Объекты и методы. Ретроспективно проанализировали 97 медицинских карт стационарных пациентов, проходивших лечение в специализированных отделениях челюстно-лицевой хирургии у которых был верифицирован диагноз одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи (ВЧП). В группу 1 вошли лица с острым одонтогенным синуситом ВЧП и обострением хронического процесса в синусе, а в группу 2 - лица с хроническим синуситом верхнечелюстной пазухи.

Вычисляли следующие индексы интоксикации: ЛИИ Я. Я. Кальф-Калифа; лейкоцитарный индекс интоксикации В. К. Островского (ЛИИО); ядерный индекс интоксикации (ЯИ); лейкоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ); индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК); индекс соотношения лейкоцитов и моноцитов (ИСЛМ); индекс соотношения лейкоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ); индекс соотношения нейтрофилов и лейкоцитов (ИСНЛ); индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ).

Результаты свидетельствуют, что ЛИИ демонстрировал показатели превышающие нормальные значения в 90,9% наблюдений при остром и обострении хронического одонтогенного синусита ВЧП, и в 87,8% – при хронической форме заболевания. Его приняли за условный «стандарт» индекса интоксикации. Для определения информативности ЛИИ при остром и хроническом одонтогенном синусите ВЧП, был вычислен χ^2 между значениями при остром и хроническом процессе и получены данные χ^2=0,24; p=0,622. Это доказало, что ЛИИ является одинаково информативным как для острого одонтогенного, так и для хронического синусита ВЧП. Далее сравнивали значения ЛИИ при помощи χ^2 и критерия Фишера, которые обнаружили, что ИСНМ и ИСЛМ не имеют достоверно значимых различий с ЛИИ, что указывало на их близкую прогностическую значимость. Затем определили однородность выборки пациентов в группе по данным двух выделенных интегральных индексов интоксикации (ИСНМ и ИСЛМ). Вычислили статистический критерий Мак-Нимара ($\chi^2_{м-н}$), составивший $\chi^2_{м-н}$=22,9; p=0,001, указавший на значимое различие данных (в группе 2 индексы ИСНМ и ИСЛМ выявившие достоверные различия были определены у разных пациентов). Установили однородность состава пациентов в группы 2, у которых был определен ЛИИ, ИСНМ и ИСЛМ. Для чего применили критерий Вилкоксона, на основании которого сделали заключение, что расчет ЛИИ, ИСНМ и ИСЛМ осуществлялся на одной выборке пациентов группы 2.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что наряду с ЛИИ, ИСНМ и ИСЛМ могут быть использован для прогнозирования развития и течения хронического одонтогенного синусита ВЧП.

Список литературных источников

1. Оконенко, Т. И. Оценка неспецифической резистентности организма с проникающими ранениями глаза на основе расчета популяций лейкоцитов периферической крови / Т. И. Оконенко // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 1-1. - С. 124-126.

ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ДО КОРОНОК РЕТЕНОВАНИХ ЗУБІВ

ТКАЧЕНКО П.І., ДМИТРЕНКО М.І., ЧОЛОВСЬКИЙ М.О.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Ретенція зубів, це складна зубощелепна аномалія і вибір схеми її лікування залежить від віку хворого, глибини розташування зуба, наявності для нього місця в зубному ряді,

ступеня формування його кореня [1]. Комплексна ортодонтична допомога в таких випадках поєднує хірургічний, апаратурний, протетичний і функціональний методи [2].

Мета роботи – обґрунтування способу оперативного доступу до коронок ретенованих зубів на підставі розробки і впровадження комп'ютерно-томографічних (КТ) та фотометричних (ФМ) індексів.

Відомий спосіб лікування ретенованих зубів передбачає поетапне ортодонтичне лікування шляхом створення місця апаратурним методом, хірургічне відкриття доступу до коронки ретенованого зуба з наступною фіксацією на ній зачіпних елементів для проведення витяжіння ретенованого зуба в зубну дугу із застосуванням апаратів незнімної або знімної конструкції [3]. Істотним недоліком такого підходу є тривалий термін лікування (21,6 ± 8,7 місяців) [4].

Модифікація способу включає хірургічне втручання та відрізняється тим, що додатково проводиться апаратурне ортодонтичне лікування, створення місця для ретенованого зуба, нормалізування форми зубної дуги, а хірургічне відкриття коронки ретенованого зуба проводять одночасно з хірургічним формуванням направляючого каналу трикутної форми, який основою розташований до ретенованого зуба і закінчується гострим кутом в ділянці зубної дуги. Попередньо проводиться чітке планування шляхів оперативного доступу із врахуванням їх розмірів на зрізах комп'ютерної томографії (КТ) з 3D-реконструкцією з наступною фіксацією на коронці ретенованого зуба елементів з гачками для витяжіння останнього в зубну дугу апаратами незнімної або знімної конструкції. За етіологічними критеріями ми виділили три форми ретенції зубів. Перша форма ретенції зуба є спадковою або обумовленою дією несприятливих ембріональних чинників, наявністю надкомплектних зубів, неправильною закладкою зубного фолікула в щелепі. Друга форма ретенції зубів формується під впливом загальних чинників, наприклад, таких як ендокринні порушення, інфекційні, загально-соматичні захворювання, запальні процеси і травма щелеп. Третя форма – це ретенція зубів обумовлена дією несприятливих місцевих чинників: передчасне видалення тимчасових зубів, затримка їх у зубній дузі, недорозвинення зубних рядів і щелеп у результаті функціональної недостатності м'язів щелепно-лицевої ділянки. В усіх обстежених визначаються найбільш ймовірні причини, що призводять до виникнення ретенції зубів та дозаповнюється спеціально розроблений нами протокол дослідження.

