

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. акад. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

На правах рукопису

ВОЛЯК МИКОЛА НЕСТЕРОВИЧ

МІСЦЕВА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА І СОРБЦІЙНА ТЕРАПІЯ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АВСЦЕСІВ
І ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

І4.00.21 - Стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ-1994



AB29.780

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі хірургічної стоматології
Івано-Франківського медінституту

Науковий керівник: доктор медичних наук,
професор Рузін Геннадій Петрович

Офіційні опоненти: доктор медичних наук,
професор Харьков Леонід Вікторович
доктор медичних наук,
професор Черкашин Степан Іванович

Провідна установа: Львівський Державний медичний інститут
МОЗ України, м. Львів

Захист відбудеться " 5 " 05 1994 року о " " год.

На засіданні спеціалізованої Ради Д.088.13.04

Українського державного медичного університету ім. акад.

О.О.Богомольця за адресою: 252057 м.Київ, вул.Зоологічна, 1.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці університету,
за адресою: 252057 м.Київ, вул. Зоологічна, 1.

Автореферат розіслано " " _____ 1994 р.

Вчений секретар спеціалізованої
Ради, доктор медичних наук

А.В.Борисенко

AB - 29.780
ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В даний час профілактика і лікування гнійної інфекції знову стала одною із складних, тяжких і актуальних проблем як в загальній так і в щелепно-лицевій хірургії. Не дивлячись на значні досягнення в лікуванні флегмон і абсцесів ЩД, зменшення кількості хворих не спостерігається, навіть можна говорити про ріст запальних захворювань та більш важкий їх перебіг /А.Г.Шаргородський, 1986; А.М.Солицев з співавторами, 1991; В.Ф.Кожікар з співавторами, 1989 р./.

Нерідко відзначається зміна звичайної клінічної картини захворювання, особливо на початку його розвитку, що створює важкість діагностики. В останнє десятиріччя частіше зустрічається агресивне протікання розлитих флегмон, остеомиєліту, частішими стали такі ускладнення, як медіастеніт, тромбофлебіт вен лица і тромбоз печеристого синусу, сепсис, менінгіт, менінгоенцефаліт і інші /В.А.Козлов, 1983 р., Г.П.Рузін з співавт., 1991 р./.

Звичайно, що частота і важкість протікання запальних захворювань ЩД і шиї привели до значного зростання кількості днів тимчасової непрацездатності, а в окремих випадках і переведенні хворого на інвалідність. Таким чином, дана проблема має не тільки медичне, але і соціальне значення /Т.М.Луре, 1984 р.; А.А.Леввернец, 1986 р./.

В даний час біля половини стоматологічних хірургічних захворювань припадає на запальні процеси, які і визначають основну причину тимчасової непрацездатності серед хворих стоматологічного профілю /Ю.І.Бернадський з співавт., 1983, 1987 р.р.; В.І.Лук"яненко, 1988 р./.

В останні роки значно збільшилася кількість хворих з

флегмонами ШДД. Основну роль в зростанні числа хворих і важкості протікання флегмонозного процесу відіграло виникнення антибіотикорезистентних штамів бактерій /А.І.Марченко з співавт., 1989 р.; С.М.Соломенний, 1989 р./.

Тому ця проблема може бути вирішена тільки при умові комплексу лікувальних міроприємств, основна роль яких направлена на покращення умов очищення та загоєння гнійної рани.

Таким чином, необхідно відзначити, що методи лікування хворих з флегмонами ШДД потребують вдосконалення досліджень і пошуку нових більш ефективних середників. Серед них необхідно відзначити використання нових антибактеріальних препаратів і речовин з сорбційними властивостями /А.А.Тимофєєв, 1988 р.; Г.П.Бернадська з співавт., 1989 р.; П.Г.Сисолятин, 1988 р./.

В доступній для нас літературі ми практично не зустріли робіт, присвячених порівняльному вивченню дії нових раноочищаючих середників.

Мета роботи. Покращення результатів хірургічного лікування флегмон і абсцесів ШДД за рахунок використання нових засобів, та порівняльного вивчення їх дії на гнійну рану.

