

УДК:616.314-002.3-089:611.428

А.А.Тимофеев¹, Н.А.Ушко¹, С.В. Максимча², М.А. Ярифа², Н.В. Гайдамака³

Особенности местного лечения одонтогенных гнойных лимфаденитов

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.²Киевского медицинского университета УАНМ³Киевской городской клинической больницы № 12;

Цель: определить эффективность препарата «Тирозур» для местного лечения больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи.

Методы: было обследовано 44 больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в возрасте от 16 до 57 лет, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии КГКБ № 12 и были разделены на две группы: I группа (основная) – 24 больных, которым для местного воздействия на гнойную рану применяли тирозур; II группа (контрольная) – 20 больных, которым для местного воздействия на гнойную рану применяли 0,1% стерильный раствор хлоргексидина биглюконата, 10% стрептоцидовую мазь и 5% линимент стрептоцида.

Результаты: на основании проведенных обследований больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами доказано, что препарат «Тирозур», используемый для местного лечения гнойных ран имеет выраженное антисептическое действие, которое значительно превосходит таковое у традиционно используемых антисептических средств. Данный препарат не только обладает выраженным антибактериальным действием, но и ускоряет процесс заживления гнойных ран за счет стимулирования образования грануляционной ткани и эпителизации. Побочных действий препарата «Тирозур» мы не обнаружили.

Выводы: препарат «Тирозур» может быть рекомендован для местного лечения гнойных ран у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами с целью сокращения сроков лечения и профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: «Тирозур», одонтогенный гнойный лимфаденит, воспалительные осложнения.

Введение

В настоящее время проблема гнойных инфекций в челюстно-лицевой хирургии является чрезвычайно актуальной. Ее разработке посвящены многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов. Более пятидесяти лет назад, т.е. в период массового применения антибиотиков, даже небольшие дозы этих препаратов предотвращали развитие гнойных осложнений. Успехи, достигнутые в лечении гнойных инфекций, были настолько велики, что многие врачи считали проблему профилактики и лечения хирургической инфекции уже решенной. Это привело к тому, что они стали пренебрегать установленными принципами и приемами антисептики. Широкое применение антибиотиков привело к изменению видового состава и свойств гноеродной микробной флоры, а это, в свою очередь, к снижению эффективности антибиотикотерапии.

Причинами роста числа больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи являются следующие факторы: поздняя обращаемость за медицинской помощью, которая связана с недостаточно активным проведением санитарно-просветительной работы среди населения; врачебные ошибки, допущенные в догоспитальный период лечения, а нередко и самолечение больных; установившийся стереотип в назначении медикаментозной терапии; поздняя диагностика заболеваний и развившихся осложнений, а следовательно, и неправильная тактика лечения; изменения видового состава возбудителей заболеваний и снижение реактивности организма больных.

В клинике челюстно-лицевой хирургии гнойные лимфадениты мягких тканей являются одним из распространенных видов патологии. В последние годы число больных с этими заболеваниями значительно увеличилось, усугубилась тяжесть течения процесса, что нередко приводит к грозным осложнениям. В большинстве случаев этиологическим фактором данных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи является одонтогенная инфекция (Тимофеев А.А., 2007, 2012 и др.). Особенностью

одонтогенных очагов воспаления является то, что дефекты твердых тканей зуба, являющиеся входными воротами инфекции, не возмещаются естественным путем, что обуславливает постоянное дополнительное инфицирование тканей челюстно-лицевой области и способствует формированию очагов хронической инфекции. Между таким очагом инфекции и организмом больного устанавливается своеобразное динамическое равновесие. Оно может быть нарушено в результате изменения иммунологической реактивности организма больного, повышения вирулентности инфекционного начала, либо при повреждении соединительнотканной капсулы, окружающей инфекционный очаг (Тимофеев А.А., 2007, 2012).

Применяемые в настоящее время методы лечения различных форм осложненного кариеса – пульпитов, периодонтитов – нельзя признать совершенными. Полноценность пломбирования каналов зуба составляет 60 – 70% (Политун А.М. и соавт., 2000; Данилевский Н.Ф. и соавт., 2001; Борисенко А. В., 2012 и др.). Хронические очаги воспаления при терапевтическом лечении периодонтитов исчезают не сразу после завершения пломбирования каналов в зубе даже в том случае, если это лечение оказывается полноценным. У 22% больных очаги хронического одонтогенного воспаления исчезают через 4 – 8 мес., а у 68% – только через 1 – 2 года и более (Максимовский Ю.М., 1998; Леонтьев В.К. и соавт., 2004; Садовский В.В., 2005 и др.).

Наиболее часто возбудителями гнойных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области являются стафилококки, стрептококки, протей и другие микроорганизмы, а также их ассоциации. Гнойно-воспалительные процессы имеют полимикробный характер и возникают в результате действия аэробных, факультативных и анаэробных бактерий. Усовершенствование микробиологических методов обследования позволило получить убедительные доказательства того, что возбудителями одонтогенной инфекции могут быть анаэробы.

