

Вплив Квертуліну на клінічний перебіг загоєння забійно-рваних ран обличчя

Influence of Kvertulin on the Clinical Course of Healing of Contused and Lacerated Wounds of Face

Поліщук С.С., к.мед.н., доц.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Polischuk S.S.

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Адреса для кореспонденції:

Поліщук Сергій Степанович

e-mail: vitadok@mail.ru

Мета: Дослідити вплив Квертуліну на клінічний перебіг загоєння забійно-рваних ран обличчя. **Методи:** Обстежено 32 хворих із забійно-рваними ранами щелепно-лицевої ділянки різної локалізації. Хворих розділили на дві групи: перша — контрольна, друга — дослідна (із застосуванням Квертуліну). Усім хворим провели клінічні дослідження прояву місцевого статусу та наявності ускладнень (нагноєння, абсцедування рани). **Результати:** При спостереженні за загоєнням забійно-рваних ран виявили, що пацієнти, у яких застосовували Квертулін у комплексному лікуванні, мали позитивнішу динаміку клінічних показників. Кількість ускладнень у пацієнтів контрольної групи становила 27,3%, дослідної — 12%.

Висновки: Використання Квертуліну в комплексному лікуванні забійно-рваних ран обличчя дозволило скоротити терміни лікування у середньому на $2,1 \pm 0,6$ днів та зменшити кількість знійних ускладнень у 2,27 раза. Доцільно в схему комплексного лікування забійно-рваних ран щелепно-лицевої ділянки включати Квертулін.

Ключові слова: щелепно-лицева ділянка, рани, клінічне загоєння, Квертулін.

Purpose: To study experimentally the clinical course of healing of contused and lacerated wounds of face using Kvertulin. **Methods:** 32 patients with contused and lacerated wounds of maxillofacial area of various sites were examined. In the process of study all patients were divided into two groups: the first — control group, the second — experimental (using Kvertulin). To all patients performed clinical studies of manifestations of the local status and of the presence of complications (suppuration of wound, abscess formation of wound). **Results:** In conducting monitoring of healing of contused and lacerated wounds found that patients who used Kvertulin in complex treatment had a better positive dynamics of clinical indexes. Number of complications at patients of the control group was 27,3%, of the experimental group — 12%. **Conclusions:** Using of Kvertulin in treatment of contused and lacerated wounds of face allowed to reduce the treatment time by an average on $2,1 \pm 0,6$ days and diminish the number of septic complications in 2,27 time. It is appropriate to include Kvertulin in the scheme of complex treatment of contused and lacerated wounds of maxillofacial area.

Key words: maxillofacial area, wounds, clinical healing, Kvertulin.

ВСТУП

Зі збільшенням кількості травм щелепно-лицевої ділянки, особливо раних, збільшуються випадки їх важкості [5, 7–11]. Травма обличчя та шії супроводжується ушкодженнями м'яких або кісткових тканин. Утруднена діагностика та лікування травматичних ушкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки зумовлені насамперед анатомо-топографічною особливістю обличчя та значною кількістю мож-

ливих ускладнень. Незважаючи на досягнення в діагностиці та лікуванні травматичних ушкоджень м'яких тканин обличчя, ця проблема надалі залишається актуальною [2, 6, 10, 12], особливо лікування і реабілітація хворих з посттравматичними ускладненнями та деформаціями обличчя [1–4]. Аналіз структури травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки виявив, що у більшості хворих спостерігаються рани різної локалізації [5, 7, 8–11]. Серед них переважають

невиробничі побутові забійно-рвані рани, що становлять близько 90% від усіх травм обличчя [2, 5, 6]. Частка пацієнтів, які отримали травму обличчя, в структурі стоматологічних стаціонарних хворих коливається в межах від 21 до 38% [1–5].

Одночасно зі збільшенням випадків отримання ран обличчя збільшується кількість та важкість післятравматичних ускладнень. Обличчя — це комплекс анатомічних утворень, кожне із яких має певні важливі функції-

нальні навантаження і є водночас невід'ємною складовою в забезпеченні загальних функцій організму. Якісне загоєння ран обличчя має не лише медичне, а й соціальне значення, що підтверджує важливість проблеми та необхідність пошуку нових заходів та препаратів для загоєння.

