Т. Л. ВОРОБЬЕВА, Т. В. ГАЙВОРОНСКАЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКСОДА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел.: 266-83-37, 244-69-74

Обследован 41 пациент с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области. После хирургического лечения пациентам основной группы (21 пациент) применяли введение рексода. В группе сравнения (20 пациентов) находились на традиционном лечении. Сроки наложения вторичных швов в основной группе составили 6—7 дней, в то время как в группе сравнения — 10—12 дней.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, флегмона, антиоксиданты.

T. L. VOROBIYOVA, T. V. GAIVORONSKAYA

CLINICAL EVALUATON OF EFFICACY USE RECSODUM WITH TREATMENT OF PATIENTS ODONTOGENOUS PHLEGMONS OF MAXILLOFACIAL AREA

Chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery Kuban State medical university, c. Krasnodar st. Sedina, 4.

41 patients with odontogenous phlegmons of maxillofacial area. After surgical interventions in patients of the study group (21 patients) use recsodum. The wounds healed in 6—7 days. In the control group (20 patients) for wound traditional treatment, length of the healing process was 10—12 days.

Key words: maxillofacial area, phlegmons.

Лечение одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛО) остается насущной проблемой хирургической стоматологии в связи с неуклонным ростом их частоты, склонностью к генерализации процесса и неблагоприятными исходами. В связи с этим постоянно ведется поиск способов повышения эффективности лечения больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО, разрабатываются и внедряются в практику новые технологии медикаментозного лечения данной патологии [1, 4, 8].

У больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, в том числе с флегмонами ЧЛО, фаза гнойного воспаления характеризуется выраженной системной воспалительной реакцией со значительной токсемией и расстройствами про-/антиоксидантной системы [3, 6].

В последние годы внимание исследователей при различных состояниях, сопровождающихся развитием окислительного стресса, начали привлекать лекарственные средства, обладающие антиоксидантным действием, поскольку стало известно, что избыток активных форм кислорода в регенерирующих ранах в очаге гнойного воспаления отрицательно сказывается на течении раневого процесса, удлиняя сроки заживления ран. Интерес при лечении различных патологических состояний организма вызывает отечественный антиоксидантный препарат на основе рекомбинантной супероксиддисмутазы человека — рексод [5].

В связи с этим **целью нашего исследования** явилась оценка эффективности применения рексода при комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО.

Материалы и методы исследования

Объектом клинического исследования были 41 больной одонтогенными флегмонами ЧЛО в возрасте от 18 до 45 лет, поступившие в челюстно-лицевой стационар. Все больные без соматической патологии, в компенсированном клиническом состоянии. Сразу после госпитализации пациентам в экстренном порядке проводили радикальное вскрытие гнойного очага, ревизию и адекватное дренирование заинтересованных клетчаточных пространств, удаление «причинного» зуба. Объем оперативного вмешательства и выбор оптимального доступа зависели от локализации и распространенности флегмон. В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на группу сравнения (20 больных) и основную группу (21 больной).

В группе сравнения использовали традиционную терапию. Больным основной группы в дополнение к традиционной терапии назначали антиоксидант рексод по схеме: интраоперационно или непосредственно после операции и далее — ежедневно однократно внутривенно болюсно в течение 4—5 дней в физиологическом растворе или 5%-ном растворе глюкозы из расчета 0,2 мкг/кг массы тела больного.

При местном лечении послеоперационной гнойной раны в I фазе у больных обеих групп в качестве санирующего и диализирующего раствора использовали 0,3%-ный раствор перекиси водорода или раствор фурацилина. Во II фазе с целью стимуляции репаративных процессов больным на рану наносили метилурацило-

УДК 617. 52-002. 36-08:615. 2

вую мазь. После купирования экссудативных явлений и появления молодых грануляций края раны сближались и накладывались вторичные швы у обеих групп больных.

При поступлении больных и в динамике изучали клинические общие и местные проявления заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ данных, полученных при лечении больных флегмонами ЧЛО, выявил, что у обеих групп больных имелись явные различия в клиническом течении гнойно-воспалительного процесса.

На 2-е сутки после вскрытия флегмоны большинство пациентов группы сравнения, получавших традиционную терапию, отмечали слабость, головную боль, нарушение сна. Болевой синдром разной степени интенсивности присутствовал у всех больных. Улучшение общего состояния больные данной группы отмечали не ранее 3—5 суток после операции.

Больные основной группы на фоне введения рексода уже на 2—3-и сутки после оперативного вмешательства отмечали улучшение общего состояния и уменьшение болевого синдрома, нормализацию или снижение температуры тела, начало восстановления функции челюстного аппарата.

Нормализация показателей ЛИИ по Кальф-Калифу у больных в основной группе происходила к 3-м суткам лечения, а у больных в группе сравнения — 5-м суткам. Более ранняя нормализация показателей ЛИИ у больных основной группы, вероятно, была связана с антиоксидантным действием СОД, являющейся основным действующим веществом препарата «рексод». Известно, что СОД эффективно ингибирует свободнорадикальное окисление липидов плазмы и эритроцитов, что приводит к снижению уровня эндотоксикоза.

