

УДК 616.-002.36:62-982:617.52/53

М. Н. Морозова

НОВАЯ ПАРАДИГМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского
(г. Симферополь)

Работа является фрагментом комплексной научно-исследовательской темы: «Разработка и внедрение методов диагностики состояния клеточного и гуморального антиэндотоксического иммунитета в физиологии и патологии человека», разрабатываемой в КГМУ им. С. И. Георгиевского, государственная регистрация № 0105U002205.

Вступление. Проблема совершенствования лечения одонтогенных абсцессов (ОА) и флегмон (ОФ) остается наиболее актуальной в челюстно-лицевой хирургии. Это обусловлено рядом причин: количество больных не уменьшается, сроки их лечения не укорачиваются, а количество осложнений не снижается [1,2]. Все это происходит на фоне достижений современной науки и техники, несмотря на появление новых высокоэффективных препаратов.

В настоящее время в челюстно-лицевых стационарах Украины работают по принятым в 90-е годы прошлого века стандартам и протоколам лечения больных одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями, которые с тех пор ни разу кардинально не пересматривались. Вместе с тем, в последние годы в медицине произошли существенные изменения в подходах к антибактериальной, детоксикационной, антигистаминной терапии; открыт механизм действия противовоспалительных препаратов; современные исследователи раскрыли новые аспекты патогенеза [3,4].

Эти постепенно накапливающиеся данные обуславливают необходимость создания новой парадигмы лечения одонтогенных абсцессов и флегмон — для получения максимального эффекта в самый короткий срок, а также профилактики осложнений.

В наших предыдущих работах мы доказали, что основными источниками веществ, обуславливающих и усиливающих эндотоксикоз у пациентов с ОА и ОФ являются поврежденные ткани, чрезмерно активированные клетки врожденного иммунитета, а также микрофлора и токсины кишечника [5,6,7].

Вместе с тем, от степени эндотоксикоза зависит дисбаланс параметров системы гомеостаза, а длительное воздействие токсических

продуктов истощает адаптационные резервы этой системы. Поэтому вопросы снижения уровня эндогенной интоксикации имеют патогенетически обоснованное направление и, безусловно, являются ключевыми в лечении пациентов с ОФ.

Цель работы: разработать новую парадигму лечения больных одонтогенными абсцессами и флегмонами, предложить патогенетически направленные схемы, направленные на быстрое снижение эндотоксикоза.

Объект и методы исследования. Было проведено сравнительное исследование клинических и лабораторных показателей 392 пациентов с ОА и ОФ разной степени тяжести. Всем больным в день поступления проводили вскрытие абсцессов и флегмон и удаление причинного зуба. Далее — 185 человек получали лечение, согласно существующему стандарту (традиционное), 207 — предложенное нами. В данную работу не включены результаты больных с осложненным течением, старше 65 и младше 18 лет, имеющие тяжелую сопутствующую общесоматическую патологию.

С помощью предложенного нами метода [8] была проведена стратификация больных с учетом степени тяжести местного процесса и системной реакции организма на него. Больных разделили на 2 группы: 1-я группа — условно легкая степень тяжести (ОА и ОФ, сопровождающиеся слабо или умеренно выраженной системной воспалительной реакцией); 2-я группа — средняя степень тяжести (ОФ, сопровождающиеся выраженным синдромом системной воспалительной реакции).

У пациентов с традиционным лечением в послеоперационном периоде местно в гнойно-некротическую фазу использовали повязки с мазями на гидрофильной основе, при необходимости — осуществляли диализ раны и некрэктомию; после купирования экссудативных явлений и появления молодых грануляций на рану накладывались вторичные швы. Терапевтическое пособие в 1-й группе (92 человека) включало нестероидные противовоспалительные (НПВП) и антибактериальные препараты (таблетированные формы фторхинолонов или макролидов); во 2-й группе (93 человека) — НПВП, антибакте-

риальную терапию (парэнтеральные формы фторхинолонов, β — лактамных препаратов, цефалоспоринов 3-го поколения), пациентам, с высокой степенью риска развития осложнений — внутривенные инфузии растворов коллоидов и кристаллоидов.

