УДК: [616.716+617.52]-002.36-085.243

Аветіков Д.С., Ву В'єт Куонг, Лепський В.В., Лепський В.В.

ЦИТОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ РАН ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НАНОКАПСУЛ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Особливий інтерес в комплексному лікуванні хворих з одонтогенними флегмонами представляє розробка і впровадження в клінічну практику високоефективних препаратів комбінованої дії з мінімальними побічними ефектами, діючих на різні ланки патогенезу запалення, що дозволяють скоротити традиційні терміни лікування. До цих препаратів відноситься препарат, що містить в собі нанокапсули фосфатидилхоліну "Ліпін". Автори поставили за мету оцінку динаміки цитологічних змін в гнійний рані при застосуванні препарату "Ліпін" в комплексному лікування одонтогенних флегмон дна порожнини рота. Цитометричне дослідження проводили за методом стандартних площин, визначали – середню кількість незмінених еритроцитів, змінених еритроцитів, незмінених нейтрофільних гранулоцитів, змінених нейтрофільних гранулоцитів, моноцитів, лімфоцитів, фібробластів і епітеліоцитів в 10 полях зору.

Ключові слова: флегмона, дно порожнини рота, "Ліпін", цитометрія, гнійна рана.

Робота є фрагментом загальнокафедральної ініціативної теми "Вроджені та набуті морфофункціональні порушення зубощелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування", номер держреєстрації 0111U006301.

Вступ

Останніми роками число пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями не має тенденції до зниження, також відзначається збільшення числа важких форм цієї патології і ускладнень, що представляють загрозу для життя хворого[1, 3, 8]. При розвитку гнійного запалення відбувається комплекс складних, взаємозв'язаних морфологічних, біохімічних, імунологічних і інших змін як в осередку ураження, так і в організмі в цілому [2, 5, 6].

Незважаючи на величезний арсенал сучасних лікарських препаратів, зменшення кількості хворих з пролонгованою і ускладненою течією гострого гнійно-запального процесу в м'яких тканинах не відзначається. Застосування антибіотиків при лікуванні одонтогенних флегмон щелепно-лицевої локалізації в сучасних умовах представляє значні труднощі, що обумовлено зміною видового складу і властивостей збудників. Останніми роками набула широкого поширення стійкість мікроорганізмів, які набули високу міру антибіотикорезистентності внаслідок мутагенної дії цих препаратів [4, 7].

Особливий інтерес в комплексному лікуванні хворих з одонтогенними флегмонами представляє розробка і впровадження в клінічну практику високоефективних препаратів комбінованої дії з мінімальними побічними ефектами, діючих на різні ланки патогенезу запалення, що дозволяють скоротити традиційні терміни лікування. До цих препаратів відноситься препарат, що містить в собі нанокапсули фосфатидилхоліну "Ліпін".

Мета завдання

Оцінити динаміку цитологічних змін в гнійний рані при застосуванні препарату "Ліпін" в комплексному лікування одонтогенних флегмон дна порожнини рота.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 50 хворих з одонтогенними флегмонами дна порожнини рота без супутніх захворювань, у віці від 20 до 55 років, що були шпіталізовані у відділення щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні, яким у складі комплексної терапії застосовувався препарат "Ліпін". Контрольну групу склали 25 пацієнтів, які були проліковані за загальноприйнятою методикою.

Цитометричне дослідження проводили за методом стандартних площин, визначали – середню кількість незмінених еритроцитів, змінених еритроцитів, незмінених нейтрофільних гранулоцитів, змінених нейтрофільних гранулоцитів, моноцитів, лімфоцитів, фібробластів і епітеліоцитів в 10 полях зору.

Результати та їх обговорення

Для об'єктивізації даних, отриманих при вивченні цитограм поверхневих біоптатів ран пацієнтів в групах, нами проведене морфометричне дослідження, яке дозволило визначити вірогідні відмінності в цитологічній картині протягом експерименту.

Морфометричне дослідження середньої кількості незмінених еритроцитів встановило, що в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою на 1 добу спостереження показник становив 2,05±0,14 в полі зору. В групі пацієнтів, які лікувались за допомогою запропонованої нами методики, середня кількість незмінених еритроцитів на 1 добу складала 1,86±0,01 в полі зору, що було вірогідно меншим (при $p<0,05$) за значення в групі пацієнтів, які отримували традиційну методику лікування.

