

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ

БЛОКОНЬ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК [616.716.8+617.52]-053.4/.5-085.454.1

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ
СУЧАСНИХ ВІТЧИЗНЯНИХ БАГАТОКОМПОНЕНТНИХ МАЗЕЙ**

14.01.22 – стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Полтава – 2004

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Українській медичній стоматологічній академії МОЗ України (ректор – доктор медичних наук, професор Ждан В.М.)

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Ткаченко Павло Іванович, Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, завідувач кафедри дитячої хірургічної стоматології

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор Рузін Геннадій Петрович, Харківський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри хірургічної стоматології;
- доктор медичних наук, професор Матрос-Таранець Ігор Миколайович, Донецький державний медичний університет ім. М.Горького МОЗ України, завідувач кафедри хірургічної стоматології.

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Інститут стоматології, кафедра стоматології.

Захист дисертації відбудеться “ 25 “ січня 2005 р. об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Українській медичній стоматологічній академії (36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Української медичної стоматологічної академії за адресою: 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

Автореферат розісланий “ 21 “ грудня 2004 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, професор

Дев'яткіна Т.О.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Питання загоєння ран досить актуальне для практичної медицини [Б.М.Даценко, 1995; П.І.Ткаченко і співавт., 2002]. Цій проблемі присвячені численні монографії вітчизняних та зарубіжних учених, вона неодноразово обговорювалась на з'їздах хірургів і тематичних конференціях, зокрема й на міжнародних [Б.М.Даценко та співавт., 1991; А.А.Чуйко, 1993; В.А.Юдін, 1995; В.П.Баштан, 1997; І.М.Хуторянський, 1998].

Незважаючи на здобутки сучасної медичної науки, кількість хворих на гнійно-запальні процеси (ГЗП) щелепно-лищевої ділянки (ЩЛД) та шиї невпинно зростає [Л.В.Харьков, 1997; Ю.Ф.Григорчук, Г.П.Рузін, 2003]. Це набуває в масштабах України все більшого соціально-економічного значення у зв'язку з додатковими затратами на лікування (термін стаціонарного перебування таких пацієнтів складає від $13,8 \pm 0,1$ до $17,2 \pm 0,1$ діб) і значними труднощами в реабілітації хворих [Г.Б.Карпінець, 1998; І.М.Матрос-Таранець і співавт., 2001; А.Г.Шаргородський, 2001; Ю.Ф.Григорчук і співавт., 2003; П.І.Ткаченко і співавт., 2004].

Сучасні погляди на терапію гнійних ран ґрунтуються на сформованих за останні десятиріччя уявленнях, що лікування гнійної хірургічної інфекції має бути активним, комплексним і спрямованим як на весь організм, так і на місцевий осередок [С.І.Ємельянов, Т.Г.Робустова, 2001; І.Р.Лоб'як, М.М.Рожко, 2001]. Основним компонентом комплексу лікувальних заходів є адекватне хірургічне втручання [Б.М.Даценко, 1995; Л.В.Харьков, 2002], ефективність якого можна значно підвищити за рахунок сучасних методів активного фізичного впливу на патологічний осередок [Ю.І.Бернадський, В.О.Маланчук, 1998; М.А.Губін, 1998; П.І.Ткаченко, 1998; О.Є.Хоровський, 2001; М.Б.Томова, М.Т.Александров, 2002]: обробкою ран пульсуючим струменем антисептика, променями лазера, ультразвуком; гідровакуумуванням; кріовпливом із подальшим застосуванням активного постійного дренивання [В.А.Дербеньов, 1991; Р.А.Кулієв, Р.Ф.Бабаєв, 1992; Б.М.Даценко, 1995; О.О.Тимофєєв, 1995; Лобода Г.П., 2001].

Однак, ці додаткові методи впливу на рану вимагають наявності дорогого обладнання і важкодоступні для більшості лікувальних закладів. Тому сучасні успіхи в активному веденні гнійно-некротичних ран не заперечують використання з давніх-давен відомого способу їх лікування – під пов'язкою, який економічно вигідний, може застосовуватись у будь-яких умовах і, відрізняючись простотою і доступністю, залишається основним способом лікування гнійних ран у сучасній практичній медицині [Г.Б.Карпінець, 1998; В.С.Агапов, В.В.Шулаков, 1999].

Таким чином, посилений науковий інтерес і велике практичне значення має розробка та впровадження в клініку нових, доступних, патогенетично обґрунтованих лікарських засобів і методів місцевого лікування ранової інфекції, спрямованих на пригнічення гноєтворної мікрофлори, посилення місцевого тканинного імунітету та активізацію репаративних процесів [О.О.Тимофєєв, 2002; Ю.Ф.Григорчук, 2003; В.В.Лисенко та співавт., 2003; В.О.Маланчук, 2003]. Широкий вибір сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей (БКМ) із урахуванням їхнього впливу на окремі фази ранового процесу (РП), тканинний метаболізм, виразність післяопераційного рубця створюють передумови для їх широкого використання у щелепно-лицевій хірургії (ЩЛХ).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота пов'язана із планом наукових досліджень Української медичної стоматологічної академії і є фрагментом НДР “Механізми пошкодження зубощелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань” (державний реєстраційний № 0197V018550). Автор є безпосереднім виконавцем фрагмента зазначеної теми.

Мета і задачі дослідження. Мета роботи – підвищення ефективності комплексного лікування дітей, хворих на гострий гнійний лімфаденіт щелепно-лицевої ділянки та гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи, за рахунок місцевого використання сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей.

Відповідно до мети були поставлені наступні задачі:

1. Дослідити динаміку клініко-лабораторної картини гострого гнійного лімфаденіту щелепно-лицевої ділянки та гострого одонтогенного остеомієліту тіла нижньої щелепи у дітей при застосуванні в комплексному лікуванні сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей.

2. Визначити ефективність використання сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей для лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей за допомогою спеціальних методів дослідження ран (визначення рН ранового вмісту, внутрішньоранової термометрії, податливості навколоранових м'яких тканин, планіметрії).

3. Вивчити вплив сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей на стан морфо-гістохімічної картини м'яких тканин стінок ранового каналу в динаміці ранового процесу.

4. Визначити закономірності репаративних процесів при загоєнні гнійних ран щелепно-лицевої ділянки у дітей під впливом сучасних багатокомпонентних мазей вітчизняного виробництва.

5. Розробити практичні рекомендації та впровадити в практику запропоновані методи лікування.

Об'єкт дослідження – фізико-хімічні та морфо-гістохімічні характеристики тканин гнійної рани щелепно-лицевої ділянки дітей при гострому гнійному лімфаденіті та гострому одонтогенному остеомієліті тіла нижньої щелепи.