Предлагаемая схема комплексного лечения, использованная у 207 пациентов, включила: в 1-й группе (108 человек) — непрерывную аспирацию экссудата (НАЭ) из раны [9]; 1–2 кратное применение неселективных НПВП. Во 2-й группе (99 человек) — НАЭ; антибиотики (цефалоспорины 3 поколения, β -лактамы антибактериальные препараты, фторхинолоны) в течение пяти суток; НПВП в сочетании с омепразолом на протяжении 2–3-х суток. Внутрь — энтеросгель (по 15г, растворенных в 30 мл воды внутрь 3 раза в день). В процессе лечения проводился динамический контроль за локальными и общими клиническими и лабораторными признаками, характеризующими течение процесса. Пациентам с высокой степенью риска развития осложнений — в течение 1–3-х суток — инфузионная детоксикационная терапия растворами коллоидов (гидроксиэтиленкрахмал 200/0,5, рефортан 200/0,5, неогемодез) и, по показаниям, кристаллоидов.

У пациентов оценивали динамику клинических и лабораторных параметров: уровень средних молекул по методике Н. И. Габриэлян и соавт. [10], уровни спонтанной и индуцированной зимозаном хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов (НГ) [11]. Бактериоскопически и цитологически изучали материал из послеоперационных ран, определяли активность сукцинатдегидрогеназы и исследовали токсичность раневого экссудата с помощью парамецийного теста. Для сравнения были изучены аналогичные параметры периферической крови у 44 практически здоровых лиц в возрасте 19 — 60 лет.

Зависимости изменения параметров от степени тяжести заболевания и сроков лечения исследовались методом множественного регрессионного анализа. Оценка силы связи выполнялась по значению выборочного коэффициента множественной корреляции $R(z/xy)$. Пороговый уровень значимости этого критерия был выбран $p = 0.05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Первостепенное значение для снижения уровня эндотоксикоза имеет своевременно выполненная санационная операция. Одним из наиболее информативных показателей эндотоксикоза является уровень молекул средней массы (МСМ).

Оказалось, что при госпитализации у пациентов 1-й группы показатель превышал норму в 1,3 — 1,5 раз, во 2-й группе — в 1,5

— 2 раза. Однако на следующие сутки после проведения санационной операции у пациентов с традиционным лечением уровень МСМ повысился и превысил показатели условно здоровых лиц в 1-й группе в 2 раза (по сравнению с условно здоровыми лицами), во 2-й группе — в 2,5 раза. Следовательно, операция, при всей необходимости ее выполнения, временно повышает уровень токсических веществ в организме.

Чтобы снизить влияние операционной травмы на систему гомеостаза, нами разработан метод непрерывной низкодозированной аспирации раневого экссудата (НАЭ неоднократно описан нами в научной литературе) [9].

В предыдущих работах мы доказали, что у пациентов с ОФ, сопровождающимся выраженным синдромом СВР, имеет место дисбактериоз кишечника средней и даже тяжелой степени [7]. Избыточный рост микрофлоры и изменение ее качественного состава, вероятнее всего, обусловлены отказом от пищи из-за болезненного глотания, диспептическими явлениями на фоне эндотоксикоза, амбулаторным приемом антибактериальных препаратов.

Но сегодня выяснено, что выраженный синдром СВР сопровождается нарушением проницаемости слизистой тонкого кишечника. Следовательно, у больных с ОФ существуют условия для массовой транслокации бактерий и их токсинов в системный кровоток. Вместе с тем, дозы токсинов, превышающие функциональные возможности природных защитных систем организма, могут привести к их срыву с развитием неконтролируемой СВР и повреждением различных органов.

В связи с полученными результатами представляется очевидной необходимость обеспечения раннего послеоперационного энтерального питания и применения энтеросорбционной терапии у пациентов 2-й группы. Легкая степень дисбактериоза, зарегистрированная у пациентов 1-й группы, по данным современных авторов проходит при смене режима питания без лечебного воздействия. Метод энтеросорбции основан на связывании и выведении из пищевого канала при помощи энтеросорбентов эндо- и экзогенных веществ и клеток. Причем, препараты сорбируют не только токсические вещества и продукты незавершенного метаболизма из кишечного содержимого, но и из крови (чрезмембранно из капилляров ворсинок слизистой оболочки кишечника). Из множества современных энтеросорбентов, на наш взгляд, наиболее точно отвечает поставленной задаче отечественный препарат «Энтеросгель», обладающий также обвола-

квиваючим действием, защищая слизистую оболочку желудка и кишечника от эрозивных процессов, обусловленных приемом медикаментов.