Для досягнення поставленої мети вирішувалися такі завдання:

1. Вивчити характер мікрофлори, висіяної з гнійної рани.
2. Вивчити вплив балізу, сферичного вуглецевого адсорбенту /СВА/ та інших середників на вміст гнійної рани.
3. Визначити в експерименті сорбційні властивості СВА.
4. Розробити форми застосування СВА і балізу в клініці хірургічної стоматології.
5. Вивчити в клініці порівняльні можливості використання цих засобів при лікуванні гнійних ран та впровадити їх в практику.

Наукова новизна

1. Доказана значна антибактеріальна дія використаних балізу і СВА в порівнянні з відомими раноочищаючими речовинами.

2. Доказано, що СВА володіє вираженими сорбційними властивостями відносно мікроорганізмів.

3. Розроблені і впроваджені в практику способи використання СВА з метою дренування рани.

4. Доказано, що використані баліз і СВА в порівнянні з іншими способами значно покращують умови і скорочують строки місцевого лікування гнійних ран.

Практична цінність роботи. Полягає в нових можливостях місцевого впливу на гнійну рану застосованих середників, що дозволяє значно покращити умови і скоротити строки лікування за рахунок раннього очищення рани і накладання вторинних швів.

Положення, що виносяться на захист:

- положення про доказану антибактеріальну дію балізу та сорбційну здатність СВА, що дозволяє успішно використовувати ці середники в клініці;

- показання та можливості використання цих середників в клініці разом та окремо.

Апробація роботи. Основні положення дисертації докладені та обговорені:

- на засіданні товариства стоматологів Івано-Франківської області /1987 р./;

- на першому з'їзді стоматологів Молдавської РСР /1988 р./;

- на обласних наукових конференціях молодих вчених-медиків /Івано-Франківськ, 1988 р., 1989 р., 1990 р., 1992 р./;

- на ІХ республіканській науковій конференції молодих вчених-медиків "Актуальні питання стоматології" /Полтава,

1988 р./;

- на обласній науково-практичній конференції присвяченій 50-річчю возз'єднання західноукраїнських земель в єдиній Українській державі УРСР /м.Івано-Франківськ, 1989 р./;

- на УП з "Ізді стоматологів УРСР./Львів, 1989 р./;

- на засіданні кафедри дитячої хірургічної стоматології з анестезіологією ММСІ ім.Семашко /Москва, 1991 р./;

- на республіканській науково-практичній конференції дитячих стоматологів "Профілактика та лікування стоматологічних захворювань у дітей" /м.Уфа, 1992 р./;

- на конференції по екології Карпатського регіону /м.Івано-Франківськ, 1992 р./;

- на науково-практичній конференції присвяченій 65-річчю ОНДІС /Одеса, 1993/;

- на міжкафедральному засіданні профільних кафедр стоматологічного факультету /м.Івано-Франківськ, 1993 р./.

Публікації - по темі дисертації опубліковано 10 праць, отримано 3 рацпропозиції.

Втілення результатів досліджень. Методика лікування гнійних ран з застосуванням запропонованих середників використовується в відділенні щелепно-лицевої хірургії обласної клінічної лікарні, хірургічних, стоматологічних відділеннях області і м.Івано-Франківська, інститутській стоматологічній поліклініці, клініці щелепно-лицевої хірургії Мінського державного медінституту, Чернівецькій дитячій стоматологічній поліклініці при лікуванні періоститів і інших гнійних ран, що підтверджується актами впровадження.

Матеріали досліджень включені в лекційний курс при викладенні запальних процесів ШДД на кафедрах хірургічної і дитячої стоматології Івано-Франківського державного медінституту.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 123 сторінках друкованого тексту і складається із вступу, огляду літератури, чотирьох глав, закінчення, висновків, практичних рекомендацій, списку літератури, який включає 300 джерел, в тому числі 58 іноземних. Робота ілюстрована 2 малюнками, 13 фотографіями та 19 таблицями.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Робота основана на аналізі результатів експериментального дослідження характеру мікрофлори, порівняльного вивчення дії різноманітних середників для очищення рани при лікуванні хворих з гнійним запаленням ЩД. Експериментальний розділ виконаний в лабораторії кафедри мікробіології Івано-Франківського медінституту /зав.каф.,проф.Витвицький В.М./.

Клінічний розділ виконаний в клініці хірургічної стоматології на базі обласної клінічної лікарні.

