

Реферати

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Слухенська Р.В., Бірюк І.Г.

Метою роботи був аналіз актуальних проблем комплексної медичної реабілітації для людей, які зазнали різних видів травм (фізичних, психологічних) у районах військових дій та не можуть вирішувати проблеми адаптації та відновлення організму самостійно. Реабілітація військових – це довготривалий процес, для якого потрібні кваліфіковані фахівці, кількість яких обмежена в нашій країні. Необхідно створити окрему медичну спеціальність «Фізична і реабілітаційна медицина», яка існує в ЄС. Унікальна обов'язкова державна система реабілітації учасників воєнних дій повинна працювати і бути реально профінансована, з центрами у всіх регіонах України.

Ключові слова: комплексна медична реабілітація, військові дії, медицина, соціальна адаптація, медична система.

Стаття надійшла 16.07.18 р.

**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Слухенская Р.В., Бирюк И.Г.

Целью работы был анализ актуальных проблем комплексной медицинской реабилитации для людей, подвергшихся различным видам травм (физических, психологических) в районах военных действий и не могут решать проблемы адаптации и восстановления организма самостоятельно. Реабилитация военных – это длительный процесс, для которого нужны квалифицированные специалисты, количество которых ограничено в нашей стране. Необходимо создать отдельную медицинскую специальность «Физическая и реабилитационная медицина», которая существует в ЕС. Уникальная обязательная государственная система реабилитации участников военных действий должна работать и быть реально профинансирована, с центрами во всех регионах Украины.

Ключевые слова: комплексная медицинская реабилитация, военные действия, медицина, социальная адаптация, медицинская система.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-117-121

УДК 616.314.11-007.12./7:611.716.1-089.85

П.І. Ткаченко, А.М. Гоголь, А.І. Панькевич, І.А. Колісник, В.О. Доброскок
Українська медична стоматологічна академія, Полтава

**КОРОНЕКТОМІЯ ЯК СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ НИЖНІХ МОЛЯРІВ**

e-mail: gogol.andrej73@gmail.com

У статті наведено результати ретроспективного аналізу архівного матеріалу та власних спостережень 32 клінічних випадків проведення коронектомії третіх нижніх молярів. Проведено систематизацію показань до проведення операції, дана характеристика особливостей перебігу післяопераційного періоду з акцентуванням уваги на необхідності рентгенологічного контролю та вимірювання відстані міграції коренів після оперативного втручання. Виникнення сенсорних порушень після коронектомії ЗНМ спостерігалось при С2-С3 положенні за класифікацією G.Pell, B.Gregory (1933) та при мезіоангулярному і вертикальному положенні за класифікацією G.Winter (1926). Середнє арифметичне значення відстані міграції коренів у групі спостереження становило 3,6 мм±1,69 за 12 місяців післяопераційного періоду. Оптимальним терміном повторного оперативного втручання з метою видалення коренів є інтервал від 12 до 24 місяців після коронектомії ЗНМ.

Ключові слова: нижні треті моляри, коронектомія, рентгенодіагностика, міграція коренів, післяопераційний період.

Робота є фрагментом НДР «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», номер державної реєстрації 0116U003821.

Кваліфіковане видалення третіх нижніх молярів (ЗНМ) залишається актуальною задачею на сьогодні і потребує індивідуального підходу щодо її вирішення з урахуванням можливих післяопераційних ускладнень. Складність відповідного завдання визначена цілою низкою об'єктивних та суб'єктивних умов і потребує напрацювання алгоритму надання хірургічної стоматологічної допомоги. Статистичні дані щодо виникнення нейросенсорних ускладнень представлені в сучасних виданнях підтверджують той факт, що зазначена проблема має важливе соціально-економічне значення, оскільки стосується переважно пацієнтів юнацького та молодого віку, які складають вагомий відсоток працездатного населення.

