

ascertained that in groups 1 and 3, the number of patients complain about post restoration pain was significantly higher than in the second and fourth study groups. In addition, it was noted that the complaints of the second and fourth groups match the characteristics of the low level of pain, and there were cases of complaints about "moderate pain" and "strong pain" respectively in the first and third groups.

After 3 days there were no complaints in the second and fourth groups, while in the first and third groups post-restoration pain occurred.

The obtained results showed that the use of the wetting agent "Dent Light-aqua" makes it possible to prevent the occurrence of post-restoration pain in the treatment of average caries.

A promising direction is to explore the possibility of using wetting agents in the treatment of other forms of caries with different process activity, as well as to study morphological features of the material and tooth dentin interaction.

УДК 617.52/.528-002.36:615.032.1

Медвідь Ю.О.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СОРБІТОЛУ ТА КСИЛІТОЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Незважаючи на постійне вдосконалення методів діагностики та лікування, кількість хворих на одонтогенні флегмони за повідомленнями різних авторів становить від 40% до 83% стоматологічних хворих хірургічного профілю. Тому актуальним на сьогодні залишається пошук нових резервів підвищення ефективності лікування хворих із вказаною патологією. З цією метою було проведено клінічне дослідження 100 хворих на розлиті флегмони ЩЛД в комплексній медикаментозній терапії котрих застосовували препарати на основі сорбітолу та ксилітолу із одночасним проведенням внутрішньотканинного електрофорезу, при цьому оцінювали суб'єктивний та об'єктивний загальний та місцевий стан пацієнтів в день операційного втручання і на 1, 3, 5 добу післяопераційного періоду. Результати проведеного дослідження свідчать, що застосування в комплексній терапії хворих на розлиті флегмони ЩЛД препаратів поліфункціональної дії «Реосорбілакт» та «Ксилат» за запропонованою методикою забезпечує виражену позитивну динаміку загального та місцевого стану (показник досліджуваного симптомокомплексу в балах на момент госпіталізації становив 2,41 балів, на 5 добу спостереження у хворих зі застосуванням запропонованого методу лікування – 0,38 балів, у хворих інших груп – 1,22; 0,75; 0,73 балів відповідно), швидко нормалізацію рівня лейкоцитів крові та показника ЛПІ, активізує репаративні процеси в післяопераційній рані, сприяє купюванню симптомів ендогенної інтоксикації.

Ключові слова: розлиті флегмони щелепно-лицевої ділянки, діагностика, дезінтоксикаційна терапія.

Робота є фрагментом НДР «Пошук, впровадження і шляхи удосконалення методів діагностики та лікування запальних, травматичних процесів, дефектів та деформацій ЩЛД», № державної реєстрації 0115U000046.

Вступ

Проблема гнійної інфекції надзвичайно актуальна в практиці щелепно-лицевої хірургії (ЩЛХ). У структурі гнійно-запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) частка хворих на флегмони залишається стабільно високою (39,6 %). Відзначається збільшення кількості пацієнтів із розлитими флегмонами, з поширенням запального процесу на три та більше клітковинних простори, що супроводжується важким станом хворих з розвитком значної інтоксикації організму [3, 6].

Топографоанатомічна складність розташування ЩЛД, синтопічна близькість життєво важливих утворень обличчя та шиї, значне мікробне обміненія порожнини рота обумовлюють розвиток власне розлитих флегмон ЩЛД з важким перебігом запального процесу, що супроводжується вираженою ендогенною інтоксикацією організму з виникненням ускладнень, таких як медіастиніт, менінгіт, тромбофлебіт, сепсис тощо

[1, 2]. На сьогодні клінічна симптоматика і перебіг гнійно-запальних захворювань характеризується збільшенням атипових та стертих форм, що суттєво погіршує їх своєчасну діагностику, призводить до пізньої госпіталізації, призначення неадекватного лікування [3, 4, 5]. Тому актуальним залишається питання оптимізації діагностично-прогностичного тестування цих хворих та пошук нових резервів підвищення ефективності лікування пацієнтів із розлитими флегмонами ЩЛД.

Мета дослідження

Мета дослідження - провести клінічну оцінку ефективності застосування в комплексному лікуванні хворих на розлиті флегмони ЩЛД сучасних інфузійних засобів поліфункціональної дії.

Об'єкт і методи дослідження

У процесі клінічного дослідження проведено обстеження та лікування 100 хворих на розлиті флегмони ЩЛД.

Комплексне лікування хворих проводили за загальноприйнятим алгоритмом, що полягав у хірургічному розкритті вогнищ гнійного запалення позаротовим доступом; дренаванні післяопераційних ран; застосуванні антибактерійної, дезінтоксикаційної, симптоматичної, вітамінотерапії; антисептичної санації, мазевих пов'язок післяопераційних ран.

У залежності від характеру дезінтоксикаційної терапії хворих розподілили на 4 групи по 25 пацієнтів у кожній: 1 група – хворі, котрим доведено вводили препарат «Реополіглюкін»; 2 група – хворі, котрим доведено вводили препарат «Реосорбілакт»; 3 група – хворі, котрим доведено вводили препарат «Ксилат»; 4 група – хворі, котрим застосовували поєднання препаратів «Реосорбілакт» і «Ксилат» із одночасним проведенням внутрішньотканинного електрофорезу.

