

5. Волкович Н.М. Жизнь и деятельность Н.И. Пирогова / Н.М. Волкович // Русский врач. – 1910. – № 49. – С. 182–185.

**Великий хірург і вчений, педагог і організатор, людинолюб з всесвітнім іменем
(до 200-річчя з дня народження М.І. Пирогова)**

В.М. ТКАЧЕНКО, Ф.І. ПАНОВ, М.А. БОНДАРУК

Резюме. Представлено багатство особистості та творчості Миколи Івановича Пирогова, яке характеризується: різнобічністю його таланту, багатством принципово нового, що було принесено їм у медицину, педагогіку, філософію, живучістю його ідей, відкриттів та нововведень.

Ключові слова: М.І. Пирогов, геніальний лікар, новатор, медицина, педагогіка, філософія, живучість ідей, відкриття.

**Great surgeon and scientist, teacher and organizer, world-famous philanthropist
(to 200-th anniversary from the birth of N.I. Pirogova)**

V.N. TKACHENKO, F.I. PANOV, M.A. BONDARCHUK

Summary. Resulted riches of personality and creation of Nikolay Ivanovich Pirogov, which are characterized: scaleness of his talent; an abundance on principle new that was added by him in medicine, pedagogy, philosophy; the vitality of his ideas, openings and innovations.

Key words: N.I. Pirogov, genius doctor, innovator, medicine, pedagogy, philosophy, vitality of ideas, openings, innovations.

УДК 616.31-002

**Результати лікування хворих
із запальними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації
з 1999 по 2009 рр., проблеми та перспективи**

**І.В. ФЕДІРКО, С.М. КОЗЛОВСЬКИЙ, П.А. ШМІДТ,
О.М. НЕСТЕРЕНКО, О.О. КОЗЛОВСЬКА**

Резюме. В статті проаналізована робота клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України у період з 1999 по 2009 роки. Визначена частота виникнення, структура та основні причини розвитку запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки.

Ключові слова: запальні захворювання, щелепно-лицева ділянка, неодонтогенні та одонтогенні запальні процеси.

Основною патологією щелепно-лицевої ділянки залишаються запальні захворювання. В останні роки кількість хворих із даною патологією значно збільшилася, ускладнився перебіг процесу, збільшилася частота розвитку

важких ускладнень (медіастеніт, сепсис, тромбоз вен обличчя та синусів головного мозку) [7, 8, 9, 10].

За даними літератури у 60-70-х роках ХХ ст. від 13 до 40,7% ліжкового фонду щелепно-лицевих стаціонарів займали хворі з гнійно-запальними захворюваннями [1, 2, 9].

У 80–90-х роках відсоток хворих із даною патологією збільшився до 59–67% загальної кількості стаціонарних хворих клінік щелепно-лицевої хірургії і залишається на високому рівні до даного часу [4, 9, 12].

Відповідно даних літератури із загальної кількості хворих із запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки 50–70% займають пацієнти із одонтогенною етіологією захворювання [4, 8, 9]. При цьому у 70–80-х ХХ століття ця група захворювань складала 29,2–49,9% [3, 6, 10]. Кількість неодонтогенних запальних захворювань обличчя та шиї збільшилася більш ніж в три рази [4].

Причинами цього зростання, на думку багатьох авторів, є:

- несвоєчасне звертання за медичною допомогою;
- пізня діагностика захворювань, ускладнень та неправильна лікувальна тактика;
- зміна видового складу збудників та зниження реактивності організму [4, 8, 9].

В структурі **одонтогенних** запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки 75% складають хворі: із гострим та хронічним в стадії загострення періодонтитами [8]; 20–23% – з періоститом щелеп [7, 9]; 4,5% – з одонтогенним остеомієлітом виявлено [8, 11]; 30–60% – з запальними захворюваннями м'яких тканин [4, 8, 9]; у 30–51% пацієнтів перебіг одонтогенних запальних захворювань ускладнюється розвитком лімфаденіту [9].

В структурі **неодонтогенних** запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки переважають гнійничкові ураження шкіри (фурункули і карбункули) та первинні лімфаденіти. Дана група захворювань зустрічається у 8–23% пацієнтів щелепно-лицевих стаціонарів [5, 9].

Збудниками гнійних одонтогенних запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки у більшості випадків ставали монокультури золотавого (47,6%) і епідермального (33,3%) стафілококків. У 19,1% – стрептококк.

Причиною виникнення неодонтогенних запалень обличчя та шиї у 88–90% випадків став золотавий стафілококк.

Останім часом спостерігається збільшення частки анаеробних неклостридіальних мікроорганізмів (бактероїди, вейлоніми, пептококки) в етіології виникнення запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки [9].

Лікування хворих із запальними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації є непростю задачею, що вимагає істотних фінансових витрат, а результат лікування у першу чергу залежить від ефективності хірургічного втручання та антибактерійних засобів.

Основним методом лікування гострих гнійних запальних захворювань щелепно-лищевої ділянки є хірургічний. Незважаючи на досягнення консервативної терапії (широкий спектр антибактерійних засобів, імуностимуляторів, тощо) основною задачею є своєчасне спорожнення гнійника, адекватне його дренивання та лікування гнійної рани.

