

ной непереносимости зафиксировано не было. У одного ребенка 3 лет с АД средней степени тяжести было отмечено разжижение и учащение стула до 3 раз в течение 2 дней. Снижение дозировки препарата «Дуфалак» наполовину устранило нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, и пациент продолжил участие в исследовании. «Дуфалак» хорошо переносился детьми, отказов от приема препарата не было.

Полученные данные клинического и лабораторного исследований свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности препарата «Дуфалак» при хронических функциональных запорах у детей различного возраста. Отмечено положительное влияние препарата на микробиоценоз кишечника. «Дуфалак» оказывает положительное действие в комплексной терапии АД у детей, нормализует не только диспептический и болевой синдромы, но и уменьшает кожные аллергические проявления. По-

бочных реакций и осложнений не выявлено. Учитывая широкую распространенность данной патологии в детском возрасте, а также малую эффективность симптоматической терапии, «Дуфалак» может быть рекомендован при лечении АД у детей.

Материалы исследования доложены на XXV Международном съезде педиатров (Афины, Греция, 2007) [7].

#### Выводы

1. Прием «Дуфалака» уменьшает клинические проявления atopического дерматита у детей и способствует восстановлению нормального микробного баланса кишечника на фоне патогенетической терапии.

2. «Дуфалак» отличается высокой индивидуальной переносимостью, низкой частотой развития побочных реакций и обеспечивает хорошую приверженность терапии.

3. «Дуфалак» служит высокоэффективным и безопасным средством лечения atopического дерматита у детей.

1. *Атопічний дерматит у дітей* / М. Л. Аряев, В. А. Клименко, А. І. Кожем'яка, В. О. Фьоклін — К.: БИ, 2006.

2. *Сучасні підходи до профілактики atopічного дерматиту у дітей: Метод. рекомендації* / М. Л. Аряев, В. А. Клименко, А. І. Кожем'яка, В. О. Фьоклін — К.: МОЗ України, 2007.

3. *Huchzermeyer H., Schumann C. Lactulose — a multifaceted substance* // *Gastroenterol.* — 1997. — Vol. 35. — P. 945-955.

4. *Guido E. Moro. Prebiotics: Clinical data on Immune Modulating Effects* // *Proceedings of an International Symposium.* — Rome, 2006.

5. *Prebiotics: Pre-clinical data on Immune Modulating Effects* / Stahi B. et al. // *Proceedings of an International Symposium.* — Rome, 2006.

6. *Sanderson Yan. Modulation of the Immune System in the year 2050: visions and prospects* // *Proceedings of an International Symposium.* — Rome, 2006.

7. *Aryayev N. L., Kukushkin V. N. Clinical Efficacy of Combined Therapy with Pimecrolimus Cream 1 % and Lactulose in Children with Atopic Dermatitis* // *Abstracts of 25<sup>th</sup> International Congress of Pediatrics.* Athens, Greece, August 25-30. — 2007. — P. 49.

УДК 616.314.8-089.87:615.262.1-08

Н. О. Варсьєва, Т. П. Терешина, Є. Д. Бабов

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО АНТИСЕПТИЧНОГО ПОЛОСКАННЯ ПОРОЖНИНИ РОТА ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ЗУБІВ «МУДРОСТІ»

Інститут стоматології АМН України, Одеса,  
Одеський державний медичний університет

Найпоширенішим хірургічним втручанням на альвеолярному відростку є операція видалення зуба. При цьому найбільше ускладнень спостерігається після видалення 3-го нижнього моляра [1–3], і 50 % операцій видалення зубів «мудрості» супроводжуються ускладненнями у вигляді запалення ямки — альвеоліту [4].