У випадках травмування щелепно-лицевої ділянки перед стоматологом-хірургом постає проблема запобігання та лікування запальних процесів, спричинених травмами [1, 4, 5, 10, 12]. При цьому слід пам'ятати, що зовнішній вигляд рани та особливості ушкодження не завжди відповідають важкості стану та впливають на розвиток і перебіг травматичних ушкоджень і післятравматичних ускладнень. Усі поранення м'яких тканин супроводжуються кровотечею, больовою реакцією, оскільки щелепно-лицева ділянка має значне кровопостачання та іннервацію. Після огляду та визначення виду рани обов'язково потрібно провести первинну хірургічну обробку протягом 24–48 годин, первинну відтерміновану – 72 годин, а вторинну хірургічну обробку через 6–7 діб у період гранулювання рани. Однак, для успішного якісного загоєння ушкодження м'яких тканин обличчя часто лише хірургічного втручання недостатньо, оскільки рановому процесу властиве інфікування та порушення кровообігу. На нашу думку, це вимагає докладнішого підходу до корекції лікувального процесу хворих з травмами обличчя в клініці щелепно-лицевої хірургії, зокрема вибору засобів для покращення процесів регенерації. Окрім цього, збільшення частоти і тяжкості перебігу загоєння ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнень, призводить до значного зростання тимчасової непрацездатності, тобто, крім медичного, виникає важливий соціальний аспект. Мета роботи – дослідити вплив препарату Квертулін (НВА «Одеська біотех-

нологія», Україна) на клінічний перебіг загоєння забійно-рваних ран обличчя.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Під час дослідження обстежили 36 хворих із забійно-рваними ранами щелепно-лицевої ділянки різної локалізації (надбрівної, підочної, виличної, щічної, привушно-жувальної ділянок, ділянок губ). Групу обстеження становили чоловіки віком 19–42 роки, які звернулись протягом перших 2–3 годин після отримання травми. Розміри ран були у межах від 2,0×0,5×0,5 см до 3,0×1,0×1,0 см. Усім хворим провели клінічні дослідження прояву місцевого статусу та з'ясували наявність ускладнень (нагноєння, абсцедування рани). Для оцінки ефективності препарату Квертулін, як засобу для покращення умов регенерації, обстежували соматично здорових пацієнтів із забійно-рваними ранами м'яких тканин обличчя, яких розділили на дві групи: контрольну – хворі, до комплексного лікування яких не включали Квертулін, та дослідну – із застосуванням Квертуліну в комплексному лікуванні (по 1 таблетці 3 рази на день). Квертулін – це комплексний препарат, що містить біофлавоноїд кверцетин, пребіотик інулін, цитрат кальцію (дозвіл МОЗ України №05.03.02. – 06/44464 від 17.05.2012 року). Складові препарату мають такі властивості: інулін забезпечує антидисбіотичну дію, стимулюючи зростання пробіотичної мікрофлори та усуваючи прояви дисбактеріозу; кверцетин – внаслідок Р-вітамінної активності, має антиоксидантну, мембранопротекторну та гепатопротекторну дію; цитрат кальцію, як найлегше засвоєвана форма кальцію, стимулює мінералізацію кісткової тканини, усуваючи явища остеопорозу. Пацієнти першої та другої груп дослідження отримували стандартне лікування: хірургічне та консервативне. Хірургічне лікування

полягало у первинній хірургічній обробці рани. Консервативне лікування охоплювало: Цефтріаксон 1,0 в/м 1 раз на день (після проби), Німесил по 1 пакетику (100 мг) 2 рази на день, Аскорутин по 1 таблетці (100 мг) 3 рази на день, Лоратадин 0,01 мг по 1 таблетці 1 раз на день. Місцевий статус хворих оцінювали за ступенем вираженості клінічних проявів уділянці ушкодження на першу, третю, п'яту, сьому доби після первинної обробки рани: біль, набряк, гіперемія. Для всіх пацієнтів інтенсивність прояву клінічних ознак оцінювали в балах: 1 бал – відсутність ознаки, 2 – незначно виражена, 3 – виражена, 4 – значно виражена.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спостереження за забійно-рваними ранами щелепно-лицевої ділянки показали, що у групі хворих, які приймали Квертулін, перебіг загоєння мав достовірно позитивну динаміку, про що свідчать отримані показники клінічного прояву болю, гіперемії, набряку.