Предмет дослідження – корекція загоєння гнійної рани щелепно-лицевої ділянки дітей при гострому гнійному лімфаденіті та гострому одонтогенному остеомієліті тіла нижньої щелепи на тлі застосування сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей.

Методи дослідження: загальноклінічні, лабораторні та спеціальні методи дослідження ранового процесу застосовувались для вивчення особливостей загоєння гнійних ран щелепно-лицевої ділянки в дітей, хворих на гострий гнійний лімфаденіт і гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи, під впливом сучасних багатокомпонентних мазей вітчизняного виробництва та оцінки ефективності застосування вказаних препаратів різного складу в порівняльному аспекті; морфо-гістохімічними методами вивчалися закономірності репаративних процесів у м'яких тканинах щелепно-лицевої ділянки дітей за місцевого лікування гнійних ран із використанням сучасних багатокомпонентних мазей; статистичні методи використовувались для обробки отриманих результатів досліджень.

Наукова новизна. Вперше з використанням клініко-лабораторних даних, рН-метрії, внутрішньоранової термометрії, визначення податливості навколоранових м'яких тканин та планіметрії доведена висока ефективність сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей у місцевому лікуванні гнійних ран ЩЛД дітей та перевага їх пофазового застосування в дитячій ЩЛХ.

Вперше на морфологічному рівні проведено вивчення впливу на перебіг ранового процесу і репаративні властивості м'яких тканин гнійних ран сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей за їх застосування в комплексному лікуванні гострих гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей.

Доведено, що сучасні вітчизняні багатокомпонентні мазі скорочують тривалість запалення, нормалізуючи мікроциркуляторні розлади в м'яких тканинах, і створюють умови для прискорення проліферативних процесів, стимулюючи фібробластичну активність, фібрилогенез та епітелізацію, що загалом поліпшує клінічний перебіг ранового процесу і сприяє швидшому загоюванню ран. Визначено, що зазначені ефекти більш виразно проявляються за пофазового використання вищезгаданих препаратів.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені клініко-лабораторні дослідження мають теоретичне і практичне значення в хірургічній стоматології, зокрема в дитячій щелепно-лицевій хірургії.

Розроблені способи поетапного забору біоптату (раціоналізаторські пропозиції № 1889 та № 1921), які дозволяють отримувати матеріал для контролю за репаративними процесами, не подовжуючи терміни загоєння ран та не призводячи до косметичних порушень.

Доведена перевага пофазового використання в клініці для лікування гнійних ран із метою оптимізації комплексної терапії гнійно-запальних процесів щелепно-лищевої ділянки у дітей сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей перед недиференційованим застосуванням подібних лікарських засобів.

Запропонований та впроваджений у практику охорони здоров'я метод місцевого лікування гнійних ран (Інформаційний лист № 153 – 2002), що дозволяє підвищити ефективність і покращити результати комплексної терапії гнійно-запальних процесів обличчя та шиї, скорочуючи терміни перебування дітей в стаціонарі та сприяючи утворенню малооб'ємного еластичного рубця.

На підставі отриманих результатів розроблені практичні рекомендації щодо використання сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей у дитячій ЩЛХ.

Отримані в ході виконання даної роботи результати реалізуються на практиці в комплексному лікуванні хворих з ГЗП ЩЛД на базі хірургічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави, відділення щелепно-лищевої хірургії обласної клінічної лікарні м. Харкова, клініки щелепно-лищевої хірургії Інституту стоматології АМН України (м. Одеса), клініки кафедри дитячої стоматології Дніпропетровської державної медичної академії. Результати дослідження використовуються в навчальному процесі на кафедрі дитячої хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава), кафедрах хірургічної стоматології Харківського державного медичного університету та Одеського державного медичного університету, кафедрі дитячої стоматології Дніпропетровської державної медичної академії.

Особистий внесок здобувача у розробку нових наукових результатів. Здобувачем особисто визначена мета і завдання дослідження, проведений інформаційний пошук та проаналізована наукова література з проблеми, що досліджується. Під керівництвом наукового керівника автор виконав клініко-лабораторні дослідження, лікування хворих, дослідив динаміку ранового процесу на базі хірургічного відділення Полтавської міської дитячої клінічної лікарні та виконав забір біоптатів для морфо-гістохімічних досліджень, які проводились на кафедрі патологічної анатомії Української медичної стоматологічної академії (зав. кафедри – д.мед.н., проф. А.П.Гасюк) і на базі Полтавського обласного патологоанатомічного бюро. Самостійно проведена статистична обробка отриманих даних, узагальнення й аналіз результатів, сформульовані наукові висновки і практичні рекомендації.

Розроблені 2 способи забору біоптатів м'яких тканин зі стінок ранового каналу для морфологічного дослідження та запропонований метод місцевого лікування гнійних ран щелепно-лищевої ділянки у дітей.

Автор щиро вдячний д.мед.н., проф. А.П.Гасюку та к.мед.н, доценту кафедри патологічної анатомії Української медичної стоматологічної академії М.А.Волобуєву за допомогу в проведенні морфо-гістохімічних досліджень.

У працях, опублікованих у співавторстві, особистий внесок здобувача визначається рівномірною часткою участі всіх співавторів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації повідомлені й обговорені на Всеукраїнській науково-практичній конференції “Стоматологія на межі тисячоліть”, присвяченій 100-річчю Одеського університету (м. Одеса, 2000); на обласній науково-практичній конференції “Сьогодення дитячої стоматології” (м. Полтава, 2001); на міжнародній конференції “Вітчизняна стоматологія на рубежі століть (традиції, проблеми та перспективи розвитку)”, присвяченій 80-річчю Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава, 2001); на обласній науково-практичній конференції “Сучасні аспекти профілактики стоматологічних захворювань у дітей” (м. Полтава, 2002); на науково-практичній конференції “Современные принципы диагностики и лечения в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, присвяченій 25-річчю стоматологічного факультету Харківського державного медичного університету (м. Харків, 2003); на обласній науково-практичній конференції “Основні аспекти виконання програми профілактики і лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки в Полтавській області” (м. Полтава, 2003); на науково-практичній конференції з хірургічної стоматології та щелепно-лищевої хірургії “Сучасні способи діагностики і хірургічного лікування захворювань зубо-щелепного апарату, органів щелепно-лищевої ділянки у дітей та дорослих” (м. Полтава, 2004); на науково-практичній конференції “Нові технології в діагностиці та лікуванні одонтогенної інфекції та захворювань слизової оболонки порожнини рота”, присвяченій 90-річчю з дня народження професора Г.І.Семенченка (м. Одеса, 2004).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 9 робіт, із них 6 статей у журналах, ліцензованих ВАК України (3 – самостійні).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена українською мовою на 165 сторінках машинописного тексту. Складається із вступу, огляду літератури, опису об'єктів і методів дослідження, 2 розділів власних досліджень, обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій і списку літератури, який містить 319 джерел, з яких 52 іноземних авторів. Робота ілюстрована 12 таблицями та 44 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкти і методи дослідження. Результати клінічної роботи ґрунтуються на обстеженні 43 дітей із гострим гнійним лімфаденітом (ГГЛ) щелепно-лицевої ділянки віком 7-12 років (дівчата – 25, хлопці – 18) та 22 дітей із гострим одонтогенним остеомієлітом тіла нижньої щелепи (ГООТНЩ) віком від 7 до 14 років (дівчата – 8, хлопці – 14), що склали дві групи спостереження.

