

Г.І. Ісаченко, Б.С. Ісаченко, С.О. Билізовий, О.В. Уряжів, Н.Н. Білоболю,
ВДНЗ України, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ПОДАТЛИВІСТЬ НАВКОЛОРАНОВИХ М'ЯКИХ ТКАНИН І РАНОВА ПЛАНІМЕТРІЯ ЯК ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В ШКІРІ ТА ПІДШКІРНІЙ КЛІТКОВИНІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

В статті висвітлено питання закономірностей перебігу гнійної рани і репаративних процесів в шкірі та підшкірній клітковині щелепно-лицевої ділянки у дітей при гострому одонтогенному остеомієліті 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 ВДНЗУ “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).

Тенденція до невпинного зростання в Україні кількості дітей із гострими гнійними процесами (ГП) обличчя та шиї, що спостерігається незважаючи на значні успіхи дитячої щелепно-лицевої хірургії (ЩЛХ), потребує постійного удосконалення існуючих методів лікування даної патології [3, 4, 5]. Однак впровадження в клініку нових засобів для лікування ГП щелепно-лицевої ділянки неможливе без чіткого розуміння закономірностей перебігу ранового процесу [1, 2, 6, 7].

Метою роботи було визначення закономірності 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 наглядом та лікуванням знаходилось 18 дітей з ГООТНЩ віком від 7 до 12 років. Хлопчиків було 10, дівчаток – 8.

Під загальним знеболюванням проводили широкий розтин гнійного осередка. Рановий хід та порожнину гнійника щоденно санували 0,02% розчином водного 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, 5]. 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). Вивчення податливості навколоранових м'яких тканин виконували за допомогою пристрою, розробленого співробітниками УМСА (Патент 45799 А Україна, МКВ А1В5/0245) (рис. 1) за запропонованою нами методикою [2].

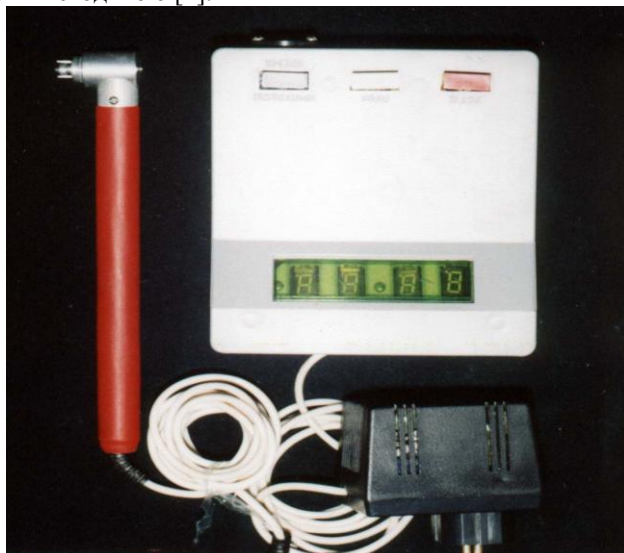


Рис.1. Пристрій, який використовувався для вимірювання податливості навколоранових м'яких тканин.

Вимірювання проводили одразу після хірургічного втручання, на 1, 3 і 6 післяопераційну добу. Попередньо цим же приладом була визначена податливість м'яких тканин піднижньощелепної ділянки 25 клінічно здорових дітей молодшого шкільного віку, які звернулися у дитячу стоматологічну поліклініку м. Полтави для видалення зубів з приводу фізіологічної зміни. Визначаючи, у скільки разів показники в день операції, на 1, 3 та 6 добу в групах порівняння менші за середнє значення у здорових дітей, отримували результат дослідження.

Для об'єктивної оцінки швидкості загоєння рани по зміні її площі за одиницю часу ми користувалися тестом, запропонованим Л.Н.Поповою (Б.М.Даценко, 1985) [2]. Визначення проводили в день операції і на 1, 3 та 6 післяопераційну добу. Показники достовірності визначались порівняно із днем операції.

Результати дослідження та їх обговорення. Початок захворювання у всіх випадках характеризувався появою больової реакції і припуханням м'яких тканин в ділянці проекції тіла нижньої щелепи, що супроводжувалось погіршенням сну, апетиту, явищами інтоксикації, підвищенням температури тіла до 37,5-40,0⁰ 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 проекції 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 збільшувалися 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.

ЛШ сягав $2,25 \pm 0,12$ ($p < 0,05$), 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.



Рис. 2. Хворий П., 6 років. Діагноз: гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи справа. Загальний вигляд гнійної рани на 1 післяопераційну добу.



Рис. 3. Хворий П., 6 років. Діагноз: гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи справа. Спостерігається значне просякання пов'язки гнійним ексудатом на 3 післяопераційну добу.

Через добу після оперативного втручання явища інтоксикації у всіх хворих зменшувались, був відсутнім 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, загальний стан незначно покращувався. Температура тіла хворих зменшилась і складала $37,51 \pm 0,50^\circ\text{C}$.

