

В розвитку запальних захворювань порожнини рота важливу роль відіграють захворювання ендокринної системи, насамперед мова може йти про цукровий діабет. Вплив вказаної патології на характер перебігу запальних захворювань зумовлений порушенням всіх видів обмінних процесів: вуглеводного, білкового, жирового, водно-сольового, а також зниженням імунітету організму. На амбулаторному стоматологічному прийомі найчастішим ускладненням операції видалення зуба у хворих на цукровий діабет є альвеоліт.

Метою нашого дослідження стало вивчення вірогідних причин, що сприяють виникненню альвеоліту у хворих на цукровий діабет 2 типу.

Проведений нами ретроспективний аналіз 2536 амбулаторних карт хворих на цукровий діабет, що звернулися з метою санації порожнини рота у Полтавську клінічну стоматологічну поліклініку виявив, що операція видалення зуба ускладнилась альвеолітом у 246 хворих, що склало 9,7 %. Найчастіше виникав гострий гнійний альвеоліт – у 231 хворого (93,9 %). Так, при складному видаленні зуба з приводу періодонтиту альвеоліт виник у 151 хворого (61,38 %), при типовому видаленні зуба з приводу періодонтиту – у 68 (27,64 %), а з приводу пародонтиту – у 27 чоловік (10,98 %). Було відмічено, що частіше альвеоліт виникав на нижній щелепі – у 168 хворих (68,29 %), рідше – на верхній – у 78 пацієнтів (31,71 %). Стосовно групової належності, то на нижній щелепі частіше виникав альвеоліт при видаленні першого та другого молярів, відповідно у 49 (29,17 %) та 43 (25,59 %) хворих, рідше – при видаленні нижнього зуба мудрості – у 37 (22,02 %) хворих, другого та першого премоларів – у 32 (19,05 %) та 7 (4,17 %) пацієнтів відповідно. На верхній щелепі при видаленні другого молару – у 27 (34,61 %) хворих, першого молару – у 24 (30,77 %), другого та першого премоларів у 16 (20,51 %) та 8 (10,26 %) відповідно і третього молару – у 3 (3,85 %) хворих.

Отже, найчастішими причинами виникнення альвеоліту у хворих на цукровий діабет є складне видалення зубів з приводу періодонтиту на нижній щелепі, а стосовно групової належності – то альвеоліт розвивав-

ся після видалення молярів, як на верхній, так і нижній щелепах.

—◆◆◆—

В. В. Нагайчук, С. М. Шувалов

Вінницький національний медичний університет

РАННЯ НЕКРЕКТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Лікування хворих з опіками в плані естетичних результатів залишається складною проблемою сучасної хірургії. При поверхневих опіках обличчя та шиї є підвищений нахил до утворення гіпертрофічних рубців (Гуруков Ш. Р., 2005). Тривалість та складність лікування опіків даної локалізації не завжди призводять до задовільних результатів, примушують шукати нові підходи до лікування цієї групи хворих (Короткова Н. Л., Чернишов С. Н., 2005).

В основі відомого методу лікування лежить самостійне відторгнення некрозу, тривале очищення ран та їх самостійна епітелізація. Разом з тим, чим раніше відновлюється шкірний покрив, тим менше умов для формування і росту грануляцій та утворення на їх основі грубих деформуючих рубців.

Метою нашого дослідження є покращення естетичних та функціональних результатів лікування потерпілих з дермальними опіками голови та шиї шляхом впровадження методики ранньої некректомії.

Задачі роботи:

- розробити методику ранньої некректомії ділянок голови та шиї з урахуванням різної товщини та рельєфності шкіри;
- визначити оптимальні терміни оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї;
- вивчити вплив раннього оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї на естетичні та функціональні результати.

Нами розроблена слідуюча тактика лікування. На 2-3 добу після травми проводимо видалення некротичного струпу тангенціальним методом до кров'яної роси. В якості

інструменту вважаємо доцільним використувати хірургічний скальпель. Некротичні маси видаляємо швидкими, але обережними дотичними рухами пошарово. Проводимо гемостаз. Післяопераційні рани закриваємо ксенодермотрансплантатами.