Учитывая вышесказанный полимикробный характер гнойного очага для местного лечения гнойных ран наше внимание привлёк антибактериальный препарат для местного применения "Тирозур" (Германия). Он использовался нами в виде порошка (приказ Министерства здравоохранения Украины № 77 от 15.02.2008 г., регистрационное свидетельство № UA/7786/01/01) и геля (приказ Министерства здравоохранения Украины № 180 от 04.04.2008 г., регистрационное свидетельство № UA/7786/02/01). Действующим веществом этого препарата является антибиотик тиротрицин. Тиротрицин является соединением разных циклических и линейных полипептидов, проявляющих антибактериальную активность и образующихся как эндотоксин анаэробными спорообразующими *Bacillus brevis*. Это соединение содержит до 70 – 80% тироцидинов (основных циклических декапептидов) и до 20 – 30% грамицидинов (нейтральных линейных пентадекапептидов). Проявляет активность по отношению к грамположительным бактериям: *Staph. aureus* (метициллинчувствительные штаммы), *Staph. aureus* (метициллинрезистентные штаммы), *Staph. haemolyticus*, *Str. pyogenes*, *Str. viridans*, *Enterococcus faecalis*, *Diplococcus pneumoniae*, *Corynebact. spp.*, *Neisseria meningitidis*, некоторым штаммам *Neisseria gonorrhoeae*, трихомонадам, а также к некоторым грамотрицательным бактериям и многим видам грибов, включая *Candida*. Тиротрицин проявляет дозозависимое бактериостатическое или бактерицидное действие относительно таких микроорганизмов, как *Clostridia*. Тиротрицин обладает несколькими независимыми механизмами воздействия на микроорганизмы. Выделение из бактериальных клеток таких веществ, как азот и фосфаты, обеспечивают эффективность препарата. Подобно катионным детергентам тиротрицин разрушает мембраны бактериальных клеток. Действие препарата не ограничивается угнетением роста или деления клеток, бактерицидный эффект тироцидина определяется путем прямого влияния на клеточную стенку бактерии. Кроме того, грамицидины образуют катионные каналы в клеточной мембране бактерий, что приводит к потере ими калия, изменению внутриклеточной концентрации катионов и в результате — к цитолизу. Компонент грамицидин в дальнейшем вызывает разрыв процессов фосфорилирования в цепи клеточного дыхания. В связи с особым механизмом действия тиротрицина, отсутствующего у системных антибиотиков, перекрестная устойчивость к препарату не возникает. Очень важно отметить, что Тирозур, исходя из его структуры, никогда не может использоваться системно. Это один из немногих представителей класса топических антибиотиков, которые используются только местно. Учитывая уникальные механизмы действия и исключительно местное применение, активность Тирозура с момента начала применения не изменилась, а случаи аллергии в доступной литературе не известны. Данные относительно применения препарата "Тирозур" в период беременности и кормления грудью отсутствуют. Данный препарат можно применять у детей любого возраста.

Цель проводимого исследования – определить эффективность препарата «Тирозур» для местного лечения больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи.

Материал и методы обследования

Для решения поставленной задачи нами было обследовано 44 больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в возрасте от 16 до 57 лет, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии КГКБ № 12 (клиника челюстно-лицевой хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика).

Всех 44 обследуемых с одонтогенными гнойными лимфаденитами (аденоабсцессами) мы разделили на две груп-

пы наблюдения: **I группа (основная)** – 24 больных, которым в комплекс общепринятого медикаментозного лечения для местного воздействия на гнойную рану в гнойно-некротической фазе раневого процесса (сразу после вскрытия ограниченного абсцесса – гнойного лимфаденита) применили Тирозур в виде порошка, а в фазе грануляций и эпителизации – Тирозур в виде геля; **II группа (контрольная)** – 20 больных, которым в комплекс общепринятого (традиционного) лечения для местного воздействия на гнойную рану в гнойно-некротической фазе течения раневого процесса (после вскрытия гнойного лимфаденита) мы применили 0,1% стерильный раствор хлоргексидина биглюконата в виде наложения антисептических повязок, а в фазе грануляций и эпителизации – 10% стрептоцидовую мазь и линимент стрептоцида 5%.

Различие между обследуемыми группами наблюдения заключается только в разной методике проведения местного лечения послеоперационных гнойных ран.

Всем больным обязательно проводили хирургическое лечение (удаление причинного зуба и вскрытие гнойника) с последующей медикаментозной терапией (включало антибактериальное, общеукрепляющее и симптоматическое лечение, иммунотерапию).