Ясна і перехідна складка, прилеглі до лунки видаленого зуба, з обох сторін альвеолярного відростка зберігали гіперемію та набряк, а відкриття рота у всіх дітей було обмежене і супроводжувалось больовою реакцією. Симптом Венсана зник у 1 хворого (5%).

Місцево у всіх випадках зберігались асиметрія обличчя за рахунок припухання м'яких тканин в ділянці операційної рани, зате колатеральний набряк зменшувався. Дно рани та її стінки мали бруднувато-сірий колір, щільні краї, а зона набряку значно перевищувала за площею фокус запалення. Шкіра над зоною рани вирізнялася різкою гіперемією, болісністю при пальпації і рухах нижньої щелепи. Спостерігалась велика кількість некротизованих тканин на рівні залягання підшкірної клітковини ранового каналу, які зазвичай були щільно фіксовані до країв рани. Значний по кількості рановий ексудат завжди мав гнійний характер (рис. 2). М'які навколоранові тканини мали податливість $0,21 \pm 0,03$ ($p < 0,05$), площа ранової поверхні сягала $602,36 \pm 25,33$ ($p < 0,01$).

На 3 добу спостерігалось покращення загального стану хворих. Зменшувались ознаки інтоксикації, температура тіла нормалізувалась у 12 пацієнтів (66,6%). Остуда, млявість, блідість шкірних покривів були відсутніми, сон, апетит та робота органів ШКТ нормалізувались у всіх дітей. Ясна, перехідна складка і слизова оболонка порожнини рота, прилегли до лунки видаленого зуба, були дещо гіперемовані, без набряку. Симптом Венсана зник у 4 із 8 хворих, що мали його напередодні (50%). У 13 дітей (72,2%) стало практично безболісним відкривання 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 значний набряк, інфільтрацію, підритість країв та гіперемію прилеглої шкіри. Стінки ранового каналу були вкриті шаром фібрину, а пов'язки просякали гнійним ексудатом (рис.3).

Податливість навколоранових м'яких тканин збільшилась до $0,39 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Ранова поверхня мала площу, в середньому, $523,54 \pm 23,47$ мм² ($p < 0,01$).

На 6 добу загальний стан всіх хворих був задовільним. Ознак інтоксикації не виявлялося, температура тіла нормалізувалась у 16 пацієнтів (88,8%). Відсутність симптому Венсана спостерігалась у 6 дітей (33,3%), а 16 хворих (88,8%) безболісно відкривали рот у повному обсязі.

ЛШ становив $1,18 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), нормалізація ШОЕ наступила у 17 дітей (94,4%), склад сечі відповідав нормі. В цей період при об'єктивному обстеженні навколо ран була виявлена незначна гіперемія шкіри, набряк та інфільтрація навколишніх тканин з превалюванням в підшкірній клітковині, де окремими ділянками визначалися грануляції, які легко кровоточили при дотику. Ексудат із ран носив серозний характер з домішками дрібних часточок некротичних включень. Податливість навколоранових м'яких тканин збільшилась до $0,70 \pm 0,02$ ($p < 0,001$), а ранова площа зменшилась до $417,18 \pm 18,31$ мм² ($p < 0,001$) (Рис.4-5).

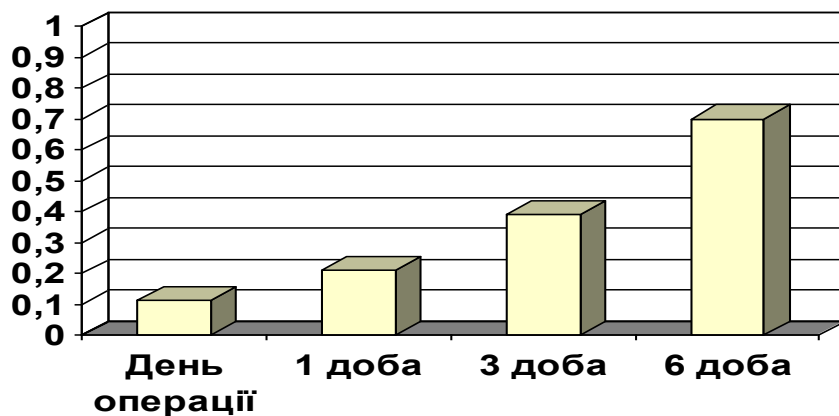


Рис. 4. Динаміка показників податливості навколоранових м'яких тканин.