З метою оцінки динаміки клінічно-лабораторних показників в процесі лікування хворих на розлиті флегмони ЩЛД проведено обстеження 25 умовно здорових осіб-добровольців віком 24-69.

Клінічне обстеження проводили традиційними методами, залучаючи дослідження суб'єктивного та об'єктивного загального та місцевого стану хворих в день операційного втручання і на 1, 3, 5 добу післяопераційного періоду.

Для більш інформаційного уявлення про загальну картину захворювання і про динаміку перебігу запального процесу та уніфікованого трактування стану хворих всі ознаки оцінювали в балах, величина яких збільшувалась відповідно важкості клінічної ознаки [Дурново Е.А., 1998; Фурман І.В., 2004]. Поверхневу електроміографію жувальних м'язів проводили на електроміографічному комп'ютерному комплексі M-TEST (DX-системи).

Гематологічні тести включали визначення показників периферійної крові (лейкоцитів та їх формули, швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) за формулою Я.Я. Кальфа Каліфа).

Цифрові результати досліджень піддавали статистичним обчисленням з допомогою прикладних програм Microsoft Excel, AtteStat та Statistica.

Результати досліджень та їх обговорення

Клінічна картина на момент надходження у лікувальний заклад та після проведення операційного втручання в усіх хворих була практично однаковою, відмінність полягала лише в локалізації запального процесу та ступені вираження ендогенної інтоксикації організму.

На момент поступлення у 85 хворих загальний стан розцінювали як середнього ступеня важкості та важкий, зумовлений вираженими симптомами ендогенної інтоксикації. У пацієнтів відзначали значне підвищення температури тіла, головокружіння, слабкість, міалгію, тахікардію, серед місцевих ознак спостерігали біль, порушення відкривання порожнини рота, порушення функції жування, ковтання.

При зовнішньому огляді в усіх хворих спостерігали виражену асиметрію та непропорційність обличчя за рахунок запального інфільтрату та колатерального набряку м'яких тканин у вогнищі гнійного запалення. Шкіра в ділянці запального процесу була гіперемійована, в згортку не збиралася, спостерігався позитивний симптом флюктуації.

При клінічному обстеженні хворих у 100% відзначено інтенсивно виражений больовий синдром, що посилювався при пальпації, відкриванні порожнини рота. У 55 зі 100 обстежених було зареєстровано виражену запальну контрактуру нижньої щелепи (III ступеня), про що свідчили показники електроміографії: збільшення максимальної амплітуди електроміографічних потенціалів жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою у 4,4 раза, в стані напруження – у 7,6 раза в порівнянні з контрольною групою; середньої амплітуди – у 2,6 та 3,6 раза відповідно; та середньої частоти – у 4,5 та 5,4 раза відповідно (рис. 1, 2).

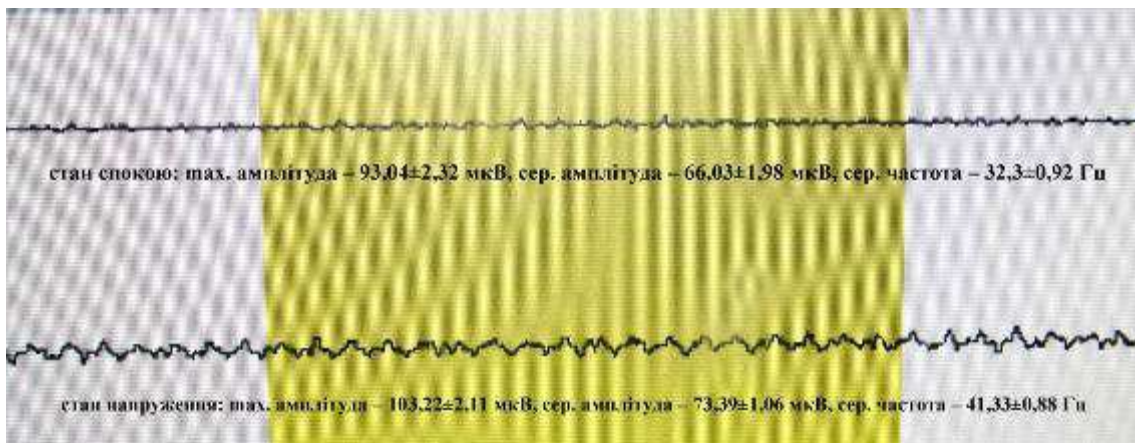


Рис. 1. Електроміограма жувального м'яза в стані спокою та напруження у здорових людей.

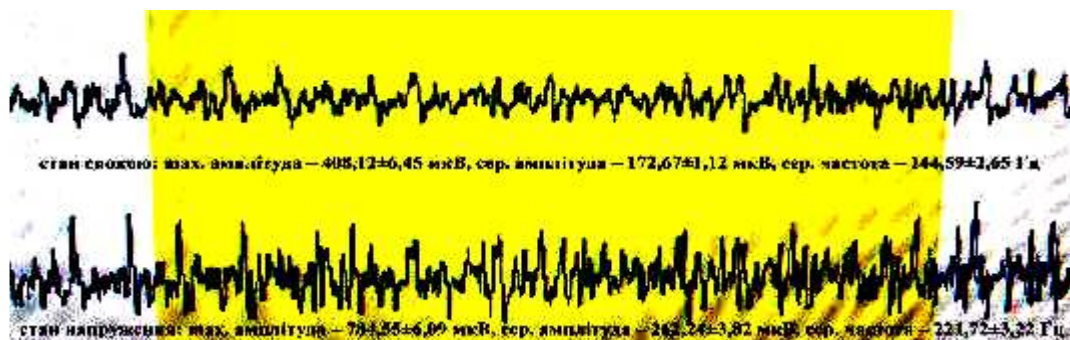


Рис. 2. Електроміограма жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою та напруження у хворих на розлиті флегмонами ЩЛД при надходженні у лікувальний заклад.

