

у детей с клиническим фенотипом АР+БА и изолированный АР подтверждает доминирующую роль мажорных компонентов аллергена КДП rDer p1 и rDer p2 в формировании иммунного ответа против КДП. Полученные результаты будут полезны в целях определения показаний и оценки эффективности аллергенспецифической иммунотерапии детям с АР и в сочетании АР с коморбидными АЗ.

Литература:

1. Pawankar, R. Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action / R. Pawankar // World Allergy Organ J. – 2014. – Vol. 7 (1). – P. 12. doi: 10.1186/1939-4551-7-12.
2. EAACI Molecular Allergology User's Guide / P. M. Matricardi [et al.] // Pediatr Allergy Immunol. – 2016. – Vol. 2, № 23. – P. 1–250.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Черняк Л. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Гнойно-воспалительные процессы занимают ведущее место в клинике современной челюстно-лицевой хирургии. По данным ряда исследователей, количество пациентов с воспалительными заболеваниями, госпитализированных в специализированные челюстно-лицевые стационары, составляет до 60-70%. Среди них подавляющее большинство – это пациенты с флегмонами лица и шеи (60-80%) [1, 2]. В последние годы отмечается утяжеление протекания острой гнойной инфекции, изменение клинического течения данной патологии, агрессивное распространение гнойно-воспалительного процесса на соседние клетчаточные пространства, увеличение числа осложнений [3].

Основной метод лечения флегмон челюстно-лицевой области – хирургический – вскрытие и дренирование гнойного очага. Но хорошие результаты лечения пациентов зависят не только от хирургического, но и от последующего адекватного местного лечения.

Существует множество способов лечения флегмон челюстно-лицевой области и клетчаточных пространств шеи, но все они недостаточно эффективны. В связи с этим возникает необходимость разработки более эффективных способов воздействия на гнойно-некротический воспалительный очаг при флегмонах челюстно-лицевой области и глубоких клетчаточных пространств шеи.

Цель исследования. Совершенствование методики лечения флегмон челюстно-лицевой области и глубоких клетчаточных пространств шеи.

Материал и методы. На базе отделения гнойной челюстно-лицевой хирургии УЗ «Гродненская университетская клиника» разработана методика комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области и глубоких пространств шеи. Разработанный способ применен у 32 пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Среди пациентов был 31 мужчина (65,6%) и 11 (34,4%) женщин. Средний возраст пациентов – 36,5 (23; 46,5). Все пациенты были госпитализированы в стационар в экстренном порядке.

Способ осуществляли следующим образом. Под общим обезболиванием в положении пациента на спине производили вскрытие и дренирование гнойного очага с ревизией клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и глубоких клетчаточных пространств шеи. В послеоперационном периоде во время первой и последующих перевязок производили промывание дренажей и клетчаточных пространств растворами антисептиков. С помощью шприца в дренажи вводили по 10 миллилитров антисептического раствора с последующим удалением последнего путём самопроизвольного вытекания с отсасыванием шприцом. В дренажи вводили 0,1% раствор фотолон. Через 1 час через дренаж или непосредственно в клетчаточные пространства поочередно вводили гибкий световод и обрабатывали их красным излучением длиной волны 665 ± 5 нм в течение 10 минут лазерным терапевтическим аппаратом «Родник-1» № МТ-7.3698-0611. По истечении 10 минут аппарат самостоятельно отключает лазерное излучение. Аналогичную процедуру повторяли со всеми пораженными клетчаточными пространствами. Количество сеансов фотодинамической терапии (ФДТ) определяется в зависимости от выраженности воспалительного процесса и раневой экссудации, проводится до очищения раны (для очищения раны от гнойно-некротических тканей достаточно 2-3 сеансов).

Длина волны 665 ± 5 нм переводит в активное состояние фотолон. Время воздействия (10 минут) подобрано экспериментально. Введение фотолон за 1 час до воздействия красного излучения обосновывается максимальным накоплением препарата пораженными тканями, что доказано экспериментально [4].

ФДТ приводит к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений, раньше исчезает гиперемия окружающих рану тканей, уменьшается отек мягких тканей, менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, происходит очищение клетчаточных пространств от гнойно-некротических тканей после 2-3 сеансов.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов клинических наблюдений показал, что клиническая картина гнойной раны в процессе лечения у данных пациентов была достаточно динамичной (таблица).