Возможность дифференцировать аутоинтоксикацию и инфекционную интоксикацию дает лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ЛГИ), позволяющий судить об изменениях в неспецифической резистентности организма. У всех обследованных больных при поступлении на лечение ЛГИ составил в среднем 2,68±0,24 усл. ед., что в 1,7 раза ниже, чем в группе контроля, что свидетельствовало об отсутствии аутоиммунного компонента в развитии интоксикации у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Интоксикация была обусловлена в основном инфекционными процессами.

В 1-е сутки после проведенного оперативного вмешательства ЛГИ у больных основной группы и группы сравнения достоверно не изменялся, составляя 2,75±0,37 усл. ед. и 2,82±0,29 усл. ед. соответственно. К 3-м суткам наблюдения отмечался достоверный рост изучаемого показателя в обеих группах больных — более чем в 1,5 раза, при этом ЛГИ достигал уровня контрольной группы, составляя в основной группе 4,09±0,82 усл. ед. и в группе сравнения 3,96±0,49 усл. ед. Различия между группами недостоверны (p>0,05).

В дальнейшем у больных основной группы достоверных изменений показателя ЛГИ не наблюдалось, и к 5-м суткам послеоперационного периода ЛГИ составлял 3,87±0,57 усл. ед. В группе сравнения показатель ЛГИ продолжал возрастать, достигая 4,89±0,43 усл. ед., однако он не выходил за рамки среднепопуляционной нормы и не свидетельствовал о нарушениях в системе неспецифической резистентности организма (рисунок).

В настоящее время большой интерес вызывают объективизация критериев оценки раневого процесса и прогнозирование течения заболевания. Известно, что стимулировать течение раневого процесса, то есть заметно ускорить ход первичного натяжения, практически невозможно, поскольку в процессе эволюции эта форма регенерации во всех своих деталях достигла высшей степени совершенства [7]. В связи с этим лечебные мероприятия (хирургическая обработка раны и применение медикаментозных средств) должны быть направлены не на стимуляцию, а на коррекцию отклонений репаративного процесса от идеального варианта и профилактику возможных осложнений [1, 2, 5].

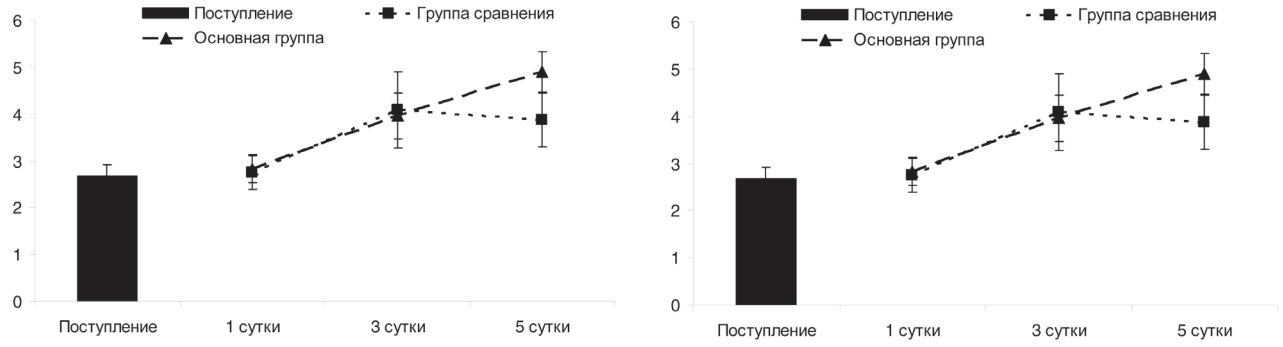
На начальном этапе развития раны (I фаза) в ней происходят процессы, обеспечивающие решение двух основных задач: избавление от погибших и нежизнеспособных тканей и мобилизация, закладка местного пластического материала для последующей регенерации. Целесообразно в I фазе раневого процесса применение окислителей (перекиси водорода), поскольку в этот период превалируют окислительные процессы, обеспечивающие очищение раневого ложа от нежизнеспособных тканей и бактериального обсеменения. Вместе с тем применение окислителей должно быть прекращено к моменту начала активного роста грануляций [9].

Необходимость коррекции интенсивности альтеративных процессов в ране диктует применение доноров электронов (антиоксидантов) для сохранения максимума жизнеспособного материала. Поэтому во II фазе раневого процесса целесообразно местно использовать средства, влияющие на регенерацию тканей, в частности метилурациловую мазь [2].