При госпитализации и в динамике проводимого лечения осуществляли общеклиническое обследование больных, которое включало: выяснение жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, рентгенографию челюстей, общий анализ крови и мочи, определение лейкоцитарной формулы. Проведено микробиологическое (идентификация выявленной микрофлоры и установление её антибиотикочувствительности) исследование. Определяли наличие микрофлоры в гнойной ране в динамике проводимого лечения. Мы провели сравнительный анализ местного воздействия тирозура и традиционного лечения гнойной раны по местной клинической симптоматике. Изучены края послеоперационной гнойной раны (выраженность гиперемии и их инфильтрации), её стенки (в зависимости от выраженности налёта фибрина, наличия участков некроза, гнойного или серозного их пропитывания), отделяемое из гнойной раны, сроки появления грануляций, изменения площади гнойной раны. Нами также была изучена выраженность воспалительной инфильтрации окологлазничных мягких тканей.

Из специальных методов обследования мы применили определение числа нейтрофильных лейкоцитов и содержание в них фермента – щелочной фосфатазы (на 100 подсчитанных клеток) в отпечатках, сделанных со слизистой оболочки альвеолярного отростка в области удаленного причинного зуба.

Контактную термометрию кожи проводили электротермометром ТПЭМ-1 (рис. 1), который имеет точечные терморпары (датчики) с диапазоном измерения от 16 до 42°С. Точность регистрации – 0,2°С. Время контакта датчика со слизистой оболочкой полости рта – 20 секунд, интервалы между повторными обследованиями составляли от 2 до 5 секунд. Прикосновение датчиком делали приблизительно с одной и той же силой давления. Температуру кожи измеряли возле края стенки послеоперационной гнойной раны в центре разреза и по его периферии. Сравнение местной температуры кожи в области патологического очага проводили с симметричным здоровым участком кожи. Местную температуру измеряли трижды и вычисляли среднее арифметическое. Внешний вид датчика, которым осуществляли измерение местной температуры слизистой оболочки альвеолярного отростка на верхней и нижней челюстях представлен на рисунке 1-б. Путем прикосновения концевой отдела данного датчика к поверхности кожи мы определяли температуру на обследуемом участке, т.е. проводили контактную термометрию.

В основе контактной термометрии, в данном исследовании, было измерение не абсолютной температуры кожи в опре-



Рис.1. Внешний вид электротермометра (а) и датчика (б) для измерения местной температуры.

деленных участках, а было определено разницы между температурой кожи в области патологического очага и здоровой стороной. Контролем служила местная температура аналогичных участков, которая определялась у практически здоровых людей такого же возраста и пола.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли согласно критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

Внешний вид обследуемых больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами представлен на рис.2.

На основании микробиологических исследований установлено, что у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи в гнойных очагах обнаружены не только аэробы, но и



Рис.2. Внешний вид больных с гнойными лимфаденитами (а,б).

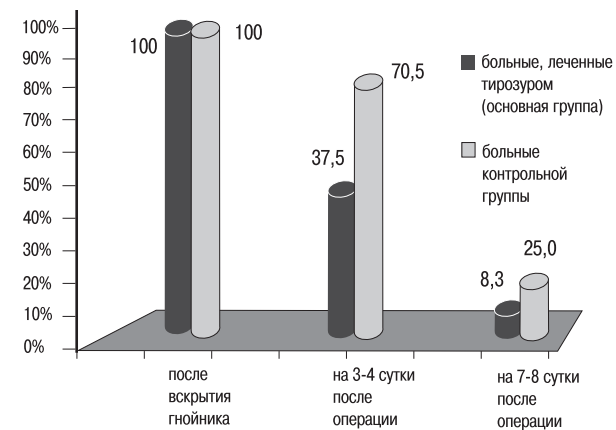


Рис.3. Частота высеваемости патогенных микроорганизмов из послеоперационных гнойных очагов у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами.

анаэробы. Микроорганизмы были обнаружены как в монокультуре, так и в ассоциациях.

Нами была определена частота высеваемости патогенных микроорганизмов из гнойного очага у больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения в основной и контрольной группах (рис.3). Сразу же после вскрытия гнойного лимфаденита из гнойного очага, в основной и контрольной группах наблюдения, микроорганизмы высевались у 100% больных. На 3 – 4 сутки проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) микроорганизмы из гнойного очага были высеяны у 9 из 24 больных (в 37,5%), а при лечении в контрольной группе наблюдения – у 14 из 20 больных (70,0%). На 7 – 8 сутки проводимого лечения, в основной группе наблюдения, микроорганизмы из гнойного очага были высеяны у 2 обследуемых (8,3%), а в контрольной группе – у 5 больных (25,0%).

Обследуемым обеих групп наблюдения проводили вскрытие гнойного очага, удаление некротически измененных тканей паренхимы лимфатического узла и дренирование патологического очага сдвоенным трубчатым дренажом (рис.4). В дальнейшем местное лечение гнойных ран проводилось в соответствии с группой наблюдения.