Загальна реакція організму в основному відповідала характеру місцевого гнійного процесу. При аналізі температурної реакції відзначено, що у 21 пацієнтів зі 100 температура була субфебрильною (37,1 - 38 °С). У більшості пацієнтів – 69 зі 100, температура тіла знаходилась в межах 38,1 - 39 °С, у 10 хворих зі 100 температурна реакція перевищувала 39,0 °С. При оцінці частоти серцевих скорочень у 5 зі 100 обстежених рі-

вень пульсу був в межах 80 уд/хв.; у 29 хворих в межах 81 - 90 уд/хв., у 44 – становив 91 - 100 уд/хв., у 22 пацієнтів ЧСС перевищувала 100 уд/хв.

В ході проведеного операційного втручання (розкриття флегмони) отримано гнійний ексудат у 100% випадків. В середньому, у 100 обстежених хворих оцінка симптомомкомплексу в балах становила 2,41 балу (табл. 1).

Таблиця 1

Оцінка динаміки загальних та місцевих клінічних симптомів у хворих порівнюваних груп (в балах) ($\bar{X} \pm m$)

Група	0 доба	1 доба	3 доба	5 доба
Загальні клінічні симптоми				
1 група	2,2±0,07	2,17±0,068	1,5±0,072**	1,01±0,07**
2 група	2,22±0,072	2,04±0,075	1,0±0,074**	0,45±0,059**
3 група	2,16±0,072	2,05±0,07	1,10±0,073**	0,56±0,057**
4 група	2,24±0,074	1,95±0,08*	0,73±0,066**	0,2±0,04**
Місцеві клінічні симптоми				
1 група	2,53±0,06	2,51±0,062	2,02±0,07**	1,35±0,067**
2 група	2,55±0,065	2,52±0,065	1,71±0,07**	0,95±0,065**
3 група	2,53±0,058	2,5±0,062	1,67±0,064**	0,85±0,06**
4 група	2,55±0,065	2,52±0,067	1,33±0,068**	0,5±0,051**
Сумарний симптомомкомплекс				
1 група	2,4±0,066	2,38±0,067	1,81±0,075**	1,22±0,07**
2 група	2,42±0,07	2,33±0,073	1,42±0,079**	0,75±0,067**
3 група	2,38±0,066	2,32±0,07	1,44±0,073**	0,73±0,06**
4 група	2,42±0,071	2,29±0,069	1,09±0,074**	0,38±0,028**

Примітка: * – статистично достовірно порівняно з показниками при поступленні ($p < 0,05$); ** – статистично достовірно порівняно з показниками при поступленні ($p < 0,01$).

Результати лабораторних досліджень підтверджували клінічну картину захворювання: спостерігався виражений лейкоцитоз, що супрово-

джувався збільшенням рівня ШОЕ та ЛПІ в порівнянні з групою здорових людей (табл. 2).

Таблиця 2

Показники гомеостазу у хворих порівнюваних груп при надходженні у лікувальний заклад ($\bar{X} \pm m$)

Показники гомеостазу (одиниці виміру)	Контрольна група (здорові люди)	Хворі на розлиті флегмони ЩЛД	p
Лейкоцити ($\times 10^{12}/л$)	5,21±0,12	15,45±1,16	< 0,01
ШОЕ (мм/год)	5,36±0,33	54,2±1,67	< 0,001
ЛПІ (ум.од.)	0,64±0,04	4,34±0,56	< 0,01

На 1 добу післяопераційного періоду клінічна картина загального та місцевого стану хворих в усіх групах достовірно не відрізнялась порівняно з показниками при поступленні в лікувальний заклад. Показники гомеостазу зберігали високі значення, спостерігалась незначна тенденція до їх зниження.

На 3 добу позитивна динаміка загального стану хворих 1 групи, для лікування котрих застосовували традиційний метод комплексної терапії, була незначною. Усі пацієнти продовжували скаржитись на слабкість, міалгію, біль в ділянці післяопераційної рани, утруднене вживання їжі, болісне ковтання. Нормалізація температури

тіла відзначалась лише у 12% хворих, у 52% була субфебрильною, у 36% – фебрильною. У 16% пацієнтів спостерігалась нормалізація ЧСС, у 68% – рівень пульсу був в межах 81 - 90 уд/хв., у 16% хворих – становив 91 - 100 уд/хв.