У хворих із забійно-рваними ранами обличчя клінічні місцеві прояви в перший день після отримання травми займають посереднє місце між вираженими та значно вираженими і мають аналогічні показники у хворих першої та другої груп. У хворих контрольної групи на третій день перебування в стаціонарі відзначали показники, наближені до незначно виражених, на п'ятий день показники займали проміжне місце між незначно вираженими та відсутніми, а на сьомий день були наближені до відсутніх (табл. 1). У дослідній групі клінічні місцеві прояви на третій день займають дещо нижче місце від незначно виражених показників, на п'ятий день – наближені до відсутніх ознак, а на сьомий день – відсутніх ознак ($p < 0,05$), тобто близько 100% пацієнтів не скаржились на біль

у ділянці рани. Близько 27% хворих першої групи висловлювали скарги на незначно виражений біль у ділянці рани обличчя. З наведеного очевидно, що позитивна динаміка зменшення болю на третій день у хворих другої групи подібна до динаміки, яка спостерігається лише на п'ятий день у пацієнтів контрольної групи, а на п'ятий день у хворих дослідної групи схожа динаміка, що спостерігається лише на сьомий день у пацієнтів контрольної групи, і це є свідченням позитивного впливу Квертуліну на умови загоєння забійно-рваних ран обличчя.

Аналізуючи клінічні показники місцевого прояву гіперемії в ділянці забійно-рваних ран щелепно-лицевої ділянки, виявлено, що в перший день вони займають посереднє місце між вираженими і значно вираженими та мають аналогічні показники у хворих першої і другої груп, відповідно до рівня прояву болю. У пацієнтів контрольної групи на третій день перебування в стаціонарі відзначали вищі показники від незначно вираженого рівня, на п'ятий день – посередні між незначно вираженими та відсутніми, а на сьомий день – наближені до відсутніх (табл. 2). У хворих дослідної групи на третій день спостерігалися

дещо нижчі клінічні місцеві прояви гіперемії від незначно вираженого рівня показників, на п'ятий день – наближені до відсутнього прояву ознаки, а на сьомий день – відсутність прояву ознаки ($p < 0,05$), тобто 100% пацієнтів не мали клінічного прояву гіперемії в ділянці рани. Близько 28% хворих першої групи мали незначну гіперемію в ділянці рани обличчя. Отримані дані доводять, що позитивна динаміка зменшення гіперемії на третій день у хворих другої групи подібна до тієї, яка спостерігається лише на п'ятий день у пацієнтів контрольної групи, а на п'ятий день у хворих дослідної групи подібна до тієї, яка спостерігається лише на сьомий день у пацієнтів контрольної групи. Це є ще одним підтвердженням позитивного впливу застосування Квертуліну на умови загоєння забійно-рваних ран обличчя.

Аналізуючи клінічні показники місцевого прояву набряку в ділянці забійно-рваних ран щелепно-лицевої ділянки, слід зазначити, що в перший день вони мають посередній рівень прояву, так само як і рівень прояву болю та гіперемії, між вираженим і значно вираженим проявами клінічних показників, та аналогічні показники у хворих контрольної та дослідної груп. У травмованих пацієнтів

контрольної групи на третій день перебування в стаціонарі прояв набряку займав посередній рівень між вираженим та незначно вираженим, а у пацієнтів дослідної групи – нижче рівня незначно вираженого прояву ознак. На п'ятий день у пацієнтів контрольної групи прояв набряку займає посередній рівень між незначно вираженим та відсутнім, тобто у половини пацієнтів був незначно виражений набряк, а у пацієнтів другої (дослідної) групи – дещо вищий відсутній, тобто лише у п'яти пацієнтів (20%) зареєстровано незначно виражений набряк. На сьомий день у трьох пацієнтів контрольної групи (27,3%) спостерігали незначний набряк, а у пацієнтів дослідної групи у двох хворих (8%) – незначний набряк у ділянці рани (табл. 3). Наведені дані підтверджують позитивну динаміку зменшення набряку на третій день у хворих дослідної групи, тоді як у пацієнтів контрольної групи зменшення набряку констатують лише на п'ятий день, натомість на п'ятий день у хворих дослідної стан відповідає аналогічному на сьомий день у пацієнтів контрольної групи. Тобто, спостерігається достовірно позитивний вплив застосування Квертуліну.

