

при виборі раціональної конструкції протезу, який відновлює втрачені функції. Це дозволяє хворому швидко адаптуватися до нових умов в порожнині рота.

Література

1. Абизов Р.Н., Фіров М.М., Білоусова А.О., Глівий М.І. Особливості клінічного перебігу злоякісних новоутворень глотки та гортані у хворих, що мешкають в Київській області після аварії на ЧАЕС // IX з'їзд оториноларингологів України, 5-8 вересня 2000 року. – К., 2000. – С. 263.
2. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Амирасланов А.Т. Реабілітація онкологічних больных. -М.: Медицина, 1988. - 272 с.
3. Гризодуб В.И., Поросенков А.А. Ортопедическое лечение больных с дефектами твердого и мягкого неба // Мат. науч. конф. - Полтава, 1996. - С. 98-99.
4. Оскольский Г.И., Черных А.А. Ортопедические методы реабилитации больных с новообразованиями челюстно-лицевой области. Хабаровск, 1986. –8 с. Рукопись деп. во ВНИИМИ МЗ СССР № 10680-86.
5. Пронин В.И. Протезирование дефектов челюстно-лицевой области, глотки и шейного отдела пищевода после радикальных операций по поводу рака. (ММСИ, 1988) // НИР и ОКР. – 1988. - № 27. - С.26.
6. Ali A., Fardv M.J., Patton D.W. Maxillectomy to reconstruct or obturate? Results of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons // Br. J Oral Maxillofac Surg. – 1995. - V.33, №4. – P. 207-210.
7. Berger Ch., Zuller J., Eitel U. Defect prosthesis following total upper jaw resection // ZWR. – 1989. – V.98, №7. P.602-605.
8. Berger Ch., Zoller J., Eitel U. et al. Die Defentprothese nach totaler Oberkieferresektion // Dent. Labor. – 1990. – Bd. 38, №4. – S.517-520.
9. Caputo T.L., Ryan J.E. An easy, fast technique for making immediate surgical obturators // J. prosth. Dent. – 1989. – V. 61, №4. – P.473-475.
10. Cunningham R. A laboratory technique for the production of immediate surgical appliance and one stage obturators for the hemi-maxillectomy patient // Brit. S. oral maxillofac. Surg. – 1990. – V. 28, №1. – P.59-61.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ

Беликов А.Б.

Приведены клинические случаи и прослежены процессы адаптации у 20 больных после односторонней резекции верхней челюсти. Для определения утраченных функций и прослеживания за процессом их восстановления использованные метод спирометрии, диагностических моделей, определение податливости слизистой оболочки границ дефекта, электромиография. В результате исследованной почти у всех больных были выявлены: нарушение функции носового дыхания, выливание через нос жидкой пищи, снижение спирометрических показателей, нарушение выговаривания шипящих, отсутствие жевания на стороне резекции. Изготовленные резекционные протезы не нуждались в коррекции, равномерно распределяли жевательное давление на подлежащие ткани, уменьшая сроки адаптации к ним. Об этом свидетельствуют данные количественного и качественного анализа электромиограмм, произвольное жевание в день наложения протеза, а также данные спирометрии. Благодаря эффективному функциональному протезированию зарегистрирована биоэлектрическая активность жевательных мышц на стороне резекции. По данным спирометрии в день наложения протеза эффективность обтурации составляла 93%, а через месяц - 96,8%, что свидетельствует об адаптации к протезу. Фонетическая реабилитация значительно улучшила произношение шипящих и свистящих звуков.

Summary

PECULIARITIES OF ORTHOPAEDIC STOMATOLOGICAL REHABILITATION OF ONCOLOGIC PATIENTS AFTER OPERATIVE MEASURES ON JAWS

Belikov A.B.

This paper elucidates the clinical cases and retraces the processes of adaptation of 20 patients after unilateral resection of maxilla. To determine the lost functions and to observe the process of their reparation the methods of spirometry, diagnostic models, founding out of pliability of mucous lips of defect, electromyography were used. As a result of researches almost of all patients were revealed: disorder of nasal respiration, flowing out of fluid nutrition through a nose, decreasing of spirometric parameters, infringement of sibilant pronunciation, inability of mastication on the resected part. Specially made resection prostheses did not require any correction, in regular intervals allocated masticatory pressure upon subject tissues, reducing adaptation terms to them. The data of quantitative and qualitative analysis of electromyograms of arbitrary mastication obtained on the day of prosthesis applying as well asspirometry data testify to it. Due to the effective functional prosthetic repair the bioelectric activity of masseters on the resected part is registered. According to the data of spirometry the efficiency of obturation on the day the prosthesis had been applied was 93 %, and in one month - 96,8 %, that testifies to adaptation to the prosthesis. The phonetic reablement considerably has improved pronunciation of sibilants and whistlings.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава

