

УДК 616.716.1/4-002-071-089

Ю. Ф. Григорчук, Т. Г. Євтушенко

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

(огляд описів винаходів до авторських свідоцтв)

Проблемі вивчення інфекційно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки присвячено ряд монографій, дисертацій, журнальних статей, методичних рекомендацій. Особливе місце в цих роботах займають питання, пов'язані з розробкою нових способів діагностики і лікування гнійно-запальних захворювань, тому що вони найчастіше зустрічаються в практичній роботі лікаря-стоматолога.

Цей короткий огляд вітчизняної патентної літератури виконаний з метою довести доцільність подальших досліджень щодо названої проблеми.

За період з 1975 по 1991 рік проаналізовано 18 охоронних документів, де описані способи діагностики й лікування запальних процесів щелепно-лицевої ділянки та слинних залоз. В одному з них описаний спосіб діагностики запального процесу, в решті — способи лікування цих процесів.

Спосіб діагностики, вірніше спосіб прогнозування ускладнень при одонтогенних флегмонах [1], розроблений під керівництвом проф. Ю. І. Бернадського, полягає в тому, що шість разів вимірюється температура тіла хворого в першу добу післяопераційного періоду і при порушенні добового ритму температури тіла прогнозується ускладнений перебіг захворювання.

Запропонований спосіб лікування альвеоліту [2]. Суть його полягає в тому, що усунення патологічного вмісту здійснюється частково, а як лікарський засіб для подальшої дії використовують лікувальну пасту, що містить дікаїн, гепарин, мазь преднизолону, лінімент синтоміцину,

окис цинку в загальноприйнятих терапевтичних дозах. Спосіб розроблений І. С. Пенелісом.

Найбільша кількість винаходів, а саме п'ять [3—7], присвячена лікуванню запальних процесів у м'яких тканинах щелепно-лицевої ділянки. Всі вони описують хірургічне лікування флегмон і абсцесів з подальшим діалізом або дренажуванням рани, часто хірургічне втручання комбінується з введенням лікарських засобів. Слід додати, що оригінальний спосіб дренажування розроблений під керівництвом проф. Ю. І. Бернадського [8]. Цей спосіб може застосовуватися для дренажування глибоких клітковинних просторів щелепно-лицевої ділянки при одонтогенних флегмонах і полягає в тому, що для накладення контрапертури роблять розріз довжиною 5—6 см в підщелепній ділянці паралельно краю нижньої щелепи, відсікають медіальний крилоподібний м'яз в місці прикріплення його до кута нижньої щелепи з ревізією крилоподібно-щелепного і навкологлоткового простору проводять хірургічний затиск по внутрішній поверхні кута і нижньої щелепи до рівня розміщення виличного відростку вискової кості, де з'єднують між собою верхній і нижній розрізи, встановлюють перфоровану поліхлорвінілову трубку для проведення діалізу рани.

Ю. М. Ростокін (ЦНДІС) запропонував способи лікування абсцесу і флегмон очної ямки і верхньої щелепи [4, 6]. Особливість лікування запального процесу очної ямки полягає в тому, що розріз здійснюється біля переднього краю вискового м'язу до кістки. Далі по більшому крилу основної кості проникають до нижньоочноямкової щілини і розкривають гнійний осередок. Відмітна особливість способу лікування абсцесу і флегмони верхньої щелепи, на думку автора, полягає в тому, що розріз роблять в порожнині рота в підвисковій і крилопіднебінній ямках в напрямку 8-го зуба або його проекції, далі дренаж підводять безпосередньо в порожнину гнійного осередку.

Автори І. І. Єрмолаєв і С. І. Кулагов запропонували спосіб лікування запального процесу у м'яких тканинах [3] шляхом розкриття гнійної порожнини проколами у віддалених від епіцентру запалення точках з подальшим герметичним проведенням тупим шляхом через осередок запалення перфорованої трубки (як дренаж), через яку в процесі лікування пропускають розчини лікарських препаратів.

Д. І. Щербатюк запропонував спосіб лікування флегмони, описаний нижче [7].