Результаты изучения хемилюминесценции (ХЛ) НГ показали, что у пациентов 1-й группы уровень спонтанной ХЛ при госпитализации и в течение трех суток после операции достоверно не отличался от уровня условно здоровых лиц, уровень индуцированной — в 3–4 раза был выше нормы.

У больных 2-й группы уровень спонтанной ХЛ НГ при госпитализации превышал показатель условно здоровых лиц в 3 раза, а индуцированной — в 7 раз. Со следующих суток после операции уровень спонтанной ХЛ стал снижаться, а индуцированной — вырос, превысив норму в 10 раз, после чего быстро стал снижаться. Следовательно, санирующая операция у пациентов 2-й группы способствовала активации резервных возможностей НГ на фоне снижения фоновой активности. По мере улучшения состояния больных оба изучаемых параметра хемилюминесценции снижались, а величина усиления ответа НГ при добавлении индуктора к 7 суткам оказалась ниже аналогичного показателя больных 1-й группы.

Ввиду отсутствия сегодня эффективных фармакологических средств ингибиции функции НГ, с целью снижения системной реакции организма на воспаление, альтернативным подходом в определенной фазе воспаления (при резком возрастании количества арахидоновой кислоты) может стать ингибирование циклооксигеназ, регулирующих биосинтез простаноидов и тромбоксанов. Поэтому, применение НПВП, может оказать положительное воздействие в раннем послеоперационном периоде.

В гнойной хирургии были проведены контролируемые рандомизированные исследования, доказавшие, что раннее назначение НПВП в сочетании с антибиотиками при сепсисе снижает интенсивность СВР, сохраняет функцию внутренних органов, повышает выживаемость и снижает затраты на лечение больных [12,13]. Доказано также, что противовоспалительная терапия является полезной после выполнения санационных операций, так как помогает системе гомеостаза противостоять выбросу активированными клетками провоспалительных цитокинов [14,15]. Однако длительное использование НПВП затягивает выздоровление, в частности, из-за «переключения» циклооксигеназного пути превращения арахидоновой кислоты на липопоксигеназный с синтезом лейкотриенов.

Как следует из данных литературы и полученных нами результатов, в 1-й группе достаточно применения НПВП в течение 1-х суток после операции, во 2-й группе — на протяжении 2-х — 3-х суток после нее.

Сравнительный анализ клинических признаков, характеризующих эффективность лечения, проведенного по традиционной и предложенной нами схеме, выявил существенные различия их результатов. Субъективно все больные, в лечении которых использовали предложенную схему лечения, чувствовали облегчение уже в ближайшие часы после хирургического лечения, а объективные общие и местные клинические признаки у них нормализовались значительно раньше. Сроки нормализации клинических показателей при разных методах лечения представлены в **таблице 1**.

Было проведено сравнительное изучение цитологической, цитохимической и бактериоскопической картины препаратов больных, получавших традиционное лечение и НАЭ. Исследовали динамику раневого процесса у пациентов с гнойным и гнилостно-гнойным типами экссудата, как наиболее часто встречающиеся.

При проведении бактериоскопии экссудата ран обнаружено, что уже на следующие сутки после операции при использовании НАЭ часть микроорганизмов обнаруживалась внутри фагоцитов (хотя в большинстве случаев фагоцитоз носил извращенный и незавершенный характер). При традиционном лечении в этот срок обильная микрофлора располагалась вне клеток.

При использовании НАЭ — к 5-м суткам при гнойном типе экссудата и к 7-м суткам при гнилостном, бактерии в ране находились в состоянии активного фагоцитоза. У пациентов с традиционным лечением в эти же сроки во всех исследованных препаратах в разных полях зрения обнаруживались внеклеточно расположенные бактерии (как в виде скоплений, так и равномерно покрывающие препарат). Следовательно, метод НАЭ в хирургии является мощным фактором физической антисептики, позволяющим в короткий срок очистить паравульнарные ткани от микроорганизмов.

