

**В. О. Маланчук<sup>1</sup>, А. В. Сидоряко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
Київ, Україна

<sup>2</sup>Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»  
Запоріжжя, Україна

**V. A. Malanchuk<sup>1</sup>, A.V. Sidoryako<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»  
Zaporizhzhia, Ukraine

## ОЦІНКА ДИНАМІКИ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

### Evaluation of dynamics of inflammatory process in patients with flegmones of shell-facial plants

#### Резюме

Сучасні погляди на методи діагностики та лікування хворих на одонтогенні запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки та шиї було і залишається однією з актуальних проблем, які є частим виникненням ускладнень, що призводять до порушень у зубо-щелепній системі і можуть бути прямою загрозою життю хворого.

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність оцінки динаміки гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки, за допомогою використання об'єктивних клінічних ознак зміни меж набряку інфільтрації.

**Матеріали та методи.** Проведено діагностику та комплексне лікування 120 хворих на одонтогенні флегмони, які перебували на стаціонарному лікуванні. Хворі були розподілені на 2 групи: група I – 60 хворих, лікування яких проводилося традиційним методом. Група II – 60 пацієнтів, у яких до стандартної терапії додані були сучасні методи лікування, регіонарне введення антибіотиків, вакуумне дренирування гнійної рани та плазмоліфтинг на стадії репарації.

**Висновки.** Запропонований спосіб є простим, достовірним та не потребує коштовного обладнання та дає можливість спрогнозувати розвиток захворювання тільки по клінічним вимірам об'єму запалення

**Ключові слова:** щелепно-лицева ділянка, флегмона, аутоплазма, тромбоцити, оцінка динаміки запального процесу.

#### Abstract

Modern and glance at the methods of diagnosis and treatment of patients with odontogenic inflammatory diseases of the maxillofacial area and neck was and remains one of the pressing problems that are frequent complications that lead to disorders in the tooth-jaw system, and can be a direct life-threatening ill.

**Purpose of the study.** To increase the effectiveness of treatment of phlegmon of maxillofacial area and neck due to the active evaluation of the dynamics of the inflammatory process comparing a specific patient with standard indicators changes in the limits of edema of infiltration.

**Materials and methods.** We carried out diagnostics and complex treatment of 120 patients with odontogenic phlegmons, who were in hospital treatment. The patients were divided into 2 groups: group I – 60 patients, treatment of which was carried out by the traditional method. Group II – 60 patients, modern treatment methods regional administration of antibiotics, vacuum drainage of purulent wound and plasmolifting at the stage of reparation, were added to their standard therapy.

**Conclusions:** The proposed method is simple, reliable and does not require expensive equipment and makes it possible to predict the development of the disease only by clinical measurements of the volume of inflammation.

**Keywords:** maxillofacial area, phlegmon, autoplasm, platelets, evaluation of the inflammatory process dynamics.

#### ВСТУП

Сучасні погляди на методи діагностики та лі-

кування хворих на одонтогенні запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки та шиї були і залишається однією з актуальних проблем, які

є частим виникненням ускладнень, що призводять до порушень у зубо-щелепній системі і можуть бути прямою загрозою життя хворого [1–3]. Запальні захворювання обличчя та шиї мають інфекційну природу та протікають, за участю мікроорганізмів, більшість з яких входить до складу нормальної мікрофлори шкірних покривів та слизової оболонки порожнини рота. При порушенні цілісності шкірних покривів та слизової оболонки порожнини рота, ураженні крайового пародонту, а також при руйнуванні твердих тканин зуба з розкриттям його порожнини вони проникають в підлеглі тканини, викликаючи запальний процес [4, 5].

Відзначається неухильне зростання прогресуючих флегмон, що поширюються на кілька клітинних просторів, що призводить до тяжких ускладнень – контактного медіастиніту, тромбозу кавернозного синуса твердої мозкової оболонки, сепсису [6–8]. Незважаючи на активну багатокомпонентну терапію, зусилля хірургів, реаніматологів, колосальні витрати на лікування таких хворих у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, не завжди вдається зберегти їх життя. Тому вкрай важливою є адекватна оцінка стану пацієнта, яка необхідна для вчасної корекції терапії та визначення тактики лікування в кожному індивідуальному випадку, коли рахунок часу йде на години [9, 10].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Підвищити ефективність оцінки динаміки гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки, за допомогою використання об'єктивних клінічних ознак зміни меж набряку інфільтрату.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Всі процедури, що проводилися в дослідженні, за участю пацієнтів, відповідали етичним стандартам інституційного та національного дослідницького комітету, а також Гельсінкської декларації 1975 року та її перегляду 1983 року.