Фактором, що провокує розвиток запалення ямки після видалення зуба, є мікроорганізми, які перебувають у вигляді відкладень на зубах, слизовій оболонці, у пародонтальних кишнях. Тому однією з причин альвеоліту є порушення хворими післяопераційного режиму й поганий догляд за порожниною рота [5–7]. Були проведені до-

слідження, які показали, що у кожного другого пацієнта із тих, що не здійснювали після видалення 3-го нижнього моляра ніякого догляду за порожниною рота — ні індивідуального, ні спеціально призначеного, — розвинулись альвеоліти [8].

В амбулаторній хірургічній стоматології при лікуванні запальних післяопераційних уск-



ладнень, а також для їх профілактики завжди застосовують антибактеріальну терапію [9]. Окрім антибіотиків, найчастіше використовується хлоргексидин [10].

Дослідження показали, що хлоргексидин значно зменшує мікробне обсіменіння порожнини рота, діючи як на анаероби, так і на аероби [11].

Варто відзначити, що висока бактерицидність препарату цілком обґрунтовує його вибір при лікуванні запальних процесів порожнини рота, проте з іншого боку, при тривалому застосуванні, внаслідок впливу на всю мікрофлору, включаючи й сапрофітну, може призвести до порушення мікробіоценозу порожнини рота.

Вказане стало підставою для розробки антисептичної суміші, що має помірні бактерицидні властивості й високу протизапальну та ранозагоювальну дію.

Полоскання містить екстракт хвоща польового, екстракт виноградного насіння й хлоргексидин 0,05%-й у рівних частинах. Діючі речовини екстрактів належать до групи рослинних поліфенолів із флавоноїдною активністю. Їм властива антибактеріальна, антиоксидантна, протизапальна, імуномодуюча дія [12]. Концентрація хлоргексидину в суміші для полоскання становить 0,001 %.

Вказане полоскання було вивчено в експерименті й підтвердило наявність вираженої протизапальної дії [13].

**Мета** дослідження — встановити клінічну ефективність антисептичного полоскання, що містить рідкий екстракт хвоща польового, виноградного насіння й хлоргексидину 0,05%-й розчин у рівних частинах, застосованого в комплексі лікувально-профілактичних заходів після операції видалення 3-го нижнього моляра.

#### **Матеріали та методи дослідження**

У дослідженні брали участь 29 пацієнтів віком 21–45 років, яким за показаннями (повне

руйнування коронки зуба — 17 осіб, ускладнене прорізування, але без перикоронориту — 12 осіб) проведено операцію видалення 3-го нижнього моляра.

На момент операції стан тканин навколо молярів був «спокійним». У 12 хворих здійснено відсікання м'яких тканин, що нависали над коронкою. Видалення зуба проводилося під провідниковою торусальною чи мандибулярною анестезією Sol. Ubistezini forte 4 %.

У подальшому хірургічні маніпуляції здійснювалися як після будь-якого видалення зуба. Усіх пацієнтів розділили на 3 групи згідно з призначеними в післяопераційному періоді заходами.

Пацієнтам 1-ї групи рекомендували звичайний режим, що передбачає бережливе ставлення до ямки видаленого зуба: у першу добу після операції ротові ванночки після прийому їжі слабкими содовими розчинами без енергійних полоскань, потім звичайний гігієнічний догляд за порожниною рота.

У 2-й групі пацієнти застосовували 0,05%-й розчин хлоргексидину біглюконату: у першу добу після операції — ротові ванночки після прийому їжі, потім (друга–третья доба) полоскання рота тричі на день 10 мл розчину хлоргексидину.

У 3-й групі (основній) з першої доби після операції застосовувалось антисептичне полоскання, спочатку у вигляді ротових ванночок, а потім протягом 3 днів у вигляді полоскань по 10 мл тричі на день після їди. Чищення зубів починали з другої доби після операції видалення зуба із застосуванням зубної пасти, що містить сильний антисептик і прополіс («Колгейт»).