Перша група – 22 дитини із ГГЛ щелепно-лицевої ділянки та 11 дітей із ГООТНЩ, в яких для місцевого лікування гнійних ран протягом усього ранового процесу використовували мазь “Альгофін” (реєстраційний номер Р/97/315/6).

Друга група – 21 дитина із ГГЛ щелепно-лицевої ділянки та 11 дітей із ГООТНЩ, в яких багатокомпонентні мазі застосовувались пофазово: “Офлокаїн-Дарниця” (реєстраційний номер Р.97.243.46) – у 1 фазі, а “Метилурацил-Дарниця” (реєстраційний номер Р.03.99/00363) – у 2 та 3 фазах ранового процесу.

У всіх хворих ГЗП мав одонтогенну етіологію і нормергічний тип перебігу. У 8 дітей із ГООТНЩ (36,36%) його перебіг ускладнився остеофлегмоною.

У групи спостереження були відібрані пацієнти, які не мали супутніх хвороб.

У день госпіталізації всім хворим проводили розтин гнійного осередку та за необхідності – видалення “причинного” зуба. Довжина розрізу при гострому гнійному лімфаденіті сягала 2-3 см, а при ГООТНЩ – 5-6 см. Під загальним внутрішньовенним знеболюванням операція проведена 5 дітям із ГГЛ ЩЛД та 10 дітям із ГООТНЩ, а у всіх інших пацієнтів була застосована місцева анестезія.

Оперативне втручання завершували санацією порожнини гнійника і введенням у рану для дренивання та промивання трубчастих перфорованих поліетиленових дренажів або стрічок латексної гуми. Подальше місцеве лікування ран здійснювали під пов'язкою. Пов'язку міняли 2 рази за добу. Залежно від площі ранової поверхні витрати багатокомпонентних мазей на одну перев'язку склали 1-10 грам. Загоювання рани завершувалося вторинним натягом.

Усім хворим проводили загальноприйнятну комплексну терапію відповідно до нозологічної форми хвороби [П.І.Ткаченко, 1998].

М'які тканини зі стінок ранового каналу для морфологічного дослідження брали за нашою методикою (раціоналізаторська пропозиція № 1889). Обробку матеріалу для гістологічного дослідження проводили за загальновизнаними методиками [І.П.Кайдашев, 1997]. Гістологічні зрізи, отримані з парафінових блоків, фарбували гематоксилін-еозином і пікрофуксином за Ван-Гізон для оглядової мікроскопії та на фібрин – за методикою Малорі, а напівтонкі зрізи фарбували 0,1% розчином метиленового синього, який дозволяє виявити елементи сполучної тканини, кровоносні судини та епітеліальні компоненти. За допомогою

ШИК-реакції та ШИК-реакції із дофарбуванням альціановим синім визначали наявність глікозаміногліканів (ГАГ).

Рівень рН ранового вмісту визначали за допомогою лабораторного цифрового рН-метра типу ОР-211/1. Внутрішньоранову термометрію проводили цифровим електронним термометром МТ-1622 швейцарської фірми “Microlife”. Вивчення податливості навколоранових м’яких тканин виконували за допомогою пристрою, розробленого співробітниками УМСА (Патент 45799 А Україна, МКВ А1В5/0245). Для визначення планіметричних показників користувалися тестом, запропонованим Л.Н.Поповою [Б.М.Даценко, 1985].

Вищевказані методи дослідження проводили в день операції, на 1-у, 3-ю та 6-у післяопераційну добу.

Статистичну обробку матеріалу виконували на персональному комп’ютері із використанням табличного редактора “Microsoft Excel”. Порівнюючи результати дослідження, застосовували оцінку розходжень за методом, адекватним для малих вибірок. Використовували таблицю Стьюдента. Розходження приймали достовірними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведені об’єктивне та загальноклінічні лабораторні дослідження під час госпіталізації хворих показали характерний розвиток клінічної картини гнійного запалення та прояви окремих гомеостатичних реакцій як його індикаторів. У дітей із гострим гнійним лімфаденітом температура тіла сягала $37,4-37,5^{\circ}\text{C}$, визначалися загальна слабкість, озноб, тахікардія, втрата сну та апетиту, блідість шкірних покривів, сухість у роті. Місцево спостерігались припухання, гіперемія та гіпертермія шкіри (55,81%), флюктуація (58,14%), біль при пальпації інфільтрату (100%), колатеральний набряк (81,48%), обмежене та болюче відкривання рота (39,54%).

У хворих на гострий одонтогенний остеомиєліт тіла нижньої щелепи загальні порушення були подібними до тих, що в дітей із гострим гнійним лімфаденітом, однак температура тіла сягала $38,1-38,2^{\circ}\text{C}$. Мали місце головний біль, нудота, розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (45,45%), симптом Венсана (45,45%). Місцево визначались припухання, колатеральний набряк, гіперемія та гіпертермія шкіри (54,54%), флюктуація (45,45%), біль у спокої в осередку запалення, болюче відкривання рота та муфтоподібне потовщення альвеолярного відростка із гіперемією ясен і перехідної складки у всіх пацієнтів.

Для периферійної крові всіх хворих були характерними лейкоцитоз та нейтрофіліоз, зменшення відносної кількості лімфоцитів і еозинофілів.

На тлі значної деструкції ранових тканин у ділянці патологічного осередку у всіх пацієнтів спостерігались декомпенсований ацидоз ранового вмісту, підвищення внутрішньоранової температури та зменшення податливості навколоранових м’яких тканин (табл.).