Забір гною проведено у 25 хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в відділенні щелепно-лищевої хірургії обласної клінічної лікарні. Вік хворих з 10 до 50 років. З них 11 жінок, 14 чоловіків. Всі хворі знаходилися на лікуванні з приводу одонтогенних флегмон щелепно-лищевої ділянки.

Матеріал збирали з рани під час розкриття флегмони в стерильні пробірки на протязі 1-2 год. Після забору матеріал засівали на кров'яний агар. Після інкубації при 37°C в термостаті на протязі 1 доби вивчали характер мікрофлори, яку ідентифікували по комплексу морфологічних і культуральних властивостей. Виділяли чисті культури різних мікроорганізмів. Чутливість виділених культур до ряду бактеріальних середників /баліс - 0,8%, фурацилін 1:5000, діметоксид, мікроцид, ізотонічний розчин - як

2-41549

контроль/ вивчали методом паперових дисків.

Крім того, вивчали сорбційні властивості СВА по відношенню до виділених культур стафілококу. Готували змив добової культури мікроорганізмів у фізіологічному розчині і стандартизували його за допомогою оптичного стандарту мутності /ДИСК ім.Тарасевича/. Стандартизований змив розводили фізіологічним розчином до концентрації 250 мікробних тіл в 1,0 мл. По 2,0 мл розведеного стандартизованого змиву вміщали в контрольну пробірку і дослідну пробірку. В дослідні пробірки добавляли по 10 мг і 5 мг СВА. Всі пробірки інкубували при температурі 37⁰С на протязі 24 год. Після закінчення інкубації по 1,0 мл вмісту дослідних і контрольної пробірок висівали на чашки з агаром, інкубували 24 год. Після цього підраховували кількість колоній на кожній чашці з агаром.

Клінічні дослідження основані на порівняльному вивченні результатів лікування хворих з флегмонами ЩД з застосуванням розроблених нами і загальноприйнятих засобів дії на гнійну рану.

Нами обстежено 109 хворих з флегмонами ЩД різної локалізації.

В залежності від впливу на гнійну рану в процесі лікування хворі поділені на 4 групи:

- 1 - контрольна, яка складала 25 хворих.
- 2 - в якій використано для обробки рани антибактеріальний препарат баліз - складала 30 хворих.
- 3 - в якій в гнійну рану поміщали СВА, складала 26 хворих.
- 4 - в якій разом застосовували дві вище згадані речовини, складала 28 хворих.

В таблиці 1 представлений розподіл хворих по віку і статі.

В таблиці 2 подані відомості локалізації флегмон ЩД.

Таблиця I

Розподіл хворих по віку і статі

Група хворих	Вік						Всього
	10-20		21-40		41-50		
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	
I	6	1	6	5	3	4	25
II	5	7	9	3	4	2	30
III	13	3	3	3	3	1	26
IV	9	3	7	4	4	1	28
Всього:	33	14	25	15	14	8	109

Таблиця 2.

Локалізація флегмон у лікованих хворих

Група хворих	Локалізація					Всього
	підщелеп-на ділян-ка	крилощелепний відділ	аденно-флегмо-на	підмасе-теріаль-на діл.	флегмона-двох про-сторів	
I	14	2	3	2	4	25
II	18	3	2	2	5	30
III	18	3	2	1	2	26
IV	20	2	2	1	3	28
Всього:	70	10	9	6	14	109

Для аналізу лікування нами відібрані, як видно з таблиці 2, тільки хворі, у яких флегмона поширювалася не більше як на два анатомічні простори. Це пов'язано з необхідністю вивчити вплив запропонованих засобів на перебіг гнійної рани без застосування інтенсивної терапії, яка необхідна при лікуванні важких флегмон, поширених на декілька просторів.

24

Хворі всіх груп отримували однакове загальне лікування з моменту розкриття флегмони, яке призначалося в день поступлення.

Лікування хворих I - контрольної групи, проводили наступним чином:

Після розкриття флегмони достатнім для доброго відтоку рідким і забору гною для дослідження рану промивали розчином фурациліну 1:5000 до повної евакуації із рани гнійного вмісту, дренували гумовими випускниками або поліамідними трубками, накладали пов'язку з салфеткою, змоченою гіпертонічним розчином. Перев'язки проводили I раз на протязі доби.

