

Е.В. Грецих, М.В. Сторожева, З.В. Золочевская*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

*Дорожная клиническая больница ст. Харьков СТГО «ПЗ»

Актуальность темы

Степень тяжести и прогноз течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области напрямую зависят от выраженности эндогенной интоксикации, вызванной активацией катаболизма, наличием распада некротических тканей, экзо- и эндотоксинов, микроорганизмов и других биологически активных веществ [1,2]. При проведении медикаментозной терапии в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО при использовании сульфаниламидных, нестероидных противовоспалительных препаратов и антибиотиков часто возникают аллергические, токсические и дисбиотические осложнения. Эти факторы также способствуют возникновению иммунодефицита на фоне сенсibilизации [3,4]. Перспективным направлением, основанным на принципах многоцелевого физиологического воздействия на компенсаторные звенья гомеостаза, является антигомтоксическая и сорбционная терапия [5,6,7]. При использовании сорбционного препарата «Энтеросгель», антигомтоксического препарата «Лимфомиозот» возможно активизирующее влияние на иммунологические реакции, активируется выведение токсинов. Мы подходили к решению задачи по поиску адекватных методов терапии, снижающих риск развития

медикаментозных осложнений и повышающих эффективность лечения больных с острыми гнойно-воспалительными процессами ЧЛО, исходя из вышеперечисленных предпосылок.

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных с острыми одонтогенными гнойными периоститами, флегмонами ЧЛО при использовании сорбционного препарата «Энтеросгель», антигомтоксического препарата «Лимфомиозот Н».

Материалы и методы. Исследования проводились у 185 пациентов без соматических заболеваний, в возрасте от 18 до 50 лет. Наблюдалось 110 пациентов с острым одонтогенным гнойным периоститом альвеолярных отростков челюстей и 75 пациентов с поверхностными флегмонами 1-2 областей ЧЛО (подглазничной, поднижнечелюстной, подбородочной, скуловой). Объем хирургического вмешательства для всех пациентов состоял из удаления «причинного зуба», вскрытия и дренирования очага воспаления по общепринятым принципам. Исследованный контингент больных был разделен на группы, отличающиеся между собой характером медикаментозной терапии. В 1 группу вошли пациенты с острым одонтогенным периоститом, во 2 – больные с флегмонами ЧЛО различной локализации, занимающими 1-2 области. Каждую из групп разделили на 2 под-

группы: А-больные, которым не назначали антибиотики в схеме лечения; Б- пациентам назначалась антибактериальная терапия (табл.1). У пациентов 1А группы (54 человека) использовалась схема лечения №1. Для местной обработки заживления операционной раны после вскрытия гнойного очага в полости рта больные этой группы использовали водную суспензию сорбента «Энтеросгель» (согласно рекомендациям производителя 1 столовую ложку препарата необходимо растворить в 3 столовых ложках воды) в виде аппликаций. После местного использования сорбента применялись полоскания полости рта оральным антисептиком «Стоматидин» и 4% раствором натрия гидрокарбоната в течение 5 суток. В подгруппе 1Б (56 человек) назначалась схема медикаментозного лечения №2. Для местной обработки операционной раны после вскрытия гнойного очага в полости рта больным назначался оральный антисептик «Стоматидин», 4 % раствор натрия гидрокарбоната в виде полосканий в течение 5 суток. Пациентам 2А подгруппы (8 человек) назначался комплекс медикаментозных препаратов по схеме №3. Больным 2Б подгруппы (7 человек) применялась следующая схема медикаментозной терапии №4. Местная обработка гнойных ран у пациентов 2А и 2Б подгрупп была идентичной, ис-