Динаміка показників спеціальних методів дослідження ран у хворих на гострий гнійний лімфаденіт та гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи

Нозологічна форма	Доба	Група	Параметри дослідження				
			pH	планіметрія, мм ²	податливість	внутрішньоранова термометрія, °C	
ГГЛ	день операції	1	5,73±0,16	161,54±10,4	0,20±0,02	37,75±0,17	
		2	5,71±0,15	164,85±10,49	0,20±0,02	37,74±0,12	
	1	1	—	—	0,30±0,04 **	—	
		2	—	—	0,38±0,04 *	—	
	3	1	6,70±0,19*	136,90±10,92	0,51±0,03 *	37,48±0,14	
		2	6,92±0,16*	115,09±7,33 *	0,61±0,02 *	37,33±0,11 ***	
	6	1	7,02±0,11*	110,70±8,24 *	0,78±0,03 *	37,09±0,14 **	
		2	—	80,69±5,15 *	0,84±0,08 *	—	
	ГООТНЦ	день операції	1	5,50±0,05	648,09±28,92	0,11±0,03	38,21±0,26
			2	5,50±0,03	670,00±10,11	0,12±0,02	38,18±0,31
1		1	—	—	0,21±0,03 **	—	
		2	—	—	0,29±0,04 ****	—	
3		1	6,33±0,06 *	523,54±23,47****	0,39±0,02 *	37,89±0,25	
		2	6,52±0,10 *	469,60±7,21 *	0,49±0,04 *	37,82±0,27	
6		1	6,78±0,06 *	417,18±18,31 *	0,70±0,02 *	37,60±0,28 **	
		2	6,94±0,04 *	328,00±4,82 *	0,79±0,02 *	37,52±0,16	

Примітки: * – p<0,001; ** – p<0,05; *** – p<0,02; **** – p<0,01 (порівняно із днем операції).

У ході лікування поступово відновлювався загальний стан усіх дітей. Загалом динаміка його проявів суттєво не відрізнялась в групах спостереження. Так, уже на 1-у післяопераційну добу температура тіла знизилась у всіх хворих (на 0,9% та 0,8% при ГГЛ ($p < 0,5$) і 1,5% та 1,9% при ГООТНЩ ($p < 0,5$) у дітей відповідно 1 та 2 груп порівняння). Пацієнти вказували на поліпшення загального стану: зменшення слабкості, ознобу, сухості в роті та блідості шкіри, покращання сну й апетиту. У хворих на гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи частково відновилась і функція органів ШКТ та зник біль у спокої.

На 3-ю добу зниження температури тіла сягало 1,6% ($p < 0,01$) та 1,9% ($p < 0,5$) і 3,2% ($p < 0,02$) та 3,5% ($p < 0,5$) у дітей, хворих, відповідно, на ГГЛ та ГООТНЩ в 1 та 2 групах порівняння. Паралельно зі зниженням температури тіла зникали прояви загальної інтоксикації. У хворих на ГООТНЩ нормалізувалась функція органів ШКТ, спостерігались гіперемія ясен та перехідної складки без їх набряку в ділянці видаленого зуба. Симптом Венсана зник у 55,56% пацієнтів*, а в 68,18% дітей* стало неболючим відкривання рота.

На 6-у добу у всіх пацієнтів із ГГЛ загальний стан нормалізувався, однак показники температури тіла в 7 (31,81%) дітей із ГООТНЩ були субфебрильними. У 10% хворих* на гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи зник симптом Венсана, а неболюче відкривання рота визначалось у 90,91% хворих* на гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи.

Отримані дані вказують на те, що використання різних багатокомпонентних мазей для загоєння ран не значно впливає на динаміку загальноклінічних проявів хвороб, а провідну роль у термінах їхньої нормалізації все ж таки відіграє форма гнійно-запального процесу та призначене загальне лікування.

Аналізуючи динаміку гемограми, ми дійшли висновку, що поступове зниження абсолютної кількості лейкоцитів відбувається у хворих 1 та 2 груп відповідної нозологічної форми приблизно в однакові терміни, які суттєво не відрізняються від подібних за традиційного лікування [П.І.Ткаченко, 1998]. Це підтверджує думку про те, що місцеве використання багатокомпонентних мазей значно не впливає на зміни загальних показників гомеостазу організму.

Інакше виглядає динаміка місцевих об'єктивних змін. На 1-у добу місцевим дослідженням не виявлені суттєві розбіжності у хворих із ГГЛ та ГООТНЩ обох груп спостереження: загалом у ранах спостерігалась 1 фаза РП із притаманними їй клінічними і морфо-гістохімічними проявами. У хворих на ГГЛ визначалися значна гнійна ексудація, гнійно-некротичний наліт на дні та стінках рани, виражений набряк і запальна інфільтрація ранових країв, гіперемія та гіпертермія

* -- тут і далі відсоток обчислений відносно тих дітей, у кого цей симптом визначався на попередньому обстеженні.

шкіри, болюче та обмежене відкривання рота. У хворих на гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи спостерігалась більша кількість некротизованих тканин, а зона набряку переважала зону інфільтрації.

Морфо-гістохімічним дослідженням визначались набряк, кров, фібрин та детрит у рановому каналі; повнокров'я судин, геморагії й набряк у дермі; утворення підепітеліальних інфільтратів та відшарування епідермісу у відповідь на мікробну інвазію тканин; дезорганізація шарів епідермісу з дистрофічними змінами епітеліоцитів; набряк, серозно-фібринозне просякання з некрозами та крововиливами в прилеглих тканинах; значна круглоклітинна інфільтрація (численні лейко- і лімфоцити, мала кількість плазматичних клітин та гранульованих лейкоцитів) і гемоциркуляторні розлади у всіх шарах рани. Також спостерігалась невелика кількість глікозаміногліканів у ранових тканинах із переважною їх концентрацією в стінках кровоносних судин.

На 3-ю добу виявлялися суттєві відмінності в ранах дітей різних груп спостереження. Так, у 1 групі пацієнтів усе ще відбувались процеси, притаманні 1 фазі ранового процесу. У хворих на гострий гнійний лімфаденіт зберігались незначний набряк, інфільтрація та підритість ранових країв з окремими ділянками їх розплавлення, легка гіперемія прилеглої шкіри, товстий шар фібрину на стінках рани, гнійно-серозний ексудат. У 50% дітей* виявлялося болюче відкривання рота. У хворих на гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи місцева картина була подібною, однак ексудат мав гнійний характер. *Морфо-гістохімічним дослідженням* виявлялись деструктуризація та некроз шарів покривного епітелію; прилеглі тканини – без набряку та крововиливів; зменшення розладів у мікроциркуляторному руслі (МЦР); подекуди поява судин грануляційної тканини; виражена клітинна інфільтрація: поодинокі лейкоцити та скупчення лімфоцитів, збільшення кількості плазмоцитів та лейкоцитів, поява велетенських багатоядерних клітин. Спостерігалось незначне накопичення глікозаміногліканів у міжсудинних просторах.

