

характеру змін на ЕЕГ. При використанні комбінації лікування препаратами Леветірацитам (50-60 мг/кг/добу) + Ламіктал (3-5 мг/кг/добу) - у 6 (50,0%) дітей з СЛГ спостерігається ремісія (більше 3-х років) епілептичних випадків з кореляцією на ЕЕГ. У 4 (33,3%) дітей спостерігалось зменшення кількості епілептичних випадків до 1-2 на місяць з кореляцією на ЕЕГ. І у 2 дітей епілептичні випадки не купувалися.

Дискусія

Використання препарату Леветірацитам у комбінації з Ламикталом є ефективним при лікуванні резистентного епілептичного синдрому Леннокса – Гасто; ефективність застосування даної схеми підтверджено клінічною ремісією (більше 3-х років) епілептичних випадків з кореляцією даних при електроенцефалографічному дослідженні.

Література

1. Калинин В.В. Препарат леветирацетам (Кеппра) в эпилептологии. - Журнал неврологии и психиатрии. – 3. – 2007. – с. 12-14.
2. Карлов В.А., Власов П.Н. Эффективность кеппры в составе комплексной терапии при фармакорезистентной эпилепсии у взрослых. Журнал неврологии и психиатрии. – 7. – 2005. – с. 7-13.
3. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Идиопатические формы эпилепсий: семиотика, диагностика, терапия. - М.- 2000. – 319 с.
4. Петрухин А.С. Эпилептология детского возраста. - М., "Медицина". - 2000. – 622 с.
5. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Диагностика и лечение эпилепсий у детей. "Можайск-Терра". - 1997. – 655 с.

Резюме

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА И ЛАМИКТАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЛЕННОКСА – ГАСТО

Стецюк Р.А.

Изучена эффективность использования комбинации препаратов Леветирацетам и Ламиктала у 14 детей при лечении резистентного эпилептического синдрома Леннокса – Гасто. Доведена клиническая эффективность использованной комбинации, которая проявляется в стойкой ремиссии эпилептических приступов с корреляцией на электроэнцефалограмме.

Ключевые слова: синдром Леннокса – Гасто, политерапия, ремиссия.

Стаття надійшла 2.12.10 р.

APPLICATION EXPERIENCE OF KEPRA AND LAMICTAL PREPARATIONS' COMBINATION IN TREATMENT OF LENNOX-GASTAUT SYNDROME

Stetsyuk R.A.

It was examined the effectiveness of Keppra and Lamictal preparations' combination application to 14 children in treatment of resistant Lennox-Gastaut syndrome. It was proved the clinical effectiveness of the given combination, which manifests in lasting remission of cerebral seizures with correlation on electroencephalogram.

Key words: Lennox-Gastaut syndrome, polytherapy, remission.

УДК 616.716.1/4-002.1-08

П.М. Гуменюк, С.О. Власов, П.М. Юхманова
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

КЛІНІКО-ЦИТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АЛЬВЕОЛІТУ У ДІТЕЙ

У статті представлені результати комплексного лікування гострого альвеоліту у дітей з місцевим використанням мазей «Офлакаїн-Дарніца» і «Альгофін», а також клініко-цитологічна оцінка його ефективності. Доведено, що запропонований метод дозволив скоротити терміни клінічного одужання на 2-3 доби, і може бути рекомендований як метод вибору в терапії даної нозологічної форми у дітей. Отримані дані є основою для більш ширшого використання запропонованого комплексу в стоматологічній практиці з метою створення сприятливих умов для ходу репаративних процесів на тлі вираженого знеболюючого ефекту.

Ключові слова: гострий альвеоліт, діти, лікування, мазь «Офлакаїн-Дарніца», мазь «Альгофін».

Робота є фрагментом планової наукової роботи ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки», (номер державної реєстрації 0105U00481).