Изучены изменения выраженности гиперемии краёв гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис.5). Установлено, что в основной



Рис.4. Внешний вид послеоперационной гнойной раны после вскрытия гнойного лимфаденита. Рана дренирована сдвоенным трубчатым дренажом (обозначен стрелкой).

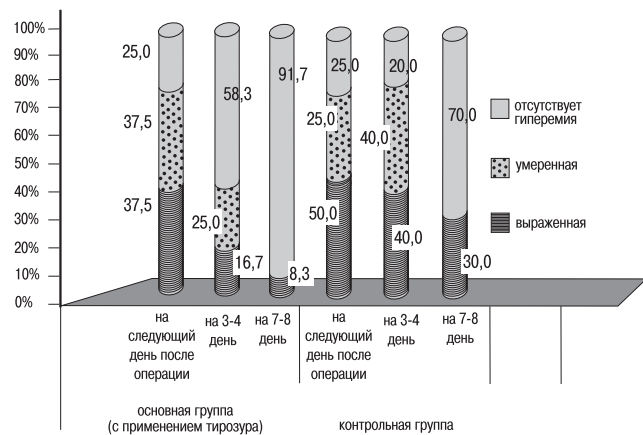


Рис.5. Изменение выраженности гиперемии краёв гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

группе наблюдения на следующий день после вскрытия гнойника выраженная гиперемия краёв гнойной раны была отмечена у 9 из 24 больных (37,5%), умеренная – у 9 обследуемых (37,5%) и отсутствовала – у 6 больных (25,0%). В контрольной группе, на следующий день после вскрытия гнойника, выраженная гиперемия краёв гнойной раны была отмечена у 10 из 20 больных (50,0%), умеренная – у 5 обследуемых (25,0%) и отсутствовала – у 5 больных (25,0%). На 3 – 4 день проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) выраженная гиперемия краёв гной-

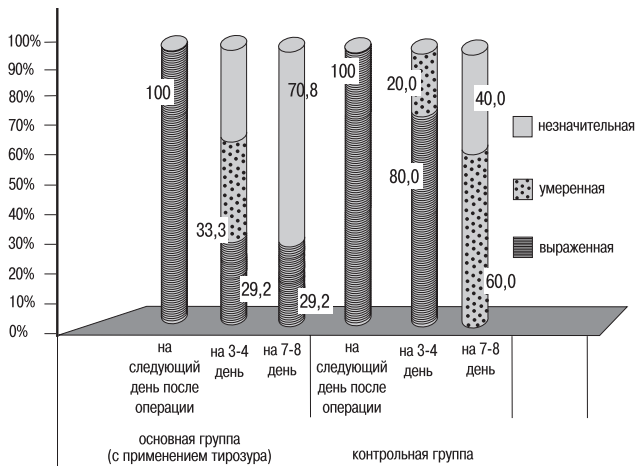


Рис. 6. Изменение выраженности воспалительной инфильтрации краёв гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике лечения.

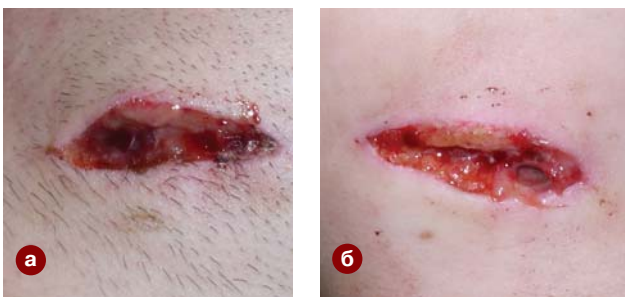


Рис. 7. Внешний вид послеоперационной гнойной раны с разной степенью выраженности воспалительной инфильтрации её краёв: умеренная выраженность воспалительной инфильтрации (а), незначительная выраженность (б).

ной раны наблюдалась у 4 больных (в 16,7%), умеренная – у 6 больных (в 25,0%), отсутствовала – у 14 больных (58,3%). На 3 – 4 день проводимого лечения в контрольной группе выраженная гиперемия краёв гнойной раны встречалась у 8 больных (40,0%), умеренная – у 8 больных (в 40,0%), умеренная – у 8 обследуемых (в 40%) отсутствовала – у 4 больных (в 20,0%). На 7 – 8 день лечения Тирозуром умеренная гиперемия сохранилась у 2 больных (в 8,3%), а у остальных обследуемых гиперемии краёв раны не было. На 7 – 8 день проводимого местного лечения в контрольной группе наблюдения умеренная гиперемия краёв гнойной раны обнаружена у 6 обследуемых (в 30,0%), у остальных – гиперемия отсутствовала.

