На період завершення другого курсу поліхіміотерапії у всіх пацієнтів спостерігалася пастозність обличчя, сухість черевної облямівки губ, їх тріщини та ексфоліації, при цьому, у 15 пацієнтів були наявні явища хейліту. У 17 осіб визначалася еритема слизової оболонки порожнини рота на тлі якої у 13 були наявні поодинокі ерозії розміром 3х5 мм покриті фіброзною плівкою. У 6 хворих візуалізувалися по 4 –5 поряд розташованих ерозивних елементів враження з тенденцією до злиття. Ясна у 17 пацієнтів були гіперемовані з ціанотичним відтінком, а решта 12 мали блідий колір, але у всіх визначався їх набряк. Відчутно погіршувався гігієнічний стан порожнини рота, а діагностичне зондування зубо-ясеневої борозни викликало значну кровоточивість.

Вивчення цитограм букального епітелію встановило значне збільшення в полі зору більш деструйованих епітеліоцитів, розташованих скупченнями різних розмірів і форм ядерної субстанції. На фоні щільного білкового субстрату визначалася значна контамінація коковими мікроорганізмами як самого поля огляду, так і епітеліальних клітин.

Таким чином, результати представлених досліджень вказують на виражений вплив поліхіміотерапевтичних засобів на тканини пародонта і слизову оболонку порожнини рота, що потребує розробки раціональних симптоматичних і патогенетичних лікувально-профілактичних комплексів, спрямованих на зменшення стоматотоксичності і нівелювання їх впливу на анатомічні структури порожнини рота.

ОЦІНКА РИЗИКУ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ЗДОРОВ‘Я ЛЮДИНИ.

Федосов Д. В., Катрушов О.В.
Полтавський державний медичний університет

Ризик – це усвідомлена небезпека виникнення події з певними у просторі та часі, небажаними наслідками для здоров’я людини. Ризик величина кількісна. Ризик характеризується або величинами від нуля (означає впевненість у тому, що шкода не буде нанесена нікому) до одиниці (означає впевненість у тому, що шкода буде нанесена усім), або як очікувана частота несприятливих ефектів, що виникають у популяції від визначеного шкідливого впливу. Перший спосіб вираження ризику іноді трактується як індивідуальний, другий – як популяційний ризик [1].

Небезпека (загроза) – це природне чи техногенне явище з прогнозованими, але неконтрольованими загрозами виникнення небажаних подій у певний момент часу та в межах даної території, що здатні завдати шкоду здоров’ю людей, матеріальних збитків та ін. Небезпека величина якісна.

При вивченні здоров’я людини (групи людей) з позиції ризику (небезпеки) виділяють наступні види ризику: індивідуальний, соціальний, відносний і привнесений, кумулятивний і додатковий. При здійсненні оцінки

погіршення стану здоров'я людини виділяють наступні види ризику: відносний, атрибутивний, атрибутивний популяційний та популяційна фракція атрибутивного ризику.

Для зручності користування та уніфікації існує класифікація ризику (небезпеки) в системі охорони здоров'я та організації медичного забезпечення населення. В основу класифікації було покладено шість найбільш важливих характеристик ризиків:

1) родо-видові (*рід, вид, походження, об'єкт)*;

2) місце реалізації (*періодичність, середовище, сфера та черговість виникнення*);

3) збитки від реалізації (*ступінь впливу на людину*);

4) вплив на ризик фактору часу (*структура виникнення, характер впливу, врахування фактору часу, тривалість дії, частота впливу*);

5) прогнозованість (*ступінь прогнозованості, спектр дії, рівень втрат (збитків), ступінь усунення, ступінь компенсації, керованість*);

6) вид управлінського рішення (*рівень, час та тип прийняття рішень*).

Ґрунтуючись на визначенні "ризику" та "небезпеки", які наведені вище, а також на досвіді побудови системних класифікацій, можна запропонувати узагальнюючу класифікацію ризику та небезпек в системі охорони здоров'я загалом.