За клініко-статистичними даними, екстракція зуба займає провідне місце в структурі амбулаторних маніпуляцій у практиці хірургічної стоматології і є, на думку фахівців, доволі серйозною хірургічною

операцією, що має свої показання та протипоказання, особливості в методиках та техніці виконання, а її наслідки можуть проявлятися різноманітними загальними і місцевими реакціями організму [1, 3, 7]. В результаті такого оперативного втручання формуються різні за розмірами та об'ємом рани із відкритими кістково-мозковими просторами, що робить доволі ймовірним розвиток різного роду запальних ускладнень [4, 7]. Із запальних ускладнень планових екстракцій в клініці переважно зустрічається гострий альвеоліт (від 2,53% при типовому та до 33,32% при атиповому видаленні зуба) [1, 8], який частіше виникає на нижній щелепі [9]. Враховуючи своєрідний симптомокомплекс цієї нозологічної форми, що на тлі не завжди задовільних результатів місцевого використання традиційних фармакологічних препаратів викликає тривалі страждання пацієнта та втрату ним працездатності, розробка і впровадження в клінічну практику нових, простих, доступних і дієвих методів та методик [6, 7], які дозволили б підвищити ефективність терапії гострого альвеоліту, а скорочення термінів його перебігу, є, на наш погляд, доволі актуальною задачею сучасної хірургічної стоматології взагалі та в дитячій практиці зокрема.

Метою роботи була розробка комплексного методу лікування гострого альвеоліту у дітей із місцевим використанням мазей “Офлокаїн-Дарниця” і “Альгофін” (рис.1) та клініко-цитологічна оцінка його ефективності.

Матеріал та методи дослідження. Об'єктом дослідження було обстеження і лікування 23 дітей віком 12-14 років (12 – дівчат, 11 – хлопців) із гострим альвеолітом, що виник після видалення перших постійних молярів з приводу загострення хронічного періодонтиту. Для дослідження були відібрані пацієнти без соматичних захворювань, котрі могли б сприяти розвитку або впливати на перебіг даної патології.

