© М. В. Шарыпов

УДК 616. 716-002. 36:616-001. 1-002. 3-089. 48

М. В. Шарыпов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ДРЕНИРОВАНИЯ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

(г. Днепропетровск)

Данная работа является фрагментом НИР «Разработка методов профилактики осложнений при лечении воспалительных процессов и травматических повреждений в челюстно-лицевой области», № государственной регистрации 0113U005253, шифр темы IH.05.13.

Вступление. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области, учитывая частоту и серьезность патологии, являются одной из основных проблем хирургической стоматологии. Многолетние наблюдения исследователей, указывают на то, что больные с этой патологией занимают более 50% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров, а летальность достигает 7%. Дренирование гнойной раны является одним из самых старых методов ее лечения, сущность которого сводится к обеспечению оттока из раны. При этом удаляется гнойный экссудат, продукты тканевого распада и бактериальные токсины [11].

Цель исследования – провести сравнительную оценку эффективности дренирования одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области, используя бальную шкалу, при традиционных методах и при использовании устройства для дренирования гнойных ран собственной конструкции.

Объект и методы исследования. Работа проведена на базе отделения челюстно-лицевой хирургии Областной клинической больницы им. И. И. Мечникова, г. Днепропетровска в период с 2011 по 2012 г. В исследование вошли 64 больных: 43 (67,2%) мужчины и 21 (32,8%) женщины в возрасте от 18 до 55 лет. Больные находились на стационарном лечении с диагнозом: острый одонтогенный остеомиелит осложненный флегмоной одного или нескольких клетчаточных пространств. Все больные были распределены на 2 группы (1-ю – 31 человек и 2-ю – 33 человека) в зависимости от метода дренирования. Пациенты, имеющие фоновую или сопутствующую патологию, из исследования были исключены. Обе группы пациентов получали однотипную антибактериальную, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию [2, 3]. В 1-й группе проводилось дренирование с использованием устройства для дренирования гнойных ран собственной конструкции [8, 9]. Во 2-й группе использовались стандартные перфорированные трубчатые дренажи и резиновые выпускники [1,5,11]. Для клинической оценки степени выраженности гнойно-воспалительных процессов в мягких тканях челюстно-лицевой области у обследованных больных мы использовали бальную шкалу, которая подверглась незначительной модификации. Из большого спектра клинических симптомов, характеризующих течение острого гнойного воспалительного процесса, для оценки интенсивности последнего у больных исследуемых групп были выбраны и оценены следующие признаки: наличие и интенсивность боли в очаге воспаления; степень выраженности воспалительной контрактуры нижней челюсти; наличие и интенсивность инфильтрата; наличие, объем и характер экссудата в очаге воспаления; характер грануляций.

Из показателей, полученных лабораторно-инструментальными методами исследования, учитывались следующие: выраженность лейкоцитоза периферической крови, увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) [2, 4, 6, 7]. Степень выраженности каждого из перечисленных симптомов оценивалась по 4-х бальной системе. При этом полное отсутствие симптома соответствовало – 0 баллов, незначительная степень выраженности – 1 баллу, умеренная степень – 2 баллам и выраженная степень проявления симптома соответствовала – 3 баллам. Динамика изменений выше перечисленных симптомов использована для оценки эффективности лечения в ближайшие сроки наблюдения после госпитализации.

Шкала для оценки степени выраженности гнойно-воспалительных процессов имела следующий вид:

- боль в очаге воспаления: 0 баллов – полное отсутствие боли, 1 балл – незначительная кратковременная боль, 2 балла – умеренная приступообразная боль, 3 балла – интенсивная постоянная боль;
- воспалительная контрактура нижней челюсти: 0 баллов – отсутствие контрактуры, открывание рта в полном объеме, 1 балл – незначительная контрактура (открывание рта 3,0-4,0 см), 2 балла – умеренная контрактура (открывание рта 1,0-2,5 см), 3 балла – резкая контрактура нижней челюсти (открывание рта менее чем на 1,0см).

