

додаткову корекцію положення фрагментів щелепи та отримати задовільне зіставлення відламків, але не попереджає зміщення відламків щелепи в сагітальній площині;

4. Стандартні рентгенографічні методи дослідження в більшості випадків не надають точної картини зміщення відламків при переломах НЩ в межах зубного ряду. Найбільш складно визначити заходження відламків у сагітальній площині, тому доцільно визначити чіткі показання до використання додаткових методів дослідження, зокрема комп'ютерної томографії.

Перспективи подальших розробок в даному напрямку. Врахування виявлених недоліків в діагностиці та лікуванні хворих з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду за допомогою назубних дротяних шин може забезпечити, в певній мірі, оптимізацію діагностично-лікувального процесу у повсякденній клінічній практиці хірургів-стоматологів.

Література

1. Алексеев С.Б. Реабілітація постраждалих з переломами нижньої щелепи із застосуванням пелоідотерапії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / С.Б. Алексеев. - Полтава, 2003. - 22 с.
2. Рабухина Н.А., Чупрынина М.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М., 1991. – 368с.
3. Bakardjiev A. Maxillofacial fractures in Southern Bulgaria – A retrospective study of 1706 cases / A. Bakardjiev, P. Pechalova // J. Cranio-Maxillofac. Surg. – 2007. - Vol. 35, Issue 3. - P. 147-150.
4. Sakr K. Review of 509 mandibular fractures treated at the University Hospital, Alexandria, Egypt / K. Sakr, I.A. Farag, I.M. Zeitoun // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2006. - 44(2). – P. 107-111.
5. Dodson T.B. Complication rates associated with different treatments of mandibular fractures / T.B. Dodson // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2000. – V. 58, № 3. – P. 280-281.
6. Moreno J.C. Complication rates associated with different treatments for mandibular fractures / J.C. Moreno, A. Fernández, J.A. Ortiz // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2000. – V. 58, № 3. - P. 273-280.

Резюме

НЕДОСТАТКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА ПРОВОЛОЧНЫМИ ШИНАМИ

Ткаченко П.И., Идашкина Н.Г.

Проведен ретроспективный анализ архивных историй болезни пациентов с переломами нижней челюсти за десять лет, которые находились на лечении в Днепропетровской областной больнице им. И.И. Мечникова за период с 1997 по 2006 годы. Результаты исследований позволили установить, что частота переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда составляет 24,6 % и 2521 больной (93%) пролечен консервативно. Проведенные рентгенологические исследования в динамике наблюдения позволили выявить наиболее часто встречающиеся недостатки метода двучелюстного шинирования проволочными шинами с зацепными петлями.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, лечение, недостатки.

Стаття надійшла 25.02.2011 р.

DISADVANTAGES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MANDIBLE FRACTURES WITHIN A DENTITION WIRE SPLINTS

Tkachenko P.I., Idashkina N.G.

The retrospective analysis of archival case history of patients with mandible fractures for ten years which were on treatment in the Dnepropetrovsk regional hospital of I.I. Mechnikova from 1997 for 2006 is made. Results of the spent researches have allowed to establish, that frequency of fractures of a mandible within a dentition makes 24,6 % and 2521 patients (93 %) is treated conservatively. The spent X-ray inspections in dynamics of observation have allowed to tap most often meeting disadvantages of a method inter maxillary trecture with loops.

Key words: mandible fractures, treatment, disadvantages.

УДК 616.716.4-002-001.2-053.4

П.І.Ткаченко, К.С.Липовий, С.О.Волокоть, О.В.Гуржін, Н.Г.Идашкина,
ВІСНІВ України - Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАГОЄННЯ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ ПРИ ГНІЙНІЙ РАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

В статті представлено клініко-морфологічні закономірності перебігу гнійного ранового процесу м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей, хворих на гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи. Наведені дані можуть стати підґрунтям для подальших досліджень щодо оптимізації лікування гнійних ран різної локалізації.