Были определены изменения выраженности воспалительной инфильтрации краёв гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике проводимого лечения (рис. 6 и 7). Установлено, что на следующий день после вскрытия гнойника выраженная воспалительная инфильтрация краёв гнойной раны была отмечена у 100% обследуемых как в основной группе наблюдения, так и в контрольной. На 3 – 4 день проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) выраженная воспалительная инфильтрация краёв гнойной раны наблюдалась у 7 из 24 больных (в 29,2%), умеренная – у 8 больных (в 33,3%) и незначительная – у 9 обследуемых (37,5%). На 3 – 4 день проводимого лечения в контрольной группе выраженная воспалительная инфильтрация краёв гнойной раны встречалась у 16 из 20 больных (в 80,0%), а умеренная – у 4 больных (20,0%). На 7 – 8 день лечения Тирозуром умеренная воспалительная инфильтрация наблюдалась у 7 больных (в 29,2%), а у остальных – 17 больных (70,8%) – воспалитель-

ная инфильтрация краёв раны была незначительной. На 7 – 8 день проводимого местного лечения в контрольной группе умеренная воспалительная инфильтрация краёв гнойной раны обнаружена у 12 обследуемых (в 60,0%), а у остальных – 8 больных (40,0%) воспалительная инфильтрация краёв раны была незначительной.

Определены изменения степени выраженности налета фибрина на стенках гнойной раны у больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис. 8 и 9). Установлено, что на следующий день после вскрытия гнойника выражен-

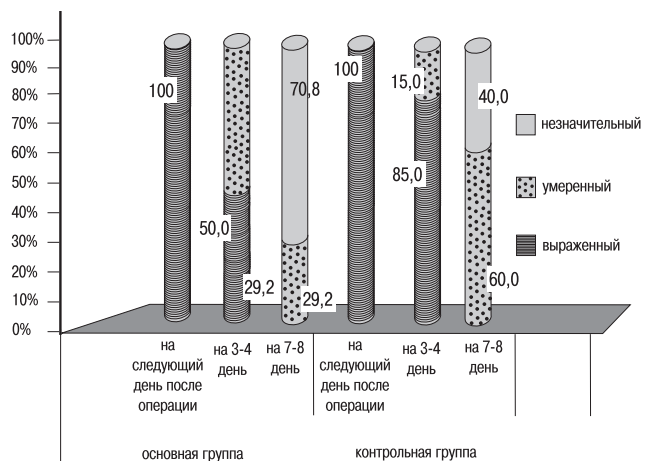


Рис. 8. Изменения выраженности налета фибрина на стенках гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике проводимого лечения.



9. Внешний вид гнойной раны с выраженным налетом фибрина.

ный налёт фибрина на стенки гнойной раны был отмечен у 100% обследуемых в обеих группах наблюдения. На 3 – 4 день проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) выраженный налёт фибрина на стенки гнойной раны наблюдался у 12 из 24 больных (в 50,0%) и умеренный – у 12 больных (в 50,0%). На 3 – 4 день проводимого лечения в контрольной группе выраженный налёт фибрина на стенки гнойной раны встречался у 17 больных (в 85,0%), а умеренный – у 3 больных (в 15,0%). На 7 – 8 день лечения Тирозуром умеренный налёт фибрина на стенки гнойной раны наблюдался у 7 больных (в 29,2%), а у остальных 17 обследуемых (70,8%) – налёт фибрина на стенки гнойной раны был незначительным. На 7 – 8 день проводимого местного лечения в контрольной группе умеренный налёт фибрина на стенки гнойной раны обнаружен у 12 обследуемых (в 60,0%), а у остальных 8 обследуемых (40,0%) – налёт фибрина на стенки гнойной раны был незначительным.

Определено наличие гнойно-серозного пропитывания стенок послеоперационной гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис. 10). Установлено, что на следующий день после вскрытия гнойника гнойное пропитывание стенок раны

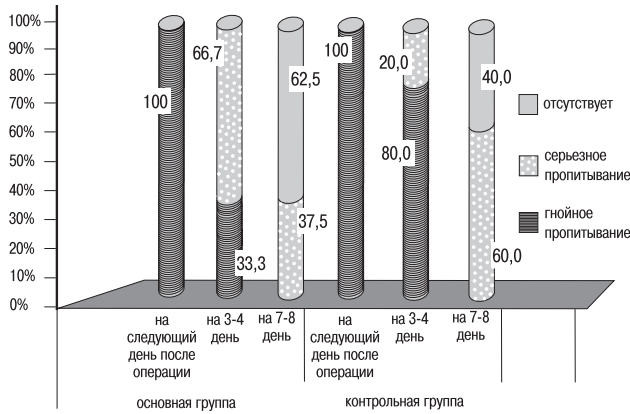


Рис. 10. Наличие гнойно-серозного пропитывания стенок гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике проводимого лечения.

