

ВИСНОВКИ

1. Ранній період туберкульозної інфекції у дітей характеризується психоемоційною нестабільністю, соматовегетативними функціональними порушеннями. Повноцінне профілактичне лікування зменшує лише прояви вегетативної дисфункції.
2. На фоні активного туберкульозного процесу у дітей розвиваються психоемоційні пору-

шення, що належать до неспсихотичного реєстру і в цілому характеризуються поліморфною астеноподібною картиною (астенічний синдром, астенодепресивний синдром, гіперстенічний варіант астенічного синдрому). Після основного курсу лікування прояви астенії значно слабшають, а ознаки психоемоційної нестабільності зберігаються в $\frac{3}{4}$ випадків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бююль А., Цёфель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / Пер. с нем. – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2001. – 608с.
2. Глазунова С. Н. Возрастные особенности морфофункционального развития и психоэмоционального состояния тубинфицированных детей и подростков: автореф. дис. ... канд. биол. наук: спец. 03.00.13 «Физиология» / Светлана Николаевна Глазунова. – Тюмень, 2007. – 26с.
3. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии / Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.В. и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №4. – С.31-37.
4. Исаева Н.Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: дис. канд. мед. наук: 21.08.01 / Наталья Юрьевна Исаева. – СПб., 2001. – 150с.
5. Мельник В.М., Валецкий Ю.Н., Липко Л.С. Эволюция психоневрологических расстройств у незф-
- фективно леченных больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – №9. – С.28-30.
6. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушение психики ребенка – М.: АСТ; СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 511с.
7. Психосоматическая характеристика больных туберкулезом легких / Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В., Столбун Ю.В., Сельцовский П.П. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – №10. – С.47-51.
8. Sommerz-Флаган Д., Sommerz-Флаган Р. Клиническое интервьюирование. – 3-е изд. / Пер. с англ. – М.: Изд. дом «Вильямс», 2006. – 672 с.
9. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю.Циркина. – СПб.: Питер, 2001. – 752с.
10. Цоцонава Ж.М., Стрельцова Е.Н., Бесчастнова М.А. Психовегетативные нарушения у подростков, больных туберкулезом легких // X конф. нейроиммунологии: Сб. тез. докл. – СПб., 2001. – С.281.



УДК 616.716-002.36:616-001.1-002.3-089.48

О.Є. Малевич,
М.В. Шарипов

ПРОМИВАЮЧИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ЛІКУВАННІ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

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

Ключові слова: флегмона
щелепно-лицьової локалізації,
гнійна рана, дренажування, промивний
пристрій

Key words: phlegmon of
maxillofacial localization, purulent
wound, draining, equipment for
irrigation

Резюме. Предлагаем новое устройство для перманентного промывания гнойных ран после вскрытия флегмон челюстно-лицевой локализации, которое может обеспечить поступление в рану промывающего раствора с различной объемной скоростью на протяжении нескольких суток. В работе представлены результаты изучения возможностей различных устройств, применяемых в клинической практике для перфузии растворов, дана их сравнительная характеристика. Создан фантом, имитирующий рану после вскрытия флегмоны челюстно-лицевой локализации, для экспериментального изучения работы промывающего дренажа.

Summary. *We propose the new equipment for the permanent irrigation of purulent wounds after dissection of phlegmons of maxillofacial localization, which may provide inflow of irrigation solution with different volume rate into the wound during a few days. The results of study of possibilities of different equipments, applied in clinical practice for perfusion of solutions are presented, their comparative description is given. A phantom imitating a wound after dissection of phlegmon of maxillofacial localization, to the experimental study of work of irrigation drainage is created.*