УДК 616.428 – 002 – 089 – 053.3

ВПЛИВ БАГАТОКОМПОНЕНТНИХ МАЗЕЙ НА РЕПАРАТИВНІ ПРОЦЕСИ В 2-Й ФАЗІ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ГОСТРОМУ ГНІЙНОМУ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОМУ ЛІМФАДЕНІТІ У ДІТЕЙ

Білоконь С.О.

Гострий гнійний лімфаденіт у дітей займає одне з провідних місць в загальній кількості гнійних процесів щелепно-лицьової ділянки. Застосування для їх місцевого лікування багатокомпонентних препаратів нового покоління вітчизняного виробництва є перспективним напрямком. Отримані клініко-морфологічні результати виявили перевагу пофазного використання мазей "Офлокаїн-Дарниця" та "Метилураціл-Дарниця" в порівнянні з "Альгофіном". Це дає підстави широко пропагувати їх застосування в комплексній терапії запальних процесів щелепно-лицьової ділянки не тільки у дітей, а й у дорослих.

Чільне місце в номенклатурі стоматологічних захворювань у дітей займають запальні процеси щелепно-лицьової ділянки, в структурі яких превалюють лімфаденіти [9,11,12]. Зміна класичної картини захворювання у бік агресивного або млявого перебігу вимагає сучасної адекватної діагностики та активного комплексного хірургічного

впливу на основні ланки патологічного процесу [6,7,11], а проблема післяопераційної терапії гнійної рани набуває принципової значимості у дитячій щелепно-лицьовій хірургії [8,10].

Народною та клінічною медициною для лікування гнійних ран запропоновано більше 2000 різних фармако-

логічно активних речовин [6], але вони не відповідають вимогам, які нині висуваються перед препаратами, що використовуються для місцевого лікування [1]. Поряд з цим, застосування технічно простих, доступних, економічно вигідних та, водночас, дієвих методів місцевої терапії залишається надзвичайно важливим і перспективним [4,5,13].

До цього часу місцеве лікування гнійних ран під пов'язкою залишається одним з провідних методів в повсякденній клінічній практиці щелепно-лицевої хірургії. Можливість суттєво підвищити його ефективність обумовлена використанням розробленого протягом останнього десятиріччя в Україні принципово нового класу комбінованих лікарських препаратів, склад яких науково обґрунтовано стосовно урахування фази перебігу ранового процесу і характеру мікрофлори [1,3,6].

Мета дослідження – провести порівняльну клініко-морфологічну характеристику перебігу другої фази ранового процесу при застосуванні мазей "Альгофін" та "Метилураціл-Дарниця" у дітей з гострим гнійним піднижньощелепним лімфаденітом (ГГПЛ).

Матеріали та методи

Ця робота є продовженням дослідження, яке проведене у нашій клініці стосовно перебігу 1-ї фази ранового процесу [7]. Матеріалом для проведення аналізу послужило обстеження та лікування 35 дітей з ГГПЛ віком від 3 до 7 років, з них 20 хлопчиків і 15 дівчаток.

У залежності від характеру лікувальних заходів хворих розділили на дві групи. Першу склали 18 дітей, яким мазь "Альгофін" застосовувалась протягом усього ранового процесу. У 17 дітей другої групи на 4 добу "Офлокаїн-Дарницю" заміняли маззю "Метилураціл-Дарниця", застосування якої рекомендовано у 2 та 3 фазах ранового процесу. Комплекс загальних та місцевих лікувальних заходів ГГПЛ не відрізнявся від попереднього [10].

Збір біоптатів із дна та стінок ран проводили на 3 та 6 добу після хірургічного розтину гнійного осередка (рац.пропозиція №1889 від 05.04.00).