Натомість, у 2 групі пацієнтів, де до цього часу застосовувалась мазь “Офлокаїн-Дарниця”, виразними були ознаки 2 фази РП. У дітей із ГГЛ: відсутні гіперемія шкіри, набряк, навколоранова інфільтрація та ділянки некрозу; тонкий шар фібрину; грануляції на дні ран; неболюче відкривання рота у всіх хворих; серозний ексудат. У хворих на ГООТНЩ: незначні гіперемія, набряк та інфільтрація; тонкий шар фібрину, грануляції на дні рани; подекуди ділянки некрозу; серозний ексудат із домішками гною. *Морфо-гістохімічне дослідження:* незначний набряк, відсутність детритних осередків, окремі ділянки геморагій, часткове відновлення кровообігу в МЦР, виражене новоутворення капілярів, проліферація епітеліоцитів та їх “наповзання” із прилеглих ділянок шкіри, проліферація фібробластів; клітинний інфільтрат: майже відсутні лейкоцити та

зменшена кількість лімфоцитів, збільшена кількість плазмоцитів, велетенські багатоядерні клітини, велика кількість фібробластів. Значно накопичились у міжсудинних просторах глікозаміноглікани.

На 6-у добу в дітей із ГГЛ 1 групи рани інтенсивно гранулювали, про що свідчили відсутність ексудату, гіперемії, набряку та інфільтрації ранових країв, наявність грануляцій у рановому каналі й початок ранової контракції. Стало неболючим відкривання рота у всіх пацієнтів. *Морфо-гістохімічна картина:* грануляційна тканина, молоді колагенові волокна у вигляді широкопетлистої сітки та із упорядкованим розташуванням; різке зменшення кількості лейкоцитів; плазмоцити, велетенські багатоядерні клітини, превалювання фібробластів. Спостерігалась велика кількість ГАГ у міжсудинних просторах.

У ранах дітей із гострим гнійним лімфаденітом 2 групи, у яких в цей період уже використовували мазь “Метилурацил-Дарниця”, були відсутні ранові виділення, спостерігалась суттєва контракція ранових країв, інтенсивне формування рубця та крайова епітелізація його поверхні. *Морфо-гістохімічна картина:* тонкі й товсті волокнисті структури з упорядкованим розташуванням, зменшення кількості капілярів та їх запусівання, ланцюги фібробластів і нечисленні інші клітинні елементи (переважно фіброцити, незначна кількість дегранульованих лейкоцитів), інтенсивна епітелізація з утворенням епітелію чіткої пошарової структури. Спостерігалась у край мала кількість ГАГ.

У ранах хворих на ГООТНЦ 1 та 2 групи загалом визначались такі ж процеси, хоча вони і поступалися кількісними показниками.

Цікавими виглядають динамічні зміни результатів спеціальних методів дослідження ран. Антисептична обробка, дренажування та лікувальна дія БКМ сприяли зменшенню показників ацидозу (див. табл.). На 3-ю добу спостерігалися суттєві розбіжності в зменшенні кількості іонів водню в групах спостереження, коли значення рН у 1 групі змінилися, відповідно у хворих на ГГЛ та на ГООТНЦ на 16,9% та 15,1% ($p < 0,001$), а в 2 групі – на 21,2% та 18,5% ($p < 0,001$). На 6-у добу в ранах хворих на ГГЛ 1 групи рН мала показники норми, а в 2 групі через закриття ранового каналу та відсутність ранового ексудату ми не змогли її визначити взагалі. При ГООТНЦ різниця між значеннями рН у ранах 1 та 2 групи стала ще суттєвішою порівняно із попереднім терміном (відповідно 23,3% та 26,2% ($p < 0,001$)) (рис. 1).

Подібна картина виявлена і при проведенні внутрішньоранової термометрії (див. табл.). На 3-ю добу спостерігалось превалювання зниження внутрішньоранової температури в другій групі порівняно з першою. У 1 групі показники склали 0,7% та 0,8% ($p < 0,5$), а в 2 групі 1,1% ($p < 0,02$) та 0,9% ($p < 0,5$) відповідно у хворих на ГГЛ та на ГООТНЦ. На нашу думку, це пов'язано із більш вираженим лікувальним ефектом мазі “Офлокаїн-Дарниця”, яка

використовувалась у дітей 2 групи в зазначений термін, порівняно із препаратом “Альгофін”. Подібна закономірність збереглася і на 6-у добу, однак у 2 групі хворих із гострим гнійним лімфаденітом термометрію взагалі не вдалося провести через закриття ранового каналу (рис. 2).

Показовою виглядає і динаміка зміни значень податливості навколоранових м'яких тканин як характеристики інтенсивності їхнього набряку та інфільтрації (див. табл.). Суттєва різниця між цими показниками в ранах хворих 1 та 2 груп визначалась уже на 1 добу: різке зменшення значень у 2 групі (90% при ГГЛ та 141,7% при ГООТНЦ ($p < 0,01$)) на тлі відносно незначних змін у 1 групі (50% ($p < 0,05$) при ГГЛ та 90,9% ($p < 0,05$) при ГООТНЦ). На 3-ю добу, порівняно із днем операції, подібна тенденція збереглася (у 2 групі: 205% та 388,3% ($p < 0,001$); у 1 групі: 155% та 254,5% ($p < 0,001$) у хворих на ГГЛ та на ГООТНЦ відповідно), а на 6-у добу в 2 групі хворих показники максимально наблизились до зафіксованих на здорових ділянках (рис. 3). Ми вважаємо, що така динаміка значень податливості пов'язана із вираженими гіперосмолярними властивостями гідрофільної основи мазей “Офлокаїн-Дарниця” та “Метилурацил-Дарниця”.

Усі вищезгадані загальні та місцеві зміни у хворих нерозривно пов'язані з показниками ранової планіметрії (див. табл.). Початок контракції країв рани у хворих 2 групи на 3-ю добу збігався із суттєвим зменшенням планіметричних значень (30,2% у хворих на ГГЛ та 29,9% у хворих на ГООТНЦ ($p < 0,001$)). У пацієнтів 1 групи подібні явища (на 31,5% при ГГЛ і на 35,6% при ГООТНЦ ($p < 0,001$)) спостерігалися на 6-у добу, коли у дітей 2 групи значна ранова контракція сприяла ще більшому зменшенню розмірів поверхні рани (відповідно 51,1% та 51% ($p < 0,001$)). Таким чином, площа зменшення ранової поверхні за добу у хворих 1 групи складала, в середньому, 5,25%, а у хворих 2 групи – 8,5%. При цьому на 6-у добу площа ран у пацієнтів 1 групи була на 27,1% ($p < 0,01$) та 27,2% ($p < 0,001$) більшою, ніж у дітей 2 групи із ГГЛ та ГООТНЦ відповідно (рис. 4).

