

рають промиваючий розчин, забезпечить спокій хворому і виключить часті і болісні перев'язки. При необхідності така система дозволить проводити періодичне інтенсивне промивання рани за

допомогою шприца і додаткове введення в рану різних лікарських засобів. У подальших статтях будуть надані результати застосування промиваючого дренажу в клінічній практиці.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безруков С.Г., Зайтова Р.Ю. Оценка влияния дренирования послеоперационных ран мягких тканей челюстно-лицевой области на показатели локальной термометрии и реографии // Вісник стоматології. – 2009. - №1. – С. 64-69.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998.-С. 134-152.
3. Масна-Чала О.З. Вдосконалення лікування та прогнозування перебігу флегмон щелепно-лищевої ділянки// Вісник стоматології.-2004.-№4.-С. 40-43.

4. Тайченачев А.Я., Тулупов В.А., Зайцев В.А. Временные характеристики при различных исходах гнилостно-некротических флегмон в челюстно-лицевой области и шеи//Новое в стоматологии.-1999.-№3.-С.24-29.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: ООО «Червона Рута-Турс», 2002, С. 273-293.
6. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи // Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1985. – С.178-192.



УДК 616.716-002-089: 612.017

**Д.В. Чернов,
О.А. Комок,
С.М. Шмат,
М.Ю. Пивоваров,
Р.С. Шмат**

Дніпропетровська державна медична академія
кафедра хірургічної стоматології
(зав. - к.мед.н, доц. Д.В. Чернов)

Ключові слова: остеомієліт,
щелепна кістка, імунodefіцит,
секвестрeктомія, етапна техніка
лікування

Key words: osteomyelitis, jawbones,
immunodeficiency, sequesterotomy,
stage vehicle treatment

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОМІЄЛІТУ ЩЕЛЕПНИХ КІСТОК В ОСІБ З ІМУНОДЕФІЦИТНИМИ СТАНАМИ

Резюме. Объектом исследования были 30 больных с остеомиелитом челюстных костей на фоне иммунодефицита. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе наблюдения проводились операции щадящей секвестрeктомии, а во второй группе – этапная техника, включающая консервативное и хирургическое лечение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что использование этапной техники лечения больных остеомиелитом лицевых костей с иммунодефицитными состояниями дало возможность снизить частоту рецидивов и уменьшить количество больных с гнойно-воспалительными процессами у повторно госпитализированных в стационар больных. Это дает возможность применять поэтапную технику лечения и улучшить отдаленные результаты.

Summary. 30 patients with osteomyelitis of jaw bones on the background of immunodeficiency were the object of the investigation. All the patients were divided into 2 groups. In the first group of observation surgical interventions of sparing sequesterotomy were performed, in the second one – stage-by-stage procedure, which included conservative and surgical treatment. Results of the investigation testify, that the usage of stage-by-stage procedure in the treatment of patients with osteomyelitis of jaw bones combined with immunodeficiency states gave possibility to decrease the rate of recurrences and to reduce the number of patients with purulent-inflammatory processes in repeatedly hospitalized to the in-patient department. This gives possibility to use stage-by-stage treatment tactics and to improve the remote results.

Остеомієлітом щелепних кісток в осіб з імунodefіцитними станами вважається хронічний запальний процес, який носить дифузний характер, не маючи чіткої локалізації (як при класичному перебігу), вражає усю кістку і навколишні тканини в дуже короткий термін та характеризується тяжким і атиповим перебігом, що викликає складність у діагностиці і остаточній постановці діагнозу [4,6].

У класичному варіанті остеомієлітом є інфекційно-алергійний, гнійно-некротичний процес, який розвивається в кістці під впливом як зовнішніх (фізичних, хімічних, біологічних), так і внутрішніх (нейрогуморальних, аутоінтоксикаційних) чинників. Хронічний остеомієліт є найбільш тривалою стадією захворювання. Ця фаза є завершенням відторгнення секвестрів з одночасним посиленням регенеративних процесів, що підтверджуються клінічно та рентгенологічно. Спостерігається осередкове або дифузне прояснення кістки, в подальшому з формуванням секвестрів. Секвестрація проходить із розвитком грануляційної тканини (так званий грануляційний вал), який чітко обмежує ділянку некротизованої кістки (секвестр)[2,8].