На третю добу спостереження в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість незмінених еритроцитів значуще підвищилась і сягнула 44,76±5,93 в полі зору. Аналогічна тенденція ви-

явлена нами і в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування – показник значуще збільшився до 32,47±0,17 в полі зору (в попередній термін спостереження 1,86±0,01 в полі зору (p<0,05). Але середня кількість еритроцитів була вірогідно на 25 % меншою, ніж в групі порівняння.

На п'яту добу морфометричне дослідження визначило, що середня кількість незмінених еритроцитів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, продовжувала збільшуватись і сягала 62,13±7,44 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (p<0,05). В групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування середня кількість незмінених еритроцитів в цитограмах значуще зменшилась і склала 24,11±0,14 в полі зору (p<0,05). Показник на 30 % був меншим за значення в попередній термін спостереження і майже втричі – меншим за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

До сьомої доби післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, виявлялись поодинокі незмінені еритроцити. Середня їх кількість склала 1,02±0,06 в полі зору (на п'яту добу – 62,13±7,44 в полі зору). В цитограмах пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою, незмінені еритроцити на сьому добу післяопераційного періоду не визначались.

На першу добу спостереження морфометричне дослідження середньої кількості змінених еритроцитів визначило, що в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою показник становив 56,42±6,01 в полі зору. В групі пацієнтів, які лікувались за допомогою запропонованої нами методики, середня кількість змінених еритроцитів на першу добу складала 47,20±3,88 в полі зору, що було меншим, але вірогідно не відрізнялось (при p<0,05) за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

До третьої доби післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість змінених еритроцитів значуще зменшилась і становила 29,73±1,96 в полі зору. Аналогічна тенденція виявлена нами і в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування показник значуще зменшився до 18,36±0,95 в полі зору (в попередній термін спостереження 47,20±3,88 в полі зору (p<0,05). Але середня кількість змінених еритроцитів була вірогідно на 30 % меншою, ніж в групі порівняння.

Морфометричне дослідження на п'яту добу післяопераційного періоду визначило, що середня кількість змінених еритроцитів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою продовжувала зменшуватись і сягала 19,36±2,36 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (при p<0,05). В групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування середня кількість змінених еритроцитів в цитограмах значуще зменшилась і склала 2,14±0,30 в полі зору (при p<0,05). Показник у 8,5 разів був меншим за значення в попередній термін спостереження і у 9 разів – меншим за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На сьому добу післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, кількість змінених еритроцитів значно зменшилась, порівняно з попереднім терміном спостереження. Середня їх кількість склала 1,65±0,08 в полі зору (на п'яту добу – 19,36±2,36 в полі зору).

В цитограмах пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою змінені еритроцити на сьому добу післяопераційного періоду не визначались.

Морфометричне дослідження середньої кількості незмінених нейтрофільних гранулоцитів встановило, що в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою на першу добу спостереження показник становив 9,81±0,78 в полі зору. В групі пацієнтів, які лікувались за допомогою запропонованої нами методики, кількість незмінених нейтрофільних гранулоцитів на першу добу в середньому складала 5,79±0,49 в полі зору, що було вірогідно меншим (при p<0,05) за значення в групі пацієнтів, які отримували традиційну методику лікування.

На третю добу спостереження в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість незмінених нейтрофільних гранулоцитів значуще зменшилась і склала 4,76±0,51 в полі зору. Аналогічна тенденція спостерігалась в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування показник значуще зменшився до 1,23±0,01 в полі зору (в попередній термін спостереження 5,79±0,49 в полі зору (при p<0,05). Але, середня кількість незмінених нейтрофільних гранулоцитів була вірогідно у 4,7 рази меншою, ніж в групі порівняння.

На п'яту добу морфометричне дослідження визначило, що середня кількість незмінених нейтрофільних гранулоцитів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою продовжувала зменшуватись і становила 0,64±0,11 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (при p<0,05). В групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування незмінені нейтрофільні гранулоцити в цитограмах не виявлялись.

До сьомої доби післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, незмінені нейтрофільні гранулоцити не

виявлялись. В цитограмах пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою, незмінені нейтрофільні гранулоцити на сьому добу післяопераційного періоду також не визначались.

