

**Клінічна ефективність застосування багатокомпонентних мазей при
френектомії у дітей**

П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь

Доволі розповсюдженою естетичною скаргою пацієнтів є діастема [3;4;5;12]. Існує уявлення про те, що однією із причин виникнення такої патології може бути аномалійне прикріплення вуздечки губи. На жаль, подібна аномалія призводить і до більш серйозних захворювань [4;5;7].

За епідеміологічними даними різних авторів, коротка вуздечка губи зустрічається, приблизно, у кожної четвертої людини [7;10;12]. Ліквідація цього травмуючого фактора досягається тільки хірургічним шляхом. Пластика вуздечок губ знаходиться на першому місці серед допоміжних операцій при пародонтопатіях, а її мета у дитячому віці – профілактика захворювань пародонта та ортодонтичної патології, поліпшення функції, фонетики, ліквідація естетичного дефекту. Тому френулопластику рекомендують проводити у дітей перед ортодонтичним лікуванням (іноді із компактостеотомією) та на різних стадіях перебігу патології пародонту [4;5;7;11;12].

Рановий процес після традиційно проведеної френектомії може супроводжуватися глибокими розладами кровообігу (гіперемія, підвищення проникності стінок судин, набряк, зниження об'ємної швидкості кровотоку, мікротромбози, екстравакулярні явища і т.п.) та трофіки із різким порушенням кисеневого режиму (тканинна гіпоксія). Через суттєві розлади метаболізму порушуються умови для регенерації, а операційна травма знижує резистентність тканин до патологічних чинників. В подібних умовах мікрофлора та продукти її життєдіяльності взмозі негативно впливати на загоєння рани. Слід зазначити, що при контакті із тканинами ріжучі інструменти розповсюджують патогенні агенти вздовж лінії розрізу. Дані літератури вказують і на інші суттєві недоліки традиційного хірургічного лікування та післяопераційного ведення рани, які, разом із неможливістю

впливу на мікрофлору до стану повної стерильності, можуть призвести до післяопераційних ускладнень у вигляді запалення, утворення епітеліальних тяжів і грануляцій, рецидивів та косметичних дефектів [8;9;10].

Ускладнення і недоліки традиційної френектомії вимагають розробки її нових методів та методик, здатних забезпечити мінімальну тривалість втручання та знизити частоту ускладнень, стимулювати остеогенез та епітелізацію на тлі інгібування патогенної мікрофлори [7;9;10;11;12]. Це, врешті, забезпечило б косметичний ефект та зробило якомога коротшим післяопераційний період, що є особливо важливим у дитячій практиці.

Можливість часткового вирішення вищезгаданих проблем виникає при використанні в післяопераційному періоді багатокомпонентних мазей (БКМ), зокрема вітчизняного виробництва. Отримані обнадійливі результати по їх використанню в пародонтології [6]. Колективом нашої кафедри ведуться дослідження щодо доцільності їх застосування в комплексному лікуванні гнійних ран щелепно-лицевої ділянки у дітей [1;13].

Мета дослідження -- визначення клінічної ефективності застосування БКМ для оптимізації перебігу ранового процесу у дітей після проведення френулопластики.

Матеріали та методи. Матеріалом для проведення дослідження послужило обстеження та лікування 23 дітей віком від 7 до 10 років із аномалійним прикріпленням вуздечки верхньої губи (II вид за Ф.Я.Хорошилкіною [2]). Серед них було 10 хлопчиків та 13 дівчаток.

Всім дітям після ретельного вивчення алергологічного анамнезу під інфільтраційною анестезією розчином 2% лідокаїну проводили френектомію. Краї рани, в залежності від її розмірів, зшивалися 2-3 швами із кетгуту через 3-4 мм із однаковим натягом. Вкол і викол робили на однаковій (2-4 мм) відстані від ранових країв, нитки зв'язувалися три рази. Кетгут і голки використовувались у всіх випадках одного діаметра. За станом рани спостерігали під час контрольних оглядів на 1, 3 та 7 добу після оперативного втручання: контролювали температуру тіла, звертали увагу на збереження швів,

гіперемію, набряк, щільність прилягання ранових країв, характер вмісту ясеневі рани, терміни її гранулювання та епітелізації. Із суб'єктивних критеріїв брали до уваги біль в ділянці рани.

В залежності від характеру післяопераційних лікувальних заходів пацієнтів розділили на дві групи.