Ключові слова: діти, остеомієліт щелепи, гнійна рана, шкіра.

Робота виконана в рамках НДР ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія” “Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки” (державний реєстраційний номер 0105U001312).

Питання загоєння ран є досить актуальним для практичної медицини. Цій проблемі присвячені багаточисельні наукові дослідження, монографії вітчизняних та зарубіжних вчених, вона обговорюється на тематичних конференціях і з'їздах хірургів, у тому числі міжнародних [1, 2, 7]. Традиційні антибактеріальні та антисептичні препарати, які нині використовуються для терапії гнійних ран щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), сприяють виникненню високовірulentних патогенних штамів мікроорганізмів, що у ранні терміни обумовлює довготриваліше лікування гнійно-запального захворювання і загоєння рани, а в пізні – надлишковий розвиток рубця, а це є досить вагомою проблемою хірургії. Тому відношення хірургів до їх широкого застосування інколи критичне і розглядається як вимушена міра через відсутність або низьку ефективність інших засобів і методів лікування [1, 4, 5, 6]. Отже, розробка і використання препаратів, які стимулюють загоєння ран і сприяють профілактиці ускладнень, диктується самим життям [4, 5, 6, 8]. Однак впровадження в клініку нових засобів для лікування ранової інфекції, спрямованих на пригнічення піогенної мікрофлори, підвищення імунної резистентності тканин та нормалізацію в них метаболічних процесів, неможливе без чіткого розуміння клініко-морфологічних закономірностей перебігу ранового процесу [1, 2, 7].

Метою роботи було вивчення клініко-морфологічних аспектів загоєння шкіри та підшкірної клітковини при гнійній рані щелепно-лицевої ділянки у дітей з гострим одонтогенним остеомієлітом тіла нижньої щелепи (ГООТНЩ).

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням та лікуванням знаходилося 18 дітей з ГООТНЩ віком від 7 до 12 років. Хлопчиків було 10, дівчаток – 8. Під загальним знеболюванням проводили широкий розтин гнійного вогнища. Рановий хід та порожнину гнійника щоденно санували 0,02% водним розчином хлоргексидину і дренивали. На ранову поверхню накладали асептичну пов'язку, яку міняли 2 рази на добу. Всім хворим застосовували комплекс загального лікування ГООТНЩ [1, 2, 6, 7]. Для об'єктивної оцінки перебігу ранового процесу вивчали динаміку загальних і місцевих клінічних симптомів, стан периферичної крові та сечі, проводили рентгенографію тіла нижньої щелепи (НЩ). Забір біопатів із дна та стінок рани виконували на 1, 3 та 6 добу після оперативного втручання (рац.пропозиція №1889 від 05.04.2000) [2]. Морфологічне дослідження проводили за загальновідомими методиками [3]. Гістологічні зрізи фарбували гематоксилином і еозином для оглядової мікроскопії, пікрофуксином за Ван-Гізон – для дослідження розвитку сполучної тканини. За допомогою ШИК-реакції із дофарбуванням альціановим синім виявляли наявність мукополісахаридів (МПС) [3].

Результати дослідження та їх обговорення. Початок захворювання у всіх випадках характеризувався появою больової реакції і припуханням м'яких тканин, що супроводжувалось погіршенням сну, апетиту, явищами інтоксикації, підвищенням температури тіла до 37,5-40,0° С. У 8 дітей (44,4%) визначались головний біль, нудота, розлади функціонування органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). На момент госпіталізації звертала на себе увагу виражена асиметрія обличчя за рахунок припухання м'яких тканин в ділянці проєкції тіла НЩ та колатерального набряку. У 13 дітей (72,2%) шкіра над фокусом припухання була різко гіперемована. Пальпаторно визначався щільний болісний інфільтрат, напруження шкіри і у 9 хворих (50%) симптом флюктуації. Регіонарні лімфовузли були збільшені у 12 пацієнтів (66,6%). У всіх хворих обмежувалось відкриття рота, з якого відчувався неприємний запах. Язик був обложений у 14 хворих (77,7%) і мав відбитки зубів на його боковій поверхні у 7 (38,8%). Ясна, перехідна складка і слизова оболонка дна порожнини рота, прилеглі до втягнутих в патологічний процес тканин, були набряклі та гіперемовані. У всіх випадках визначалася флюктуація по перехідній складці.

