

Установлено, що у жінок з ЛМ співвідношення С/С, С/Т і Т/Т генотипів становило 60,2%, 33,3% і 6,5%, а у пацієнток контрольної групи 64,3%, 33,3% і 2,4% – відповідно ($P=0,402$ по χ^2 -критерію Пірсона). Таким образом, зв'язи між С-1562Т поліморфізмом гена MMP-9 і ЛМ не існують. Також не виявлено асоціації між даним SNP у жінок з ЛМ, течією якої супроводжувалося хронічним обструктивним захворюванням легких (ХОЗЛ) ($P>0,05$) і хронічним гастритом ($P>0,05$).

Ключевые слова: матриксная металлопротеиназа-9, однонуклеотидный полиморфизм, лейомиома матки, ХОЗЛ, гастрит.

Стаття надійшла 10.12.2014 р.

gene polymorphism was conducted with the help of polymerase chain reaction method with further restriction fragments length analysis while allocating them by electrophoresis in agarose gel. Statistical data processing was carried out with the help of SPSS-17 software package. In addition, the differences were determined by χ^2 criterion. Values with $P<0,05$ were accepted as accurate. Results. The received results show the absence of considerable differences in the distribution of genotypes by the polymorphism C-1562T of the MMP-9 gene between patients diagnosed with leiomyoma and patients of the control group.

Key words: matrix metalloproteinase-9, single nucleotide polymorphism, leiomyoma, COPD, gastritis.

Рецензент Старченко І.І.

УДК 616.716.8-002-053.2-085

Н. І. Ткаченко, Н. М. Коротич, Н. М. Дохматова
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЕКОНОМІЧНИЙ ЕФЕКТ ВІД ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ СХЕМ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ХРОНІЧНИМ ПАРЕНХІМАТОЗНИМ ПАРОТИТОМ

В наведеній статті представлено результати підрахунку загального економічного ефекту від застосування нових наукових розробок співробітників кафедри дитячої хірургічної стоматології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», що стосуються комплексного лікування гострих гнійних запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей та загострення хронічного паренхіматозного паротиту. Ці впровадження в повсякденну клінічну практику за стаціонарних та амбулаторних умов дозволять значно зменшити матеріальні витрати.

Ключевые слова: дети, экономический эффект, схемы лечения.

Проблема гострих і хронічних запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей відноситься до однієї із найбільш актуальних в сучасній хірургічній стоматології. За даними науковців, серед них в структурі гострих процесів превалюють лімфаденіти, одонтогенний остеомиєліт, аденофлегмони, а серед хронічних перше місце займає хронічний паренхіматозний паротит, на долю якого приходить 78% від всіх нозологічних форм хронічних сіаладенітів [2, 4, 5, 7, 12, 13, 16]. Звертає на себе увагу і значне погіршення за останні роки умов якості життя та харчування внаслідок загальної тенденції, пов'язаної з економічною ситуацією, впливом фізичних, хімічних, біологічних негараздів, що суттєвим чином впливає на загальний стан здоров'я дітей [6, 8, 10, 15].

Якщо в лікуванні гострих гнійних одонтогенних та неодонтогенних патологічних процесів вдається досягти певних відчутних успіхів за рахунок арсеналу сучасних нових фармакологічних препаратів, то в терапії хронічних захворювань залишається безліч проблем. Зокрема, відсутність єдиної точки зору на їх етіологію, складові компоненти патогенезу, часте виникнення рецидивів і нетривалі періоди ремісії спричиняють відповідні труднощі у вирішенні питань підвищення якості допомоги хворим цих категорій [1, 7, 9, 11, 14].

На даний час багато аспектів цієї проблеми активно вивчається і більшість заходів спрямовані на пошук найбільш раціональних, патогенетично обґрунтованих способів та методів впливу на запальний процес з позиції вибору лікувальних засобів, доз, схем тощо [2, 3, 5, 7, 14].

Метою роботи був пошук нових методів лікування та проведення аналізу економічної ефективності їх застосування.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом дослідження були результати клінічного обстеження і лікування протягом 4 років (2009-2013) 424 хворих. За рік лікувалося 170-180 дітей. Із них в середньому 99 дітей з гострим гнійним лімфаденітом щелепно-лицевої ділянки різної анатомічної локалізації, 31 - з гострим одонтогенним остеомиєлітом, 25 - з аденофлегмоною та 26 дітей з загостренням хронічного паренхіматозного паротиту. Хворі були розділені за кількістю на практично рівнозначні групи. На першому етапі було прораховано кількість днів, проведених хворими на стаціонарному лікуванні і затрачених на ліквідацію загострення хронічного запалення в привушних залозах. У них було проведено встановлення результативності протокольного лікування для кожної нозологічної форми захворювання [18].