Контрольні обстеження пацієнтів проводилися на третю та сьому добу. Вивчали наявність клінічних симптомів розвитку альвеоліту (скарги пацієнтів й об'єктивні дані, виявлені при візуальному обстеженні), а також показники низки проб, що відбивають ступінь за-

палення (проба Ясиновського — вміст лейкоцитів й епітеліальних клітин у ротових змивах [14], гігієнічний індекс Грін — Вермільона [15], проба Шиллера — Писарева [15]).

За допомогою проби Шиллера — Писарева (забарвлення ясен розчином такого складу: йоду 1 г, йодиду калію 2 г, дистильованої води 40 мл) визначають розповсюдженість запального процесу у тканинах ясен. Найбільш інтенсивне забарвлення спостерігалось у ділянках хронічного запалення внаслідок прижиттєвого забарвлення глікогену, вміст якого у яснах збільшується при запальних процесах.

Проба Шиллера — Писарева визначає ступінь запального процесу.

Незапалені ділянки ясен при змащуванні цим розчином забарвлюються у жовтий колір (негативна проба), що відповідає 0 балам.

За наявності незначного запального процесу ділянки ясен при змащуванні цим розчином забарвлюються у світло-коричневий колір, що відповідає 1 балу. Якщо є виражений запальний процес, то ділянки ясен при змащуванні цим розчином забарвлюються у коричневий колір, що відповідає 2 балам.

При тяжкому хронічному перебігу запального процесу ділянки ясен при змащуванні розчином забарвлюються у темно-бурий колір із синюватим відтінком, що відповідає 3 балам.

Статистична обробка даних проведена за методом Є. В. Монцевічуте-Ерінгене (1964) з використанням t-критерію Стьюдента.

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

Об'єктивне дослідження у післяопераційному періоді показало (табл. 1), що клінічна картина, характерна для альвеоліту, у пацієнтів 1-ї групи спостерігалась у 44 % випадків, у пацієнтів 2-ї групи — у 20 %, у хворих 3-ї групи — у 10 %.



При вивченні проб та індексів отримано такі результати (табл. 2): стан гігієни порожнини рота в усіх пацієнтів на третю та сьому добу був задовільним і суттєво не відрізнявся при порівнянні групових показників, за винятком двох випадків: у пацієнтів 2-ї групи на сьому добу й 3-ї групи — на третю добу гігієнічний індекс був вірогідно нижчий порівняно з показниками у 1-ї групи. Найбільш

високий середньогруповий показник вмісту лейкоцитів у ротових змивах на третю та сьому добу після операції відзначався у пацієнтів 1-ї групи, а дані 2-ї та 3-ї груп були вірогідно меншими від показників, зафіксованих у 1-й групі. Це вказує на більш високу інтенсивність запалення у порожнині рота у пацієнтів цієї групи. Що стосується кількості епітеліальних клітин у ротових змивах, то цей

показник найвищим був на третю добу після операції в осіб 1-ї групи, хоча вірогідних відмінностей від даних в інших групах не виявлено.

Показники проби Шиллера — Писарева підтверджували результати проби Ясиновського й свідчили, що найбільш високі середньостатистичні дані були у пацієнтів 1-ї групи на сьому добу дослідження.

Отже, найвища інтенсивність запалення спостерігалася в осіб 1-ї групи, яким у післяопераційному періоді не застосовували антисептичних полоскань. При цьому найменш виражене запалення відзначалось у пацієнтів, які у післяопераційному періоді застосовували рослинно-хлоргексидинове антисептичне полоскання.