Для об'єктивної оцінки перебігу ранового процесу вивчали динаміку загальних та місцевих клінічних симптомів, стан периферичної крові та сечі. Морфологічне дослідження проводили за загальновідомими методиками [6,14]. Гістологічні зрізи фарбували гематоксилином і еозином для оглядової мікроскопії, пікрофуксином за Ван Гізеном – для дослідження розвитку сполучної тканини. За допомогою ШИК-реакції з дофарбуванням альціановим синім виявляли наявність нейтральних та кислих мукополісахаридів [6,14]. Гістохімічно встановлювали активність сукцинатдегідрогенази за Нахласом, лужної фосфатази – за методом Гоморі [2].

Результати та обговорення

На 3 добу у всіх хворих спостерігалось покращення загального стану на тлі зменшення ознак інтоксикації, позитивних змін в картині периферичної крові та сечі.

У дітей 1 групи на цей час в ранах спостерігались явища некролізу: набряк, інфільтрація та підритість країв з окремими ділянками їх розплавлення, незначна гіперемія прилеглої шкіри. Рановий ексудат незначний, мав гнійно-серозний характер.

Морфологічно це супроводжувалось формуванням детрита та осередками крововиливів у тканинах ранового каналу; набряком та повнокрів'ям судин дерми, які поєднувались із дезорганізацією та дистрофією клітин епідермісу; значною лейкоцитарною інфільтрацією прилеглих до ранової щільної тканин та незначним накопиченням кількості нейтральних та кислих мукополісахаридів.

У хворих 2 групи на 3 добу загальний вигляд рани характеризувався активним розвитком на її дні грануляційної тканини; відсутністю гіперемії, набряку та інфільтрації тканини навколо рани; ділянок некрозу в рановому каналі; незначним виділенням серозного ексудату.

При морфологічному дослідженні біоптатів шкіри та підшкірної клітковини спостерігалась відсутність геморагій та детритних осередків. Виявлене інтенсивне новоутворення капілярів в окремих ділянках дна рани та часткове відновлення кровообігу в мікроциркуляторному руслі, несуттєвий набряк тканин по краю ранового каналу, активація і проліферація фібробластичних елементів із посиленням продукції мукополісахаридів.

На 6 добу загальний стан хворих був задовільним, температура нормалізувалась у всіх хворих. Остуди, млявості, блідності шкіряних покривів не спостерігалось, нормалізувались сон та апетит. ЛПІ склав 0.87 ± 0.05 ($p < 0.05$), ШОЕ становило 6-11 мм/год. Відхилень в сечі хворих обох груп не було.

У цей період при об'єктивному обстеженні у ранах, лікованих із застосуванням "Альгофіна", були відсутніми гіперемія шкіри, набряк та інфільтрація навколишніх тканин. Порожнина ранового каналу заповнена дрібнозернистими, яскраво-червоного кольору грануляціями, які легко кровоточили при дотику. Виділення із ран не визначалися, мав місце початок контракції ранових країв.

При морфологічному дослідженні виявлене різке зменшення кількості лейкоцитів. Превалюючими клітинними елементами грануляційної тканини ставали фібробласти, що синтезували складові компоненти волокнистих структур. Еластичні волокна утворювали широкопетлисту сітку, хаотично, на відміну від колагенових, розташовуючись серед судин (рис. 1).

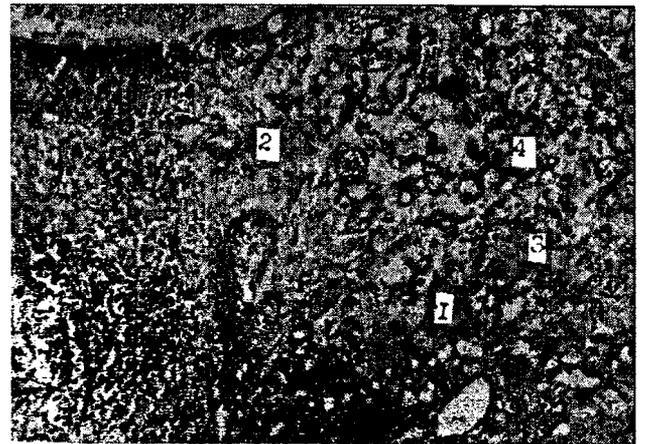


Рис. 1. Грануляційна тканина ранового каналу. 6 доба. Мікрофотограма. 1 – фібробласти; 2 – колагенові волокна; 3 – еластичні волокна; 4 – судини. 36. X 200. Фарб. гематоксилін-еозин.

У грануляційній тканині у великій кількості з'явилися плазматичні клітини.