Врозуміло виявити наявність симптому Венсана вдалося лише у 8 дітей (44,4%) старшого віку. ЛП сягав 2,25±0,12 (p<0,05), підвищення ШОЕ до 25-40 мм/год спостерігалось у 11 хворих (61,1%) (у решти ШОЕ не перевищувало 15 мм/год). В сечі 7 дітей (38,8%) виявлені поодинокі нейтрофіли та еритроцити, помірна кількість слизу та сліди білка, а у 3 дітей (16,6%) гіалінові циліндри. На рентгенограмах, зроблених з метою визначення ступеня деструктивних змін в кістковій тканині НЩ, на час госпіталізації у всіх випадках визначався зруйнований “причинний” зуб та резорбція кістки в ділянці верхівок коренів або їх біфуркації. Джерелом одонтогенної інфекції у 13 випадках (72,3%) були тимчасові, а у 5 (27,7%) – постійні зуби.

Через добу після оперативного втручання явища інтоксикації у всіх хворих зменшились. Були відсутні головний біль і нудота, але остуда, млявість та блідість шкірних покривів все ще зберігались. У всіх 10 хворих, які при госпіталізації скаржились на погіршення апетиту, сну і розлади функціонування ШКТ, стан поступово нормалізовувався.



Рис. 1. Зовнішній вигляд пацієнта П. Діагноз: ГООТНЦ справа, остеофлегмона. Спостерігається асиметрія обличчя, післяопераційну рану підготовлено для активного дренирування.

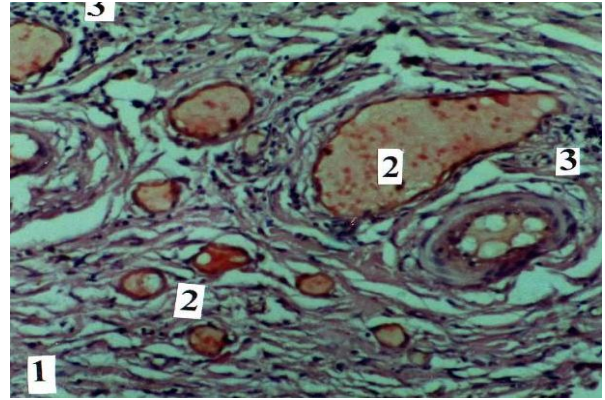


Рис. 2. Тканини рани на 1 добу: 1 – набряк підшкірної клітковини; 2 – повнокровні судини; 3 – незначні клітинні інфільтрати. Зб. 10×. Заб. г.-е.

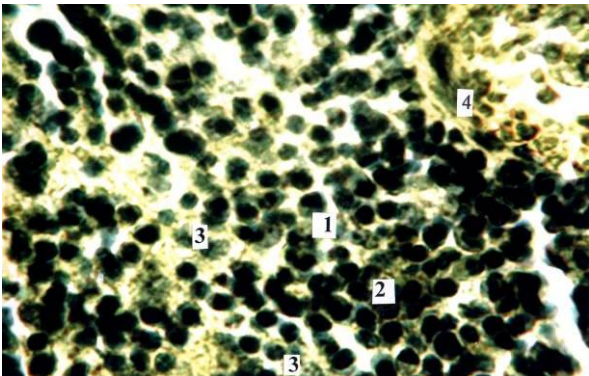


Рис. 3. Состав клітинного інфільтрату в тканинах рани, 1 доба: 1 – плазмоцити; 2 – лімфоцити; 3 – нейтрофіли; 4 – лаброцити. Зб. 100×. Заб. за Ван-Гізон.

