

Харьковский национальный медицинский университет

Несмотря на значительные успехи современной науки, усовершенствование методов профилактики, обследования и лечения, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) не утратили своей актуальности и по сей день.

Оптимизация методов обследования и лечения таких больных является основной задачей современной хирургии.

Целью нашего исследования было повышение эффективности комплексного лечения и обследования больных с флегмонами ЧЛО путём применения антигомтоксических средств на до- и послеоперационном этапах.

Материалы и методы. Клинически исследовалось течение и заживление флегмон ЧЛО одной или двух областей в трех группах больных по 30 пациентов, в возрасте от 18 до 50 лет без сопутствующей соматической патологии. Первая группа (контрольная) — с общепринятыми методами лечения. Вторая — группа (основная группа), в которой использовался «Лимфомиозот Н» в комплексе, не содержащем антибиотиков. Третья — группа (группа сравнения), в которой использовался «Траумель С» в комплексе, не содержащем антибиотиков. Пациентам всех групп проводилось вскрытие флегмоны. В этот же день в исследуемых группах начиналось внутривенное введение предложенных препаратов, первое введение производилось непосредственно перед хирургическим вмешательством, а затем по 1 ампуле 1 раз в сутки, в/в, 5-7 дней. На 1 и 7 сутки лечения проводилась термометрия и планиметрия гнойной раны как оценка этапов регенерации. При этом оценивалась температура раневой поверхности на стороне поражения электронным термометром „Microlife”, модель № МТ 1951, а планиметрию раны проводили с помощью способа, предложенного Л.Н. Поповой (1942 г.).

Результаты исследования. При анализе показателей термометрии поверхности раны: у больных 1 группы гипертермия раны наблюдалась в течение первых 4-5 дней после вскрытия флегмоны. На 7 сутки после оперативного вмешательства температура поверхности раны нормализовалась. У больных 2 и 3 группы гипертермия отмечалась только в течение первых 2 суток после вскрытия гнойного очага, на 3-5 сутки — она нормализовалась. При анализе результатов планиметрического исследования мы установили следующее: уменьшение раневой поверхности у больных 1 группы составило —  $1,9 \pm 0,3$  см<sup>2</sup>/сутки, во второй —  $3,9 \pm 0,1$  см<sup>2</sup>/сутки, в третьей —  $3,7 \pm 0,2$  см<sup>2</sup>/сутки.

Выводы. Таким образом, местная термометрия и планиметрия гнойной раны как оценка этапов регенерации могут использоваться в клинике челюстно-лицевой хирургии для хода качества заживления раны