Висновки та перспективи подальших розробок

1. Диференційний підхід до психологічної підтримки хворих дітей з урахуванням проявів тривоги та типів агресії сприяє покращенню соціальної адаптації, психоемоційного статусу, взаємовідношень у колективі. Психологічна допомога матерям дітей, що виховують дітей після лікування онкогематологічних захворювань, сприяє вірогідному зниженню проявів особистісної та реактивної тривожності.

Слід визнати необхідним продовження досліджень психологічного стану дітей та матерів у процесі різних комплексів реабілітації на етапах санаторно-курортного лікування.

Список посилань

1. Анопрієнко, О. В., Дубиніна, Т. Ю., & Кубаля, Н. О. (2010). Проблеми адаптації дітей з онкогематологічною патологією до умов стаціонарного лікування та етапи їх психологічної реабілітації на різних стадіях хвороби. *Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия*, 2(62), 12-16.
2. Дерманова, И. Б. (2002). Диагностика эмоционально-нравственного развития (с. 124-126). СПб.: Речь.
3. Колыгин, Б. А., & Кулева, С. А. (Ред.). (2011). Последствия противоопухолевой терапии у детей. СПб.: Гиппократ.
4. Мирошкін, Р. Б., Фісун Є. В., & Філіппова, Н. Є. (2010). Психологічна реабілітація сімей з дітьми, які перенесли онкологічне захворювання. *Практична психологія та психоаналіз*, 3, 24-28.
5. Равич-Щербо, И. В., Румянцев, А. Г., & Киян, И. Г. (2004). Психологические особенности детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом. Вопросы психологии, 6, 85-92.
6. Хайтович, М. В. (1999). Якість життя у дітей, хворих на вегетативну дисфункцію. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*, 4, 84-85.
7. Яньшин, П. В. (2007). Клиническая психодиагностика личности. СПб.: Речь.
8. Stam, H., Oort, F. J., & Last, B. F. (2008). Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment. *Psychooncology,* 5(17), 448-459.

Шаповалова А.А., Бабов К.Д.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РОДИТЕЛЯМИ

Резюме. *Цель работы состояла в характеристике динамики психологического состояния детей в период ремиссии онкогематологических заболеваний в комплексе реабилитации в условиях санатория для детей с родителями. Использован дифференцированный подход к психологической поддержке больных детей с учетом проявлений тревоги и типов агрессии, который содействует улучшению социальной адаптации, психоэмоционального статуса, взаимоотношений в коллективе. Установлено, что психологическая помощь матерям детей, которые воспитывают детей после лечения онкологематологических заболеваний, содействует достоверному снижению проявлений личностной и реактивной тревожности.*

Ключевые слова: *дети, онкогематологические заболевания, психологическая реабилитация.*

Shapovalova A.A., Babov K.D.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN IN THE PERIOD OF REMISSION OF ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES IN THE CONDITIONS OF SANATORIA FOR CHILDREN AND PARENTS

Summary. *The objective: to characterize the dynamics of psychological state of children during the remission of oncohematological diseases in the rehabilitation complex conducted in a sanatorium for children and parents. Differentiated approach to the psychological support of sick children is used. Manifestations of anxiety and types of aggression were taking into account. The approach mentioned contributes to the improvement of social adaptation, psycho-emotional status, and relationships in society. It is established that psychological help to the mothers who bring up children after oncological diseases treatment, causes a significant decrease in the manifestations of personal and reactive anxiety.*

Key words: *children, oncohematological diseases, psychological rehabilitation.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Насібуллін Б.А.

Стаття надійшла до друку 26.04.2017р.

Шаповалова Ганна Анатоліївна - к.мед.н., доцент, докторант ДУ "Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України"; +38(067)6087606; anna30@bk.ru
Бабов Костянтин Дмитрович - д.мед.н., професор, директор ДУ "Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України"; +38(048)7280653; mrik@kurort.odessa.net

© Дудник В.М., Куцак О.В.