В попередній публікації [1] було зазначено, що останнім часом вибором стоматолога-хірурга дедалі частіше стає таке оперативне втручання як коронектомія зуба, яке розглядають як безпечне вирішення проблеми видалення ретенованих і дистопованих ЗНМ. Необхідно зазначити, що ця методика описана в літературних джерелах відносно нещодавно [3]. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що методика знайшла широке застосування у зарубіжних фахівців, чого не можна стверджувати щодо стоматологічної практики в Україні. Іноземні науковці представили достатньо велику кількість статей з позицій доказової медицини за результатами клінічних спостережень [2,5].

Визначення показань до вибору коронектомії зуба залежить від стадії формування зуба з урахуванням аномалії його положення. Найбільш розповсюдженими є міжнародні класифікації положення ЗНМ запропоновані G.Winter (1926) та G.Pell, B.Gregory (1933).

З точки зору практичної діяльності хірурга-стоматолога найбільш актуальними питаннями при плануванні оперативного втручання є: 1) визначення показань до вибору методу хірургічного методу лікування у вигляді коронектомії зуба; 2) ведення пацієнтів в післяопераційному періоді з огляду можливих нейросенсорних порушень та запальних ускладнень; 3) визначення строків повторного хірургічного втручання для видалення коренів.

Тому аналіз клінічних спостережень за пацієнтами, починаючи з передопераційного обстеження, протоколу операції, перебігу післяопераційного періоду та реабілітації хворого, є актуальним для розробки та обґрунтування профілактичних заходів при наданні хірургічної допомоги хворим з даною патологією.

Метою роботи було вивчення архівного матеріалу та узагальнення основних рентгенологічних ознак до показань коронектомії ЗНМ з огляду на анатомічні зв'язки їх положення зубів, можливі ускладнення, та визначення строків видалення коренів після коронектомії.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети проведено ретроспективне дослідження змісту журналу по обліку амбулаторних операцій (ф.№069/0) та амбулаторних карт стоматологічних хворих (ф. № 043/О) за період з 2012 по 2017 роки включно, яким проведено хірургічне лікування ЗНМ за методикою коронектомії [6]. Всі оперативні втручання виконані співробітниками кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології на базі Полтавської обласної клінічної стоматологічної поліклініки (КУ «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка»).

Особисте обстеження пацієнтів проводили за загальноприйнятою методикою із обов'язковим залученням рентгенологічного дослідження (внутрішньоротова контактна рентгенографія, ортопантомографія або конусно-променева комп'ютерна томографія).

Результати дослідження та їх обговорення. Загалом за період дослідження з приводу дистопії та ретенції ЗНМ було проведено 32 операції за методикою коронектомії.

Аналіз архівного матеріалу дозволив виявити у 64,63% випадків відсутність достатнього місця для прорізування ЗНМ, що підтверджує інволюційну теорію затримки прорізування зубів. У всіх випадках коронкова частина зуба була прикрита слизовою оболонкою. У 75% випадків ЗНМ частково або повністю були додатково покриті кістковою тканиною. Найбільша складність коронектомії характерна при С2-С3 положенні зубів.

За класифікацією G.Pell, B.Gregory (1933) положення ЗНМ відображено на рисунку 1.

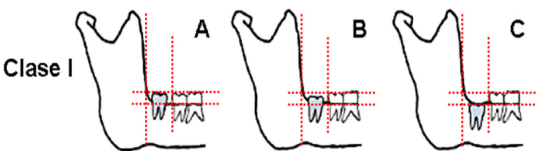
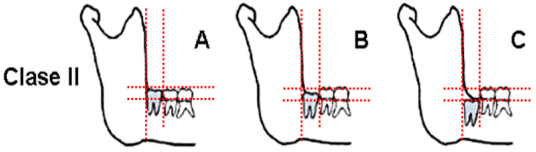
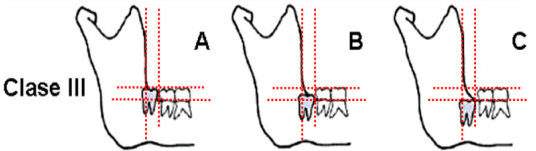
	A1	B1	C1
	–	–	9,4% (3)
	A2	B2	C2
	–	3,1% (1)	21,9% (7)
	A3	B3	C3
	–	12,5% (4)	53,1% (17)

Рис. 1. Характеристика положення ЗНМ у відсотках від загальної кількості прооперованих пацієнтів.