Друга група хворих лікувалась з додатковим введенням до складу відповідних протокольних заходів, стосовно кожного захворювання, патогенетично обґрунтованих доповнень, що базуються на

наукових напрацюваннях, отриманих за останні роки на кафедрі дитячої хірургічної стоматології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава [2, 5, 14, 15, 17] в наступному обсязі: при гострому гнійному лімфаденіті, аденофлегмоні призначали поліоксидоній внутрішньом'язово в дозуванні 0,1 мг/кг маси тіла через день, курс 4 ін'єкції; при гострому одонтогенному остеомієліті поліоксидоній вводили внутрішньовенно крапельно щоденно протягом перших 3-4 діб в розрахунку 0,1 мг/кг, а потім переходили на його внутрішньом'язове введення курсом 7-10 ін'єкцій; чищення зубів два рази на добу за допомогою гігієнічної або профілактичної мануальної зубної щітки, яка відповідає віку пацієнта з застосуванням лікувально-профілактичних зубних паст з антинальотною і протизапальною дією «Splat Junior» або «Splat Лікувальні трави»; консервативне лікування «причинного» постійного зуба при можливості його збереження; ополіскування порожнини рота «Лізомукоїдом» по 3-5 хвилин три рази на добу протягом всього періоду лікування. Після оперативного втручання, що супроводжувалось видаленням «причинного» зуба з метою профілактики відриву згустку призначали «ротові ванночки» протягом двох діб; накладання на ранову поверхню протягом перших 3-х діб асептичної пов'язки з маззю «Офлаккаїн-Дарниця» з заміною в послідуочі терміни на мазеві пов'язки із «Метилурацил-Дарниця» до повної епітелізації рани; інстиляції в протокову систему привушних залоз лізомукоїду при загостренні хронічного паренхіматозного паротиту не залежно від активності перебігу процесу.

На підставі аналізу статистично оброблених отриманих результатів між групами порівняння проведено визначення економічного ефекту в залежності від застосування у них різних схем лікувальних заходів [7].

Результати дослідження та їх обговорення. З метою визначення економічної ефективності від застосування запропонованих комплексів лікувальних заходів нами проаналізовані і порівняні показники тривалості перебування на ліжку хворих, яких спостерігали протягом чотирьох років (2009-2013) – (табл.).

Таблиця

Тривалість перебування дітей на лікуванні

Нозологічна форма захворювання	Методи лікування та тривалість		Різниця в днях на одного хворого
	Традиційний	Запропонований	
Гострий гнійний лімфаденіт	7,2±0,6	6,1±0,5	1,1
Аденофлегмона	8,9±0,7	7,3±0,6	1,6
Гострий одонтогенний остеомієліт	13,2±1,8	10,0±1,4	3,2
Загострення хронічного паренхіматозного паротиту	5,1±0,5	3,5±0,6	1,6

Згідно економічних розрахунків затрати на утримання одного хворого протягом доби в хірургічному відділенні Полтавської дитячої клінічної міської лікарні обходиться державі 493,4 гривні. Оскільки у видачі лікарняного листа по причині індивідуального догляду за дитиною потребувала незначна кількість хворих (40-5,5%), ми не враховували витрат, пов'язаних з виплатою батькам матеріальної компенсації органами соціального забезпечення. Ці дані і послужили основою для вивчення економічної ефективності лікування дітей в умовах стаціонару. Ми виходили з різниці в днях на одного хворого. Розрахунок проводили за формулою: **МВ = В · n · Р/д гривні**, де МВ – матеріальні витрати на лікування одного хворого в умовах стаціонару; В – вартість одного ліжка-дня в лікарні; n – кількість хворих з певною нозологічною формою захворювання, пролікованих за рік; Р – різниця у ліжка-днях на одного хворого між групами порівняння. Виходячи з цього, заощадження державних коштів на перебування однієї дитини в дитячому хірургічному відділенні склали: при лімфаденіті: **МВ = 493,4 · 99 · 1,1 = 5373,26 (грн)**; при аденофлегмоні: **МВ = 493,4 · 25 · 1,6 = 19736,00 (грн)**; при гострому одонтогенному остеомієліті тіла нижньої щелепи: **МВ = 493,4 · 31 · 3,2 = 48945,28 (грн)**. Таким чином, загальний економічний ефект (ЗЕЕ) від скорочення строків лікування хворих із різними нозологічними формами запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки за рахунок скорочення періоду перебування в умовах стаціонару склав: **ЗЕЕ = 5373,26 + 19736,00 + 48945,28 = 74054,54 (грн)**.