УДК: 616.248-053-056.3

Дудник В.М., Куцак О.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ПРЕМОРБІДНИЙ ФОН РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ФУНКЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ

Резюме. *У статті висвітлені патогенетичні та етіологічні особливості розвитку супутньої патології та оцінена функція зовнішнього дихання у 316 дітей, хворих на бронхіальну астму. Серед 253 пацієнтів з персистуючою БА мали місце різно-*

манітні алергічні прояви. Побутові алергени домінували серед інших неінфекційних чинників та становили 40,93% (p<0,05), переважали у хлопчиків (28,82%; p<0,05) у віковій групі 6-7 років. Результати досліджень етіологічних чинників, які викликають загострення інтермітуючої БА виявили переважання побутових алергенів в групі пацієнтів 8-12 (16,98%) та 13-16 років (20,76%; p<0,05). Спірометричні дослідження функції зовнішнього дихання засвідчили зниження відносних величини ЖЕЛ, ФЖЄЛ, ОФВ1, індекса Тіффно та ПОШВ хворих відносно показників практично здорових дітей (p<0,05), переважно у дітей з персистуючою БА.

Ключові слова: *діти, бронхіальна астма, алергени, функція зовнішнього дихання.*

Вступ

Протягом останніх десятиліть поширеність алергічних захворювань серед дітей неухильно зростає, на різні форми алергії хворіє від 10-60% населення земної кулі [4, 5], в тому числі 10% дітей [6]. Алергічні захворювання (АЗ) представляють собою системну патологію, що провокує частому поєднанню преморбідності деяких форм алергічної патології у дітей [1].

Мета - дослідити преморбідний фон та функцію зовнішнього дихання у дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від форми та важкості захворювання.

Матеріали та методи

В основу роботи покладений клініко-статистичний аналіз результатів лікування та спостереження за 316 дітьми, хворими на бронхіальну астму, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці педіатрії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова у період з 2014 по 2017 роки. Контрольну групу склали 25 практично здорових дітей відповідного віку та статі. До групи хворих на БА увійшли: 63 дитини (19,94%), з інтермітуючим та 253 (80,06%) - з персистуючим перебігом захворювання. Рівень контролю становив: контрольований перебіг - 44 дитини (13,05%), частково-контрольований - 68 (26,87%) та 141 дитина (55,73%) з неконтрольований перебігом. Стаціонарне обстеження та лікування хворих на БА проводилося згідно Протоколу МОЗ України №868 (08.10.2013) [3] та Глобальної стратегії лікування та профілактики бронхіальної астми GINA-2017 [4]. Тип порушень зовнішнього дихання оцінювали на підставі показників життєвої ємності легень (ЖЄЛ), форсованої ЖЄЛ (ФЖЄЛ), об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ1) та індекса Тіффно (ІТ) [2].

Алергологічне дослідження допомагало визначити індивідуальні фактори ризику: позитивні результати шкірних проб (прик-тест, як найбільш специфічний).

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою методів варіаційної статистики із використанням стандартного пакету прикладних програм багатомірного варіаційно - статистичного аналізу "STATISTIKA 6,0", який належить ЦНІТ Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA для Windows'XP (ліцензійний №RKKFD-W8DDF-6PMC4-KX3WW-CR6TI).

Результати. Обговорення

Нами проаналізований преморбідний фон розвитку БА у дітей як при персистуючому так і при інтермітуючому перебігу захворювання у хлопчиків та дівчаток (табл. 1).

З високою статистично значущою різницею (p<0,05) алергічний риніт та побутова алергія часто зустрічалися у хлопчиків як при персистуючій БА (алергічний риніт: 113 - 24,62% та 76 - 16,55%, відповідно побутова алергія), так і при інтермітуючій БА (алергічний риніт: 31 - 6,75% та 19 - 4,14%, відповідно побутова алергія).

В таблицях 2 та 3 наведені специфічні алергени, що викликали загострення персистуючої та інтермітуючої БА залежно від віку дітей. (табл. 2).

Аналіз представлених матеріалів свідчить, що у 253

Таблиця 1. Розподіл частоти супутньої патології у дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від тяжкості захворювання.

