17.Endothelin-1 production is associated with eosinophilic rather than neutrophilic airway inflammation / F. Finsnes, O.H. Skjonsberg, T. Lyberg, G. Christensen [et al.] // Eur. Respir. J. - 2000. - Vol. 15, № 4. - P. 743-750.
18.Goldie, R.G. Potential role of the endothelins in airway remodeling in asthma / R.G. Goldie // Pulm. Pharmacol. - 1999. - № 12. - P. 79-80.
19.Krasnowska, M. Endothelin, endothelial cells and von Willebrand factor in peripheral blood of asthmatic patients / M. Krasnowska, M. Nitter-Marszalska, R. Krasnowska // Pol. Merkuriusz. Lek. – 2002. – Vol. 72, № 12. – P. 445-448.
20.Plasma endothelin-1 immunoreactivity in asthmatic children / Y. El-Gamal, E. Hossny, K. Awwad [et al.] // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 2002. – Vol. 88. – P. 370-373.

УДК 616.716.1./4-018.44-002.3-055.2-085.273.2
© Ф.З. Мирсаева, А.З. Мингазева, Э.И. Галиева, 2009

Ф.З. Мирсаева, А.З. Мингазева, Э.И. Галиева

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПЛАВИКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

В статье отражены результаты комплексного лечения применения острого гнойного периостита челюстей у 32 женщин репродуктивного возраста с применением препарата плавикса.

Критериями оценки эффективности препарата служили клинические данные, показатели агрегации тромбоцитов, содержание иммуноглобулинов ротовой жидкости, уровень лизоцима.

Полученные данные свидетельствуют о повышении эффективности комплексного лечения острого гнойного периостита челюстей.

Ключевые слова: острый гнойный периостит челюстей, плавикс, иммунитет полости рта, агрегация тромбоцитов.

F.Z. Mirsayeva, A.Z. Mingazeva, E.I. Galiyeva

THE USE OF PLAVIX IN THE COMPLEX TREATMENT OF JAW ACUTE PURULENT PERIOSTITIS IN REPRODUCTIVE WOMEN

The present paper reviews results of the complex treatment of jaw acute purulent periostitis using plavix in 32 reproductive women.

The assessment criteria of the agent effectiveness included clinical findings, indicators of thrombocyte aggregation, content of oral liquid immunoglobulins, lysozyme level.

The data obtained show efficiency of the complex therapy for jaw acute purulent periostitis.

Key words: jaw acute purulent periostitis, plavix, oral immunity, thrombocyte aggregation.

Острый гнойный периостит челюстей является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний, встречающихся в амбулаторной стоматологической практике. По данным литературы в структуре всех заболеваний челюстно-лицевой области периостит челюстей составляет 10-15%, а среди острых воспалительных заболеваний – 70-80% [2]. Соотношение женщины:мужчины среди заболевших составляет 1,8:1 [1,3].

Тяжесть клинического течения и исход воспалительных заболеваний, в том числе острого гнойного периостита челюстей у женщин репродуктивного возраста, отличаются друг от друга, несмотря на то, что они относятся к одной и той же возрастной категории, имеют одинаковую реактивность организма, локализацию воспалительного процесса и одного и того же возбудителя. Это связано с изменениями концентраций гонадотропных и стероидных гормонов у женщин в разные фазы менструального цикла, которые влекут за собой изменения различных показателей гомеостаза. Известно, что в поздней стадии пролиферации фолликулиновой фазы у женщин происходят изменения некоторых показателей гемостаза, системного иммунитета и иммунитета полости рта [4,5], которые играют важную роль в развитии острых или обострении хронических одонтогенных воспалительных заболеваний. В связи с вышеизложенным одним из путей повышения эффективности комплексного лечения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является включение препа-

ратов иммунокорригирующего и антиагрегационного действий.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения острого одонтогенного гнойного периостита челюстей у женщин репродуктивного возраста с применением препарата антикоагуляционного действия – плавикс.

Материал и методы

Под наблюдением находились две группы женщин репродуктивного возраста (всего 70 человек) с острым одонтогенным гнойным периоститом челюстей, развившимся в поздней фолликулиновой фазе. Больные были разделены на две группы. Первую группу (основная) составили 32 женщины, вторую (контрольная) – 28.

Всем больным проводили комплексное лечение острого одонтогенного гнойного периостита, включающее: устранение причины (эндодонтическое лечение причинного зуба или его удаление), вскрытие гнойного очага и дренирование раны, антибактериальную, десенсибилизирующую терапию. Кроме того, больным первой группы в комплекс лечения включали препарат антиагрегационного действия – плавикс - 75 мг однократно внутрь в день вскрытия гнойного очага.