Сравнительное исследование токсичности раневого экссудата, показало, что у всех пациентов, в лечении которых использовали НАЭ, в 1-е сутки после операции срок гибели парameций укорачивается в 1,5 — 2 раза по отношению к уровню, зарегистрированному при вскрытии абсцессов и флегмон. Самое короткое время гибели инфузорий зарегистрировано у больных с гнилостным и гнилостно-гнойным характером экссуда-

Таблиця 1

Сравнительная клиническая оценка эффективности лечения больных одонтогенными флегмонами

Исследуемый клинический признак	Сроки нормализации показателя (сутки)			
	1 предлож.	1 трад.	2 предлож.	2 трад.
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m
Температура тела	1,3±0,3	3,5±0,6	2,6±0,3	5,7±0,4
Головная боль, слабость, отсутствие аппетита	1,1±0,3	2,1±0,5	2,3±0,5	3,2±0,5
Купирование болевого синдрома	1,1±0,4	3,1 ±,7	2,3±0,2	5,6±0,5
Ликвидация перифокального отека	3,1±0,3	5,8±0,3	4,3±0,4	12,1±0,4
Ликвидация воспалительной контрактуры	3,2±0,4	8,9±0,6	7,4±0,5	16,7±0,5
Прекращение гнойной экссудации	3,2±0,3	8,3±0,5	6,2±0,2	15,4±1,6

та (на 3-й секунде — они теряли способность двигаться). У пациентов, получавших традиционное лечение, показатель в день вскрытия и на следующие сутки после операции существенно не отличался.

Усиление токсичности экссудата, обнаруженное у пациентов с НАЭ, доказывает, что с первых суток (вероятнее, с первых часов) ее воздействия токсические продукты принудительно выводятся из паравульнарных тканей в рану, а не поступают в системный кровоток. К сроку удаления дренажа у пациентов, в лечении которых применяется НАЭ, скорость обездвиживания инфузорий удлинилась и стала приближаться к контролю (времени их обездвиживания в плазме крови здоровых людей). У больных с традиционным лечением — даже к 7-м суткам показатель в 2–3 раза (в зависимости от типа экссудата) превышал уровень контроля.

Анализ результатов сравнительного изучения активности дыхательного фермента СДГ в паравульнарных тканях при разных методах лечения, позволил выявить быстрый рост ее активности у пациентов с НАЭ: к сроку снятия дренажа показатели активности фермента выросли в 2 раза по сравнению с уровнем, зарегистрированным при госпитализации, независимо от типа экссудата. У пациентов с традиционным лечением зарегистрирован медленный рост СДГ: даже к 7-м суткам после операции при гнойном и серозно-гнойном типах экссудата показатель повышается всего в 1,3 раза, что существенно меньше величин, зафиксированных у больных с НАЭ. У пациентов с гнилостным и гнилостно-гнойным типами экссудата, по-

лучавших традиционное лечение, на следующие сутки после операции выявлена глубокая тканевая гипоксия, характеризующаяся самыми низкими показателями активности СДГ. В течение 7 суток после операции достоверной динамики показателя не зарегистрировано.

Сравнительный анализ данных цитологического исследования, проведенный с учетом типов цитограмм показал, что на следующие сутки после операции у больных с традиционной схемой лечения характер цитограммы можно охарактеризовать как некротический. У пациентов с НАЭ — в течение первых суток он меняется на дегенеративно — воспалительный (появление сохранных форм НГ и внутриклеточного расположения микробов), а в некоторых случаях, приобретает черты воспалительного типа (рост числа НГ вообще и клеток, проявляющих фагоцитарную активность в частности).

Применение НАЭ способствует появлению регенераторного характера цитограмм в 1-й и 2-й группах с гнойным типом экссудата на 5-е сутки, а с гнилостным и гнилостно-гнойным — на 7-е сутки после операции. При традиционной схеме лечения лишь в 1-й группе к 7-м суткам лечения у 83 % больных обнаружен регенераторный тип цитограмм, во всех остальных случаях у пациентов 1-й и 2-й групп к 7-м суткам цитограммы имеют черты воспалительного типа, но около трети препаратов — сохраняют признаки дегенеративно — воспалительного процесса.

Данные цитологического, бактериоскопического, цитохимического и биологического исследования ран показывают, что метод не-

прерывной аспирации раневого содержимого позволяет существенно сократить гнойно-некротическую фазу раневого процесса, максимально приближая его к заживлению ран первичным натяжением.

Проведение сравнительного анализа МСМ в периферической крови у пациентов разных групп показало, что у пациентов с НАЭ отсутствует рост концентрации МСМ на следующие сутки после операции. К 3-м суткам их уровень в 1-й группе больных с НАЭ снижался до величины условно здоровых лиц, при традиционном лечении — показатель снижался до нормы лишь к 7 суткам.