• отек мягких тканей в зоне воспаления: 0 баллов – отсутствие инфильтрата, 1 балл – незначительный, маловыраженный инфильтрат, 2 балла – умеренный инфильтрат, находящийся в пределах одной анатомической области, 3 балла – выраженный отек, распространяющийся за пределы одной анатомической области;

• объем раневого экссудата: 0 баллов – отсутствие экссудации, 1 балл – незначительная экссудация, 2 балла – умеренная экссудация, 3 балла – выраженная экссудация;

• выраженность лейкоцитоза периферической крови: 0 баллов – отсутствие лейкоцитоза(4,0-9,0Ч10^9); 1 балл – количество лейкоцитов в периферической крови превышает показатели верхней границы нормы не более, чем на 20%; 2 балла – количество лейкоцитов в периферической крови превышает показатели верхней границы нормы не более, чем на 21-40%; 3 балла – количество лейкоцитов в периферической крови превышает показатели верхней границы нормы не более, чем на 40%;

• скорость оседания эритроцитов: 0 баллов – СОЭ в пределах нормы(для верхней границы нормы(М – 1-10, для Ж – 2-15Ч10 мм\ч); 1 балл – увеличение СОЭ не более, чем на 50% показателя верхней нормы (для М – 20-40мм/ч. Для Ж – 30-50мм/ч); 2 балла – увеличение СОЭ на 51-100% от значения показателя верхней границы нормы; 3 балла – превышение СОЭ более, чем на 200-300% от значения показателя.

• характер грануляций: 0 баллов – крупнозернистые грануляции, 1 балл – мелкозернистые грануляции, 2 балла – незначительные единичные грануляции в виде отдельных островков, 3 балла – полное отсутствие грануляций.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты лечения больных (1-й группы), с применением предложенного нами устройства.

У всех больных в 100% наблюдений выявлялась асимметрия лица за счет воспалительного инфильтрата и отека мягких тканей в очаге воспаления.

При клиническом обследовании больных с использованием шкалы оценки степени выраженности гнойно-воспалительных процессов в мягких тканях челюстно-лицевой области, было установлено, что боль в очаге воспаления, более чем у половины пациентов (54,8%) имела умеренную степень выраженности, у (35,5%) имела высокую интенсивность и (9,7%) пациентов жаловались на незначительную боль. Воспалительная контрактура нижней челюсти в 45,2% случаев была резко выраженной, умеренная контрактура отмечалась у 32,2%. Незначительное затруднение открывания рта выявилось у 16,1% пациентов, у 6,5% больных данный патологический симптом не выявлен. Степень выраженности инфильтрата была различной: у 38,7% пациентов, инфильтрат был резко выражен и распространялся за пределы одной анатомической области, у 48,4% воспалительный инфильтрат имел умеренную степень выраженности и у 12,9% больных инфильтрат был слабо выраженным.

Как ранее уже указывалось, всем без исключения больным проводилось оперативное лечение. Во время хирургического вмешательства, во всех случаях был получен гнойно-воспалительный экссудат.

Степень выраженности экссудации в большинстве случаев была значительной 58,1%, у 32,3% обследованных больных экссудация имела умеренный характер, в 9,6% отмечалось скудное гнойное отделяемое.

Лейкоцитоз у 32,2% пациентов был ярко выражен и значительно превышал значение верхней границы «нормы», умеренный лейкоцитоз был выявлен у 38,7% обследуемых, в 12,9% у больных степень лейкоцитоза была выражена незначительно и превышала значение показателя верхней границы «нормы» не более, чем на 20%. У 16,2% наблюдаемых пациентов количество лейкоцитов не превышало нормальные показатели.

Скорость оседания эритроцитов у 25,8% пациентов, была значительно увеличена, в 48,3% наблюдалось умеренное увеличение СОЭ, незначительное ускорение оседания эритроцитов отмечалось в 19,4% случаев, у небольшой доли пациентов 6,5%, СОЭ был в пределах нормы **(табл. 1)**.

На третьи сутки пребывания в стационаре в исследуемой нами группе, жалобы на выраженную постоянную боль в области локализации гнойно-воспалительного процесса предъявляли 16,1%

Таблица 1

Выраженность клинических симптомов заболевания у больных исследуемой группы в 1-е сутки наблюдения

Симптом	Степень выраженности симптома (в баллах)								Средний балл
	«3»		«2»		«1»		«0»		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Боль	11	35,5	17	54,8	3	9,7	0	0	2,25+0,11
Контрактура нижней челюсти	14	45,2	10	32,2	5	16,1	2	6,5	2,16+0,17
Инфильтрат	12	38,7	15	48,4	4	12,9	0	0	2,25+0,12
Экссудация	18	58,1	10	32,3	3	9,6	0	0	2,48+0,12
Грануляции	31	100	0	0	0	0	0	0	3,0
Лейкоцитоз	5	16,2	12	38,7	4	12,9	10	32,2	1,38+0,20
СОЭ	6	19,4	15	48,3	8	25,8	2	6,5	1,80+0,15
Средний балл									2,19+0,09

больных, умеренная боль беспокоила 32,3% обследуемых, 41,9% жаловались на незначительную боль, жалоб на болевые ощущения не предъявляли 9,7% пациентов.