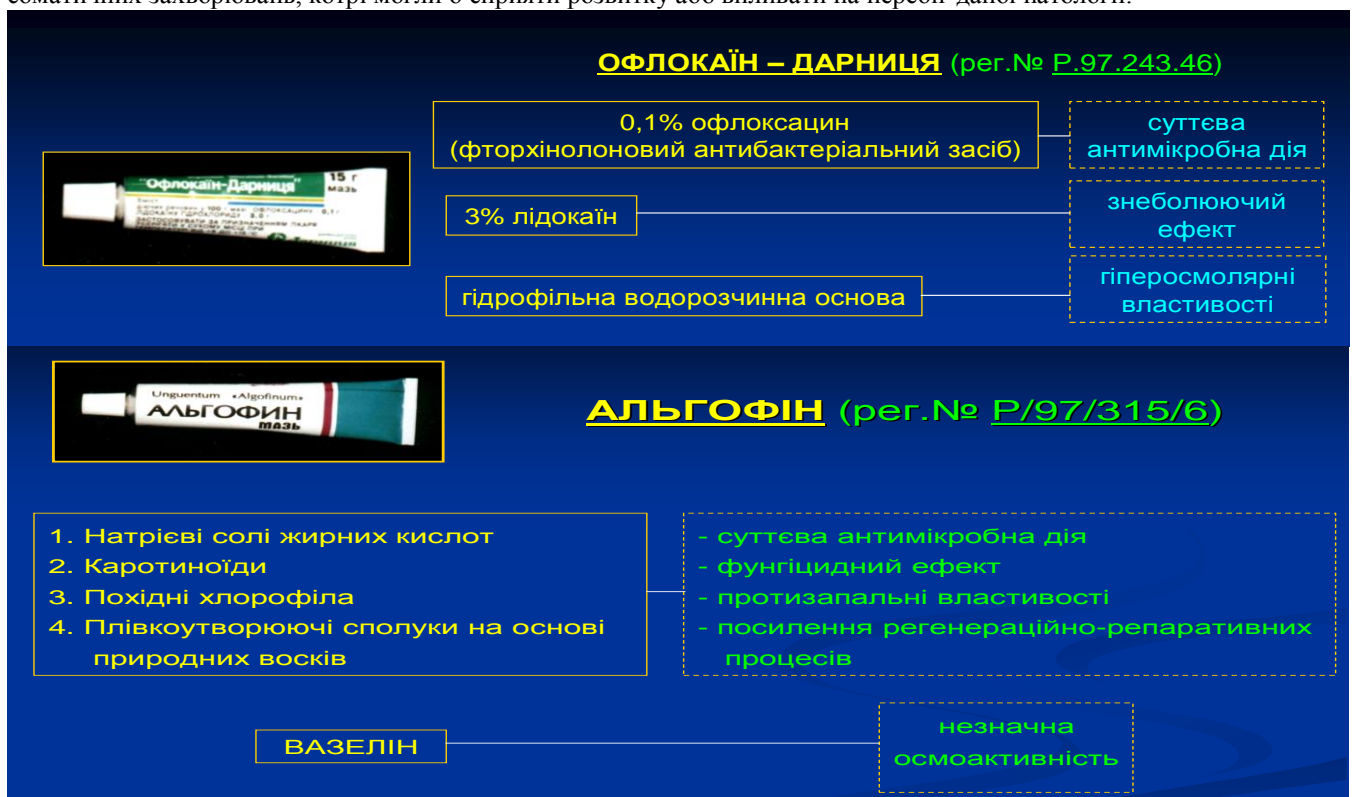


Рис. 1. Складові компоненти та клініко-фармакологічні властивості мазей “Офлокаїн-Дарниця” і “Альгофін”.

Всім хворим у якості загального лікування захворювання призначались Бісептол-120, анальгетики (ібупрофен, парацетамол) та “Діазолін” у вікових дозуваннях. Місцево після адекватного знеболювання “Ультракаїном” проводились кюретаж і антисептична обробка 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату альвеоли видаленого зуба. На ділянку лунки застосовували УВЧ № 3-5. У кожному конкретному випадку обсяг маніпуляцій та лікувальних заходів визначали індивідуально.

Залежно від характеру подальшої місцевої лікувальної тактики всіх хворих розділили на 2 групи. Пацієнтам 1 групи (11 осіб) альвеолу після антисептичної обробки просушували стерильним марлевым тампоном і заповнювали маззю “Офлокаїн-Дарниця”, яка вводилась пухко на марлевому тампоні щоденно протягом 2 діб після початку захворювання. На третю добу “Офлокаїн-Дарниця” заміняли на мазь “Альгофін” (розробка Інституту гідробіології, важливою властивістю, яка, на наш погляд, може сприяти більш широкому використанню цього препарату в порожнині рота, окрім природних складових, є вазелінова основа, що обумовлює слабку осмоактивність мазі), яку застосовували за тією ж схемою протягом наступних 2-3 діб.

Пацієнтам контрольної 2 групи (12 осіб) альвеолу після антисептичної обробки пухко тампонували йодоформною марлею, давали рекомендації щодо гігієнічного догляду за раною. Антисептична обробка альвеоли із заміною йодоформного тампону виконувалась один раз на добу протягом 5-6 днів. Порівняння ефективності запропонованого (1 група) і традиційного (2 група) методів лікування проводилось за суб'єктивними відчуттями хворих, об'єктивними даними під час щоденних оглядів та за результатами

цитологічних досліджень альвеолярного вмісту на момент звернення, 3 і 5 добу від початку лікування (матеріал отримували методом мазків-відбитків [4], а облік клітин здійснювали за методикою Д.М.Штейнберга [11]).

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх хворих гострий альвеоліт виник на 2-3 добу після видалення зуба. Зазвичай пацієнти скаржились на постійний, інколи ірадіюючий, біль, що викликав виражені страждання, порушення сну і апетиту; загальну слабкість, підвищення температури тіла до субфібрильних значень, неприємний запах з рота. Нерідко виникали реактивний піднижньощелепний або защелепний лімфаденіт, утруднене відкривання рота, біль при ковтанні і поворотах шиї та припухання м'яких тканин обличчя в проекції патологічного осередку. При місцевому огляді визначались оголені, вкриті брудно-сірим розпадом стінки альвеоли видаленого зуба; ясна навколо рани набрякли, гіперемовані, переважно із інфільтративними змінами, різко болісні навіть при легкому дотику.

