DOI: 10.17117/na.2016.05.03.365

<http://ucom.ru/doc/na.2016.05.03.365.pdf>

Поступила (Received): 30.05.2016

Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю., Пахлеваниян С.Г. Применение гипербарической оксигенации при лечении флегмон челюстно-лицевой области

Shevchenko L.V., Shevchenko A.Yu., Pahlevanyan S.G.
The use of hyperbaric oxygen therapy in the treatment
of phlegmon of the maxillofacial region

Неуклонный рост количества больных и развитие тяжелых осложнений определяют актуальность проблемы диагностики и лечения флегмон челюстно-лицевой области. Так как несвоевременная диагностика и неполноценное лечение может привести к столь опасным для жизни пациента осложнениям как сепсис, вторичные внутричерепные воспалительные процессы, синдром полиорганной недостаточности. Также в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» используется метод ГБО

Ключевые слова: флегмона, остеомиелит, баротерапия

Шевченко Лина Викторовна

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский государственный университет
г. Белгород, ул. Победы, 85

Шевченко Арсений Юрьевич

Студент

Белгородский государственный университет
г. Белгород, ул. Победы, 85

Пахлеваниян Смбат Гнелович

Преподаватель

Белгородский государственный университет
г. Белгород, ул. Победы, 85

The steady increase in the number of patients and the development of serious complications determine the relevance of problem diagnosis and treatment of phlegmon of the maxillofacial region. Since the late diagnosis and inadequate treatment can lead to such life-threatening complications of the patient as sepsis, secondary intracranial inflammation, multiple organ dysfunction syndrome. Also OGBUZ "Belgorod Regional Hospital St. Joasaph" HBO method used

Key words: phlegmon, osteomyelitis, aeropiezotherapy

Shevchenko Lina Viktorovna

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department

Belgorod regional hospital St. Joasaph, Belgorod state university
Belgorod, Pobedy st., 85

Shevchenko Arseny Yurievich

Student

Belgorod state university
Belgorod, Pobedy st., 85

Pakhlevanyan Smbat Gnelovich

Teacher

Belgorod state university
Belgorod, Pobedy st., 85

Неуклонный рост количества больных и развитие тяжелых осложнений определяют актуальность проблемы диагностики и лечения флегмон че-

люстно-лицевой области. Так как несвоевременная диагностика и неполноценное лечение может привести к столь опасным для жизни пациента осложнениям как сепсис, вторичные внутричерепные воспалительные процессы, синдром полиорганной недостаточности. С первого дня поступления тяжелого больного с флегмоной в больницу необходимо применять весь комплекс средств интенсивной и радикальной терапии (хирургическое, противовоспалительное, антигистаминное, десенсибилизирующее, дезинтоксикационное, общеукрепляющее лечение). Вместе с разрезом, как правило, производится и удаление зуба, послужившего источником инфекции. С первых часов поступления больного в стационар необходимо начать введение комплекса антибиотиков. Также в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» используется метод ГБО.

Материалом исследования явился контингент больных с флегмонами челюстно-лицевой области, пролеченные в отделении чел-лиц.хир.ОКБ с 2012 года по 2015 Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу наблюдения вошло 50 пациентов, у которых в раннем послеоперационном периоде проводили сеансы ГБО. В контрольную группу наблюдения отобраны 50 пациентов, перенесших идентичные оперативные вмешательства и не проходивших в послеоперационном периоде сеансов ГБО

С целью изучения течения раневого процесса в послеоперационном периоде и характера заживления раны нами были разработаны балльные шкалы оценки состояния послеоперационной раны и характера ее заживления.

Результат оценивался путем суммирования цифровых показателей состояния раны.

Шкала клинической оценки состояния послеоперационной раны выглядит следующим образом:

I. Гиперемия краев раны: 0 баллов – гиперемии нет, 1 балл – незначительная гиперемия, 2 балла – умеренная гиперемия, 3 балла – выраженная гиперемия.

II. Отечность краев раны: 0 баллов – отека нет, 1 балл – незначительная отечность, 2 балла – умеренная отечность, 3 балла – выраженная отечность.

III. Инфильтрация паравульнарных тканей: 0 баллов – инфильтрации нет, 1 балл – незначительная инфильтрация, 2 балла – умеренная инфильтрация, 3 балла – выраженная инфильтрация.

IV. Боль в области послеоперационной раны: 0 баллов – боль в области раны обычного характера, в динамике снижается ко 2 – 4 дням. 1 балл – значительное усиление боли в области раны по сравнению с обычным течением, требующее дополнительного введения анальгетиков в течении более 2-4 дней.