Отже, в процесі комплексної терапії хворих на гострий гнійний лімфаденіт ЩЛД та гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи із використанням сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей поряд із загальнобіологічними закономірностями загоєння ран ми виявили відмінності динаміки місцевих клінічних проявів ГЗП, мікроскопічної картини навколоранових м'яких тканин та показників спеціальних методів дослідження ран. Отримані результати дають підстави вважати, що пофазове застосування сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей у лікуванні гнійних ран щелепно-лицевої ділянки дітей більш раціональне і доцільне за використання однієї БКМ протягом усього ранового процесу. Однак, навіть використання БКМ без урахування фазового перебігу загоєння скорочує процеси ранової репарації порівняно з результатами традиційного лікування пацієнтів із ГГЛ ЩЛД і ГООТНЦ [П.І.Ткаченко, 1998].

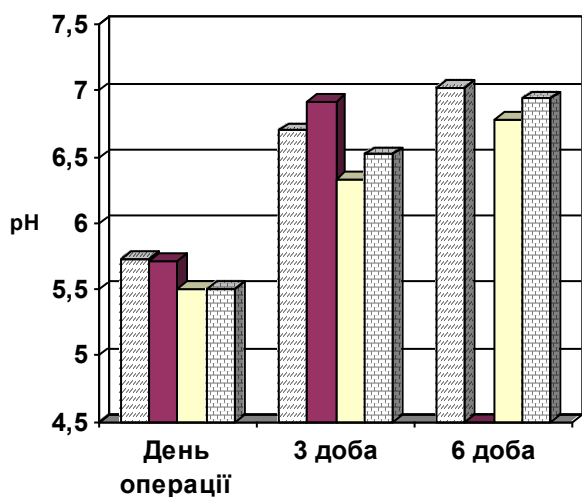


Рис. 1. Динаміка показників рН-метрії у групах порівняння.

- ▨ - ГГЛ (1 група)
- - ГГЛ (2 група)
- - ГООТНЦ (1 група)
- ▤ - ГООТНЦ (2 група)

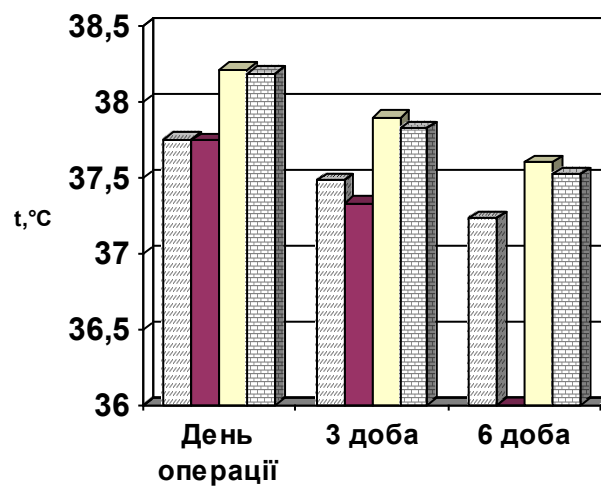


Рис. 2. Динаміка показників внутрішньоранової термометрії у групах порівняння.

- ▨ - ГГЛ (1 група)
- - ГГЛ (2 група)
- - ГООТНЦ (1 група)
- ▤ - ГООТНЦ (2 група)

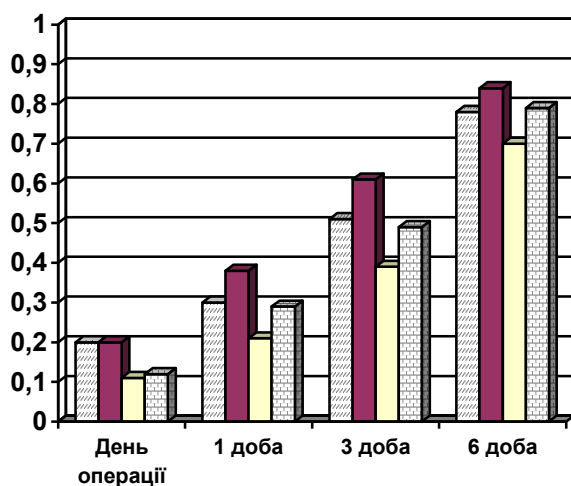


Рис. 3. Динаміка показників податливості навколоранових м'яких тканин у групах порівняння.

- ▨ - ГГЛ (1 група)
- - ГГЛ (2 група)
- - ГООТНЦ (1 група)
- ▤ - ГООТНЦ (2 група)

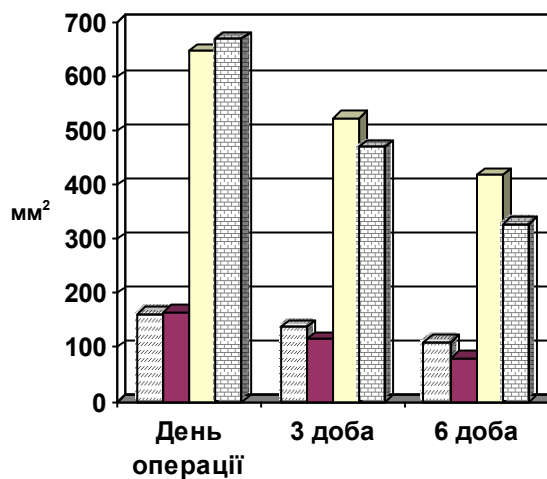


Рис. 4. Динаміка показників планіметрії у групах порівняння.

- ▨ - ГГЛ (1 група)
- - ГГЛ (2 група)
- - ГООТНЦ (1 група)
- ▤ - ГООТНЦ (2 група)

ВИСНОВКИ

У дисертації наведені теоретичні узагальнення і нове розв'язання науково-практичного завдання щодо підвищення ефективності комплексного лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей шляхом використання сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей для місцевого впливу на гнійну рану.

1. Незважаючи на різнобічну фармакологічну дію мазей “Альгофін”, “Офлокаїн-Дарниця” та “Метилурацил-Дарниця”, їхні складові не суттєво впливають на клініко-лабораторні показники та загальний стан дітей із гострим гнійним лімфаденітом щелепно-лицевої ділянки та гострим одонтогенним остеомієлітом тіла нижньої щелепи, що проявляється різницею у зниженні температури тіла на 3-ю післяопераційну добу лише на 0,3% у хворих двох груп порівняння, однотиповою динамікою гемограм та однаковими змінами в них загальноклінічних проявів хвороби на першу, 3-ю і 6-у післяопераційну добу.

2. Інтенсивніша нормалізація показників рН, внутрішньоранової температури та податливості навколоранових м'яких тканин за пофазового використання мазей “Офлокаїн-Дарниця” і “Метилурацил-Дарниця” сприяє зменшенню площі ранової поверхні на 8,5% за добу порівняно із 5,25% у разі застосування мазі “Альгофін” протягом всього ранового процесу.

