

УДК: 616.31-002.3-085.242

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

Е.В. Грецких, М.В. Сторожева, З.В. Золочевская\*

Харьковский национальный медицинский университет

\*Дорожная клиническая больница ст. Харьков СТГО «ПЗ»

### 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.

### Summary

The article describes the results of comparative analysis of the indices in 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 *lymphomyosot H* for the course and healing

of purulent wounds of the soft tissues of maxillofacial area in the postoperative period in the patients with non-aggravated somatic anamnesis.

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

### Литература

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 антигомтоксических 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 антигомтоксических 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.

6. Марченко А. И. Результаты применения антигомотоксического препарата Traumeel S в терапии пародонтитов / А. И. Марченко, В. В. Бокша // Биологическая терапия.— 2000.—№ 1.— С. 35-37.

7. Беккер Вернер. Антигомотоксическая медицина в стоматологии / Вернер Беккер. — М.: Арнебия, 2005. — С. 5-13.

**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 ЧЛЮ 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 антигомотоксическая и сорбционная терапия [5,6,7]. При использовании сорбционного препарата «Энтеросгель», антигомотоксического препарата «Лимфомиозот» возможно активизирующее влияние на иммунологические реакции, активизируется 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 ЧЛЮ, исходя из вышеперечисленных предпосылок.

**Цель исследования** — повышение эффективности лечения больных с острыми одонтогенными гнойными периоститами, флегмонами ЧЛЮ 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 ЧЛЮ (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 ЧЛЮ различной локализации, занимающими 1-2 области. Каждую из групп разделили на 2 подгруппы: 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, использовались растворы перекиси водорода 3% и фурациллина 1:5000.

*Таблица 1*

**Схема медикаментозной терапии для пациентов 1 и 2 групп**

Группа 1		Группа 2	
подгруппа А n=54	подгруппа Б n=56	подгруппа А n= 40	подгруппа Б n=35
1. Лоратидин по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3-х суток;	1. Норфлоксацин по 400 мг 2 раза в день в течение 8 дней;	1.0,9% раствор NaCl, реосорбилакт 200 мл, 2 раза в сутки;	1.0,9% раствор NaCl, реосорбилакт 200 мл , 2 раза в сутки;
2.Солпадеин по 2 таблетки при болях в течение 3-х суток;	2. Нистатин по 500 000 ЕД 3 раза в сутки в течение 10 дней;	2.Супрастин 1 мл, 1 раз в сутки;	2.Супрастин 1 мл., 1 раз в сутки;
сорбент «Энтеросгель» по 1 столовой ложке 3 раза в день в течение 7-ми суток	3.Лоратидин по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3-х суток;	4.Аспаркам: по 1 таб. 3 раза в сутки;	4.Аспаркам: по 1 таб. 3 раза в сутки;
	4. Солпадеин по 2 таблетки при	5.Нимесил: по 1 пакетику 2 раза в сутки;	5.Нимесил: по 1 пакетику 2 раза в сутки;
		6.Лимфомиозот по 1,1 мл перед вскрытием флегмоны, затем	6.

	болях в течение 3-х суток	по 1,1 мл, 1 раз в сутки внутривенно в течение 5-7 дней	Левифлоксацин 500 мг, 1 раз в сутки в течение 5 дней; 7.Метрогил 100 мл, 3 раза в день
--	---------------------------	---	---

Эффективность лечения контролировали путем комплексного обследования, которое включало изучение анамнеза больных, данных клинического наблюдения (осмотр, планиметрия раны, термометрия поверхности раны, оценка заживления вторичным натяжением), клинико-лабораторных исследований. Лабораторные исследования проводили до начала лечебных мероприятий, а также на 3, 7 сутки от начала лечения. Клиническая оценка отражала динамику общего состояния больных, показатели температуры тела, отека мягких тканей в пораженной области, очищение операционных ран от детрита. Для оценки степени выраженности воспалительных явлений, динамики течения воспалительного процесса и регенерации раневой поверхности измеряли локальную температуру в области зоны воспаления. Для изучения скорости заживления операционной раны и изменения ее размеров в зависимости от стадии течения раневого процесса на 3, 7 сутки после хирургического вмешательства измеряли раневую поверхность методом Л.И. Поповой (1942). Неспецифическую резистентность организма оценивали с использованием клинических лабораторных методов. У обследуемых пациентов изучали уровень функциональной активности нейтрофилов по показателям фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ), активность фагоцитоза и продукцию активных форм кислорода по НСТ-тесту (Лебедев А.К., 2007). Статическую обработку полученных результатов проводили с определением

показателей достоверности с помощью t-критерия надежности Стьюдента-Фишера с учетом величины экспериментальных групп.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Сопоставление показателей, полученных у пациентов 1А и 1Б подгрупп на 2-е, 3-и сутки наблюдения, позволяли оценить степень выраженности воспалительных явлений и динамику течения воспалительного процесса. В период наблюдения было отмечено, что выраженность коллатерального отека мягких тканей лица и болевых ощущений в послеоперационном периоде была значительно ниже у тех пациентов, в лечении которых применялся комбинированный метод использования сорбентной терапии. Установлено, что уменьшение признаков интоксикации (слабость, головные боли, бессонница, повышение температуры тела, раздражительность, снижение работоспособности) происходило на 1-2 сутки; явления слабо выраженного отека наблюдались до 2-х суток. Регионарный лимфаденит сохранялся в течение 3-4 суток от начала лечебных мероприятий. В тот же период наблюдения у пациентов 1Б подгруппы сохранялись признаки выраженного отека тканей лица, распространявшегося за пределы анатомической области, болевые ощущения в пораженной области. Кроме того, на опросе 9 пациентов (16,0%) отмечали 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  $36,83 \pm 0,04$  C°, локальная  $36,82 \pm 0,04$  C°; на 3 сутки лечения – общая  $36,45 \pm 0,04$  C°; локальная  $36,58 \pm 0,04$  C° ( $p < 0,001$ ). 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  $36,87 \pm 0,05$  C°, локальная в очаге  $37,01 \pm 0,08$  C°; 3 сутки лечения – общая  $36,52 \pm 0,03$  C°; локальная в очаге  $36,76 \pm 0,04$  C° ( $p < 0,001$ ). 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 снижались на 3,9%, что являлось признаком продолжавшегося течения воспалительного процесса.

*Таблица 2*

**Показатели фагоцитарной активности у больных 1 группы (M±m)**

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

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

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, который 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  $3,9 \pm 0,1$  см<sup>2</sup>/сутки, в подгруппе 2 Б - на  $1,9 \pm 0,3$  см<sup>2</sup>/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 области 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).

*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.

Как видно из таблицы 3, на 7–е сутки лечения у пациентов 2А 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 ЧЛЮ. 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 цитотоксического действия препарата не только на микроорганизмы, но и клетки крови.

### **Выводы**

1. Использование в комплексной медикаментозной терапии у больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛЮ «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 ЧЛЮ 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 процессами ЧЛЮ. Установлено, что у больных с неотягощенным соматическим анамнезом неблагоприятными признаками течения раневого процесса являются отсутствие снижения показателей локальной термометрии на  $0,2^{\circ}\text{C}$  при остром одонтогенном периостите альвеолярных отростков на 2-е сутки от начала лечебных мероприятий, а также сохранение гипертермии раневой поверхности от  $37,1^{\circ}\text{C}$  до  $37,4^{\circ}\text{C}$  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.