

значительные количества палочковидных форм, типичных для лактофлоры, что свидетельствовало о нормализации микроэкологии в этом биотопе. Практически отсутствовали основные индикаторы воспаления – лейкоциты.

На фоне лечения с использованием лечебно-столовой МВ наблюдали изменения качественного и количественного состава микроорганизмов, подтверждающие ее санитизирующий эффект. Произошла элиминация таких потенциально опасных видов, как кишечные палочки, дрожжи, численность других снизилась в 2,5–4,5 раза ($p < 0,05$). На фоне орошения лечебно-столовой МВ «Ключи» уменьшалась численность вплоть до полной элиминации условно-патогенных штаммов. Существенным является и тот факт, что в составе микробных ассоциаций у 13 человек до бальнеолечения были обнаружены грибы рода *Candida*, чаще всего в диагностически значимых титрах ($\geq 10^4$ КОЕ/мл). Лечение с использованием процедуры орошения МВ во всех случаях приводило к их устранению. Следует также отметить, что в процессе лечения не подавлялся рост резидентной микрофлоры. Данный положительный эффект очевидно обусловлен тем, что при использовании лечебно-столовой МВ поверхность слизистой оболочки полости рта подвергается как механическому и термическому воздействию водного фактора, так и специфическому влиянию содержащихся микроэлементов. Более того, по данным литературы [2], катионы Ca^{2+} и Mg^{2+} , входящие в состав МВ, дают противовоспалительный и антиаллергический эффект, а ионы Na^+ и Cl^- оказывают трофическое воздействие.

В группе сравнения у больных с дефектами верхней челюсти и лиц, перенесших пластические операции на нижней челюсти, наблюдалось некоторое улучшение гигиенического состояния ротовой полости, очевидно, за счет механического

воздействия при проведении процедуры и благодаря регулярности полосканий дистиллированной водой, однако положительный эффект был значительно менее выражен.

Таким образом, выполненные исследования свидетельствуют о целесообразности использования лечебно-столовой МВ курорта «Ключи» у пациентов с приобретенными дефектами челюстей.

Выводы

1. Первичное бактериоскопическое исследование ротовой полости позволило выявить широкое многообразие морфотипов. Отмечались признаки воспалительной реакции пародонта при наличии значительного количества лейкоцитов и эпителиальных клеток, обильно обсемененных кокковой флорой.

2. Регулярные процедуры полоскания и орошения минеральной водой «Ключи», способствуя элиминации чужеродных веществ и избыточной микрофлоры, обеспечивают нормализацию ее состава и профилактику дисбиотических нарушений в ротовой полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянова Н. И., Шинкарик О. В. // Организационные, теоретические и практические аспекты бальнеотерапии: Сборник трудов. – Пермь, 2006. – С. 207–218.
2. Корюкина И. П., Туев А. В., Бобровицкий И. П. Лечение хронического тонзиллита питьевой минеральной водой «Усть-Качкинская». – М.; Пермь, 2006. – С. 2–11.
3. Царев В. Н., Ушаков Р. В. Антимикробная терапия в стоматологии. – М., 2006.

Поступила 22.12.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 617.52-002-06-078.33

Е. А. Дурново, Ю. В. Высельцева, Н. В. Мишина, Н. Е. Хомутинова, М. С. Марочкина

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России (603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина, д. 10/1)

В статье представлены результаты анализа клинико-иммунологических показателей течения воспалительного процесса челюстно-лицевой области у 85 больных с распространенными одонтогенными флегмонами и их осложнениями. Клинические проявления распространенного и осложненного течения воспалительного процесса мягких тканей челюстно-лицевой области характеризуются пятью вариантами гиперергического типа воспалительной реакции организма. Авторами были разработаны клинико-иммунологические диагностические и прогностические критерии течения воспалительного процесса в челюстно-лицевой области, которые позволяют уточнить и прогнозировать дальнейшее развитие заболевания и составить рациональный план лечения.