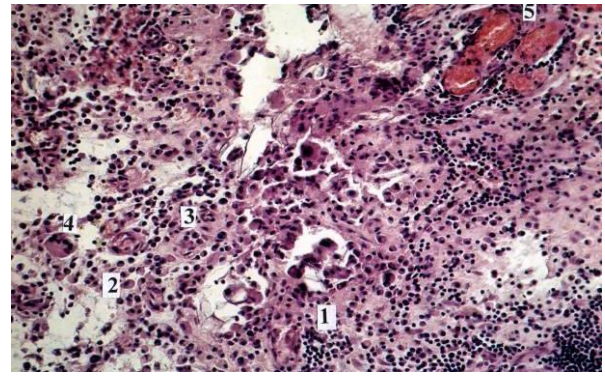


Рис. 4. Клітинна інфільтрація тканин рани на 3 добу: 1 – лімфоцити; 2 – плазмоцити; 3 – сегментоядерні нейтрофіли; 4 – велетенські багатоядерні клітини; 5 – гіперемія судин. Зб. 20×. Заб. г.-е.

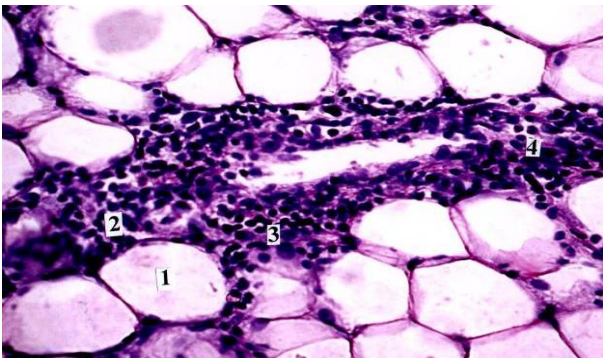


Рис. 5. Круглоклітинна інфільтрація підшкірної клітковини, прилеглої до ранового каналу, 3 доба: 1 – ліпоцити; 2 – плазмоцити; 3 – багаточисельні лімфоцити; 4 – сегментоядерні нейтрофіли. Зб. 40×. Заб. г.-е.

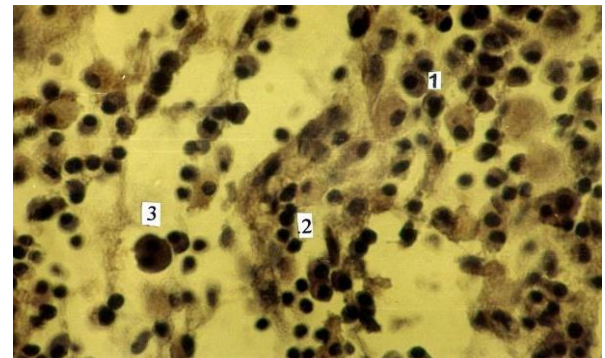


Рис. 6. Состав клітинного інфільтрату ранових тканин на 6 добу: 1 – плазматичні клітини; 2 – лімфоцити; 3 – велетенська багатоядерна клітина. Зб. ×400. Заб. г.-е.

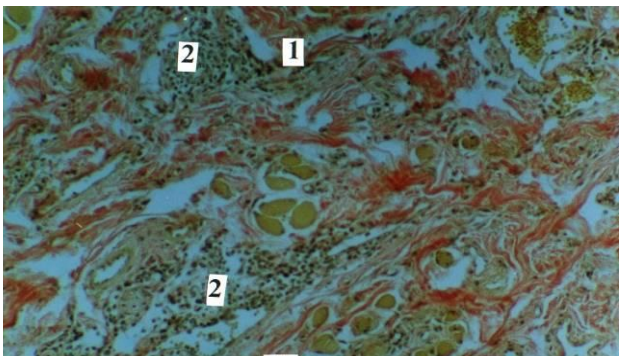


Рис. 7. Початок формування колагенових волокон на тлі круглоклітинної інфільтрації грануляційної тканини, 6 доба: 1 – колагенові волокна; 2 – круглоклітинні інфільтрати. Зб. 10×. Заб. за Ван-Гізон.