Схема медикаментозної терапії для пацієнтів 1 і 2 груп

Група 1		Група 2	
підгрупа А n=54	підгрупа Б n=56	підгрупа А n= 40	підгрупа Б n=35
1. Лоратидин по 1 таблетці 1 раз в день в течение 3-х суток; 2. Солпадеин по 2 таблетки при болях в течение 3-х суток; сорбент «Ентеросгель» по 1 столовій ложці 3 рази в день в течение 7-ми суток	1. Норфлораксацин по 400 мг 2 рази в день в течение 8 днів; 2. Нистатин по 500 000 ЕД 3 рази в сутки в течение 10 днів; 3. Лоратидин по 1 таблетці 1 раз в день в течение 3-х суток; 4. Солпадеин по 2 таблетки при болях в течение 3-х суток	1. 0,9% розв'язок NaCl, реосорбілакт 200 мл, 2 рази в сутки; 2. Супрастин 1 мл, 1 раз в сутки; 4. Аспаркам: по 1 таб. 3 рази в сутки; 5. Нимесил: по 1 пакетику 2 рази в сутки; 6. Лимфомиозот по 1,1 мл перед відкриттям флегмони, згодом по 1,1 мл, 1 раз в сутки внутрішньовенно в течение 5-7 днів	1. 0,9% розв'язок NaCl, реосорбілакт 200 мл, 2 рази в сутки; 2. Супрастин 1 мл, 1 раз в сутки; 4. Аспаркам: по 1 таб. 3 рази в сутки; 5. Нимесил: по 1 пакетику 2 рази в сутки; 6. Левофлораксацин 500 мг, 1 раз в сутки в течение 5 днів; 7. Метрогіл 100 мл, 3 рази в день

пользовались розв'язки перекиси водороду 3% і фурациліну 1:5000.

Ефективність лікування контролювали шляхом комплексного обстеження, яке включало вивчення анамнезу хворих, даних клінічного спостереження (огляд, планіметрія рани, термометрія поверхні рани, оцінка заживлення вторичним натягненням), клініко-лабораторних досліджень. Лабораторні дослідження проводили до початку лікувальних заходів, а також на 3, 7 днів з початку лікування. Клінічна оцінка відображала динаміку загального стану хворих, показники температури тіла, набуття м'яких тканин в ураженій області, очищення операційних ран від детриту. Для оцінки ступеня вираженості запального процесу і регенерації ранової поверхні вимірювали локальну температуру в області зони запалення. Для вивчення швидкості заживлення операційної рани і зме-

нення її розмірів в залежності від стадії течія раневого процесу на 3, 7 днів після хірургічного втручання вимірювали раневу поверхню методом Л.І. Попової (1942). Неспецифічну резистентність організму оцінювали з використанням клінічних лабораторних методів. У обстежуваних пацієнтів вивчали рівень функціональної активності нейтрофілів за показателями фагоцитарного індексу (ФІ) і фагоцитарного числа (ФЧ), активність фагоцитоза і продукцію активних форм кисню по НСТ-тесту (Лебедев А.К., 2007). Статистичну обробку отриманих результатів проводили з визначенням показників достовірності з допомогою t-критерію надійності Ст'юдента-Фішера з урахуванням величини експериментальних груп.

Результати дослідження і їх обговорення

Сопоставлення показників, отриманих у пацієнтів 1А і 1Б підгруп на 2-ю, 3-ю днів спостереження, дозволяло оцінити ступінь вираженості запали-

тельних явищ і динаміку течія запального процесу. В період спостереження було відзначено, що вираженість коллатерального набуття м'яких тканин обличчя і болевих відчуттів в післяопераційному періоді була значно нижче у тих пацієнтів, в лікуванні яких застосовувався комбінований метод використання сорбентної терапії. Встановлено, що зменшення ознак інтоксикації (слабкість, головні болі, безсоння, підвищення температури тіла, подразливість, зниження працездатності) відбувалося на 1-2 днів; явища слабо вираженого набуття м'яких тканин до 2-х днів. Регіональний лімфаденіт зберігався в течение 3-4 днів з початку лікувальних заходів. В той же період спостереження у пацієнтів 1Б підгрупи зберігалися ознаки вираженого набуття м'яких тканин обличчя, поширення за межі анатомічної області, болевих відчуттів в ураженій області. Крім того, на опитуванні 9 пацієнтів (16,0%) від-

чали наличие побочных явлений при приеме препаратов: тошноту, рвоту, диспептические явления, 6 человек (10,7%) из них самостоятельно отказались от приема норфлоксацина. Сроки временной нетрудоспособности у пациентов подгруппы 1Б были выше на 9,8% по сравнению с аналогичными у пациентов подгруппы 1А. При клинической оценке процесса заживления операционной раны после вскрытия гнойного очага в полости рта у больных подгруппы 1А отмечалось, что гиперемия и инфильтрация тканей слизистой оболочки полости рта в области очага воспаления были слабо выражены, местная болевая реакция незначительна. Поверхность краев гнойной раны была не отечна, слабо инфильтрирована, раневая поверхность покрыта белесоватым налетом из нитей фибрина, из операционной раны выделялось небольшое количество геморрагического экссудата, в глубине раны обнаруживались мелкопетлистые грануляции. У пациентов 1Б подгруппы в аналогичные сроки наблюдения было выявлено, что поверхность краев операционной раны была отечна, инфильтрирована, определялся грязно-серый налет из нитей фибрина, из