Як приклад наведемо показники проб та індексів у пацієнта 1-ї групи з діагнозом «гострий альвеоліт» після операції видалення третього нижнього моляра справа. Вік 24 роки, стать чоловіча. Після відсікання м'яких тканин, що нависали над коронкою («холодний» період перикоронориту), здійснено видалення зуба. Хворий у перший день після операції застосував содові ванночки після їжі, а з другої доби здійснював звичайний догляд за порожниною ро-

Таблиця 1

**Результати об'єктивного обстеження стану післяопераційної рани пацієнтів після видалення 3-го нижнього моляра (кількість людей з симптомами запалення)**

Клінічні симптоми запалення ямки	Доба після операції					
	1-ша група, n=9		2-га група, n=10		3-тя група, n=10	
	3-тя	7-ма	3-тя	7-ма	3-тя	7-ма
Скарги						
Біль у ділянці видаленого зуба	2	4	1	3	1	2
Тризм	—	3	—	2	—	—
Об'єктивно						
Кровотеча з ямки	4	2	2	—	1	—
Гіперемія	2	4	1	2	1	1
Набряк	2	4	2	1	1	1
Виділення з ямки	1	4	2	2	—	1
Альвеоліт	—	4 (44 %)	—	2 (20 %)	—	1 (10 %)

Таблиця 2

**Результати вивчення проб та індексів у пацієнтів після видалення 3-го нижнього моляра, M±m**

Клінічні симптоми запалення ямки	Доба після операції					
	1-ша група, n=9		2-га група, n=10		3-тя група, n=10	
	3-тя	7-ма	3-тя	7-ма	3-тя	7-ма
Гігієнічний індекс Грін — Вермільона	1,68±0,09	1,77±0,11	1,42±0,12 P <sub>1</sub> >0,05	1,39±0,14 P <sub>1</sub> <0,05	1,36±0,12 P <sub>1</sub> <0,05 P <sub>2</sub> >0,05	1,44±0,13 P <sub>1</sub> >0,05 P <sub>2</sub> >0,05
Проба Ясиновського кількість лейкоцитів в 1 мл ротового змиву, тис.	775,4±54,5	765,0±66,2	556,5±51,2 P <sub>1</sub> <0,01	587,4±49,7 P <sub>1</sub> <0,05	499,0±38,5 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> >0,05	415,6±41,1 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> >0,05
кількість епітеліальних клітин в 1 мл ротового змиву, тис.	31,4±2,5	28,5±2,9	27,4±2,2 P <sub>1</sub> >0,05	26,4±2,2 P <sub>1</sub> >0,05	25,2±2,1 P <sub>1</sub> >0,05 P <sub>2</sub> >0,05	26,2±1,9 P <sub>1</sub> >0,05 P <sub>2</sub> >0,05

*Примітка.* Вірогідність розрахована: P<sub>1</sub> — по відношенню до показників, зафіксованих у пацієнтів 1-ї групи; P<sub>2</sub> — щодо показників, визначених у пацієнтів 2-ї групи.



та. На третю добу після видалення зуба при огляді операційної рани зафіксовано набряк із гіперемованими краями; у ямці видаленого зуба не виявлено кров'яного згустка, проте наявні серозно-кров'янисті виділення. Пацієнт скаржився на ниючий біль, що іррадіює у вухо та скроню. При наближенні до пацієнта відчувався неприємний запах із рота; індекс гігієни — 1,75 бала, проба Шиллера — Писарева — 3 бали, вміст лейкоцитів у ротовому змиві — 812,4 тис./мл ротового змиву й епітеліальних клітин — 30,7 тис./мл ротового змиву. Останні показники свідчать про виражене запалення в порожнині рота. У подальшому цього пацієнта виведено з досліджень на дану тему, йому були призначені антибіотики.

Отже, на підставі проведених досліджень зроблено висновки, що застосування в післяопераційному періоді антисептичних полоскань запобігає розвитку альвеоліту. Найвищий ефект отримано при полосканні рота сумішшю, що містить рослинні компоненти в комбінації з низькою концентрацією хлоргексидину, ніж тільки хлоргексидином високої концентрації. Це пояснюється тим, що полос-