В послеоперационном периоде за больными вели клиническое наблюдение ежедневно в течение недели. При клиническом исследовании определяли наличие боли, отек мягких тканей, повышение температуры тела. До операции, на 3-и и 7-е сутки после операции проводили лабораторные исследования, включающие определяющие агрегации тромбоцитов и уровня IgA, IgG, секреторного Ig A в ротовой жидкости (РЖ). Агрегацию тромбоцитов определяли с использованием записи агрегатограмм. Иммуноглобулины РЖ определяли по следующей методике: ротовую жидкость собирали натощак путем сплевывания в пробирку в количестве около 2 мл, центрифугировали при скорости 3000 об/мин в течениие 30 минут при температуре +4ºС. Надосадок центрифугированной слюны до проведения реакции хранили при температуре – 20ºС. Количество иммуноглобулинов определяли методом простой радиальной иммунодиффузии в геле. В реакции использовали моноспецифические стандартные антисыворотки к человеческим IgA, IgM, IgG и SIgA. Количество иммуноглобулинов рассчитывали в граммах на литр.

Уровень лизоцима в РЖ определяли методом диффузии в агаре по К.А. Каграманової и З.В. Ермольевой (1966г) в модификации О.А. Гавриловой (1996г).

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что у больных первой группы уже на 3-и сутки после операции общее состояние оценивалось как удовлетворительное - отсутствовала боль, исчезал коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей, отмечались незначительная гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного зуба и вскрытого гнойного очага. Дренаж в операционной ране сохранялся. Гнойный экссудат отсутствовал, отмечалось лишь незначительное количество геморрагического отделяемого. Лунка зуба была заполнена полноценным кровяным сгустком.

На 4-е сутки после операции у больных отсутствовали какие-либо жалобы. Общее состояние оценивалось как удовлетворительное. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области проведенного хирургического вмешательства была бледно-розового цвета, рана в стадии эпителизации.

У больных второй группы на 3-и сутки после операции так же, как у больных первой группы, было отмечено удовлетворительное общее состояние, однако сохранялись незначительная боль, коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей, гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка в области проведенного хирургического вмешательства, а также отмечалось наличие гнойного экссудата в ране. На 4-е сутки исследования клиническая картина была та же, что и на 3-и сутки. Только на 5- и 6-е сутки исследования у больных данной группы отсутствовали жалобы, нормализовался цвет слизистой оболочки альвеолярного отростка, отмечалась эпителизация раны.

Острый гнойный периостит, развившийся в поздней фолликулиновой фазе, сопровождался изменениями коагуляционных свойств крови и местного иммунитета. Так, агрегационная способность тромбоцитов в первой группе больных до лечения составляла 75,20$\pm$0,10%, на 3-и сутки этот показатель снизился до 64,10$\pm$0,10% ($p<0,05$), а на 7-е сутки незначительно увеличился до 65,70$\pm$0,10%, $p<0,05$ (у здоровых женщин – 65,50$\pm$0,10%) (табл. 1). Во второй группе достоверное снижение агрегационной способности тромбоцитов наблюдалось лишь на 7-е сутки (66,50$\pm$0,11%; $p<0,05$).

Таблица 1.

Показатели агрегационной способности тромбоцитов у женщин с острым гнойным периоститом до и после лечения в различные сроки наблюдения (M ± m)

Группы	Сроки наблюдения, сутки	Агрегация тромбоцитов, % опт.
Здоровые лица		65,50 ± 0,10
Острый гнойный периостит - первая группа	До лечения	75,20 ± 0,10
	На 3-и	64,10 ± 0,10*
	На 7-е	65,50 ± 0,10*
Острый гнойный периостит - вторая группа	До лечения	75,20 ± 0,10
	На 3-и	73,10 ± 0,10
	На 7-е	66,50 ± 0,10*

* Статистически достоверная разница по сравнению с показателями до лечения (p< 0,05).

При исследовании РЖ больных основной группы на 3-и сутки после операции отмечалось достоверное уменьшение концентрации IgA, IgG, SIgA по сравнению с исходными показателями (p<0,05) (табл.2). Так, концентрации IgA в РЖ больных острым гнойным периоститом снизилась в 1,2 раза (с 0,33±0,08 до 0,26±0,06 г/л; p< 0,05), тогда как у больных второй группы в эти сроки наблюдения разница оставалась недостоверной (рис.1). Концентрация IgG в РЖ достоверно снизилась в первой группе (с 0,46+0,08 до 0,35+0,06 г/л; p<0,05), а во второй группе разница была не-достоверной (с 0,46+0,08 до 0,41+0,06 г/л; p>0,05) (рис.2). Концентрации SIgA в ротовой жидкости у больных первой группы на 3-и сутки исследования снизилась с 201,21+6,5 до 185,21+6,5 мкг/л, а на 7-е сутки практически не отличалась от результатов здоровых женщин (рис.3). В то же время в РЖ больных второй группы на 3-и сутки наблюдалась лишь тенденция к снижению SIgA по сравнению с исходными показателями (p>0,05), и только на 7-е сутки эти изменения соответствовали результатам 3-х суток исследования больных первой группы. Концентрация Ig A и G у больных первой группы на 7-е сутки исследования не отличалась от показателей здоровых лиц.