При аналізі результатів цитологічних досліджень вмісту альвеоли, отриманого на момент звернення пацієнта в клініку, встановлено, що для всіх цитогам притаманна, із незначними варіаціями, однотипна цитологічна картина. В препаратах виявляли багато детриту та мікрофлору із переважно позаклітинним розташуванням. Клітинні елементи були представлені великою кількістю нейтрофільних гранулоцитів (93-95% від загальної кількості клітин) із ознаками дегенерації, яка проявлялася нечіткістю контурів клітин, набуханням їх цитоплазми, фрагментацією і розпадом ядер, та низьким вмістом їх фагоцитуючих форм (рис. 2). Поодинокі зустрічались еозинофіли, моноцити, лімфоцити (рис. 3) та 3-4% макрофагів із різко вираженими дегенеративними змінами.

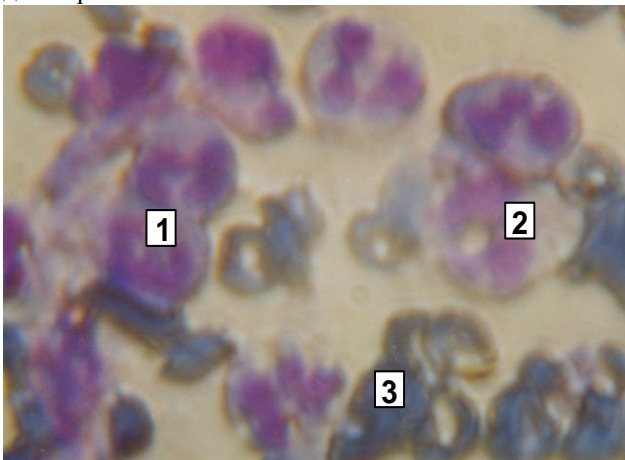


Рис. 2. Мікрофотограма альвеолярного вмісту на початку лікування: 1 – сегментоядерні нейтрофіли з дегенеративними змінами; 2 – фагоцитуючий нейтрофіл; 3 – еритроцити. 36.×900. Заб. за Романовським-Гімзою.

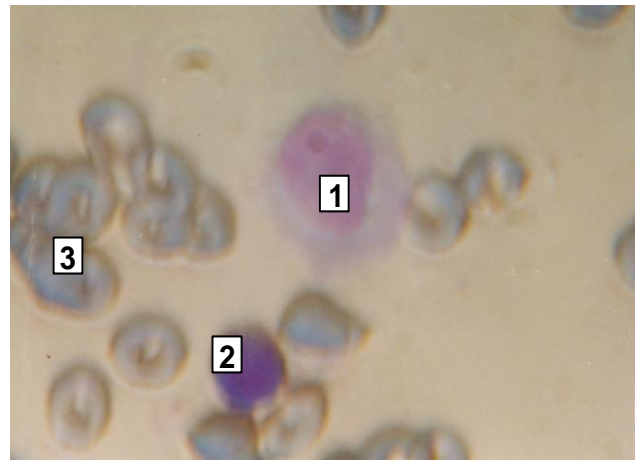


Рис. 3. Мікрофотограма альвеолярного вмісту на початку лікування: 1 – моноцит; 2 – лімфоцит; 3 – еритроцити. 36.×900. Заб. за Романовським-Гімзою.

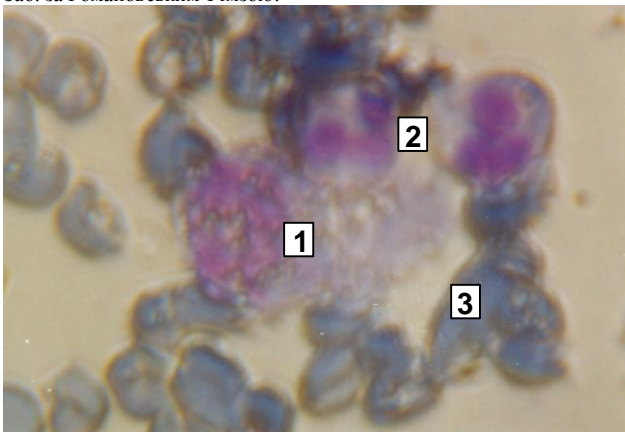


Рис. 4. Мікрофотограма альвеолярного вмісту на 3 добу лікування: 1– макрофаг із ознаками активного фагоцитозу; 2– нейтрофіли; 3– еритроцити. 36.×900. Заб. Романовським-Гімзою.