раны выделялся гнойно-геморрагический экссудат. При сравнении результатов исследований установлено, что у пациентов 1А подгруппы по сравнению с аналогичными показателями у 1Б подгруппы уменьшались признаки инфильтрации вокруг гнойной раны, сокращались сроки начала появления грануляций соответственно на $1,1 \pm 0,2$ и $1,9 \pm 0,2$ суток; период полного очищения раневой поверхности - на $1,1 \pm 0,2$ суток; эпителизации раневой поверхности - на $2,2 \pm 0,1$ суток. Для характеристики течения периода реконвалесценции и регенераторного процесса в очаге воспаления сравнивали показатели термометрии. У больных подгруппы 1А в дооперационный период показатели были такими: общая $36,83 \pm 0,04$ Со, локальная $36,82 \pm 0,04$ Со; на 3 сутки лечения – общая $36,45 \pm 0,04$ Со; локальная $36,58 \pm 0,04$ Со ($p < 0,001$). В подгруппе 1Б объективные данные при проведении общей термометрии указывали на более продолжительный период нормализации температуры тела. В подгруппе 1Б отмечались показатели в дооперационный период: общая $36,87 \pm 0,05$ Со, локальная в очаге $37,01 \pm 0,08$ Со; 3 сутки лечения – общая $36,52 \pm 0,03$ Со; ло-

кальная в очаге $36,76 \pm 0,04$ Со ($p < 0,001$). Проведение планиметрических исследований позволило сделать заключение о том, что на 3 сутки от начала лечения сокращение линейного размера раневой поверхности операционной раны после вскрытия гнойного очага в полости рта у пациентов 1А подгруппы составило 4,2%, в то же время у больных 1Б подгруппы - 3,7%. Показательными при изучении результатов исследований оказались данные НСТ-теста, причем динамика показателей в зависимости от вида медикаментозной терапии имела различный характер (табл.2).

При изучении показателей, приведенных в табл. 2, установлено, что при использовании сорбента «Энтеросгель» уровень НСТ-теста достоверно значительно повышался на 48,6%, отмечалось статистически недостоверное незначительное снижение фагоцитарного индекса на 3,4%, повышение показателей фагоцитарного индекса на 12,2% по сравнению с исходным уровнем в дооперационный период. В то же время при использовании антибиотикотерапии у больных в подгруппе 1Б показатели НСТ-теста снижались на 32,0%, фагоцитарного индекса повышались на 5,8%, фагоцитарного индекса

Таблица 2

Показатели фагоцитарной активности у больных 1 группы ($M \pm m$)

Показатели, %	Подгруппа 1А		Δ	Подгруппа 1Б		Δ
	до лечения n=8	3-и сутки лечения n=5		до лечения n=7	3-и сутки лечения n=6	
Фагоцитарный индекс	$2,9 \pm 0,48^*$	$2,8 \pm 0,13$ ($p > 0,05$)	-3,4	$3,4 \pm 0,46^*$	$3,6 \pm 0,46$ ($p > 0,05$)	+5,8
Фагоцитарное число	$4,9 \pm 0,70^*$	$4,3 \pm 0,27$ ($p > 0,05$)	+12,2	$5,1 \pm 0,60^*$	$4,9 \pm 0,07$ ($p > 0,05$)	-3,9
НСТ-показатель	$11,3 \pm 0,6^*$	$16,8 \pm 0,86$ ($p \leq 0,001$)	+48,6	$15,9 \pm 2,7^*$	$10,8 \pm 2,32$ ($p \leq 0,001$)	-32,0

Примечание: p - достоверное различие результатов по отношению к показателям у пациентов до лечения.

снижались на 3,9%, що являлось признаком продолжавшегося течения воспалительного процесса.

