



# ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ



**13(1/2) • 2009  
ТРАВЕНЬ**

- вони виходять із більш загальних посилок щодо незалежної генерації залежних і незалежних змінних, що надто часто є переважним для практичної генералізації інструменту. Ми проаналізували обидва підходи.

На основі 100 пацієнтів, які лікувались з приводу гіпертонічної хвороби у кардіологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні протягом 2003-2008 років (1054 щоденних динамічних спостережень) науково обґрунтований та розроблений переваго-зважувальний інструмент оцінки якості життя хворих на гіпертонічну хворобу. Враховувались різні специфікація та апробувались різні оцінки параметрів моделі інструменту. Використані оцінки якості життя, отримані за методами шансів SG (Standard gamble technique) та VAS (Visual analogue scale) як залежну змінну й атрибути шкал опитувальника EuroQol як незалежні бінарні змінні.

Отримані параметри моделі показали практичну рівнозначність оцінок моделей з фіксованими і рандомізованими ефектами. Питання кількості оцінюваних ефектів також є важливим. Чи досить лише враховувати індивідуальний змішувальний ефект чи слід оцінювати також часові ковариати? Врахування останніх важливо, так як це очищує оцінку коефіцієнтів моделі від можливих часових залежностей оцінок якості життя. Так, саме перебування в стаціонарі, ефекти від лікування, нервові вигорання наряду з попередніми оцінками якості життя можуть прямо чи через накопичення впливати на наступні оцінки якості життя, що призводить до їх зміщення.

Аналіз моделей з одним (1) і двома (2) фіксованими ефектами показали, що оцінки параметрів мають дещо більшу статистичну спроможність (меншу помилку першого роду  $p$ ) для моделі з одним фіксованим ефектом. Будучи простішою, ця модель характеризується однаковою інформаційною й описовою потужністю порівняно з моделлю з двома фіксованими ефектами. Це означає, що в моделі переваго-зважувального інструменту оцінки якості життя хворих на ГХ не доцільно враховувати серійну кореляцію залишків.

Висновок: в ході дослідження показана рівноцінність специфікації рандомізованих/фіксованих ефектів. Дещо більша на нашу думку доцільність застосування моделі, що враховує лише індивідуальний змішувальний ефект.

УДК: 616.716.4:616-001.5

## ФОРМИРОВАНИЕ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ

**Бедик О.В.**

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Переломы нижней челюсти представляют собой патологию, которая достаточно часто встречается у пациентов челюстно-лицевых стационаров. Среди всех переломов нижней челюсти переломы в подбородочном отделе занимают особое место, так как этот отдел отличается от других участков нижней челюсти своим эмбриональным развитием.

В развитии нижней челюсти важную роль играет меккелев хрящ, который в процессе онтогенеза рассасывается и трансформируется в кость и связки, а в филогенезе представляет собой первичную нижнюю челюсть у рыб (Смирнов, Персин, 2007). У человека оксификация нижней челюсти происходит за счет остеобластов, мигрировавших из оболочки меккелевого хряща. Благодаря этим клеткам создаются три дополнительных центра оксификации (хряща): в вечном отростке, суставном отростке и в области симфиза, что определяет особенности клиники и функционального состояния нижней челюсти.

При рождении ребенка нижняя челюсть состоит из двух частей, которые в области симфиза связаны фиброзной тканью, и срастаются в течение первого года жизни, что есть отличительной особенностью этого отдела нижней челюсти (Колесов, 1970; Каламбаров, 1981).

Во многих руководствах указывается на то, что при переломах нижней челюсти в подбородочном отделе фрагменты перелома смещаются незначительно и прежде всего во фронтальной плоскости, что позволяет считать эти переломы наиболее легкими для лечения.

Однако, результаты клинических наблюдений показывают, что при рекомендованной длительности лечения (21 день) сращение перелома в подбородочном отделе часто является недостаточным, отмечается подвижность фрагментов, что требует продления сроков фиксации до 28-32 дней. Кроме фактора недостаточной фиксации фрагментов перелома, большое значение могут иметь особенности кровообращения, регенерации, формирование подбородочного отдела в эмбриональном и постнатальном периоде. Так, А.Э.Рауэр указывает, что "отломки в переднем отделе нижней челюсти ... срастаются лишь при плотном соприкосновении, причем костные клетки спаиваются, непосредственно накладываясь черепицеобразно".

Выводы: 1. переломы нижней челюсти в подбородочном отделе требуют большей длительности межчелюстной фиксации, чем другие переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда; 2. для получения стабильных результатов лечения может быть более часто рекомендован остеосинтез фрагментов перелома.