

Merz) (the main group). In patients undergoing combination treatment lost functions were restored quite promptly and 2 months after the observation their functional state was satisfactory (the NIH Stroke Scale: the main group – 2.49±0.78, the control group – 5.53±0.69, p=0.009); moreover, the subscale “language” differed significantly from that in patients receiving basic therapy only ($\delta < 0.05$). Due to the blockade of NMDA receptors, which contributes to the reduction in the intensity of the “excitotoxicity cascade” preserving the penumbral area as well as due to the increase in dopamine concentration both by increasing

the release and blocking the re-uptake in presynaptic nerve cells, the use of amantadine sulfate is a pathogenetically justified means of cerebroprotection in the acute phase of ischemic stroke. The use of PK-Merz is proven to contribute to rapid recovery of consciousness, significant regression of neurological deficit resulting in disability reduction.

Keywords: ischemic stroke; amantadine sulfate; Bispectral Index

Надійшла 16.06.2016 року.

УДК: 616.612.75] - 053.5/6 : 616.2/6-036.12(477)

Григорова А.О.

Стан тканин пародонту та психофізіологічна аддикція: ефективність лікувально-реабілітаційних комплексів у пацієнтів з пошкодженнями та захворюваннями щелепно-лицевої ділянки

Харківський національний медичний університет

Комунальний заклад охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна лікарня – Центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф»

Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт Харківського національного медичного університету МОЗ України (ректор – чл.-кор. НАМН України, професор В.М. Лісовий), зокрема кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії (наук. кер. - проф. В.П. Рузін) «Лікування та реабілітація при захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки з урахуванням психофізіологічного стану пацієнтів» (2013-2015 р.) та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи автора.

Резюме. За результатами клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями та запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки доведено, що наявність нікотинної психофізіологічної аддикції є значимою передумовою ефективного лікування пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки, та у разі застосування розширеного лікувально-реабілітаційного комплексу можлива більша ефективність за рахунок зменшення у післяімобілізаційному періоді потреби у лікуванні пародонту на 27,6%. У пацієнтів з нікотинною психофізіологічною аддикцією на тлі запальних захворювань у разі застосування можливе досягнення більшої ефективності за рахунок зменшення потреби у лікуванні пародонту на 21,8%. Одже, діагностику та урахування типу психофізіологічної аддикції при застосуванні визначених лікувально-реабілітаційних комплексів можна розглядати у якості додаткових критеріїв індивідуалізації комплексного лікування, що дозволяє враховувати психофізіологічний стан пацієнтів.

Ключові слова: хірургічна стоматологія, психофізіологічні стани залежності, пародонт.

Вступ. Вивчення психофізіологічних особливостей аддитивних станів (станів залежності від психоактивних речовин) та їх вплив на перебіг патології знаходиться у стадії клінічних досліджень, однак відомо, що нікотинна психофізіологічна аддикція (нПФА) є найбільш поширеним явищем [2, 7, 9, 10]. Водночас, в клініці хірургічної стоматології вплив нПФА системно не досліджувалась, хоча як правило в клінічних дослідженнях пацієнтів з пошкодженнями та запальними захворюваннями (ЗЗ) щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), насамперед при відображенні причин ускладненого перебігу післяопераційного / післяімобілізаційного періоду окремими науковцями аналізувався вплив паління [1, 12].

У популяційній та клінічній пародонтології, як відомо, паління розглядається у якості фактора негативного впливу на загальний клінічний стоматологічний статус [1, 3, 6, 12], однак не досліджено вплив інтенсивності та стажу паління цигарок на формування рівня потреби у лікуванні пародонту та вплив нПФА на структуру та ефективність окремих

лікувально-реабілітаційних програм, зокрема пацієнтів спеціалізованого стаціонару хірургічної стоматології.

Мета дослідження полягала у вивченні ефективності комплексного лікування шляхом вивчення змін рівня потреби у лікуванні пародонту під впливом різних лікувально-реабілітаційних комплексів у пацієнтів залежно від наявності психофізіологічної аддикції (станів залежності).