У пацієнтів, котрим застосовували в комплексному лікуванні препарати «Реосорбілакт» та «Ксилат», спостерігали виражену позитивну динаміку загального стану. Скарги на слабкість та біль у м'язах у хворих 2, 3 та 4 груп були виражені менш інтенсивно на 3 добу спостереження в порівнянні з хворими 1 групи. Нормалізація температури тіла відзначалась у 36% хворих 2 та 3 груп, та у 44% хворих 4 групи. Нормалізація ЧСС спостерігалась у 56% пацієнтів 2 групи, 36% хворих 3 групи та 76% хворих 4 групи. При оцінці симптомів в балах у пацієнтів 2, 3 та 4 груп відзначався достовірно нижчий рівень кількості балів ($p < 0,01$) в порівнянні з показниками у хворих 1 групи.

При оцінці місцевого стану у пацієнтів 1 групи на 3 добу спостерігали наступну клінічну картину: запальний інфільтрат був значно виражений, краї рани гіперемійовані, набряклі, тканини просочені гнійним ексудатом. Виділення із ран було масивним у 44% хворих, у 56% – помірним. У 24% пацієнтів відзначалась м'язова контрактура III ступеня, у 52% – II ступеня, у 12% – I ступеня. Відкривання порожнини рота в повному об'ємі спостерігалось у 12% хворих.

Скарги на біль в ділянці запального вогнища різного ступеня інтенсивності були наявні в усіх пацієнтів 1 групи. Больовий симптом був значно вираженим у 24% хворих, помірно вираженим –

у 64% та незначно вираженим – у 12 %.

У пацієнтів 2 та 3 груп відзначено більш виражену позитивну динаміку суб'єктивних та об'єктивних показників місцевого стану в порівнянні з хворими 1 групи, проте при порівнянні вказаних показників у пацієнтів 2 та 3 груп достовірної різниці при бальній оцінці місцевого симптомокомплексу не відзначалось ($p > 0,05$).

У хворих 4 групи спостерігалась достовірна ($p < 0,01$) відмінність суб'єктивних та об'єктивних показників (в балах) місцевого стану в порівнянні із пацієнтами 1, 2 та 3 груп. Виділення із ран було помірно виражене у 52% хворих та незначно виражене у 48 %. У 32% пацієнтів спостерігались перші ознаки наявності грануляційної тканини; м'язова контрактура у 20% хворих була відсутня, у 48% відзначалось обмежене відкривання порожнини рота I ступеня, у 32% хворих – II ступеня. Скарги на біль були відсутні у 16% пацієнтів, у 48% больовий симптом був виражений незначно, у 36% хворих – помірно.

В середньому прояв всього симптомокомплексу у хворих 1 групи становив $1,81 \pm 0,075$ бали, 2 групи – $1,42 \pm 0,079$ бали, 3 групи – $1,44 \pm 0,073$ бали, 4 групи – $1,09 \pm 0,074$ бали.

Динаміку загальної і місцевої клінічної картини захворювання порівнювали зі змінами показників гомеостазу. На 3 добу спостереження в 1 групі відзначено достовірне ($p < 0,01$) зниження показника лейкоцитозу на 18,7%, в 2 групі – на 40,8%, в 3 групі – на 29,2%, в 4 – на 49,8% в порівнянні з показниками до операційного втручання (рис. 3).

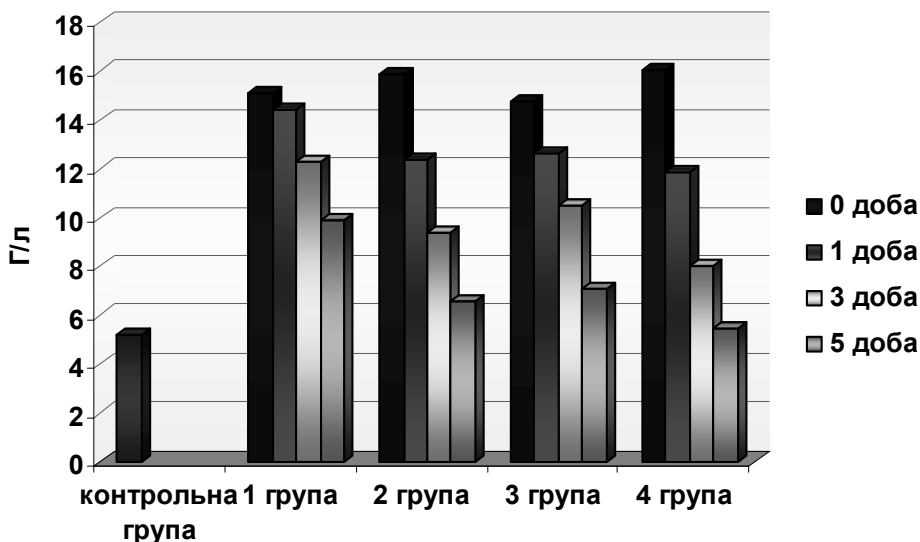


Рис. 3. Динаміка показника лейкоцитозу (Г/л) периферичної крові у хворих порівнюваних груп.

Відзначено достовірне ($p < 0,01$) зниження рівня ШОЕ у пацієнтів 1 групи на 22 %; 2 групи – на 44,5 %; 3 групи – на 39,6 %; 4 групи – на 49,7% в порівнянні з показниками до операційного втручання (рис. 4).

Показник ЛІІІ у хворих 1 групи на 3 добу післяопераційного періоду становив 3,92 ум. од., 2 групи – 3,16 ум. од., 3 групи – 3,04 ум. од., 4 – групи – 2,87 ум. од. (рис. 5).