При оценке размера и сроков рассасывания инфильтрата было установлено, что инфильтрат рассасывался на шестые (6; 6) сутки, что

достоверно раньше на 5 суток, чем при традиционном лечении. Наблюдалось достоверно более быстрое очищение раны. Прекращение гнойного отделяемого было на третьи (3; 4) сутки, а при традиционном лечении на 7,5 (7; 8) сутки. При применении ФДТ наблюдалось раннее гранулирование – четвертые (3; 4) сутки, что на 5 суток раньше, чем при традиционном лечении. Пациенты раньше отмечали улучшение самочувствия, уменьшение болей в области раны. Все эти показатели статистически значимы ($p < 0,05$). Таким образом, применение ФДТ позволяет сократить количество койко-дней до 8, затраченных на лечение пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в стационаре.

Таблица – Результаты клинических наблюдений

Показатель	Прекращение гнойного отделяемого из раны	Появление грануляций	Сроки купирования отека	Рассасывание инфильтрата	Средний койко-день
Течение (в сутках)	3 (3; 4)	4 (3; 4)	5 (5; 5)	6 (6; 6)	8 (8; 8)

Выводы. Применение вышеуказанной методики позволяет достигнуть более раннего очищения гнойной раны в сравнении с традиционным лечением, позволяет предупредить распространение гнойного процесса на соседние клетчаточные пространства и средостение, оказывает противовоспалительное, противомикробное и противоотечное действие, ускоряет репаративные процессы. Применение фотодинамической терапии дает возможность раньше наложить вторичные швы на рану, приводит к сокращению продолжительности лечения пациентов в стационаре, что подтверждено микробиологическим, цитологическим, клинико-статистическим анализом и имеет большое социально-экономическое значение.

Литература:

1. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: современный взгляд на лечение и реабилитацию / А. М. Сипкин [и др.] // Клиническая стоматология. – 2018. – № 86 (2). – С.66-69.
2. Особенности гнойно-септической инфекции у пациентов с патологиями челюстно-лицевой области / Е. А. Степанов [и др.] Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2019. №2 (50). С. 50-61.
3. Местное лечение гнойных ран при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей / С. В. Чуйкин [и др.] // Проблемы стоматологии – 2019. – Т.15 №1. – С. 99-103.
4. Эффективность накопления и распространения фотосенсибилизатора "Фотолон" в ткани ткани поджелудочной железы и жировой клетчатке от способа и места введения / А. Л. Ушкевич [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2010. №3. – С. 49-52.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАНЕВЫХ ОТПЕЧАТКОВ ПРИ МЕСТНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Черняк Л. А.¹, Хоров О. Г.¹, Федосенко Т. И.², Гиль Т. И.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Введение. Проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области остается наиболее актуальной для современной челюстно-лицевой хирургии в связи с увеличением количества таких пациентов [1, 2]. Наиболее распространенные заболевания этой группы – флегмоны челюстно-лицевой области и шеи, количество которых увеличивается из года в год [3]. В последние годы отмечается также неуклонный рост числа прогрессирующих флегмон, часто осложняющихся такими грозными состояниями, как контактный медиастинит, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки, абсцесс головного мозга, сепсис, а также атипичных и малосимптомных флегмон [4, 5]. До настоящего времени возможности совершенствования методов лечения флегмон и абсцессов мягких тканей еще до конца не исчерпаны, что в свою очередь диктует необходимость продолжения исследований в указанном направлении.

Цель исследования. Изучение цитологической характеристики раны при флегмонах челюстно-лицевой области и глубоких пространств шеи на фоне включения в комплексное лечение разных методов местного лечения.

Материал и методы. В основу настоящего исследования включены 92 пациента с флегмонами челюстно-лицевой области и глубоких пространств шеи, которые проходили лечение в отделении гнойной челюстно-лицевой хирургии УЗ «Гродненская университетская клиника». Возраст пациентов колебался от 18 до 70 лет. Средний возраст пациентов составил 36 (26,0; 47,5) лет. Лечение у всех пациентов начинали с хирургической санации гнойного очага – вскрытия и дренирования флегмоны, промывания раны растворами диоксида, хлоргексидина, 3% р-ром перекиси водорода. Медикаментозная терапия включала антибактериальные, противовоспалительные десенсибилизирующие и дезинтоксикационные средства. Все пациенты распределены на три клинические группы. В 1 группу вошли 30 пациентов, которым применяли традиционное лечение. У пациентов 2 группы (30 чел.) в местном лечении дополнительно использовали низкоинтенсивное лазерное излучение с длиной волны 670 ± 20 нм, плотность мощности лазерного излучения 120-150 мВт/см², время экспозиции 5-10 минут. В 3 группе (32 чел.) применяли дополнительно в послеоперационном