Ключевые слова: одонтогенные флегмоны, осложнения, гиперергия, флогогенная активность сыворотки крови, неспецифическая реактивность организма, перекисное окисление липидов, антиоксидантная активность, нейтрофилы крови

PECULIARITIES OF CLINICO-IMMUNOLOGICAL DIAGNOSTICS OF COMMON INFLAMMATORY DISEASE OF THE SOFT TISSUES IN THE MAXILLOFACIAL REGION AND THEIR COMPLICATIONS

Durnovo E.A., Vysel'tseva Yu.V., Mishina N.V., Khomutinnikova N.E., Marochkina M.S.

The results of analysis of clinical and morphological characteristics of the inflammatory process in the maxillofacial region are reported based on the observation of 83 patients presenting with disseminated odontogenic phlegmons and their complications. It was shown that the clinical manifestations of the dissemination and complicated inflammatory process in the soft tissues of the maxillofacial region were represented by five variants of the inflammatory reaction of the hyperergic type. The clinico-immunological diagnostic and prognostic criteria of the inflammatory process have been developed providing a basis for the precise characteristic and prognostication of the further course of the disease and rational planning of its management.

Key words: odontogenic phlegmons, complications, hyperergia, serum flogogenic activity, non-specific reactivity of the organism, lipid peroxidation, antioxidative activity, blood neutrophils

Одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии в современном мире является диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний мягких тканей [1–4].

Численность больных с флегмонами продолжает оставаться на неизменно высоком уровне (до 60–70% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров). Многими авторами отмечается изменение характера течения гнойной одонтогенной инфекции – увеличение числа больных с распространенным и тяжелым прогрессирующим течением заболевания, нередко приводящим к длительной нетрудоспособности, в некоторых случаях – к летальным исходам [5–9].

В связи с этим научные исследования, позволяющие диагностировать течение распространенных одонтогенных флегмон и их осложнений на раннем этапе, предположить потенциальный вариант развития заболевания и как итог составить адекватный план лечебных мероприятий, являются наиболее приоритетными.

Цель исследования: выявить основные диагностические и прогностические клиничко-иммунологические критерии развития и течения распространенных одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области и их осложнений.

Материал и методы

На базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Нижегородской медицинской академии (отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГУЗ НОКБ им. Н. А. Семашко) за период 2004–2009 гг. было проведено обследование и лечение 91 больного с одонтогенными флегмонами и их осложнениями.

В группу исследования были включены больные с гиперергическим типом течения распространенного воспалительного процесса челюстно-лицевой области – 85 человек. Основанием для диагностики гиперергии явилась клиническая картина течения заболевания, подтвержденная результатами исследования функциональной активности лейкоцитов на основании анализа кислородзависимого метаболизма, что является критерием определения типа реактивности организма [10].

Возраст больных от 20 до 47 лет; мужчин было 47 (55,3%), женщин – 38 (44,7%).

Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев без сопутствующей патологии в возрасте от 20 до 45 лет.

Клиническое обследование больных проводилось на момент первичного обращения пациента с последующими динамическими наблюдениями на 1, 3, 5, 7-е сутки лечения и при выписке из стационара. Для оценки общей картины заболевания применяли разработанную нами балльную систему оценки, суммарные величины которой соответствовали тяжести заболевания [11].

Для оценки кислородзависимого метаболизма фагоцитарной активности нейтрофилов был использован тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) по методу В. Park и соавт. (1968) в модификации М. Е. Виксмана и А. Н. Маянского [12].

Показатели свободнорадикальных процессов в организме оценивали по уровням продуктов и направленности процессов перекисного окисления липидов (К_о), активности антиоксидантной системы защиты организма [13–15].