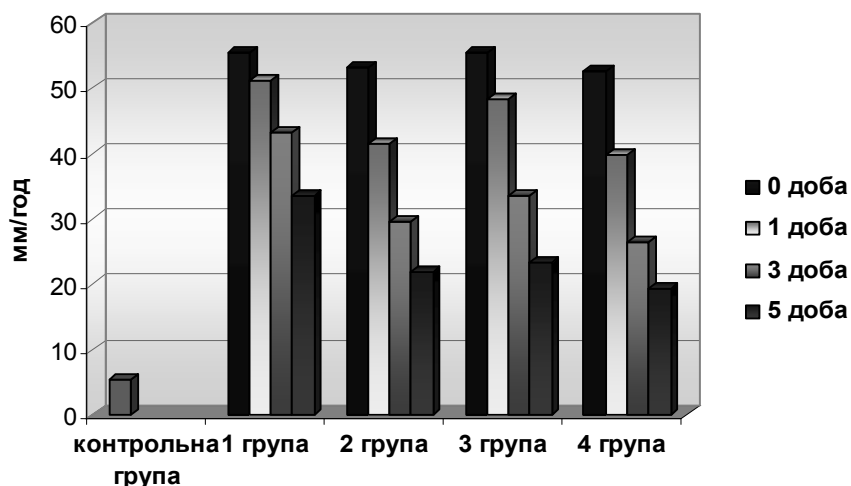


Рис. 4. Динаміка рівня ШОЕ (мм/год) у хворих порівнюваних груп.

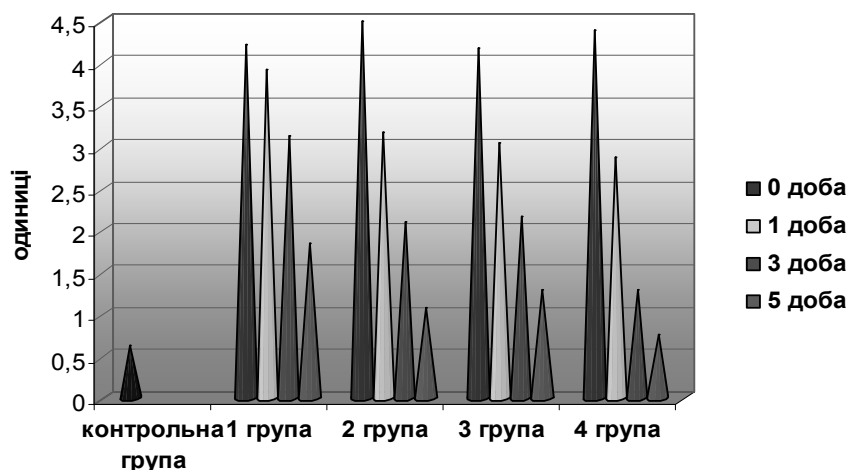


Рис. 5. Динаміка показника ІІІ (ум. од.) у хворих порівнюваних груп.

На 5 добу спостереження клінічна картина стану хворих 1 групи, яким в комплексному лікуванні застосовували препарат «Реополіглюкін», в цілому вказувала на сприятливий перебіг захворювання. Клінічні прояви загальних реакцій організму на запальний процес зберігались, проте, ступінь їх прояву, в порівнянні з попередніми термінами спостереження, значно зменшилась. Скарги на слабкість у 48% пацієнтів були помірно вираженими, у 44% – незначно; скарги на міалгію були помірно вираженими у 40% хворих та незначно – у 52%. Лише у 8% хворих вказані скарги були відсутні. Нормалізація температури тіла спостерігалась у 20% пацієнтів, ЧСС – у 60%. Больові відчуття в ділянці рани були відсутні лише у 8% хворих, у 48% – больовий симптом був виражений незначно, у 44% – помірно. Скарги на утруднене відкривання порожнини рота відзначались у 92% пацієнтів (у 52% – помірно виражені, у 40% – незначно).

При клінічній оцінці ранового процесу виділення із ран було масивним лише в одному випадку (4%), помірним – у 56% хворих, незначним – у 40% хворих, грануляційна тканина була наявною в 64% пацієнтів, здебільшого в незначній кількості. Запальна контрактура нижньої щелепи II ступеня спостерігалась у 64% хворих, I ступеня – у 24% та була відсутня у 12% хворих.

У пацієнтів, яким проводили електроміографічне обстеження (хворі із III ступенем контрактури), динаміка показників міограми була незначною: спостерігалось зменшення максимальної амплітуди електроміографічних потенціалів жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою на 4,8%, в стані напруження – 16,7% в порівнянні із показниками на момент поступлення до лікувального закладу; середньої амплітуди – на 23,3% та 18,9% відповідно; та середньої частоти – на 15,5% та 8,7% відповідно (рис. 6).

