

Кроме общего лечения все 40 больных принимали лазеротерапию на биологически активные точки лица и шеи, а 11 человек из 40 еще получали квантовую аутогемотерапию, остальным 29 больным давали иммуномодуляторы. Местно всем больным этой группы осуществляли вакуум - аспирацию содержимого в области нагноившейся линии перелома или лунки после удаления зуба из линии перелома. Для этого использовали обычный операционный отсос (типа ОХ-2) с разрежением 0,9 атм.

Весь комплекс местного лечения заключался в следующем: 22 больным были наложены бимаксиллярные шины с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой. Снаружи со стороны кожи в каждый из отломков нижней челюсти было введено внутрикостно по одной игле от одноразовой системы переливания крови. У остальных 18 больных был наложен внеочаговый компрессионно-дистракционный аппарат с полыми стержнями, который одновременно осуществлял репозицию и фиксацию отломков нижней челюсти. К полым внутрикостным стержням и иглам, введенным в губчатую часть нижней челюсти, на расстоянии 10-15 мм отступая от линии перелома присоединяли посредством переходника аппарат для обработки ран пульсирующей струей жидкости (ПСЖ) конструкции Н.К.Голобородько с соавт.(1977) и на протяжении 2 минут осуществляли промывание костной раны под давлением 3 атм. кислородного баллона. Расход жидкости (0,2% р-р фурацилина или 1% р-р диоксидина) составлял 50-70 мл. Затем на протяжении 2-3 минут осуществляли вакуум- аспирацию из щели перелома или из лунки удаленного из линии перелома зуба.

Развитие травматического остеомиелита в этой группе больных не наблюдалось.



УД 616-002:616.216.1

Н. М. Гордиюк, З. В. Зайцева

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ТЕРАПИЯ СИНУСИТОВ

Основными предрасполагающими факторами в развитии синуситов, являются анатомические отклонения в полости носа, нарушающие функционирование естественных соустьев и вентиляции пазух, а также дефекты местной защиты слизистой оболочки носа и пазух.

Существенная роль в патогенезе гнойных синуситов отводится дефектам иммунологической защиты слизистых оболочек, что диктует необходимость применения современных иммуномоделирующих препаратов. Сюда относятся секреторные цитокины, координирующие работу иммунной системы всего организма, контролирующие силу и интенсивность иммунного ответа. К основным группам цитокинов относятся интерлейкины, одним важнейшим из которых является интерлейкин 2. Лекарственной формой интерлейкина 2 является ронколейкин – рекомбинантный дрожжевой интерлейкин человека. Выпускается в виде ампул в дозировке 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг. Показанием к иммунотерапии является затяжное рецидивирующее течение синуситов. Препарат вводится по 0,5 мг во в/челюстную или лобную пазуху во время пункции или трепанопункции. Вводится однократно в каждую пазуху. Перед этим из пазухи эвакуируется содержимое.

После введения ронколейкина уже через сутки гнойные выделения сменяются обильными слизистыми, а затем 10 дней происходит выздоровление.

На протяжении 2012- 2013 годов в челюстно-лицевом отделении проведено лечение 43 больных с применением ронколейкина. 36 больных вылечились, у 7 пациентов наступил рецидив после неоднократного переослаждения.

Высокая эффективность иммунотерапии при местном введении позволяет применять её для лечения гнойных синуситов любой формы заболевания в сочетании с антибиотиками или в качестве монотерапии.