Матеріали та методи

У дослідження залучено 326 осіб на етапах клінічного моніторингу (КМ). Узагальнений індекс потреби в лікуванні патології пародонту, (CPITN: Community Periodontal Index of Treatment Needs) оцінювався на етапах КМ хворих з ЗЗ ЩЛД (виконано 584 вимірів у 147 осіб в доопераційному, ранньому, пізньому та віддаленому післяопераційних періодах) та осіб з пошкодженнями ЩЛД (виконано 716 визначень у 179 осіб в доімобілізаційному, першому, другому та післяімобілізаційному періодах) із застосуванням стандартного легкого зонду, що має на кінчику кульку діаметром 0,5 мм і чорну смужку на відстані 3,5- 5,5 мм від кінчика зонда. Умовно, РП позподілялася на шість секстантів, обмежених зубами, що мають кодові номери 18÷14, 13÷23, 24÷28, 38÷34, 33÷43 і 44÷48. За умовами методики [1, 12], секстант оглядався лише в тих випадках, якщо в ньому присутні два і більше зубів, і відсутні показання для їхнього видалення; у разі, якщо у секстанті зберігався один зуб, його відповідно включали в попередній секстант. Для визначення глибини кишень, наявності підясенного каменю і кровоточивості ясен проводили зондування індексних зубів з силою зондування до 20 г. Отримані дані вносили до карт оцінки ЗКСС відповідно до кодів: 4 б. - кишень більша 6 мм (чорна ділянка зонда не видима); 3 б. - кишень 4-5 мм (край ясен розташований біля чорної смужки зонда); 2 б. - відчуття присутності каменю при зондуванні, але вся чорна ділянка зонда - видима; 1 б. - кровоточивість відразу після закінчення зондування; 0 - здорові ясна.

Паління цигарок, як прояв психофізіологічної залежності (аддикції) вивчено за показниками стажу, інтенсивності паління та з розрахунком «індексу курця» [2, 10]. Частота паління цигарок та індекс курця був більш високим у пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД (р<0,05). Індекс тривалості паління (ІТП) – співвідношення тривалості паління (в роках) до віку на момент обстеження (в роках) також був вищим у пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД (відповідно, серед 118 пацієнтів з пошкодженнями - 0,296±0,004 од. та серед 58 пацієнтів з ЗЗ ЩЛД - 0,272±0,006 од.). Обидві групи пацієнтів були розподілені на підгрупи, залежно від наявності / відсутності у них аддикційних станів, оскільки добре відомими для клініцистів є факти порушення імунометаболічних та біоенергетичних процесів у цієї категорії пацієнтів [3-5]. Окрім комплексного лікування, передбаченого відповідними клінічними протоколами для пацієнтів з пошкодженнями (¹ЛРК₀) та ЗЗ ЩЛД

Таблиця 1. Рівень потреби у лікуванні пародонту на етапах клінічного моніторингу пацієнтів залежно від наявності психофізіологічної адикції^а

Наявність / відсутність психофізіологічної адикції (ПФА)	Групи пацієнтів							
	Пошкодження ЩЛД				ЗЗ ЩЛД			
	¹ ЛРК ₀		¹ ЛРК ₁		³ ЛРК ₀		³ ЛРК ₁	
	абс.	М±m, од	абс.	М±m, од	абс.	М±m, од	абс.	М±m, од
на момент початку лікування								
відсутність ПФА	39	1,64 ±0,11	22	1,56 ±0,08	75	1,81 ±0,07	24	1,72 ±0,07
наявність ПФА	89	2,67 ±0,12	29	2,41 ±0,07	37	2,56 ±0,09	21	2,27 ±0,08 ^б
Всього за підгрупами	128	2,14 ±0,09	51	1,81 ±0,04 ^б	102	2,13 ±0,11	45	1,96 ±0,08
Всього за нозогрупами	1,94±0,08				2,07±0,10			
на момент закінчення клінічного моніторингу								
відсутність ПФА	39	2,17 ±0,06 ^а	22	2,11 ±0,07 ^а	75	2,19 ±0,04 ^а	24	2,03 ±0,07 ^{а,б}
наявність ПФА	89	3,28 ±0,14 ^а	29	2,57 ±0,10 ^б	37	2,73 ±0,10	21	2,24 ±0,05 ^б
Всього за підгрупами	128	2,87 ±0,10 ^а	51	2,38 ±0,06 ^{а,б}	102	2,37 ±0,06 ^а	45	2,12 ±0,09 ^б
Всього за нозогрупами	2,61±0,08 ^а				2,24±0,08 ^{а,б}			