При клиническом обследовании резко выраженная воспалительная контрактура нижней челюсти выявлялась у 32,3% больных, умеренная – в 38,7%, слабо выраженное ограничение открывания рта обнаруживалось у 25,8% пациентов, функциональных нарушений не было в 3,2% случаев.

Асимметрия лица за счет воспалительного инфильтрата мягких тканей была значительно выражена у 29,0% больных, незначительная асимметрия в 38,7% случаев, у 22,6% пациентов инфильтрат был умеренным, в 9,7% – не отмечался вовсе.

При осмотре раны в 25,8% наблюдений отмечалось обильное серозно-гнойное отделяемое, в 29,0% – незначительное, в 32,3% – скудное, в 12,9% наличия отделяемого из раны не отмечалось.

Признаков регенерации в ране на третьи сутки после оперативного хирургического лечения не было в 45. 2% случаев, незначительные единичные грануляции в виде отдельных островков отмечались в 32,3%, мелкозернистые грануляции в 22,5% наблюдений.

При оценке степени выраженности признаков воспаления по показателям периферической крови установлено, что в 16,1% случаев количество лейкоцитов находилось в пределах нормальных показателей, у 38,7% пациентов отмечался незначительный лейкоцитоз, у 25,8% – умеренный, у 19,4% – все еще значительно превышал норму.

Скорость оседания эритроцитов в 16,1% исследуемых была резко увеличена, у 19. 4% больных умеренное, в 25,8% имело место незначительное увеличение СОЭ, а в 38,7% – увеличения отмечено не было (**табл. 2**).

На седьмые сутки лечения, болевые ощущения в ране сохранялись у 61,3% больных, однако в сравнении с более ранними сроками пребывания в хирургическом стационаре значительно уменьшились.

Резко выраженная воспалительная контрактура отмечалась у 3,2% обследуемых, умеренная – у 16,2%, в 25,8% случаев обнаруживалось слабо выраженное ограничение открывания рта, у 54,8% больных открывание рта происходило в полном объеме.

Асимметрия лица отсутствовала у 58,0% больных, слабо выраженный отек мягких тканей сохранялся в 25,8% наблюдений, умеренный – в 9,7%, значительная асимметрия сохранялась в 6,5% случаев.

У 64,5% пациентов отделяемого из раны не отмечалось, в 19,4% случаев расценивалось как скудное, у 12,9% – как умеренное и лишь в 3,2% – как значительное.

Выраженность репаративных процессов в ране по сравнению с 3-ми сутками наблюдения была значительной. Так в 51,5% случаев зафиксированы крупнозернистые грануляции, у 19,4% больных – мелкозернистые, в 16,2% – единичные грануляции в виде отдельных островков, в 12,9% – грануляции отсутствовали, но отмечалась слабо выраженная краевая эпителизация.

В 3,2% наблюдений отмечался выраженный лейкоцитоз, у 22,5% больных регистрировался умеренный лейкоцитоз, в 12,9% – слабовыраженный лейкоцитоз, у 61,3% пациентов количество лейкоцитов было в норме.

Скорость оседания эритроцитов только в одном случае 3,2% была резко увеличена, в 35,5% – умеренное увеличение СОЭ, в 25,8% незначительное, в 35,5% СОЭ находилось в пределах нормы (**табл. 3**).

Результаты лечения больных (2-й группы) традиционными методами.

Пациентам контрольной группы комплексное лечение одонтогенных флегмон мягких тканей челюстно-лицевой области проводилось по традиционной, общепринятой схеме, отличавшейся от предложенной нами только этапом дренирования. Хирургическое вскрытие гнойно-воспалительного очага с последующим дренированием перфорированными трубчатыми и ленточными дренажами с периодическим промыванием гнойной раны растворами антисептиков (1 – 2 раза в сутки).