Для лікування хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки та шиї, за допомогою способу оцінки динаміки запального процесу у хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки шляхом контролю динаміки змін ознак запалення, за допомогою вимірювань. Використовували «Спосіб оцінки динаміки запального процесу у хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки» № u201900530, МПК А61 В5/00 від 18.01.19 р., який забезпечує спрощення контролю при збереженні достовірності результатів, а також можливість проводити вчасну корекцію тактики лікування у пацієнтів на всіх етапах протікання запального захворювання.

Нами було проведено діагностику та комп-

лексне лікування 120 хворих на одонтогенні флегмони, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії на базі кафедри хірургічної та терапевтичної стоматології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

Хворі були розподілені на 2 групи: група I – 60 хворих, лікування проводилося типовим методом. Група II – 60 пацієнтів, у яких до лікування додані були сучасні методи лікування. У хворого визначали крайні точки на протилежних межах здорових тканин та інфільтрату, які вимірюють, за допомогою механічного курвиметру, відстань між цими точками до операції (вважаємо вимірюванням першої доби), потім на 3, 5, 7 добу після операції, та за отриманими величинами, поетапно, на 1, 3, 5, 7 добу будують криві змін цієї відстані, порівнюють їх з кривою «норми» при неускладненому протіканні процесу.

Криву «норми» при неускладненому протіканні процесу (рис. 1), яка є кривою порівняння, було отримано внаслідок проведення власного дослідження та розрахунку середнього результату при спостереженні 60 хворих з типовим, неускладненим перебігом флегмони щелепно-лицевої ділянки. Криву, що відповідає перебігу хвороби без ускладнень, будували таким чином. Пацієнтів об'єднували в групу, яку складали люди з неускладненим протіканням запального процесу та традиційним методом лікування.

Проводили виміри всім пацієнтам з запальним процесом розмірів інфільтрату, загальну суму ділили на кількість хворих та отримали цифру, яку можна вважати середньою величиною поширеності запального процесу при неускладненому перебігу з групи, цю середню величину визначали на 1, 3, 5, 7 добу в визначеній групі. Будували криву відповідності розміру запального процесу від дня протікання захворювання та порівнювали криву норми з кривою, побудованою, за результатами вимірювань у хворих з другої групи.

Після визначення та підрахунку середніх величин в групі результати наносили на осі ординат, де «Х» відповідає дням зняття показань, а «У» – розміру інфільтрату у сантиметрах. Після накладання величин на осі ординат отримали криву типового перебігу. Це середня цифра, яка відображає розповсюдження запального процесу в групі при неускладненому протіканню.

При надходженні в стаціонар всім хворим другої групи виконували комплексне обстеження. Оперативне втручання проводили, за загальноприйнятою методикою під місцевою анестезією, або загальним знеболенням в залежності від поширеності запального процесу і полягала вона в широкому розтині та дренажуванні гнійного вогнища. Під час розтину флегмони видаляли «причинний» зуб, який був джерелом інфекції. Проводили цитологічний контроль стану рани,

як критерій динаміки стану рани та ефективності проведеної терапії, в два етапи: 1 – після розтину і дренивання гнійного вогнища, 2 – на 6 добу лікування. В післяопераційному періоді рану щодня промивали розчинами антисептиків і в неї на 3 добу вводили протеолітичні ферменти. Для лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки та шиї на стадії ексудації було застосовано активне дренивання гнійних порожнин. Використовували «Спосіб дренивання гнійних ран щелепно-лицевої ділянки та пристрій для його дренивання» заявка № а2018 02696, МПК А61М 27/00 (2006.01) від 16.03.18 року.