V. Отделяемое : А. Характер отделяемого (0 баллов – отделяемого нет, 1 балл – серозное отделяемое, 2 балла – серозно-геморрагическое, серозно-желчное, серозно – фибринозное, геморрагическое, 3 балла – серозно-гнойное, желчное, 4 балла – гнойное, фибринозно-гнойное, отделение некротических участков, 5 баллов – гнилостный экссудат, обширные зоны некротических тканей), Б. Локализации патологического процесса в ране: (0 баллов – отделяемого нет, 1 балл – в ограниченной части раны, 2 балла – до половинной протяженности

раны, 3 балла – более половинной протяженности раны, подапоневротическое нагноение, 4 балла – полное вовлечение в патологический процесс всех слоев до мышечного слоя, 5 баллов – тотальное вовлечение в процесс всех слоев раны, включая мышечный и более глубоких слоев.)

V. Эвентерации в области послеоперационной раны: А. Характер и тяжесть эвентерации (0 баллов – эвентерации нет, 1 балл – эвентерация без нагноения, 2 балла – эвентерация с нагноением, 3 балла – эвентерация с нагноением, некрозом и перфорацией внутренних органов), Б. Объем эвентерации (0 баллов – эвентерации нет, 1 балл – подкожная эвентерация менее 1/3-1/2 раны, 2 балла – подкожная эвентерация большей части раны, 3 балла – подкожная эвентерация всей раны, 4 балла – полная эвентерация менее 1/3-1/2 раны, 5 баллов – полная эвентерация более 1/3-1/2 раны.)

Для изучения результатов заживления послеоперационной раны в зависимости от характера патологического процесса в ране нами была разработана шкала оценки результатов заживления операционной раны, которая выглядит следующим образом: 0 баллов – первичное заживление, 1 балл – серома, 2 балла – ограниченное нагноение и гематома подкожной клетчатки, 3 балла – подкожное нагноение раны, свищи, 4 балла – подапоневротическое нагноение раны, либо ограниченная эвентерация без нагноения, 5 баллов – некроз раны с полным расхождением краев и эвентерацией, требующий дополнительного оперативного закрытия раны.

Количество больных, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии БОКБ в период с 2012г. по 2014г., по поводу флегмон, колеблется от 24 до 32% общего числа госпитализируемых.

В 2012 г. в отделение челюстно-лицевой хирургии БОКБ было госпитализировано 1664 человека из них 398 (24%) с флегмонами, число городских жителей составило 221(56%), число сельских жителей 177(44%). Разделение по половому признаку произошло следующим образом 225(57%) мужчины, 173(43%) женщины. Общее количество койко-дней, по нозологии флегмоны, составило 2773. В 2013г. в отделение челюстно-лицевой хирургии БОКБ было госпитализировано 1485 человека из них 481 (32%) с флегмонами, число городских жителей составило 362(75%), число сельских жителей 119(25%). Разделение по половому признаку произошло следующим образом 293(61%) мужчины, 188(39%) женщины. Общее количество койко-дней, по нозологии флегмоны, составило 4801. В 2014г. в отделение челюстно-лицевой хирургии БОКБ было госпитализировано 1473 человека из них 384 (26%) с флегмонами, число городских жителей составило 258(67%), число сельских жителей 126(33%). Разделение по половому признаку произошло следующим образом 224(58%) мужчины, 160(42%) женщины. Общее количество койко-дней, по нозологии флегмоны, составило 3201.

Применение гипербарической оксигенации для лечения гнойных ран в сравнении с контрольной группой, ускоряет очищение гнойных ран и обеспечивает более быструю смену фаз раневого процесса, что сокращает период заживления ран в 2,5 раза.

Список используемых источников:

1. Байдина С.А., Граменицкого А.Б., Рубинчика Б.А. Руководство по гипербарической медицине. М.: Медицина, 2008.
2. Бернадский И.Ю. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Москва. 2003.
3. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. 2002.
4. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия национальное руководство. 2010.
5. Божанов Н.Н. Стоматология. 2002.
6. Боголюбов В.М. Общая физиотерапия. 2008.

© 2016, Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю.,
Пахлеванян С.Г.

Применение гипербарической оксигенации при
лечении флегмон челюстно-лицевой области

© 2016, Shevchenko L.V., Shevchenko A.Yu.,
Pahlevanyan S.G.

The use of hyperbaric oxygen therapy in the treatment
of phlegmon of the maxillofacial region