3. У першу післяопераційну добу відсутня різниця в мікроскопічній картині м'яких тканин ран у хворих двох груп спостереження. Подальше використання мазі “Офлокаїн-Дарниця” веде до повного некролізу, інтенсивного розвитку повноцінної грануляційної тканини та посилення фібробластичної активності на 3-ю добу, що під дією мазі “Метилурацил-Дарниця” на 6-у добу завершується активним фібрилогенезом, “дозріванням” рубцевої тканини із розвитком типового багат шарового плескато епітелію. Натомість, за використання мазі “Альгофін” на 3-ю добу очищення ран від гнійно-некротичних мас остаточно не завершується, на тлі чого грануляції тільки починають утворюватися, і лише на 6-у добу з'являється молода рубцева тканина, покрита окремими деструктованими епітеліальними шарами.

4. Загоєння гнійних ран щелепно-лицевої ділянки в дітей під впливом сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей відбувається відповідно до загальнобіологічних закономірностей, супроводжуючись типовою динамікою місцевих клініко-лабораторних проявів і односпрямованими, чітко детермінованими змінами морфо-гістохімічної картини, притаманними кожній фазі ранового процесу. Різниця полягає лише у виразності їхнього прояву на 3-ю та 6-у післяопераційну добу, що обумовлено властивостями препаратів та методикою їх використання.

5. Розроблена, апробована і впроваджена в клінічну практику проста в застосуванні та економічно вигідна методика місцевого використання мазей “Альгофін”, “Офлокаїн-Дарниця” та “Метилурацил-Дарниця” в комплексному лікуванні гнійних ран щелепно-лицевої ділянки в дітей, що дозволяє скоротити терміни ранової репарації, сприяючи утворенню м'якого, еластичного рубця. Отримані дані аргументують раціональність та ефективність використання сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей у дитячій щелепно-лицевій хірургії взагалі та переваги їх пофазового використання зокрема.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Багатокомпонентні мазі використовуються під пов'язкою після проведення адекватного хірургічного лікування гнійного осередку, промивання рани розчином антисептика та подальшого дренивання. Аплікація мазі накладається на стерильну марлеву пов'язку та рану таким чином, щоб уся ранова поверхня була рівномірно покрита її тонким шаром. Пов'язку міняють 1-2 рази за добу.

2. Застосування мазі “Альгофін” протягом усього ранового процесу є предметом вибору для використання за описаною методикою.

3. Більш ефективним і раціональним є пофазове застосування сучасних вітчизняних БКМ: використання мазі “Офлокаїн-Дарниця” в I фазі ранового процесу, а після завершення некролізу, в репаративних фазах загоєння, аплікації мазі “Офлокаїн-Дарниця” доцільно замінити використанням мазі “Метилурацил-Дарниця” за вищевикладеною методикою.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Білоконь С.О. Вплив багатокомпонентних мазей на репаративні процеси в 2-й фазі ранового процесу при гострому гнійному піднижньощелепному лімфаденіті у дітей // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад. – 2002. – Т. 2, вип. 1. – С. 49-52.
2. Білоконь С.О. Перспективи використання багатокомпонентних препаратів вітчизняного виробництва для оптимізації лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки // Вісник проблем біології і медицини. – 2002. – № 9-10. – С. 85-90.
3. Білоконь С.О. Ефективність використання вітчизняних багатокомпонентних мазей в дитячій щелепно-лицевій хірургії за даними цитогам раневого вмісту // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад. – 2003. – Т. 3, Вип. 2 (6). – С. 16-18.

4. Ткаченко П.І., Білоконь С.О. Клініко-морфологічна характеристика першої фази ранного процесу при застосуванні багатокомпонентних мазей у дітей із гострим гнійним піднижньощелепним лімфаденітом // Вісник стоматології. – 2002. – № 2. – С. 21-23. Здобувач особисто проводив підбір та лікування хворих, забір матеріалу для морфо-гістохімічного дослідження, сформулював висновки.
5. Ткаченко П.І., Білоконь С.О. Вплив багатокомпонентних мазей на клінічні показники та клітинний склад м'яких тканин ранового каналу при гострому одонтогенному остеомієліті тіла нижньої щелепи у дітей // Вісник стоматології. – 2002. – № 3. – С. 21-24. Здобувач особисто проводив підбір та лікування хворих, забір матеріалу для морфо-гістохімічного дослідження, сформулював висновки.
6. Ткаченко П.І., Гуржій О.В., Білоконь С.О. Шляхи підвищення ефективності лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки // Вісник стоматології. – 2002. – № 4. – С. 125-130. Здобувачем особисто проведений пошук та аналіз літературних джерел і узагальнені результати.
7. Білоконь С.О., Гуржій О.В., Білоконь Н.П. Гострі гнійні інфекції в дитячій хірургічній стоматології // Стоматолог. – 2003. – № 10. – С. 48-51. Здобувач особисто провів набір хворих, статистичну обробку та аналіз матеріалу.
8. Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В., Білоконь Н.П., Гоголь А.М. Методи контролю за перебігом гнійного ранового процесу в дитячій щелепно-лицевій хірургії // Стоматолог. – 2004. – № 8. – С. 39-40. Здобувач упроваджував зазначені методи в клініці, особисто визначив актуальність та ефективність їх використання в практичній медицині.
9. Білоконь С.О. Перспективи використання вітчизняних багатокомпонентних мазей для оптимізації місцевого лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки у дітей // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. – Сб. науч. тр. Вып. 6. – Харьков, 2003. – С. 189-190.

АНОТАЦІЯ

Білоконь С.О. Комплексне лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки у дітей із використанням сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей.

Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22. – стоматологія. – Українська медична стоматологічна академія МОЗ України. – Полтава, 2004.

Шляхом пофазового застосування сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей підвищена ефективність комплексного лікування дітей із гнійними ранами щелепно-лицевої ділянки.

Під дією багатокомпонентних мазей “Альгофін”, “Офлокаїн-Дарниця” та “Метилурацил-Дарниця” з першого післяопераційного дня почалася нормалізація мікроциркуляторних розладів та метаболізму в м'яких тканинах, які надалі змінилися стимулюванням фібробластичної активності, фібрилогенезу й епітелізації, створенням сприятливих умов для прискорення проліферативних процесів, що, як наслідок, поліпшувало місцеві клінічні прояви гнійно-запальних процесів. Процеси ранової репарації інтенсивніше відбувалися за пофазового використання сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей, що сприяло швидшому загоюванню ран.