Тривалість амбулаторного лікування загострення хронічного паренхіматозного паротиту традиційним методом становила 5,1±0,5 днів. В групі дітей, яким застосовували розроблений нами комплекс лікувальних заходів, протягом першого року спостереження тривалість лікування загострення скоротилась до 3,5±0,6 днів. При аналізі показників встановлено, що це пов'язано зі зменшенням кількості загострень і, відповідно, з полегшенням тяжкості перебігу захворювань.

Витрати на обслуговування одного стоматологічного хворого хірургічного профілю за амбулаторних умов, згідно даних бухгалтерії Полтавського міського відділу охорони здоров'я, становлять 27,54 гривні. Ці дані і лягли в основу розрахунку економічної ефективності лікування

загострення хронічного паренхіматозного паротиту за умов амбулаторного лікування в дитячій міській клінічній стоматологічній поліклініці м. Полтави. Витрати на традиційне лікування одного хворого з загостренням хронічного паренхіматозного паротиту в поліклініці становили: $MB = 27,54 \times 5,1 = 140,45$ (грн.). Після застосування запропонованого комплексу лікувальних заходів витрати склали: $MB = 27,54 \cdot 5,1 = 96,39$ (грн.). Економічний ефект (ЕЕ) від впровадження наукових розробок співробітників кафедри, направлених на ліквідацію проявів загострення хронічного паренхіматозного паротиту на амбулаторному прийомі в розрахунку на одного хворого становив: $EE = 140,45 - 96,39 = 44,06$ (грн.), а на всіх пролікованих: $EE = 44,06 \cdot 26 = 1145,56$ грн. Загальний економічний ефект від використання для лікування гострого гнійного лімфаденіту, аденофлегмони, гострого одонтогенного остеомієліту щелепних кісток і загострення хронічного паренхіматозного паротиту запропонованих нами нових способів і методів в умовах стаціонару та поліклініки загалом за курс їх повної терапії становив: $ЗЕЕ = 74054,54 + 1145,56 = 75200,10$ (грн.).

■ Підсумок

Застосування розроблених нами способів та методів лікування гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки і хронічного паренхіматозного паротиту призводить не тільки до значного покращення їх клінічного перебігу, скорочення строків перебування на лікарняному ліжку, зменшення кількості загострень та продовження ремісії хронічного запалення в привушній залозі, а й дозволяє запобігти значним матеріальним державним витрат при наданні стаціонарної і амбулаторної допомоги цим категоріям хворих.