Во 2-й группе с НАЭ, нормализация МСМ наступала к 7-м суткам (независимо от типа экссудата). При использовании традиционной схемы лечения — у больных с гнойным и серозно-гнойным типами экссудата к 7-м суткам показатель МСМ оставался повышенным в 1,7 раза, а с гнилостным и гнилостно-гнойным типами — в 2,2 раза.

Учитывая тот момент, что степень ЭНИ непосредственно связана с тяжестью местного гнойно-воспалительного процесса, главная роль в блокировании синдрома эндотоксикоза, безусловно, принадлежит НАЭ. Снижая количество токсинов, попадающих в кровь, активная аспирация, способствует мобилизации общих адаптивных реакций, что, несомненно, благотворно действует на всю систему гомеостаза. Так как заживление первичным натяжением не требует медикаментозного лечения, больные без всякого вреда для здоровья (что подтверждено данными лабораторных исследований) в эти сроки могут быть выписаны на амбулаторное наблюдение по месту жительства.

Таким образом, установлено, что применение предложенных схем лечения позволяет: провести атравматичную санацию гнойной раны; существенно сократив гнойно-некротическую фазу, ускорить развитие регенераторных процессов в ране; в короткие сроки облегчить самочувствие пациентов (быстрый регресс клинических признаков заболевания); способствовать быстрой нормализации показателей эндотоксикоза и функциональной активности НГ. Преимуществом предлагаемой схемы лечения, является также возможный экономический эффект: снижение финансовых затрат на медикаменты, перевязочные средства, сокращение средних сроков пребывания больных в стационаре.

Выводы.

1. У пациентов 1 группы клинические признаки интоксикации, местные симптомы воспаления полностью стихают, а лабораторные показатели эндотоксикоза нормализу-

ются к $5 \pm 1,1$ суткам (при традиционном лечении — к $8,6 \pm 1,2$ суткам).

2. Во 2-й группе — клинические признаки интоксикации, местные симптомы воспаления полностью стихают, а лабораторные показатели эндотоксикоза нормализуются к $7,1 \pm 1,3$ суткам (при традиционном лечении — к $14,6 \pm 2,8$ суткам).

3. Мощный местный антисептический эффект НАЭ в комплексе с детоксицирующим действием энтеросорбентов и противовоспалительным НПВП позволяет отказаться от приема антибиотиков у пациентов 1-й группы и существенно сократить их прием у пациентов 2-й группы.

Перспективы дальнейших исследований. Разработанная парадигма лечения ОА и ОФ позволяет существенно сократить сроки лечения пациентов, хотя предложенные схемы, безусловно, должны пересматриваться и меняться при появлении новых высокоэффективных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агапов В. С. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области/В. С. Агапов, С. Д. Арутюнов, В. В. Шулаков. — М.: МИА, 2004. — 181с.
2. Дурново Е. А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: диагностика и лечение с учетом иммунореактивности организма/Е. А. Дурново. — Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2007. — 168с.
3. Губин М. А. Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи/М. А. Губин, О. В. Лазутиков, Б. В. Лунев//Стоматология.-1998.- № 5.-С.15–18.
4. Левицкий А. П. Кризис антимикробной терапии и профилактики в стоматологии//Вісник стоматології.-2005.- № 3.-С.66–69.
5. Морозова М. Н. Влияние способа лечения на динамику показателей эндогенной интоксикации в сыворотке крови больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области/М. Н. Морозова, Н. В. Химич, В. А. Красников и др.//Дентальные технологии — 2007. — № 1. — С. 55–58.
6. Гордиенко А. И. Сравнительный анализ функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов крови у больных с абсцессами и флегмонами лица и шеи при традиционном методе лечения ран и с использованием вакуумного дренирования/А. И. Гордиенко, М. Н. Морозова, А. А. Бакова и др.//Таврический медико-биологический вестник.-2007.-Т.10, № 1. — С. 63 -67.
7. Морозова М. Н. Изучение биоценоза толстого кишечника у больных одонтогенными флегмонами/М. Н. Морозова, В. А. Белоглазов, Л. К. Знаменская//Вісник проблем біології і медицини.-2009.- №2.- С. 204–208.
8. Морозова М. Н. Оценка тяжести состояния пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и прогнозирование их течения/М. Н. Морозова, В. Г. Выборный, В. А. Красников//Вісник стоматології — 2009.- №2.- С.64–69.
9. Морозова М. Н. Использование непрерывной низко дозированной вакуумной аспирации в лечении гнойно — воспалительных процессов мягких тканей лица и шеи/М. Н. Морозова, В. А. Красников, М. Ю. Люперольский и др.//Дентальные технологии.-2007, — № 3–4.- С.40–48.
10. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях/Н. И. Габриэлян, А. А. Дмитриев, Г. Н. Кулаков и др.//—1981. —№ 10. — С. 38–42.