было отмечено в 100% случаях как в основной группе наблюдения, так и в контрольной. На 3 – 4 день проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) гнойное пропитывание стенок раны наблюдалось у 8 из 24 больных (в 33,3%), а серозное – у 16 больных (в 66,7%). На 3 – 4 день проводимого лечения в контрольной группе гнойное пропитывание стенок раны встречалось у 16 из 20 больных (в 80,0%), а серозное – у 4 больных (в 20,0%). На 7 – 8 день лечения Тирозуром серозное пропитывание стенок раны наблюдалось у 9 больных (в 37,5%), а у остальных 15 обследуемых (62,5%) пропитывания стенок гнойной раны уже не было. На 7–8 день проводимого местного лечения в контрольной группе серозное пропитывание стенок раны обнаружено у 14 обследуемых (в 60,0%), а у остальных 6 обследуемых (40,0%) пропитывание стенок гнойной раны отсутствовало.

Определен характер отделяемого из раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике проводимого лечения (рис.11). Установлено, что на следующий день после вскрытия гнойника характер отделяемого из послеоперационной раны было гнойным у 100% обследуемых как в основной группе наблюдения, так и в контрольной. На 3 – 4 день проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) гнойное отделяемое из раны наблюдалось у 12 из 24 больных (в 50,0%) и серозное – у 10 больных (в 50,0%). На 3 – 4 день проводимого лечения в контрольной группе гнойное отделяемое из послеоперационной раны встречалось у 16 из 20 больных (в 80,0%), а серозное – у 4 обследуемых (в 20,0%). На 7–8

Рис.11. Наличие отделяемого из гнойной раны у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике проводимого лечения.

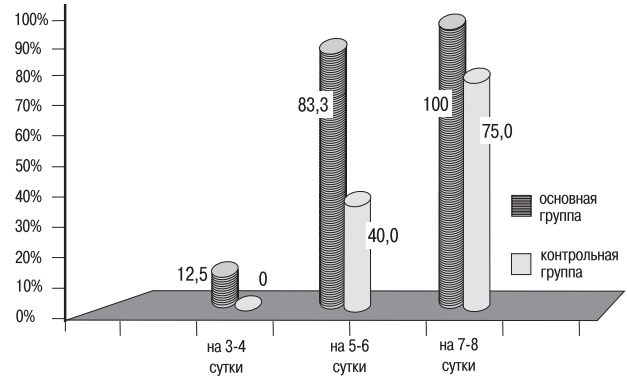
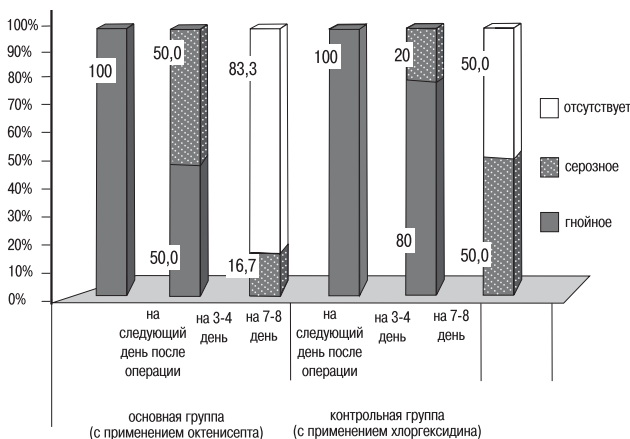


Рис. 12. Сроки появления грануляций в ране у больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения.

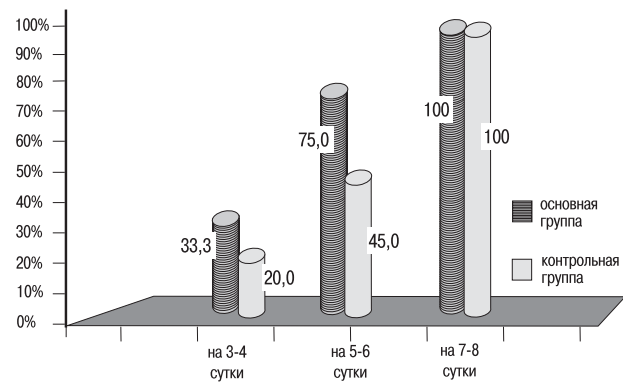


Рис.13. Сроки уменьшения площади гнойной раны у больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения.

день лечения в группе с Тирозуром серозное отделяемое из послеоперационной раны наблюдалось у 4 больных (в 16,7%), а у остальных 20 больных (83,3%) – отделяемого из послеоперационной раны не было. На 7 – 8 день проводимого местного лечения в контрольной группе серозное отделяемое из послеоперационной раны обнаружено у 10 больных (в 50,0%), а у остальных – 10 обследуемых (50,0%) – отсутствовало.