При клиническом обследовании больных с использованием шкалы оценки степени выраженности гнойно-воспалительных процессов, было установлено, что боль в очаге воспаления, более чем у половины пациентов 48,5% имела умеренную степень выраженности, у 39,4% имела высокую интенсивность и 12,1% пациентов жаловались на незначительную боль. Воспалительная контрактура нижней челюсти в 36,4% случаев была резко выраженной, умеренная контрактура отмечалась у 45,5%. Незначительное затруднение открывания рта выявилось у

Таблица 2

Выраженность клинических симптомов заболевания у больных исследуемой группы в 3-и сутки наблюдения

Симптом	Степень выраженности симптома (в баллах)								Средний балл
	«3»		«2»		«1»		«0»		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Боль	5	16,1	10	32,3	13	41,9	3	9,7	1,55±0,16
Контрактура нижней челюсти	10	32,3	12	38,7	8	25,8	1	3,2	2,0±0,15
Инфильтрат	9	29,0	12	38,7	7	22,6	3	9,7	1,88±0,17
Экссудация	8	25,8	9	29,0	10	32,3	4	12,9	1,68±0,18
Грануляции	14	45,2	10	32,3	7	22,5	0	0	2,20±0,15
Лейкоцитоз	3	9,7	8	25,8	12	38,7	8	25,8	1,19±0,17
СОЭ	5	16,1	6	19,4	8	25,8	12	38,7	1,13±0,20
Средний балл									1,66±0,07

Таблица 3

Выраженность клинических симптомов заболевания у больных исследуемой группы в 7-е сутки наблюдения

Симптом	Степень выраженности симптома (в баллах)								Средний балл
	«3»		«2»		«1»		«0»		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боль	2	6,5	4	12,9	13	41,9	12	38,7	0,87±0,16
Контрактура нижней челюсти	1	3,2	5	16,2	8	25,8	17	54,8	0,68±0,16
Инфильтрат	2	6,5	3	9.7	8	25,8	18	58,0	0,65±0,17
Экссудация	1	3,2	4	12,9	6	19,4	20	64,5	0,55±0,15
Грануляции	4	12,9	5	16,2	6	19,4	16	51,5	0,90±0,20
Лейкоцитоз	1	3,2	7	22,5	4	12,9	19	61,3	0,67±0,17
СОЭ	1	3,2	11	35,5	8	25,8	11	35,5	1,06±0,17
Средний балл									0,77±0,03

Таблица 4

Выраженность клинических симптомов заболевания у больных контрольной группы в 1-е сутки наблюдения

Симптом	Степень выраженности симптома (в баллах)								Средний балл
	«3»		«2»		«1»		«0»		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Боль	13	39,4	16	48,5	4	12,1	0	0	2,27±0,12
Контрактура нижней челюсти	12	36,4	15	45,5	4	12,1	2	6,0	2,12±0,15
Инфильтрат	11	33,3	17	51,5	5	15,2	0	0	2,18±0,12
Экссудация	19	57,6	11	33,3	3	9,1	0	0	2,48±0,12
Грануляции	33	100	0	0	0	0	0	0	3,0
Лейкоцитоз	7	21,2	14	42,4	7	21,2	5	15,2	1,69±0,17
СОЭ	9	27,3	18	54,5	4	12,1	2	6,1	2,03±0,14
Средний балл									2,25±0,06

Таблица 5

Выраженность клинических симптомов заболевания у больных контрольной группы в 3-и сутки наблюдения

Симптом	Степень выраженности симптома (в баллах)								Средний балл
	«3»		«2»		«1»		«0»		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Боль	8	24,2	16	48,6	8	24,2	1	3,0	1,94±0,14
Контрактура нижней челюсти	9	27,3	19	57,6	3	9,1	2	6,0	2,06±0,14
Инфильтрат	10	30,3	16	48,6	5	15,1	2	6,0	2,03±0,15
Экссудация	13	39,4	10	30,3	9	27,3	1	3,0	2,06±0,16
Грануляции	20	60,6	7	21,2	6	18,2	0	0	2,42±0,14
Лейкоцитоз	4	12,1	12	36,4	8	24,3	9	27,2	1,33±0,18
СОЭ	8	24,1	16	48,6	6	18,2	3	9,1	1,87±0,16
Средний балл									1,99±0,05

12,1% пациентов, у 6,0% больных данный патологический симптом не выявлен. Степень выраженности инфильтрата была различной: у 33,3% пациентов, инфильтрат был резко выражен и распространялся за пределы одной анатомической области, у 51,5% воспалительный инфильтрат имел умеренную степень выраженности и у 15,2% больных инфильтрат был слабо выраженным.