Для определения общего флогогенного потенциала сыворотки крови использовали метод определения лейкоцитомо-

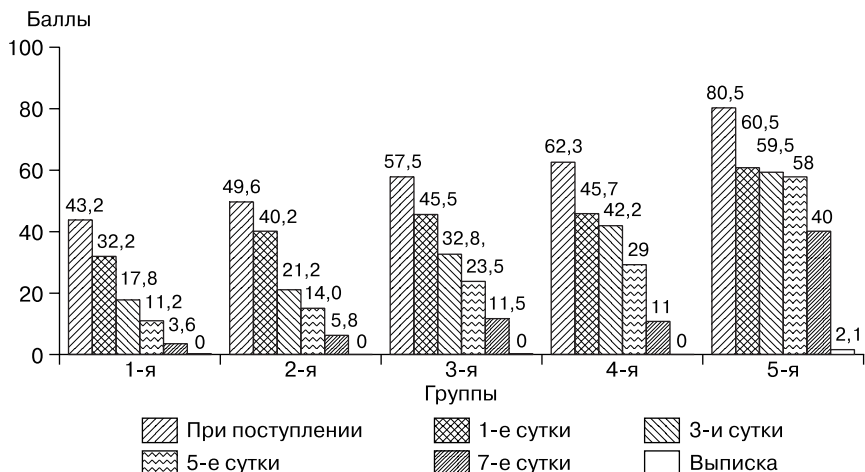


Рис. 1. Динамика общего суммарного балла у больных с распространенными одонтогенными флегмонами ЧЛЮ и их осложнениями.

дулирующей активности сыворотки крови, предложенный Д. Н. Маянским. Рассчитывали коэффициент флогогенной активности (КФА), который представляет собой соотношение максимальных показателей индуцированной реакции к спонтанной; выражали его в условных единицах [16].

Математическую обработку полученных результатов проводили методами описательной и параметрической статистики с использованием программ Microsoft Excel 2003 для Windows XP, Statistica 6.0 для Windows (“StatSoft”, США).

Результаты и обсуждение

В ходе изучения характера клинических проявлений распространенных одонтогенных флегмон и их осложнений был выявлен ряд особенностей, которые позволили предположить 5 вариантов гиперергического типа клинического течения воспалительного процесса челюстно-лицевой области (ЧЛЮ).

При детальном клиническом обследовании больных на момент поступления в клинику, в динамике лечения и при выписке определены закономерности, подтверждающие наше предположение о различных вариантах гиперергического типа воспалительной реакции (рис. 1).

1-я группа больных включала 25 (29,4%) человек. Общее состояние больных на момент госпитализации оценивалось как средней степени тяжести. Общие и местные клинические проявления заболевания были умеренно выражены. Воспалительный инфильтрат чаще локализовался в области 3–4 клетчаточных пространств. На этапах лечения отмечен равномерный регресс признаков воспаления.

У 2-й группы больных (25 человек – 29,4%) общее состояние при госпитализации было отмечено как средней степени тяжести. Зарегистрированы более выраженные по сравнению с таковыми в 1-й группе общие и местные проявления заболевания. Гнойно-инфекционный процесс занимал около 4–5 клетчаточных пространств. В динамике лечения купирование симптомов воспаления было сходно с таковым в 1-й группе больных, но явные признаки улучшения отмечены на 5-е сутки.

3-я группа больных составила 10 (11,8%) человек. Общее состояние пациентов оценивалось как тяжелое. Общие и местные проявления одонтогенного воспалительного процесса были значительно выражены. Гнойно-воспалительный инфильтрат занимал чаще 6–7 клетчаточных пространств. Однако отмечено, что 1 – 3-и сутки клиническая картина одонтогенных флегмон у больных данной группы характеризовалась относительной стабильностью тяжелого состояния, а положительная динамика течения распространенных одонтогенных флегмон зафиксирована с 7-х суток лечения.

