня 2010, м.Ужгород). - Ужгород, 2010. – С.391-392.

12. **Гелей В. М.** Комплексне лікування перикорониту / **Гелей В. М., М. К. Добровольська** // Стоматологія вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрями розвитку: мат. міжнар. наук.-практ. конф. (23-24 вересня 2010, м.Івано-Франківськ) – Івано-Франківськ. – 2010. – С.13-14. *(Здобувач провела клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, сформулювала висновки).*

13. Добровольська М.К. Ефективність комплексного лікування запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки із застосуванням антигомотоксичних препаратів / М.К. Добровольська, **Гелей В. М.** // Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: мат. наук.-практ. конференції (2011, м.Київ). – Київ, 2011. – С.90–93. *(Здобувачу належить провідна участь у зборі матеріалів дослідження, їх обробці та оформленні статті до друку).*

14. Джупа П. Застосування методу фотоактивованої дезінфекції кореневих каналів зубів, уражених хроніосептичними вогнищами інфекції / П. Джупа, М.К. Добровольська, **В.М. Гелей**, Н.І. Гелей, І.М. Бобиляк // Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології: мат. міжнар. наук.-практ. конф. стоматологів. (22-24 вересня 2011, м. Ужгород). - Ужгород, 2011. – С.54-56. *(Здобувач провела клініко-лабораторне дослідження сформулювала висновки).*

15. **Гелей В. М.** Методика комплексного лікування альвеолітів / В. М. Гелей, М. К. Добровольська // Стоматологічні новини: збірник праць з актуальних проблем стоматології. – Вип. 11–12.:Актуальні проблеми хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: мат. міжнар. наук.-практ. конф. з нагоди 100-річчя з д. н. першого декана стомат. факультету та першого зав. каф. хірургічної стоматології та ЩЛХ ЛНМУ імені Данила Галицького проф. О. В. Ковалю. – Львів, 2012–2013.– С.31–32. *(Здобувач провела клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, сформулювала висновки).*

16. **Гелей В. М.** Ефективність лікування запальних захворювань пародонта на фоні соматичної патології органів травлення / В. М. Гелей, Ю. Є. Локота // Актуальні питання сучасної стоматології в лікуванні та профілактики стоматологічних захворювань: мат. III міжнар. стомат. конференції студентів та молодих вчених (7-9 лютого 2014, Ужгород). – Ужгород, 2014. – С.156-157. *(Здобувач провела клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, сформулювала висновки).*

17. **Гелей В. М.** Методика лікування запальних захворювань пародонта на фоні соматичної патології органів травлення / В. М. Гелей, Н. І. Гелей // Актуальні питання науково-практичної стоматології: мат. V міжнар. стомат. конференції студентів та молодих вчених. (26-27 лютого 2016, Ужгород). – Ужгород, 2016. – С.184-186. *(Здобувач провела клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, сформулювала висновки).*

18. **Гелей В. М.** Оцінка клінічної ефективності використання антигомотоксичних препаратів у лікуванні періоститу / В.М. Гелей, Н.І. Гелей // Актуальні питання науково-практичної стоматології: мат. VI міжнар. стомат. конференції студентів та молодих вчених. (20-22 квітня 2017, м Ужгород) – Ужгород, 2017. – С.135-137. *(Здобувач провела клініко-лабораторні дослідження, статистичну обробку даних, сформулювала висновки).*

19. Патент на корисну модель № 60010 МПК (2011.01), А61С 17/00 Спосіб комплексного лікування одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки / Винахідники: **Гелей В. М.**, Добровольська М. К. Заявник та патентовласник ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Заявл. 08.11.2010; опубл. 10.06.2011. – Бюл. №11. *(Здобувач провела аналіз фахової літератури, набір клінічних груп, статистичний аналіз результатів дослідження).*

20. Патент на винахід № 98858 МПК (2012.01), А61В 17/00 Спосіб комплексного лікування одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки / Винахідник **Гелей В. М.** Заявник та патентовласник: ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Заявл. 08.11.2010; опубл. 25.06.2012. – Бюл. №12. *(Здобувач провела аналіз фахової літератури, набір клінічних груп, статистичний аналіз результатів дослідження).*