Згідно класифікації G.Winter (1926) у 68,75% випадків констатовано мезіоангулярний нахил ЗНМ, у 31,25% встановлено їх вертикальне положення.

Визначення показань до коронектомії ЗНМ ґрунтувалось на оцінюванні рентгенологічних даних, які на попередньому етапі обстеження отримувались від внутрішньоротової контактної рентгенографії або ортопантомографії. При накладанні коренів ЗНМ на проекцію нижньощелепного каналу додатково призначалась конусно-променева чи спіральна комп'ютерна томографія. Після цього приймалось остаточне рішення щодо виконання коронектомії зуба. Аналіз

наявного клінічного матеріалу надає підстави для визначення основних рентгенологічних показань до застосування способу оперативного втручання:

1. Значне викривлення, звуження, подвоєння апікальної третини кореня з утворенням поздовжньої борозни та підвищення рентгенологічної проникності ЗНМ поблизу нижньощелепного каналу.

2. Переривання контурів, відхилення або звуження нижньощелепного каналу в безпосередній близькості від ЗНМ.

Проведено також систематизацію протипоказань до коронектомії зуба, які можна визначити в наступній послідовності:

1. Зуби з періапикальними або парадентальними осередками запалення, що спричиняють парестезії нижнього альвеолярного нерва, а також сприяють вірогідному розвитку запальних ускладнень в післяопераційному періоді.

2. Зуби, які мають патологічну рухомість, внаслідок чого їх корені сприяти інфікуванню прилеглих тканин.

3. Зуби розташовані в горизонтальному положенні до нижньощелепного каналу, внаслідок чого можливе безпосереднє травмування нижнього альвеолярного нерва під час сепарації коронки зуба.

4. Наявність у пацієнта системних порушень на рівні організму, які створюють сприятливі умови для інфікування травмованих тканин в післяопераційному періоді (цукровий діабет, СНІД, стан після хіміо-та променевої терапії щелеп, порушення процесів метаболізму).

За період спостереження у 2 пацієнтів (6,25%) в післяопераційному періоді відзначались сенсорні порушення в зоні іннервації нижнього альвеолярного та язикового нервів. Відчуття парестезії нижньої губи та язика самостійно проходили через 2-4 тижні від дня проведення втручання. В першому випадку у прооперованого пацієнта спостерігались запальні ознаки в ділянці післяопераційної рани, що ймовірно викликало іритацію нижнього альвеолярного нерва саме запального генезу. У другому випадку сенсорні порушення, на наш погляд, пов'язані з можливістю механічного подразнення чи пошкодження нервового стовбура при проведенні місцевого знеболення.

У 7 пацієнтів (21,88%) в післяопераційному періоді спостерігались явища травматичного пульпіту. Однак це не потребувало жодного додаткового втручання на причинному зубі, а больові відчуття спонтанно вгамовувалися протягом 2-3 діб під прикриттям нестероїдних протизапальних препаратів (кеторолак, німесулід).

Випадків, коли виникала нагальна необхідність у повторному хірургічному втручанні в ранньому післяопераційному періоді з метою видалення коренів внаслідок їх міграції на поверхню рани або порушення процесу її загоєння не спостерігалось.

Враховуючи результати напрацювань наведених в іноземних публікаціях стосовно строків міграції коренів у післяопераційному періоді, повторне рентгенологічне обстеження (ортопантомографію) призначено хворим через 12 місяців після коронектомії. Для вимірювання абсолютних значень міграції коренів в своїх спостереженнях використовували методику запропоновану Leung YY et al. [4], яка представлена на рис. 2.