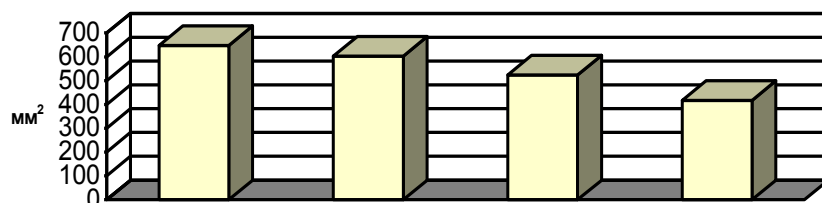


Рис.5. Динаміка показників планіметрії

Дискусія

Таким чином, динаміка зміни значень податливості навколоранових м'яких тканин як характеристики інтенсивності їх інфільтрації та набряку і показники ранової планіметрії можуть бути об'єктивними критеріями оцінки клінічних ознак перебігу ранового процесу і репаративних здібностей шкірного покриву. Як показали наші дослідження, при традиційному лікуванні гнійної рани щелепно-лищевої ділянки податливість навколоранових м'яких тканин змінюється досить повільно, а в результатах планіметрії спостерігалась поступова послідовність тракції країв рани без різких “стрибків”, причому площа зменшення ранової поверхні складала 5,25% на добу.

Перспективи подальших досліджень. Наведені закономірності перебігу гнійного ранового процесу при ГООНЦ у дітей можуть бути підґрунтям для подальших досліджень щодо оптимізації лікування гнійних ран різної локалізації.

Література

1. Білоконь С.О. Рана щелепно-лищевої ділянки у дітей / С.О.Білоконь, О.В.Гуржій – Полтава, 2006. – 72 с.
2. Білоконь С.О. Комплексне лікування гнійних ран щелепно-лищевої ділянки у дітей із використанням сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей / С.О.Білоконь // Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22. – Полтава, 2005. – 165 с.
3. Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А.Зеленский,

Ф.С.Мухорамов – Москва, 2008. – 206 с.

4. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей / В.В. Рогинский – М.: Детгостиздат, 1998. – 255 с.

5. 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.

6. 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.

7. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология детского века / Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, І.А.Чехова – К.: Книг-плюс, 2003. – 480 с.

Резюме

**ПОДАТЛИВОСТЬ ОКОЛОРАНЕВЫХ МЯГКИХ
ТКАНЕЙ И РАНЕВАЯ ПЛАНИМЕТРИЯ КАК
ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ РЕПАРАТИВНЫХ
ПРОЦЕССОВ В КОЖЕ И ПОДКОЖНОЙ
КЛЕТЧАТКЕ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ТЕЛА
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

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

В статье освещены вопросы закономерностей течения гнойной раны и репаративных процессов в коже и подкожной клетчатке челюстно-лицевой области у детей при остром одонтогенном остеомиелите тела нижней челюсти. Представленные данные могут быть основанием для дальнейших исследований, касающихся оптимизации лечения гнойных ран разной локализации.

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

Стаття надійшла 23.06.2011 р.

**COMPLIANCE OF SOFT TISSUES AROUND
THE WOUND AND WOUND PLANIMETRY AS
ACTIVITY INDICATORS OF REPARATIVE
PROCESS IN SKIN AND HYPODERMIC
TISSUE OF CHILDREN, WICH HAVE ACUTE
ODONTOGENIC OSTEOMILIT OF THE
MANDIBLE**

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

In the article are described the issues of current regularity of purulent wounds and of reparative process in skin and hypodermic tissue of maxillofacial area of children, wich have acute odontogenic osteomilit of the mandible. The data presented can be a basis for the further research concerning the treatment of purulent wounds with different localization.

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

УДК 616 – 74.004.6 / 796.325 – 056.29

А.І. Федорченко
Харьковський державний волейбольний клуб «Локомотив», г. Харків

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ТЕНДИНИТА СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА У ВОЛЕЙБОЛИСТОВ

Наиболее часто встречающаяся травма у волейболистов – тендинит связки надколенника. Проведен сравнительный анализ существующих методов лечения и профилактики данной патологии и разработан наиболее оптимальный комплекс восстановительных средств, который способствует скорейшему выздоровлению спортсмена.

Ключевые слова: тендинит связки надколенника, ударно-волновая терапия, кинезиологическое тейпирование, реабилитация.

Робота виконується згідно «Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2011-2015 рр.» Міністерства України по справах сім'ї, молодіжних та спортивних питань за темою: «Традиційні та нетрадиційні методи фізичної реабілітації при захворюваннях різних систем організму та пошкодженнях опорно-рухового апарату в осіб різного ступеня тренуваності». Шифр теми 4.1 п. Государственный регистрационный номер 0111U000194.

Травмы колена входят в четверку самых частых травм среди волейболистов. Среди травм колена в волейболе встречаются как острые, так и усталостные травмы. Усталостные травмы встречаются намного чаще, чем острые [4]. Самой распространенной усталостной травмой колена в волейболе считается тендинит связки надколенника – травма более известная под названием «колени прыгуна». По различным данным, 40-50% волейболистов мужского пола страдают от «колени прыгуна» [8]. Непостоянство болевого синдрома, наличие периодов ремиссии приводят к тому, что спортсмены, как правило, обращаются за медицинской помощью уже тогда, когда боли беспокоят достаточно регулярно, препятствуя тренировкам [1].

Традиционные методы консервативного лечения (нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП, тепловые процедуры, магнитотерапия) не всегда приводят к полноценному купированию болевого