Лизоцим в РЖ у больных первой группы уже на 3-и сутки достоверно уменьшился в 1,3 раза (с 22,40±0,70 до 17,95±0,70 мкг/мл; p<0,05) (рис.4).

Во второй группе его уровень оставался высоким, и лишь на 7-е сутки от начала курса лечения отмечалось снижение (с 22,40±0,70 мкг/мл до 18,15±0,70 мкг/мл; p<0,05) (рис.4).

Таблица 2.

Концентрация иммуноглобулинов и уровень лизоцима в РЖ у женщин с острым гнойным периоститом до и после лечения плавиксом в различные сроки наблюдения (M ± m)

Группы	Сроки наблюдения, сутки	Иммуноглобулины, г/л				Лизоцим, мкг/мл белка
		A	M	G	A	
1 Здоровые лица		0,15 ± 0,01	_	0,26 ± 0,01	168,21 ± 6,5	13,45 ± 0,70
2 Острый гнойный периостит (первая группа)	До лечения	0,33 ± 0,08	_	0,46 ± 0,08	201,21 ± 6,5	22,40 ± 0,70
	На 3 -и	0,26 ± 0,06*	_	0,35 ± 0,06*	185,21 ± 6,5*	17,95 ± 0,70*
	На 7-е	0,19 ± 0,05*	_	0,29 ± 0,05*	170,26 ± ,5*	14,15 ± 0,70*
3 Острый гнойный периостит (вторая группа)	До лечения	0,33 ± 0,08	_	0,46 ± 0,08	201,21 ± 6,5	22,40 ± 0,70
	На 3-и	0,29 ± 0,06	_	0,41 ± 0,06	193,21 ± 6,5	20,55 ± 0,70
	На 7-е	0,26 ± 0,05*	_	0,38 ± 0,05*	186,26 ± 6,5*	18,15 ± 0,70*

* Статистически достоверная разница по сравнению с показателями до лечения (p<0,05)

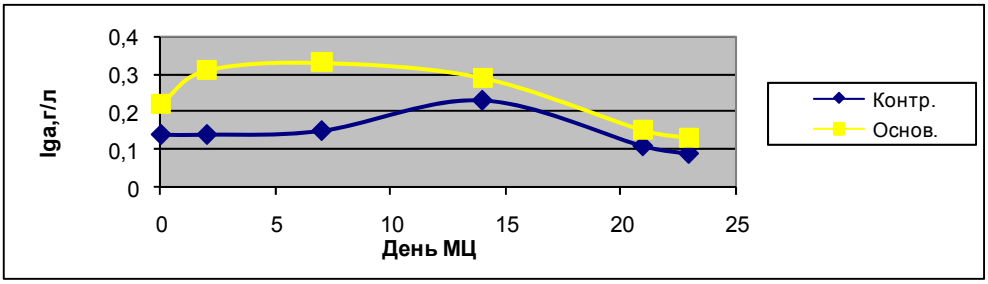

Рис. 1. Концентрация Ig A в РЖ женщин с острым гнойным периоститом в разные фазы менструального цикла

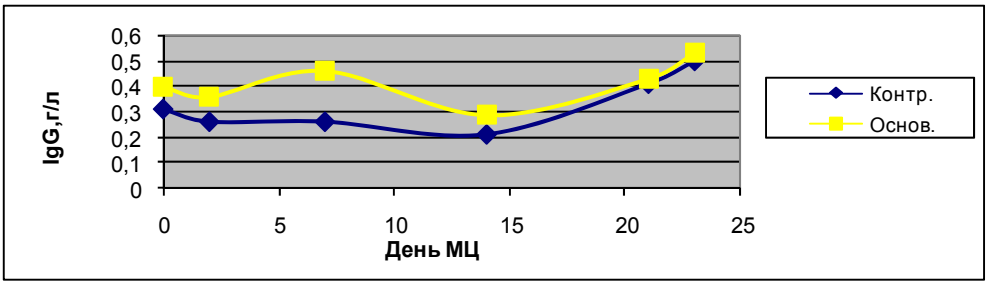

Рис. 2. Концентрация Ig G в РЖ женщин с острым гнойным периоститом в разные фазы менструального цикла