Лицеву артерію виділяють з усіх боків на відстані 1 — 1,5 см, під неї підводять 2 кетгутові лігатури. Від нижнього краю кожного розрізу в м'яких тканинах жолобуватим зондом роблять тунель до лицевої артерії і вводять в нього катетер. Катетеризують зовнішню сонну артерію спеціальною голкою-провідником, і в отвір вводять катетер на глибину 6—7 см. Фіксують катетер і артерію кисетним кетгутовим швом. Розрізають артерію між лігатурами, і культю центрального її відрізка разом з катетером вводять у тунель м'яких тканин. Катетер фіксують. Внутріартеріально вводять момоміцин 1000000 ОД, розчинений в 10 мл .0,25 % розчину новокаїну, і 2500 ОД гепарину, розчиненого в 2 мл дистильованої води. Підщелепний розріз поглиблюють і доходять до гнійного осередку. Проводять відсмоктування гною, візуальний огляд гнійної порожнини, некротомію, вакуумування порожнини. Внутріартеріально через катетер в перші 2—3 дні після операції вводять антибіотики постійно апаратним методом, потім фракційно 2 рази на добу.

В Самарському медичному інституті С. М. Федотовим і Т. А. Кисельовою розроблено спосіб лікування абсцесу кореня язика [5]. Спосіб полягає в тому, що розріз виконують внутрірототвий по вуздечці язика до під'язикових валиків, тупо проникаючи до кореня язика шляхом розведення його м'язів, після чого гній евакуюють. -

Спосіб лікування травматичного остеомієліту нижньої щелепи запропонований Д. І. Щербатюком [9]. Згідно з цим способом доступ до місця перелому при остеосинтезі здійснюють підщелепним розрізом. Виділяють лицеву артерію, беруть по дві кетгутіві лігатури, між ними проводять поздовжній розріз артерії завдовжки 2—3 мм

і за допомогою інструменту спеціальної конструкції в центральний кінець артерії вводять катетер діаметром 1—2 мм на глибину 5—6 см. Рану поглиблюють пошарово і підводять до місця перелому. Виводять секвестри. Фіксують відламки в правильному положенні. Рану закривають. Через внутріартеріальний катетер вводять необхідну дозу антибіотика, на протязі 5—7 днів 2 рази на день повільно. Нижню щелепу фіксують пов'язкою на протязі двох тижнів.

Посттравматичному остеомієліту присвячені також винаходи [10, 11].

М.А. Плотніков та ін. [10] з метою попередження рецидивів здійснюють пластику безпосередньо після, загоювання рани слизової оболонки і шкіри шляхом надшкіряного пересадження пластичного матеріалу брєфокістки в грануляційну, тканину.

П. Г. Сисолятін та ін. [11] для зменшення кількості ускладнень після ліквідації гнійно-запального процесу заповнюють дефекти аутоспоїгіозою, а відламки щелепи фіксують кістковим штифтом з консервованої кістки плоду або дорослого донора.

Спосіб лікування остеомієліту нижньої щелепи запропонували В. Т. Лук'яненко та ін. [12] Відзначна особливість способу полягає в тому, що дефект заповнюють консервованим амніоном, вводять левалізол по 150 мг на протязі 3 днів щоденно і стимулюють біологічно активні точки обличчя, шиї і верхніх кінцівок світлом лазеру з довжиною хвилі 632,8 нм.

Спосіб заміщення постостеомієлітних кісткових порожнин щелеп розробленим Г. Г. Мінгазовим і А. Г. Гізатулліним [13]. Згідно до цього способу, який полягає в радикальній санації кісткової порожнини і

подальшій алопластиці, алопластику виконують безпосередньо після радикальної санації порожнини сумішшю подрібненого кісткового трансплантату з плацентарною тканиною людини в співвідношенні 5:1.

В Новосибірському державному медичному інституті П. Г. Сисолятіним та ін. [14] запропонований спосіб лікування артритозів висково-нижньощелепного суглобу. Роблять розріз шкіри дугоподібної форми на висковій, та передвухній ділянках і поглиблюють його до поверхневої вискової фасції. Шматок шкіри відпрепаровують. Розріз продовжують униз через передній виріз вухної раковини до капсули суглобу. На рівні виличного відростка вискової кості розріз поглиблюють до надкісничі і продовжують до основи суглобного горбка. З боку розрізу між шкірно-хрящовим і кістковим відділами зовнішнього слухового проходу тупим шляхом поза вітками лицевого нерва відшаровують м'які тканини і виділяють капсулу суглобу.