Хворим 2-групи після евакуації гнійного вмісту із рани проводили промивання 0,8% розчином балізу, рану рихло тампонували марлевою турундою, змоченою 0,8% розчином препарату і залишали турунду в рані на 10-15 хв. Після чого турунду забирали і проводили повторний туалет рани і знову поміщали в рану турунду, змочену розчином балізу і гумовим випускником. На рану накладали салфетку, добре змочену тимже розчином. В перші 2 дні перев'язки проводили 2 рази на протязі доби. В дальнішому цю ж процедуру проводили I раз в день до очищення рани і появи грануляції. На спосіб лікування отримано рацпропозицію за № 35 /1836/ від 28.04.1968 р.

Місцеве лікування хворих 3 групи складалося з промивання рани розчином фурациліну 1:5000, поміщенням в неї сорбента СВА. СВА - це гранули чорного кольору, блискучі, сферичної форми, нерозчинні з багаточисленними порами / сумарна пористість по ацетону 84,5%, сорбція капронової кислоти 5,68 ммоль/г, об'єм пор по бензолу 0,85 см³/г. Виробляється в м.Калуші Івано-Франківської області на заводі "Хлорвініл", де знаходиться один із дослідних цехів інституту фізико-хімії АН України.

Для максимального використання сорбційних властивостей препарату ми виготовляємо мішечки різних розмірів і форми із синтетичних фільтрів одноразових систем для внутрішніх впливань або стерильної марлі. Мішечки заповнюємо сорбентом і заклеюємо скалпелем, розігрітим над полум'ям газової горілки. Стерилізація дренажів із СВА проводиться сухим жаром при температурі 150°C на протязі 90 хв. Стерильні, готові до використання дренажі, зберігаються на стерильному столі разом з інструментарієм. Дренаж з допомогою зажиму вводять в рану з розрахунку, щоб один кінець знаходився за межами рани. На рану накладається асептична пов'язка. Заміна дренажа проводиться в перші 1-2 дні 2 рази на добу, в дальнішому - 1 раз на добу до очищення рани. На метод отримано рацпропозицію за № 36/І837/ від 28.04.1988 р.

В четверту групу ввійшли хворі, яким після розкриття гнійного вогнища рану обробляли розчином баліз, дренивали дренажем із СВА, на рану накладали пов'язку, змочену балізом. Обробку рани і заміну дренажу на протязі першої доби проводили 2 рази, в дальнішому - 1 раз на день до очищення рани.

Порівняльні результати лікування оцінювалися на основі клінічних, бактеріологічних та цитологічних досліджень.

Клінічно оцінювалися швидкість очищення рани від гнійних виділень, поява і характер грануляцій, швидкість розсмоктування і зменшення інфільтрату. Бралися до уваги загальні прояви запального процесу /температура тіла, артеріальний тиск, ШОЕ, лейкоцитарний індекс інтоксикації /ЛІІ/, загальний стан/. ЛІІ представляє собою вираховану величину з лейкоцитограми і визначається за методом Н.Н.Кальф-Каліфа за формулою:

$$ЛІІ = \frac{4m_i + 3y + 2nc/x/пк + 1}{л + m_o / x / e + 1},$$

де m_i - міелоцити, y - юні, $п$ - паличкоядерні, c - сегментоядер-

ні, пк - плазматичні клітини, л - лімфоцити, мо - моноцити, е - еозинофіли. ЛІІ являє собою інтегральний показник реактивності організму на інфекційний процес.

Бактеріологічне дослідження проводилося за загальновизначеними методиками на 1, 3, 4, 7, 8 добу лікування.

Цитологічні зміни в рані оцінювалися за допомогою мазків-відбитків, які брались по способу Покровського і фарбували їх азур-еозином по методу Романовського-Гімза, в такі ж терміни.

Всі дані обробляли статистичним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В даному розділі приводяться дані експериментального вивчення дії запропонованих середників на гнійну рану, а також результати лікування хворих з запальними процесами м'яких тканин ШДД з різними методами місцевого впливу на гнійну рану.

В експерименті вивчено безпосередній вплив антибактеріальних середників, які використовуються найчастіше в клініці, та запропонованих нами середників, дію яких вивчали на культурі стафілококу, виділеного з гнійних ран хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці щелепно-лицевої хірургії обласної клінічної лікарні.