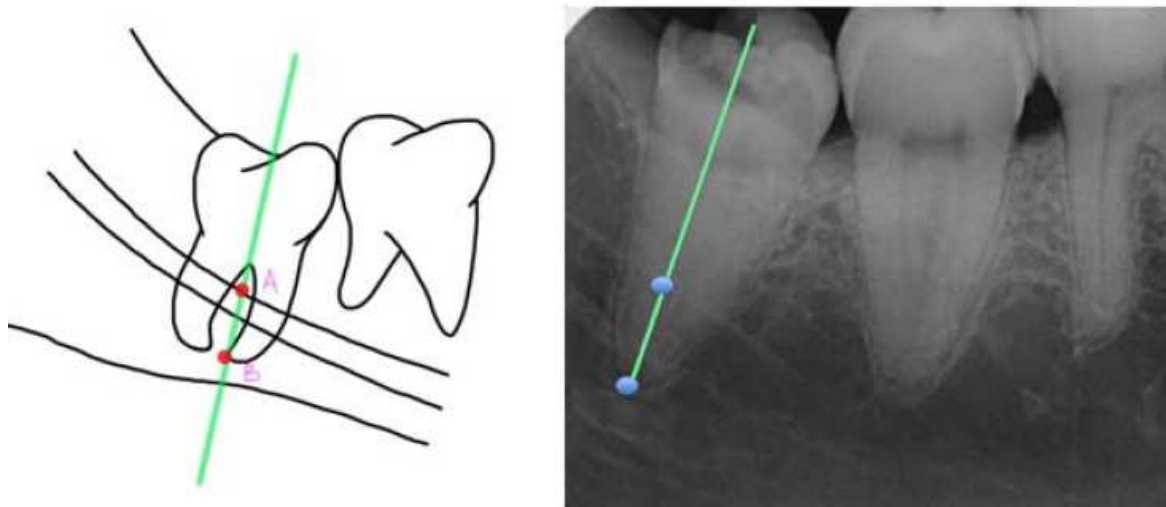


Рис. 2. Схематичне зображення розрахунку міграції коренів шляхом вимірювання відстані між двома точками (А – верхня стінка нижньощелепного каналу і В – апікальна точка ЗНМ). Приклад представлено на рентгенограмі.

Середнє арифметичне значення відстані міграції коренів у групі дослідження становило 3,6 мм. При цьому значення варіаційного ряду починалось від мінімального в 1 мм до максимального в 7 мм ($\sigma=1,69$). Однак необхідно зауважити, що навіть у одного пацієнта на різних сторонах нижньої щелепи не спостерігалось абсолютно однакових результатів відстані міграції коренів. Результати спостережень ще потребують пошуку їх об'єктивного трактування на підставі узагальнення результатів подальших досліджень.

Наводимо рентгенологічну картину клінічного випадку пацієнта Р., 28 років, який звернувся за хірургічною допомогою з приводу ретенції і дистопії 48 зуба. На рисунку 3 представлений фрагмент ортопантомограми пацієнта до коронектомії та через 12 місяців після втручання.

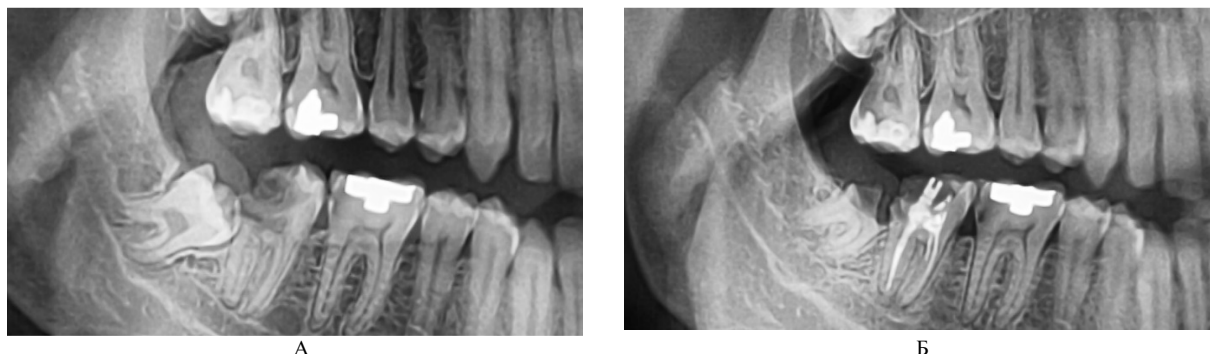


Рис. 3. Мезіоангулярний нахил 48 зуба. Несформована верхівка дистального кореня. Відхилення нижньощелепного каналу в проекції медіального кореня (А). Міграція коренів на 4 мм (Б).