В останні роки багато клініцистів відзначають погіршення перебігу запальних процесів у щелепно-лицьовій ділянці [1,2,5]. При розтині флегмон такої локалізації успіх лікування багато в чому залежить від того, наскільки ефективно в найближчому післяопераційному періоді відбувається видалення гнію і раневого детриту. У зв'язку з цим розробка нових дренажних методик може мати велике практичне значення [4,5,6]. Після розтину флегмон щелепно-лицьової локалізації для підтримки процесу очищення гнійної рани в даний час у клінічній практиці використовують введення в рану дренажу і зовнішню ватно-марлеву пов'язку, змочену гіпертонічним розчином натрію хлориду. Як дренажі застосовують смужки гуми з рукавичок, які перешкоджають злипанню країв рани і сприяють її очищенню за рахунок підтримки негативного осмотичного тиску між пов'язкою і ранною. Гіпертонічний розчин у пов'язці швидко підсихає, і така пов'язка перешкоджає очищенню гнійної рани. Щоб уникнути цього, рекомендують періодично змочувати пов'язку розчином або часто її міняти [2,3,5,6].

Для інтенсифікації процесу очищення гнійних ран як дренаж пропонують вводити пластикові трубки, які більше перешкоджають злипанню країв рани і дозволяють періодично за допомогою шприца проводити інтенсивне промивання рани [2,4,5]. Іноді застосовують подвійний

трубчастий дренаж [6], при якому через одну трубку вводять промиваючий розчин, а через іншу його відсмоктують.

Метою нашого дослідження було оптимізувати процес очищення гнійних ран у гострому післяопераційному періоді шляхом розробки нової конструкції дренажу, що дозволяє проводити перманентне промивання рани протягом декількох діб.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У роботі представлені результати вивчення можливостей різних пристроїв, які застосовують у клінічній практиці для перфузії розчинів. Нами створений фантом, що імітує рану після розтину флегмони щелепно-лицьової локалізації, для експериментального вивчення роботи промиваючого дренажу, розробленого нами. Відібрані елементи одноразового використання, які застосовують для внутрішньосудинних інфузій, і проведена оцінка їх відповідності вимогам промивання гнійних ран після розтину флегмон у щелепно-лицьовій хірургічній практиці.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для створення промиваючого дренажу нами були вивчені можливості різних інфузоматів, які вживають в анестезіологічній практиці для інфузії розчинів у судини. Зразки таких пристроїв наведені на рис. 1.

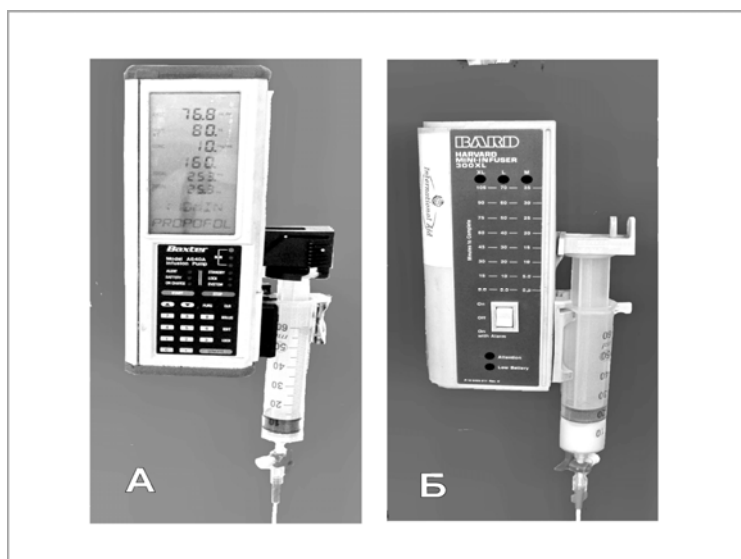


Рис. 1. Інфузомати: А – фірма BAXTER, фірма BARD HARVARD

Інфузомати, які використовують в анестезіологічній практиці, мають ряд недоліків. Вони залежать від електромережі, тим самим обмежуючи пересування хворого, працюють від акумуляторної батареї незначний проміжок часу, мають незначну ємність і є дорогим устаткуванням.