Зменшення площі ранової поверхні за добу за пофазового використання мазей “Офлокаїн-Дарниця” і “Метилурацил-Дарниця” та застосування мазі “Альгофін” протягом усього ранового процесу складає 8,5% та 5,25% відповідно, тісно переплітаючись із позитивною динамікою показників рН, внутрішньоранової термометрії та податливості навколоранових м'яких тканин.

Ключові слова: гострий гнійний лімфаденіт, гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи, багатокомпонентні мазі, гнійна рана, діти.

АННОТАЦІЯ

Белоконь С.А. Комплексное лечение гнойных ран челюстно-лицевой области у детей с применением современных отечественных многокомпонентных мазей.

Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22. – стоматология. – Украинская медицинская стоматологическая академия МОЗ Украины. – Полтава, 2004.

Диссертация посвящена проблеме повышения эффективности комплексного лечения детей с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области путём местного применения современных отечественных многокомпонентных мазей “Альгофін”, “Офлокаїн-Дарниця” и “Метилурацил-Дарниця” для лечения послеоперационных гнойных ран.

Для оценки влияния вышеуказанных препаратов на репаративные возможности мягких тканей челюстно-лицевой области 43 ребёнка с острым гнойным лимфаденитом и 22 ребёнка с острым одонтогенным остеомиелитом тела нижней челюсти были разделены на 2 группы. В 1-й группе пациентов наряду с общим лечением гнойно-воспалительных процессов (антибактериальная, противовоспалительная, гипосенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия) использовалась мазь “Альгофін” на всём протяжении раневого процесса. Во 2-й группе детей наряду с общим лечением применяли мазь “Офлокаїн-Дарниця” в 1-й фазе, а “Метилурацил-Дарниця” – во 2-й и 3-й фазах раневого процесса.

Результаты объективного и общеклинического обследования больных во время госпитализации показали характерное развитие клинической картины гнойно-воспалительного процесса и проявление отдельных гомеостатических реакций как его показателей. В периферической крови всех пациентов наблюдались лейкоцитоз и нейтрофилёз на фоне уменьшения относительного количества лимфоцитов и эозинофилов.

В ходе лечения постепенно восстанавливалось общее состояние пациентов и показатели гемограммы, хотя динамика их нормализации существенно не отличалась в группах наблюдения. Установлено, что сроки нормализации не отличаются и от подобных при традиционном лечении. Вышеизложенное свидетельствует о том, что применение многокомпонентных мазей не влияет существенно на общее состояние больных гнойно-воспалительными процессами.

Иначе выглядит динамика местных изменений. После операции на фоне значительной деструкции раневых тканей в области патологического очага у всех пациентов наблюдались декомпенсированный ацидоз раневого содержимого, повышение внутрираневого температуры и уменьшение податливости околораневых мягких тканей.

На 1-е сутки при местном исследовании не выявлено значительной разницы у больных острым гнойным лимфаденитом и острым одонтогенным остеомиелитом тела нижней челюсти обеих групп наблюдения: в ранах наблюдалась 1-я фаза раневого процесса с присущими ей клиническими и морфо-гистохимическими проявлениями.

На 3-и сутки определялись существенные отличия в ранах детей разных групп наблюдения. У больных 1-й группы клинически выявлены процессы, присущие 1-й фазе раневого процесса, что морфо-гистохимически выразилось деструктуризацией и некрозом слоёв покровного эпителия, расстройством в микроциркуляторном русле, очаговым появлением сосудов грануляционной ткани и выраженной круглоклеточной инфильтрацией, незначительным накоплением гликозаминогликанов в межсосудистых пространствах. В эти же сроки наблюдения у детей 2-й группы раневой процесс перешёл во 2-ю фазу, что морфо-гистохимически определялось частичным восстановлением кровообращения в микроциркуляторном русле, выраженным образованием капилляров, пролиферацией эпителиоцитов, преобладанием в клеточном составе фибробластов, значительным накоплением гликозаминогликанов в межсосудистых пространствах.

Описанные изменения приводили к тому, что на 6-е сутки под действием мази “Метилурацил-Дарница” в ранах пациентов 2-й группы происходил активный фибриллогенез, “дозревание” и эпителизация рубцовой ткани с развитием типичного многослойного плоского эпителия. В эти же сроки в ранах детей 1-й

группы только появлялась молодая рубцовая ткань, покрытая отдельными деструктурированными эпителиальными слоями.

Такая динамика клинических показателей и морфо-гистохимических изменений неразрывно связана с результатами исследования ран специальными методами. Установлено, что более интенсивная нормализация показателей рН, внутрираневого температуры и податливости околограневых мягких тканей при пофазовом использовании мазей “Офлокаин-Дарница” и “Метилурацил-Дарница” приводит к уменьшению площади раневой поверхности в среднем на 8,5% за сутки, тогда как при использовании мази “Альгофин” на всём протяжении раневого процесса этот показатель составляет 5,25% .

Полученные данные обосновывают рациональность и эффективность использования современных отечественных многокомпонентных мазей в детской челюстно-лицевой хирургии в целом и преимущества их использования с учётом фаз раневого процесса в частности.

Ключевые слова: острый гнойный лимфаденит, острый одонтогенный остеомиелит тела нижней челюсти, многокомпонентные мази, гнойная рана, дети.

ANNOTATION

Bilocon S.O. Using the modern fatherland multicomponent ointments in complex medical treatment of children with jaw-facial area purulent wounds.

Manuscript.

Dissertation on gaining the scientific degree of candidate of medical sciences by speciality 14.01.22 – stomatology. – The Ukrainian Medical Stomatological Academy, MOZ Ukraine. – Poltava, 2004.

Raised the efficiency of complex medical treatment at children with jaw-facial area purulent wounds by phased application of modern fatherland multicomponent ointments.

Already from the first afteroperation day in wound under action of multicomponent ointments “Oflocain-Darnitsa” and “Metiluracil-Darnitsa” have began the normalization of microcirculation disorders and metabolism in soft tissues, which further have changed in fibroblast activity, fibril-genesis and epitelise stimulation, by creation of favourable terms for proliferate processes acceleration, that, as a result, improved the local clinical purulent-inflammation processes displays. Near that, the wound reparation processes flowed more intensive with the phased using of modern fatherland multicomponent ointments, which, in the eventual account, help much more rapidly healing the wounds.

24 ours wound reduction area with the phased using of the ointments “Oflocain-Darnitsa” and “Metiluracil-Darnitsa” and application of ointment “Algofin” during all wounding process makes accordingly, 8,5% and 5,25%, and closely interlacing with positive pH index dynamics, interwound temperature rating and nearwound soft tissues pliability.

Keywords: acute purulent limfadenit, acute dentalcause mandibular body osteomyelitis, multicomponent ointments, purulent wound, children.