Фарбування ШИК із альціановим синім дозволило виявити наявність значної кількості мукополісахаридів типу хондроїтинсульфату, що сприяло накопиченню і формуванню колагенових волокон.

У ранах хворих 2 групи на 6 добу відбувались процеси інтенсивного формування рубця та епітелізація його поверхні. Набряк та гіперемія шкіри навколо рани не визначалися. Пальпаторно післяопераційний рубець був м'яким, еластичним та безболісним, без ознак інфільтрації. Спостерігалась значна контракція країв до центру рани.

Морфологічне дослідження біоптатів, взятих із стінок рани, дозволило виявити зміни, характерні для активного утворення волокнистої сполучної тканини. У ділянці рубця спостерігались хаотично розташовані тонкі та товсті волокнисті структури, причому тонкі інколи склеювались в гомогенні пучки та нагадували палинові маси. Кількість капілярів, у порівнянні із 3 добою, була значно меншою, вони запусували. Серед пучків колагенових волокон зустріча-

лись малочисельні клітинні елементи, представлені, в основному, фіб्रोцитами (рис.2).

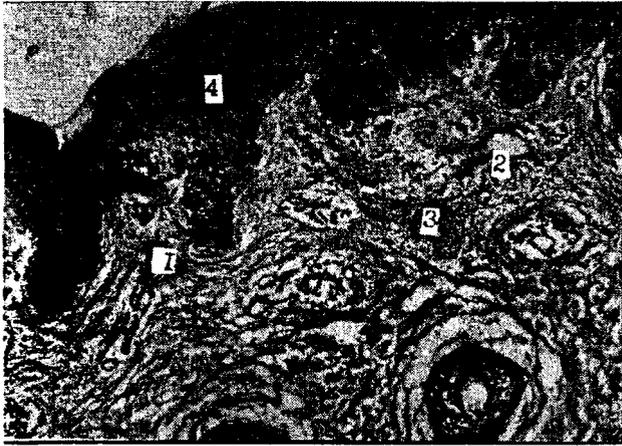


Рис.2. Стінки рани на 6 добу. Мікрофотограма. 1 – волокна сполучної тканини; 2 – судина; 3 – фіброцити; 4 – епітелій. 3б. X 200. Фарб. гематоксилін-еозин.

Гістохімічно у рубцевій тканині виявлено досить високу активність лужної фосфатази (рис.3)



Рис.3. Значне накопичення лужної фосфатази (1) в тканинах рани (по Гоморі). Мікрофотограма. 3б. X 200.

та зменшення активності кислої фосфатази і сукцинатдегідрогенази (рис.4).

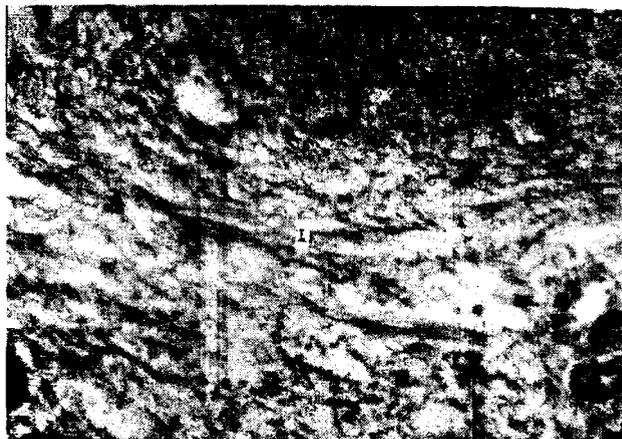


Рис.4. Незначна активність сукцинатдегідрогенази (1) в тканинах рани (по Нахласу). Мікрофотограма. 3б. X 200.

Останнє можна пов'язати з активною регенерацією епітелію.

Висновки

1. У дітей з ГПЛ при застосуванні мазі "Альгофін" на 6 добу після оперативного втручання спостерігався початок контракції ранових країв на тлі інтенсивного розвитку грануляційної тканини, що супроводжувалось суттєвим зменшенням числа лейкоцитів, появою плазматичних клітин і накопиченням фібробластів та великої кількості мукополісахаридів типу хондроїтинсульфату, що є сприятливою передумовою формування колагенових та еластичних волокон.
2. Місцеве застосування мазі "Метилураціл-Дарниця" у дітей з ГПЛ на 6 добу призводить до значної контракції країв рани, що морфологічно проявляється активним формуванням грубої волокнистої сполучної тканини у вигляді колагенових та еластичних волокон із малочисельними фіб्रोцитами і значним зменшенням кількості капілярів. Висока активність лужної фосфатази та зменшення активності сукцинатдегідрогенази і кислої фосфатази засвідчують інтенсивність епітелізації рубця, що формується.
3. Узагальнюючи результати проведених досліджень, маємо підстави зазначити, що місцеве пофазове застосування мазей "Офлокаїн-Дарниця" та "Метилураціл-Дарниця" є більш доцільним і раціональним, ніж застосування "Альгофіну" протягом всього ранового процесу.

