

УДК: 616.31-001.4-002.3-003.2-076.5-085.32

**Е.В. Грецких, Л.Н. Мельничук\***

**ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАН И ГНОЙНОГО  
ЭКССУДАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

Харьковский национальный медицинский университет

\*КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК»

Флегмоны ЧЛО составляют значительную часть всех острых патологических процессов в стоматологии, занимая одно из первых мест. В последние годы число больных с этой патологией значительно увеличилось, усугубилась тяжесть течения процесса. За последние 20 лет число больных возросло на 16%; в основном заболевание поражает лиц трудоспособного возраста [1,2,]. В связи с этим является актуальным поиск новых средств и методов лечения.

В последние годы широкое внимание привлекает к себе возможность использования антигомтоксической терапии с использованием оригинальных препаратов при лечении различного рода воспалительных процессов, в том числе и в ЧЛО [3,4].

Под этой терапией (гомтоксикология) подразумевается дезинтоксикация – избавление организма от токсинов. Х. Х. Реккевег разработал основные принципы дезинтоксикационной терапии, которая направлена на усиление секреторных реакций, функций всех элементов и уровней защитной системы организма [5].

Характерными морфологическими элементами раневого экссудата являются нейтрофильные гранулоциты (бактериофаги), макрофаги, гистиоциты, ретикулярные тканевые клетки, гигантские многоядерные клетки

типа инородных тел (КИТ), плазмоциты, эозинофилы, фибробласты, фиброциты. Количественные соотношения клеток различны и зависят от стадии (периода, фазы) заживления раны (раневого процесса) и от реактивности организма. Ханс Хайнрих Реккевег различает шесть прогрессивных стадий (фаз) загрязнения организма, приводящих к развитию различных патологических симптомов и заболеваний.

Первая фаза - экскреция, выведение гомотоксинов через физиологические "ворота" с мочой, калом, потом, слюной, слезной жидкостью и т.д. Если организм не справляется, то процесс переходит во вторую фазу - фазу реакции, когда гомотоксины выводятся патологическим способом (рвота, диарея, гной, кожные высыпания и т.д.). Эта фаза характеризуется воспалением. Если же выведение гомотоксинов в силу каких-либо причин недостаточно или было подавлено терапевтическими средствами, то наступает третья фаза гомотоксикоза - депонирование - осаждение, аккумуляция и изоляция гомотоксинов в различных тканях, чтобы позже, когда прекратится поступление токсинов, попытаться их вывести из организма. Так возникают доброкачественные опухоли, камнеобразование в желчевыделительной и мочевыделительной системах, ожирение, аденоидные разрастания, гипертрофия слизистых оболочек и т. д. Местом "противостояния" между тканью и накопленными токсинами является мезенхимальное пространство; клетка реагирует на это только усиленным делением, но по форме и функциям остается интактной.

Первые три фазы гомотоксикоза называют гуморальными: они не представляют для организма особой угрозы, имеют обратное развитие, организм сам способен ликвидировать повреждающий фактор, последствия его воздействия. Если организму не удастся избежать поступления токсинов извне или образования эндотоксинов, а также их обезвредить, то заболевание

переходит на так называемый клеточный уровень, когда защитные силы организма не в состоянии справиться с токсическим воздействием. Гомотоксины проникают в клетку, начинается четвертая фаза гомотоксикоза - импрегнация, или насыщение. В этой фазе токсические вещества включаются в макромолекулы матрикса, он теряет способность выполнять фильтрующую и защитную функции, клетка изолируется от обменных процессов с внеклеточным пространством, и наступает так называемая метаболическая блокада клетки, нарастает энтропия, накапливаются продукты внутриклеточного метаболизма, что влечет за собой поражение клеточных структур. Характерными клиническими формами проявлений этой фазы являются гликогенозы, липидозы, мукополисахаридозы, амилаидозы, гемосидерозы, пневмокониозы, силикозы, ревматические и подагрические узлы.

Клеточные фазы (по Х.Х. Реккевегу) отделены от гуморальных биологическим барьером, который считается своеобразной пограничной линией, после которой клетки утрачивают способность нормально функционировать. С морфологической точки зрения барьер проходит между депонированием и импрегнацией, с клинической - между излечимым и неизлечимым (теоретически) заболеванием.

