

лицевой области сокращаются на 4,09 суток в первой группе детей и на 2,3 суток - во второй. Применение сорбента Фильтрум сократил сроки очищения раны, создал оптимальное условие для регенерации тканей, нормализовать лабораторные показатели, снизить процент осложнений. В то же время отсутствует необходимость использования дорогостоящих препаратов; сокращается количество койко-дней, проведенных в стационаре, что значительно повышает экономическую эффективность терапии детей с гнойными ранами ЧЛЮ и сокращает сроки реабилитационного лечения.

#### Выводы

1. Применение сорбента Фильтрум в первой фазе раневого процесса патогенетически обосновано и повышает эффективность лечения детей с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой: сокращаются сроки очищения раны, стимулируются процессы регенерации.
2. Использование сорбента «Фильтрум» при местном лечении детей с одонтогенными флегмонами будет способствовать улучшению клинических показателей и сокращению сроков стационарного лечения

### **СОРБЕНТЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ**

**Икрамов Г.А.<sup>1</sup>, Халманов Б.А.<sup>2</sup>, Бадалова М.А.<sup>3</sup>, Олимжонов Ш.Г.<sup>4</sup>.  
Ташкентский государственный стоматологический институт<sup>1,2,4</sup>,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт<sup>3</sup>,  
Узбекистан**

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) - порок развития, который возникает вследствие нарушения морфогенеза плода. Лечение ВРГН является актуальной проблемой детской хирургической стоматологии.

Несмотря на обилие различных способов устранения ВРГН, многие аспекты этой проблемы не решены полностью, о чем свидетельствуют многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе. Это обусловлено увеличением частоты рождения детей с этой патологией, а также не всегда удовлетворительными результатами операции

Процент повторно производимых операций после первичной уранопластики в различных клиниках колеблется от 16 до 52%. Причину столь частых повторных оперативных вмешательств можно объяснить проведением первичной уранопластики без учета состояния резистентности организма ребенка. Эффективность уранопластики в значительной степени зависит от функционально-метаболической активности тканей ротовой полости.

Результаты исследований, проведенные ранее, указывают на прямую связь между процессами репаративной регенерации и функциональным состоянием иммунитета. Одним из главных недостатков терапии раневого процесса является то, что многие из фармакологических препаратов обладают слабо выраженным лечебным эффектом, в результате чего не полностью подавляется микрофлора, медленно происходит отграничение воспалительного процесса и очищение раны. В связи с этим встает острая необходимость поиска

доступных и, в то же время, эффективных лекарственных средств и подходов к лечению раневой инфекции, отвечающих современным требованиям. С этих позиций несомненные преимущества имеют методы сорбционно-аппликационной терапии, направленные на скорейшее очищение ран от микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, а также некротических тканей. Перспективным направлением повышения эффективности сорбционной терапии является разработка комбинированных лекарственных форм, состав которых патогенетический обоснован с учетом фазы раневого процесса. При этом все существующие на сегодняшний день сорбенты не могут использоваться во всех фазах раневого процесса. Кроме того, многие из них не обладают бактериостатическими или бактерицидными свойствами. В этой связи можно констатировать, что поиск новых эффективных средств и способов лечения послеоперационных ран является актуальной проблемой современной хирургии. Лактофилтрум - природный энтеросорбент, состоящий из продуктов гидролиза компонентов древесины - полимера лигнина, структурными элементами которого являются производные фенилпропана и гидроцеллюлозы. Обладает высокой сорбирующей активностью и неспецифическим дезинтоксикационным действием. Связывает и выводит из организма патогенные бактерии и бактериальные токсины, лекарственные препараты, яды, соли тяжелых металлов, аллергены, а также избыток некоторых продуктов обмена веществ, в том числе билирубина, холестерина, мочевины, метаболитов, ответственных за развитие эндогенного токсикоза. Не токсичен, не всасывается, полностью выводится из кишечника в течение 24 часов. Кроме того, до сегодняшнего дня остается спорным вопрос предоперационная подготовка и послеоперационный уход. Требуется совершенствование имеющихся и разработки новых способов лечения, которые были бы высокоэффективными и в то же время экономически приемлемыми.

Цель исследования: Оптимизировать заживления ран после уранопластики с применением препарата «Лактофилтрум».

Задача исследования:

Изучить влияние сорбента «Лактофилтрум» губы и неба на течение раневые процесса у детей сврожденной расщелиной верхней губы и неба после уранопластики.

Материалы исследования.

Обследовано 22 детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в возрасте от 3-7 лет. Первая группа детей с применением традиционного послеоперационного ухода за раной (п-10), вторая группа детей с применением сорбента «Лактофилтрум» внутрь после операции (п-12) с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Следует отметить, что все дети хорошо переносили препарат, побочных эффектов не отмечалось. Для подтверждения эффективности сорбента Лактофилтрум после уранопластики у всех детей проводились клинические и морфологические исследования. Дети принимали Лактофилтрум после предварительного измельчения, запивая водой за час до еды и приема других лекарственных средств.

Доза препарата зависит от возраста, массы тела и тяжести заболевания, препарат принимается 3 - 4 раза в день, средняя разовая доза составляет для детей 1 - 3 года - 1/2-1 таблетку; 4 - 7 лет - 1 таблетку, 7-12 лет -1-2 таблетки.

