

лімфоцитів у плазмоцити та превалювання фібробластів, чим обумовлене збільшення кількості МПС. Ці зміни засвідчують активний розвиток грануляційної тканини.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Наведені клініко-морфологічні закономірності перебігу гнійного ранового процесу при ГООНЩ у дітей можуть бути підґрунтям для подальших досліджень щодо оптимізації лікування гнійних ран різної локалізації.

Література

1. Білоконь С.О. Рана щелепно-лицевої ділянки у дітей / С.О.Білоконь, О.В.Гуржій – Полтава, 2006. – 72 с.
2. Білоконь С.О. Комплексне лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки у дітей із використанням сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей / С.О.Білоконь // Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22. – Полтава, 2005. – 165 с.
3. Волкова О.В. Основы гистологии с гистологической техникой / О.В.Волкова, Ю.К.Елецкий– М.: Медицина, 1982. – 304 с.
4. Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А.Зеленский, Ф.С.Мухорамов – Москва, 2008. – 206 с.
5. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей / В.В. Рогинский – М.: Детгостиздат, 1998. – 255 с.
6. Ткаченко П.І. Гострі одонтогенні процеси щелепно-лицевої ділянки в дітей (періостит, остеомиєліт, лімфаденіт) / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь – Львів, 2006. – 101 с.
7. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування / П.І.Ткаченко // Дис. ... д-ра мед. наук. – Полтава, 1998. – 416 с.
8. Харьков Л.В. Хирургична стоматологія дитячого віку / Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, І.А.Чехова – К.: Книга-плюс, 2003. – 480 с.

Резюме

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЗАЖИВЛЕНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ
КЛЕТЧАТКИ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ
ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Ткаченко П.И., Ишейкин К.Е., Белоконов С.А.,
Гуржий Е.В., Белоконов Н.П.**

В статье представлены клинико-морфологические закономерности течения гнойного раневого процесса мягких тканей челюстно-лицевой области у детей, больных острым одонтогенным остеомиелитом тела нижней челюсти. Представленные данные могут быть основанием для дальнейших исследований, касающихся оптимизации лечения гнойных ран разной локализации.

Ключевые слова: дети, остеомиелит челюсти, гнойная рана, кожа.

Стаття надійшла 10.02.2011 р.

**THE CLINICAL-MORPHOLOGICAL ASPECTS
OF CICATRIZATION OF SKIN AND
HYPODERM AT RUNNING SORE OF
MAXILLUFACIAL AREA FOR CHILDREN,
PATIENTS WITH SHARP ODONTOGENIC
OSTEOMIEELITIS OF BODY OF BOTTOM JAW**

**Tkachenko P.I., Izcheikin K.E., Belokon S.A.,
Gurziy E.V., Belokon N.P.**

In the article clinical-morphological conformities to law of motion of festering ranovogo process of soft fabrics of maxillufacial area are presented for children, patients with sharp odontogenic osteomyelitis of body of bottom jaw. Cited data can become soil for further researches in relation to optimization of treatment of running sore of different localization.

Key words: children, osteomyelitis of jaw, running sore, skin.

УДК 617.5; 616-08-039.73; 616.34-009.11

Г.А. Юзбаєв

Центральная Больница Нефтяников, Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДХОДОВ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ
КИШКИ**

Разработан комплексный подход по лечению синдрома раздраженной кишки (СРК). Комбинированное назначение препаратов по коррекции психосоматических дисфункций, моторной и секреторной регуляции кишечника и его микрофлоры, снимающих боли в животе, устраняющих диареи или запоры привело к стойкому излечению у 64 из 87 пациентов. Использование на постоянной основе про- и пребиотиков существенно повышает эффективность комплексного лечения СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженной кишки, психосоматическая дисфункция, пробиотики.

Термин «синдром раздраженного кишечника» (СРК) используется для обозначения группы симптомов, связанных с функциональными расстройствами кишечника, включающих различной степени выраженности абдоминальные боли, запоры, поносы или их чередование, метеоризм и наличие слизи в кале. Хотя этиология СРК еще не расшифрована, считается, что в основе его развития лежат изменения профиля личности. В связи с этим СРК сопровождается рядом симптомов психосоматических (вегетативных) дисфункций [2, 9, 16].