Степень выраженности экссудации в большинстве случаев была значительной 57,6%, у 33,3% обследованных больных экссудация имела умеренный характер, в 9,1% отмечалось скудное гнойное отделяемое.

Лейкоцитоз у 21,2% пациентов был ярко выражен и значительно превышал значение верхней границы «нормы», умеренный лейкоцитоз был выявлен у 42,4% обследуемых, в 21,2% у больных степень лейкоцитоза была выражена незначительно. У 15,2% наблюдаемых пациентов количество лейкоцитов не превышало норму.

Скорость оседания эритроцитов у 27,3% пациентов, была значительно увеличена, в 54,5% наблюдалось умеренное увеличение СОЭ, незначительное ускорение оседания эритроцитов отмечалось в 12,1% случаев, у небольшой доли пациентов 6,1%, СОЭ был в пределах нормы (**табл. 4**).

На 3-и сутки наблюдения болевые ощущения высокой интенсивности в очаге гнойного воспаления отмечали 24,2% больных, 48,6% – расценивали болевые ощущения как умеренные, слабая боль беспокоила 24,2% пациентов, в 3,0% болевые ощущения отсутствовали.

В 27,3% случаев сохранялась выраженная контрактура нижней челюсти, у 57,6% – умеренная, в 9,1% – незначительная, в 6,0% случаев движения нижней челюсти происходили без ограничения.

Выраженная асимметрия лица за счет инфильтрата и послеоперационного отека сохранялась у 30,3% больных, умеренный инфильтрат – у 48,6%, незначительный инфильтрат – 15,1%, у 6,0% пациентов инфильтрат отсутствовал.

У 39,4% наблюдаемых больных отделяемое из раны

Таблица 6

Выраженность клинических симптомов заболевания у больных контрольной группы в 7-е сутки наблюдения

Симптом	Степень выраженности симптома (в баллах)								Средний балл
	«3»		«2»		«1»		«0»		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Боль	3	9,1	8	24,3	16	48,5	6	18,1	1,24±0,15
Контрактура нижней челюсти	2	6,1	10	30,3	12	36,4	9	27,2	1,15±0,16
Инфильтрат	3	9,1	8	24,3	18	54,5	4	12,1	1,30±0,14
Экссудация	3	9,1	11	33,3	14	42,4	5	15,2	1,36±0,15
Грануляции	6	18,2	10	30,3	11	33,3	6	18,2	1,48±0,17
Лейкоцитоз	2	6,1	12	36,4	9	27,2	10	30,3	1,18±0,17
СОЭ	3	9,1	13	39,3	12	36,4	5	15,2	1,42±0,15
Средний балл									1,30±0,02

носило гнойный характер, по объему было обильным, в 30,3% случаев экссудация была умеренной, незначительная экссудация отмечалась у 27,3%, в 3,0% наблюдений экссудации не отмечалось.

В 21,2% наблюдений при осмотре послеоперационной раны отмечались грануляции в виде отдельных мелких единичных островков, у 18,2% пациентов отмечались мелкозернистые грануляции, у 60,6% роста грануляционной ткани не отмечалось.

Лейкоцитоз у 21,2% пациентов был ярко выражен и значительно превышал значение верхней границы «нормы», умеренный лейкоцитоз был выявлен у 36,4% обследуемых, в 21,2% у больных степень лейкоцитоза была выражена незначительно. У 21,2% наблюдаемых пациентов количество лейкоцитов не превышало норму.

Скорость оседания эритроцитов у 24,1% пациентов, была значительно увеличена, в 48,6% наблюдалось умеренное увеличение СОЭ, незначительное ускорение оседания эритроцитов отмечалось в 18,2% случаев, у небольшой доли пациентов – 9,1%, СОЭ был в пределах нормы (**табл. 5**).