З перших годин перебування в стаціонарі всі госпіталізовані отримували антибактеріальну терапію, незалежно від локалізації та поширеності інфекційно-запального процесу. При виборі місця лімфотропного введення антибактеріальних препаратів ми виходили з регіонарного принципу на підставі наявних даних літератури

про будову лімфатичної системи щелепно-лицевої ділянки з урахуванням анатомо-фізіологічного принципу лімфовідтоку.

У всіх пацієнтів була відсутня будь-яка супутня патологія, яка могла б вплинути на загоєння післяопераційних ран. Всім пацієнтам на фоні продовження лікування післяопераційних ран виконували локальне введення аутологічної PRP. Приготування та введення збагаченої аутоплазми проводили по методиці «Спосіб лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки та шиї в стадії проліферації» заявка № u 2018 06935, МПК А61 К 35/00 (2006.01) від 20.06.18 року, який передбачає використання тромбоцитарної аутоплазми, як регенеруючого засобу. На всіх етапах лікування знімали результати вимірювань, як заявлено.

Розраховували середню величини розповсюдження запального процесу у II групі та наносили на осі ординат (рис. 2).

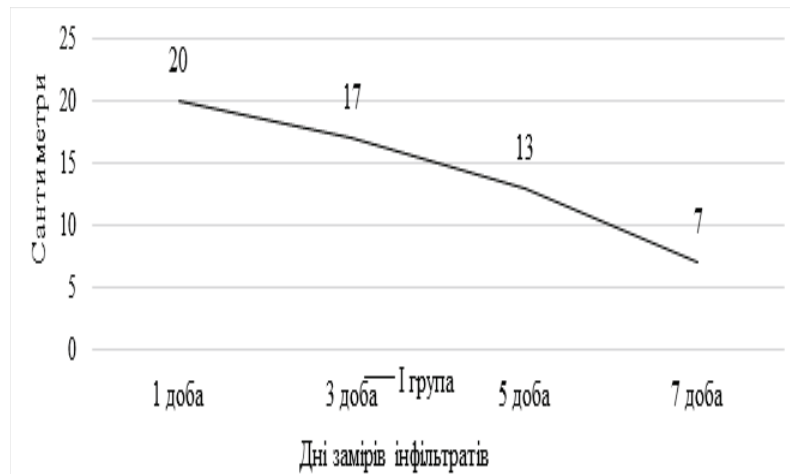


Рис. 1. Крива динаміки запального процесу у I групі

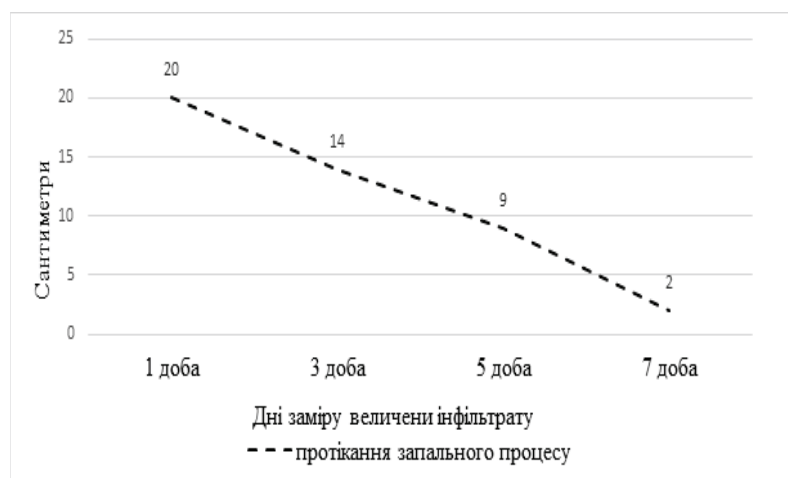


Рис. 2. Крива динаміки запального процесу у II групі

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Спостереження показників, після порівняння даних середні величини, наносять на один гра-

фік. Далі отримані результати у конкретного пацієнта чи групи порівнювали з даними типового перебігу процесу. Ці данні відображають розвиток запального процесу в позитивну чи негатив-

ну сторону в групі або персонально для кожного пацієнта (рис. 3).