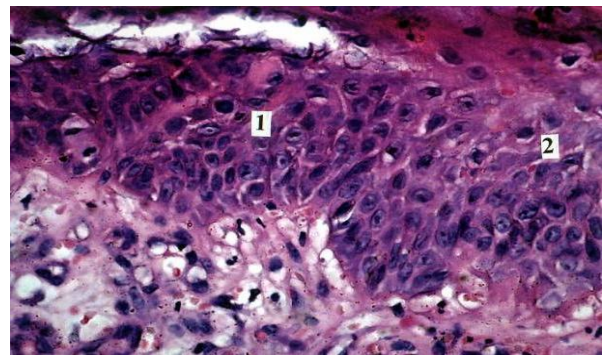


Рис. 8. Стан епітеліального шару на межі із рановим каналом, 6 доба: 1 – багаточисельні мітози; 2 – дисконплекція епітелію. Зб. 40×. Заб. Г.-е.

Температура тіла хворих зменшилась і складала $37,51 \pm 0,50^\circ\text{C}$ в 1 групі та $37,53 \pm 0,75^\circ\text{C}$ у 2 групі. Ясна і перехідна складка, прилеглі до лунки видаленого зуба, з обох сторін альвеолярного відростка зберігали гіперемію та набряк. Симптом Венсана зник у 1 хворого (10%). Відкриття рота у всіх дітей було обмежене і супроводжувалося больовою реакцією. Місцево у всіх випадках мала місце асиметрія обличчя за рахунок припухання м'яких тканин в ділянці операційної рани (рис. 1). Колатеральний набряк зменшувався. Дно рани та її стінки мали брудно-сірий колір, краї щільні, інфільтровані, а зона набряку значно більша, ніж фокус запалення. Шкіра над набряком різко гіперемована та болісна при пальпації, визначався біль при рухах нижньої щелепи. Спостерігалась велика кількість некротизованих тканин на рівні підшкірної клітковини ранового каналу, які зазвичай були щільно фіксовані до дна та країв рани. Значний по кількості рановий ексудат завжди мав гнійний характер. Морфологічне дослідження шкіри та підшкірної клітковини показало наявність у всіх хворих однотипової картини. Ранова поверхня вкрита кров'ю, фібрином та детритом. У прилеглих до ранової щілини ділянках спостерігалися набряк та серозно-фібринозне просякання, які призводили до розволокнення структурних елементів тканин. Зустрічались незначні осередки некрозу та крововиливів. Поряд з цим, мали місце значні гемоциркуляторні розлади в шарах рани у вигляді гіперемії судин різного калібру і стазу (рис. 2). Виявлена ексудація засвідчувала підвищену проникність стінок судин МЦР, що призводило до подальшого посиленого виходу із них клітинних елементів. Як результат, в тканинах дифузно розподілялась велика кількість лейкоцитів, серед яких превалювали нейтрофільні форми. В осередку запалення були присутні і багаточисельні лімфоцити, невелика кількість плазматичних та тучних клітин (лаброцитів) із гранулами в цитоплазмі (рис. 3). До кінця першої доби у результаті стрімкого наростання запальної реакції із клітинних елементів формувалась лейкоцитарний вал. Обробка мікропрепаратів ШИК із альціановим синім дозволило виявити в цей період невелику кількість МПС із концентрацією, переважно, в стінках судин. На 3 добу спостерігалось покращення загального стану хворих. Зменшились ознаки інтоксикації, температура тіла нормалізувалась у 12 пацієнтів (66,6%). Остуда, млявість, блідність шкіряних покривів були відсутніми у всіх дітей, нормалізувались сон та апетит, робота органів ШКТ. Ясна, перехідна складка і слизова оболонка порожнини рота, прилеглі до лунки видаленого зуба, були дещо гіперемовані, без набряку. Симптом Венсана зник у 4 із 8 хворих (50%). У 13 дітей (72,2%) стало практично безболісним відкриття рота. ЛШ склав $1,32 \pm 0,07$ ($p > 0,05$), ШОЕ знизилась до 11-18 мм/год. У всіх хворих відхилень у складі сечі не спостерігалось. Візуально рани на цей час зберігали набряк, інфільтрацію та підритість країв, гіперемію прилеглої шкіри. Їх стінки були вкриті шаром фібрину, спостерігались ділянки розплавлення країв. Пов'язки просякали гнійним ексудатом. При морфологічному дослідженні шкіри та підшкірної клітковини таких ран виявлено збереження набряку, ділянок фібринозного просякання, формування детрита і крововиливи