На седьмые сутки лечения, болевые ощущения высокой интенсивности в ране сохранялись у 9,1% пациентов, 24,3% больных отмечали умеренные болевые ощущения, 48,5% наблюдаемых беспокоила слабая боль, у 18,1% боль отсутствовала. В 6,1% случаев сохранялась выраженная контрактура нижней челюсти, у 30,3% – умеренная, в 36,4% – незначительная, в 27,2% случаев движения нижней челюсти происходили без ограничения.

Асимметрия лица за счет инфильтрата и послеоперационного отека сохранялась у 9,1% больных, умеренный инфильтрат – у 24,3%, незначительный инфильтрат – 54,5%, у 12,1% пациентов инфильтрат отсутствовал.

У 9,1% наблюдаемых больных имелось обильное гнойное отделяемое из раны, в 33,3% случаев экссудация была умеренной, незначительная экссудация отмечалась у 42,4%, в 15,2% наблюдений экссудации не отмечалось.

В 21,2% наблюдений при осмотре послеоперационной раны отмечались грануляции в виде отдельных мелких единичных островков, у 18,2% пациентов отмечались мелкозернистые грануляции, у 60,6% роста грануляционной ткани не отмечалось (**табл. 6**).

Итого: на основании полученных нами баллов в обеих группах суммарная оценка местных симптомов, показателей периферической крови и выраженности репаративных процессов в ране, составлена сводная таблица и выведены средние баллы по всем симптомам (**табл. 7**):

Таблица 7

Сводная таблица

Симптомы	Группа наблюдения	Сутки наблюдения		
		1-е	3-е	7-е
Боль	I	2,25±0,11	1,55±0,16	0,87±0,16
	II	2,27±0,12	1,94±0,14	1,24±0,15
Контрактура	I	2,16±0,17	2,00±0,15	0,68±0,16
	II	2,12±0,15	2,06±0,14	1,15±0,16
Инфильтрат	I	2,25±0,12	1,88±0,17	0,65±0,17
	II	2,18±0,12	2,03±0,15	1,30±0,14
Экссудация	I	2,48±0,12	1,68±0,18	0,55±0,15
	II	2,48±0,12	2,06±0,16	1,36±0,15
Лейкоцитоз	I	1,38±0,20	1,19±0,17	0,67±0,17
	II	1,69±0,17	1,33±0,18	1,18±0,17
СОЭ	I	1,80±0,15	1,13±0,20	1,06±0,17
	II	2,03±0,14	1,87±0,16	1,42±0,15
Грануляции	I	3,0	2,20±0,15	0,90±0,20
	II	3,0	2,42±0,14	1,48±0,17
Средний балл	I	2,19±0,09	1,66±0,07	0,77±0,03
	II	2,25±0,06	1,96±0,05	1,30±0,02

Таким образом, у больных исследуемой группы средний балл изменился от 2,19±0,09 до 0,77±0,03. Средний балл в контрольной группе изменился с 2,25±0,06 до 1,3±0,02. Наименьшие изменения отмечены в следующих подразделах: лейкоциты – (1,38±0,20 до 0,67±0,17 исследуемая группа), СОЭ – (1,8±0,15 до 1,06±0,17 исследуемая группа), лейкоциты – (1,69±0,17 до 1,18±0,17 контрольная группа), СОЭ – (2,03±0,14 до 1,42±0,15 контрольная группа).

Выводы.

1. Болевые симптомы в 1-й и 2-й группах на первые сутки были практически одинаковыми (2,25±0,11 – 2,27±0,12), а уже к 7-м суткам в

1-й группе ниже в два раза, по сравнению с 2-й (0,87±0,16 – 1,24±0,15).

2. Воспалительная контрактура при поступлении в хирургическое отделение в обеих группах имела схожие данные (2,16±0,17 – 2,12±0,15), к 7-суткам баллы существенно отличались (0,68±0,16 – 1,15±0,16), воспалительный инфильтрат на первые сутки имел такие баллы (2,25±0,12 – 2,18±0,12), на 7-е сутки в первой группе баллы были ниже в два раза (0,65±0,17 – 1,30±,14).

3. Экссудация в первые сутки имела одинаковые баллы, на 7-е отличалась более чем в два раза (0,55±0,15 – 1,36±0,15). Показатели периферической крови имели незначительные колебания в обеих группах, но к 7-м суткам в 1-й группе положительная динамика была выражена сильнее. Рост грануляционной ткани на 1-е отсутствовал в 100% в обеих группах, к 7-м суткам показатели в 1-й группе были ниже в полтора раза, по сравнению с 2-й (0,9±0,20 – 1,48±0,17).