Трудность постановки диагноза СРК и его дифференциация от многих функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) была причиной симптоматического лечения заболевания [1,23]. Преимущественно проводилась болеутоляющая терапия. Используются блокаторы рецепторов серотонина (алосетрон, ондасетрон, гранисетрон и др.), благоприятно влияющие на моторику, секрецию и афферентную импульсацию из толстой кишки [14, 20]. Отмечается эффективность и хорошая переносимость тримебутина [3, 17]. У части пациентов СРК сопровождается диареей. Исследования последних лет показали, что назначение им обволакивающих и вяжущих средств приводит к благоприятному исходу заболевания. Показана эффективность Смекты (диосмектита) при лечении пациентов с функциональной диареей и острой диареей различного происхождения [11, 15, 19]. У другой части пациентов СРК сопровождается функциональными хроническими запорами, что особенно угнетает их общее состояние. Для лечения запоров предложено огромное число средств [10]. При СРК обосновано применение энтеросорбентов [7]. С наилучшей стороны показывают препараты новых поколений, в частности Транзипег (ПЭГ-330) и Тегасарод [8, 22]. В последнее время была показана возможность лечения запоров естественными средствами, т.е. кисломолочными бактериями (про- и пребиотики), обладающих комплексом полезных свойств [5, 6, 12]. Для нормализации моторно-тонических нарушений кишечника используются также прокинетики [4]. Показана необходимость психосоматических дисфункций, без которых стойкое излечение СРК практически невозможно, но при этом можно обходиться без синтетических препаратов путем адекватного разъяснения пациентам причин заболевания и реальности его излечения [16, 21]. Выработка Римских критериев III позволяет на основе выделения доминантных симптомов безошибочно диагностировать СРК, открывает широкие перспективы для выработки подходов по комплексному лечению заболевания. Согласно Римским критериям III (2005г.) диагностическими признаками СРК являются: рецидивирующая боль в животе, наблюдаемая не менее 3 раз в месяц за последние 3 месяца при условии появления симптомов не менее чем 6 месяцев назад; патологическая частота стула – менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день; патологическая частота стула – комковатый, твердый, водянистый, жидкий, со слизью; усиление или ослабление боли в животе в зависимости от характера дефекации, отхождения газов, частоты и формы стула; натуживание при дефекации; императивный позыв или чувство неполного опорожнения, или вздутия в животе; психосоматическая дисфункция; возраст – 20–40 лет. [18]. Однако, как видно, лечение СРК носит разрозненный, симптоматический характер, что обусловлено трудностью его диагностирования.

Целью работы была разработка комплексного подхода по лечению синдрома раздраженной кишки

Материал и методы исследования. Работу провели на базе Центральной больницы нефтяников (ЦБН). Группу наблюдения формировали по мере обращаемости работников нефтяной промышленности и их родственников за гастроэнтерологической помощью. Собирали текущий и предшествующий анамнезы, исследовали кровь, мочу и кал, проводили рентгенографию, ректосигмоскопию, колоноскопию, УЗИ. Диагноз СРК верифицировали у 87 пациентов. Органических изменений в кишечнике не выявили. Пациенты были мужского пола в возрасте от 22 до 46 лет. При проведении собеседований с пациентами проводили их анкетирование относительно заболевания и исхода лечения. Использованные лечебные средства, их дозы, схемы и курс лечения приведены в тексте. Статистически полученные результаты обрабатывались с использованием программных пакетов Excel (Microsoft, США), Statistica 6.0 (StatSoft, США). При выполнении работы степень достоверности различий средних величин в сопоставляемых группах определялась путем использования критерия Стьюдента. Достоверным считали показатели при $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Симптоматика СРК, перечисленная в Римских критериях III (2005г.) была ярко выражена у всех наблюдаемых нами пациентов. Поэтому мы также склонны считать, что данная симптоматика достаточна для верификации диагноза СРК и необходимость проведения лабораторно-инструментальных исследований отпадает. За исключением возрастных рекомендаций, так как у 6 из 87 пациентов возраст превышал 40 лет ($6,9 \pm 2,7\%$). На основании этого считаем нецелесообразным ограничение верхней диагностической возрастной границы 40 годами. Ранее все пациенты неоднократно обращались за медицинской помощью, получали разнообразное, преимущественно симптоматическое лечение, но результативность его была кратковременной. Психосоматическое состояние пациентов было подавленным, они потеряли доверие врачам и назначаемым ими средствам, часто прибегали к самолечению. Пациенты отличались потерями трудодней, 12 из них перешли на менее квалифицированную и низкооплачиваемую профессию ($13,8 \pm 3,7\%$). Пациенты предъявляли жалобы социального характера – напряженность в семье, неудовлетворительные условия жилья, недостаточность материальных средств, снижение активности жизненных позиций. Поэтому для коррекции психосоматического состояния мы в начале лечения и на протяжении всего его проведения разъясняли причину заболевания и реальность излечения, необходимость самостоятельного устранения неблагоприятных личностно-поведенческих факторов. Учитывая невозможность

