

**Динаміка клініко-морфологічної картини гнійного ранового процесу
щелепно-лицевої ділянки у дітей при пофазовому використанні сучасних
вітчизняних багатокомпонентних мазей**

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

ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”

Розвиток вітчизняної фармакології в останні роки дозволяє більш широко використовувати її досягнення в практиці дитячої щелепно-лицевої хірургії. Це в повній мірі стосується групи створених в Україні принципово нових багатокомпонентних мазей, які відповідають вимогам сучасної хірургії.

Мета роботи – підвищення ефективності комплексного лікування дітей, хворих на гострий гнійний лімфаденіт (ГГЛ) щелепно-лицевої ділянки та гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи (ГООТНЩ), за рахунок місцевого пофазового використання вітчизняних багатокомпонентних мазей.

Робота побудована на обстеженні 21 дитини віком від 7 до 12 років із ГГЛ та 11 дітей із ГООТНЩ, в комплексному лікуванні яких пофазово застосовувались багатокомпонентні мазі: “Офлокаїн-Дарниця” – в 1 фазі, а “Метилурацил-Дарниця” – в 2 та 3 фазах ранового процесу.

Результати ґрунтуються на вивченні показників клінічних та мікроскопічних методів дослідження гнійних ран щелепно-лицевої ділянки дітей в день операції, на 1, 3 та 6 післяопераційну добу.

В день госпіталізації всім хворим після розтину гнійника та санації осередку запалення розпочато лікування ран під пов'язкою із застосуванням вищезгаданих багатокомпонентних мазей на тлі проведення традиційних комплексів медикаментозної терапії.

На першу добу в ранах мікроскопічно виявлено зміни, притаманні гнійному процесу, які до кінця 1 доби завершувались формуванням лейкоцитарного валу. При гістохімічному дослідженні встановлено невелику

кількість глікозаміногліканів в раних тканинах із значною їх концентрацією в стінках кровоносних судин.

На 3 добу характер змін в рані відповідав процесам, класично притаманним 2 фазі ранового процесу: на дні ран починали утворюватися грануляції. При цьому у хворих на ГГЛ очищення ран від гнійно-некротичних мас завершилось остаточно, а в ранах при ГООТНЩ іще де-інде спостерігались ділянки некрозу. Морфо-гістохімічно визначалось новоутворення капілярів та проліферація фібробластів, що супроводжувалось відповідними змінами клітинного складу. Активний розвиток “здорової” грануляційної тканини сприяв проліферації епітеліоцитів та початку епітелізації ранового дефекта, що особливо виразно спостерігалось у хворих ГГЛ. Виявлене в цей період збільшення концентрації глікозаміногліканів в міжсудинних просторах створювало передумови для швидкого “дозрівання” грануляційної тканини та розвитку сполучнотканинних волокон.

На 6 добу в ранах спостерігались формування рубця при ГГЛ та контракція ранових країв при ГООТНЩ. Морфо-гістохімічно це проявлялося активним розвитком грубої волокнистої сполучної тканини у вигляді волокон із малочисельними клітинами та капілярами і формуванням покривного епітелія, що мав типову упорядковану багатосарову структуру. Кількість глікозаміногліканів в міжсудинних просторах була досить незначною, що пояснюється їх “використанням” на “дозрівання” волокнистої сполучної тканини.

Співставляючи отримані дані із результатами недиференційованого використання багатокомпонентних мазей протягом всього ранового процесу, зазначимо, що саме пофазове їх використання із урахуванням характеру складових компонентів кожного конкретного препарату, є більш доцільним та раціональним.