Як видно з графіку терміни розвитку та купіровання запального процесу у другій групі були значно меншими в порівнянні з першою групою хворих. Також були хворі у яких запальний процес не зупинився в первинних межах та як відображається на графіку відхилення в бік зростання отриманої кривої від кривої норми в середньому на 5–8 сантиметрів діагностували розвиток ускладнень та коригували тактику лікування, а саме змінюють підхід до антибактеріальної терапії та проводили додаткові оперативні втручання з приводу розкриття нових просторів та ревізії вже відкритих порожнин.

## ВИСНОВКИ

1. Запропонований спосіб є простим, об'єктивним, достовірним та не потребує коштовного обладнання, багато часу на проведення дослідження або довгого очікування результату.
2. Можливо спрогнозувати розвиток захворювання тільки по клінічним вимірам розміру зовнішніх кордонів запального інфільтрату та вчасно і адекватно реагувати на відхилення кривої, проводити мотивовані додаткові оперативні втручання.

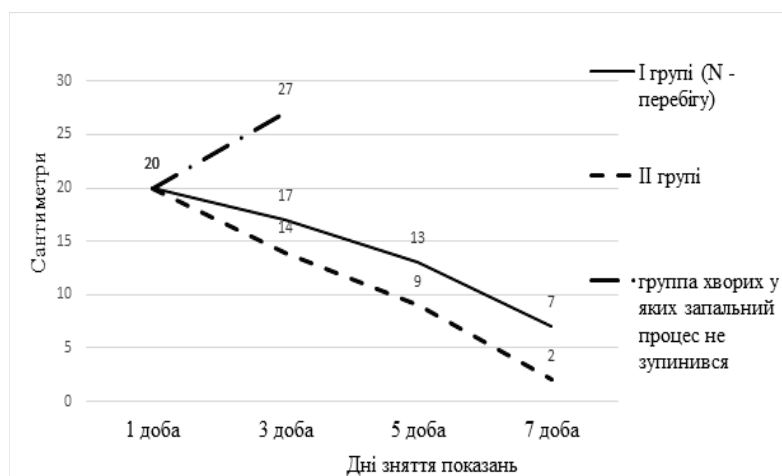


Рис. 3. Графік порівняння динаміки зміни розмірів запальних інфільтратів двох груп хворих

## ЛІТЕРАТУРА

1. Bida RY. Clinical substantiation of the improvement of the method of diagnosis and treatment of acute purulent odontogenic inflammatory processes of the maxillofacial area. PhD, 2018, Uzhgorod, Ukraine.
2. Bernadsky YI, Shestakov YN, Kozlov VN. A method for the simultaneous flow-through drainage of deep facial cellular spaces with odontogenic phlegmons. *Stomatologiya*. 1989; 2: 29–31.
3. Dzhumabaev SU, Khakimov VA. Lymphatic corrective immunotherapy. *Limfologiya*. 1994; 1: 62–80.
4. Bazhanov NN, Kozlov VA, Maksimovskiy YM. Condition and prospects of prevention and treatment of purulent inflammatory diseases of the facial area. *Stomatologiya*. 1996; Spets. Vypusk: 38.
5. Egorova OA. Features of the clinical course of odontogenome diastinitis, due to the mechanism of its development. PhD, 2002, St. Petersburg, Russian Federation.
6. Jumabayev SU, Buyanov VM, Danilov Kyu. Experimental and clinical substantiation of lymphotropic antibiotic therapy in surgery. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1987; 1: 14–17.
7. Dolidze DD, Mumladze RB, Shishlo VK. The possibilities of lymphotropic therapy for the prevention and treatment of the thyroid gland inflammatory diseases. *Flebolimfologiya*. 2003; 18: 14–16.
8. Zarichansky VA, Khalatyan SM, Gotsiridze ZP et al. Contact purulent mediastinitis – clinic, diagnosis and treatment. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal «Khirurg»*. 2009; 3: 46–53.
9. Efimenko NA, Chernekhovskaya NE, Vyrenkov YE. Guide to clinical lymphology. Moscow, RMAPO, 2001.
10. Malanchuk VA et al. Surgical dentistry and maxillofacial surgery: a textbook. Vol. 2. Kyiv, Logos, 2011.

Стаття надійшла до редакції 21.02.2019