На відміну від цього, остеомієліт щелепних кісток у осіб з імунodefіцитними станами із самого початку носить хронічний характер на тлі токсичної дії наркотичних препаратів, що викликають дифузний остеонекроз кісткової тканини [9]. Прояви такого процесу починається з попадання до ураженої кістки внутрішньоротової інфекції, яка проникає через лунку видаленого зуба (хронічний альвеоліт) або через патологічну зубояснаву кишеню. Далі процес розвивається за типом гіпоергічної запальної реакції і проявляється млявим клінічним перебігом, тривалим ниючим болем по ходу гілок n.trigeminus, асиметрією обличчя за рахунок запального інфільтрату, багаточисельними норицевими ходами з постійною гноетечею, хронічною інтоксикацією і відсутністю температурної реакції [4]. Локально спостерігалось оголення альвеолярного відростка, а згодом і тіла щелепної кістки, безболісність інфільтратів і зміна в кольорі кісткової тканини від світло-сірого до темно-коричневого кольору, постійний іхорозний запах і рухливість зубів, що залишилися [4,6].

Рентгенологічні зони ураження не збігалися з класичними зонами і типами секвестрації і не мали грануляційного валу, що обмежує секвестр від здорової кістки. Така картина говорить про те, що процес не має чіткої локалізації, дифузно розповсюджується і виходить за межі клінічних і

рентгенологічних зон, що визначає складність у визначенні обсягу хірургічного втручання [3].

Мета дослідження - дослідити та оцінити тактичні підходи у лікуванні хворих з остеомієлітом лицьових кісток на тлі імунodefіциту, викликаного токсичною дією наркотичних препаратів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було досліджено і оцінено тактичні підходи в лікуванні хворих з остеомієлітом щелепних кісток на тлі імунodefіциту у відділенні щелепно-лицьової хірургії Обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова в період з 2002 по 2004 рр. і з 2007 по 2009 рр.

За даними клінічних та статистичних методів досліджень, нами проаналізовано методи та результати лікування 30 хворих з остеомієлітом щелепних кісток на тлі імунodefіциту. Всі хворі були розділені на 2 групи. До першої групи увійшли 13 хворих, що знаходилися на лікуванні в нашій клініці в період з 2002 по 2004 рр., а до другої групи віднесені 17 хворих із періодом спостереження з 2007 по 2009 рр.

Серед хворих першої групи чоловіків було 9 (69,2%), жінок - 4 (30,8%); у другій групі – чоловіків 13 (76,5%), жінок – 4 (23,5%). Середній вік хворих ($M \pm m$) склав ($28,2 \pm 5,8$) та ($29,3 \pm 5,6$) відповідно. Обробку даних проводили за допомогою стандартних статистичних методів [1]. Порівняльна характеристика груп наведена в таблиці.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При госпіталізації всім хворим, що увійшли до групи спостереження, проводився комплекс клінічних досліджень: збір скарг, анамнезу життя і захворювання, стандартні фізикальні дослідження. Детально вивчали локалізацію деструктивних змін кісткової тканини, локалізацію і функціональні особливості норицевих ходів, наявність і поширеність ускладнень. Для цього використовувався рентгенографічний метод.

Усім хворим був зроблений комплекс лабораторних досліджень і моніторингу, що включав: загальний аналіз крові і сечі, кількість тромбоцитів, показники згортувальності крові, нирково-печінковий комплекс, біохімічний аналіз крові, імунограму.

У період спостереження першої групи хворих (2002 – 2004гг.) проводилися операції ощадливої секвестректомії, що включала видалення ділянки некротизованої кісткової тканини в межах її формування. Розширені і травматичні операції в даний період часу не проводилися, оскільки не було розроблено тактичних підходів в оперативному лікуванні хворих із даною патологією.