■ Список літератури

1. Avdienko O. V. Klinika, diagnostika i kompleksnoe lechenie bol'nyh razlichnymi formami sialadenoza: avtoref. dis. na soiskanie nauch. stepeni kand. med. nauk: special'nost' 14.00.21 «stomatologija» / O. V. Avdienko - M., - 2008. - 22 s.
2. Bilokon' S.O. Kompleksne likuvannja gnijnih ran shhelepno-licevoї diljanki u ditej iz vikoristannjam suchasnih vitchiznjanih bagatokomponentnih mazej: dis. ... kand. med. nauk : 14.01.22 / S. O. Bilokon' – Poltava, -2004. - 165 s.
3. Dobroskok V. O. Shvidkist' salivacii ta fiziko-himichni vlastivosti rotovoї ridini u ditej z gostrim gnijnim limfadenitom shhelepno-licevoї diljanki / V.O.Dobroskok // Tezi dopovidej naukovopraktichnoї konferencii likariv-interniv, magistriv ta klinichnih ordinatoriv «Aktual'ni pitannya klinichnoї medicini». – Poltava, - 2011. – 34 s.
4. Dobroskok V. O. Stan gigieni porozhnini rota i stomatologichnij status u ditej iz gostrimi zapal'nimi zahvorjuvannjami shhelepno-licevoї diljanki / V. O.Dobroskok, M. P. Mitchenok // Materiali naukovopraktichnoї konferencii z mizhnarodnoju uchastju «Suchasni pitannya ortodontii. Misce ortodontii sered stomatologichnih special'nostej». Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – Poltava, - 2012. – №2. – T.1. – 104 s.
5. Dobroskok V. O. Optimizacija likuvannja ditej z gostrimi gnijnimi zapal'nimi zahvorjuvannjami shhelepno-licevoї diljanki: dis. ... kand. med. nauk: 14.01.22 / V.O. Dobroskok // – Poltava, - 2013. – 193 s.
6. Mitchenok M. P. Premorbidnij stan ditej z gostrim gnijnim limfadenitom ta odontogennim osteomielitom /M.P.Mitchenok, V.O.Dobroskok // Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – Poltava, 2012. – №2. – T.1. – 120 s.
7. Tkachenko P. I. Patogenetichni osoblivosti zapal'nih procesiv shhelepno-licevoї diljanki u ditej ta diferencijovani pidhodi do ih likuvannja: dis. ... doktora med. nauk : 14.01.22 / P.I. Tkachenko // – Poltava, -1998. – 416 s.
8. Tkachenko P. I. Osobista tochka zoru na etiologiju ta patogenez gostrih zapal'nih procesiv shhelepno-licevoї diljanki u ditej / P.I. Tkachenko // Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – 2006. - №5. - S. – 38-43.
9. Tkachenko P. I. Pidvishhennja efektivnosti likuvannja ran u ditjachij shhelepno-licevij hirurgii / P.I. Tkachenko, O.V. Gurzhij, S.O. Bilokon'. // Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – Poltava, - 2006. – №5. - S.83-84.
10. Tkachenko P.I. Stafilo-streptodermija jak prichina vinikennja flegmon shhelepno-licevoї diljanki u ditej / P.I. Tkachenko, K.C. Ishhejkin, S.O. Bilokon' [ta in.] // Svit medicini ta biologii. – 2011. - №1. – S.100-107.
11. Tkachenko P.I. Rezul'tativnist' dispansernogo zabezpechennja ditej z hronichnim parenhimatoznim parotitom / P.I. Tkachenko, N.M. Lohmatova, K.Ju. Rezvina // Visnik problem biologii i medicini. – 2010. – Vip.4. –S.224-228.
12. Tkachenko P. I. Klinikorentgenologichna charakteristika gostrogo osteomielitu nizhn'oi shhelepi u ditej / P.I. Tkachenko, O.V. Gurzhij, V.O. Dobroskok // Aktual'ni problemi suchasnoї medicini. Visnik Ukraїns'koї stomatologichnoї akademii. – 2012. – T.12. – Vip. 1-2. – S.68-72.
13. Tkachenko P. I. Riven' protizapal'nih ta protizapal'nih interlejkiv u sirovatci krovi pri gostromu gnijnomu limfadeniti i gostromu odontogennomu osteomieliti tila nizhn'oi shhelepi u ditej / P.I. Tkachenko, L.E. Vesnina, V.O. Dobroskok [ta in.] //Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – 2013. - №2. - S.– 83-85.
14. Tkachenko P. I. Efektivnist' lizomukoїdu v kompleksnomu likuvanni zagostrennja hronichnogo parenhimatoznogo parotitu u ditej, aktivnij perebig / P.I.Tkachenko, I.I.Starchenko, S.O.Bilokon' [ta in.] //Svit medicini ta biologii. – 2013. - №2. – S. 178-180.
15. Tkachenko P. I. Rol' rotovoї ridini v adaptivnih reakcijah organizmu pri gostromu odontogennomu osteomieliti tila nizhn'oi shhelepi u ditej / P.I.Tkachenko, V.O.Dobroskok // Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – 2013. - №1. - S. – 105-108.
16. Tkachenko P.I. Citokinovij profil' rotovoї ridini pri gostromu gnijnomu limfadeniti i gostromu odontogennomu osteomieliti tila nizhn'oi shhelepi u ditej / P.I. Tkachenko, L.E. Vesnina, V.O. Dobroskok [ta in.] // Visnik problem biologii i medicini. – 2013. – T.1 (98). – Vip.1. – S. 245-248.
17. Tkachenko P. I. Kompleksne likuvannja zagostrennja hronichnogo parenhimatoznogo parotitu u ditej, neaktivnij perebig / P.I. Tkachenko, N.M. Korotich, N.M. Lohmatova // Visnik problem biologii i medicini. – 2014. - №2(44).
18. Har'kov L. V. Atlas hirurgicheskijh stomatologicheskijh zabolevanij cheljustno-licevoj oblasti u ditej / L.V. Har'kov, L.N. Jakovenko, I.L. Chehova // K.: Kniga pljus; Nichlava, - 2012. – 504 s.