У зв'язку із постійним зростанням кількості хворих із запальними захворюваннями щелепно-лищевої ділянки, ростом кількості важких ускладнень проводяться наукові дослідження не тільки з метою удосконалення існуючих способів лікування а і пошук нових методик. Метою роботи стало проведення аналізу історій хвороб хворих із запальними захворюваннями щелепно-лицьової локалізації за період з 1999 по 2009 рр.

Матеріали та методи

Матеріалом нашого дослідження були історії хвороб пацієнтів, які перебували на лікуванні у клініці щелепно-лищевої хірургії та стоматології Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України у період з 1999 по 2009 роки. Проведений статистичний та якісний аналіз 3683 історій хвороб пацієнтів із запальними захворюваннями щелепно-лищевої ділянки з метою вивчення частоти виникнення та структури даної патології, методів та наслідків лікування, а також тенденцій змін, які намітилися та їх причин.

Результати та обговорення

Серед усіх хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у клініці із запальними захворюваннями за вказаний період, було 97,8% чоловіків і 2,2% жінок. Значний відсоток склали військовослужбовці МО України – 69%, з них військовослужбовці строкової служби склали 73,5%, офіцери та військовослужбовці контрактної служби – 26,5%. Пенсіонери МО України було 8%. До групи «інші» (23%) ввійшли учні військових ліцеїв, члени сімей військовослужбовців, службовці ЗСУ, військовослужбовці інших силових структур, хворі за плату та договорами.

В структурі захворювань стаціонарних хворих запальні захворювання щелепно-лищевої локалізації склали 71,9%.

Серед хворих, які перебували на лікуванні, одонтогенні запальні захворювання склали 35,6%. Протягом останніх 5 років спостерігалось поступове збільшення кількості хворих даної групи захворювань (25,2% – у 2002 році, – 43,5% – у 2009 році).

Такі ускладнення, як медіастеніт спостерігали у 3 (0,8%) хворих, менінгіт – у 4 (1%) пацієнтів. Мав місце 1 летальний випадок у хворого з анаеробною одонтогенною флегмоною дна порожнини рота, внаслідок розвитку гострої легенево-серцевої недостатності.

Однією з основних причин розвитку одонтогенних запальних захворювань були хронічні періодонтити (98%), що свідчить про низький рівень планування

та проведення санації ротової порожнини у військовослужбовців, а також про неповноцінну роботу стоматологів медичних комісій військоматів.

При лікуванні одонтогенних запальних захворювань використовувались традиційні методи: терапевтична або хірургічна санація гнійного вогнища, антибактерійна терапія, фізіолікування. Середній термін лікування хворих з даною патологією склав $11,9 \pm 0,4$ ліжко-дня.

Кількість стаціонарних хворих із неодонтогенними запальними захворюваннями склала 36,3% від всієї патології клініки. При цьому спостерігалось зменшення кількості хворих цієї групи з 57% у 2002 році до 27% у 2009 році. Захворювання фурункулами та карбункулами займали близько 80% (93% хворих з фурункулами лиця і шиї були віком 18–25 років, переважно військовослужбовцями строкової служби). Великий відсоток цих захворювань у військовослужбовців зумовлений специфікою військової служби: високою інтенсивністю бойової та фізичної підготовки, частим контактом з паливно-мастильними матеріалами, виконанням службових обов'язків в польових умовах. Зростання захворюваності спостерігалось у весняну та осінню пори року. Також основними причинами розвитку фурункулів та карбункулів обличчя, їх ускладнень були недотримання правил особистої гігієни та спроби видавити гнійник самостійно. Найчастіше фурункули локалізувалися у щічній, підборідковій, підщелепній ділянках, та на верхній губі. Місцеві ускладнення (лімфаденіт, лімфангоїт, аденоабсцес) були у 68% хворих, а загальні ускладнення (синустромбоз, менінгіт, сепсис) спостерігалися у 6 (0,1%). Від розвитку сепсису, на фоні лікування фурункула щічної ділянки помер 1 хворий.

Аналіз догоспітального періоду, який складав від 2 до 6 діб, показав вплив на розвиток ускладнень пізньої діагностики, несвоєчасного початку лікування та часто неправильної лікувальної тактики при лікуванні хворих з фурункулами в медичних пунктах частин.

Термін лікування хворих з неодонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки склав $8,9 \pm 0,5$ ліжко-дня. При цьому слід зазначити, що повний курс стаціонарного лікування застосовували тільки для військовослужбовців строкової служби. Хворі інших категорій перебували в стаціонарі протягом перших 3–4 діб, після чого продовжували лікування в умовах денного стаціонару або амбулаторно. Така організація лікувального процесу позитивно впливала на результати лікування та мала відчутний економічний ефект.

У лікуванні хворих використовували традиційні консервативні та хірургічні методи, а також розроблену у клініці методику комплексного застосування вакуум-терапії та пробіотиків. Суть методу полягає у дозованому впливі вакууму на вогнище запалення після хірургічної санації гнійника із одночасним місцевим застосуванням пробіотика – Лактовіта-форте.