4-я группа включала 15 (17,7%) больных, у которых те-

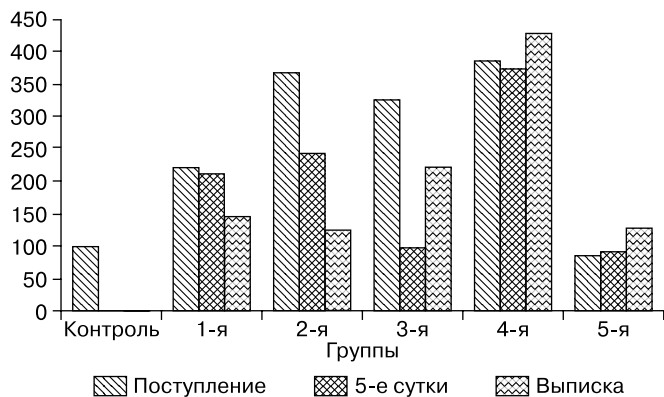


Рис. 2. Динамика уровня спонтанной реакции НСТ-теста у больных с распространенными одонтогенными флегмонами ЧЛЮ и их осложнениями.

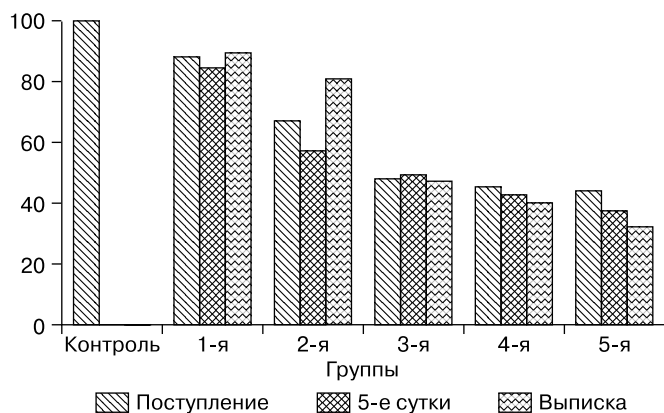


Рис. 3. Динамика уровня ИА у больных с распространенными одонтогенными флегмонами ЧЛЮ и их осложнениями.

чение одонтогенных флегмон характеризовалось распространением на клетчаточные пространства шеи, тяжелым состоянием больных, выраженными в значительной степени местными клиническими проявлениями заболевания. На этапах лечения, несмотря на относительно положительную динамику течения заболевания уже к 1-м суткам, зарегистрирован медленный регресс клинических проявлений воспалительного процесса, в основном с 3-х по 7-е сутки лечебных мероприятий.

5-я группа больных составила 10 (11,7%) человек. У пациентов данной группы течение заболевания характеризовалось развитием различных осложнений (медиастинит, вторичный менингоэнцефалит, сепсис). Состояние больных было оценено как крайне тяжелое. Отмечены выраженные в различной степени общие и местные клинические признаки воспалительного процесса. В динамике сохранялось крайне тяжелое состояние больных до 7–9-х суток лечения, при этом было зарегистрировано ухудшение к 3-м суткам, что определялось генерализацией гнойной инфекции.

Результаты исследования клинической картины распространенных одонтогенных флегмон и их осложнений были подтверждены результатами изучения кислородзависимого метаболизма нейтрофилов по спонтанному НСТ-тесту и индексу активности (ИА) клеток и имели тесную корреляционную зависимость (рис. 2, 3).

У больных 1-й группы функциональная активность нейтрофилов была умеренно повышенной, а возможность к их дальнейшей активации сохранялась, и такая тенденция отмечена на всем протяжении лечебного процесса, что встречается при нормергическом типе воспалительной реакции. Во 2-й группе больных высокий уровень спонтанной реакции нейтрофилов

в сочетании с низкими резервными способностями клеток и дальнейшее значительное снижение активности полиморфно-ядерных лейкоцитов в ходе лечебных мероприятий отражают классическое проявление гиперергического типа воспаления. В 3-й группе больных высокая спонтанная реакция нейтрофилов и значительно сниженные резервные возможности также являются характерными для гиперергического типа воспаления. Однако резкое снижение функциональной активности нейтрофилов, зарегистрированное нами на 5-е сутки лечения, на фоне сохраняющегося низкого биоцидного потенциала клеток может не только отражать положительную динамику клинических симптомов заболевания, но и свидетельствовать о возможном развитии осложнений. У больных 4-й группы максимально высокие показатели кислородзависимого метаболизма нейтрофилов, сопровождающиеся практически полным отсутствием резервных возможностей клеток и сохраняющиеся на всем протяжении лечебного процесса, позволяют говорить о функциональной перегрузке и крайнем перенапряжении системы нейтрофильных гранулоцитов. У больных 5-й группы низкий уровень функциональной активности нейтрофилов на фоне достоверного критичного снижения биоцидного резерва нейтрофилов на всех этапах наблюдения может свидетельствовать о нарушении функционирования и самоповреждении клеток, что может привести к анергическому варианту течения воспалительного процесса.