Ік показали дослідження, найбільш ефективним середником є баліз, дія якого у всіх спостереженнях значно перевищує дію інших середників, що стало основою для широкого застосування його в клініці.

Далі нами проведено дослідження по використанню СВА при лікуванні гнійних ран ШДД. Відомо, що сорбційна активність СВА безпосередньо залежить від його об'єму, але, враховуючи, що сорбент дуже легкий, цей об'єм обмежується розмірами гнійної рани. Тому в експерименті ми визначали тільки 2 вагові кількості.

ті СВА /5 та 10 міліграм/.

Отримані результати свідчать, що СВА володіє вираженою сорбційною дією, сорбуючи на своїй поверхні до 60-70% мікробних тіл.

На основі проведених експериментальних досліджень ми прийшли до висновку про необхідність вивчення і застосування запропонованих середників в клінічних умовах, так як отримані дані підтвердили вплив їх на культуру стафілококу в експерименті з значною перевагою над іншими середниками.

При порівнянні результатів клінічного перебігу рани /табл.3/ видно, що повільніше розсмоктування інфільтрату, припинення гнійних виділень та поява грануляцій відмічається в першій групі хворих, де для дронування рани використовували гумовий випускник та турунди з гіпертонічним розчином, що найбільш часто використовується в клініці.

Таблиця 3

Клінічні показники перебігу рани в групах хворих

Група хворих	Показники		
	строки припинення виділень з рани	строки розсмоктування інфільтрату	строки появи грануляцій
I	10,72 ± 1,68	11,25 ± 1,92	9,5 ± 1,35
II	6,04 ± 1,46	7,84 ± 1,42	5,68 ± 1,64
III	5,9 ± 1,04	6,2 ± 1,12	4,63 ± 1,3
IV	5,2 ± 0,9	6,3 ± 1,04	4,82 ± 1,24

При використанні балізу, СВА та їх спільному використанні відзначається значне скорочення всіх вищезгаданих показників. Причому найбільше виражена раноочищаюча дія сорбенту. Спільне застосування сорбенту з раноочищаючим препаратом, як видно з

наведених в таблиці даних, не дає переваги при очищенні рани перед застосуванням одного сорбента. Таким чином можна говорити про відсутність синергізму дії застосованих нами для очищення рани середників при оцінці клінічних проявів перебігу гнійної рани.

Одним із важливих показників протікання раневого процесу є цитологічний стан рани. При співставленні змін клітинного складу ран, нами встановлено, що в першу добу лікування у всіх групах хворих клітинні показники рани практично співпадають. У хворих всіх груп в цей час відмічається на фоні множинних мікробних тіл, детриту, ниток фібрину, велика кількість змінених нейтрофілів, одиничні макрофаги і повна відсутність елементів, які свідчать про очищення і репарацію рани.

В цей же час, якщо на третю добу в I групі кількість незмінених нейтрофільних лейкоцитів дорівнювала 52,3, а змінених нейтрофільних лейкоцитів 45,66, то в III і IV групах відповідно ці показники досягали 33,2 і 26,5 та 18,36 і 45,7. В II і III групах виявлялися, хоча і в незначній кількості, юні і зрілі фібробласти, однак це було більш виражено у хворих IV групи, де кількість юних фібробластів була 2,35, в зрілих фібробластів 4,6.

Більша різниця в кількості незмінених та розрушених нейтрофілів, а також фібробластів відмічається на 5 добу. Так, якщо в I групі кількість змінених нейтрофілів залишається на рівні 34,0, то в 2 групі вона складає тільки 5,82, в III - 7,4, а в IV групі знижується до 1,42. В цей же час в I групі кількість юних і зрілих фібробластів не перевищує 2,5, тоді, коли в III і IV групах їх кількість досягає 4,8 і 8,25. Така ж закономірність відмічається і зі сторони інших клітинних елементів. На 8 добу в II і III групах практично не визначаються нейтрофіли з дистрофіч-

ними змінами, відмічається зростання елементів репарації, тоді коли в I групі ще зберігається велика кількість змінених нейтрофілів, що свідчить про незавершення очищення рани, та сповільнення репаративних процесів в рані.