Супутні захворювання	Тяжкість перебігу бронхіальної астми							
	Персистуюча (n=253; 80,06%*)				Інтермітуюча (n=63; 19,94%)			
	Хлопчики, n=193		Дівчатка, n=60		Хлопчики, n=43		Дівчатка, n=20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Алергічний риніт	113	24,62*	35	7,63	31	6,75*	10	2,18
Атопічний дерматит	11	2,4	7	1,53	3	0,65	2	0,44
Побутова алергія	76	16,55*	26	5,67	19	4,14*	7	1,53
Ожиріння	17	3,7	3	0,65	7	1,52	1	0,22
Викривлення носової перетинки	5	1,09	2	0,44	6	1,31	1	0,22
Інші	46	10,02	15	3,26	14	3,05	2	0,44
Загалом	268	58,38*	88	19,18	80	17,42*	23	5,02

Примітки: * - p<0,05 - статистично значуща різниця між групами дітей з персистуючою та інтермітуючою бронхіальною астмою.

Таблиця 2. Специфічні алергени, що викликають загострення персистуючої бронхіальної астми залежно від віку дітей.

Алергени / Вік	Харчові		Побутові		Пилкові		Епідермальні		Всього	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6-7 років, n=47	22	6,69	60	18,24*	22	6,69	8	2,45	112	34,04
8-12 років, n=134	24	7,29	35	10,64*	20	6,08	18	5,47	97	29,48
13-16 років, n=62	31	9,42	54	16,41*	12	3,65	11	3,34	108	32,83
17-18 років, n=10	5	1,52	-	-	7	2,12	-	-	12	3,65
Загалом, n=253	82	24,92	149	45,29	61	18,54	37	11,25	329	100

Примітки: * - p<0,05 - статистично значуща різниця між групами алергенів.

Таблиця 3. Специфічні алергени, що викликали загострення інтермітуючої бронхіальної астми залежно від віку дітей.

Алергени / Вік	Харчові		Побутові		Пилкові		Епідермальні		Всього	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6-7 років, n=4	4	7,55*	3	5,66	2	3,77	1	1,89	10	18,87
8-12 років, n=24	5	9,43	9	16,98*	4	7,55	4	7,55	22	41,51*
13-16років, n=34	3	5,66	11	20,76*	3	5,66	2	3,77	19	35,85*
17-18років, n=1	1	1,89	-	-	-	-	1	1,89	2	3,77
Загалом: n=63	13	24,53	23	43,4	9	16,98	8	15,09	53	100

Примітки: * - p<0,05 - статистично значуща різниця між групами алергенів.

Таблиця 4. Показники функції зовнішнього дихання у дітей, хворих на бронхіальну астму та практично здорових дітей.

Показники	Всі хворі на БА, n=316	Хворі на персистуючу БА, n=253	Хворі на інтермітуючу БА, n=63	Практично здорові діти, n=25
ЖЕЛ(%)	73,93±0,44*	71,62±0,37*	83,23±1,00*	91,28±0,13
ФЖЕЛ(%)	73,08±0,42*	70,85±0,36*	82,03±0,93*	95,92±0,12
ОФВ1(%)	64,7±0,58*	61,08±0,47*	79,28±0,97*	91,97±0,12
Індекс Тіффно	87,93±0,52*	85,75±0,54*	96,95±0,85	95,87±0,10
ПОШВ (%)	73,49±0,27*	71,93±0,21*	79,76±0.56*	83,32±0,18

Примітки: * - p<0,001 - статистично значуща різниця відносно показників практично здорових дітей.

пацієнтів з персистуючою БА мали місце різноманітні алергічні прояви. Побутові алергени домінували серед інших неінфекційних чинників, становили 40,93% (p<0,05) та переважали у хлопчиків (94 - 28,82%; p<0,05) лише у групі 6-7 років і були у 16,59%. З них 47 хлопчиків, що становить 12,91% (p<0,05) та 13 дівчаток - 3,58%. Статистично значущих статевих відмінностей в інших вікових періодах життя пацієнтів нами не виявлено (p<0,05). В групі 17-18 років загострень БА, етіологічним чинником яких могли бути побутові алегени, взагалі виявлено не було.

Епідермальні (шерсть, волосся, лупа тварин), пилкові (пилок трав, дерев), харчові рослинного та тваринного походження (фрукти, овочі, злакові, м'ясо, риба, яйця), медикаментозні алергени загострень персистуючої БА з одаковою частотою зустрічалися у всіх вікових групах як у хлопчиків так і у дівчаток.