Если после импрегнации клетки продолжается поступление гомотоксинов в организм, наступает пятая фаза - дегенерация. "События" разыгрываются уже в самой клетке и приводят к нарушениям функций организма и структурным изменениям, которые отражают морфологическую картину, клиническими признаками ее являются нарушения функций. К клиническим формам проявления дегенеративного процесса относятся фиброз, склероз, цирроз, атероматоз, атрофия, демиелинизация, эмфизема, деформирующий артроз. Дегенерация интегрирована в иерархические

структуры организма, что существенно отличает ее от конечной, шестой стадии развития гомотоксикоза - дедифференциации, или фазы новообразований, которая характеризуется потерей клеткой своих специфических характеристик, а, следовательно, и функций, и превращением ее в дедифференцированную клеточную форму. На этой стадии процесса клетка уже не интегрируется в иерархические структуры организма. На основании вышеизложенного исследования по применению антигомтоксической терапии можно считать актуальными.

**Целью** нашего исследования было изучение цитологической характеристики раны при флегмонах в челюстно - лицевой области на фоне включения в комплексное лечение антигомтоксических препаратов на до- и послеоперационном этапах.

#### **Материалы и методы**

Наблюдение проводилось в клинике челюстно – лицевой хирургии КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК». Исследовано течение и заживление гнойных ран мягких тканей ЧЛЮ в трех группах больных, которые составляли по 30 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет без сопутствующей соматической патологии.

Первая группа – контрольная, с общепринятыми методами лечения:

- физ. р-р 200,0-0,9% Na Cl + 1 мл (4мг) дексаметазон: 2 р/сутки;
- цефтриаксон 1г.: в/м 2 р/сутки;
- метрогил 100,0: в/в капельно, 3 р/сутки;
- реосорбилакт 200 мл: в/в, 2 р/сутки;
- супрастин 1 мл: в/м, 1 р/сутки;
- фуросемид 2 мл: в/в после инфузии;
- аспаркам: по 1 таб. 3 р/сутки;
- нимесил: по 1 пак. 2 р/сутки;

- анальгин 50%-2 мл + димедрол 1%-2 мл: в/м на ночь.

Вторая – исследуемая группа, в которой использовался «Лимфомиозот Н» в ампулах по 1,1 мл, в/в, 5-7 дней.

Третья – исследуемая группа, в которой использовался «Траумель С» в ампулах по 2,2 мл, в/в, 5-7 дней.

Всем пациентам, как в опытных, так и в контрольной группах, проводилось оперативное вмешательство – вскрытие флегмоны (крылочелюстная, поднижнечелюстная, окологлоточная + крылочелюстная, поднижнечелюстная + окологлоточная + крылочелюстная + субмассетериальная) типичным для каждой локализации доступом. В этот же день в опытных группах начиналось введение предложенных препаратов. Первое введение производилось непосредственно перед хирургическим вмешательством, а затем по 1 ампуле 1 раз в сутки, в/в.

Проводился цитологический контроль состояния раны как критерий эффективности проводимой терапии, в два этапа: 1 - после вскрытия и дренирования гнойного очага, 2 - на 5-7 сутки лечения.

Методика забора материала и гнойного экссудата из раны включала в себя взятие тонкого соскоба поверхностного слоя раны и раневого содержимого стерильным стоматологическим шпателем (или ручкой хирургического скальпеля) и последующим переносом материала на предварительно обезжиренное, вымытое и проведенное через пламя горелки предметное стекло.

Методика окраски препаратов: препарат высушивается на воздухе; нефиксированные сухие мазки помещают в контейнер и опускают в кювету с раствором красителя-фиксатора Май-Грюнвальда на 3 мин., после чего ополаскивают в дистиллированной воде и помещают в рабочий раствор красителя Романовского-Гимзы на 15 мин.; затем смывают краситель водой и

высушивают мазки.

### **Результаты исследования**

При анализе результатов цитологического исследования мы установили следующее. В контрольной и опытной группах в гнойно-некротической фазе (первые сутки) на фоне эритроцитов и гнойного детрита обнаруживаются сохранившиеся и полуразрушенные нейтрофилы – до целого поля зрения; местами (до 10 экземпляров в препарате) - макрофаги, гистиоциты, единичные КИТ, реже - эозинофильные гранулоциты и лимфоциты, плазмоциты. В раневом содержимом большей части больных отмечается полимикробный фагоцитоз до 4 условных единиц (бактериофаги-нейтрофилы до целого поля зрения и обильная смешанная бактериальная флора внеклеточно), что свидетельствует о высокой вирулентности микрофлоры или слабой реактивности организма (рис. 1).