Література

1. Вільцанюк О. Мазь Нітацид-Дарниця – ефективний засіб лікування гнійно-запальних процесів м'яких тканин // Ваше здоров'я. – 2001. - №9 (583). – С.3.
2. Волкова О.В., Елецкий Ю.К. Основы гистологии с гистологической техникой. – М.: Медицина, 1982. – 304с.
3. Загорій В. Мазі "Фарамацевтичної фірми "Дарниця": комплексний підхід у лікуванні гнійно-інфекційних ран. // Ваше здоров'я. – 2000. - №19 (497). – С.3.
4. Зуев В.П., Пчелин В.Г. Роль плазмосорбции в коррекции микроциркуляторных нарушений у больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и сахарным диабетом // Стоматология. – 1995. - №2. – С.40-41.
5. Левенець В. Досвід застосування препарату Діоксизоль-Дарниця в хірургічній практиці // Ваше здоров'я. – 2001. - №8 (582). – С.3.
6. Литвиненко В.Є. Комплексне лікування гнійних ран із застосуванням імосенту, імуномодулятора та антиоксидантів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1996. – 28с.
7. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей. – М.: Детстомиздат, 1998. – 255с.
8. Тарасенко С.В. Применение Нитацида и Гипозоля-Н в комплексном лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2000. - №2. – С.17-19.
9. Ткаченко П.И. Динамика структуры и частоты воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей // Наукова естафета ювіляра. Наук. конф., присвячена 70-річчю проф.П.Т.Максименка: Тез. доп. – Полтава, 1992. – С.179-180.
10. Ткаченко П.І., Білоконь С.О. Клініко-морфологічна характеристика першої фази ранового процесу при застосуванні багатоконпонентних мазей у дітей із гострим гнійним піднижньощелепним лімфаденітом // Вістник стоматології. – 2002. - №2. – С.23-25.
11. Ткаченко П.І., Гуржій О.В. Лімфаденіт щелепно-лицевої ділянки у дітей. Полтава, 2001. – 106с.
12. Харьков Л.В. Анализ частоты и структуры основных стоматологических заболеваний по материалам поликлинической базы кафедры детской хирургической стоматологии НМУ // Вістник стоматології. – 1997. - №1. – С.114-119.
13. Фомичев Е.З. Методы активной детоксикации в комплексном лечении вялотекущих и хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология: Спец. выпуск. – 1996. – С.85.
14. Фенчин К.М. Заживление ран. – К.: Здоров'я, 1979. – 130с.

Реферат

ВЛИЯНИЕ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ МАЗЕЙ НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ВО 2-й ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ ЛИМФАДЕНИТЕ У ДЕТЕЙ

Білоконь С.А.

Острый гнойный лимфаденит у детей занимает одно из ведущих мест в общей структуре гнойных процессов челюстно-лицевой области. Применение для их местного лечения многокомпонентных препаратов нового поколения отечественного производства является перспективным направлением. Полученные клиничко-морфологические результаты обнаружили преимущества пофазного применения мазей "Офлокаин-Дарница" и "Метилурацил-Дарница" в сравнении с "Альгофином". Это даёт основания для их широкого применения в комплексной терапии воспалительных процессов челюстно-лицевой области не только у детей, а и у взрослых.

Summary

INFLUENCE OF MULTICOMPONENT UNGUENTS ON REPARATIVE PROCESSES IN 2nd PHASE OF WOUND PROCESS AT ACUTE PURULENT SUBMANDIBULAR LYMPHADENITIS OF CHILDREN

Bilokon' S.A.

