

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Т.А. Хасанов, С.В. Чуйкин, А.Р. Баймухаметов

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет

Хасанов Тимур Анварович, аспирант кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии,
450000, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,
тел. 8 (917) 406-58-40,
e-mail: timur-khasanov@inbox.ru

В статье приведены результаты применения системной энзимотерапии у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области у 34 больных. Показана высокая эффективность препарата Вобэнзим в сочетании с антибактериальной терапией. Применение системной энзимотерапии позволило сократить сроки лечения больных.

Ключевые слова: гнойный лимфаденит, системная энзимотерапия, Вобэнзим.

SYSTEM ENZYMOTHERAPIA IN COMPLEX TREATMENT FESTERING-INFLAMMATORY DISEASES MAXILLOFACIAL AREA FOR CHILDREN

T.A. Khasanov, S.V. Chuykin, A.R. Baymukhametov

Bashkir State Medical University

Results of the using system enzymotherapia are brought In article beside sick with festering-inflammatory diseases maxillofacial area beside 34 patients. High efficiency of the preparation Vobenzim is shown in combination with antibiotic therapy. Using system enzymotherapia has allowed to reduce the period of the treatment of patients.

The key words: festering lymphadenitis, system enzymotherapia, Vobenzim.

Введение

В структуре хирургической заболеваемости количество детей с гнойно-воспалительными заболеваниями, госпитализируемых в стационар, неуклонно растет [5]. Среди воспалительных заболеваний

челюстно-лицевой области (ЧЛО) неспецифические лимфадениты и аденофлегмоны встречаются в 55% случаев [1,2,3]. Являясь вторичным процессом, острое гнойное воспаление регионарного лимфатического узла развивается на 5-14 сутки после начала

основного заболевания. Позднее обращение больных в стационар и высокий процент гнойных лимфаденитов ЧЛО приблизительно у 60% больных требует хирургического вмешательства. Изучение иммунологических параметров у детей с лимфаденитом свидетельствует, что иммунный ответ можно характеризовать как неадекватный, что коррелирует с клиникой хронического течения воспалительного процесса, снижением регенерации [6].

Используемая этиотропная антибактериальная терапия даже в условиях своевременного оказания хирургической помощи не всегда позволяет добиться желаемого результата, сократить сроки лечения больных. Применение антибиотиков часто сопровождается развитием аллергической реакции, подавлением иммунитета, появлением антибиотикорезистентной микрофлоры, а также развитием дисбиоза кишечника. В связи с этим для оптимизации традиционных методов лечения актуальным является поиск новых подходов, обеспечивающих влияние на основные патогенетические звенья заболевания, обладающих высокой эффективностью и безопасностью, минимальным уровнем побочных эффектов, способных предупредить или устранить нежелательные явления базисной терапии, а также снижать медикаментозную нагрузку на детский организм [4]. В последние годы в качестве вспомогательных средств обеспечения и усиления основного лечения (сервис-терапии (от англ. Service – обслуживание и booster- усилить) используется системная энзимотерапия (СЭТ). В хирургической практике для системной энзимотерапии используется следующие сертифицированные комплексные препараты энзимов: Вобэнзим (рег.номер П №011530/01 от 15.04.2005) и Флогэнзим (рег.номер П № 012753/01 от 29.12.2006) (производитель - Mucos Pharma, GMBH, Германия). В состав этих препаратов входят животные и растительные протеазы, взаимно дополняющие друг друга своей специфичностью относительно субстратов воспаления. В полиферментных препаратах присутствуют трипсин, амилаза, липаза и протеиназы животного происхождения, а также папаин и бромелаин, добываемые из растений *Carica papaya* и *Ananas Comosus*.

Полиферментные препараты обладают следующими эффектами: противовоспалительным, противоотечным, вторично анальгезирующим, фибринолитическим, антиагрегантным и иммуномодулирующим. Под действием компонентов этих препаратов снижается активность воспалительных процессов, и моделируются физиологические защитные реакции организма, что способствует физиологическому течению воспаления на всех его стадиях [7]. Приведенные выше данные позволяют считать целесообразным и обоснованным включение препаратов СЭТ в комплекс лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у детей.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения больных с гнойно-вос-

палительными заболеваниями ЧЛО путем применения СЭТ препаратом Вобэнзим.