ежедневных визитов в ЦБН, среди пациентов проводили тренинг по самостоятельному приему назначаемых лекарств. Перечень использованных лекарств, их характер, дозы и схемы приведены в таблице.

Для подкрепления самостоятельных усилий пациентов на коррекцию психосоматических дисфункций, которые у них были довольно выраженными, им назначался трициклический антидепрессант коаксил. Препарат отличается высокой активностью, быстротой начала действия, безопасностью, хорошей переносимостью, минимальным взаимодействием с другими синтетическими средствами, применяемыми при лечении СРК. Коаксил оказывает стрессопротекторное действие, редуцирует симптомы депрессии, тревоги и психоастении, существенно видоизменяет мироощущение пациента, повышает диапазон его жизненных возможностей, уменьшает внекишечные проявления СРК.

Таблица

Характеристика средств, использованных при лечении СРК

Направленность препаратов	Наименование препаратов	Доза	Схема	Курс
Коррекция психосоматических дисфункций	Коаксил (тианептин)	12,5 мг	3 раза в день	1-3 месяца
Болеутоляющий	Дебринат (тримебутин)	100-200 мг	3 раза в день	2-4 месяца
Моторно-секреторная регуляция кишечника	Мелаксен (мелатонин)	3 мг	Однократно	4 недели
Противодиарейный	Смекта (диосмектит)	1 пакет (9 мг)	3 раза в день	Прекращение диарей
Противозапорный	Мукофальк (псиллиум)	5 г	Однократно	3-4 недели

Сочетанное действие самостоятельных усилий и коаксила способствовало тому, что у 39 из 87 пациентов психосоматическая дисфункция нормализовалась уже в течение одного месяца (44,2±5,4%), у 27 пациентов соответственно в течение двух месяцев (31,0±4,9%; $t=1,81$; $P>0,05$), у 12 пациентов – в течение трех месяцев (13,8±3,7%; $t=2,80$; $P<0,01$). Остальным 8 пациентам впоследствии коаксил был заменен на другой препарат (9,2±3,1%; $t=0,95$; $P>0,05$). Для регуляции функции кишечника (моторной, секреторной), улучшения микроциркуляции, обеспечения баланса интестинальных гормонов пациентам назначали мелаксен, являющийся производным мелатонина. Как известно, мелатонин секретируется в основном в кишечнике, регулируя циркадианные и сезонные ритмы в организме, взаимодействует с серотонином, гистамином и сомататином. Одновременно является мощным антиоксидантом. Препарат переносился удовлетворительно. При необходимости для купирования болевого синдрома и устранения метеоризма пациентам назначали дебринат (тримебутин). Препарат оказывает модулирующее действие на двигательную активность кишечника, нормализуя его функцию как при запорах, так и при диарее. Пациентам дебринат назначали попеременно с мелаксеном. СРК у 40 из 87 пациентов сочетался с диареей (46,0±5,4%), им дополнительно назначали для нормализации стула смекту (диосмектит). Благодаря слоистой структуре, смекта удерживается на поверхности эпителия кишечника в течение 6 часов и более. Изолируя патогенные раздражители, смекта обеспечивает дезинтоксикацию и оказывает антидиарейное действие. СРК у 37 пациентов сочетался с запорами (42,5±5,3%; $t=0,46$; $P>0,05$), им дополнительно назначали мукофальк (псиллиум). Препарат получен из оболочек семян подорожника, он задерживает воду в просвете кишки, обеспечивает бактериальный рост, увеличивает содержание короткоцепочечных жирных кислот, оказывающих послабляющее действие. Учитывая, что СРК протекает, как правило, на фоне дисбиоза кишечника, в последнее время стали использоваться и средства по нормализации его микрофлоры. В последние годы в разных отраслях медицины стали апробироваться про- и пребиотики – продукты кисломолочных бактерий. Они не только нормализуют микрофлору разных органов и полостей организма, но и модулируют их иммунную систему, устраняют различные дисфункции, интоксикации и т.д. Поэтому эти средства нами всем пациентам назначались на постоянной основе. 44 пациента употребляли Активию в течение всего срока наблюдения, продолжавшегося 3,5-4 месяца (50,6±5,4%), 28 пациентов употребляли ее периодически (32,2±4,7%; $t=2,57$; $P<0,05$). Остальные 15 пациентов не принимали Активию, что вскрылось по завершению лечения, мотивируя это не лечебными свойствами препарата и материальными соображениями (17,2±4,1%; $t=2,40$; $P<0,05$).