Анализ результатов исследования интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и общей антиоксидантной активности (ОАОА) сыворотки крови показали, что данные параметры в значительной степени согласуются с клинико-иммунологической характеристикой выявленных вариантов течения распространенных одонтогенных флегмон и их осложнений (см. таблицу).

У больных 1-й группы умеренное снижение активности общей антиоксидантной системы защиты организма сопровождалось интенсификацией ПОЛ. Дальнейшее увеличение концентрации первичных молекулярных продуктов ПОЛ и тенденция к снижению активности антиоксидантной системы организма отражают адекватный ответ организма на воспаление.

У больных 2-й группы при поступлении отмечено снижение ОАОА сыворотки крови, но на фоне более выраженной по сравнению с таковой в 1-й группе интенсивности ПОЛ. Такая тенденция зафиксирована на протяжении всего процесса лечения и наблюдается чаще при гиперергическом типе течения воспалительной реакции.

Результаты исследования у больных 3-й группы свидетельствуют о значительной интенсификации процессов липопероксидации и умеренно сниженной активности общей

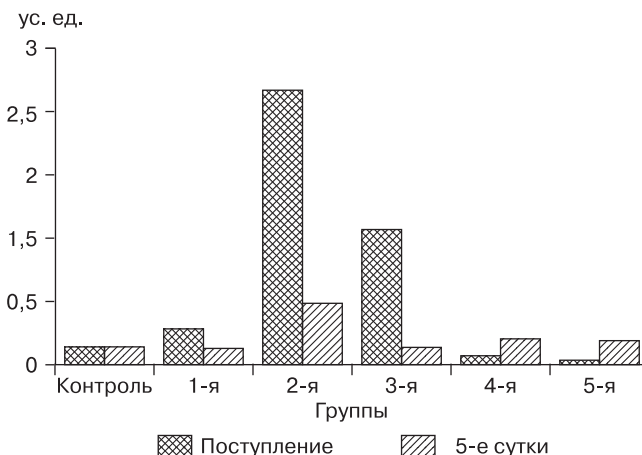


Рис. 4. Динамика КФА сыворотки крови у больных с распространенными одонтогенными флегмонами ЧЛЮ и их осложнениями.

антиоксидантной системы организма при поступлении в стационар. В динамике лечения коэффициент перераспределения продуктов липопероксидации волнообразно изменялся на фоне увеличения ОАОА сыворотки крови.

У больных 4-й группы интенсификация ПОЛ имела стойкий выраженный характер: на всех этапах наблюдения отмечено явное преобладание конечных продуктов окисления над первичными. Постепенное увеличение (относительно низких исходных показателей) уровня активности антиоксидантной системы организма только в небольшой степени сдерживало значительную интенсивность липопероксидации, при этом плавное увеличение ОАОА сыворотки крови к моменту выписки соответствовало снижению Ко.

Подобная картина изменений отмечена и у больных 5-й группы: чрезмерная активация липопероксидации за счет превалирования конечных продуктов объясняет неконтролируемый характер процессов ПОЛ на фоне истощения фондов общей антиоксидантной системы защиты организма.

Полученные нами результаты позволили выявить клинико-иммунологические особенности течения распространенного и осложненного воспалительного процесса лица и шеи гиперергического типа реактивности организма. Но необходимо отметить многообразие проявлений распространенных одонтогенных флегмон ЧЛЮ и их осложнений, а также диагностических параметров. Поэтому основной нашей задачей было выявление единого, общего критерия, который мог бы суммарно отражать большинство изменений в организме при развитии заболевания и одновременно являться прогностическим тестом дальнейшего течения процесса. Таким показателем может являться флогогенный потенциал организма, позволяющий оценить суммарный провоспалительный потенциал организма.