Примітки: ^а – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником у ранньому післяопераційному / імобілізаційному періоді, при $p \leq 0,05$; ^б – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником групи порівняння, при $p \leq 0,05$

(³ЛРК₀), в частині випадків (29 осіб з пЩЛД та 21 особа з ЗЗ ЩЛД) застосовано удосконалений лікувально-реабілітаційний комплекс (призначення вітамінів групи В, препаратів кальцію і препарату ангіопротекторної та капіляростабілізуючої дії), як для пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД (¹ЛРК₁), так і з ЗЗ ЩЛД (³ЛРК₁); основою реабілітаційних заходів була тілесно-орієнтована фізична реабілітація [4, 5, 11].

Результати та їх обговорення

Нами виконано аналіз потреби у лікуванні пародонту серед 179 осіб з пошкодженнями та 147 осіб з ЗЗ ЩЛД у взаємозв'язку з наявністю психофізіологічних станів нікотинової адикції (діагностику якої проведено за методикою оцінки індексу курця) та застосованим ЛРК. Так, серед 89 пацієнтів контрольної групи (¹ЛРК₀) з пошкодженнями ЩЛД та діагностованою ПФА до початку лікування індекс СРІТН становив 2,67±0,12 од та на момент закінчення КМ достовірно ($p < 0,05$) зріс – до 3,28±0,14 од, що свідчить на користь погіршення загального ЗКСС і, відповідно, зростання потреби у лікуванні пародонту. Водночас, серед 29 пацієнтів, стосовно яких застосовано ¹ЛРК₁ - індекс СРІТН залишався відносно стабільним (відповідно з 2,41±0,07 од до 2,57±0,10 од).

Серед 37 пацієнтів з ЗЗ ЩЛД контрольної групи (³ЛРК₀) з діагностованою ПФА до початку лікування індекс СРІТН становив 2,56±0,11 од та на момент закінчення КМ значимо ($p < 0,05$) не відрізнявся - 2,73±0,10 од. Також,

серед 21 пацієнтів з ³ЛРК₁ індекс СРІТН достовірно не змінився (відповідно становив 2,27±0,08 од та 2,24±0,05 од), а на момент закінчення КМ - достовірно відрізнявся від групи контролю (відповідно становив 2,73±0,10 од та 2,24±0,05 од).

В цілому, при пошкодженнях ЩЛД зареєстровано погіршення стану та зростання потреби у лікуванні пародонту (індекс СРІТН до лікування - 1,94±0,08 од, після - 2,61±0,08 од), тоді як достовірні статистичні відмінності для пацієнтів з ЗЗ ЩЛД – відсутні (індекс СРІТН до лікування - 2,07±0,10 од, після - 2,24±0,08 од).

Зважаючи на ці обставини, нами виявлена диференційована наявністю нікотинової ПФА та лікувально-реабілітаційної тактики ефективність комплексного лікування.

Висновки

1. Наявність нікотинової психофізіологічної адикції є значимою передумовою ефективного лікування пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД та у разі застосування ¹ЛРК₁ досягається його більша ефективність за рахунок зменшення потреби у лікуванні пародонту на 27,6%. У пацієнтів з нікотиновою психофізіологічною адикцією на тлі ЗЗ ЩЛД, у разі застосування ³ЛРК₁ досягається більша ефективність за рахунок зменшення потреби у лікуванні пародонту на 21,8 %.