Згідно класифікації фактори ризику поділяють: за родом - природні, техногенні, змішані; за видом небезпек - фізичні, хімічні, біологічні, інформаційно-семантичні, комплексні; за походженням - космічні, абіогенні, біогенні, біологічні, біотичні, природно-антропогенні, антропогенні, антропічні; за об'єктом - індивідуальний, груповий (соціальний, колективний, етологічний, соціально-економічний, соціально-психологічний), видовий; за черговістю виникнення - первинний, вторинний; за періодичністю виникнення - періодичний, неперіодичний; за середовищем виникнення - атмосферний, водний, геоморфологічний, едафічний, фізіологічний, генетичний, популяційний, біоценотичний, екосистемний, біосферний; за місцем виникнення - зовнішні та внутрішні (обидва види ризику мають власну велику класифікацію); за ступенем впливу на людину - летальний, екстремальний, лімітуючий, турбуючий, канцерогенний, мутагенний, тератогенний; за ступенем впливу на організацію медичного забезпечення військ - прийнятний, критичний, катастрофічний; за структурою виникнення - прості, похідні; за характером впливу - активні, пасивні; за врахування фактора часу - статичні і динамічні; за тривалістю дії - короткострокові, середньострокові, довгострокові; за частотою впливу - разовий, періодичний, постійний; за ступенем прогнозованості - прогнозований, не прогнозований; за спектром дії - вибіркової дії, загальної дії; за рівнем втрат (збитків) - мінімальні, середні, оптимальні, максимальні, критичні, катастрофічні; за ступенем усунення - ті що усуваються повністю, частково, не усуваються взагалі; за ступенем компенсації - компенсовані, частково-компенсовані та некомпенсовані; за керованістю - керовані,

некеровані; за рівнем прийняття рішень - макроекономічні та мікроекономічні; за часом прийняття рішень - випереджувальні, своєчасні і запізнілі; за типом прийняття рішень - раціональні (обґрунтовані), нераціональні (необґрунтовані), авантюрні (азартні); за імовірністю виникнення ситуації - стохастичні (на умовах імовірності виникнення), нестохастичні (на умовах невизначеності) і конкурентні (на умовах конфлікту); за об'єктивністю - з об'єктивною імовірністю, з суб'єктивною імовірністю та з суб'єктивно-об'єктивною імовірністю; за рівнем прийнятності - безумовно прийнятний, прийнятний, неприйнятний; за ступенем правомірності - правомірні, неправомірні; за сприйняттям людьми - добровільні, примусові.

Характеристика ризику – завершальний етап оцінки ризику, на якому синтезуються дані попередніх трьох етапів і пов'язаних з ними невизначеностей для обґрунтування висновків у кількісній, напівкількісній чи описовій формі, що повинні бути передані особі чи організації, що приймає рішення в сфері екологічної політики і керування здоров'ям населення, або ж суб'єкту господарської діяльності, за замовленням якого проводилася оцінка ризику.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ НЕВРИТІВ НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Фурман Р. Л., Гаджула Н. Г., Поліщук С. С., Барило О. С., Свистунов Д. М., Кузько О. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Найчастіше, травматичні переломи нижньої щелепи в області тіла та кута супроводжуються пошкодженням нижньоальвеолярного нерва в нижньощелепному каналі. З огляду на те, що нерв досить еластичний, повного перерізування не спостерігається, а відбувається його часткове пошкодження або стиснення. Клінічна симптоматика при стисненні нерва в каналі нижньої щелепи характерна для травматичного невриту. До лікування посттравматичних ушкоджень нижньощелепного нерва лікарі приступають тільки після появи у потерпілих виразної клінічної симптоматики, зазвичай пізно, що значно знижує ефективність терапії, яка проводиться.

Мета: оцінити клінічну ефективність використання препарату нуклеотидів при лікуванні переломів нижньої щелепи, що супроводжуються посттраматичними невритами нижньоальвеолярного нерва.

Матеріали та методи дослідження. Проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 50 хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижньоальвеолярного нерва. В групі порівняння (n=25) проводили зіставлення уламків і двощелепове шинування, призначали антибіотик широкого спектру дії та нестероїдний протизапальний препарат. В основній групі (n=25) застосовували аналогічну терапію, але додатково вводили