Установлены сроки появления грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис.12). На 3 – 4 день проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) появление первых грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с гнойными лимфаденитами наблюдалось у 3 из 24 больных (в 12,5%), в эти же сроки лечения в контрольной группе появление грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных мы не выявили. На 5 – 6 день проводимого лечения Тирозуром появление грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с гнойными лимфаденитами наблюдалось уже у 20 больных (в 83,3%), а при лечении в контрольной группе грануляции были выявлены только у 8 обследуемых (в 40,0%). На 7 – 8 день проводимого местного лечения Тирозуром появление грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с гнойными лимфаденитами обнаружено у всех обследуемых (в 100%), а в контрольной группе – только у 15 больных (в 75,0%).

Определены сроки уменьшения площади гнойной раны у больных с гнойными лимфаденитами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения

(рис.13). На 3 – 4 день проводимого местного лечения в основной группе уменьшение площади гнойной раны у больных с зарегистрировано у 8 из 24 больных (в 33,3%), а в эти же сроки лечения в контрольной группе уменьшение площади гнойной раны мы выявили у 4 больных (20,0%). На 5 – 6 день проводимого лечения Тирозуром уменьшение гнойной раны наблюдалось уже у 18 больных (в 75,0%), а в контрольной группе только у 9 обследуемых (в 45,0%). На 7–8 день проводимого местного лечения уменьшение площади гнойной раны выявлено у всех обследуемых с гнойными лимфаденитами как в основной, так и в контрольной группах наблюдения.

Выявлены изменения выраженности воспалительной инфильтрации окологлазничных мягких тканей у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике лечения (рис.14). Установлено, что на следующий день после вскрытия гнойника выраженная воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей у больных с гнойными лимфаденитами была отмечена у 100% обследуемых как в основной группе наблюдения, так и в контрольной. На 3 – 4 день проводимого местного лечения Тирозуром (основная группа) выраженная воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей наблюдалась у 5 из 24 больных (в 20,8%) и умеренная – у 19 больных (в 79,2%). На 3 – 4 день проводимого лечения в контрольной группе выраженная воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей встречалась у 13 больных (в 65,0%), а умеренная – у 7 обследуемых (35,0%). На 7 – 8 день местного лечения Тирозуром умеренная воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей наблюдалась у 2 больных (в 8,3%), а у остальных 22 обследуемых (91,7%) – воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей была незначительной. На 7 – 8 день проводимого местного лечения в контрольной группе умеренная воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей обнаружена у 8 обследуемых (в 40,0%), а у остальных 12 больных (60,0%) – воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей была незначительной.

Отпечатки со слизистой оболочки альвеолярного отростка брали на стороне воспалительного очага, в области причинного зуба. При госпитализации обследуемых в стационар. Число нейтрофилов, эмигрировавших через слизистую оболочку альвеолярного отростка было достоверно повышено как в основной группе (табл.15) до 47,3±1,2 шт.

($p < 0,001$), так и в контрольной группе (табл.16) – до 46,8±1,3 шт. ($p < 0,001$). Это также отмечалось и с активностью в них щелочной фосфатазы соответственно: основная группа – 128,4±3,2 усл.ед. ($p < 0,001$), контрольная группа – 121,9±3,4 усл.ед. ($p < 0,001$). После обследования и госпитализации больным проводили вскрытие гнойного очага. На следующий день после вскрытия гнойного лимфаденита число нейтрофилов и активность в них щелочной фосфатазы уменьшалось и соответственно было равно в основной группе 33,2±1,6 шт. ($p < 0,001$) и 101,7±2,1 усл.ед. ($p < 0,001$), а в контрольной группе 41,1±1,3 шт. ($p < 0,001$) и 118,6±2,2 усл.ед. ($p < 0,001$). Через 3 – 4 дня проводимого лечения эти показатели еще больше уменьшались и соответственно равнялись: в основной группе 22,0±1,1 шт. ($p < 0,001$) и 73,4±1,2 усл.ед. ($p < 0,001$), а в контрольной группе 35,6±1,2 шт. ($p < 0,001$) и 101,3±2,6 усл.ед. ($p < 0,001$). При выписке больных основной группы (табл.1) из стационара число нейтрофилов, эмигрировавших через слизистую оболочку, нормализовалось – 14,3±1,0 шт. ($p > 0,05$), что также отмечено и в отношении активности щелочной фосфатазы – 32,8±1,7 усл.ед. ($p > 0,05$). При выписке больных контрольной группы (табл.16) из стационара число нейтрофилов, эмигрировавших через слизистую оболочку, оставалось достоверно