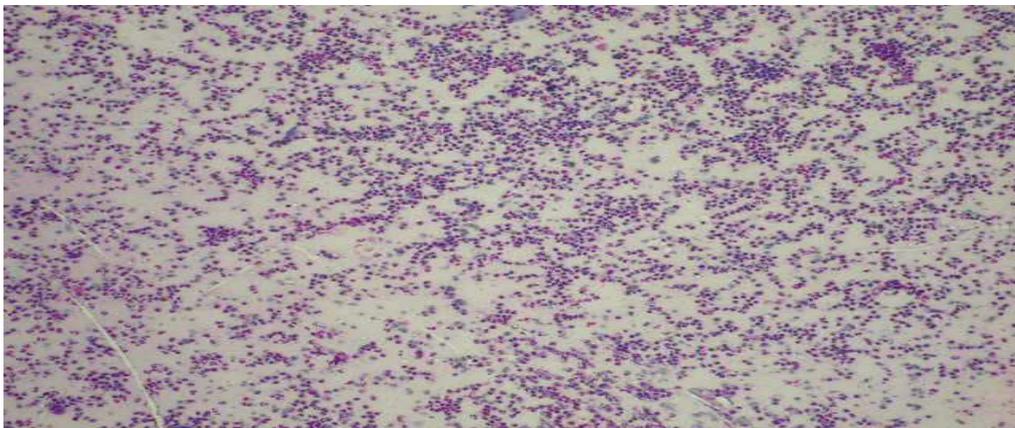


Рис. 1. Мазок-отпечаток раны больного К., 32 г. (диагноз: одонтогенная флегмона поднижнечелюстного пространства справа. Хронический периодонтит 46), увеличение 100х, окраска Романовского-Гимзы. Описание препарата в тексте

В контрольной группе в фазе регенерации (7-9 сутки) определяются лейкоциты - нейтрофильные гранулоциты, преимущественно с дегенеративными изменениями, до целого поля зрения, 1/2 поля зрения. В ране

отмечается увеличение количества макрофагов и гистиоцитов. Полимикробный фагоцитоз значительно уменьшается от 2 до 0 условных единиц. Встречаются единичные плазмоциты, эозинофилы и КИТ. Местами (до 10 экземпляров в препарате) - ретикулярные клетки; единичные фибробласты; эритроциты – разное количество (рис. 2).

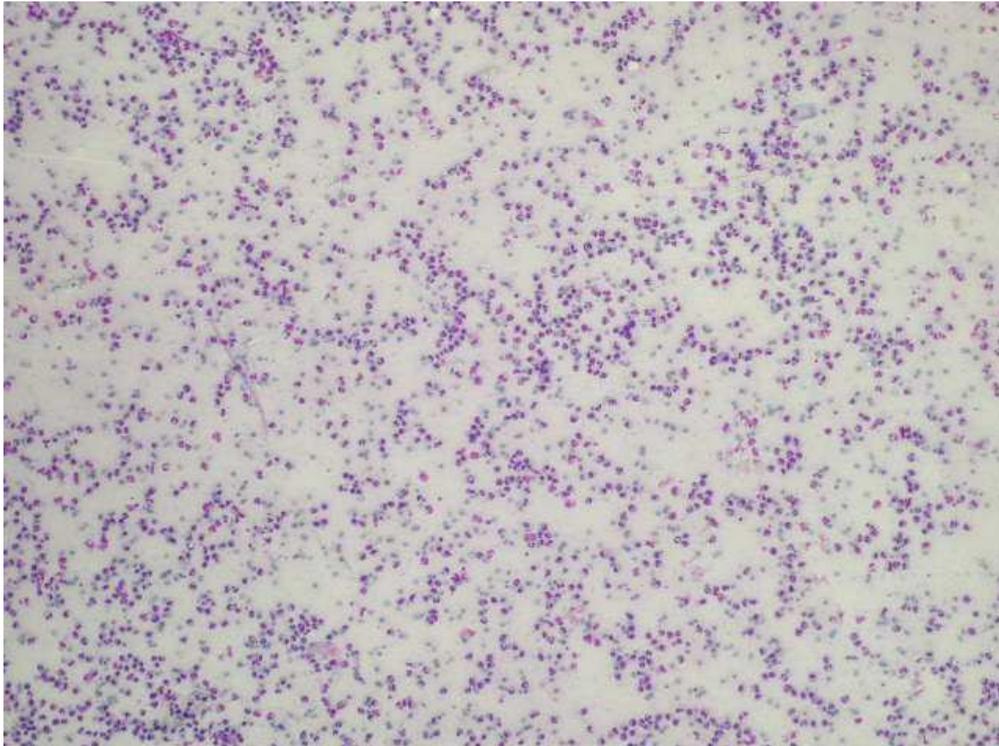


Рис. 2. Мазок-отпечаток раны больной З., 43 г. (диагноз: одонтогенная флегмона поднижнечелюстного и субмассетериального пространств слева. Хронический периодонтит 37), увеличение 100х, окраска Романовского-Гимзы. Описание препарата в тексте

В первой опытной группе (5-7 сутки) в фазе регенерации определяются эритроциты – разное количество. Количество нейтрофильных гранулоцитов (преимущественно неизменённых) уменьшилось от  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{1}{4}$  поля зрения. Значительное количество макрофагов, гистиоцитов и ретикулярных клеток (отдельно и скоплениями). Фибробласты – отдельно и небольшими

скоплениями. Смешанная бактериальная флора встречается редко. Фагоцитоз может быть от 1 условной единицы до нуля (рис. 3).