Сравнительная оценка эффективности лечения раны у больных одонтогенными флегмонами ЧЛО

Исследуемые показатели, сутки	Основная группа (n=21)	Группа сравнения (n=20)
Сроки гноетечения	3,4 ±0,9*	7,5±1,3
Сроки появления грануляций	4,9±0,6*	8,2±1,1
Сроки рассасывания инфильтрата	5,8±1,2*	7,9±2,0
Сроки появления краевой эпителизации	6,5±1,8*	9,3±1,5
Сроки наложения вторичных швов	7,7±1,3*	12,5±1,8

Примечание: * — достоверные отличия от группы сравнения (p<0,05).



Динамика ЛГИ при лечении больных с флегмонами ЧЛО

Результаты визуального наблюдения течения раневого процесса у больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО представлены в таблице.

Как видно из таблицы, при проведении традиционной терапии у больных группы сравнения регенераторные способности тканей гнойных ран замедлены по сравнению с больными основной группы. Это могло быть обусловлено более длительным очищением раны от некротизированных тканей, а также неадекватным восстановлением кровоснабжения в очаге воспаления.

Подтверждением указанного являлось то, что образующиеся грануляции зачастую выглядели рыхлыми, мелкозернистыми, бледно окрашенными и средние сроки их образования составили 8,2±1,1 суток.

При визуальном наблюдении репаративных процессов установлено, что продолжительность гноетечения из раны у больных основной группы сократилась более чем в 2 раза, а сроки рассасывания инфильтрата — на 2 суток, появление грануляций приходилось на 5—6-е сутки, что практически в 2 раза быстрее, чем у больных в группе сравнения. Очищение раны от некротических тканей, снижение количества отделяемого, уменьшение перифокального отека и инфильтрации, развитие зрелой грануляционной ткани наряду со снижением температуры тела и улучшением состояния больных основной группы свидетельствовали о переходе во II фазу раневого процесса, которая наступала на 3—4 суток раньше, чем в группе сравнения. При этом раны были покрыты яркими мелкозернистыми грануляциями, по краям отмечалось развитие эпителиальной ткани уже к 5—6-м суткам после операции.

Отсутствие выраженных изменений кожи и окружающих рану тканей, возможность сопоставления краев раны без существенного натяжения, полное очищение от девитализированных тканей с развитием зрелой грануляционной ткани являлись показанием к наложению вторичных швов. Наложение вторичных швов у больных основной группы приходилось на 7,7±1,3 суток, в то время как у больных группы сравнения — на 12,5±1,8 суток.

Осложнения отмечены у 3 больных (15%) группы сравнения: у 2 (10%) возникло распространение воспалительного процесса в окружающие мягкие ткани, и им было проведено повторное оперативное вмешательство в виде расширения и ревизии гнойной раны, у 1 (5%) — нагноение раны после наложения вторичных швов. После необходимого объема лечения у всех больных наступило выздоровление.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать заключение о недостаточной эффективности базисных (традиционных) консервативных лечебных мероприятиях, использованных у больных группы сравнения, для купирования местного и общего воспалительного процесса, что обусловливало затяжной характер органоспецифической и функциональной реабилитации организма больных одонтогенными флегмонами ЧЛО в целом. Применение в комплексной терапии больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО рексода обеспечивает быстрое и интенсивное восстановление общего состояния пациентов, ускоряет репаративные процессы в ране и сокращает сроки лечения.

Поступила 25.07.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В. С., Царев В. Н., Пиминова И. А. Клинико-микробиологический анализ результатов местного применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами лица и шеи // Институт стоматологии. 2005. № 2. С. 50—52.

2. Вардаев Л. И. Комплексное лечение гнойных ран с использованием раневых покрытий с антиоксидантной, антибактериальной и сорбционной активностью: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2005. 25 с.

3. Зенков Н. К., Ланкин В. В., Меньщикова Е. Б. Окислительный стресс. Биохимический и патофизиологический аспекты. М.: МАИК Наука / Интерпериодика, 2001. 381 с.

4. Левенец А. А., Чучунов А. А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области // Стоматология. 2006. № 3. С. 27—29.

5. Парамонов Б. А., Галенко-Ярошевский В. П., Турковский И. И., Зиновьев Е. Б., Чурилова И. В., Гуменюк С. В., Карпович А. Г. Мази супероксиддисмутазы и интерлейкина-1β: влияние на репаративные процессы и импеданс ожоговой раны // Бюл. экспер. биол. и мед. 2005. Т.139, № 1. С. 64—67.

6. Пасечник И. Н. Окислительный стресс и критические состояния у хирургических больных // Вестн. интенсив. терапии. 2004. № 3. С. 27—30.

7. Саркисов Д. С., Пальцын А. А., Музыкант Л. И. и др. Морфология раневого процесса // Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / Под ред. М. И. Кузина и Б. М. Костюченок. М.: Медицина, 1990. С. 38—89.

8. Тер-Асатуров Г. П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // Стоматология, 2005. № 1. С. 20—27.

9. Шилов В. Н., Сергиенко В. И. Физико-химические механизмы развития и коррекции раневого процесса (Сообщение 2) // Эфферентная терапия. 1997. Т. 3, № 2. С. 15—19.