

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ДЭНС

Игнатович А.П., Походенько-Чудакова И.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Актуальность. Вопросы профилактики воспалительных осложнений в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии занимают одно из центральных мест, что определяет необходимость разработки внедрения в клиническую практику новых способов и средств.

Цель работы – на основании клиничко-лабораторных данных обосновать эффективность и целесообразность применения способа профилактики воспалительных осложнений с помощью ДЭНС при инвазивных вмешательствах в полости рта.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 190 пациентов с хирургическими вмешательствами в полости рта (удаление зубов и резекция верхушки корня с цистэктомией), проходивших амбулаторное хирургическое лечение на клинических базах кафедры хирургической стоматологии УО «БГМУ». Группа 1 состояла из 57 человек, получавших стандартный комплекс лечебно-профилактических мероприятий (полоскание 50 мл водного 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата). Группа 2 – включала 61 пациента, которым с профилактической целью применялось лекарственное средство «Септолете Д» 1 таблетка. В группе 3, включавшей 42 человека, профилактика включала использование препарата «Септолете Д» 1 таблетка и ДЭНС-терапии по новому предложенному способу. Группа 4 насчитывала 30 человек, которым профилактику осуществляли только при помощи ДЭНС. Воздействие проводили по предложенному нами методу [3]. Стандартный лечебно-профилактический комплекс в послеоперационном периоде включал: антибактериальную терапию, обезболивающие и антигистаминные средства, рекомендации по гигиене полости рта в послеоперационном периоде, ежедневные перевязки, снятие швов на 7 сутки после оперативного вмешательства.

О степени эффективности предоперационной антисептической обработки полости рта делали заключение на основании теста количественной оценки боли и теста купирования послеоперационного отека мягких тканей [1]. Учитывали частоту развития гнойно-воспалительных осложнений. Проводили определение показателя микрокристаллизации РЖ [2]. Полученные данные подвергали статистической обработке.

Результаты и обсуждение. Полученные данные свидетельствовали о купировании боли в течение первых суток после операции в группах 3 и 4 ($1,2 \pm 0,11$ и $1,3 \pm 0,12$, соответственно). При этом достоверных результатов значений выявлено не было. Результаты групп 1 и 2 указывали на купирование послеоперационной боли на 2 сутки после операции. При этом данные теста количественной оценки боли в подгруппах 1 и 2 равнялись $1,9 \pm 0,12$ и $1,8 \pm 0,2$, соответственно, что демонстрировало достоверные различия ($p < 0,02$), а в подгруппах 3 и 4 констатировало тенденцию к достоверному различию при значениях $1,4 \pm 0,1$ и $1,5 \pm 0,1$, соответственно.

Отек мягких тканей в зоне послеоперационной раны в группах 3 и 4 уменьшался на 2 сутки $1,8 \pm 0,1$

и $1,5 \pm 0,13$, соответственно, что достоверно отличалось как от исходных значений ($p < 0,01$), так и при сравнении в соответствующих подгруппах ($p < 0,05$).

К 5 суткам отек был купирован полностью у 48 пациентов (81%) группы 3 и 55 пациентов (90%) группы 4. Показатели подгрупп 1, 2 и 3 свидетельствовали о присутствии значительного отека на 2 сутки. Результаты теста в группах 2 и 3 были $2,1 \pm 0,11$ и $1,8 \pm 0,1$, соответственно, что при сравнении демонстрировало достоверное различие ($p < 0,05$). Показатели группы 1 ($2,4 \pm 0,2$) и 4 ($1,8 \pm 0,12$) также были отличны ($p < 0,01$) и демонстрировали преимущество третьей группы. Аналогичными были данные сопоставления результатов групп 1 и 2 с группой 4. Во всех группах отек уменьшался к 5 суткам и показатели характеризующего его теста составили: в группах 1 ($1,7 \pm 0,13$) и 2 ($1,8 \pm 0,1$), что не выявило значимых различий в группах 4 ($1,4 \pm 0,11$) и 3 ($1,3 \pm 0,14$), что указало на достоверные различия при сопоставлении в параграфах групп 1–4 и 2–3 ($p < 0,01$). На 7 сутки констатировалось отсутствие достоверных различий теста характеризующего отек мягких тканей в сравниваемых подгруппах 1 и 4, а также 2 и 3.

Однако гиперемия и отек в области послеоперационных швов были констатированы у 5 человек (8,8%) группы 1, у 8 человек (13%) группы 2, у 1 человека (3,3%) группы 4. В группе 3 отек и гиперемия отсутствовали. Частота развития гнойно-воспалительных осложнений в наблюдаемых группах составила 2,6%, 3,2%, 0% и 0,5%, соответственно.

Показатель микрокристаллизации РЖ общей группы обследованных лиц, принятый за эталон составил 1,5 (1,4–1,8). На 3 сутки показатель в группе 1 равнялся 2,8 (2,6–2,93), в группе 2 – 2,3 (2,1–2,5), в группе 3 – 1,9 (1,6–1,9), в группе 4 – 2,0 (1,9–2,4), что достоверно отличалось от данных эталона ($p < 0,05$). При сопоставлении показателей групп в указанный срок наблюдения между собой были выявлены достоверные отличия значений в группах 2, 3 и 4 по сравнению с данными группы 1 ($p = 0$); показатели групп 3 и 4 по отношению к группе 2 ($p = 0$). На 7 сутки после операции показатель микрокристаллизации РЖ в группе 1 составил 2,2 (1,9–2,5), в группе 2 – 1,6 (1,5–1,9), в группе 3 – 1,5 (1,3–1,7), в группе 4 – 1,7 (1,5–2,1). Результаты групп 1, 2 и 4 продолжали сохранять достоверное отличие с эталоном ($p < 0,05$). Данные группы 3 значимых отличий от показателя нормы не демонстрировал ($p < 0,05$) и соответствовали эталону. Сравнение результатов в пределах рассматриваемого срока наблюдения указывало на достоверное различие данных групп 2, 3 и 4 по отношению к значениям группы 1 ($p = 0$); показателя группы 2 по отношению к данным группы 3 ($p = 0,02$); показателя группы 4 по отношению к значениям группы 3 ($p = 0$).