На першу добу спостереження морфометричне дослідження в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, не визначило змінених нейтрофільних гранулоцитів в полі зору. В групі пацієнтів, які лікувались за допомогою запропонованої нами методики, середня кількість змінених нейтрофільних гранулоцитів на першу добу складала 0,20±0,03 в полі зору, що було вірогідно більшим (при p<0,05) за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На третю добу післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість змінених нейтрофільних гранулоцитів значуще збільшилась і становила 18,32±1,79 в полі зору. Аналогічна тенденція виявлена нами і в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування показник значуще збільшився до 9,46±0,11 в полі зору (в попередній термін спостереження 0,20±0,03 в полі зору (при p<0,05). Але середня кількість змінених нейтрофільних гранулоцитів була вірогідно на 50 % меншою, ніж в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На п'яту добу післяопераційного періоду морфометричне дослідження визначило, що середня кількість змінених нейтрофільних гранулоцитів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, значуще зменшилась і становила 8,06±0,94 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (при p<0,05).

В групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування середня кількість змінених нейтрофільних гранулоцитів в цитограмах значуще зменшилась і склала 2,55±0,03 в полі зору (при p<0,05). Показник у 3,7 рази був меншим за значення в попередній термін спостереження і у 3 рази – меншим за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

До сьомої доби післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, кількість змінених нейтрофільних гранулоцитів значно зменшилась, порівняно з попереднім терміном спостереження. Середня їх кількість склала 1,32±0,04 в полі зору (на п'яту добу – 8,06±0,94 в полі зору).

В цитограмах пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою змінені нейтрофільні гранулоцити на сьому добу післяопераційного періоду не визначались.

На першу добу спостереження морфометричне дослідження середньої кількості лімфоцитів встановило, що в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, показник становив 2,71±0,04 в полі зору. В групі пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою, кількість лімфоцитів на першу добу в середньому складала 1,04±0,04 в полі зору, що було вірогідно меншим (при p<0,05) за значення в групі пацієнтів, які отримували традиційну методику лікування (табл. 3).

На третю добу спостереження в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість лімфоцитів значуще збільшилась майже вдвічі і становила 5,22±0,06 в полі зору. Аналогічна тенденція спостерігалась в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування – показник значуще збільшився більш ніж в три рази до 3,82±0,07 в полі зору (в попередній термін спостереження 1,04±0,04 в полі зору (при p<0,05). Але середня кількість лімфоцитів була вірогідно у 1,4 рази меншою, ніж в групі пацієнтів, які в післяопераційному періоді отримували лікування за традиційною методикою.

На п'яту добу морфометричне дослідження визначило, що середня кількість лімфоцитів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, продовжувала збільшуватись і становила 6,48±0,07 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (при p<0,05). В цитограмах пацієнтів із запропонованою нами методикою, лікування середня кількість лімфоцитів вірогідно зменшилась і склала 1,65±0,06 в полі зору. Показник майже в 4 рази був меншим за значення в групі пацієнтів традиційним веденням післяопераційного періоду.

На сьому добу післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, лімфоцити не виявлялись. В цитограмах пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою, лімфоцити на сьому добу післяопераційного періоду також не визначались.

На першу добу спостереження морфометричне дослідження в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, визначило, що середня кількість моноцитів в полі зору становила 2,35±0,03. В групі пацієнтів, які лікувались за допомогою запропонованої нами методики, середня кількість моноцитів на першу добу складала 1,66±0,08 в полі зору, що було вірогідно меншим (при p<0,05) за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На третю добу післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість моноцитів значуще збільшилась і становила 4,36±0,05 в полі зору. Виражене збільшення показника виявлено нами в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування – показник значуще

збільшився до 8,54±0,73 в полі зору (в попередній термін спостереження 1,66±0,08 в полі зору (при p<0,05). Середня кількість лімфоцитів була вірогідно на 50 % більшою, ніж в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На п'яту добу післяопераційного періоду морфометричне дослідження визначило, що середня кількість лімфоцитів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою значуще збільшилась і склала 5,78±0,07 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (при p<0,05). В групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування середня кількість змінених нейтрофільних гранулоцитів в цитограмах значуще зменшилась і становила 1,13±0,06 в полі зору (при p<0,05). Показник у 7,5 разів був меншим за значення в попередній термін спостереження і у п'ять разів – меншим за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

До сьомої доби післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, кількість моноцитів значно зменшилась, порівняно з попереднім терміном спостереження. Середня їх кількість склала 1,07±0,05 в полі зору (на п'яту добу – 5,78±0,07 в полі зору).

Морфометричне дослідження середньої кількості фібробластів встановило, що в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, на першу добу спостереження показник становив 1,08±0,06 в полі зору. В групі пацієнтів, які лікувались за допомогою запропонованої нами методики, середня кількість фібробластів в цитограмах поверхневих біопсій на першу добу складала 1,74±0,01 в полі зору, що було вірогідно більшим (при p<0,05) за значення в групі пацієнтів, які отримували традиційну методику лікування.