Итоговая оценка эффективности апробированного подхода по лечению СРК показала, что полное излечение наступило у 64 из 87 пациентов (73,6±4,8%), что следует признать весьма удовлетворительным показателем. Остальным пациентам впоследствии был проведен повторный курс лечения. При полном соблюдении пациентами курса лечения синтетическими препаратами, лишь при использовании Активии имелись, как указывалось, различия, что отразилось на результативности лечения. Так, полное стойкое излечение наступило у 41 из 44 пациентов, регулярно принимавших Активию (93,2±3,8%) и всего у 19 из 28 пациентов, принимавших препарат не регулярно (67,9±9,0%; $t=2,59$; $P<0,01$). Тогда как лечение СРК оказалось эффективным лишь у 4 из 15 пациентов, не принимавших Активию (26,7±11,8%; $t=2,78$; $P<0,01$). Возможно, Активия и другие подобные препараты обладают еще более широким спектром полезных свойств, чем было отмечено, что актуализирует их широкое внедрение в гастроэнтерологическую практику.

Заключение

Комбинированное назначение препаратов по коррекции психосоматических дисфункций, моторной и секреторной регуляции кишечника и его микрофлоры, снимающих боли в животе, устраняющих диареи или запоры привело к стойкому излечению у 64 из 87 пациентов (73,6±4,8%). Использование на постоянной основе про- и пребиотиков существенно повышает эффективность комплексного лечения СРК.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Разработанный комплексный подход по лечению синдрома раздраженной кишки (СРК) позволит продолжить изучение широкого спектра полезных свойств предложенных препаратов.