Выводы. Изложенное убеждает в необходимости более широкого использования в составе мероприятий профилактики воспалительных осложнений при инвазивных вмешательствах в полости рта.

ДЭНС независимо и в комплексе с лекарственными средствами.

Литература

1. Походенько-Чудакова, И.О. Профилактика, лечение и реабилитация стоматологических заболеваний с использованием методов рефлексотерапии (клинико-лабораторное и экспериментальное исследование) : автореф. ... дис. д-ра мед. наук : 14.00.21 / И.О. Походенько-Чудакова ; ГОУ Ин-т повышения квалификации федерального мед.-биол. агентства России. – М., 2005. – 44 с.
2. Способ оценки эффективности проведен-

ного лечебного мероприятия при гнойно-воспалительном заболевании челюстно-лицевой области : № 14565 Респ. Беларусь / И.О. Походенько-Чудакова, Ю.М. Казакова, Н.Д. Походенько ; заявитель : УО Белорус. гос. мед. ун-т. – № а 20090082 ; заявл. 23.01.2009 ; опубл. 23.03.2011 // Афіцыйны бюл. Вынаходства, карысныя мадэлі, прамысловыя ўзоры. – 2011. – № 3 (80). – С. 137.

3. Способ профилактики воспалительных осложнений при операциях в полости рта с использованием ДиаДЭНС / И.О. Походенько-Чудакова, А.П. Игнатович // Рац. предложение. – 2014. – № 5. – 04.01.2014. – 4 с.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

*Кабанова С.А., Чернина Т.Н., Кабанова А.А., Олевский М.В., Стельмаченок С.С., Масюк Н.Ю.
УО «Витебский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Под «врожденным пороком развития» понимают стойкие морфологические изменения органа или тканей организма, выходящие за пределы вариации их строения, которые сопровождаются функциональными нарушениями. Расщелины верхней губы и неба (ВРГН) в структуре врожденных аномалий по частоте занимают второе место и относятся к наиболее тяжелым порокам развития лица и челюстей, приводящим к значительным анатомическим и функциональным нарушениям. Тенденции к снижению количества таких детей не наблюдается, поскольку экологические, экономические, социальные и другие условия, влияющие на здоровье родителей и их детей, неуклонно ухудшаются.

Врожденные расщелины верхней губы и неба делятся: явные и скрытые; полные и неполные; изолированные, сквозные и комбинированные; одно- и двусторонние; односторонние – право- и левосторонние; двусторонние – симметричные и асимметричные.

При всех расщелинах верхней губы имеются общие для всех видов анатомические нарушения, выраженные в большей или меньшей степени. К ним относятся: расщепление тканей верхней губы, укорочение срединного фрагмента верхней губы, деформация кожно-хрящевого отдела носа. Общие для всех видов расщелин неба анатомические нарушения: расщепление тканей неба, укорочение мягкого неба, расширение среднего отдела глотки [1].

В реабилитации детей с ВРГН участвуют педиатры, стоматологи, челюстно-лицевые хирурги, ЛОР-врачи, логопеды, психологи и др. Часто таким пациентам требуется выполнить несколько хирургических операций для получения хорошего функционального и эстетического результата. Начальным этапом является первичная хейлопластика и

литационных мероприятий путем совместной работы специалистов различного профиля.

Цель – совершенствование оказания медицинской помощи детям с ВРГН в Витебской области.

Материал и методы. Разработаны и предложены для заполнения анкеты для врачей следующих специальностей: врачи-стоматологи-ортодонты, врачи-стоматологи-хирурги, врачи-стоматологи-ортопеды, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-педиатры, врачи-неонатологи. В анкете было 8 вопросов по поводу осведомленности врачей города Витебска в вопросах комплексной реабилитации пациентов с расщелиной верхней губы и неба. Стаж врачебной практики проанкетированных врачей-специалистов от 3-х до 45-ти лет [2]. Изучена современная литература по оказанию помощи пациентам с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

Результаты и обсуждение. В результате анкетирования врачей выявлено, что все опрошенные специалисты возлагают большую ответственность в организации помощи пациентам с врожденной расщелиной верхней губы и неба на челюстно-лицевых хирургов. При этом ряд специалистов Витебска не имеют достаточной информации о проводимом хирургическом лечении в УЗ «Витебская областная клиническая больница» и по-прежнему направляют детей с врожденной патологией в г. Минск. Определена необходимость в усовершенствовании взаимодействия специалистов в проведении комплексной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Разработан и апробирован метод лечения врожденных скрытых и неполных расщелин верхней губы путем создания доступа к тканям со стороны слизистой оболочки. Предложенный нами вариант первичной хейлопластики при врожденной односторонней скрытой расщелине верхней губы позволяет восстановить анатомию губы без формирования послеоперационного деформирующего рубца на коже. Метод первичной хейлопластики при врожденной скрытой односторонней расщелине верхней губы апробирован в клинике. Пациент