Інфузори були запропоновані для внутріш-

ньосудинних інфузій і перфузій розчинів, вони мають різну ємність і об'ємну швидкість подачі розчину в судину (рис. 2). Подача розчину відбувається за рахунок скорочення оболонки балона з об'ємною швидкістю від 3 до 50 мл/год. (регулює діаметр випускного капіляра), залежно від вибраної моделі.



Рис. 2. Інфузори фірми BAXTER для введення розчинів в судини

Інфузор складається з пластмасового прозорого корпусу (рис. 3-1), до кришки якого прикріплений латексний еластичний балон (рис. 3-2). Усередині балона знаходиться фільтр (рис. 3-

3), навколишній капіляр (рис. 3-4), що калібрується, сполучений із зворотним клапаном (рис. 3-5) і гніздом для шприца (рис. 3-6).

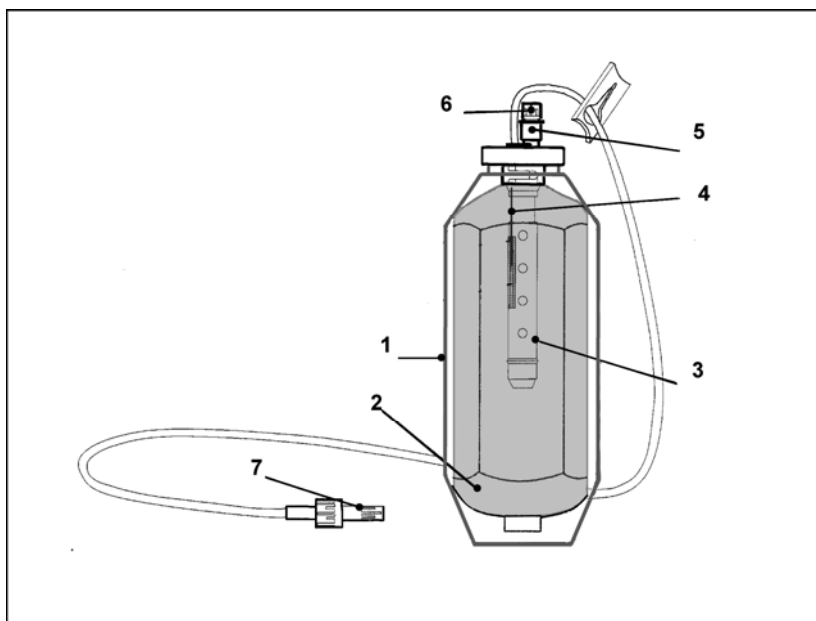


Рис. 3. Схематична структура інфузора

Перед використанням інфузора латексний балон заповнюють промиваючим розчином (рис. 4, рис.5 та рис. 6), об'єм балона 300 мл. Розчин, що

вводиться, розтягує балон, і в подальшому при скороченні оболонки балона розчин поступає через капіляр у систему катетера (рис. 3-7).