Підсумок

Виникнення сенсорних порушень після операції атипичного видалення ЗНМ спостерігалось при С2-С3 положенні за класифікацією G.Pell, V.Gregory (1933) та при їх мезіоангулярному і вертикальному положенні за класифікацією G.Winter (1926). Визначення співвідношення взаємного розташування ЗНМ і каналу нижньої щелепи за даними комп'ютерної томографії має вирішальне значення при трактуванні показань до проведення коронектомії. Найбільш оптимальним терміном повторного оперативного втручання з метою видалення коренів є інтервал від 12 до 24 місяців після коронектомії.

Перспективи подальших досліджень полягають у тому, що клінічні спостереження за пацієнтами після коронектомії ЗНМ необхідні для з'ясування механізмів перебудови кісткових структур та факторів, які мають вплив на цей процес в післяопераційному періоді.

Список літератури

1. Hohol AM, Pankevych AI, Kolisnyk IA. Vybir metodu atypovoho vydalennya tretikh nyzhnikh molyariv u zalezhnosti vid yikh polozhennya v aspekti profilaktyky pislyaoperatsiynykh sensorykh porushen. Visnyk problem biologii. 2016; 2:179-183. [in Ukrainian]
2. Cervera-Espert J, Perez-Martinez S, Cervera-Ballester J, Penarrocha-Oltra D, Penarrocha-Diago M. Coronectomy of impacted mandibular third molars: A meta-analysis and systemic review of the literature. Med Oral Patol Cir Bucal. 2016 Jul 1;21 (4):e505-13.
3. Knutsson K, Lysell L, Rohlin M. Postoperative status after partial removal of the mandibular third molar. Swed Dent J. 1989; 13:15-22.
4. Leung YY, Cheung LK. Coronectomy of the Lower Third Molar Is Safe Within the First 3 Years. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70: 1515-22.
5. Moreno-Vicente J, Schiavone-Mussano R, Clemente-Salas E, Mari-Roig A, Jane-Salas E, Lopez-Lopez J. Coronectomy versus surgical removal of the lower third molars with a high risk of injury to the inferior alveolar nerve. A bibliographical review. Med Oral Patol Cir Bucal. 2015 Jul 1;20 (4):e508-17.
6. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. J Oral Maxillofac Surg. 2004;62:1447-52.

Реферати

КОРОНЕКТОМИЯ КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННЫХ ТРЕТИХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ

Ткаченко П.И., Гоголь А.М., Панькевич А.И., Колесник И.А., Доброскок В.О.

В статье приведены результаты ретроспективного анализа архивного материала и собственных наблюдений 32 клинических случаев проведения коронектомии третьих нижних моляров. Проведена систематизация показаний к проведению операции, данная характеристика особенностей течения после-

CORONECTOMY AS A METHOD FOR SURGICAL TREATMENT OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS

Tkachenko P.I., Hohol A.M., Pankevych A.I., Kolisnyk I.A., Dobroskok V.O.

The article presents the archival material retrospective analysis results and own observations of 32 clinical cases with the third lower molars coronectomy. Systematization of indications for the operation has been performed, as well as characteristics of the postoperative

операционного періода с акцентированием внимания на необходимости рентгенологического контроля и измерения расстояния миграции корней после оперативного вмешательства. Возникновение сенсорных нарушений после коронектомии 3НМ наблюдалось при С2-С3 положеннии по классификации G.Pell, B.Gregory (1933) и при мезиоангулярному и вертикальному положеннии по классификации G.Winter (1926). Среднее арифметическое значение расстояния миграции корней в группе наблюдения составило $3,6 \pm 1,69$ мм за 12 месяцев послеоперационного периода. Оптимальным сроком повторного оперативного вмешательства с целью удаления корней является интервал от 12 до 24 месяцев после коронектомии ОНР.