21. Патент на корисну модель № 124211 МПК (2018.01) А61В 17/00 Спосіб комплексного лікування дистрофічно-запальних захворювань пародонта при загально соматичній патології / Винахідники: Гелей Н. І., **Гелей В. М.**, Калій В. В., Добровольська М. К., Джу́па П., Жеро Н. В. Заявник та патентовласник ДВНЗ «Ужгородський національний університет». – №UA124211, № а2017 10610. Заявл. 01.11.2017; опубл. 26.03.2018. – Бюл. №6. *(Здобувач провела аналіз фахової літератури, набір клінічних груп, статистичний аналіз результатів дослідження)*

АНОТАЦІЯ

Гелей В. М. Клініко-лабораторне обґрунтування вдосконалення амбулаторного лікування одонтогенних періоститів щелеп. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія – Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», МОН України, Ужгород, 2018.

В дисертаційній роботі представлено вирішення актуальної проблеми сучасної стоматології, а саме - вдосконалення надання медичної допомоги пацієнтам дорослого віку із гострими одонтогенними періоститами щелеп в амбулаторних умовах шляхом розробки алгоритмів діагностики і лікування з урахуванням клініко-лабораторних показників.

За даними результатів клініко-рентгенологічних та лабораторних досліджень доведена доцільність розробленої схеми амбулаторного лікування, яка передбачає чітку маршрутизацію пацієнтів із гострими одонтогенними періоститами щелеп залежно від віку, стану «причинного» зуба, важкості перебігу захворювання та ефективності терапії. Схема медикаментозного лікування включає в себе антибактеріальні засоби групи напівсинтетичних пеніцилінів (або цефалоспоринів) із додаванням фторхінолонів у осіб від 55 років, комплексний нестероїдний протизапальний засіб «Фламідез» та локальне застосування мазі «Траумель С»; щодо «причинного» зуба має застосуватися принцип органозбереження. Періостотомія на верхній щелепі при повноцінній евакуації гнійного вмісту може проводитися без наступного дренивання випускниками; у випадку дренивання внутрішньоротових гнійних ран для їх промивання доцільно застосовувати хлоргексидину біглюконат 0,05% або декаметоксину 0,02%.

Ключові слова: періостит, щелепи, лікування, дорослі, амбулаторні умови, Закарпаття, поширення, алгоритм, цитокіни, напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины, фторхінолони.

АННОТАЦИЯ

Гелей В.М. Клинико-лабораторное обоснование совершенствования амбулаторного лечения одонтогенных периоститов челюстей. – Квалификационный научный труд на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – «Стоматология». – Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет», МОН Украины. Ужгород, 2018.

В диссертационной работе представлены решения актуальной проблемы современной стоматологии, а именно - усовершенствование оказания медицинской помощи пациентам взрослого возраста с острыми одонтогенными периоститами челюстей в амбулаторных условиях, путем разработки алгоритмов диагностики и лечения с учетом клинико-

лабораторных показателей. Проведено изучение вопроса о частоте обращения пациентов с острыми периоститами в Закарпатской областной клинической стоматологической поликлинике в течении 2012-2016 гг.

Установлено, что острые периоститы челюстей у пациентов в возрасте 19-24 гг., проходят со склонностью к гиперергическим реакциям, у пациентов в возрасте 55-64 гг., - медленно и долго, со склонностью к хронизации. У всех пациентов отмечался лейкоцитоз (112-116% и 142-150% относительно верхней границы нормы), реакция СОЭ была невзрачной. Краткосрочная выраженная температурная реакция - $+ 1,7-1,5^{\circ}\text{C}$, была характерна для пациентов в возрасте 19-24 гг. Длительная (до 7 дней) и невыраженная на уровне $+ 0,4-0,5^{\circ}\text{C}$ была у пациентов в возрасте 55-64 гг., сохранялась и на 7-й день наблюдения.