Загальна характеристика груп дослідження

Показник	Перша група (n=13)		Друга група (n=17)		Всього (n=30)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1. Кількість чоловіків	9	69,2	13	76,5	22	73,3
2. Кількість жінок	4	30,8	4	23,5	8	26,7
3. Вік хворих						
а) до 25 років	5	38,5	6	35,3	11	36,6
б) 25-45 років	8	61,5	11	64,7	19	63,4
4. Середній вік хворих (M±σ)	28,2 ± 5,8		29,3 ± 5,6		28,7	
5. Кількість ліжко-днів	9,4		14,3		12,1	

Поява нових методів діагностики, принципів раціональної антибіотикотерапії, імуностимулюючої терапії змінила тактичні підходи до лікування остеомієліту щелепних кісток в осіб з імунодефіцитними станами, що дало можливість визначити два основні етапи лікування [5,7].

Першим етапом у лікуванні другої групи хворих у період спостереження з 2007 по 2009 рр. було:

1) інфузійно – трансфузійна терапія, спрямована на підвищення життєво важливих показників (дезінтоксикація, підвищення рівня гемоглобіну, показників згортувальності крові);

2) раціональна, направлена антибіотикотерапія;

3) імуноterapia для підвищення загального рівня імунітету

Другим етапом було безпосереднє оперативне втручання, головними принципами якого було:

1) видалення некротизованої ділянки кісткової тканини;

2) часткова резекція щелепних кісток у межах видимо здорових тканин;

3) ізоляція фрагмента кістки, що залишився, від порожнини рота з дренажування рани зовні.

Хірургічне лікування хворих у першій групі спостереження (2002 – 2004гг.) призводило до незадовільних віддалених результатів із розвитком рецидивів в 11 прооперованих хворих, що

склало 84,6%. З 11 (100%) хворих з рецидивами при повторній госпіталізації у стаціонар у 9(81,2%) було діагностовано гнійно-запальні процеси щелепно-лицьової ділянки (флегмони, абсцеси). У другій групі спостереження (2007 - 2009 рр.) поетапне консервативне і хірургічне лікування з 17 прооперованих хворих дало віддалені рецидиви у 10 (58,8%) пацієнтів. Гнійно-запальні процеси щелепно-лицьової ділянки при повторній госпіталізації було діагностовано у 6 хворих з другої групи спостереження, що склало 60,0%

ВИСНОВКИ

1. У переважній кількості обстежених та прооперованих хворих використання етапної техніки лікування остеомієліту щелепних кісток з імунодефіцитними станами дало можливість знизити частоту рецидивів з 84,6% до 58,8%.

2. Зменшилася кількість хворих із гнійно-запальними процесами у повторно госпіталізованих у стаціонар хворих з 81,2% до 60,0%.

3. Сучасні методи діагностики, досягнення фармакології, імунології і лабораторної діагностики дають можливість у більшості хворих на остеомієліт щелепних кісток з імунодефіцитними станами застосовувати поетапну техніку лікування і поліпшити віддалені результати.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных.- К.: Фірма малого друку, 2006.- 508с.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Витебск: Белмедкнига, 1998.- 416с.
3. Маланчук В.О., Бродецкий І.С., Забудська Л.Р. Особливості рентгенологічної картини остеомієліту щелеп у хворих на тлі наркотичної залеж-

ності // Матеріали 1-го Укр. міжнар. з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів України.- К., 2009.- С. 97-99.

4. Маланчук В.О., Копчак А.В., Бродецкий І.С. Клінічні особливості остеомієліту щелеп у хворих з наркотичною залежністю // Укр. мед. часопис.- 2007. –№4.- С. 111 – 113.

5. Оценка иммуномодулирующего действия полиоксидония при лечении больных с остеонекрозами

челюстей/ А.С. Комок, Д.В. Чернов, А.А. Комок и др. // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. "Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія".- К., 2009.- С. 126-127.