4. Предложенный нами метод дренирования, в комплексном лечении одонтогенных флегмон, является более качественным и более эффективным, по сравнению с традиционными методами дренирования, что подтверждается данными итоговой таблицы.

5. Использование модифицированной бальной шкалы оценки тяжести гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области в динамике, по нашему мнению является показательной и позволяет установить, что при распространении гнойного процесса (показатель диагностического теста больше 1,0), необходима коррекция комплексного лечения, как медикаментозного, так и хирургического.

Перспективы дальнейших исследований: Проведенные исследования определяют перспективное направление в разработке новых методов дренирования гнойных ран, повышающих эффективность лечения у больных с гнойно-воспалительными процессами в челюстно-лицевой области.

Литература

1. Агапов В. С. Современный подход к выбору способов комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / В. С. Агапов, В. В. Шулаков // Стоматология для всех. – 1999. – № 1(6). – С. 20-22.
2. Астохова Ю. Р. Диагностика и прогнозирование течения воспалительного процесса челюстно-лицевой области / Ю. Р. Астохова, В. А. Коробкин, М. М. Соловьёв // Материалы XII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». – СПб., 2007. – С. 30-31.
3. Гайворонская Т. В. Оптимизация лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Т. В. Гайворонская. – Москва, 2008. – 37 с.
4. Дрегалкина А. А. Пути повышения эффективности диагностики и лечение одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14. 00. 21 «Стоматология» / А. А. Дергалкина. – Екатеринбург, 2004. – 20 с.
5. Забелин А. С. Особенности клиники и комплексного лечения больных с флегмонами лица и шеи в зависимости от выраженности синдрома эндогенной интоксикации : автореф. дис. на соискание науч. степени доктора мед. наук : спец. 14. 00. 21 «Стоматология» / А. С. Забелина. – Смоленск, 1997. – 45 с.
6. Левенец А. А., Чучунов А. А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области / А. А. Левенец, А. А. Чучунов // Стоматология. – 2006. – № 3. – С. 27-29.
7. Соловьёв М. М. Общие принципы диагностики и лечения абсцессов и флегмон. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: руководство для врачей / М. М. Соловьев – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002 – С. 267-291.
8. Пат. України на корисну модель № 50436 A61M 27/00, A61B 17/00, A61B 19/00. Пристрій для дренування гнійних ран щелепно-лицьової локалізації / Малевич О. Є., Гребенченко О. І., Шарипов М. В., Ідашкина Н. Г. – заяв. 07.12.2009; опубл. 10. 06. 2010, Бюл. № 11.
9. Пат. України на корисну модель № 50020 A61B 17/00, A61B 19/00. Пристрій для дренування гнійних ран щелепно-лицьової локалізації / Малевич О. Є., Шарипов М. В. -заяв. 02. 11. 2009; опубл. 25.05.2010, Бюл. №10.
10. Основные направления патогенетической терапии одонтогенных флегмон / Г. П. Тер-Асатуров, Т. П. Иванюшко // Материалы X Международной конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПБ-2005. – С. 181-182.
11. Шаргородский А. Г. Частота воспалительных заболеваний лица и шеи (по материалам Смоленской области) / А. . Г. Шаргородский // Стоматология. – 1984. – № 4. – С. 28-30.

УДК 616. 716-002. 36:616-001. 1-002. 3-089. 48

ВИКОРИСТАННЯ БАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОЦІНЮВАННЯ ВАЖКОСТІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ДРЕНУВАННЯ

Шарипов М. В.

Резюме. Для оцінки важкості перебігу гнійно-запальних процесів, нами було запропоновано використання комплексу оцінки місцевих симптомів: біль у вогнищі запалення, запальна контрактура нижньої щелепи, вираженість набряку м'яких тканин, об'єм раневого ексудату. Показники периферичної крові: лейкоцитоз, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ). Також ми оцінювали ступінь репаративних процесів в післяопераційній рані: характер і кількість грануляції. У дослідженні брало участь 64 хворих, розділених на дві групи: У 1-ій групі – 31 людина, використовувався пристрій для дренування гнійних ран запропонованої

нами конструкції, в 2-ій групі – 33 людини, використовувалися традиційні трубчасті дренажі. Отримані нами дані, дозволяють прогнозувати і оцінювати характер перебігу гнійного процесу.