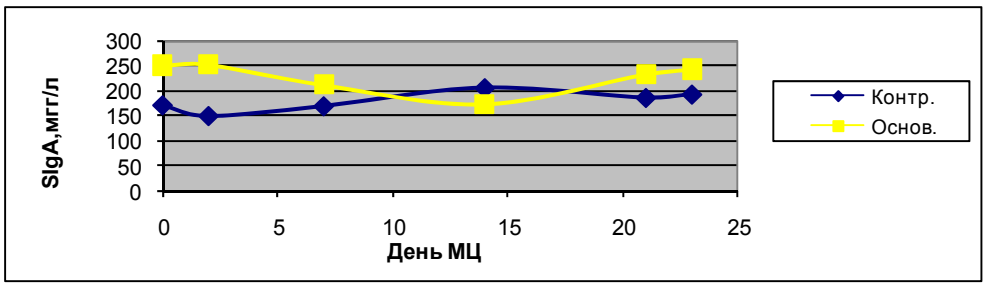

Рис. 3. Концентрация SIg A в РЖ женщин с острым гнойным периоститом в разные фазы менструального цикла

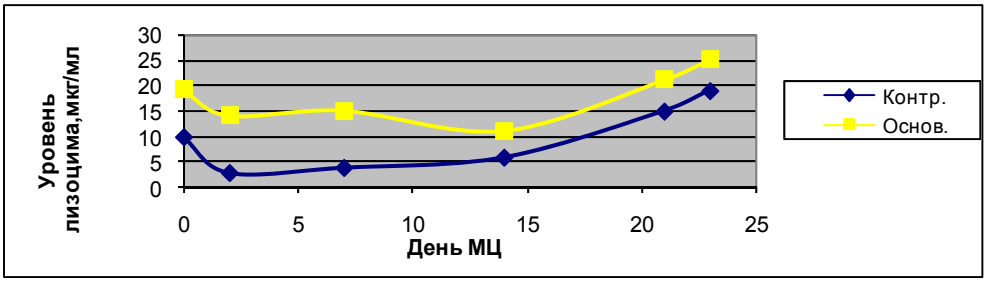

Рис. 4. Уровень лизоцима в РЖ женщин с острым гнойным периоститом в разные фазы менструального цикла

По окончании курса лечения у больных первый группы не было отмечено ни одного случая развития осложнений, а у больных второй группы общее количество осложнений составило 15,7 %, в том числе постэкстракционное кровотечение развилось у 1 (3,1%) женщины, абсцесс челюстно-язычного желобка – у 2 (6,3%), альвеолит – у 3 (9,4%) женщин.

Заключение

Острый гнойный периостит челюстей у женщин репродуктивного возраста развивается преимущественно в поздней фолликулиновой фазе и сопровождается изменениями агрегационной способности тромбоцитов и иммунологических показателей РЖ. Включение в комплексное лечение препарата антиагрегационного действия плавикса нормализует агрегационную способность тромбоцитов, иммунологические показатели РЖ, приводит к более быстрому купированию воспалительных процессов, профилактике осложнений. Полученные данные свидетельствуют об эффективности применения плавикса в комплексном лечении периостита у женщин репродуктивного возраста.

Сведения об авторах статьи

Мирсаева Фания Зартдинова – заведующая кафедрой хирургической стоматологии БГМУ, д.м.н., профессор, тел.:272-19-82, e-mail: Faniya-Mirsaeva@mail.ru

Мингазева Альфия Закриевна – заведующая отделением хирургической стоматологии, к.м.н., тел.: (347) 272-19-82

Галиева Эльмира Илаловна – доцент кафедры хирургической стоматологии БГМУ, к.м.н., тел.: (347) 272-1-982

ЛИТЕРАТУРА

1. Костина, И.Н. Причины и распространенность периостита челюстей в амбулаторной практике / И.Н.Костина, Е.А. Кропачева, Е.В. Ларгина // Уральский стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 35-39.
2. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: руководство для врачей / Под ред. А.Г. Шаргородского. – М., 2002.
3. Мирсаева, Ф.З. Частота развития у женщин репродуктивного возраста воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в зависимости от фазы менструального цикла / Ф.З. Мирсаева, А.З. Мингазева // Проблемы стоматологии. – 2005. – №4 – С. 45-46.
4. Мирсаева, Ф.З. Влияние циклических изменений гонадотропных и стероидных гормонов на иммунологические показатели ротовой жидкости / Ф.З. Мирсаева, А.З. Мингазева // Проблемы стоматологии. – 2006. – №2 – С. 45-47.
5. Мирсаева, Ф.З. Коагуляционные свойства крови женщин репродуктивного возраста при остром одонтогенным периостите челюстей / Ф.З. Мирсаева, А.З. Мингазева // Материалы II Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб., 2006. – С. 112-115.