На третю добу спостереження в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість фібробластів значуще підвищилась і сягнула 3,47±0,04 в полі зору. Тенденція до збільшення виявлена нами також в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування – показник значуще збільшився до 5,69±0,06 в полі зору (в попередній термін спостереження 1,74±0,07 в полі зору (при p<0,05). Але середня кількість фібробластів була вірогідно на 63 % більшою, ніж в групі порівняння.

На п'яту добу морфометричне дослідження визначило, що середня кількість фібробластів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою продовжувала збільшуватись і сягала 8,35±0,11 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (при p<0,05). В групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування середня кількість фібробластів в цитограмах значуще збільшилась і склала 11,27±1,02 в полі зору (при p<0,05). Показник на 98 % був більшим за значення в попередній термін спостереження і на 35 % більшим за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

До сьомої доби післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, показник середньої кількості фібробластів продовжував збільшуватись, сягнув 10,44±1,09 в полі зору та вірогідно відрізнявся від значень в попередній термін спостереження (на п'яту добу – 8,35±0,11 в полі зору (при p<0,05).

В цитограмах пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою, середня кількість фібробластів на сьому добу післяопераційного періоду значуще збільшилась і становила 14,26±1,48 в полі зору (при p<0,05). Показник на 26,5 % перевищував значення в попередній термін спостереження і на 36 % був більшим за значення в групі пацієнтів, які отримували післяопераційне лікування за традиційною методикою.

Морфометричне дослідження середньої кількості епітеліоцитів на першу добу спостереження визначило, що в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, показник становив 0,13±0,06 в полі зору. В групі пацієнтів, які в післяопераційному періоді отримували лікування за запропонованою нами методикою, середня кількість епітеліальних клітин на першу добу складала 0,16±0,07 в полі зору, що вірогідно не відрізнялось (при p<0,05) за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На третю добу післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів із традиційним лікуванням кількість епітеліоцитів значно збільшилась і становила 3,7±0,08 в полі зору. Середня кількість епітеліоцитів в групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування також значуще збільшилась до 5,91±0,08 в полі зору (p<0,05) та була на 60 % більшою, ніж в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На п'яту добу післяопераційного періоду морфометричне дослідження визначило, що середня кількість епітеліоцитів в поверхневих біоптатах ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою продовжувала збільшуватись і сягала 5,62±0,06 в полі зору, що вірогідно відрізнялось від показників в попередній термін спостереження (при p<0,05). В групі пацієнтів із запропонованою нами методикою лікування середня кількість епітеліальних клітин в цитограмах значуще збільшилась і склала 10,38±1,24 в полі зору (при p<0,05). Показник майже вдвічі був більшим за значення в

попередній термін спостереження і за значення в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою.

На сьому добу післяопераційного періоду в цитограмах поверхневих біоптатів ран пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою, кількість епітеліальних клітин значно збільшилась, порівняно з попереднім терміном спостереження. Середня їх кількість склала 12,43±1,96 в полі зору (на п'яту добу – 5,62±0,06 в полі зору).

В цитограмах пацієнтів, які отримували лікування за запропонованою нами методикою, середня кількість епітеліоцитів на сьому добу післяопераційного періоду значуще збільшилась і становила 20,37±1,82 в полі зору (при $p<0,05$). Показник у 2 рази перевищував значення в попередній термін спостереження і на 64 % був більшим за значення в групі пацієнтів, які отримували післяопераційне лікування за традиційною методикою.

Висновок. Таким чином, основними показниками перебігу ранового процесу є: кількість поліморфноядерних лейкоцитів і характер дегенеративних змін в них; кількість клітин-фагоцитів і специфічних клітин імунної відповіді – лімфоцитів; наявність і характер неклітинних елементів (зерен, фрагментів ядер, волокнистих утворень); кількість і диференціювання новоутворених клітинних елементів (фібробластів, поверхневих епітеліоцитів). Ці показники, за умов вивчення в комплексі і динаміці, досить специфічні для різних фаз загоєння рани; керуючись ними, завжди можна визначити той або інший тип цитограми.

