

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ



# ІЗ'ІЗД

## ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЮПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

15-16 ТРАВНЯ 2009

КИЇВ







розбалансування жувального апарату і перевантаження СНЩС на здоровому боці.

**Висновки.** 1. При неправильно зрощених переломах нижньої щелепи в ділянці виросткового відростку розподіл напружень в нижній щелепі зазнає якісних і кількісних змін.

2. Величина еквівалентних напружень за Мізесом при зміщеннях від 1 до 5 мм зростає головним чином на ділянці перелому (в 1,7-2,7 рази) і в зоні шийки суглобового паростку (на 28-92%). При зміщенні кісткових уламків на 3 мм і більше в ділянці кісткового регенерату можуть виникати зони, де напруження перевищує граничнодопустимі значення.

3. Зміни напружено-деформованого стану нижньої щелепи є одним з механізмів, що призводить до зміни жувального стереотипу і виникнення дисфункціональних станів м'язово-суглобового апарату у пацієнтів з неправильно зрощеними переломами нижньої щелепи.

## **ЗНЕШКОДЖЕННЯ ГІПЕРТЕРМІЧНОГО ТРАВМУЮЧОГО ФАКТОРУ ПРИ ОПІКАХ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

*Нагайчук В.В.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії  
Вінницький національний медичний університет (Вінниця, Україна)*

Ефективність лікування опіків обличчя та шиї перш за все залежить від адекватності надання першої допомоги потерпілим від термічної травми. Якість надання першої допомоги при опіках обличчя та шиї має прямий вплив на естетичні та функціональні результати лікування цих хворих в майбутньому. На сьогоднішній день на цьому етапі надання допомоги рекомендується швидке охолодження опікових ран (Парамонов Б.А., 2000 та ін.) Але існує багато невирішених питань щодо термінів здійснення охолодження, його тривалості, засобів та інтенсивності.

**Мета дослідження:** поліпшення ефективності надання першої допомоги хворим з опіками голови та шиї.





**Задачі дослідження:** визначення термінів та розробка техніки знешкодження гіпертермічного травмуючого фактору на основі клінічних спостережень.

### **Методи та матеріали.**

Методика включала в себе знешкодження екзогенного та ендогенного травмуючого факторів. Проводили охолодження звичайною водою (водогінною, криничною) зразу після травми аплікаційним методом. Холодна вода досить швидко забирає на себе тепло, про що свідчить миттєве нагрівання змочених аплікаційних тканин, накладених на опікову поверхню безпосередньо після травми. Змочені водою аплікаційні тканини щільно облягають опікові рани, що дуже важливо в ділянці обличчя, де яскраво виражена рельєфність шкірної поверхні. Вода по температурних параметрах є оптимальною, є в кожній будівлі в необхідній кількості, не потребує спеціальної підготовки (наприклад: охолодження, стерилізації), що надзвичайно важливо, так як допомогу необхідно надавати негайно.

Дана методика надання першої допомоги застосована у 36 хворих з опіками голови та шиї різного ступеню важкості. Охолоджуючи опікову поверхню на протязі 30 хвилин, що є широко розповсюдженим методом, було виявлено, що відмічається знешкодження лише екзогенного чинника травмуючої гіпертермії. Тому продовжували охолоджувати опікову поверхню до тих пір, поки нагрівалась змочена водою аплікаційна тканина, негайно змінюючи її при нагріванні. По наших спостереженнях це займає до 3-6 годин, якщо охолодження розпочатє з перших хвилин після травми. На користь тривалого охолодження водою аплікаційним методом є і той факт, що ця процедура має виражені анагетичні властивості, що підтверджують результати спостереження за хворими.

Наряду з охолодженням опікової поверхні для знешкодження ендогенного компоненту травмуючої гіпертермії якнайшвидше розпочинали проведення інфузійної терапії розчинами кімнатної температури. Це пов'язано з підвищенням захисних властивостей крові знешкоджувати гіпертермію, профілактикою термічного ушкодження ендотелію судин, формених елементів та плазми, що профілактує перехід зони паранекрозу в некроз.

Через 5-6 годин охолодження опікових ран болі у хворого припинялися, або переставали наростати, а змочені водою аплікаційні тканини переставали нагріватись на ранах.





Результативність даного методу на нашу думку пов'язаний з тим, що в момент травми під впливом травмуючого агенту формується первинний некроз. В організмі запускаються механізми запального процесу та формування ендogenous тепла, що є причиною поглиблення опіку та формування вторинного некрозу. Саме в зоні паранекрозу наростає температура до  $+80^{\circ}\text{C}$  та вирішується питання остаточної глибини ураження тканин. Екзогенні (охладжуюча дія повітря) та ендogenous (охладжуюча дія циркулюючої крові та лімфи) захисні механізми перестають самостійно справлятися з гіпертермією, яка зберігається до 24-36 годин. Тому, на нашу думку, необхідно проводити швидко нейтралізацію травмуючої дії як екзогенного так і ендogenous чинників гіпертермічного фактору. Особливо це важливо в ділянці голови та шиї, де поглиблення опіку призводить до непоправних наслідків.

Висновки:

- в ділянці голови та шиї знешкодити дію ендogenous та екзогенного компонентів гіпертермічного травмуючого фактору необхідно негайно, водогінною чи криничною водою, аплікаційним методом на протязі 3-6 годин з моменту травми;

- одночасно з охолодженням опікової поверхні необхідно якнайшвидше розпочати проведення інфузійної терапії розчинами кімнатної температури;

- правильно виконане знешкодження гіпертермічного травмуючого фактору має виражений знеболюючий ефект, попереджає поглиблення ран та забезпечує кращі естетичні та функціональні результати лікування.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ СЕДАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З РАНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

*Поліщук С.С.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (Вінниця, Україна)*

Травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки займають провідне місце в структурі загального травматизму. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці та лікуванні травм обличчя та шиї, проблема травматизму