У дітей 1 групи (13 осіб) ранові поверхні відокремлювались придавлюванням пальцем із зовнішньої поверхні верхньої губи на 10 хвилин стерильного марлевого тампона. Після повторного контролю гемостазу пацієнту надавали рекомендації щодо гігієнічного догляду за раною і відпускали.

У дітей 2 групи (10 осіб) відразу після оперативного втручання на поверхню стерильного тампона і рану ясни наносили тонкі шари мазі "Офлокаїн-Дарниця", яку доцільно використовувати у I фазі ранового процесу [13]. Подальші лікарські дії та рекомендації не відрізнялись від подібних у дітей 1 групи. Наступні 2 доби аплікацію повторювали по 1 разу протягом 20 хвилин. З 3 до 7 доби на рану ясни та верхньої губи наносились тонкі шари мазі "Метилураціл-Дарниця", яку рекомендують застосовувати у II та III фазах ранового процесу [1].

Результати та їх обговорення. При огляді через добу після френектомії в місці операції у всіх дітей 1 групи температурної реакції не спостерігалось, визначалося збереження швів. Ділянка слизової оболонки верхньої губи із почервонінням і набряклістю, що підсилювалися до лінії розрізу, становила в середньому 3-3,5 мм. Пальпаторно у зоні накладання швів визначалося ущільнення тканин, яке не виходило за межі гіперемії у всіх випадках. Зшиті краї піднімалися над незміненою поверхнею. Визначалося збільшення в об'ємі за рахунок набрякості кетгутових ниток, на яких у 4 випадках (30%) спостерігався сіруватий наліт. Ясенева рана мала кров'яний вміст і ділянки тонкої фібринозної плівки. Її краї були гіперемовані у всіх випадках. Наявність больових явищ у ділянці операції відзначено у 11 дітей (84,6%).

У дітей 2 групи на цей період у всіх випадках температура тіла не підвищилася, шви збереглися. Зовнішній вигляд рани не відрізнявся від подібної в 1 групі. Кінці кетгуту були збільшеними і набряклими та мали налипання фібрину у 2 випадках (20%). Ясенева рана була вкрита товстим шаром фібрину. Гіперемія ранових країв спостерігалась у 4 випадках (40%). Проявів болю не визначалося в жодному випадку.

На 3 добу післяопераційного періоду у всіх дітей 1 групи шви були збережені. В ділянці їх накладання явища почервоніння і набряку тканин дещо зменшились у порівнянні із попереднім терміном. Вінце гіперемії в середньому становило 2,5-3 мм. Ущільнення тканин в зоні накладання швів зменшувалося у проксимальному і дистальному напрямках, не виходячи за межі почервоніння. Післяопераційний рубець, що формувався, мав темно-червоний колір, піднімався над рівнем прилеглих тканин. Виступаючі кінці кетгуту розшаровувались, ясенева рана була вкрита шаром фібрину. У 6 випадках (46%) збереглася гіперемія її країв. Біль у ділянці операції відмічало 3 дітей (23%).

У пацієнтів 2 групи на цей період спостереження шви теж збереглися у всіх випадках, а рана верхньої губи суттєво не відрізнялася від подібної в 1 групі. Ясенева рана була виповнена грануляціями, поряд з якими у 1 випадку (10%) спостерігались залишки фібрину. Гіперемії ранових країв і больових явищ не виявлено в жодному випадку.

На 7 добу у дітей 1 групи шви у 10 випадках (77%) були відсутніми. Почервоніння тканин спостерігалось лише у ділянці накладання швів. На місці співставлення слизових клаптів верхньої губи визначався яскраво-рожевий, незначно ущільнений рубець, що легко зміщувався та дещо піднімався над рівнем оточуючих тканин. Рана на ясні була вкрита грануляціями із початковими ознаками крайової епітелізації. У всіх випадках площа ранової поверхні дещо зменшилась. Але у 2 дітей (15%) збереглася гіперемія її країв. Больових явищ не визначено в жодному випадку.

У дітей 2 групи на 7 добу шви були відсутніми у всіх випадках. Гіперемія і набряк візуально не визначалися. Краї рани знаходились на одному рівні із

прилеглою неушкодженою слизовою оболонкою, а ущільнення визначалося пальпаторно лише у 1 пацієнта (10%). Післяопераційний рубець мав рожевий колір, був м'яким та легко зміщувався. На ясні спостерігалось значне зменшення ранової поверхні, а сама рана у 9 дітей (90%) епітелізувалася.