Література

1. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // Consilium medicum, 2000, т.2, №7, с. 25-29.
2. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М.Мед., 2004, с. 767.
3. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. Возможности применения тримебутина в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии (РЖГГК), 2008, т.18, № 5, с.25-27
4. Маев И.В., Самсонов А.А., Карманова Е.А., Иванченко Е.А. Использование прокинетики в коррекции моторно-тонических нарушений органов пищеварения // Клини. мед., 2009, № 3, с. 49-53.
5. Маевская М.В. Возможности применения пробиотиков в гастроэнтерологии // РЖГГК, 2009, №6, с. 65-72.
6. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Профилактика и лечение запоров пробиотиками // Фарматека, 2006, №12, с. 23-25.
7. Полева Н.И., Парфенов А.И. Патогенетическое обоснование применения энтеросорбентов в лечении синдрома раздраженного кишечника // Экспер. и клин. гастроэнтерол., 2003, №1, с. 163-164.
8. Циммерман Я.С. Синдром раздраженной кишки: современное состояние проблемы и перспективы // Клини. мед., 2007, № 10, с. 14-21.
9. Хавкин А.И. Полиэтиленгликоль 3350 (транзипег) в лечении запоров у взрослых и детей // Клини. фармакол. и тер., 2006, т.15, №1, с. 42-45.
10. Циммерман Я.С., Кунстман Т.Г., Михачева Е.Н., Циммерман И.Я. Хронический запор: современный взгляд на проблему // Клини. мед., 2008, № 8, с. 21-28.
11. Циммерман Я.С. Синдром диареи: современное состояние проблемы // Клини. мед., 2009, № 3, с. 18-25.
12. Шульпекова Ю.О. Кисломолочные бактерии: роль в регуляции кишечной перистальтики // РЖГГК, 2010, № 3, с. 68-73. Delvour M., Wingate D. Trimebutine mechanism of action effects on gastrointestinal function and clinical results // J. of international Medicaj Res., 1997, p.1025-1030.
13. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology, 2006, vol.130, № 5, p. 1377-1390.
14. Dupont C., Foo J.L., Garnier P. et al. Oral diosmectite reduces stool output and diarrhea duration in children with acute watery diarrhea // Clin. Gastroenterol. Hepatol., 2009, vol.7, № 4, p.456-462.
15. Camilleri M., Choi M. Review article: Irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther., 1997, № 11, p. 3-16.
16. Camilleri M., Northcutt A., Kong S. et al. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome // Lancet, 2000, vol.355, p. 1035-1040.
17. Chang F.Y., Lu C.L., Chen C.Y., Luo J.C. Efficacy of dioctahedral smectite in treating patients of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome // J. Gastroenterol. Hepatol., 2007, vol.22, № 12, p. 2266-2272.
18. Efskin P., Baukler T., Vato M. A double blind placebo controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome // Scand. J. Gastrol., 2005, vol.31, p. 463-468.
19. Jailwala J., Imperiale T., Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: A systematic review of randomized controlled trials // Ann. Int. Med., 2000, vol.133, p. 136-147.
20. Johanson J. Effect of tegaserod in chronic constipation: A randomized, double-blind, controlled trial // Clin. Gastroenterol. Hepatol., 2004, № 2, p. 796-805.
21. Muller-Lissner S., Fumagalli I., Bardhan K.D. et al. Tegaserod, a 5-HT₄ receptor partial agonist, relieves key symptoms of irritable bowel syndrome // Gastroenterology, 2004, vol.118, p. 175.
22. Yao-Zong Y., Shi-Rong L., Delvaux M. Comparative efficacy of dioctahedral smectite (Smecta) and a probiotic preparation in chronic functional diarrhea // Dig. Liver Dis., 2004, vol.36, № 12, p. 824-828.

Реферат

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПІДХОДІВ ПО
КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ
РОЗДРАТОВАНОЇ КИШКИ**

Юзбашев Г.І.

Розроблений комплексний підхід до лікування синдрому роздратованої кишки (СРК). Комбіноване призначення препаратів по корекції психосоматичних дисфункцій, моторній і секреторній регуляції кишківника і його мікрофлори, що знімають болі в животі, діарею або запори привело до стійкого вилікування у 64 з 87 пацієнтів. Використання на постійній основі про- і пребіотиків істотно підвищує ефективність комплексного лікування СРК.

Ключові слова: синдром роздратованої кишки, психосоматична дисфункція, пробіотики.

Стаття надійшла 22.02.2011 р.

**EFFICIENCY OF APPROACHES ON COMPLEX
TREATMENT OF THE SYNDROME OF
IRRITATED INTESTINE**

Juzbashev G. I.

The complex approach on treatment of a syndrome of irritated intestine (SII) is developed. The combined prescription of medicine on correction of psychosomatic dysfunctions, motor and секреторной regulation of intestines and its microflora, removing pains in a stomach, eliminating diarrheas or locks has led to proof treatment at 64 of 87 patients. Use on a constant basis pro-and prebiotics essentially raises efficiency of complex treatment of SII.

Key words: syndrome of irritated intestine, psychosomatic dysfunction, probiotics.