Различие полученных результатов исследования в зависимости от метода медикаментозной терапии также наблюдалось и у больных 2-й группы. У пациентов подгруппы 2А отмечалось значительное уменьшение отека и болей в пораженной области, улучшение общего состояния пациентов, более быстрое очищение раневой поверхности от гнойного экссудата и заживление вторичным натяжением с менее выраженными проявлениями интоксикации, сокращением послеоперационного периода, ко-

торый протекал без осложнений. Побочных явлений при использовании препарата «Лимфомиозот» Н не наблюдалось. Длительность курса лечения составила в подгруппе 2А 5-7 суток, а в подгруппе 2Б 7-9 суток. При анализе результатов планиметрического исследования установлено уменьшение раневой поверхности у больных подгруппы 2А на $3,9 \pm 0,1$ см²/сутки, в подгруппе 2Б - на $1,9 \pm 0,3$ см²/сутки. Во всех случаях в результате проведенного лечения положительная динамика по показателям термометрии наблюдалась у всех пациентов 2-й группы. Однако у больных 2А подгруппы гипертермия в об-

ласти раны отмечалась только в течение 2-х суток после вскрытия гнойного очага, на 3-5 сутки она нормализовалась. В тоже время у больных 2Б подгруппы гипертермия краев раны наблюдалась в течение 4-5 дней после вскрытия флегмоны и только на 7 сутки после оперативного вмешательства температура поверхности раны нормализовалась. У больных 2 группы показатели клеточного звена иммунитета имели разнонаправленный характер в зависимости от использованного метода медикаментозной терапии (табл. 3).

Как видно из таблицы 3, на 7-е сутки лечения у пациентов 2А

Таблица 3

Показатели фагоцитарной активности у больных 2-й группы (M±m)

Показатели, %	Подгруппа 2А		Δ	Подгруппа 2Б		Δ
	до лечения, n=5	7-е сутки лечения, n=5		до лечения, n=4	7-е сутки лечения, n=4	
Фагоцитарный индекс	38±1,75*	58,2±7,75 (p≤0,05)	+531	46,6±6,6*	42,8±6,8 (p > 0,05)	-8,2
Фагоцитарное число	1,43±0,13*	1,45±0,08 (p > 0,05)	+1,4	1,54±0,08*	1,43±0,07 (p > 0,05)	-7,1

Примечание: p - достоверное различие результатов по отношению к показателям у пациентов до лечения.

подгруппы отмечалось повышение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов, особенно фагоцитарного индекса (на 53,1%). В то же время аналогичные показатели у больных 2Б подгруппы имели тенденцию к уменьшению, что свидетельствовало о снижении активности клеточного звена иммунитета. Из таблиц 2 и 3 видно, что не все результаты исследований имели показатели высокого уровня статистической достоверности. По всей вероятности, это объясняется широким спектром индивидуальных характеристик фагоцитарной активности у больных с острыми гнойными воспалительными

процессами ЧЛО. При сравнении результатов иммунологических исследований можно предположить, что повышение значений показателя НСТ-теста у пациентов в подгруппах без использования антибиотикотерапии связано с повышением показателей неспецифической резистентности организма за счет сохранения прочности внешней клеточной мембраны нейтрофилов и уменьшения количества разрушенных клеток.

В случаях использования антибиотикотерапии, напротив, клеточная мембрана нейтрофилов повреждалась значительно активнее, видимо, за счет цитоток-

сического действия препарата не только на микроорганизмы, но и клетки крови.

Выводы

1. Использование в комплексной медикаментозной терапии у больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО «Энтеросгеля» и антигомтоксического препарата «Лимфомиозот» повышает показатели качества лечения за счет активизации иммунобиологической реактивности организма, снижает риск развития медикаментозных осложнений, сокращает сроки нетрудоспособности.

2. Обобщая в целом возможные механизмы выявленного клинического эффекта лечения

воспалительных процессов ЧЛО при использовании «Энтеросгеля» и «Лимфомиозота», можно предположить, что положительное влияние на этапах лечения, по нашему мнению, достигалось за счет устранения симптомов эндогенной интоксикации.

3. Термометрические исследования операционной раны могут быть предложены для контроля динамических сдвигов проводимого лечения у больных с гнойно-воспалительными про-

цессами ЧЛО. Установлено, что у больных с неотягощенным стоматическим анамнезом неблагоприятными признаками течения раневого процесса являются отсутствие снижения показателей локальной термометрии на 0,2°С при остром одонтогенном периодите альвеолярных отростков на 2-е сутки от начала лечебных мероприятий, а также сохранение гипертермии раневой поверхности от 37,1°С до 37,4°С на 7 сутки после вскрытия флегмоны.