Група винахідників пропонує різні способи лікування запального процесу слинної залози [15]. Так, наприклад, спосіб лікування хронічного паротиту, розроблений В. І. Вакуленком та ін., дозволяє запобігти рецидиву завдяки стимуляції солівації. Для цього в Стенонову протоку залози вводять 1,5— 2,0 мл 15% розчину ксаїтинолу нікотинату з наступною обробкою залози ультразвуком частотою 880 кГц, потужністю $0,7 \text{ Вт/см}^2$ в безперервному режимі протягом 10 хв. Інший спосіб лікування хронічного паротиту запропонований А. М. Солнцевим та ін. [16] в Київському інституті вдосконалення лікарів. Спосіб полягає в відсепаровуванні позазалозистої частини протоки привушної залози. З метою уникнення рецидивів автори пропонують проводити екстирпацію позазалозистого відділу привушної протоки і денервацію вухно-вискового нерва.

Ще два способи пропонують оригінальне лікування сіалоаденітів і сіалодохитів. А. В. Горенко [17] пропонує після виведення конкрементів

в протоки вводити провідник. На кінці провідника фіксують йодоформову шовковинку, якою обтурують протоки. Через 4—5 діб після операції її витягують. Г. А. Колесник та ін. [18] пропонують підводити випромінення гелій-неонового лазера по тонких кварцевих світловодах безпосередньо до тканин ураженої залози через її вивідну протоку. Це, на думку авторів, дозволяє уникнути ускладнень і скоротити строки лікування.

Аналізуючи все викладене вище, слід відзначити, що найбільша кількість авторських свідоцтв присвячена розробці нових способів лікування. Розвиток сучасної медицини дозволяє поглиблювати дослідження в цьому напрямку, включаючи питання і клінічної діагностики гнійно-запальовальних захворювань щелепно-лицевої ділянки.

Список літератури. [1] А. с. № 1673060 ССРСР / Вернадский Ю. Й., Козлов В. Н., Шестаков Ю. Н., Бадретдинов М. А., Сулейманов А. М. // Бюл. изобр. 1991. № 32. [2]. А. с. № 1174000 ССРСР / Пинелис И. С. // Там же. 1985. № 31.

[3] А. с. № 662071 ССРСР / Ермолаев И. И., Кулагов .С. И. // Там же. 1979. № 18. [4] А. с. № 897228 ССРСР / Ростокин Ю. М. // Там же. 1982. № 2. [5] А. с. № 906525 ССРСР / Федотов СМ., Киселева Т. А. // Там же. 1982. № 7. [6] А. с. № 957873 ССРСР / Ростокин Ю. М. // Там же. 1982. № 34. [7] А. с. № 1364312 ССРСР / Щербатюк Д. И. // Там же. 1988. № 1. [8]. А. с. № 1454411 ССРСР / Вернадский Ю. И., Шестаков Ю. Н., Козлов В, Н. // -Там же. 1989. № 4. [9] А. с. № 1303146 ССРСР / Щербатюк Д. И. // Там же. 1987. № 14. [10] А. с. № 1107837 ССРСР / Плотников М. А., Сысолятин П. Г., Мельников В. И., Железный П.А.// Там же. 1984, № 30 [11] А. с. № 1543596 ССРСР / Сысолятин П. Г., Федосов Н. А, Темерханов Ф. Т. // ДСП. 1986. [12] А. с. № 1259533 ССРСР / Лукьяненко В. Т., Гордиюк М. М., Газенко В. А. // ДСП. 1984. [13] А. с. № 1060682 ССРСР / Мингазов Г. Г., Гизатуллин Л. Г. // Бюл. изобр. 1983. № 40. [14] А. с. № 1296123 ССРСР /

Сысолятин П. Г., Ильин А. А., Селюкин Ю. И. // Там же. 1987. № 10. [15] А. с. № 1699466 СССР / Вакуленко В. П., Карук В. С., Кутикова Т. А // Там же. 1991. № 47. [16] А. с. № 1223882 СССР / Солнцев А. П., Колесов В. С., Киндрась И. Б. // Там же. 1986. № 14. [17] А. с. № 1699128 СССР / Горленко А. В. // Там же. 1991. № 47. [18] А. с. № 1697861 СССР / Колесник Г. А., Высоцкий Ф. С, Потапенко А. Г., Вахрин М. А. // Там же. 1991. № 46.