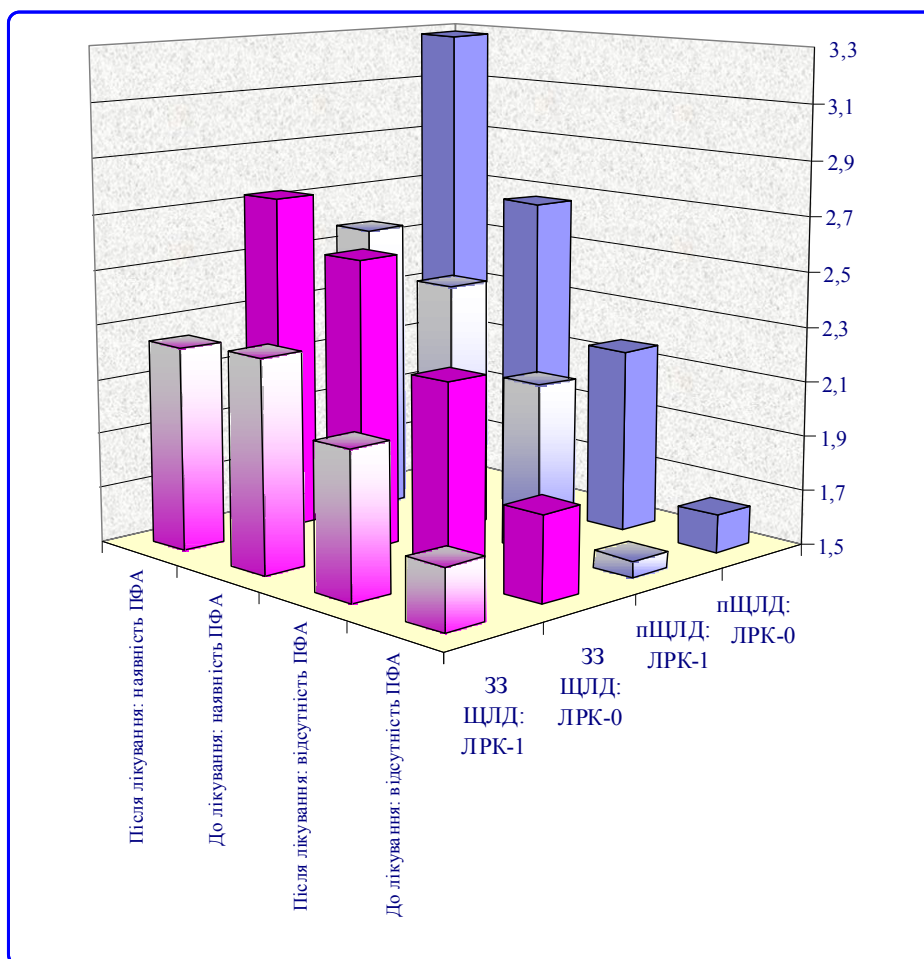


Рис.1. Динаміка зміни рівня потреби у лікуванні пародонту при пошкодженнях та запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки залежно від наявності нікотинової психофізіологічної адикції та застосованого лікувально-реабілітаційного комплексу

2. Діагностику та урахування типу психофізіологічної адикції при застосуванні визначених ЛРК можна розглядати у якості додаткових критеріїв індивідуалізації комплексного лікування, що дозволяє враховувати психофізіологічний стан пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів інших психофізіологічних детермінант.

Література

1. Аболмасов Н.Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта / Н.Н. Аболмасов // *Стоматология*. 2003. - № 4. - С. 34-39.
2. Гавенко В.Л. Наркологія: підручник для студ. мед. вузів III-IV рівнів акредитації, лікарів інтернів і лікарів загальної практики / В.Л. Гавенко // Харківський держ. медичний ун-т. - Харків: Регіон-інформ, 2003. - 244 с.
3. Григорова А.О. Доопераційна стратифікація ризику патології пародонту серед пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки / А.О. Григорова // *Проблеми екологічної та мед. генетики і клінічної імунології*: 36. наук. праць, 2014.-№4(124).- Київ-Луганськ. - С.209-217.
4. Григорова А.О. Клініко-патогенетичний аналіз реабілітаційної тактики хірурга-стоматолога при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки: проблемні питання та інноваційне удосконалення / А.О. Григорова // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології*: Збірник наукових праць, 2014.-№2(122).- Київ-Луганськ. - С.186-193.
5. Григорова А.О. Клініко-патогенетичний аналіз реабілітаційної тактики хірурга-стоматолога при запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки: проблемні питання та інноваційне удосконалення / А.О. Григорова // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології*: Збірник наукових праць, 2014.-№1(121).- Київ-Луганськ. - С.186-193.
6. Григорова А.О. Психофізіологічні передумови удосконалення лікувально-реабілітаційних програм при запальних захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки: частота та характер когнітивної дисфункції / А.О. Григорова // *Актуальні проблеми сучасної медицини*, 2015.-Том 15.-Вип. 3(51).-Частина 2.-С.15-22.
7. Напрєєнко О.К. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами / О. К.

Напрєєнко та інші; за ред. засл. діяча науки і техніки України, д-ра мед. наук, проф. О.К. Напрєєнко. - Київ: Здоров'я, 2011. - 207 с.