4. Использование «Энтеросгеля» в предложенном методе комбинированного применения и «Лимфомиозота» значительно повышает фагоцитарную активность нейтрофилов. Ускорение процесса регенерации операционной раны было связано с более эффективным очищением раневой поверхности от некротических тканей, что также способствует снижению выраженности эндогенной интоксикации и повышению активности саногенеза.

Література

1. Тимофеев А.А. Применение современных комбинированных препаратов в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи / А.А. Тимофеев, М.В. Ковалев, С.В. Витковская // Современная стоматология. — 2004. — № 3. — С. 83—87.
2. Комский М.П. Определение тяжести гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой локализации / М.П. Комский, О.Е. Малевич // Вестник стоматологии. — 2005. — № 1. — С. 45—48.
3. Краснощеков С.А. Применение препарата «Гентаксан» для профилактики гнойно-воспалительных осложнений инфицированных ран в челюстно-лицевой области / С.А. Краснощеков, Е.В. Хоменко // Материалы III (X) съезда Ассоциации стоматологов Украины. — Полтава, 2008. — С. 298.
4. Никоненко А. Г. Критерии сравнения эффективности аллопатических и антигоммотоксических препаратов // Биологическая терапия. — 2000. — № 1. — С. 44-47.
5. Зорян Е.В. Очерки по гомеопатии для стоматологов / Е.В. Зорян. — М.: Арнебия, 2005. — 560 с.
6. Сторожева М.В. Сорбционная терапия в комплексном лечении больных с острыми гнойно-воспалительными процессами полости рта / М.В. Сторожева // Вісник стоматології. — 2008. — №1. — С. 157.
7. Грецких Е.В. Применение антигоммотоксических препаратов при лечении острых гнойных процессов челюстно-лицевой области / Е.В. Грецких // Клініко-епідеміологічні аспекти боротьби та профілактики інфекційних і неінфекційних хвороб серед дітей і дорослих: міжнар. наук.-практ. конф., 8-9 квіт. 2009 р.: матеріали доп. - Харків, 2010. - С. 243-244.
8. Марченко А. И. Результаты применения антигоммотоксического препарата Traumeel S в терапии пародонитов / А. И. Марченко, В. В. Бокша // Биологическая терапия. — 2000. — № 1. — С. 35-37.
9. Беккер Вернер. Антигоммотоксическая медицина в стоматологии / Вернер Беккер. — М.: Арнебия, 2005. — С. 5-13.

Стаття надійшла
21.11.2011 р.

Резюме

Приведены результаты сравнительного изучения показателей у больных с острыми одонтогенными гнойными периоститами челюстей и флегмонами челюстно-лицевой области (ЧЛО) различной локализации в зависимости от применяемых методов медикаментозной терапии. Представлены преимущества использования комбинированного использования сорбента «Энтеросгель», антигомтоксического препарата «Лимфомиозот Н» на течение и заживление гнойных ран мягких тканей ЧЛО в послеоперационный период у пациентов с неотягощенным соматическим анамнезом.

Ключевые слова: периостит, флегмона, челюстно-лицевая область, лечение, сорбент, антигомтоксический препарат.

Резюме

Наведені результати порівняльного вивчення показників у хворих із гострими одонтогенними гнійними періоститами щелеп і флегмонами ЦЛД різної локалізації залежно від використаних методів медикаментозної терапії. Висвітлені переваги комбінованого використання сорбенту «Ентеросгель», антигомтоксичного препарату «Лімфоміозот Н» на перебіг та загоєння гнійних ран м'яких тканин ЦЛД у післяопераційний період у пацієнтів із необтяженим соматичним анамнезом.

Ключові слова: періостит, флегмона, щелепно-лицьова ділянка, лікування, сорбент, антигомтоксичний препарат.

Summary

The article describes the results of comparative analysis of the indices at the patients with acute odontogenic periostides of the jaws and phlegmons of the maxillofacial area of various locations depending on the methods of medication therapy. The work proves the advantages of combined usage of sorbent enterosgel, antihomotoxic medicine lymphomyosol H for the course and healing of purulent wounds of the soft tissues of maxillofacial area in the postoperative period at the patients with non-aggravated somatic anamnesis.

Key words: periostitis, phlegmon, maxillofacial area, treatment, sorbent, antihomotoxic medicine.