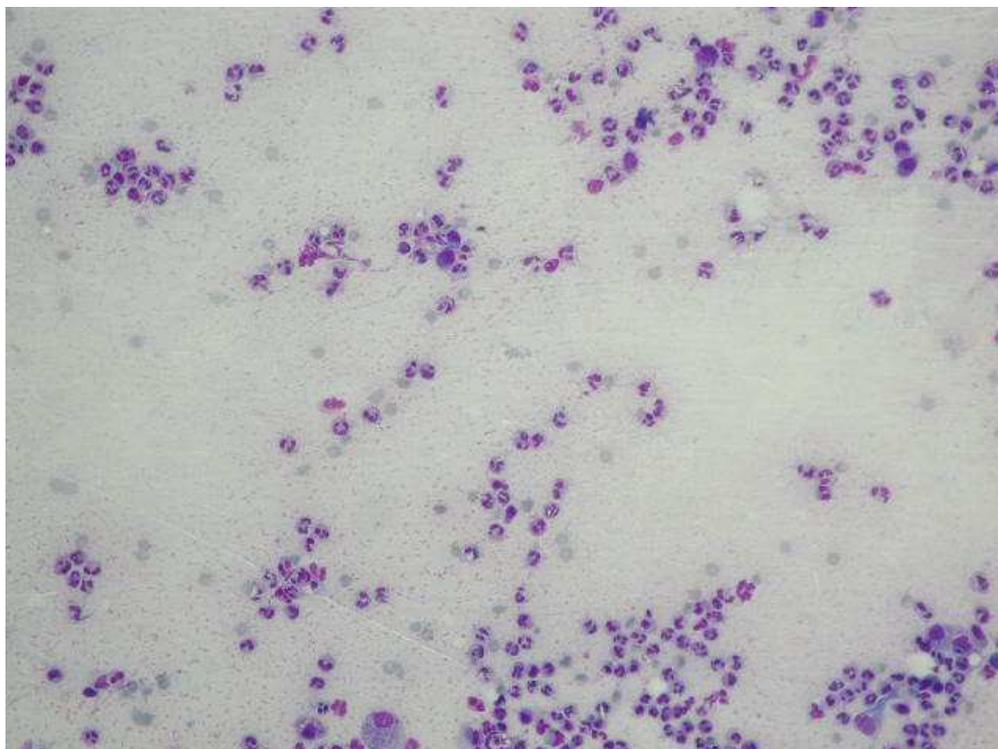


Рис. 3. Мазок-отпечаток раны больной Р., 36 лет (диагноз: одонтогенная флегмона поднижнечелюстного и крылочелюстного пространств справа. Хронический периодонтит 48), увеличение 200х, окраска Романовского-Гимзы. Описание препарата в тексте

Во второй опытной группе (5-7 сутки) в фазе регенерации также определяются эритроциты в разном количестве. Количество нейтрофильных гранулоцитов (преимущественно неизменённых) уменьшилось от половины до 1/3 поля зрения. Значительное количество макрофагов, гистиоцитов и ретикулярных клеток (отдельно и скоплениями). Фибробласты – отдельно и небольшими скоплениями. Смешанная бактериальная флора также встречается редко. Фагоцитоз может быть от 1 условной единицы до нуля (рис. 4).