Результаты и их обсуждение.

Определены факторы, снижающие эффективность лечения у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба после уранопластики: практическое отсутствие в арсенале врача хирурга-стоматолога медицинских сорбентов.

Изучение местных признаков показывает, что у детей с ВРГН в первые сутки после уранопластики имелись боли в области мягкого нёба и глотки во время глотания и приёма пищи, припухлость мягких тканей и кровоподтек или гематома слизистой оболочки нёба и глотки. Припухлость мягких тканей неба и глотки значительно уменьшаются на шестые-седьмые сутки лечения. Между тем состояние швов и краев послеоперационных ран зависело не только от вида, качества и техники их наложения, но и от воспаления мягких тканей, окружающих рану. При традиционном лечении у 12 (50%) из 24 детей рана инфицировалась и на четвертые-пятые сутки швы находились в неудовлетворительном состоянии. У 5 детей к восьмым-девятым суткам лечения наблюдалось частичное расхождение швов. У 7 детей послеоперационная рана зажила наблюдалось вторичным заживлением, что привело к небно-глоточной недостаточности.

На шестые-девятые сутки после операции исследование морфологии слизистой оболочки неба выявило изменение физико-химических свойств основного вещества собственной пластинки, базальной мембраны капилляров, развитие отека соединительной ткани и эпителия.

Выявлено положительное влияние сорбента «Лактофильтрум» на состояние гнойной раны - в фазу воспаления раневого процесса сорбент ускорял очищение раны, а в фазах гранулирования и эпителизации действовал как протектор репаративных процессов. При этом отмечены позитивные сдвиги в цитологической картине раны: сохранность структуры эпидермиса и отсутствие нарушений целостности базальной мембраны, менее выраженные патологические изменения в структуре придатков и более активная пролиферативная реакция лимфоцитов, как сдерживающий фактор развития инфекции и благоприятного течения воспалительного процесса.

Использование сорбента «Лактофильтрум» при комплексном лечении детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба после уранопластики способствовало улучшению клинических показателей.

**ВЫВОДЫ**

У детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до уранопластики имеются нарушения метаболических процессов в тканях ротовой полости, Исследование мягких тканей неба у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба после операции показало, что при применении сорбента «Лактофильтрум» после операции улучшается трофика и нормализуются

эпителиально-стромальные взаимоотношения, что создает благоприятные условия для заживления послеоперационной раны.

## **СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПОЛ-АОС У БОЛЬНЫХ ХРАС ОРОФАРИНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

**Камилов Хайдар Позилович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой  
Госпитальной терапевтической стоматологии, Ибрагимова Малика  
Худайберггановна, д.м.н., доц., Убайдуллаева НигораИльясовна, ассистент  
Ташкентский государственный стоматологический институт**

Актуальность. В научных исследованиях последних лет установлено, что активация ферментов и процессов ПОЛ является одним из распространенных ответов биологических мембран. Активация процессов ПОЛ является одним из многочисленных звеньев стрессорных повреждений с нарушением мембран клеток и клеточного метаболизма в целом.

Цель: Определить состояние системы ПОЛ-АОС у больных ХРАС орофарингиальной области на фоне хронического холецистита.

Материал и методы. Были обследованы 2 группы больных ХРАС орофарингиальной области с хроническим холециститом в возрасте от 25 до 45 лет (основная группа) состоящие из 35 лиц (15 – мужчин и 20 – женщин) и группа сравнения, состоящая из 32 лиц (18 – мужчин и 14 – женщин). Контролем были 20 здоровых лиц. Биохимические исследования смешанной слюны включало определение содержания малонового диальдегида (МДА) и антиоксидантных ферментов (каталаза, глутатионпероксидаза, супероксиддисмутаза).

МДА определяли спектрофотометрическим методом (Андреева Л.И., 1988) [1]. Результаты выражали в нмоль/мл. Функциональное состояние АОС в смешанной слюны оценивали по активности КТ, СОД и ГП. Активность каталазы определяли спектрофотометрическим методом (Королюк, 1988). Результат выражали в мкат/мл смешанной слюны.

Полученные результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов исследования показал, что у больных ХРАС орофарингиальной области с хроническим холециститом уровень МДА в слюне повышается 42,5% (в 2,4 раза) и составил в основной группе  $2,68 \pm 0,18$  мкмоль/мл против  $1,14 \pm 0,10$  мкмоль/мл у здоровых лиц, в группе сравнения  $1,94 \pm 0,08$  составило повышение в 1,7 раза ( $P < 0,05$ ). Отмеченные изменения в мембранах клеток являются следствием деструктивных метаболических процессов, вызванных в первую очередь сдвигом в сторону усиленного образования свободных радикалов и, естественно, ослабления антиоксидантной защиты.

Маркером АОС является увеличение активности МДА, по которой можно оценить глубину процесса пероксидации липидов. Степень активности воспалительного процесса коррелирует с повышением активности глутатионпероксидазного фермента, нейтрализующего образование радикалов в среднем в 10 раз ( $P < 0,05$ ).