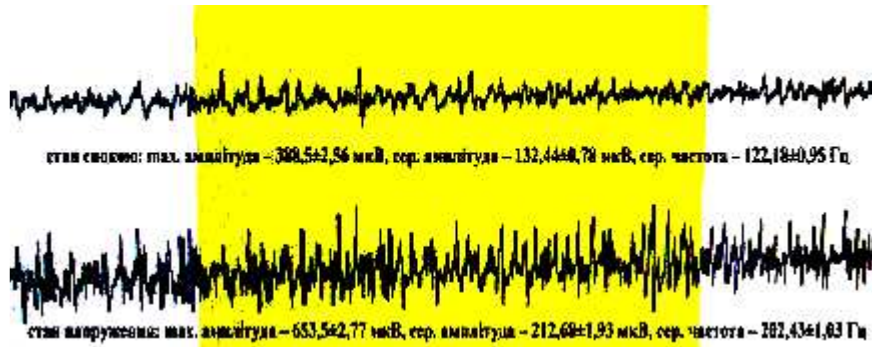


Рис. 6. Електроміограма жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою та напруження у хворих 1 групи на 5 добу спостереження.

У хворих 2 та 3 груп на 5 добу післяопераційного періоду клінічна картина перебігу запального процесу була дещо схожою. Скарги на загальну слабкість та міалгію були відсутні у 36% та 56% пацієнтів 2 групи, та 28% та 32% хворих 3 групи. Нормалізація температури тіла відзначалась у 52% пацієнтів 2 групи та 48% – 3 групи, у решти пацієнтів температура тіла була субфебрильною. Больовий симптом у більшості хворих (60 %) був незначно вираженим, у 24% пацієнтів повністю відсутнім.

При об'єктивній оцінці місцевих симптомів виділення з післяопераційної рани були здебільшого незначними, відзначався розвиток грануляційної тканини. Запальна контрактура нижньої щелепи II ступеня спостерігалась у 28% хворих 2 групи та 16% хворих 3 групи, I ступеня - відповідно у 52% та 64% пацієнтів; даний симп-

том був повністю відсутній у 20% хворих.

У пацієнтів, яким проводили електроміографічне обстеження (хворі із III ступенем контрактури), динаміка показників міограми характеризувалась наступними змінами: спостерігалось зменшення максимальної амплітуди електроміографічних потенціалів жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою у хворих 2 групи на 22,7%, в стані напруження – 30,2%, 3 групи – на 18,4% та 25,7% відповідно в порівнянні з показниками на момент поступлення до лікувального закладу; середньої амплітуди у хворих 2 групи – на 42,5%, в стані напруження – на 32,5%, 3 групи – на 35,5% та 27,2%; та середньої частоти – у хворих 2 групи на 31,4%, в стані напруження – на 21,2%, 3 групи – на 26,8% та 17,5% відповідно (рис. 7, 8).

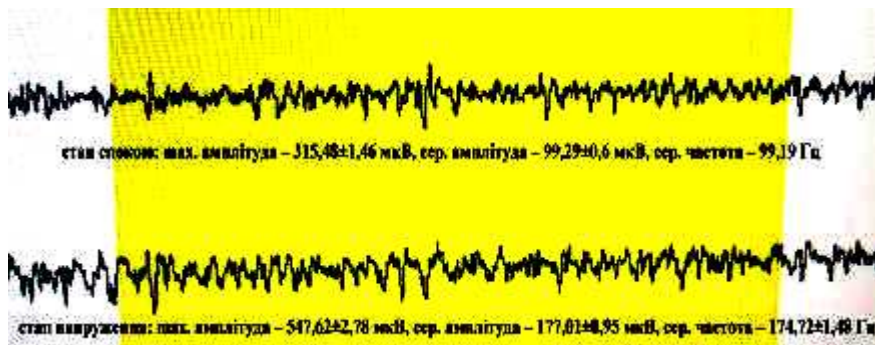


Рис. 7. Електроміограма жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою та напруження у хворих 2 групи на 5 добу спостереження.

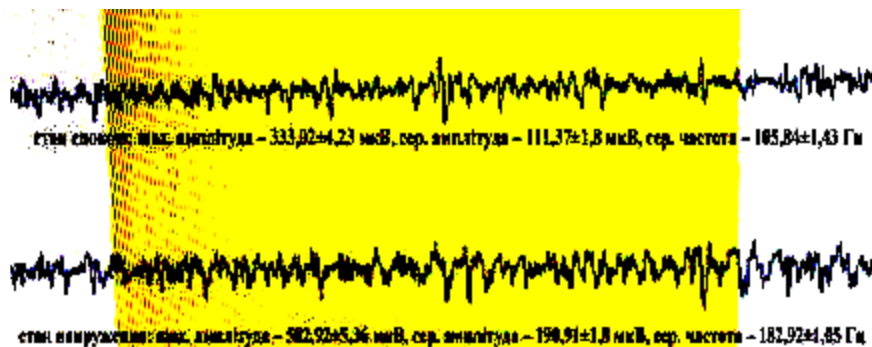


Рис. 8. Електроміограма жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою та напруження у хворих 3 групи на 5 добу спостереження

На 5 добу спостереження у хворих 4 групи спостерігалась виражена позитивна динаміка загального та місцевого стану. Скарги на загальну слабкість були відсутні у 44% пацієнтів, скарги на біль у м'язах – у 84 %, у решти пацієнтів суб'єктивні показники загального стану хворих були незначно виражені. Нормалізація температури тіла відзначалась у 80% хворих, у 20% температура була субфебрильною. В усіх пацієнтів 4 групи спостерігалась нормалізація ЧСС. У 60% хворих больові відчуття в ділянці рани були відсутні, у 36% – незначно виражені. Скарги на незначне утруднення відкривання порожнини рота були відсутні у 36% хворих. Ексудація з ран була відсутня у 28% пацієнтів, у решти хворих виділення із ран було незначним. У 60% хворих від-

значено наявність інтенсивно вираженої грануляційної тканини. Запальна контрактура нижньої щелепи I ступеня спостерігалась у 68% хворих; у 32% хворих відзначено відкривання порожнини рота в повному об'ємі.