Висновки

1. В останні 7 років спостерігається зниження кількості хворих з неодонтогенними запальними захворюваннями (з 57% у 2002 році до 27% у 2009 році).
2. Кількість хворих з одонтогенними запальними захворюваннями виросла з 25,2% – у 2002 році, до 43,5% – у 2009 році.
3. Вищезазначені зміни обумовлені недостатнім рівнем організації планових оглядів військовослужбовців, санації порожнини рота, санітарно-освітньої роботи та, іноді, нестачею відповідно підготовленого медичного персоналу у військової ланці.

Література

1. Состояние, перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Н.Н. Бажанов, В.А. Козлов, Т.Г. Робустова, Ю.М. Максимовский // *Стоматология*. – 1977. – № 2. – С. 15–19.
2. Бернадський Ю.Й. Хірургічна стоматологія / Ю.Й. Бернадський. – К.: Здоров'я, 1966. – С. 396.
3. Бернадский Ю.И. Гнойная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский, Н.И. Заславский, Г.П. Бернадская. – К.: Здоров'я. – 1983. – С. 241.
4. Бернадський Ю.Й. Основи шелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К.: Спалах. – 2003. – С. 511.
5. Кудинова Е.С. Септикометастические осложнения при фурункулах и карбункулах лица / Е.С. Кудинова // *Стоматология*. – 1999. – № 4. – С. 283–285.
6. Лурье Т.М. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / Т.М. Лурье, Т.В. Фоминская, Е.Л. Поз. – М.: Медицина. – 1979. – С. 109.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. – М.: Медицина. – 1996. – С. 688.
8. Робустова Т.Г. Одонтогенные воспалительные заболевания / Т.Г. Робустова. – М.: Медицина. – 2006. – С. 661.
9. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, 1997. – Том 1. – С. 354.
10. Шаргородский А.Г. Профилактика одонтогенных воспалительных заболеваний / А.Г. Шаргородский // *Клиническая стоматология*. – 1998. – № 1. – С. 18–20.
11. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи / А.Г. Шаргородский. – М.: ГЕОТАР-Мед. – 2002. – С. 188–208.
12. Щербатюк Д.И. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Д.И. Щербатюк. – Кишинев.: Штинца, 1987. – С. 167.

Результаты лечения больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации, проблемы и перспективы

**И.В. ФЕДИРКО, С.Н. КОЗЛОВСКИЙ, П.А. ШМИДТ,
О.Н. НЕСТЕРЕНКО, Е.А. КОЗЛОВСКАЯ**

Резюме. В статье проанализирована работа клиники челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ» МО

України в період с 1999 до 2009 года. Определена частота возникновения, структура и основные причины развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, челюстно-лицевая область, неодонтогенные и одонтогенные воспалительные процессы

The results of the medical treatment of the patients with fleamatory diseases in the jaw-facial area, problems and perspectives

**I. FEDIRKO, S. KOZLOVSKIY, P. SHMIDT,
O. NESTERENKO, O. KOZLOVSKAYA**

Summary. *In the article covers the work of the clinic of jaw-facial surgery and stomatology of the main military medical clinical center of «mmkg» md of ukraine in the term from 1999 to 2009 years. The frequency of occurence, structure and main reasons of the fleamatory deseases progress in jaw-facial area is find.*

Key words: *fleamatory deseases, jaw-facial area.*

УДК 616.5-006.2: 617.559:616-089

Результати одноетапного хірургічного лікування нагноєних пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки

Є.В. ЦЕМА, О.І. УМАНЕЦЬ, Ф.І. ГРАБОЛЮК

Резюме. *В статті представлені віддалені результати лікування 82 пацієнтів з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки з використанням різних методів ушивання післяопераційної рани. Контрольну групу склали 35 (42,7%) пацієнтів з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки, яким було виконано радикальне висічення кіст з підшиванням країв шкірної рани до її дна. В дослідну групу увійшло 47 (57,3%) пацієнтів, яким було виконано радикальне висічення кіст з первинним ушиванням рани за допомогою запропонованого нами способу – модифікованого вертикального 8-подібного вузлового адаптуючого шва. В контрольній групі виникли наступні ускладнення у 6 (17,1%) хворих – нагноєння післяопераційної рани, у 3 (8,6%) – прорізання швів з первинним розходженням країв післяопераційної рани, у 7 (20,0%) – вторинне розходження країв рани, у 2 (5,7%) – рецидив пілонідальної кісти. В дослідній групі у 2 (4,3%) пацієнтів виникло часткове розходження країв післяопераційної рани, яке не потребувало її додаткового ушивання.*

Ключові слова: *пілонідальна кіста, хірургічне лікування, результати лікування.*

Пілонідальна кіста виявляється у 2–5% дорослого населення. В фаховій літературі можна знайти низку синонімів цієї нозології: епітеліальний куприковий хід, епітеліальна кіста куприка, епітеліальний свищ, занурення крижово-куприкової області, дермоїдна кіста куприка, секвестральний дермоїд. У вітчизняній літературі найбільшого поширення набув термін