Ключевые слова: нижние третьи моляры, коронектомия, рентгенодиагностика, миграция корней, послеоперационный период.
Стаття надійшла 8.08.18 р.

period features, focusing on the need for radiological monitoring and measuring the distance of the roots migration after surgery. The occurrence of sensory impairments after coronectomy of 3NM was observed at the C2-C3 position according to the G.Pell, B.Gregory classification (1933) and at the mesio-angular and vertical position according to the G.Winter classification (1926). The arithmetic mean of the distance of migration of roots in the observation group was 3.6 ± 1.69 mm over 12 months of the postoperative period. The optimal period of reoperation for root removal is the interval from 12 to 24 months after the coronectomy of the OHP.

Key words: lower third molars, coronectomy, X-ray, root migration, postoperative period.

Рецензент Аветіков Д.С.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-121-126

UDC: 616.61-002-053.3

N.I. Tokarchuk, Y.V. Vyzhga, V.T. Tokarchuk
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia

ROLE OF THE FIBROTIC MARKERS FOR PYELONEPHRITIS IN INFANTS

e-mail: nadia_tokarchuk@ukr.net

The study was aimed at estimation of the transforming growth factor $\beta 1$ and monocytic chemo attractant protein type 1 in infants with pyelonephritis. Pyelonephritis against the background of vesicoureteral reflux is followed by high activity of the inflammatory process with increased amount of MCP-1 in serum that by 2.5 times exceeds the results of the kids with primary pyelonephritis. During the study we evaluated high results of the profibrotic marker TGF $\beta 1$ against the background of vesicoureteral reflux in infants that is by 2.8 times higher than results of the kids with primary pyelonephritis. The article is dedicated to the study of fibrotic markers, polymorphic variants of gene TGF- $\beta 1$ in positions -509CT and +869CT in pyelonephritis against the background of vesicoureteral reflux in infants. Children that found to be a carriers of genotype C-509C and T+869T gene of transforming growth factor $\beta 1$ have more severe course of the disease and hyperproduction of serum TGF- $\beta 1$ than heterozygote and homozygote T-509T and C+869C.

Key words: pyelonephritis, transforming growth factor $\beta 1$, monocytic chemo attractive protein-1, gene polymorphism of transforming growth factor $\beta 1$.

The article is a fragment of the research project "Optimization of the diagnostic and treatment of somatic pathology in children" (state registration No. 0115U007075).

A lot of studies present that reasons of the pyelonephritis development in infants had already changed [4]. We should admit, that development of the pyelonephritis in infants is common at the background of urinary tract malformations, one of the most important is vesicoureteral reflux (VUR) that influence on development of fibrotic changes in kidney structure [10]. The highest risk of the kidney sclerosis formation is observed during the first year of life is 40% [1].

It's known that pathogenesis of kidney parenchyma injury in case of vesicoureteral reflux is complicated and has plural sides. Rising of the blood pressure in kidney pelvis leads to activation of channels cells and vascular endothelium, influence on hyperproduction of inflammatory mediators, that supply monocytes and leucocytes migration into injured region with formation of the inflammatory changed infiltrate tissue. Together with early cytokines (interleukin 1, 6, 8) proliferative cytokines are synthesized with origination of transforming growth factor $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$). The latest study data shows its role on formation and progress of the fibrotic changes of the tissues [9]. TGF- β , as a fibrogenic cytokine, stimulates changes of the kidney parenchyma and its remodeling [14].

Nowadays it is known that diseases develop in case of unfavorable combination of the polymorphic genes. Highly illuminated the latest updates concerning connection between vesicoureteral reflux and gene TGF- $\beta 1$ polymorphism (genotype -509 CC and +869 TT), that allows estimate aptitude and improve diagnostic of vesicoureteral reflux, especially in infants [8].

As well important problem devoted to optimization of the diagnostic of inflammatory activity in case of pyelonephritis in infants, cause standart inflammatory markers are negative, or doubtful in results and meanings [15]. Due to all presented it's a perspective to search for markers that may in a short period of time at the debut of the disease contribute inflammatory activity. Though one of the most perspective of them is monocytic chemo attractive protein of the 1 type (MCP-1) that presents the highest chemotaxic