Аналізуючи особливості загоєння ран м'яких тканин обличчя, зокрема виникнення ускладнень, можна відзначити також достовірний позитивний вплив Квертуліну на клінічні процеси регенерації ушкоджень м'яких тканин обличчя. На третій день після первинної хірургічної обробки рани у пацієнтів контрольної групи нагноєння спостерігали у двох пацієнтів (18,2%), в одного пацієнта (9,1%) діагностували абсцедування. У пацієнтів другої групи на третій день після проведення первинної хірургічної обробки рани, окрім позитивної динаміки клінічних показників, відзначали нагноєння рани у двох пацієнтів (8%), в одного (4%) діагностували абсцедування. Із отриманих даних видно, що застосування

Таблиця 1. Клінічні прояви болю у пацієнтів із забійно-рваними ранами щелепно-лицевої ділянки у балах ($M \pm m$)

Групи пацієнтів	Дні дослідження			
	1-й	3-й	5-й	7-й
Контрольна, n=11	3,36±0,15	2,27±0,13	1,54±0,2	1,27±0,14
Дослідна, n=25	3,43±0,15	1,71±0,18*	1,22±0,13*	1,02±0,17*

Примітка: *достовірно щодо хворих контрольної групи без застосування в комплексному лікуванні Квертуліну ($p < 0,05$)

Таблиця 2. Клінічні прояви гіперемії у пацієнтів із забійно-рваними ранами щелепно-лицевої ділянки у балах ($M \pm m$)

Групи пацієнтів	Дні дослідження			
	1-й	3-й	5-й	7-й
Контрольна, n=11	3,49±0,15	2,36±0,15	1,46±0,15	1,18±0,12
Дослідна, n=25	3,54±0,15	1,78±0,16*	1,13±0,2*	1,0±0,13*

Примітка: *достовірно щодо хворих контрольної групи без застосування в комплексному лікуванні Квертуліну ($p < 0,05$)

Квертуліну в комплексному лікуванні ран щелепно-лищевої ділянки сприяє зменшенню кількості ускладнень у 2,27 рази (з 27,3% до 12%) (табл. 4). Комп-

лексний препарат Квертулін, завдяки Р-вітамінній активності, має антиоксидантну, мембранопротекторну дію, що дозволяє стабілізувати кровообіг

в ділянці травми та зменшити клінічні прояви місцевих ознак запалення таких, як біль, набряк, гіперемія, що надалі зменшує кількість ускладнень.

Таблиця 3. Клінічні прояви набряку у пацієнтів із забійно-рваними ранами щелепно-лищевої ділянки (у балах, $M \pm t$)

Групи пацієнтів	Дні дослідження			
	1-й	3-й	5-й	7-й
Контрольна, n=11	3,36±0,15	2,44±0,2	1,46±0,2	1,27±0,12
Дослідна, n=25	3,46±0,15	1,84±0,17*	1,19±0,15*	1,09±0,14*

Примітка: *достовірно щодо хворих контрольної групи без застосування в комплексному лікуванні Квертуліну ($p < 0,05$)

Таблиця 4. Наявність ускладнень при загоєнні забійно-рваних ран щелепно-лищевої ділянки (абсолютні цифри, %)

Групи пацієнтів	Види ускладнень	
	нагноєння рани	абсцедування рани
Контрольна, n=11	2 (18,2%)	1 (9,1%)
Дослідна, n=25	2 (8%)*	1 (4%)*

Примітка: *достовірно щодо хворих контрольної групи без застосування в комплексному лікуванні Квертуліну ($p < 0,05$)