8. Основы профессиональной гигиены полости рта: методические рекомендации / Л.Ю. Орехова, Е.Д. Кучумова, Я.В. Стюф, А.В. Киселёв. - СПб.: ПолиМедиаПресс, 2004. - 56 с.

9. Попруженко Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т.В. Попруженко, Т.Н. Терехова // Москва: МЕДпресс-информ. - 2009. - 464 с.

10. Сосін І.К. Наркологія: нац. підруч. для лікарів-наркологів закл. післядиплом. освіти IV рівня акредитації / Сосін І. К. та інші; за ред. І.К. Сосіна, Ю.Ф. Чуєва. - Харків: Колегіум, 2014. - 1499 с.

11. Физическая реабилитация. Руководство // Под ред. С.Н. Попова. - Ростов-на-Дону, 2005. - 359 с.

12. Цепов Л.М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева.-Москва: Медпресс-информ, 2008.-272 с.

A.O. Hryhorova

Periodontal Tissues State and Psychophysiological Addiction: the Effectiveness of Treatment and Rehabilitation Complexes in Patients with Maxillofacial Area Injuries and Diseases

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Communal Health Protection Institution "Kharkiv Regional Clinical Hospital – Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine", Kharkiv, Ukraine

Abstract. The results of the clinical monitoring of patients with injuries and inflammatory diseases of maxillofacial area proved that the presence of nicotine psychophysiological addiction is a significant factor for the effective treatment of patients with maxillofacial area injuries, and in the case of extended treatment and rehabilitation complex greater efficiency is possible due to the reduction of periodontium treatment need by 27.6% in post-mobilization period. In patients with nicotine physiological addiction on the background of inflammatory diseases, in case of its use it is possible to achieve greater efficiency due to the reduction of the periodontium treatment need by 21.8%. Thus, diagnostics and consideration of the type of psychophysiological addiction can be considered as additional criteria of complex treatment individualization taking into account the psychophysiological state of patients in the course of prescribed treatment and rehabilitation complex application.

Keywords: *Surgical Dentistry; psychophysiological addiction state; periodontium.*

Надійшла 21.07.2016 року.

УДК 616-089.168.1-06-037:616.381-07-089

Гринчук А. Ф., Гринчук Ф. В., Полянський І. Ю.

Прогнозування післяопераційних ускладнень при гострому перитоніті

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна, andriygrinchuk1991@gmail.com

Резюме. Вступ. Прогнозування післяопераційних ускладнень (ПУ) є важливим компонентом лікування гострого перитоніту. Жоден з відомих методів не знайшов достатнього визнання.

Мета дослідження. Розробка ефективного методу прогнозування ПУ.

Матеріал і методи. Ретроспективний аналіз результатів лікування 169 хворих на різні форми перитоніту, у 79 з яких були ПУ. Померло 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання. Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри Мангаймського перитонітного індексу (МПІ), класу коморбідності (КК), вік за допомогою дисперсійного аналізу.

Результати дослідження. Прогнозування ускладнень проводиться у два етапи. До операції оцінюється попередній ризик з урахуванням характеру основного захворювання, клінічних проявів перитоніту, КК. Під час операції проводиться остаточна оцінка з урахуванням характеру основного захворювання, МПІ, КК, кількості паличкоядерних нейтрофільних лейкоцитів, застосування запрограмованих повторних санацій очеревинної порожнини. Названим показникам надана визначена кількість

пунктів. За їх сумою хворих відносять до груп звичайного (менше 18), збільшеного (18-25), середнього (26-34) і високого (більше 35) ризику розвитку ускладнень.

Висновки. 1. Запропонований метод дозволяє виділяти групи звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень при гострому перитоніті. 2. Двоетапне прогнозування дозволяє диференційовано застосовувати профілактичні заходи упродовж всього періоду лікування.

Ключові слова. Гострий перитоніт, післяопераційні ускладнення, прогнозування.

Вступ. Прогнозування післяопераційних ускладнень (ПУ) є важливим компонентом лікування гострого перитоніту [1,5]. Численні методи, які базуються на урахуванні різних показників [2,6,7] не знайшли визнання внаслідок значної кількості показників, що зумовлює складність застосування, низької інформативності методів, заснованих