у рановому каналі та прилеглих тканинах. Визначалась виражена інфільтрація клітинними елементами, серед яких зустрічались поодинокі лейкоцити, скупчення лімфоцитів та значно більша (у порівнянні із першою добою) кількість плазматичних і тучних клітин. В окремих ділянках спостерігались велетенські багатоядерні клітини. В МЦР вздовж ранової щілини мали місце значна гіперемія судин і стаз (рис. 4-5). На 6 добу загальний стан всіх хворих був задовільним. Ознаки інтоксикації не виявлялися. Температура тіла нормалізувалась у 16 пацієнтів (88,8%). Відсутність симптому Венсана спостерігалась у 6 дітей (33,3%). 16 хворих (88,8%) відмічали безболісне відкриття рота у повному обсязі. ЛШ становив $1,18 \pm 0,1$ та $1,12 \pm 0,11$ ($p < 0,05$), нормалізація ШОЕ наступила у 17 дітей (94,4%). Склад сечі у пацієнтів обох груп відповідав нормі. В цей період при об'єктивному обстеженні в ранах була виявлена незначна гіперемія шкіри, набряк та інфільтрація навколишніх тканин. На дні та стінках ранового каналу в підшкірній клітковині окремими ділянками визначалися грануляції, які легко кровоточили при дотику. Ексудат із ран мав серозний характер та незначні часточки некротичних включень. При мікроскопічному дослідженні біоптатів в ранах встановлено інтенсивний розвиток грануляційної тканини, накопичення лімфоцитарних клітин різного розміру. З'явилася незначна кількість плазмоцитів, які концентрувались, переважно, навколо судин. Не спостерігались лейкоцити. Характерним є поява в рановому інфільтраті велетенських багатоядерних клітин (рис. 6). На тлі клітинної інфільтрації серед судин грануляційної тканини відбувався початок формування колагенових волокон (рис. 7). Ранова поверхня набувала тенденцію до епітелізації. В епітелії на межі з рановим дефектом визначалась підвищена мітотична активність епітеліоцитів. Однак, незважаючи на зростаючу кількість мітозів, визначалась дисконтакція епітеліальних шарів, причиною чого була ще досить значна інфільтрація тканин (рис. 8).

Із збільшенням числа фібробластів пов'язане виявлене збільшення кількості МПС в ранових тканинах.

Дискусія

На 1 післяопераційну добу у прилеглих до ранової щілини ділянках шкіри і підшкірної клітковини спостерігається набряк та серозно-фібринозне просякання, що призводить до розволокнення структурних елементів тканин, зустрічаються незначні осередки некрозу і крововиливів. В подальшому у результаті стрімкого наростання запальної реакції із клітинних елементів формується лейкоцитарний вал. В стінках судин виявляється невелика кількість МПС. На 3 добу після оперативного втручання в ранах відбувається часткове очищення м'яких тканин на тлі значної інфільтрації нейтрофільними та еозинофільними лейкоцитами, лімфоцитами, макрофагами, плазматичними і тучними клітинами, що супроводжується відсутністю змін в кількості МПС у порівнянні із 1 добою. На 6 добу після оперативного втручання, у порівнянні із 3 добою, в ранах спостерігається зменшення числа лейкоцитів, збереження великої кількості тучних клітин, трансформація

лімфоцитів у плазмоцити та превалювання фібробластів, чим обумовлене збільшення кількості МПС. Ці зміни засвідчують активний розвиток грануляційної тканини.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Наведені клініко-морфологічні закономірності перебігу гнійного ранового процесу при ГООТНЩ у дітей можуть бути підґрунтям для подальших досліджень щодо оптимізації лікування гнійних ран різної локалізації.