Рання некректомія проведена 49 пацієнтам з дермальними опіками голови та шиї. В процесі лікування велось клінічне спостереження та загальноприйняте лабораторне обстеження. Результати лікування були піддані порівняльному аналізу.

Використання запропонованої нами методики ранньої некректомії дало можливість застосовувати раннє оперативне лікування дермальних опіків в ділянці голови та шиї, значно поліпшити загальний стан хворих, прискорити епітелізацію дермальних опіків на 6-7 днів, поліпшити естетичні та функціональні результати лікування хворих з дермальними опіками голови та шиї.



**Р. З. Огоновський, М. С. Регеда,
І. М. Гарабаджі, І. В. Струбицький**

Львівський національний медичний університет

**ЛІКУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ
ОСТЕОМІЄЛІТІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ
НОВИМ АНТИСЕПТИЧНИМ ЗАСОБОМ –
КОМПОЗИЦІЙНОЮ СУМІШСЮ
γ-КРОТОНОЛАКТОНУ ТА ZN-КАРНОЗИНУ**

Відомі фармакологічні засоби, які застосовують для оптимізації процесів регенерації інфікованих ран, зокрема 0,5 % розчин перекису водню, 0,5 % перманганату калію, та 0,02 % розчин хлоргексидину біглюконату, який вибраний прототипом наших досліджень. Проте ці препарати є токсичними, можуть акумулюватися в організмі, мають слабо виражені антисептичну дію та не характеризуються протинабряковою, некротичною та регенеративною властивостями.

Нами було поставлене завдання створити хімічну композиційну суміш з низькою токсичністю та здатністю не акумулюватися в організмі з достатніми антисептичними властивостями.

Розроблено суміш, що є принципово новою біологічно-активною хімічною композицією, в основі якої лежать речовини природного походження, які мають низьку токсичність, високий рівень біотрансформації, не акумулюються в організмі, при цьому володіють широким спектром фармакологічної активності

Композиція окрім антисептичних володіє ще й регенеративними властивостями та може бути використана в якості фармакологічного засобу зовнішнього застосування для оптимізації процесів регенерації інфікованих ран сполучних тканин з вираженою антисептичною дією.

Запроповану композиційну суміш отримують шляхом водного розчину похідних γ-котонолактону, хелатних комплексів корнозина з двохвалентними металами і суміш карбонових кислот в діапазоні концентрації (%) 0,40-0,50÷0,002-0,02÷0,015-0,14 — 0,80-1,00÷0,004-0,04÷0,03-0,28, відповідно.

Протизапальні властивості композиції вивчали у двох серіях дослідів на лабораторних тваринах (18 безпородних кролях) на моделі експериментального остеомієліту, викликаного на наскрізних дірчастих дефектах в ділянці кута нижньої щелепи, оброблених 50 % CaCl₂ та інфікованих культурою золотистого стафілококу. Рану обробляли шляхом діалізу рани 2 % розчином композиційної суміші.

Для контрольної серії дослідів аналогічним способом рану обробляли препаратом, який вибраний за прототип – розчином "Хлоргексидину" в концентрації 0,05 % розведення 1:50 (0,02 %) один раз на добу до отримання чистих промивних виділень.

За результати досліджень виявлено, що припинення інтенсивних гнійних виділень, а також початок епітелізації раневої поверхні з використанням препарату-прототипу проходить на 10-15 і 20-25 доби відповідно, а з використанням запропонованої композиційної суміші у всіх наведених прикладах починається на 3-4 і 10-13 доби відповідно.

Гістологічно підтверджено відновлення кісткової тканини у дослідній серії. При спостереженні впродовж 3-х місяців рецидиву запального процесу у дослідній групі не виявлено.

Запропонована композиція має ряд суттєвих переваг, зокрема є мало токсичною, має високий рівень біотрансформації, не