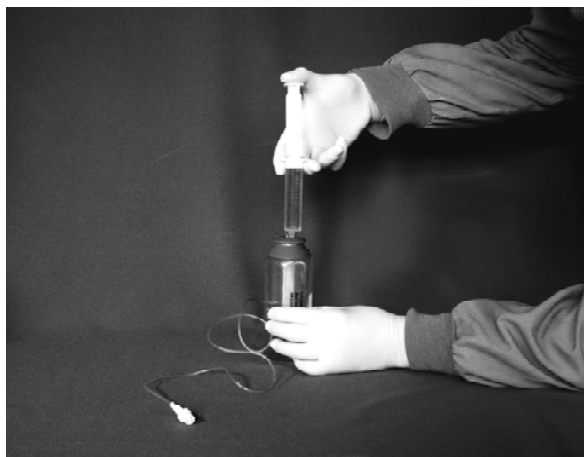


Рис. 4. Заповнення інфузора розчином за допомогою шприца

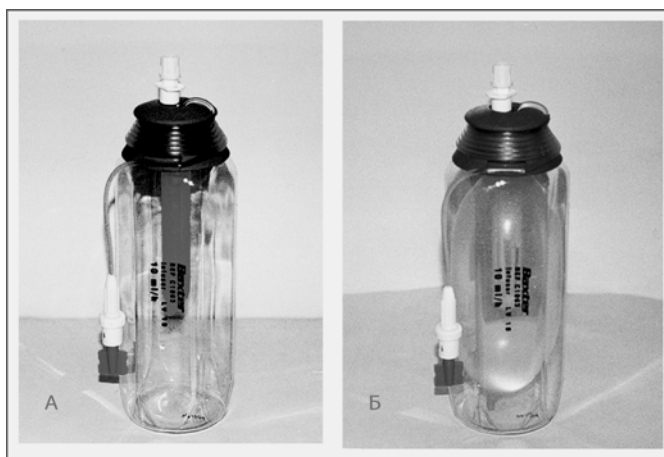


Рис. 5. Інфузорів: А- порожній і Б – наповнений

Промиваючий розчин в інфузорі можна періодично поповнювати, не перериваючи процесу інфузії. Для пристрою перманентного проми-

вання гнійних ран, що ми пропонуємо, були вибрані компоненти для інфузійної терапії фірми B.BRAUN (Швейцарія) (табл.).

Вироби фірми B.BRAUN (Швейцарія) для внутрішньосудинних введень розчинів (сертифіковані МЗ України)

	Название изделия	фирма изготовитель	маркировка изделия
	Кран трехходовой	B. BRAUN Mtdikal inc. Switzerland	Discofix 3-Way L-500
	Катетер венозный подключичный	B. BRAUN Melsungen AG	ISO 11140
	Гейдельбергский удлинитель	B. BRAUN Melsungen AG	Heidelberger Extension tubing

