



РОЛЬ И МЕСТО ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Ткаченко П.И., Белоконь С.А., Гуржій Е.В.

*ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»
г. Полтава*

Современная инфузионная терапия является не только весомым разделом анестезиологии и реаниматологии, но она заняла достойное место, как составляющая часть комплексного лечения многих общесоматических патологических состояний. Соблюдая принципы рациональности и безопасности мы имеем возможность оптимального варианта восстановления объема циркулирующей крови, её физических, физиологических, реологических свойств.

К сожалению, практикующие врачи не всегда объективно оценивают тяжесть состояния больного в связи с их недостаточной осведомленностью относительно основополагающих патогенетических составляющих заболевания, которые влияют на его течение и исход. Касается эта проблема и челюстно-лицевой хирургии, ведь проведенный нами анализ содержания периодических изданий за последние 20 лет позволил установить, что не одно из них не содержит должной информации по данному вопросу.

Учитывая тот факт, что в розничной аптечной сети появилось значительное разнообразие препаратов для инфузионной терапии, врачу зачастую сложно проследить, а тем более глубоко вникнуть в механизм их фармакокинетики и фармакодинамики. Тем более, что ее объем, состав, дробность введения, достаточность, напрямую зависят от нозологической формы заболевания, общесоматического состояния больного, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений и многое другое.

Наиболее распространенным путем введения лекарственных веществ является внутривенный, ведь биодоступность препаратов при этом составляет 100,0% и имеется возможность индивидуального контроля за результативностью их фармакологического эффекта, побочным действием, положительными и отрицательными характеристиками.

Особо острое значение приобретает вопрос об искусственном парентеральном питании при невозможности проведения полноценного



интентального питания, что крайне злободневно для челюстно-лицевой хирургии. Ведь не зря в 1980 г. A. Wretling A. и Shenkin выделили 4 группы больных этой категории, разработав для них общие правила и показания к парентеральному искусственному питанию;

- больной не может питаться через рот;
- больной не хочет питаться через рот;
- больной не должен питаться через рот;
- больной питается через рот недостаточно.

В таких случаях, речь должна идти, прежде всего, о восстановлении и поддержании водноэлектролитного баланса, энергетического и пластического обеспечения для поддержания на должном уровне физиологической суточной потребности (вода, электролиты, пластические материалы, энергетическое обеспечение, витамины и т.д.), с использованием объективных критериев для контроля за эффективностью проводимых мероприятий.

И отдельной строкой следует коснуться необходимости решения вопроса об использовании цельной крови и ее препаратов. Невзирая на ряд организационных и административных несоответствий, их использование в критических случаях позволяет дать надежду на жизнь и судя из полемики, которые периодически возникают в кругах «инфузионщиков», это направление остается востребованным. Однако возникает необходимость в корректировке, уточнении и доведении до абсолютизма некоторых положений.

Таким образом, изложенная выше позволяет сделать следующие основные обобщающие выводы:

1. Следует больше внимания уделять выбору критериев для аргументации рационального подхода к инфузионной терапии у челюстно-лицевых больных, которые нуждаются в ее проведении, с пристальным физикальным обследованием пациентов в предоперационном, интраоперационном и раннем послеоперационном периодах.

2. Необходимо внедрение в клиническую практику новых научных разработок, которые позволят дать конкретные исчерпывающие рекомендации относительно особенностей проведения инфузионной терапии у больных с различными нозологическими формами заболеваний.

3. Нуждаються в осмыслении вопросы, касающиеся оценки эффективности использования современных фармакологических препаратов различных групп для проведения индивидуальной дифференцированной интенсивной и неинтенсивной терапии.

4. Особого внимания заслуживает изучение направления относительно формирования современных подходов к переливанию крови, ее препаратов при неотложных состояниях и нестандартных ситуациях.

5. Назрела острая необходимость включения дополнений по данным вопросам в протоколы оказания медицинской помощи с конкретными рекомендациями относительно тактического подхода в каждом конкретном случае.

СЕРЕДИННІ КІСТИ ШІЇ У ДІТЕЙ

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія" (м. Полтава)

На теперішній час загальновізвано, що серединні кісти шиї (СКШ) є ембріональною дисплазією і, за статистичними даними, найчастіше виявляються у дітей 4-7 років, хоча існує думка, що середній вік хворих може коливатися в межах 15-30 років. Згідно ж інших літературних джерел, дана патологія переважно зустрічається у 10-14-річних пацієнтів та пов'язують це із віковою гормональною перебудовою їх організма.

Метою нашого дослідження стало визначення клініко-морфологічних особливостей серединних кіст шиї у дітей.

Клінічний розділ роботи стосується 18 дітей із СКШ, які знаходились на лікуванні в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології на базі хірургічного відділення ДМКЛ м. Полтави протягом 2005-2013 років. Вік пацієнтів коливався від 4 до 15 років, при цьому хлопчиків було 7 (38,8%), а дівчаток 11 (61,2%). Всім пацієнтам було проведено цистектомію з резекцією тіла під'язикової кістки.