Проаналізовано результати лікування 48 пацієнтів із затримкою прорізування постійних зубів. Для об'єктивної оцінки результатів проведеної нами роботи було сформовано групу дослідження із 24 осіб у яких клінічна ситуація була типовою за такими критеріями: обстежені повинні були бути народжені від перших пологів; побутові умови життя були однакові; статок сім'ї середній; відсутність загально соматичних системних захворювань і генетично обумовленої патології; задовільний гігієнічний стан порожнини рота, відсутні клінічні ознаки захворювань ясен і слизової оболонки, наявність не більше трьох ретенованих зубів, розташованих у різних ділянках зубної дуги.

Дані обстеження засвідчили, що з ретенцію іклів верхньої щелепи було 12 осіб, центральних різців верхньої щелепи – 6; других молярів нижньої щелепи – 2, іклів нижньої щелепи – 2, премолярів верхньої щелепи – 2.

Для покращення якості діагностики й оптимізації методичних підходів до лікування ми визначали на зрізах КТ прогнозовані розміри хірургічного вікна і за формулою розраховували КТ-індекс відкриття хірургічного доступу (ВХД) до коронок ретенованих зубів:

$$\frac{\text{Ширина ВХД}}{\text{Довжина ВХД}} \times 100\% = \text{КТ ІНДЕКС ВХД до коронок ретенованих зубів}$$

На наступному етапі виконували внутрішньоротові фото оперативних доступів до коронок ретенованих зубів і розраховували за формулою фотометричний індекс ВХД до коронок ретенованих зубів:

$$\frac{\text{Ширина ВХД}}{\text{Довжина ВХД}} \times 100\% = \text{ФМ ІНДЕКС ВХД до коронок ретенованих зубів}$$

Аналізуючи дані клінічного дослідження, слід зазначити, що подальша ортодонтична корекція пацієнтів передбачала в першу чергу, усунення перепон на шляху прорізування зубів, забезпечення, за необхідності, місця у зубній дузі та одночасне лікування супутніх аномалій прикусу.

Позитивний результат заявленого способу полягає у плануванні оптимального шляху хірургічного вивільнення коронок ретенованих зубів з під слизово-окісних клаптів. Запропоновані розрахункові індекси слугують певними орієнтирами, що дозволяють оптимізувати діагностичний процес, зменшити ймовірність проведення повторних хірургічних втручань і обрати раціональний шлях апаратурного ортодонтичного лікування пацієнтів із ретенованими зубами.

Список використаних джерел

1. Ткаченко П.І. Клініко-морфологічні аспекти аномалій розвитку зубів /П.І.Ткаченко, І.І. Старченко, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.– 79 с. (Монографія).
2. Макеєв В.Ф. Діагностика та лікування ретенції зубів / В.Ф. Макеєв, Е.В. Безвушко, Н.В. Пилипів. – Львів: Кварт, 2013. – 126 с. (Монографія).
3. Кульгінський Є.А. Удосконалення диференційної діагностики та особливості лікування дітей з різними формами ретенції зубів [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Кульгінський Євгеній Анатолійович ; ДУ "Ін-т стоматології АМН України". - О., 2010. - 20 с. :
4. Becker Adrian Orthodontic Treatment of Impacted Teeth, 3rd Edition. – 2012. – 446 p.

АНАЛІЗ ПАРОДОНТАЛЬНОГО СТАТУСУ ПРАЦІВНИКІВ ДЕРЕВООБРОБНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ, ЩО МАЮТЬ ПЕРМАНЕНТНИЙ КОНТАКТ З ДЕРЕВНИМ ПИЛОМ

ТОКАР О.М.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м.Чернівці, Україна

Деревообробна галузь промисловості відноситься до сектору галузей з високим ризиком виникнення професійних захворювань, оскільки передбачає тривалий перманентний вплив на працівників комплексу несприятливих професійно-виробничих факторів, головним серед яких є забруднення повітря виробничого приміщення деревним пилом [1]. Структурні елементи пародонта володіють високою чутливістю до факторів навколишнього середовища, що робить його досить вразливим в умовах впливу несприятливих фізичних та хімічних факторів [2]. Зважаючи на це, розповсюдженість захворювань тканин пародонта серед осіб, які в процесі професійної діяльності контактують з деревним пилом, є актуальним питанням для дослідження [3].

Нами було проведене обстеження 111 працівників підприємства деревообробної промисловості Чернівецької області, яких ми розділили на основну групу (78 осіб), що мають тривалий перманентний контакт з деревним пилом, та контрольну (33 особи) - працівники