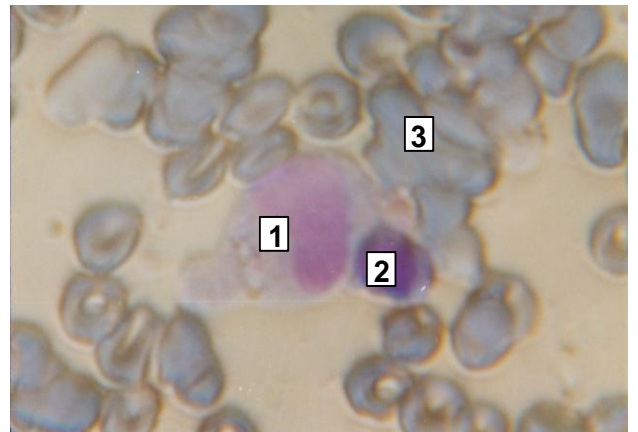


Рис. 5. Мікрофотограма альвеолярного вмісту на 3 добу лікування: 1 – фагоцитуючий гістіоцит; 2 – лімфоцит; 3 – еритроцити. 36.×900. Заб. за Романовським-Гімзою.

В ході лікування у всіх хворих, незалежно від групи спостереження, в перші дві доби нормалізувались температура тіла, сон та апетит, зникли припухання м'яких тканин обличчя і загальна слабкість, значно зменшились прояви лімфаденіту. Хворі 1 групи відзначали прогресуюче протягом перших двох днів зниження інтенсивності болю в ділянці видаленого зуба та при ковтанні і поворотах шиї. Відкривання рота теж було безболісне, неприємний запах зник.

Під час місцевого огляду в цей термін спостерігалось суттєве зменшення гіперемії розташованих поряд з альвеолою ясен, однак на першу-другу добу ще зберігався набряк прилеглої перехідної складки, при пальпації якої інфільтрація не визначалась. Видалення тампону переважно безболісне навіть на наступну після початку лікування добу, а вже на третій-п'ятий день кісткова порожнина зазвичай була вкрита “лагідними”

грануляціями. На цей період безпричинний біль остаточно зник. На 3 добу у цитограмах визначалися відсутність детриту та поодинокі мікроорганізми. На тлі різкого падіння кількості нейтрофілів (у 70-80% без ознак дегенерації) спостерігалось зростання до 20% від загальної кількості клітин числа макрофагів, практично всі з яких приймали активну участь у фагоцитозі (рис.4). Зустрічалися поодинокі фібробласти. На 5 добу лікування визначалось повне відновлення об'єму відкривання рота, альвеола виповнена грануляційною тканиною, біль відсутній навіть при пальпації. У зв'язку із вищевикладеними об'єктивними змінами в лунках видалених зубів цитологічне дослідження в цей період в них провести не вдалося.

У хворих 2 групи нормалізація стану відбувалась повільніше. Так, безпричинний біль в ділянці альвеоли зберігався до 3-4 доби, поступово слабшаючи. Протягом цього ж терміну були болісними відкривання рота та ковтання. До 4 дня спостерігались суттєвий набряк та гіперемія ясен і перехідної складки. Грануляції в кістковій порожнині з'являлись на 5-6 добу. На 7 добу лунки видалених зубів були повністю виповнені грануляціями. Протягом всього строку лікування хворі скаржились на ускладнений догляд за порожниною рота, неприємний запах, біль при заміні йодоформного тампону. На 3 добу в цитограмах альвеолярного вмісту виявлялося значне зменшення кількості некротичних тканин та мікробної забрудненості, падіння до 47-52% від загальної кількості клітин числа нейтрофільних лейкоцитів, які у більшості випадків були без дегенеративних змін. Натомість число гістіоцитарних клітин збільшилось до 10% від загальної кількості, причому переважно всі вони мали ознаки фагоцитозу.