При електроміографічному обстеженні спостерігалось значне зменшення максимальної амплітуди електроміографічних потенціалів жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою на 68,6 %, в стані напруження – 71,7% в порівнянні із показниками на момент поступлення до лікувального закладу; середньої амплітуди – на 61,6% та 54,8% відповідно, та середньої частоти – на 59,8% та 66,4% відповідно (рис. 9).

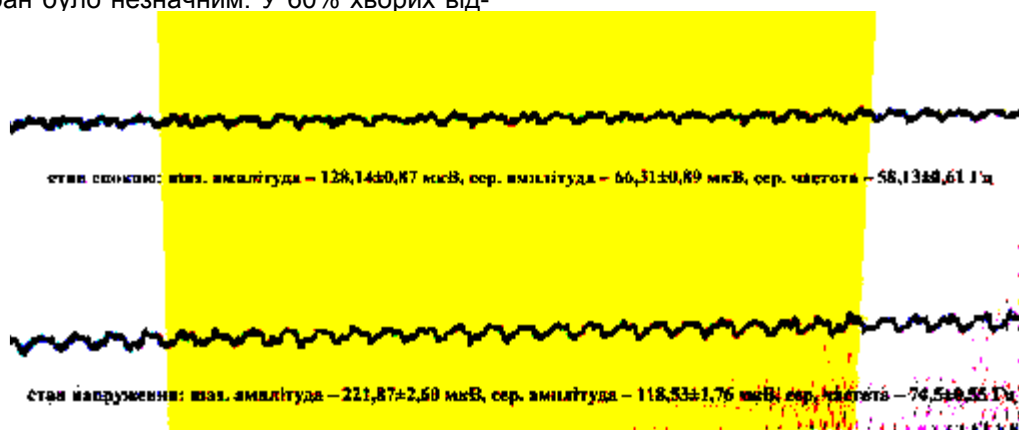


Рис. 9. Електроміограма жувального м'яза в ділянці запального процесу в стані спокою та напруження у хворих 4 групи на 5 добу спостереження.

При оцінці досліджуваного симптомокомплексу в балах у пацієнтів 1 групи загальний рівень балів становив $1,22 \pm 0,07$ балів, 2 групи – $0,75 \pm 0,067$, 3 групи – $0,73 \pm 0,06$, 4 групи – $0,38 \pm 0,028$ балів.

При дослідженні лабораторних показників крові у пацієнтів 1 групи рівень загальної кількості лейкоцитів був достовірно нижчим ($p < 0,01$) на 34,6 %, 2 групи – на 58,4 %, 3 – на 52,1 %, 4 – на 66% в порівнянні з показниками крові до операційного втручання (рис. 3). Відзначено достовірне ($p < 0,01$) зниження рівня ШОЕ у пацієнтів 1 групи на 39,5 %; 2 групи – на 58,9 %; 3 групи – на 58,2 %; 4 групи – на 63,2% в порівнянні з показниками до операційного втручання (рис. 4). Показник ЛІІІ у хворих 1 групи на 5 добу після операційного періоду становив 1,84 ум. од., 2 групи – 1,07 ум. од., 3 групи – 1,30 ум. од., 4 – групи – 0,76 ум. од. (рис. 5).

Висновки

Оцінка показників гомеостазу свідчила про позитивну динаміку перебігу захворювання в пацієнтів усіх груп. Проте лише в групі хворих, котрим в комплексному лікуванні поєднано застосовували інфузійні препарати «Реосорбілакт» і «Ксилат» з їх одночасним внутрішньотканинним електрофорезом, рівень лейкоцитів крові та показник ЛІІІ на даному етапі дослідження відпові-

дав рівню показників здорових людей.

Застосування запропонованого лікування сприяло корекції суб'єктивних та об'єктивних показників загального та місцевого стану хворих у більш ранні терміни післяопераційного періоду, швидкій нормалізації гематологічних показників, активізуванню репаративних процесів в післяопераційній рані, сприяло купюванню симптомів ендогенної інтоксикації.

Перспективи подальших досліджень

В подальшому планується впровадити в клінічну практику при комплексному лікуванні хворих на розлиті флегмони ЩЛД сучасних інфузійних засобів поліфункціональної дії на основі сорбітолу та ксилітолу.

Література

1. Безруков С. Г. Оценка влияния активного дренирования послеоперационных ран мягких тканей челюстно-лицевой области на показатели локальной термометрии и реографии / С. Г. Безруков, Р. Ю. Зайтова // Вісник стоматології. – 2009. – № 1. – С. 64–69.
2. Кравець О. В. Досвід діагностики та лікування флегмон шиї / О. В. Кравець // Вісник Сумського державного університету. Серія Медицина. – 2012. – № 2. – С. 68–72.
3. Морозова М. Н. Оценка тяжести состояния пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и прогнозирование их течения / М. Н. Морозова, В. А. Красников, В. Г. Выборный // Вісник стоматології. – 2009. – № 2. – С. 64–69.
4. Сніжко С. С. Хірургічне лікування хворих із флегмонами шиї / С. С. Сніжко // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 2. – С. 118–120.