Анализ результатов исследования КФА при поступлении больных на стационарное лечение выявил, что в 1, 2 и 3-й группах больных данный показатель превышает контрольные значения (рис. 4). При этом, в 4-й и 5-й группах больных отмечено значительное снижение КФА, ниже значений контрольной группы. Полученные результаты подтверждают соответствие степени выраженности флогогенного потенциала организма клинико-иммунологическим характеристикам заболевания.

При анализе данного показателя в динамике лечения у больных 1, 2 и 3-й групп КФА значительно уменьшался, приближаясь к значениям контрольной группы, что свидетельствует об уменьшении флогогенных факторов и купировании воспалительного процесса в результате лечения. Повышение КФА организма у 4-й и 5-й групп больных указывает на неблагоприятное течение воспалительного процесса ЧЛЮ.

Выводы

1. Анализ клинических проявлений заболевания и важнейших параметров гомеостаза позволил выявить 5 вариантов клинико-иммунологической картины распространенного и осложненного течения одонтогенных флегмон: гиперергически-нормергический; классический гиперергический; гиперергический вариант с максимально выраженной спонтанной активностью нейтрофилов (компенсированная форма); реактивный вариант (субкомпенсированная форма); ареактивный вариант (декомпенсированная форма).

2. Уровень флогогенной активности сыворотки крови у больных с распространенными одонтогенными флегмонами ЧЛЮ и их осложнениями является информативным методом исследования характера течения воспалительного процесса.

3. Изменение флогогенной активности сыворотки крови в динамике лечения может служить прогностическим критерием течения заболевания. Снижение данного показателя является положительным признаком течения забо-

Динамика показателей ПОЛ и активности общей антиоксидантной системы защиты организма у больных с распространенными одонтогенными флегмонами ЧЛЮ и их осложнениями