Реферати

**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ
РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СХЕМ У ДЕТЕЙ С
ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ХРОНИЧЕСКИМ
ПАРЕНХИМАТОЗНЫМ ПАРОТИТОМ**

Ткаченко П. И., Коротич Н. Н., Лохматова Н. М.

В статье представлены результаты подсчета общего экономического эффекта от применения новых научных разработок сотрудников кафедры детской хирургической стоматологии ВГУЗУ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», касающиеся комплексного лечения острых гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей и обострения хронического паренхиматозного паротита. Эти внедрения в повседневную клиническую практику в стационарных и амбулаторных условиях позволяют значительно уменьшить материальные затраты.

Ключевые слова: дети, экономический эффект, схемы лечения.

Стаття надійшла 5.12.2014 р.

**THE ECONOMIC EFFECT OF THE USE OF
DIFFERENT THERAPEUTIC SCHEMES IN
CHILDREN WITH ACUTE INFLAMMATORY
PROCESSES OF THE MAXILLOFACIAL AREA
AND CHRONIC PARENCHYMAL MUMPS**

Tkachenko P. I., Korotich N. M., Lokhmatoва N. M.

This article presents the results of calculating the total economic effect of the application of new scientific developments employees of Department of Pediatric Surgical Dentistry HSEE of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy" on the complex treatment of acute purulent inflammatory diseases of the maxillofacial area in children and exacerbation of chronic parenchymatous parotitis. These integrated into everyday clinical practice in inpatient and outpatient settings will significantly reduce material costs.

Key words: children, economic effect, treatment scheme.

Рецензент Аветиков Д.С.

УДК 616.124-008.46-072.7

Е. М. Грембовецкая, Г. В. Книшов, В. П. Захарова
ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМИ»,
г. Киев

**ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИССА НА РОТАЦИОННОЕ
ДВИЖЕНИЕ СТенок ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

Физиологические процессы возбуждения, электромеханического сопряжения, сокращения и расслабления в сердце невозможны без активных затрат энергии. Эффективность работы миокарда левого желудочка определяется его сократительной активностью и ротационным компонентом движения, который наиболее эффективный и наименее энергозатратный. Однако, эта составляющая сложной биомеханики сердца является наименее изученной. Дилатационная кардиомиопатия характеризуется значительной кардиомегалией за счет выраженной дилатации полостей сердца и резко выраженной сократительной недостаточностью миокарда, обусловленной первичным внутренним дефектом поврежденных кардиомиоцитов. Целью работы было изучить особенности ротационного движения стенок левого желудочка у больных с дилатационной кардиомиопатией в зависимости от наличия или отсутствия у них полной блокады левой ножки пучка Гиса. Объектом исследования были 70 пациентов с дилатационной кардиомиопатией и 35 пациентов без сердечной патологии. При дилатационной кардиомиопатии ротационная способность миокарда левого желудочка резко снижается с нарастанием признаков сердечной недостаточности, а при появлении блокады левой ножки пучка Гиса изменялось направление вращения верхушки сердца.

Ключевые слова: Дилатационная кардиомиопатия, эхокардиография, ротация, сердечная недостаточность.

Работа является фрагментом НИР «Исследовать механизмы развития левожелудочковой сердечной недостаточности в зависимости от динамических характеристик миокарда,» № гос. регистрации 0111U007962.

Физиологические процессы возбуждения, электромеханического сопряжения, сокращения и расслабления в сердце невозможны без активных затрат энергии. Эффективность работы миокарда ЛЖ определяется не только его сократительной активностью, но и в значительной степени - ротационным компонентом движения, который наиболее эффективный и наименее энергозатратный [8]. Однако, эта составляющая сложной биомеханики сердца является наименее изученной.

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) характеризуется значительной кардиомегалией за счет выраженной дилатации полостей сердца, особенно левого желудочка (ЛЖ), и резко выраженной сократительной недостаточностью миокарда, обусловленной первичным внутренним дефектом поврежденных кардиомиоцитов. Это сопровождается прогрессирующей сердечной недостаточностью и плохим прогнозом [5, 6, 8]. По данным литературы при ДКМП выявляются разнообразные нарушения ритма сердца практически у 100% больных [11, 13, 15]. У 40 - 50% наблюдается полная блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНГ). При ДКМП, с появлением БЛНГ, резко нарастают признаки сердечной недостаточности (СН).

Как свидетельствуют данные литературы последних лет, патогенез ДКМП весьма сложен и до этого времени в точности не расшифрован [16, 17]. Особенно остро стоит вопрос за счет каких патогенетических факторов происходит нарастание СН при возникновении БЛНГ [9, 10].