Динаміка змін кількості нейтрофільних гранулоцитів свідчить про більш ранній перехід запальної стадії ранового процесу в регенераторну в цитограмах пацієнтів, що отримували лікування за запропонованою нами методикою. Кількість моноцитів була більшою в групі пацієнтів, які отримували лікування за традиційною методикою на ранніх термінах спостереження (1 доба) і визначалась в цитограмах навіть на 7 добу. В групі пацієнтів, які лікувались за запропонованою нами методикою, середня кількість макрофагів вже на 3 добу різко підвищилась, але до 7 доби в цитограмах пацієнтів цієї групи моноцити і лімфоцити не виявлялись, що, в комплексі з досить великою кількістю в цитограмах диференційованих клітинних елементів – фібробластів та епітеліоцитів – свідчить про реалізацію ранового процесу на 2 доби раніше.

Література

1. Аветіков Д.С. Перспектива застосування нанокапсул фосфатидилхоліну в комплексному лікування одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки / Д.С. Аветіков, Ву В'єт Куонг, С.Б. Кравченко // III з'їзд Української Асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів : Мат. з'їзду. – 2013. – С. 88-91.
2. Аветиков Д.С. Обоснование применения препарата «Липин» в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области / Д.С. Аветиков, И.В. Яценко, Ву Вьет Куонг : Стоматология славянских государств : Международная научно-практическая конференция : Мат. конф. – Белгород, 2013. – С. 11-13.
3. Бахриев У.Т. Оценка клинико-иммунологической эффективности иммуномодулина в комплесном лечении флегмон челюстно-лицевой области / У.Т. Бахриев, В.Ф. Гарей, И.П. Худоярова // Новое в стоматологии. – 2001. – № 4. – С. 87-88.
4. Пинелис И.С. Биорегулирующая терапия при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области / И.С. Пинелис, М.С. Варванович, Е.Н. Калинина [и др.] // Актуальные вопросы стоматологии : Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 120-летию со дня рождения А.И. Евдокимова : Мат. конф. – Москва, 2003. – С. 115.
5. 5. Робустова Т.Г. Развитие научного мировоззрения А.И. Евдокимова в проблеме одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Т.Г. Робустова // Актуальные вопросы стоматологии : Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 120-летию со дня рождения А. И. Евдокимова : Мат. конф. – Москва, 2003. – С. 119-120.
6. Яременко А.И. Принципы планирования комплексного лечения больных инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в старших возрастных группах / А.И. Яременко // Стоматология : 6-ая международная специализированная конференция : Мат. конф. – СПб. – 2003. – С. 117-118.
7. Edmiston C.E. Anaerobic infections in the surgical patients: microbiology etiology and therapy / C.E. Edmiston, C.J. Krepel, G.R. Seabrook // Clin Infect Dis. – 2002. – Vol. 35. – P. 112-118.
8. Simonart T. Value of standard laboratory tests for recognition of group b-haemolytic streptococcal necrotizing fasciitis / T. Simonart // Clin Infect Dis. – 2001. – V. 32. – P. 9-12.

Реферат

ЦИТОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НАНОКАПСУЛ ФОСФАТИДИЛХОЛИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ДНА ПОЛОСТИ РТА

Аветиков Д.С., Ву Вьєт Куонг, Лепский В.В., Лепский В.В.

Ключевые слова: флегмона, дно полости рта, «Липин», цитометрия, гнойная рана

Особенный интерес в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами представляет разработка и внедрение в клиническую практику высокоэффективных препаратов комбинированного действия с минимальными побочными эффектами, действующих на разные звенья патогенеза воспаления, которые позволяют сократить традиционные сроки лечения. К этим препаратам относится препарат, который включает в себя нанокапсулы фосфатидилхолина "Липин". Авторы поставили цель: оценку динамики цитологических изменений в гнойный ране при применении препарата "Липин" в комплексном лечении одонтогенных флегмон дна полости рта. Цитометрическое исследование проводили по методу стандартных плоскостей, определяли - среднее количество неизмененных эритроцитов, измененных эритроцитов, неизмененных нейтрофильных гранулоцитов, измененных нейтрофильных гранулоцитов, моноцитов, лимфоцитов, фибробластов и эпителиоцитов в 10 полях зрения.

Summary

CYTOMETRIC STUDY OF HEALING DYNAMICS OF PURULENT WOUNDS UNDER APPLICATION OF PHOSPHATIDYLCHOLINE NANOCAPSULES IN COMPLEX TREATMENT OF ODONTOGENIC PHLEGMONS IN THE FLOOR OF THE MOUTH

Avetikov D.S., Wu Viet Cuong, Lepskiy V.V., Lepskiy V.V.