Література

1. Білоконь С.О. Рана щелепно-лицевої ділянки у дітей / С.О.Білоконь, О.В.Гуржій – Полтава, 2006. – 72 с.
2. Білоконь С.О. Комплексне лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки у дітей із використанням сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей / С.О.Білоконь // Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22. – Полтава, 2005. – 165 с.
3. Волкова О.В. Основы гистологии с гистологической техникой / О.В.Волкова, Ю.К.Елецкий– М.: Медицина, 1982. – 304 с.
4. Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А.Зеленский, Ф.С.Мухорамов – Москва, 2008. – 206 с.
5. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей / В.В. Рогинский – М.: Детгостиздат, 1998. – 255 с.
6. Ткаченко П.І. Гострі одонтогенні процеси щелепно-лицевої ділянки в дітей (періостит, остеомиєліт, лімфаденіт) / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь – Львів, 2006. – 101 с.
7. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування / П.І.Ткаченко // Дис. ... д-ра мед. наук. – Полтава, 1998. – 416 с.
8. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология дитячого віку / Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, І.А.Чехова – К.: Книга-плюс, 2003. – 480 с.

Резюме

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЗАЖИВЛЕНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ
КЛЕТЧАТКИ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ
ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Ткаченко П.И., Ишейкин К.Е., Белоконов С.А.,
Гуржий Е.В., Белоконов Н.П.**

В статье представлены клинико-морфологические закономерности течения гнойного раневого процесса мягких тканей челюстно-лицевой области у детей, больных острым одонтогенным остеомиелитом тела нижней челюсти. Представленные данные могут быть основанием для дальнейших исследований, касающихся оптимизации лечения гнойных ран различной локализации.

Ключевые слова: дети, остеомиелит челюсти, гнойная рана, кожа.

Стаття надійшла 10.02.2011 р.

**THE CLINICAL-MORPHOLOGICAL ASPECTS
OF CICATRIZATION OF SKIN AND
HYPODERM AT RUNNING SORE OF
MAXILLUFACIAL AREA FOR CHILDREN,
PATIENTS WITH SHARP ODONTOGENIC
OSTEOMIEELITIS OF BODY OF BOTTOM JAW**

**Tkachenko P.I., Izcheikin K.E., Belokon S.A.,
Gurziy E.V., Belokon N.P.**

In the article clinical-morphological conformities to law of motion of festering ranovogo process of soft fabrics of maxillufacial area are presented for children, patients with sharp odontogenic osteomyelitis of body of bottom jaw. Cited data can become soil for further researches in relation to optimization of treatment of running sore of different localization.

Key words: children, osteomyelitis of jaw, running sore, skin.

УДК 617.5; 616-08-039.73; 616.34-009.11

Г.Д. Юзбаєв

Центральна Болельниця Нефтянников, Азербайджанський Медичинський Університет, г. Баку

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДХОДОВ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ
КИШКИ**

Разработан комплексный подход по лечению синдрома раздраженной кишки (СРК). Комбинированное назначение препаратов по коррекции психосоматических дисфункций, моторной и секреторной регуляции кишечника и его микрофлоры, снимающих боли в животе, устраняющих диареи или запоры привело к стойкому излечению у 64 из 87 пациентов. Использование на постоянной основе про- и пребиотиков существенно повышает эффективность комплексного лечения СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженной кишки, психосоматическая дисфункция, пробиотики.