Материалы и методы

Работа основана на результатах анализа комплексного обследования и лечения 94 больных с гнойными лимфаденитами, находившихся на обследовании и лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Республиканской детской клинической больницы РБ с 2004-2010 гг. Возраст больных - от 5 до 15 лет. Выделены 2 группы пациентов: 1-ая группа - группа сравнения (50 больных: 26 мальчиков и 24 девочки). Им проводилась традиционная терапия, которая включала в себя вскрытие абсцесса под местным и общим обезболиванием, санацию и дренирование гнойного очага, ежедневные перевязки с антисептическим препаратом. Всем больным назначался антибиотик широкого спектра действия (цефазолин) в дозировке от 50 до 100 мг/кг, инфузионная терапия. Во 2-ую клиническую группу включены 34 больных (16 мальчиков и 18 девочек), которым на фоне традиционного лечения проводили СЭТ препаратом Вобэнзим (рег.номер П №011530/01 от 15.04.2005). В состав препарата входит бромелаин 45 мг, папаин 45 мг, трипсин 24 мг, хемотрипсин 1 мг, панкреатин 100 мг, амилаза 10 мг, липаза 10 мг, рутин 50 мг. Выбор данного препарата был обусловлен тем, что другие препараты (Флогэнзим, Вобэ-МугосЕ) в детской практике не применяются. Прием препарата осуществляется за 30 минут до еды в присутствии медсестры. Драже не разжевывают и запивают большим количеством жидкости. Благодаря защитной оболочке содержимое препарата не подвергается действию желудочного сока. Суточная доза препарата составила: 1 таб. на 5 кг веса в три приема ежедневно в течение всего периода стационарного лечения. С 12 лет использовали «взрослую» дозу. При этом в первые две недели принимают по 3 драже ежедневно. Максимальная доза - 9 таблеток. При положительных сдвигах в клинической картине дозу снижают на 1 таб. в неделю. Минимальная поддерживающая доза принималась до полного разрешения проявлений болезни.

Критерии включения

1. Пациенты в возрасте 5-ти лет и старше.
2. Гнойный лимфаденит после хирургического вмешательства.
3. Наличие информированного согласия родителей.

Критерии исключения

1. Возраст больных младше 5-ти лет.
2. Специфические формы лимфаденитов.
3. Заболевания, связанные с повышенной вероятностью развития кровотечений (гемофилия, тромбоцитопения).
4. Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
5. Отсутствие информированного согласия родителей.

При первичном обследовании для включения в исследование после объяснения цели и характера исследования было получено информированное

согласие родителей. Родители были проинформированы о необходимости правильного и регулярного применения препарата. Клинические наблюдения за общим состоянием больных и местным проявлением очагов воспаления включали оценку выраженности интоксикации, болевого синдрома, признаков воспаления в очаге поражения, продолжительности температурной реакции организма, длительности экссудации из гнойной полости, сроков лечения. Всем больным проводился общий анализ крови, биохимическое исследование крови. Кроме того, в динамике изучалось состояние иммунного ответа и коагулограмма на 1-е, 3-е, 14-е сутки.

Математическая обработка полученных результатов производилась с помощью стандартных программ в операционной системе Windows XP с пакетом приложений Microsoft® Office 2007 (Word, Excel) в операционной среде MS DOS (Лексикон); все программные продукты - последних версий.

Поскольку цель исследования предполагала проверку гипотез о влиянии на ход и результаты лечения целого комплекса контролируемых факторов, основным способом извлечения содержательной информации из «старых данных» служил метод дисперсионного анализа в однофакторном (ANOVA) и многофакторном варианте (MANOVA). Наиболее важным результатом такого анализа является показатель силы влияния фактора – η^2 , демонстрирующий долю вариации исследуемого признака. При простом сравнении каких-либо средних результатов использовался вариант t - критерии студента для зависимых и независимых выборок. Если результаты выражались в виде процентов, долей, то различия между ними оценивались при помощи углового преобразования Фишера («критерии t_f »).

Результаты и обсуждение

Применение Вобэнзима в начале лечения на фоне традиционного лечения способствовало быстрому улучшению общего состояния больных, снижению температуры тела, уменьшению интоксикации и нормализации лейкоцитарной формулы. Так, в основной группе нормализация температуры тела наступала на $1,6 \pm 0,3$ сутки, а в контрольной - на

$3,6 \pm 0,8$ сутки от начала лечения ($p < 0,05$), средние сроки нормализации лейкоцитарной формулы составляли соответственно $3,1 \pm 1,1$ и $4,8 \pm 0,9$ сут. от начала лечения ($p < 0,05$).

У больных основной группы наблюдалось сокращение сроков очищения гнойных ран до $4,3 \pm 0,2$ дня и появление грануляции - $5,4 \pm 0,3$ дня ($p < 0,05$) (таблица 1).