6. Скікевич М.Г., Волошина Л.І. Особливості клініки та лікування хворих на хронічний остеомієліт нижньої щелепи на тлі хронічної інтоксикації// Матеріали 1-го Укр. міжнар. з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів України.- К., 2009.- С. 88-90.

7. Сучасний підхід до лікування хворих на одонтогенні гнійно-запальні процеси щелепних кісток на фоні наркоманії / В.П. Пюрик, Л.З. Деркач, М.І. Гопко

та ін. // Збірка тез. ювілейної наук.-практ. конф. "Підсумки та перспективи розвитку стоматології і щелепно-лицевої хірургії".- Харків, 2008.- С. 70.

8. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- К.: 2004.- 1062с.

9. Этиология повреждения зубочелюстной системы у больных, страдающих наркозависимостью/ И.Г. Лесовая, Н.Н. Михайленко, Н.В. Дедух и др.// Збірка тез. ювілейної наук.-практ. конф. "Підсумки та перспективи розвитку стоматології і щелепно-лицевої хірургії".- Харків, 2008.- С. 55-57.



УДК 616.125-008.318:612.171:612.063:613.25

Ю.В. Зінченко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЧЕРЕЗСТРАВОХІДНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯЦІЇ ПРИ ТРІПОТІННІ ПЕРЕДСЕРДЬ І ТИПУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ

Національний науковий центр

«Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України

відділ аритмій серця

(зав. – д.мед.н., проф. О.С. Сичов)

м. Київ

Ключові слова: *тріпотіння передсердь, черезстравохідна електрокардіостимуляція, відновлення ритму, електрофізіологічне ремоделювання, ожиріння*

Key words: *atrial flutter, transesophageal electric cardiac stimulation, heart rhythm restoration, electrophysiological remodeling, obesity*

Резюме. С целью восстановления синусового ритма при трепетании предсердий (ТП) I типа выполнено 246 чреспищеводных электрокардиостимуляций (ЧПЭКС) у 230 больных с ожирением на фоне ИБС (n=152) и миокардиофиброза (n=78). Артериальная гипертензия выявлена у 170 (73,9%) пациентов. Анамнез аритмии составлял в среднем 3,8 года, продолжительность существующего эпизода в среднем 39,4±4 сут. В зависимости от степени ожирения, все больные были разделены на три группы: в 1-й (n=142) – I степени (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30-35 кг/м²), во 2-й (n=49) – II степени (ИМТ ≥ 35-40 кг/м²) и в 3-й (n=39) – III степени (ИМТ ≥ 40 кг/м²). По результатам проведенного исследования ЧПЭКС является высокоэффективным методом кардиоверсии при ТП I типа, позволяющим восстановить синусовый ритм у 87-90% больных, независимо от степени ожирения. По данным эхокардиографии, в зависимости от степени ожирения, выявлено достоверное увеличение толщины стенок левого желудочка, а также массы миокарда и его индекса. В группе больных с ожирением III степени достоверно чаще встречались ИБС, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность IIА стадии, сахарный диабет.

Summary. We performed 246 transesophageal electric cardiac stimulation (TEECS) procedures in order to restore sinus rhythm in atrial flutter (AF) type I in 230 patients with obesity and IHD (n=152) and myocardial fibrosis (n=78). Arterial hypertension was present in 170 (73,9%) patients. Arrhythmia anamnesis constituted 3,8 years on average, presence of arrhythmic episode was 39,4±4 days on average. According to the obesity degree, all patients were divided into three groups: in the 1-st group (n=142) – class I obesity (body mass index (BMI) ≥ 30-35 kg/m²), in the 2-nd (n=49) – class II obesity (BMI ≥ 35-40 kg/m²) and in 3-rd (n=39) – class III obesity (BMI ≥ 40 kg/m²). Results of our study showed, that TEECS may be considered as a