Поряд із ними деінде спостерігались поодинокі лімфоцити (рис. 5). Сполучнотканинні елементи не виявлялися. На 5 добу цитологічна картина засвідчувала розвиток грануляційної тканини: відсутність детриту, мізерна мікрофлора в стадії завершеного фагоцитозу, нейтрофільні лейкоцити в невеликій кількості (переважно без ознак дегенерації), гістіоцити у вигляді гнізд із трансформацією в фібробласти та фіброцити, поодинокі тучні та гігантські багатоядерні клітини.

Підсумок

Результати проведеного клініко-цитологічного дослідження засвідчують достатню ефективність запропонованого нами комплексного методу лікування гострого альвеоліту у дітей із використанням мазей “Офлокаїн-Дарниця” і “Альгофін”, що дозволяє скоротити терміни клінічного видужання пацієнтів на 2-3 доби і може бути рекомендованим як метод вибору в терапії даної нозологічної форми у дітей.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані, на нашу думку, є підґрунтям для більш широкого використання запропонованого комплексу у стоматологічній практиці взагалі з метою створення сприятливих умов для перебігу репаративних процесів на тлі вираженого знеболювального ефекту, що в свою чергу, безперечно, потребує більш поглиблених науково-клінічних досліджень в даному напрямку.

Література

1. Ахмеров В.Д. Структура и частота воспалительных осложнений в амбулаторной хирургии полости рта / Ахмеров В.Д. // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2002. – Том 2, Випуск 1. – С. 43-45.
2. Білоконь С.О. Комплексне лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки у дітей із використанням сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей : дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматологія» / . Білоконь - С.О. Полтава, 2004. – 165с.
3. Дмитриева А.А. Частота операции удаления зуба в зависимости от возраста больного и места зуба в формуле / Дмитриева А.А., Игнатенко Н.М. // Стоматолог. – 2002. – № 8 (52). – С. 31-32.
4. Рац. пропозиція: РП № 0032 Україна / Пристрій для забору цитологічного матеріалу / П.І. Ткаченко, М.П. Митченко; заявник та патентовласник ВДНЗ України „УМСА”. – Протокол № 2 від 18.06.09.
5. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей. / Рогинский В.В. – М.: Детстомиздат, 1998. – 255с.
6. Рузин Г.П. Применение геля “Метрогил дент” при лечении перикоронарита / Рузин Г.П., Мохаммед Алмфлех, Даввуд Мустафа // Стоматолог. – 2002. – № 8 (52). – С. 17.
7. Скрипніков П.М. Клінічна ефективність комплексного методу лікування гострого альвеоліту / Скрипніков П.М., Білоконь Н.П., Білоконь С.О.// Вісник проблем біології і медицини. – 2005. – № 3. – С. 21-25.
8. Соловьєв М.М. Анализ структуры осложненной хирургического характера, патогенетически связанных с молярами нижней челюсти/ Соловьєв М.М., Андреищев А.Р., Ко В.Ю., Волков И.Г. // Стоматолог. – 2005. – № 6 (86). – С. 18-19.
9. Ткаченко П.І Вірогідні причини, що сприяють виникненню альвеоліту у хворих на цукровий діабет 2-го типу/ Ткаченко П.І, Митченко М.П. // Підсумки та перспективи розвитку стоматології і щелепно-лицевої хірургії: ювіл. наук.-практ. конф., 19-20 квіт. 2008 р.: зб. тез. – Харків, 2008. – С. 94-95.
10. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування: дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Ткаченко П.І.– Полтава, 1998. – 416с.
11. Фенчин К.М. Заживление ран / Фенчин К.М.– К.: Здоров'я, 1979. – 167с.

Резюме

**КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АЛЬВЕОЛИТА У ДЕТЕЙ**

Ткаченко П.И., Билоконь С.О., Лохматова Н.М.

В статье представлены результаты комплексного лечения острого альвеолита у детей с местным использованием мазей “Офлокаин-Дарница” и “Альгофин”, а также клинико-цитологическая оценка його эффективности. Предложенный метод позволил сократить сроки клинического выздоровления на 2-3 суток, и может быть рекомендован как метод выбора в терапии данной нозологической формы у детей.

Ключевые слова: острый альвеолит, дети, лечение, мазь «Офлокаин-Дарница», «Альгофин».

Стаття надійшла 15.11.10 р.