Результати досліджень етіологічних чинників, які викликають загострення інтермітуючої БА (табл.3) виявили переважання побутових алергенів статистично значимо в групі пацієнтів 8-12 (9 дітей - 16,98%) та 13-16 років (11 дітей - 20,76%; p<0,05) (табл.3).

Результати дослідження функції зовнішнього дихання у дітей, хворих на БА, показали, що величини ЖЕЛ та ФЖЄЛ нижче встановлених норм у здорових дітей (табл.4).

Так рівні показників ЖЕЛ в загальній групі дітей, хворих на БА, були на 17,35%; (p<0,001), а ФЖЕЛ - на 22,84% (p<0,001) нижчими порівняно з практично здоровими дітьми.

Результати спірометричних досліджень у дітей, хворих на інтермітуючу та персистуючу БА, встановили різницю показників ЖЕЛ в 11,01% та виявили статистично значущі відмінності ЖЕЛ (83,23±1,00% та 71,62±0,37%, відповідно; p<0,001), що може бути наслідком не лише збільшенням легеневого опору, але і зниженням пружності легеневої тканини.

У хворих на персистуючу БА середні показники ФЖЕЛ становили 70,85±0,36%, були статистично значуще нижчими результатів дослідження ФЖЕЛ у пацієнтів з інтермітуючим перебігом захворювання на 11,18%, відповідно 82,03±0,94% (p<0,001) та значно нижчими порівняно з практично здоровими дітьми (95,92±0,12%; p<0,001). В свою чергу, ОФВ1 при персистуючому перебігу БА становив всього 61,08±0,47%, а при інтермітуючому - 79,28±0,98%, що становив

Таблиця 5. Показники функції зовнішнього дихання у дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від рівня контролю захворювання.

Рівень контролю БА	ЖЕЛ (%)	ФЖЄЛ (%)	ОФВ1 (%)	Індекс Тіффно (%)	ПОШВ (%)
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
Хворі на БА, n=253	71,62±0,37*	70,85±0,36*	61,08±0,47*	85,75±0,54*	71,93±0,21*
Контрольована, n=44	73,75±0,98*	74,00±0,87*	63,90±1,22*	86,40±1,38*	73,65±0,51*
Частково-контрольована, n=68	72,94±0,59*	71,97±0,57*	61,71±0,98*	85,22±1,1*	72,16±0,40*
Неконтрольвана, n=141	70,20*±0,49	69,31±0,49*	60,09±0,57*	86,22±0,68*	71,354±0,29*
Практично здорові діти, n=25	91,28±0,13	95,92±0,12	91,97±0,12	95,87±0,10	83,32±0,18

Примітка: * - p<0,05 - статистично значуща різниця відносно показників практично здорових дітей.

різницю в 18,2%, а також був статистично значуще зниженим порівняно з показниками практично здорових дітей у 1,51 рази (91,97±0,12%; p<0,001).

Оскільки наведені результати досліджень свідчать про пропорційне зниження ОФВ1 і ФЖЕЛ, як у дітей, хворих на персистуючу так і на інтермітуючу БА, можна припустити, що це ознака, яка характеризує опір дихальних шляхів, підвищення аеродинамічного опору, особливо при персистуючому перебігу захворювання. Відповідно, при звуженні дихальних шляхів, видих подовжується і значення ОФВ1 зменшується.

У хворих з персистуючим перебігом БА індекс Тіффно був вищим, за рахунок зниження ОФВ1 (61,08±0,47%), ніж ФЖЕЛ (70,85±0,36%; p<0,001), що більш характерно для обструктивного синдрому, який переважає у пацієнтів у період загострення. Для дітей з інтермітуючим перебігом захворювання індекс Тіффно на 11,2% є вищим порівняно з показниками персистуючого перебігу захворювання (85,75±0,54%). Показники пікової об'ємної швидкості видиху (ПОШВ) у пацієнтів з інтермітуючою БА були на 7,83% вищими порівняно з персистуючою БА (71,93±0,21%; p<0,001).