Ключові слова: гнійно-запальні захворювання, бальна система оцінки, біль, інфільтрат, ексудат, кров, грануляція, дренажі, пристрій, прогноз.

УДК 616. 716-002. 36:616-001. 1-002. 3-089. 48

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ГНОЙНО –ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ДРЕНИРОВАНИЯ

Шарыпов М. В.

Резюме. Для оценки тяжести течения гнойно-воспалительных процессов, нами было предложено использование комплекса оценки местных симптомов: боль в очаге воспаления, воспалительная контрактура нижней челюсти, выраженность отека мягких тканей, объем раневого экссудата. Показатели периферической крови: лейкоцитоз, скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Также мы оценивали степень репаративных процессов в послеоперационной ране: характер и количество грануляций. В исследовании участвовало 64 больных, разделенных на две группы: в 1-й группе 31 человек, использовалось устройство для дренирования гнойных ран предложенное нами, во 2-й группе 33 человека, использовались традиционные трубчатые дренажи. Полученные нами данные, позволяют прогнозировать и оценивать характер течения гнойного процесса.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания, балльная система оценки, боль, инфильтрат, экссудат, кровь, грануляции, дренажи, устройство, прогноз.

UDC616. 716-002. 36:616-001. 1-002. 3-089. 48

Grade System Use in Evaluation of Severeness of Purulence Inflammation at Maxillofacial Area with Different Types of Drainage Systems

Sharypov M. V.

Abstract. Odontogenic phlegmons of maxillofacial area are one of principal problem of surgical dentistry and maxillofacial surgery. Draining of purulent wounds is one of the most popular methods of treatment of phlegmons and abscesses which is taken to providing of outflow from a wound.

Objective: to conduct the comparative estimation of efficiency of draining of odontogenic phlegmons of maxillofacial area by traditional methods and by the use of device for draining of purulent wound of own construction, utilizing a ball scale.

Materials and methods. Conducted general clinical and laboratory research methods of 64 patients with odontogenic phlegmons of maxillofacial area: 43 (67,2 %) men and a 21 (32,8 %) woman in age from 18 to 55 years. Patients were divided into two groups: the first main group (31 patients) included patients with odontogenic phlegmons who was treated by traditional methods of draining, the second (comparison group – 33 patients), patients with odontogenic phlegmons who was treated by the use of device for draining of purulent wound of own construction. All patients were without concomitant pathology.

For the estimation of intensity of inflammation at the patients were chosen and appraised next signs: presence and intensity of pain in the area of inflammation, degree of expressed of inflammatory contracture to the lower jaw, presence and intensity of infiltration, presence, volume and character of exudates in the wound after excision, character of granulations.

Results. Grade-rating system for evaluation of the pyoinflammatory diseases severity of the maxillofacial area in different types of drainage. To assess the severity of the inflammatory processes we suggested the use of local symptom complex: pain in the inflammation region, inflammatory contracture of the lower jaw, severity of soft tissues edema, wound exudate volume. Peripheral blood criteria: leukocytosis, erythrocyte sedimentation rate (ESR). The degree of reparative regeneration processes in the postoperative wound, more specifically the nature and amount of granulation also were evaluated. Sixty-four patients were included in current study. A subgroup of 31 patients, which were treated with device for purulent wounds drainage of our recommendation were formed. Remaining group of 33 people were treated with traditional pipe drainage. Our data allow predicting and appraising the flow pattern of purulent process. The method of draining offered by us for the complex treatment of odontogenic phlegmons is more high-quality and more effective, as compared to the traditional methods of draining, that is confirmed results of research. The use of the modified grade-rating scale of estimation of severity of pyoinflammatory processes of maxillofacial area in a dynamics is significant and allows to determine that at extension of purulent process (index of diagnostic test more than 1,0) the correction of complex treatment both medicinal and surgical is needed.

The conducted researches determine perspective direction of development of new methods of draining of purulent wounds; improve efficiency of treatment at patients with pyoinflammatory processes in a maxillofacial area.

Key words: purulent wound, grade-rating, pain, infiltration, exudates, blood, granulation, drainage device, prediction.

Рецензент – проф. Ткаченко П. І.

Стаття надійшла 17. 02. 2014 р.