ВИСНОВКИ

Застосування препарату Квертулін у комплексному лікуванні забійно-рваних ран обличчя дозволило скоротити терміни лікування та зменшити кількість гнійних ускладнень. Квертулін позитивно впливає на клінічні процеси регенерації ушкоджень м'яких тканин обличчя, сприяє зменшенню місцевих клінічних проявів запалення. Отже, на підставі отриманих порівняльних результатів лікування травм щелепно-лищевої ділянки, до схеми комплексного лікування забійно-рваних ран доцільно включити Квертулін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области. – М.: Медицинская литература, 1999. – С. 1–35.
- Поліщук С.С. Корекція психоемоційного стану у хворих з травмами щелепно-лищевої ділянки // Вісник стоматології. – 2005. – №1. – С. 50–56.
- Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. Т. 1 / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – С. 480–578.
- Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах. Т. 2 / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – С. 317–325.
- Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии: учебное пособие. – К.: Медицинская литература, 2002. – С. 384–428.
- Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія / О.О.Тимофеев. – К.: ВСМ Медицина, 2011. – С. 371–389.
- Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник у 2 т. – Т. 2 / В.О. Маланчук, І.П. Логвіненко, Т.О. Маланчук та ін. – К.: Логос, 2011. – Т. 2. – С. 29–101.
- Mandibular fractures in Jordanians: a comparative study between young and adult patients / M.A. Qudah, T. Al-Khateeb, A.B. Bataineh, M.A. Rawashdeh // J. Craniomaxillofac. Surg. – 2005. – Vol. 33, №2. – P. 103–106.
- Pathological mandibular fractures following third molar removal / K.W. Wagner, J.E. Otten, R. Schoen, R. Schmelzeisen // Int. J. Oral Maxillofac Surg. – 2005. – Vol. 34, №7. – P. 722–726.
- Schoen R., Gellrich N.C., Schmelzeisen R. Minimally invasive open reduction of a displaced condylar fracture in a child // Br. J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2005. – Vol. 43, №3. – P. 258–260.
- Stability of biodegradable implants in treatment of mandibular fractures / K.S. Yerit, S. Hainich, D. Turhani et al. // Plast. Reconstr. Surg. – 2005. – Vol. 115, №7. – P. 1863–1870.
- Stiesch-Scholz M., Schmidt S., Eckardt A. Condylar motion after open and closed treatment of mandibular condylar fractures // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2005. – Vol. 63, №9. – P. 1304–1309.

REFERENCES

- Bernadskij, Ju.I. (1999). *Travmatologija i vosstanovitel'naja hirurgija cherepno-cheljustno-licevoj oblasti*. M.: Medicinskaja literatura, 446 s. (in Russian).
- Polishchuk, S.S. (2005). *Visnyk stomatologii*, №1, s. 50–56 (in Ukrainian).
- Rukovodstvo po hirurgicheskoi stomatologii i cheljustno-licevoj hirurgii* (2000). T. 1. Red. V.M. Bezrukova, T.G. Robustovoj. Izd. 2-e, pererab. i dop. M.: Medicina, 776 s. (in Russian).
- Rukovodstvo po hirurgicheskoi stomatologii i cheljustno-licevoj hirurgii* (2000). T. 2. Pod red. V.M. Bezrukova, T.G. Robustovoj. Izd. 2-e, pererab. i dop. M.: Medicina, 488 s. (in Russian).
- Timofeev, A.A. (2002). *Rukovodstvo po cheljustno-licevoj hirurgii i hirurgicheskoi stomatologii. Uchebnoe posobie*. K.: Medicinskaja literatura, s. 384–428 (in Russian).
- Тимофеев, О.О. (2011). *Shchhelepno-lytseva khirurgiia*. K.: VSV Medytstyna, 752 s. (in Ukrainian).
- Malanchuk, V.O., Lohvnenko, I.P. Malanchuk, T.O. & ta in. (2011). *Khirurgichna stomatohiia ta shchhelepno-lytseva khirurgiia: pidruchnyk*. U 2 t. T. 2. K.: Lohos, T. 2, s. 29–101 (in Ukrainian).
- Qudah, M.A., Al-Khateeb, T., Bataineh, A.B. & Rawashdeh, M.A. (2005). *J. Craniomaxillofac. Surg.* Vol. 33, №2, P.103–106 (in English).
- Wagner, K.W., Otten, J.E., Schoen, R. & Schmelzeisen, R. (2005). *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* Vol. 34, №7, p. 722–726 (in English).
- Schoen, R., Gellrich, N.C. & Schmelzeisen, R. (2005). *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, Vol. 43, №3, p. 258–260 (in English).
- Yerit, K.S., Hainich, S., Turhani, D. & et al. *Plast. Reconstr. Surg.* (2005). Vol. 115, No 7, p. 1863–1870 (in English).
- Stiesch-Scholz, M., Schmidt, S. & Eckardt, A. (2005). *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, vol. 63, No 9, p. 1304–1309 (in English).

Стаття надійшла в редакцію 30 вересня 2016 року