Key words: odontogenic phlegmon, phosphatidylcholine nanocapsules, festering wound, cytological changes.

The development and imlpementation into clinical practice of highly effective multi-purpose medicines which might produce minimal side effects and act upon the different components in the pathogenesis of inflammation, as well as might reduce the conventional terms of the treatment is of particular interest in the complex treatment of patients with odontogenic phlegmons. Phosphatidylcholine "Lipin" in nanocapsules seems to be promising in this respect. This study was aimed to evaluate the dynamics of cytological changes in the festering wound when using the medication "Lipin" in the complex treatment of odontogenic abscesses of the floor of the mouth. Cytometric study was performed by the method of standard planes to determine the average number of unmodified erythrocytes, modified erythrocytes, unmodified neutrophils, altered neutrophil granulocytes, monocytes, lymphocytes, fibroblasts and epithelial cells in 10 fields of view.

УДК 616.31.17 – 0.08.1 – 0.8:615.27:615.356

Білозецький І.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ І ОСТЕОПОРОЗОМ

ДВНЗ "Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України",
КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня", м. Тернопіль

Мета. Вивчити взаємозв'язки між перебігом генералізованого пародонтиту (ГП) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) та остеопорозом (ОП). Методи дослідження. Обстежено 56 хворих на РА, у яких визначали ступінь ГП і показники мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на денситометрі DPX-A фірми «Lunar» (США). Результати. Оцінка поширеності ГП у пацієнтів з РА із різним ступенем остеодефіциту свідчила за вірогідну більшість обстежених з важким ГП (II і III ступеня) за умов супутніх остеопенії та остеопорозу. Показано, що хворі з РА, які демонстрували ознаки здорового пародонту, мали нормальну МЩКТ. З іншого боку, серед пацієнтів з ГП і нормальною щільністю кісткової тканини у більшості був констатований ГП I ступеня (81,8 %), тоді як за умов II і III ступеня нормальна кісткова маса була у 9,2 % і 9,2 % відповідно. Висновки. Встановлено, що серед обстежених пацієнтів з РА 87,5% демонстрували явища ГП, причому з них I ступеня – 37,6 %, II ступеня – 26,7 %, III ступеня – 23,2 %. Результати отриманих даних дозволяють зробити висновки щодо поширеності ГП важкого ступеня серед пацієнтів з РА та супутнім ОП. Аналогічним чином встановлено, що із зменшенням МЩКТ за умов РА погіршується стан пародонту і наростає важкість ГП. Статистичні дослідження дали змогу підтвердити, що хворі на РА з остеодефіцитом демонструють статистично значущий ризик розвитку ГП, який розвивається в даної когорти в 3,8 разів частіше.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, генералізований пародонтит, остеопенія, остеопороз.

Вступ

Хронічне запалення є характерною рисою старіння і захворювань, індукованих віком, в тому числі атеросклерозу, онкологічних захворювань і пародонтиту. В цьому ракурсі на сучасному етапі розвитку науки й розглядаються фактори ризику пародонтиту та інших хронічних запальних захворювань. Пародонтит та інші поширені хронічні запальні захворювання пов'язані з модифікуючими факторами їх розвитку, такими як: куріння, психологічний стрес і депресії, вживання алкоголю, ожиріння, цукровий діабет, метаболічний синдром і ОП. Логічно передбачити, що будь-які втручання, які націлені на наведені фактори ризику, мають вагомий потенціал для поліпшення профілю ризику для пародонтиту, а також інших поширених хронічних недуг [1, 2, 3,17].

Остеопенія та ОП – це стани, що характеризуються зниженням МЩКТ. ОП є захворюванням, яке виникає в першу чергу у жінок, але також може стосуватися й чоловіків. Так, як ОП і захворювання пародонту є кістковими деструктивними захворюваннями, була висунута гіпотеза, що ОП може бути фактором ризику для прогресування захворювань пародонту.

За останнє десятиліття з'явилося багато робіт, які передбачають можливу кореляцію між системним ОП і втратою кісткової тканини альвеолярного відростка при патології пародонту [6, 7].

Точний механізм взаємозв'язку змін кісток скелета з перебігом захворювань пародонту недостатньо вивчений. Найчастіше висувається гіпотеза, що трактує знижену щільність кісткової тканини альвеолярного паростка як фактор, що призводить до підвищеної резорбції, викликаної пародонтопатогенною флорою. Проте в даному випадку варто говорити про реґіонарні прояви ОП, оскільки запальні процеси в пародонті захо-