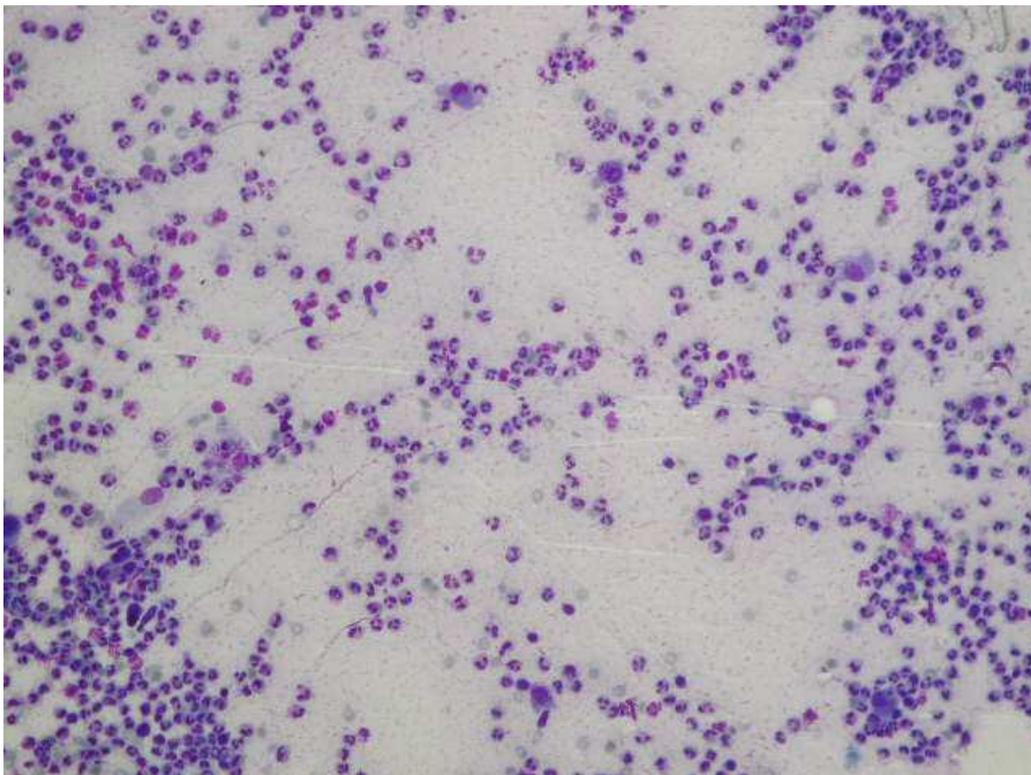


Рис. 4. Мазок-отпечаток раны больного Ф., 50 лет (диагноз: одонтогенная флегмона поднижнечелюстного и окологлоточного пространств справа. Хронический периодонтит 47), увеличение 200х, окраска Романовского-Гимзы. Описание препарата в тексте

### **Выводы**

Данные изменения клеточного состава раневого экссудата в опытных группах больных позволяют предположить более благоприятный эффект от применения препаратов “Лимфомиозот Н”, “Траумель С” по сравнению с контрольной группой. Отмечается интенсивность пролиферации и регенерации в опытных группах на более раннем этапе. В контрольной группе менее выраженный эффект регенерации. Анализ опытных групп показывает практически однородность результатов между ними. Полученные данные свидетельствуют в пользу применения лимфомиозота Н.

## Литература

1. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно – лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А. А. - К., 2002. - С. 273 – 274.
2. Безруков С. Г. Опыт применения препарата Traumeel S в комплексном лечении больных с флегмонами и абсцессами тканей в челюстно-лицевой области / С. Г. Безруков, З. С. Салиева // Биологическая терапии.- 1999.— № 2.— С. 20–22.
3. Homeopathia antihomotoxica. Band I. Aurelia-Verlag.— Baden-Baden,1984.— P. 640.
4. Зорян Е.В. Очерки по гомеопатии для стоматологов / Зорян Е.В. — М.: Арнебия, 2005.— Гл. 2.- 51 с.
5. Биологическая медицина. Научные взгляды, лекарственные средства и терапевтические методы ; под ред. Франца Шмида. Аурелия-Верлаг.— Баден-Баден, 1996.— 206 с.

Стаття надійшла

23.06. 2009 р.

## Резюме

У статті наведені результати вивчення цитологічної картини перебігу флегмон щелепно-лицевої ділянки в комплексному лікуванні препаратами «Траумель С» и «Лімфоміозот Н» на до - та післяопераційному етапах. Перебіг і загоєння гнійних ран м'яких тканин ЩЛД вивчався в трьох групах хворих по 30 пацієнтів віком від 18 до 60 років без супутніх соматичних захворювань.

**Ключові слова:** цитологія, гнійний ексудат, рана, щелепно-лицева ділянка, гомотоксикоз.

## **Summary**

The study findings of cytological peculiarities of phlegmon duration at the oro-facial area in case of complex treatment (Traumeel C, Lymphomiosot H application) at the pre – and postoperative stages are represented in the given article.

The purulent wounds duration and reparation of oro-facial localization have been studied. The study included three groups, each of them contained 30 patients with average age from 18 to 60 that did not have any somatic pathology.

**Key words:** cytology, purulent effluent, wound, oro-facial region, homotoxicosis.