Показатель	Группа															
	контрольная	1-я			2-я			3-я			4-я			5-я		
		поступление	5-е сутки	выписка	поступление	5-е сутки	выписка	поступление	5-е сутки	выписка	поступление	5-е сутки	выписка	поступление	5-е сутки	выписка
ДК, ед. опт. пл/мг ОЛ	0,158 ± 0,014	0,214 ± 0,009 ^{2,3,4,5}	0,236 ± 0,012 ^{2,3,4,5,5}	0,143 ± 0,014 ^{3,3,5}	0,174 ± 0,004 ^{1,3,4,5}	0,186 ± 0,010 ^{1,3,4,5}	0,092 ± 0,011 ^{1,4,5,5}	0,223 ± 0,009 ^{2,4,5}	0,273 ± 0,008 ^{1,2,4,5,5}	0,096 ± 0,004 ^{1,4,5,5}	0,253 ± 0,012 ^{1,2,3,5}	0,261 ± 0,005 ^{1,2,3,5}	0,163 ± 0,007 ^{3,5}	0,101 ± 0,002 ^{1,2,3,4}	0,138 ± 0,003 ^{1,2,3,4,5}	0,175 ± 0,008 ^{2,3,4,5}
ТК, ед. опт. пл/мг ОЛ	0,062 ± 0,012	0,128 ± 0,003 ^{2,3,4,5}	0,003 ^{2,3,4,5}	0,086 ± 0,010 ^{4,5,5}	0,174 ± 0,009 ^{1,4,5}	0,174 ± 0,009 ^{1,4,5}	0,060 ± 0,016 ^{3,4,5,5}	0,039 ± 0,005 ^{1,4,5}	0,121 ± 0,002 ^{1,2,3,5}	0,096 ± 0,010 ^{1,2,5}	0,121 ± 0,002 ^{1,2,3,5}	0,093 ± 0,010 ^{1,2,5}	0,085 ± 0,006 ^{1,2,3,4}	0,085 ± 0,006 ^{1,2,3,4}	0,112 ± 0,015 ^{1,2,3,5}	0,112 ± 0,015 ^{1,2,3,5}
ОШ, ед. опт. пл/мг ОЛ	1,864 ± 1,262	7,17 ± 1,93 ^{2,3,4,5}	15,26 ± 4,57 ^{2,3,4,5,5}	7,74 ± 2,18 ^{2,3,4,5,5}	8,61 ± 1,49 ^{1,3,4,5}	5,91 ± 2,38 ^{1,3,4,5}	6,99 ± 2,39 ^{1,3,4,5}	28,62 ± 1,08 ^{1,2,4,5}	11,31 ± 3,10 ^{1,2,4,5,5}	14,04 ± 1,84 ^{1,2,4,5}	35,08 ± 1,23 ^{1,2,3,5}	36,44 ± 2,29 ^{1,2,3,5}	39,16 ± 2,85 ^{1,2,3,5}	53,09 ± 11,86 ^{1,2,3,4}	58,19 ± 9,35 ^{1,2,3,4}	64,79 ± 5,85 ^{1,2,3,4}
Ко (отн. ед.)	0,085 ± 0,019	0,032 ± 0,007 ^{3,4,5}	0,015 ± 0,003 ^{2,3,4,5,5}	0,021 ± 0,009 ^{3,4,5}	0,021 ± 0,004 ^{3,4,5}	0,031 ± 0,003 ^{1,3,4,5,5}	0,015 ± 0,008 ^{4,5,5}	0,008 ± 0,001 ^{1,2,5}	0,024 ± 0,004 ^{1,2,4,5}	0,006 ± 0,001 ^{1,5,5}	0,007 ± 0,001 ^{1,2,5}	0,007 ± 0,002 ^{1,2,3,5,5}	0,004 ± 0,001 ^{1,2}	0,002 ± 0,001 ^{1,2,3,4}	0,002 ± 0,001 ^{1,2,4}	0,003 ± 0,001 ^{1,2,3,5}
ОАОА (отн. ед.)	0,190 ± 0,009	0,129 ± 0,010 ^{2,4}	0,140 ± 0,017 ^{2,3,5,5}	0,130 ± 0,020 ^{2,3,5}	0,155 ± 0,010 ^{1,3,4,5}	0,164 ± 0,010 ^{1,5,5}	0,156 ± 0,020 ^{1,5}	0,140 ± 0,009 ^{2,4,5}	0,170 ± 0,012 ^{1,5,5}	0,177 ± 0,020 ^{1,4,5}	0,110 ± 0,007 ^{1,2,3,5}	0,116 ± 0,019 ^{1,5,5}	0,125 ± 0,011 ^{2,3,5}	0,096 ± 0,018 ^{2,3,4}	0,082 ± 0,015 ^{1,3,3,4}	0,118 ± 0,009 ^{1,2,3,5}

Примечание. * – статистически достоверно по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$); ¹ – статистически достоверно по сравнению с 1-й группой ($p < 0,05$); ² – статистически достоверно по сравнению со 2-й группой ($p < 0,05$); ³ – статистически достоверно по сравнению с 3-й группой ($p < 0,05$); ⁴ – статистически достоверно по сравнению с 4-й группой ($p < 0,05$); ⁵ – статистически достоверно по сравнению с 5-й группой ($p < 0,05$); ДК – ; ТК – ; ОЛ – ; сравнение с предыдущим этапом исследования ($p < 0,05$).