кання, яке містить рослинні поліфеноли екстракту хвоща польового й виноградного насіння, окрім бактерицидної, має ранозагоювальну та протизапальну дію.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бычков А. И. Профилактика и лечение воспалительных осложнений, связанных с удалением нижнего третьего моляра при затрудненном прорезывании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.21 / ЦНИИС. — М., 1993. — 22 с.
2. Bui C. H., Seldin E. B., Dodson T. B. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction // J. Oral Maxillofac. Surg. — 2003. — Vol. 61. — N 2. — P. 1379-1389.
3. Filippi A. Wound healing and healing disorders after removal of third molars // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. — 2001. — Vol. 111, N 7. — P. 846-860.
4. Third molar extraction. Current trends / Pasqualini D., Erniani F., Coscia D. et al. // Minerva Stomatol. — 2002. — Vol. 51, N 10. — P. 411-424.
5. Попович Т. В. Осложнения после операции удаления зуба. Альвеолиты (случаи, диагностика, профилактика и лечение) // Стоматология. — 1990. — № 4. — С. 81-83.
6. Bohringer C., Poethe I. Postextraction syndrome and oral hygiene // Stomatol DDR. — 1986. — Vol. 36, N 12. — P. 705-707.
7. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery / C. Phillips, R. P. Jr. White, D. A. Shugars, X. Zhou

// J. Oral Maxillofac. Surg. — 2003. — Vol. 61, N 12. — P. 1436-1448.

8. Tjernberg A. Influence of oral hygiene measures on the development of alveolitis sicca dolorosa after surgical removal of mandibular third molars // Int. J. Oral Surg. — 1999. — Vol. 28, N 6. — P. 430-434.

9. Губин М. А., Харитонов Ю. М., Лунев Б. В. Антибактериальная терапия в амбулаторной хирургической стоматологии // Стоматология. — 1998. — Спецвып. — С. 18-19.

10. Bragger U., Schild U., Lang N. P. Effect of chlorhexidine (0.12 %) rinses on periodontal tissue healing after tooth extraction (II). Radiographic parameters // J. Clin. Periodontol. — 1994. — Vol. 21, N 6. — P. 422-430.

11. Rinsing with delmopinol 0.2 % and chlorhexidine 0.2 %: short-term effect on salivary microbiology, plaque, and gingivitis / Collaert B., Edwardsson S., Attstrom R. et al. // J. Periodontol. — 1999. — Vol. 70, N 7. — P. 618-625.

12. Растительные лекарственные средства / Под ред. Н. П. Максютинной. — К.: Здоров'я, 1985. — 276 с.

13. Мозговая Н. В., Терешина Т. П., Вареньева Н. О. Экспериментальное изучение нового антисептического состава для полости рта // Вестник стоматологии. — 2007. — № 4. — С. 142-143.

14. Сукманский О. И., Барабаш Р. Д., Березовская З. В. Метод дифференциальной оценки эмиграции лейкоцитов в полости рта // Патол. физиол. и эксперим. терапия. — 1980. — Вып. 5. — С. 76-77.

15. Иванов В. С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Мед. информ. агентство, 1998. — 296 с.

УДК 616.366-089.87:616.381-072.1

С. О. Гешелін<sup>1</sup>, М. А. Каштальян<sup>2</sup>, М. В. Міщенко<sup>1</sup>

## КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМ ЯК ПРИЧИНА КОНВЕРСІЇ ПРИ ВИКОНАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

<sup>1</sup>Одеський державний медичний університет,

<sup>2</sup>Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса

### Вступ

Карбоксиперитонеум забезпечує можливість лапароскопічної діагностики й хірургічних маніпуляцій у черевній порожнині. Об'єм порожнини між па-

рістальною очеревиною передньої черевної стінки й внутрішніх органів, достатній для вільних маніпуляцій, досягається при внутрішньочеревному тиску CO<sub>2</sub> 14–16 мм рт. ст. [4]. Подальше підвищення тиску приз-

водить до пригнічення рухів діафрагми, скорочення екскурсії легенів, порушення кровотоку по ворітній та порожній венах, розладу мікроциркуляції, тромбоемболічних ускладнень [3; 7–10]. В експерименті на сви-