Таким чином, співставлення результатів дії використаних препаратів показує, що найкращою дією володіє спільне застосування балізу і СВА. Це може бути зумовлено різним впливом застосованих препаратів на клітинні елементи та мікроорганізми рани.

Разом з порівняльним вивченням місцевих проявів гнійної інфекції, які оцінювалися вище згаданими дослідженнями, цікаво було співставити рівень змін ЛІІ, який свідчить про загальну реакцію організму на локальний гнійний процес. Співставлення цього показника, визначеного в кожній групі хворих /табл.4/ дозволяє встановити ці ж закономірності.

Таблиця 4

ЛІІ в групах хворих

ЛІІ	Група хворих			
	I	II	III	IV
В день поступлення	3,4 ± 0,7	2,8 ± 0,66	3,6 ± 0,72	3,84 ± 0,9
В день виписки	1,4 ± 0,9	0,86 ± 1,1	0,7 ± 0,4	0,62 ± 1,1

Як видно з таблиці в день поступлення найбільш високий показник ЛІІ відмічається в IV групі хворих. В процесі лікування ЛІІ змінюється більше всього теж в IV групі, а в I групі він залишається на цифрах, які свідчать про збереження проявів інтоксикації у хворих.

Як і при попередніх дослідженнях при співставленні результа

тів застосування використаних середників, виявляється, що найкращим є спільне використання балізу і СВА.

На підставі проведених досліджень проаналізовані строки перебування хворих в стаціонарі, а також термін тимчасової непрацездатності.

Таблиця 5

Строки стаціонарного лікування та тимчасової непрацездатності в різних групах хворих

Строки	I	II	III	IV
гр. хворих				
Перебування в стаціонарі	14,00±0,65	10,47±0,24	8,15±0,21	7,00±0,13
Тимчасової непрацездатності	15,80±0,65	12,37±0,29	10,5±0,36	9,25±0,28

З таблиці 5 видно, що є повна достовірність різниці між терміном лікування запропонованих раноочищаючих середників і загальноприйнятих засобів лікування гнійних ран.

В той же час можна відмітити, що розходження між термінами лікування хворих II, III та IV груп незначні, а між III і IV групами вони практично однакові. Таким чином порівняння умов лікування місцевих гнійних процесів на фоні загальноприйнятої антибактеріальної, десенсибілізуючої та симптоматичної терапії показує, що найкраща місцева дія на гнійну рану відмічається в IV групі хворих, де застосовано спільне використання балізу і СВА. При застосуванні лише одного сорбента відмічається практично ті ж терміни лікування, що проявляється на наш погляд, менш вираженим впливом на репаративний процес в гнійній рані.

В II групі хворих термін лікування хоча і коротший за I групу, але довший за III і IV групи, процеси новоутворення спо-

лучної тканини повільніші, ніж в III і IV групах, але швидші завдяки очищенню рани.

Отримані нами дані дозволяють вважати, що у хворих, яким проводилось місцеве лікування рани з застосуванням запропонованих середників, особливо коли вони використовувалися спільно, відмічалася більш швидке стихання деструктивно-запальних явищ в ділянці гнійної рани. В ці строки краще протікали відновні процеси і з'являлися зрілі грануляції. Завдяки скороченню строків перебігу фази очищення раневого процесу термін лікування хворих в стаціонарі скорочується в середньому на 5-7 ліжкоднів, а загальний термін тимчасової непрацездатності досягав в IV групі в середньому 9,25 днів в порівнянні з 15,8 в I групі.

Запропоновані методи клінічного, цитологічного, лабораторного контролю за перебігом раневого процесу нескладні, достатньо інформативні, дозволяють об'єктивно оцінювати хід раневого процесу і можуть успішно використовуватись як в стоматологічних стаціонарах, так і в стоматологічних амбулаторних закладах.

На основі проведеного дослідження нами зроблені наступні висновки.

ВИСНОВКИ

1. Антибактеріальний препарат баліз володіє кращою дією в порівнянні з іншими антисептиками.
2. Сорбційна властивість СВА *in vitro* дозволяє адсорбувати на його поверхні до 60-70% мікробних тіл із стандартного розчину.
3. Розроблені способи використання СВА дозволяють забезпечити якісне і ефективне дренування гнійних ран.
4. Найкращі результати при лікуванні гнійних ран ЩД досягаються при спільному використанні антибактеріального препарату баліз і СВА.