Таблица 1

Сроки очищения ран и развития активных грануляций

Исследуемые группы	Сроки (сутки)	
	очищение ран	появление активных грануляций
Основная группа	$4,3 \pm 0,2$	$5,4 \pm 0,3$
Группа сравнения	$6,7 \pm 0,4$	$7,9 \pm 0,3$

По результатам цитологического исследования раневого содержимого, у больных основной группы переход раневого процесса во вторую фазу происходит на 6-8-е сутки лечения, в контрольной - на 8-10-е сутки.

Изменения в системе гемокоагуляции в процессе лечения представлены в таблице 2.

На фоне проводимого лечения полученные данные свидетельствуют о том, что у больных основной группы отмечается снижение уровня фибриногена и растворимых фибрин-мономерных комплексов.

Результаты матричного метода комплексной оценки иммунного статуса показывают, что применение СЭТ у больных основной группы позитивно влияет на показатели организма, восстанавливая корреляционные связи между отдельными звеньями иммунного ответа.

Заключение

На основании результатов проведенных исследований можно считать обоснованным включение препаратов СЭТ в комплекс лечебных мероприятий на фоне антибактериальной терапии. Применение СЭТ является эффективным, способствует более

Таблица 2

Изменения в системе гемокоагуляции в процессе лечения

Группы	Время взятия исследуемого материала	Индекс ЛПТВ (норма 0,8-1,1)	ПТИ (норма 75%-100%)	Фибриноген (норма 1,8-3,8 г/л)	РФНК Ах 10-2 (норма 0-35 г/л)	Агрегация тромбоцитов САДФ (норма 45%-75%)
Основная группа n = 34	при поступлении	$1,0 \pm 2,2$	$96 \pm 2,6$	$4,1 \pm 0,6$	$7,2 \pm 1,1$	$78,4 \pm 2,5$
	на 3-е сутки	$1,4 \pm 0,25$	$90,6 \pm 2,7^*$	$4,0 \pm 0,4$	$4,5 \pm 0,7^*$	$69,8 \pm 4,1$
	при выписке	$1,1 \pm 0,24$	$92,3 \pm 3,6^*$	$3,9 \pm 0,3$	$4,0 \pm 0,6^*$	$71,2 \pm 3,2$
Сравнения n = 50	при поступлении	$0,9 \pm 0,31$	$96,1 \pm 3,4$	$4,2 \pm 0,6$	$7,6 \pm 1,4$	$81,4 \pm 3,1$
	на 3-е сутки	$0,8 \pm 0,4$	$92 \pm 4,2$	$4,1 \pm 0,3$	$7,0 \pm 0,8$	$72,4 \pm 3,7$
	при выписке	$0,9 \pm 0,18$	$98,0 \pm 4,0$	$4,0 \pm 0,3$	$6,5 \pm 0,7$	$70,6 \pm 4,4$

Примечание: * - достоверность различий $p < 0,05$

быстрому очищению гнойного очага и сокращает сроки лечения больных. Длительность стационарного лечения больных основной группы составила $11,2 \pm 1,8$ суток, в контрольной - $14,4 \pm 0,9$.

Список литературы

1. Комплексное лечение больных прогрессирующими флегмонами челюстно-лицевой области / А.Г. Шаргородский, А.С. Забелин, Г.Г. Федоров, В.А. Барановский // Стоматология. - 1998. - Т.77. - №2. - С.32-34.
2. Методическое руководство по статистическому анализу гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / А.Г. Барт, Д.Ю. Мадай, В.Н. Балин, В.А. Барт. - СПб.: изд-во Военно-медицинской академии, 2000. - 23 с.
3. Морфологические особенности лимфоидных структур у новорожденных детей / Г.Г. Аминова, Д.Е. Григоренко, А.К. Русина, Л.М. Ерофьева // Морфология. - 2000. - Т.118. - №6. - С. 53-56.
4. Стернин Ю.И., И.Б. Михайлов. Избранные вопросы клинической фармакологии системной энзимотерапии / Ю.И. Стернин, И.Б. Михайлов // Санкт-Петербург ИнформМед., 2010. - 27 с.
5. Функциональная анатомия лимфатического узла / Ю.И. Бородин, М.Р. Сапин, Л.Е. Этинген. - Новосибирск: Наука, 1992. - №1. - С. 14-17.
6. Чуйкин С.В. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей / С.В. Чуйкин, А.Р. Баймухаметов. - Уфа. Изд-во ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, 2006. - 119 с.
7. Wound healing under pathological conditions / Wald M // Int.medicina pro praxi. - 2002. - Vol.10. - P. 6-10.