**CLINICAL AND CYTOLOGICAL INDICES FOR
EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT
AT CHILDREN WITH ACUTE FOOTH
SOCKET INFLAMMATION**

Tkachenko P.I., Bilokon' S.O., Lokhmatoва N.M.

The clinical and cytological results of complex treatment the children with local usiny of ointment „Oflokain – Darnica” and „Algofin” during acute footh socket inflammation ore presented in this article. It is well – proven that the offered method allowed to reduce the terms of clinical convalescence on 2 – 3 days, and can be recommended as a method of choise in freatment of this disease for children.

Key words: acute alveolitis, children, treatment, ointment “Oflokain-Darnica”, “Al'gofin”.

УДК [616.716+617.52]–002.36–053.3:616.98

П.І. Ткаченко, К.С. Лохматова, С.О. Билоконь, О.В. Гуржія
ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Поділля

**СТАФИЛО-СТРЕПТОДЕРМИЯ ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ
ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ**

У статті розглянуті причини виникнення дерматогенних запальних процесів щелепно-лицьової області у дітей, представлені результати клінічного дослідження пацієнтів з даною патологією на прикладі обстеження і лікування дитини з флегмоною щелепно-лицьової області, що розвинулася на фоні стафіло-стрептодермії. Намічені шляхи профілактики розвитку дерматогенних запальних процесів щелепно-лицьової області у дітей.

Ключові слова: подермія, діти, флегмона, стафіло-стрептодермія.

Робота є фрагментом комплексної ініціативної теми Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” “Оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань” (державний реєстраційний номер 0106U003237).

Загальновідомо, що подермія – це група захворювань шкіри, які викликаються переважно стафілококами та стрептококами, а іноді – вульгарним протеєм, синьогнійною і кишковою паличками та ін. При стрептококової інфекції розвивається переважно серозне, а при стафілококової – гнійне запалення. Інші бактерії частіше призводять до ураження шкіри в асоціації одна з одною або із анаеробними мікроорганізмами чи грибами [5, 6]. За статистичними даними, подермії у дітей зустрічаються в 25-60% випадків всіх дерматитів та можуть бути ускладненнями будь-якого захворювання шкіри із порушенням цілісності епітелія [2]. Серед подермії вирізняють стафілодермії (остіофолікуліт, фолікуліт, фурункул, фурункульоз поверхневий, карбункул, сикоз вульгарний, гідраденіт, вугрі звичайні, епідемічна пухирчатка новонароджених), стрептодермії (імпетиго стрептококове, целюліт, ектима звичайна, суха стрептодермія) і стрепто-стафілодермії (імпетиго вульгарне, хронічна виразкова подермія, шанкриформна подермія) [5, 6].

У новонароджених та дітей грудного віку частіше виникають різні форми саме стрепто-стафілодермії [2, 5]. Така патологія може протікати як самостійне захворювання, так і мати різноманітні ускладнення, зокрема у вигляді гострих запальних процесів щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) і шиї. Враховуючи наявність критичних періодів розвитку імунної системи та вікові анатомічні закономірності будови м'яких тканин у дітей, слід наголосити на вкрай важкому перебігу дерматогенних запальних процесів [7, 8, 9]. У здорових людей навіть за наявності на шкірних покривах масивної кількості вірулентної мікрофлори стрепто-стафілодермія не виникає. Від проникнення мікробів через шкіру організм захищають різноманітні фактори. Насамперед, роговий шар шкіри має значну щільність та міцність, його клітини можуть бути розплавлені лише в дуже концентрованих кислотах і лугах, а сам кератин є хімічно неактивною речовиною. Злущування верхніх шарів епідермісу із механічним видаленням мікроорганізмів відбувається постійно. Крім того, шкіра та бактеріальна клітина мають позитивний електричний заряд, що також сприяє видаленню мікроорганізмів безпосередньо з поверхні епідермісу [4]. Висока концентрація іонів водню (рН 3,5-6,7), бактерицидні та бактериостатичні властивості тканинної рідини, секрета потових і сальних залоз теж несприятливо впливають на ріст та розмноження піококів [2]. Внаслідок порушення цілісності епідерміса і при його функціональній неповноцінності, виникають умови