Воспалительный процесс у пациентов проходил с выраженными реакциями цитокинов: фактор некроза опухолей- $\beta 1$ рос на 137-142% - у пациентов в возрасте 19-24 гг., 162-170% у пациентов в возрасте 55-64 гг., в которых он оставался повышенным и до конца курации; интерлейкин-1 ν (ИЛ-1 ν) рос у всех пациентов более 300-400% за уровень нормы в 3-й день лечения, у женщин в возрасте 55-64 гг., оставался повышенным на 142% до конца курации; реакция ИЛ-4 была выражена у пациентов в возрасте 19-24 гг. (около 150%), незначительно - у пациентов в возрасте 45-54 гг. (101-112%) и отсутствует у пациентов 55-64 гг.; ИЛ-8 на пике воспаления максимально рос у пациентов в возрасте 45-54 гг., - 129-133%, у пациентов 19-24 гг., - до 115-126%; нормализация ИЛ-8 у пациентов в возрасте 55-64 гг., продолжалась более 7 дней; противовоспалительный ИЛ-10 достигал верхней границы нормы у пациентов 19-24 гг. до 7-го дня наблюдения; у пациентов в возрасте 55-64 гг., динамика была не выражена.

По результатам клинико-рентгенологическим и лабораторным исследованиям разработанная схема медикаментозного лечения включает в себя антибактериальные средства группы полусинтетических пенициллинов (или цефалоспоринов) с добавлением фторхинолонов у лиц от 55 лет, комплексный НПВП «Фламидез» и локальное применение мази «Траумель С»; к «причинным» зубам должен применяться принцип органосохранения. После периостотомии проводились дренирование внутриротовых гнойных ран для их промывания применяли хлоргексидина биглюконат 0,05% или декаметоксин 0,02%.

Ключевые слова: периостит, челюсти, лечение, взрослые, амбулаторные условия, Закарпатье, распространение, алгоритм, цитокины, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны.

SUMMARY

Heley V.M. Clinical and laboratory justification of improvement of ambulatory treatment for acute odontogenic periostitis of jaws. - Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Dissertations for the degree of the Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.22 - dentistry. - State Higher Educational Institution "Uzhgorod National University", Uzhhorod, 2018.

The dissertation contains a solution of actual problem of modern dentistry – an improvement of medical care provision to adult patients with acute odontogenic jaw periostitis in outpatient conditions in form of development the diagnostic and treatment algorithms based on clinical and laboratory parameters.

Clinical and laboratory studies have proven the feasibility of a developed outpatient treatment scheme that provides for clear routing of patients with acute odontogenic jaw retinitis, depending on age, the condition of the "causal" tooth, the severity of the course of the disease, and the effectiveness of the therapy. The scheme of medical treatment includes antibacterial agents of the group of semi-synthetic penicillines (or cephalosporines) with the addition of fluorinolones in individuals from the age of 55 years, the complex non-steroidal anti-inflammatory drug "Flamidase" and the local application of the ointment "Traumeel S"; with regard to "causal" tooth should apply the principle of organ conservation. Peristotomy on the upper jaw with complete evacuation of purulent contents can be performed without subsequent drainage by graduates; in the case of intraoral drainage of purulent wounds to their washing appropriate to apply chlorhexidine 0.05% or 0.02% decametoxine.

Key words: periostitis, jaws, treatment, adults, outpatient conditions, Transcarpathia, prevalence, algorithm, cytokines, semi-synthetic penicillines, cephalosporines, fluoroquinolones.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГТП –	антигомотоксичні препарати
ГОЗЗЩ –	гострі одонтогенні запальні захворювання щелеп
ІЛ (IL) –	інтерлейкін
ЗОКСП –	Закарпатська обласна клінічна стоматологічна поліклініка
ЗОКЛ –	Закарпатська обласна клінічна лікарня імені Андрія Новака
ЛПЗ –	лікувально-профілактичний заклад
СОПР –	слизова оболонка порожнини рота
ЩЛД –	щелепно-лицева ділянка
ФНП-б –	фактор некрозу пухлин-б
ШОЕ –	швидкість осідання еритроцитів