ления, а его увеличение на фоне исходно низких значений служит неблагоприятным диагностическим параметром течения воспалительного процесса ЧЛЮ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шаргородский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей). – М., 2002.
2. Шулаков В. В., Царев В. Н., Бирюлев А. А. // Институт стоматол. – 2007. – № 4. – С. 68.
3. Дурново Е. А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: диагностика и лечение с учетом иммунореактивности организма. – Н. Новгород, 2007.
4. Богатов В. В., Бурова Н. М. // Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Материалы Научно-практической конф. стоматологов и челюстно-лицевых хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации с международным участием. – Тверь, 2008. – С. 22–23.
5. Губин М. А., Чевардов Н. И., Лазутиков О. В. Внутрочерепные осложнения гнойных заболеваний лица и шеи. – Воронеж, 2000.
6. Фурман И. В. Экспериментально-клиническое обоснование применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
7. Латюшина Л. С. Клинико-иммунологическая оценка эффективности локальной иммунокоррекции в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2009.
8. Тер-Асатуров Г. П., Геворкян О. В., Сиушкина Т. С. // Материалы XXI и XXII Всероссийских науч.-практ. конф. – М., 2009. – С. 211–212.
9. Дурново Е. А., Высельцева Ю. В., Мишина Н. В. и др. // Стоматология. – 2010. – № 2. – С. 36–38.
10. Воложин А. И., Маянский Д. Н. Воспаление (этиология, патогенез, принципы лечения): Учеб.-метод. пособие для студентов лечебного, стоматологического факультетов и врачей. – М., 1996.
11. Дурново Е. А. Обоснование использования озона в комплексном лечении флегмон лица и шеи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998.
12. Виксман М. Е., Маянский А. Н. Способ оценки функциональной активности нейтрофилов человека по реакции восстановления нитросинего тетразолия: Метод. рекомендации. – Казань, 1979.
13. Дурново Е. А., Рунова Н. Б., Нагорнова Е. В. Способ диагностики острых одонтогенных воспалительных заболеваний полости рта. Пат. № 2286572 Рос. Федерации от 27.12.2006 г.
14. Shenstone F. S. Spectrometric Identification of Organic Compounds. Ultraviolet and Visible Spectroscopy of Lipid. – New York, 1971.
15. Fletcher D. L., Dillard C. J., Tappel A. Y. // Analyt. Biochem. – 1973. – Vol. 52. – P. 497–499.
16. Маянский Д. Н., Цырендоржиев Д. Д., Макарова О. П. Диагностическая ценность лейкоцитарных тестов. Ч. 2: Определение биохимии лейкоцитов: Метод. рекомендации. – Новосибирск, 1996.

Поступила 23.01.12

© Е. В. ЗОРЯН, М. В. МАТАВКИНА, 2012

УДК 615.454.1.03:616.317.254

Е. В. Зорян, М. В. Матавкина

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ТРАУМЕЛЬ С» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРЕЩИНЫ ГУБЫ

Кафедра терапевтической стоматологии; стоматологический факультет Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (119992, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2); кафедра стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1)

В работе приведена сравнительная характеристика клинических результатов местного лечения хронической рецидивирующей трещины губы с применением гомеопатического препарата Траумель С. Освещены основные аспекты этиологии и патогенеза хронической рецидивирующей трещины губы, выявлены основные причины частых рецидивов при лечении данного заболевания.

Ключевые слова: трещина губы, Траумель С, гомеопатия

THE APPLICATION OF THE COMPOSITE HOMEOPATHIC MEDICINE TRAUMEEL S FOR THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT LABIAL FISSURE

Zoryan E.V., Matavkina M.V.

The present paper reports the comparative analysis of the clinical results of the local treatment of chronic recurrent labial fissure with the use of the homeopathic preparation Traumeel S. Also highlighted are the main aspects of etiology and pathogenesis of the pathology being considered with the special emphasis laid on the causes of frequent relapses following the management of chronic recurrent labial fissure.

Key words: chronic recurrent labial fissure, Traumeel S, homeopathic medicine

Лечение заболеваний слизистой оболочки рта, в частности хронических рецидивирующих трещин губы (ХРТГ), является одной из актуальных проблем современной стоматологии.

Зорян Елена Васильевна – канд. мед. наук, проф., тел. 8 (495) 611-12-23

Высокая степень рецидивов после лечения данного заболевания сохраняется до сих пор, в связи с чем повышение эффективности лечения пациентов с ХРТГ является не только медицинской, но и социально-психологической проблемой. ХРТГ – довольно распространенная патология на сегодняшний день [9]. Это обусловлено многими факторами. Результаты клинических исследований показали, что слизистая оболочка