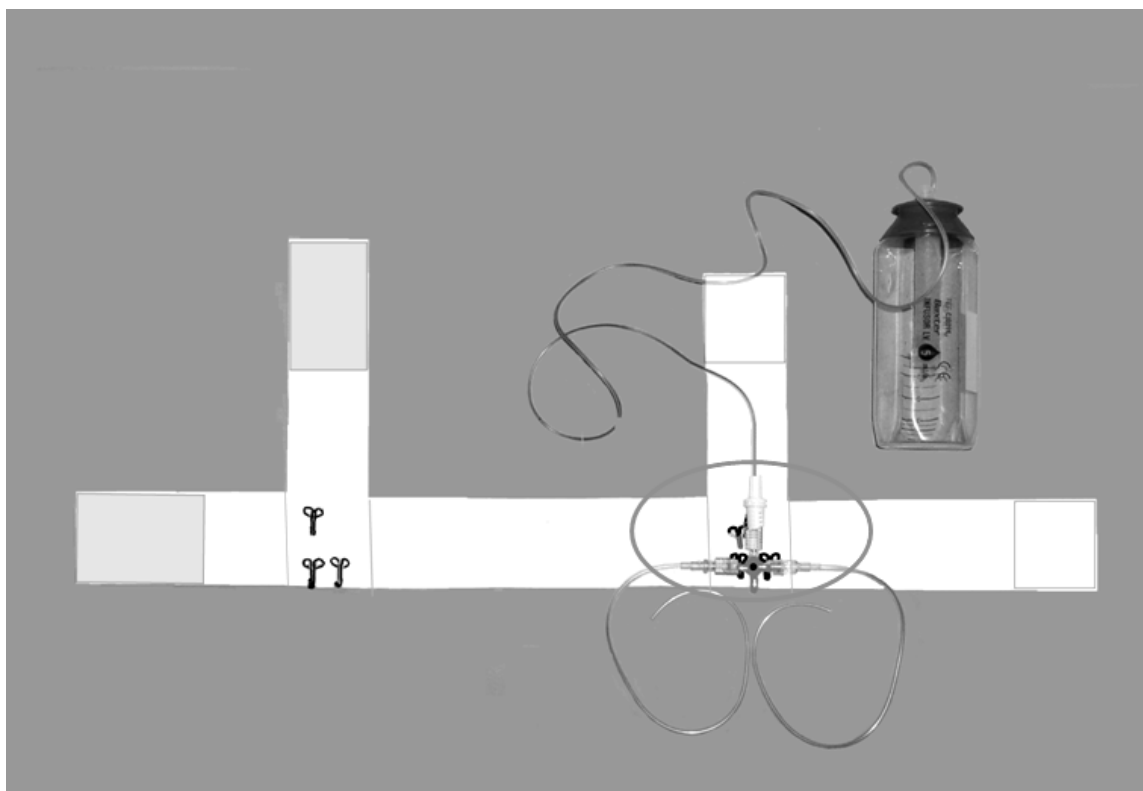


Рис. 6. Промиваюча система в зібраному вигляді, яка закріплена на еластичних лямках (кружком виділений блок управління системою у вигляді триходового крана)

Далі демонструємо промиваючу систему в зібраному вигляді (рис.6). До верхнього входу крана, як показано на рис. 7, приєднаний інфузор, до нижніх виходів – трубчасті катетери-дренажі. Перемикання крана дозволяє проводити

промивку через два дренажі (А) або роздільно через один із них (Б, В).

Промиваючий дренаж у зібраному вигляді закріплювали на фантомі за допомогою еластичних лямок (рис.8).



Рис.7. Схема переключення триходового крана; А- при промиванні через два дренажі, Б- при промиванні через лівий дренаж, В – при промиванні через правий дренаж

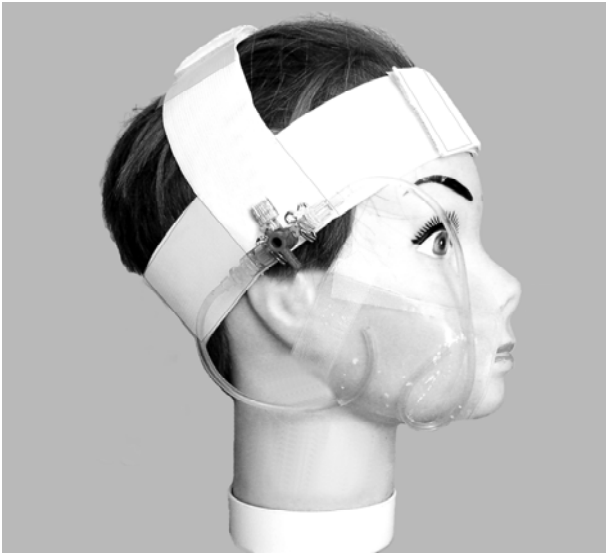


Рис. 8. Промиваючий дренаж, закріплений на фантомі



Рис. 9. Дренажі, що введені в імітатор рани

У процесі експериментального вивчення дії промиваючої системи використовували фантом, на якому закріплювали пластиковий пакет, що імітує рану (рис. 9). Промиваючу систему в зібраному вигляді закріплювали на фантомі за

допомогою еластичних лямок (рис.10). Для збору розчину, що витікає з рани, пропонуємо застосовувати адсорбуючу пов'язку, яку фіксують поверх рани з дренажами (рис. 11).



Рис. 10. Промиваюча система в робочому стані



Рис. 11. Накладення поглинаючої пов'язки на рану і дренажі

ПІДСУМОК

Розроблена нами система перманентного промивання гнійних ран після розтину флегмон щелепно-лицьової локалізації може забезпечити надходження в рану промиваючого розчину з різною об'ємною швидкістю протягом декількох діб. Великою перевагою інфузорів є те, що вони можуть подавати розчин у будь-якому своєму положенні, і те, що в них відсутні механічні і

електричні компоненти, а також система має невелику вагу і не обмежує пересування пацієнта. Система може кріпитися за допомогою лямок у будь-якому місці, що забезпечує зручність її використання при перманентному промиванні гнійних ран після розтину флегмон челюстно-лицьової ділянки різної локалізації. Використання адсорбуючих прокладок, що зби-

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 секвестрэктомии, 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.