5. Dai X. Clinical analysis of 62 cases with maxillofacial and deep neck of space infection / X. Dai, X. He, C. Ming // Lin. Chung. Er. Bi. Yan Hou Tou Jing. Wai. Ke. Za. Zhi. – 2015. - № 29 (7). - P. 654-656.
6. Rao D. Comparison of maxillofacial space infection in diabetic and nondiabetic patients / D. Rao, A. Desai, R. Kulkarni [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. - 2010. - № 110 (4). - P. 7-12.

References

1. Bezrukov S. G. Ocenka vlijanija aktivnogo drenirovanija posleoperacionnyh ran m'jagkih tkanej cheljustno-licevoj oblasti na pokazateli lokal'noj termometrii i reografii / S. G. Bezrukov, R. Ju. Zaitova // Visnik stomatologii. – 2009. – № 1. – S. 64–69.
2. Kravec' O. V. Dosvid diagnostiki ta likuvannja flegmon shii / O. V. Kravec' // Visnik Sums'kogo derzhavnogo universitetu. Serija Medicina. - 2012. - № 2. - S. 68-72.

3. Morozova M. N. Ocenka tjazhesti sostojanija pacientov s odontogennymi flegmonami cheljustno-licevoj oblasti i prognozirovanie ih techenija / M. N. Morozova, V. A. Krasnikov, V. G. Vybornyj // Visnik stomatologii. – 2009. – № 2. – S. 64–69.
4. Snizhko S. S. Hirurgichne likuvannja hvorih iz flegmonami shii / S. S. Snizhko // Galic'kij likars'kij visnik. - 2012. – T. 19, № 2. - S. 118-120.
5. Dai X. Clinical analysis of 62 cases with maxillofacial and deep neck of space infection / X. Dai, X. He, C. Ming // Lin. Chung. Er. Bi. Yan Hou Tou Jing. Wai. Ke. Za. Zhi. – 2015. - № 29 (7). - P. 654-656.
6. Rao D. Comparison of maxillofacial space infection in diabetic and nondiabetic patients / D. Rao, A. Desai, R. Kulkarni [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. - 2010. - № 110 (4). - P. 7-12.

Реферат

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ СОРБИТОЛА И КСИЛИТОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Медвидь Ю.О.

Ключевые слова: флегмоны ЧЛО, диагностика, дезинтоксикационная терапия.

Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, количество больных с одонтогенными флегмонами по сообщениям разных авторов составляет от 40% до 83% стоматологических больных хирургического профиля. Поэтому актуальным на сегодня остается поиск новых резервов повышения эффективности лечения больных с указанной патологией. С этой целью было проведено клиническое исследование 100 больных с разлитыми флегмонами ЧЛО в комплексной медикаментозной терапии которых применяли препараты на основе сорбитола и ксилитола с одновременным проведением внутритканевого электрофореза, при этом оценивали субъективный и объективный общий и местный статус пациентов в день оперативного вмешательства и на 1, 3, 5 сутки послеоперационного периода. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что применение в комплексной терапии больных с разлитыми флегмонами ЧЛО препаратов полифункционального действия - «Реосорбилакт» и «Ксилат» по предложенной методике обеспечивает выраженную положительную динамику общего и местного состояния (показатель исследуемого симптомокомплекса в баллах на момент госпитализации составил 2,41 балла, на 5 сутки наблюдения у больных с применением предложенного метода лечения - 0,38 балла, у больных других групп - 1,22; 0,75; 0,73 балла соответственно), быструю нормализацию уровня лейкоцитов крови и показателя ЛИИ, активизирует репаративные процессы в послеоперационной ране, способствует купированию симптомов эндогенной интоксикации.

Summary

CLINICAL EVALUATION OF EFFECTIVENESS PRODUCED BY THERAPY INCLUDING SORBITOL AND XYLITOL IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL PHLEGMONS

Medvid Yu. O.

Key words: maxillofacial phlegmons, diagnosis, detoxification therapy.

Despite the growing improvement of the diagnosis and treatment methods, the number of patients with odontogenic phlegmon varies from 40% to 83% of all surgical dental patients, according to reports of different scientists. The searching for new approaches to increase the effectiveness of treatment of this condition is still urgent nowadays. Our study involved 100 patients with diffuse maxillary-facial phlegmons whose complex therapy included sorbitol and xylitol with intratissual electrophoresis. Subjective, objective, general and local conditions of patients have been estimated both on the day of performing surgery and on the 1st, 3rd and 5th postoperative days. The results of the clinical studies suggest a strong positive dynamics of general and local states (index of symptoms complex at the time of hospitalization was 2,41 points, on the 5th day of observation - 0,38 points in the patients to whom the proposed method of treatment had been applied, 1,22; 0,75; 0,73 points – in the patients of the another groups) proven by the normalization of white blood cells and LII index in short period, accelerated regeneration in postsurgical wounds, decrease of endogenous intoxication symptoms.