5. Спільне застосування балізу і СВА для місцевого лікування гнійних ран дає можливість скоротити як термін перебування хворого в стаціонарі, так і загальний час непрацездатності.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для промивання гнійних ран ЩД необхідно застосувати баліз на протязі 5-7 діб, в залежності від важкості перебігу та розмірів гнійного вогнища.

2. СВА найкраще застосовувати для сорбції мікробних тіл та їх токсинів з рани, поміщуючи його в стерильні мішечки.

3. Найкращу дію на гнійну рану має спільне використання вказаних середників на протязі 3-5 діб, при важкому перебігу флегмони перев'язки з вказаними середниками треба робити 2-3 рази на добу.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Пути оптимизации лечения больных с воспалительными процессами и травматическими повреждениями в челюстно-лицевой области // Первый съезд стоматологов Молдавской ССР. 1988 г. Тезисы докладов. г. Кишинев. - С.89-90 /соавторы: Рузин Г.П., Денисенко А.Г./.

2. Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с применением сферического углеродного адсорбента // Тезисы докладов XIII областной научной конференции молодых ученых медиков. -Ивано-Франковск, 1988 г. - С.70.

3. Применение нового антибактериального препарата Баліз-2 для лечения гнойных процессов челюстно-лицевой области // Тезисы IX Республиканской научной конференции молодых ученых медиков на тему: "Актуальные вопросы стоматологии". 1988 г. г.Полтава. - С.78-79.

4. Новые средства в лечении гнойных процессов мягких тканей лица // Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний. 1989. - Киев. - С.178-179 /соавт. Рузин Г.П./.

5. Гострі запальні захворювання щелепно-лицьової області в Прикарпатті // Тези науково-практичної конференції, присвяченої 50-річчю воз'єднання західноукраїнських земель в єдиній українській державі - Українській Радянській соціалістичній Республіці.

1989. Івано-Франківськ. - С.110 /співавт. Рузін Г.П., Денисенко О.Г. і інші/.

6. Профилактика травматического остеомиелита в комплексном лечении переломов нижней челюсти // Стоматология, респ.межвед. сборник № 25, 1990 г.-Киев: "Здоров'я". - С.59-62 /совт. Рузін Г.П., Денисенко А.Г./.

7. Лечение острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей с учетом иммунограммы и с применением новых средств и методов // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний у детей. 1992. Уфа. - С.58-60 /совт. Г.П.Рузін, А.Г.Денисенко и др./.

8. Нові можливості лікування ран обличчя // Екологія Карпатського регіону. 1993 р. Івано-Франківськ. - С.38 /співавт. Г.П.Рузін, С.Т.Дзюбак/.

9. Можливості місцевого впливу на гнійну рану у дітей без застосування антибіотиків // Актуальні питання стоматології дитячого віку і ортодонтії. 1993. - Полтава. - С.67-68 /співавт. Ушков М.О., Карпинець Г.Б./.

10. Актуальні аспекти вивчення воспалительных процессов и травматических повреждений челюстно-лицевой области // Матеріали науково-практичної конференції, посвященої 65-літтю Одеського НІІ стоматології.-Одеса., 1993. - С.166-168 /совт. Г.П.Рузін, А.Г.Денисенко/.

11. Рационализаторское предложение № 1703/157 от 20.12.1986г. "Профилактика травматического остеомиелита"/совт. Дзюбак С.Т., Денисенко А.Г./

12. Рационализаторское предложение № 35/1836 от 28.04.1988г. "Способ активного дренирования гнойных ран челюстно-лицевой области с применением сферического углеродного адсорбента" /совт. Г.П.Рузін/

13. Рационализаторское предложение № 36/1837 от 28.04.1988г. "Метод лечения альвеолитов" /совт. Рузін Г.П., Дзюбак С.Т./

Підп. до друку 3104.44 . Формат 60×84/16. Папір друк. № 3 .
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 6,83 . Умов. фарб.-відбиток 1,0 .
Обл.-вид. арк. 1,00 . Тираж 100 . Зам. № 4-1549

РОВО «Укрвузполіграф».
252151, Київ, вул. Волинська, 60.

460404

AB 29.780