Показники спірометрії також знижувались при зменшенні рівня контролю бронхіальної астми (табл. 5).

Так при контрольованому перебігу показник ОФВ1 був у 1,44 рази нижчим порівняно з практично здоровими дітьми, ФЖЕЛ - в 1,3 рази, індекс Тіффно - в 1,11, а ПОШВ - в 1,13 рази. Нами відмічено зниження ОФВ1 і ФЖЕЛ при неконтрольованому перебігу у 1,06 рази у порівнянні з контрольованими формами.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Серед найбільш значущих алергенів у пацієнтів з бронхіальною астмою, залежно від форми та тяжкості перебігу захворювання є побутові та харчові алергени.

2. Побутові алергени при персистуючій БА домінували серед інших неінфекційних чинників, становили 40,93% (p<0,05) та переважали у хлопчиків (28,82%; p<0,05)) лише у віковій групі 6-7 років, натомість, для інтермітуючого перебігу захворювання в даному віці характерною була харчова алергія (7,55%; p<0,05).

3. Алергічний риніт та побутова алергія частіше зустрічаються у хлопчиків, як при персистуючій БА (алергічний риніт: 24,62% та 16,55%, відповідно побутова алергія) так і при інтермітуючій БА (алергічний риніт: 6,75% та 4,14%, відповідно побутова алергія).

4. У хворих з персистуючим перебігом бронхіальної астми ФЖЕЛ була нижчою на 11,18%, порівняно з інтермітуючим перебігом захворювання (p<0,001); ОФВ1 при персистуючому перебігу БА на 18,2% виявився нижчим ніж ОФВ1 при інтермітуючому перебігу. Індекс Тіффно був вищим на 9,77% за рахунок зниження ОФВ1 (61,08±0,47%), ніж ФЖЕЛ (70,85±0,36%; p<0,001), а також на 11,2% являється вищим порівняно з показниками персистуючого перебігу захворювання. ПОШВ у пацієнтів з інтермітуючою БА були на 7,83% вищими порівняно з персистуючою БА (p<0,001).

5. При контрольованому перебігу показник ОФВ1 був у 1,44 рази нижчим порівняно з практично здоровими дітьми, ФЖЕЛ - в 1,3 рази, індексТіффно - в 1,11, а ПОШВ - в 1,13 рази.

Перспектива подальших досліджень полягає у вивчені патогенетичних механізмів розвитку атопічної бронхіальної астми, на основі генетично детермінованих факторів.

Список посилань

1. Зайков, С. В., Гришило, П. В., & Варицкая, А. А. (2016). Алергический ринит и эозинофильный эзофагит как возможные коморбидные заболевания. *Педиатрия. Восточная Европа*, (3), 4, 462-474.
2. Сабадош, М. (2016). Показники функціонального стану системи дихання в дітей, хворих на рецидивуючий бронхіт. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві,* 3, 85-90.
3. Уніфікований клінічний Протокол МОЗ України №868. (2013).
4. Global Initiative for asthma. Глобальна стратегія лікування та профілактики бронхіальної астми GINA-2017.
5. Nishimuta, T., Kondo, N., & Hamasaki Y. (2011). Japanese Guideline for Childhood Asthma. *Allergology International,* 60 (2), 147-169.
6. Weryszko-Chmielewska, E., & Piotrovska, K. (2010). Pylek ambroziy i iwy w powietru Lublina i Lwowa. *Annales Universitati sMariae Curie-Sklodowska*, 8, 341-348.

Дудник В.М., Куцак О.В.

ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Резюме. *В статье освещены патогенетические и этиологические особенности развития сопутствующей аллергической и неаллергической патологии у 316 детей, больных бронхиальной астмой. Среди 253 пациентов с персистирующей БА имели место разные аллергические проявления. Бытовые аллергены доминировали среди других неинфекционных факторов и составили 40,93% (p<0,05) и преобладали у мальчиков (28,82%; p<0,05) только в возрастной группе 6-7 лет. Результаты исследований этиологических факторов, которые вызывают обострение интермитирующей БА обнаружили преобладание бытовых аллергенов в группе пациентов 8-12 (16,98%) и 13-16 лет (20,76%; p<0,05). Спирометрические исследования функции внешнего дыхания показали снижение относительных величины ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, индекса Тиффно и ПОСВ больных относительно показателей практически здоровых детей (p<0,05), преимущественно у больных с персистирующей БА.*

Ключевые слова: *дети, бронхиальная астма, аллергены, функция внешнего дыхания.*

Dudnyk V.M., Kutsak O.V.