Acute purulent lymphadenitis of children occupies one of the leading places in general structure of purulent processes of maxillofacial range. The application of up-to-date home-produced multicomponent drug preparations for the local treatment is one of perspective directions. The received clinic-morphological results have found out the advantages of phase-by-phase application of Unguent "Ophlocainum-Darnitsa" and "Methyluracilum - Darnitsa" in comparison with "Algophinum". It has good cause to their wide application in complex therapy of inflammatory processes of maxillofacial range both of children and of adults.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава

УДК 161.314-089.28-071

ТЕСТ-КОНТРОЛЬ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ПАЦІЄНТІВ НА ОРТОПЕДИЧНОМУ ПРИЙОМІ

Лугова Л.О.

Проведено обстеження 13 хворих з дефектами зубних рядів віком від 41 до 80 років. Усі хворі відповіли на запитання за методикою Спілбергера, яка включала шкалу самооцінки і ситуативної тривожності. За результатами дослідження серед обстежених хворих переважали особи з високим рівнем особистої і ситуативної тривожності. До початку лікування в усіх обстежених хворих були однаково компенсовані вегето-судинні реакції (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень).

Нині відомо, що стрес є причиною стоматологічної патології [4]. Водночас саме стоматологічне лікування викликає емоційно-больовий стрес [1]. Показано також, що адаптація до повних знімних зубних протезів являє собою окремий випадок загального адаптаційного синдрому [3]. Важливою передумовою нормального чи патологічного (з переходом у хворобу) перебігу "стоматологічного" стресу є психологічні особливості хворого. Ці особливості досліджені у ортодонтичних хворих [2] та частково описані закордонними авторами [5,7] і потребують подальшого вивчення.

Мета роботи – дослідити розподіл хворих на ортопедичному прийомі за рівнем тривожності і станом вегето-судинних реакцій.

на прийом. Після того, як хворий входив до залу і займав місце в стоматологічному кріслі, йому пропонували відповіді на запитання шкали самооцінки і шкали ситуативної тривожності за Спілбергером [6]. Відповіді на запитання опитувача аналізували і знаходили підсумок як вираз особистої або ситуативної тривожності в балах. За сумою балів оцінювали рівень тривожності кожного пацієнта (низький – менше 30 балів, середній – 30-45 балів, високий – більше 45 балів) [6]. У хворих також вимірювали артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень за загальноприйнятою методикою. Пульсовий тиск обчислювали як різницю між систолічним і діастолічним тиском. Одержані результати статистично обробляли з використанням критерію Т. Ст'юдента.

Матеріали та методи

Було обстежено 13 хворих з дефектами зубних рядів віком від 41-го до 80-ти років. Із них жінок – 10, чоловіків – 3. Усі хворі звернулися до стоматологічної поліклініки з приводу протезування і вперше (у даному разі) прийшли

Результати та обговорення

За стоматологічним статусом обстежених хворі мали дефекти зубних рядів, які становили від 2 до 28 зубів. Серед них переважали люди з високим рівнем особистої тривожності (див. рис.).

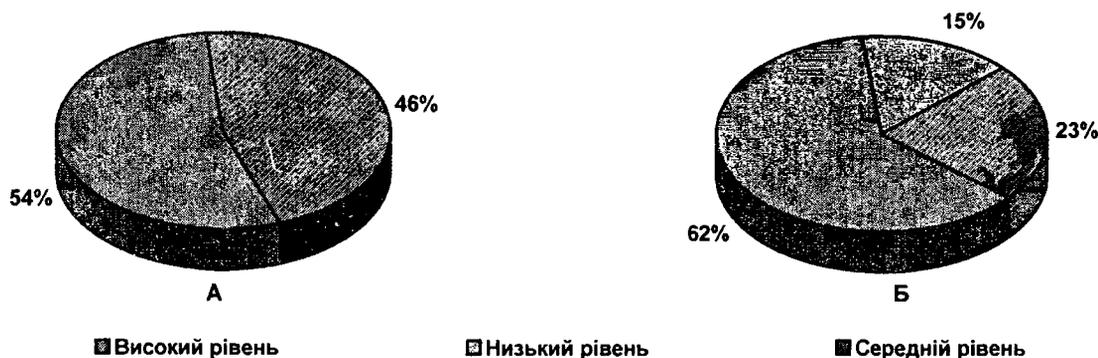


Рис 1. Розподіл ортопедичних хворих за шкалою самооцінки (А) та ситуативної тривожності (Б), %.

Величина зазначеного параметру у цих пацієнтів дорівнювала (59,1±4,6) балів і була вищою, ніж взагалі по

групі (50,3±3,4) бали, р<0,25. Вона також вірогідно перевищувала значення середнього рівня особистої тривож-