11. Морозова М.Н. Изучение хемилюминесценции нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных одонтогенными абсцессами и флегмонами/М.Н. Морозова//Вісник проблем біології і медицини — 2010.— № 2. — С.211–217.
12. Насонов Е.Л. Специфические ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ)-2, решенные и нерешенные проблемы//Клиническая фармакология и терапия.-2000.— Т.9, № 1.- С.57–63.
13. Gilron J. Cyclooxygenase—2 inhibitors in postoperative pain management/J. Gilron, B. Milne., M. Hong//Anesthesiology.- 2003.-Vol.99, N5.-P.1198–2008.
14. The function and fate of neutrophils at the inflamed site: Prospects for therapeutic intervention/E. R. Chilvers, K. A. Cadwallader, B. J. Reed et al.//J. Roy. Coll. Physicians London.-2000.— Vol.34, N1.— P.68–74.
15. Нестерова И.Ф. Физиологическая роль нейтрофильных гранулоцитов в поддержании иммунного гомеостаза//Russ J. Immunol. — 2004.-Vol.9, suppl.1.-P.17–24.

УДК 616.–002.36:62–982:617.52/53

НОВА ПАРАДИГМА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННІ АБСЦЕСИ ТА ФЛЕГМОНИ

Морозова М. М.

Резюме. Запропонована нова парадигма лікування одонтогенних абсцесів і флегмон, яка направлена на швидке зниження ендотоксикозу, і містить безперервну аспірацію раневого екссудату, застосування протизапальних препаратів та ентеросорбентів. Проведено порівняльний аналіз динаміки клінічних і лабораторних параметрів хворих, які отримували традиційне і запропоноване нами лікування. Доведено факт більш швидкої нормалізації стану хворих та показників гомеостазу при застосуванні запропонованих схем. Нова парадигма дозволяє повністю відмовитися від використання антибіотиків у хворих з помірно виразливою системною запальною реакцією (СЗР) і суттєво зменшити їх кількість у хворих з виразливою СЗР.

Ключові слова: одонтогенні абсцеси та флегмони, лікування.

УДК 616.–002.36:62–982:617.52/53

НОВАЯ ПАРАДИГМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ

Морозова М. Н.

Резюме. Предложена новая парадигма лечения одонтогенных абсцессов и флегмон, направленная на быстрое снижение эндотоксикоза, содержащая непрерывную аспирацию раневого экссудата, применение противовоспалительных препаратов и энтеросорбентов. Проведен сравнительный анализ динамики клинических и лабораторных параметров больных, которые получали традиционное и предложенное нами лечение. Доказан факт более скорой нормализации состояния больных и показателей гомеостаза при применении предложенных схем. Новая парадигма позволяет полностью отказаться от использования антибиотиков у больных с умеренно выраженной системной воспалительной реакцией (СВР) и существенно уменьшить их количество у больных с выраженной СВР.

Ключевые слова: одонтогенные абсцессы и флегмоны, лечение.

UDC 616.–002.36:62–982:617.52/53

NEW PARADIGM of TREATMENT of PATIENTS with ODONTOGENIC ABSCESSSES and PHLEGMONS

Morozova M. N.

Summary. The new paradigm of treatment of odontogenic abscesses and phlegmons is suggested. With the purpose of quick decrease of endotoxiosis including continuous aspiration of wound exudates, use of anti-inflammatory preparations and enterosorbentes. Comparative analysis of the dynamics of clinical and laboratory parameters was carried out in patients obtaining traditional and suggested treatment. The fact of more rapid normalization of the condition and the indexes of homeostasis system was proved. The new paradigm allows to stop application of antibiotics in patients with mildly marked systemic inflammatory reaction (SIR) and decrease of antibiotics drugs by patients with the marked syndrome.

Key words: odontogenic abscesses and phlegmons, treatment.

Стаття надійшла 15.05 2010 р.