PREMORBID BACKGROUND OF BRONCHIAL ASTHMA DEVELOPMENT AND FUNCTION OF EXTERNAL RESPIRATION IN CHILDREN

Resume. *The article deals with the pathogenetic and etiological features of the development of concomitant allergic and non-allergic pathology in 316 children with bronchial asthma. Among the 253 patients with persistent asthma, there were various allergic manifestations. Predominant allergens dominated among other non-infectious factors and accounted for 40.93% (p<0.05) and prevailed in boys (28.82%; p<0.05) only in the age group of 6 to 7 years. The results of studies of etiological factors that exacerbated intermittent asthma revealed predominance of household allergens in the group of patients 8-12 (16.98%) and 13 to 16 years (20.76%; p<0.05). Spirometric studies of the function of external respiration showed a decrease in the relative values of FEV, OFV, FEV1, PEF and Tiffen's index and relative to the indices of practically healthy children (p<0.05).*

Key words: *children, bronchial asthma, allergens, external respiration function.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Токарчук Н.І.

Стаття надійшла до редакції 15.05.2017 р.

Дудник Вероніка Михайлівна - д.мед.н., професор, завідувач кафедри педіатрії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(067)7449148
Куцак Олеся Володимирівна - аспірант кафедри педіатрії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова; ovkytsak@gmail.com; +38(098)9044546

© Брехлічук П.П., Костенко С.Б., Гончарук-Хомин М.Ю.

УДК: 616-06:616-079.66:122:167.7

Брехлічук П.П., Костенко С.Б., Гончарук-Хомин М.Ю.
ДВНЗ "Ужгородський національний університет" (вул. Університетська, 16/а, м. Ужгород, 88000, Україна)

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМПЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ХОДІ ОЦІНКИ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ НА ЕТАПАХ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Резюме. *В результаті проведеного аналізу вдалось встановити, що використання томографічних методів дослідження забезпечує вищі діагностичні можливості оцінки переломів нижньої щелепи у порівнянні із методами ортопантомографії, прицільної рентгенографії чи позаротової рентгенографії виконаної у різних проекціях. За показниками чутливості, специфічності, прогностично позитивного та прогностично негативного результатів методу КПКТ є аналогічним методу КТ у випадках діагностики травм нижньощелепової кістки, проте характеризується меншим рентгенологічним навантаженням, вищою доступністю та меншою вартістю процедури. У випадках високої підозри на ризик ураження краніальних структур при переломах нижньої щелепи аргументування томографічного дослідження рекомендовано проводити за алгоритмом запропонованим Czerwinsi та колеги (2008). Ефективність використання діагностичного методу візуалізації переломів нижньощелепової кістки у формі конусно-променевої томографії з позицій ієрархічного підходу за Fryback-Thorbury є очевидною на усіх шести рівнях, що дозволяє рекомендувати даний метод для застосування у судово-стоматологічній практиці та в ході планування та контролю результатів стоматологічного лікування.*

Ключові слова: *переломи нижньої щелепи, методи оцінки, конусно-променева комп'ютерна томографія.*

Вступ

За даними результатів ретроспективного аналізу первинної медичної документації, проведеного Локес Е.П., поширеність переломів нижньої щелепи серед 2396 хворих, пролікованих в межах щелепно-лицевого відділення, складала 27%, серед яких найбільш частими були односторонні переломи в області кут та тіла щелепи (32,5% та 20,2% відповідно) [6]. При цьому, Барило О.С. та Фурман Р.О. при комплексному аналізі больового синдрому у хворих з переломами нижньої щелепи відмітили, що постраждалі зі щелепно-лицевими травмами становлять від 20 до 40% пацієнтів стаціонарних хірургічних відділень [1]. Дані отримані Лісо-