Узагальнені клінічні ознаки із урахуванням терміну їх спостереження у групах порівняння наведено в таблиці.

Таблиця

Клінічні ознаки загоювання ран після френектомії в групах порівняння

Клінічні ознаки		1 доба		3 доба		7 доба	
		1 група	2 група	1 група	2 група	1 група	2 група
	температура тіла	---	---	---	---	---	---
	біль	84,6%	---	23%	---	---	---
Рана верхньої губи	гіперемія	3-3,5мм	3-3,5мм	1,5-2 мм	1,5-2 мм	рубець	---
	набряк	3-3,5мм	3-3,5мм	---	---	---	---
	ущільнення	3-3,5мм	3-3,5мм	1,5-2 мм	1,5-2 мм	незначн е у 100%	незнач не у 10%
	відторгнення швів	---	---	---	---	77%	100%
Рана ясни	фібрин	домішки	товстий шар	товстий шар	залишки у 10%	---	---
	грануляції	---	---	---	+	+	---
	епітелізація	---	---	---	---	початок	повна у 90%
	зменшення площі	---	---	---	---	початок	+

Висновки.

1. Застосування мазі “Офлокаїн-Дарниця” в перші три дні після френектомії робить перебіг післяопераційного періоду безболісним, сприяє виповненню

ранової поверхні товстим шаром фібрину вже на 1 добу, що є важливою передумовою для швидкого загоєння.

2. Використання мазі “Метилураціл-Дарниця” в II фазі ранового процесу сприяє більш ранньому відторгненню швів, в значній мірі зменшує клінічні прояви запалення в травмованих тканинах, стимулює процеси гранулювання та епітелізацію рани.
3. Поетапне використання багатокомпонентних мазей відповідно до фази ранового процесу сприяє утворенню м'якого, еластичного рубця, що поліпшує функцію та створює оптимальні умови для ортодонтичного лікування.

Література.

1. Білоконь С.О. Вплив багатокомпонентних мазей на репаративні процеси в 2 фазі рани при гострому гнійному піднижньощелепному лімфаденіті у дітей //Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2002. – Том 2. Випуск 1. – С.49-52.
2. Богашова Л.Я., Сырык В.А., Мельник В.Л. Хирургические методы в комплексном лечении зубо-челюстных аномалий и деформаций. – Полтава, Формика, 2001. – 20с.
3. Горностаева И.В. Хирургическое лечение диастемы //Вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – ЦНИИС, 1963. – С.183-189.
4. Данилевский Н.Ф., Вишняк Г.Н., Политун А.М. Пародонтология детского возраста. – Киев: Здоров'я. – 1981.
5. Евдокимов А.И., Виноградова Т.Ф. Руководство по стоматологии детского возраста. – М.: Медицина, 1976. – 360с.
6. Зубачик В.М., Синиця В.В., Кононенко В.В. Застосування мазі “Альгофін” при лікуванні хронічного пародонтиту //Стоматологічні новини. – 2001.— Випуск 1. – С.34-36.
7. Канканян А.П., Леонтьев В.К. Болезни пародонта. Новые подходы в этиологии, диагностике, профилактике и лечении. – Ереван: Тигран Мец, 1998. – 358с.

8. Прохончуков А.А., Шаргородский А.Г., Богатов В.В. Применение лазерных хирургических установок для лечения стоматологических заболеваний: Методические рекомендации. – М., 1990. – 21с.
9. Рисованный С.И., Рисованная О.Н. Высокоинтенсивная лазерная терапия при лечении пародонта //Стоматология для всех. – 2000. -- №2. – С.23-26.
- 10.Рисованный С.И., Рисованная О.Н. СО₂-лазер. Техника управляемой регенерации при лечении хронического генерализованного пародонтита //Стоматология для всех. – 2000. -- №4. – С.8-11.
- 11.Степанов А.Е. Френулопластика как вспомогательная операция для устранения травмирующего фактора при заболеваниях пародонта // Пародонтология. – 1997. -- №1. – С.14-18.
- 12.Степанов А.Е. Френулопластика, вестибулопластика и операции на тканях пародонта. – Москва, Паритет, 2000. – 368с.
- 13.Ткаченко П.І., Білоконь С.О. Клініко-морфологічна характеристика першої фази ранового процесу при застосуванні багатокомпонентних мазей у дітей із гострим гнійним піднижньощелепним лімфаденітом //Вісник стоматології. – 2002. -- №2. – С.23-25.