

группа включала обследование и хирургическую обработку ран, четвертая – косметическую и функциональную реабилитацию раненых.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кравцевич Л.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оториноларингологии, стоматологии*

Лечение больных с флегмонами челюстно-лицевой области представляет значительные трудности в связи со значительным ростом числа больных с тяжелыми формами, учащением случаев генерализации инфекции, а также изменением видовой специфики и вирулентности микроорганизмов.

**Целью** исследования явилось изучение эффективности применения низкоинтенсивного лазерного излучения при лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

**Материал и методы исследования.** Проведено лечение 60 больных с флегмонами ЧЛО в возрасте от 16 до 70 лет. Больные были распределены на 2 группы по 30 человек – основную и контрольную. Основным методом лечения у всех больных было широкое вскрытие и дренирование гнойных очагов и санация источника инфекции. Медикаментозная терапия включала антибактериальные, противовоспалительные десенсибилизирующие и дезинтоксикационные средства. Больным основной группы через сутки после оперативного вмешательства назначали лазерную терапию. Облучение ран осуществляли аппаратом лазерным терапевтическим Родник-1 с длиной волны 670+20 нм, плотность мощности лазерного излучения 120-150 мВт/см<sup>2</sup>, время экспозиции 5-10 мин.

Для объективной оценки эффективности лечения проводились клинико-лабораторные биохимические, бактериологические, иммунологические, цитологические исследования мазков отпечатком с поверхности ран. Учитывали сроки исчезновения отека, рассасывания инфильтрата, прекращения выделения гноя из раны, появления грануляций и эпителизации раны.

При исследовании мазков определяли: клеточный состав раневого отделяемого, количество и характер микрофлоры, признаки завершенного и незавершенного фагоцитоза. Мазки-отпечатки брали с поверхности послеоперационных ран во время операции, через 1, 3, 7 и 9 суток от начала лечения.

**Результаты и обсуждение.** Анализ и обработка клинического материала свидетельствуют, что у больных основной группы инфильтрат рассасывался в среднем через 8,4+0,7 дня, в контрольной группе – через 11,2+0,6 дня. Отделяемое из раны прекращалось через 6,5+0,5 дня, а у пациентов контрольной группы – через 7,5+0,4 дня. Образование грануляций начиналось через 7,2+0,4 дня, в контрольной группе – через 8,9+0,2 дня.

При проведении цитологического исследования гнойных ран через сутки с момента оперативного вмешательства цитологическая картина отделяемого гнойных ран в обеих группах характеризовалась резкой воспалительной реакцией. В мазках отпечатках среди большого числа неизмененных эритроцитов выявлялись полиморфно-ядерные лейкоциты в стадии дегенерации. В значительном количестве определяли кокковую флору. После 6-7 сеансов применения низкоинтенсивного лазерного излучения количество микробов снижалось до единичных в препарате, определялось большое количество моноцитарных клеток, макрофагов.

**Выводы.** Таким образом, применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексной терапии флегмон челюстно-лицевой области способствует более эффективному проведению лечения и реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Левенец, А.А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области / Левенец А.А., Чучунов А.А. // Стоматология. – 2006. – № 3. – С.27-29.

2. Буйлин, В.А. Низкоинтенсивные лазеры в хирургии: реальность и перспективы / В.А. Буйлин, Е.И. Брехов, В.И. Брыков // Анналы хирургии. – 2003. – № 2. – С.8-10.

## ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

**Кравцович Л.А., Радевич А.П., Колесник В.И., Солтан Л.Г.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оториноларингологии, стоматологии*

*Гродненская областная клиническая больница, Беларусь*

Проблема лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области остаётся актуальной до настоящего времени. Наиболее распространёнными среди этой группы больных являются одонтогенные флегмоны.

Аnestезии при операциях в челюстно-лицевой области относятся к категории высокого риска сложности в связи с особенностями анестезиологического обеспечения.

**Цель работы:** обоснование методов обеспечения проходимости дыхательных путей и повышения безопасности анестезиологического пособия у больных с флегмонаами челюстно-лицевой области.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 68 больных – 49 мужчин (72,1%), 19 женщин (27,9%) в возрасте от 16 до 70 лет с одонтогенными флегмонаами лица и шеи, распространяющиеся на 2 и более клетчаточных пространства. По физическому состоянию около 68% составили пациенты 1-2 класса ASA, и около 32% – больные 3-4 класса ASA. Оценка верхних дыхательных путей проводилась по шкале Маллампatti: около 26% пациентов относились ко 2-му классу, около 74% пациентов относились к 3-4 классам.

**Результаты.** У 42 пациентов после внутривенной седации, которая включала в себя применение фентанила, дроперидола и небольших доз кетамина (из расчёта 1мг/кг), и проведение прямой ларингоскопии, визуализировался край надгортанника, а при надавливании на горло можно было увидеть край голосовой щели. У этих больных удавалась оротрахеальная интубация с применением стилета-проводника, введённого в ЭТТ и последующее проведение общей анестезии с применением ИВЛ.

У 10 пациентов с целью предупреждения проходимости дыхательных путей во время индукции в анестезию назотрахеальную интубацию проводили на спонтанном дыхании с внутривенной седацией и сохранённом сознании. У всех этих больных отмечены разные ответные реакции со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, что было обусловлено психоэмоциональным напряжением. Помимо этого, у данных пациентов, даже при нормальном открывании рта наблюдалось сужение ротоглотки, увеличение объёма и дистальное смещение языка, ухудшение его подвижности, выраженная отёчность тканей вокруг нижней челюсти.

В 12 случаях при проведении общей анестезии по эндотрахеальной методике интубация трахеи изначально выполнялась при помощи фибробронхоскопа, т.к. предполагалась облигатная трудная интубация (ИТИ-5 и более). Клинический анализ анестезий показал, что интубация трахеи при помощи фибробронхоскопа является альтернативным методом, позволяющим избежать трудностей при интубации трахеи.

У 4 больных, в связи с обширными поражениями и распространённостью процесса обеспечить проходимость дыхательных путей во время анестезии всеми вышеперечисленными методами не представлялось возможным. В связи с этим до начала анестезии была выполнена трахеотомия с последующей интубацией трахеи.

**Выходы.** Таким образом, при проведении эндотрахеального наркоза у больных с тяжёлыми флегмонаами челюстно-лицевой области необходимо тщательно запланировать анестезию и обеспечить её безопасность, т.к. пациент в этой ситуации