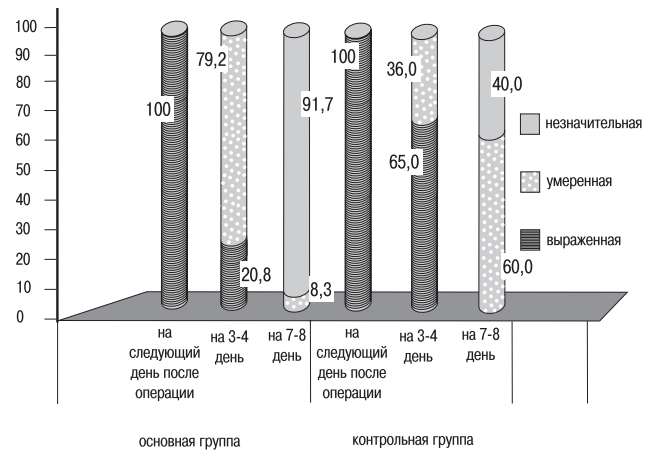


Рис.14. Изменения выраженности воспалительной инфильтрации окологлазничных мягких тканей у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в динамике лечения.

Таблица 1

Изменение цитологических и цитохимических показателей в отпечатках, взятых со слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в основной группе

Сроки наблюдения	Число обследуемых больных	Количество нейтрофилов (на 100 клеток), эмигрировавших через слизистую оболочку	Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов, эмигрировавших через слизистую оболочку (в усл.ед.)
При госпитализации	19	47,3 ± 1,2 $p < 0,001$	128,4 ± 3,2 $p < 0,001$
На следующий день после операции	19	33,2 ± 1,6 $p < 0,001$	101,7 ± 2,1 $p < 0,001$
Через 3-4 дня после операции	18	22,0 ± 1,1 $p < 0,001$	73,4 ± 1,2 $p < 0,001$
При выписке из отделения	17	14,3 ± 1,0 $p > 0,05$	32,8 ± 1,7 $p > 0,05$
Контрольная группа (здоровые люди)	27	12,4 ± 0,6	31,9 ± 1,4

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой (здоровыми людьми).

Таблица 2

Изменение цитологических и цитохимических показателей в отпечатках, взятых со слизистой оболочки альвеолярного отростка у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами в контрольной группе

Сроки наблюдения	Число обследуемых больных	Количество нейтрофилов (на 100 клеток), эмигрировавших через слизистую оболочку	Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов, эмигрировавших через слизистую оболочку (в усл.ед.)
При госпитализации	18	46,8 ± 1,3 p < 0,001	121,9 ± 3,4 p < 0,001
На следующий день после операции	18	41,1 ± 1,3 p < 0,001	118,6 ± 2,2 p < 0,001
Через 3-4 дня после операции	16	35,6 ± 1,2 p < 0,001	101,3 ± 2,6 p < 0,001
При выписке из отделения	16	24,9 ± 1,0 p < 0,001	77,8 ± 2,1 p < 0,001
Контрольная группа (здоровые люди)	27	12,4 ± 0,6	31,9 ± 1,4

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой (здоровыми людьми).

Таблица 3

Показатели термоасимметрии кожи в области патологического очага и здоровой стороны у больных с одонтогенными гнойным лимфаденитом

Группа наблюдения	Число лиц	День обследования	ΔТ – термоасимметрия (в °С) гнойной раны			
			центральная часть послеоперационной гнойной раны		края послеоперационной гнойной раны	
			M ± m (p)		M ± m (p)	
Основная группа	19	На следующий день после операции	2,5±0,2 ⁰	<0,001	2,5±0,2 ⁰	<0,001
		На 3-й день	1,5±0,2 ⁰	<0,001	1,3±0,2 ⁰	<0,001
		На 5-й день	1,0±0,2 ⁰	<0,01	0,8±0,2 ⁰	>0,05
		На 7-й день	0,8±0,2 ⁰	>0,05	0,5±0,2 ⁰	>0,05
Контрольная группа	18	На следующий день после операции	2,4±0,2 ⁰	<0,001	2,3±0,2 ⁰	<0,001
		На 3-й день	2,0±0,2 ⁰	<0,001	1,8±0,2 ⁰	<0,001
		На 5-й день	1,8±0,2 ⁰	<0,001	1,5±0,2 ⁰	<0,001
		На 7-й день	1,1±0,2 ⁰	<0,01	1,0±0,2 ⁰	<0,01
Здоровые люди	25		0,4 ± 0,1			

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

увеличенным – 24,9±1,0 шт. (p<0,001), что также отмечено и в отношении активности щелочной фосфатазы – 77,8±2,1 усл.ед. (p<0,001).

Выявлено, что при гладком послеоперационном течении у обследуемых с гнойными лимфаденитами после вскрытия гнойника наблюдалось постепенное (ежедневное) снижение изучаемых цитологических и цитохимических показателей до их нормализации. При затяжном течении послеоперационного периода или при развитии гнойно-воспалительных осложнений через 3 – 4 дня после вскрытия гнойника не наблюдается снижения изученных цитологических и цитохимических показателей или происходило их увеличение. Нормализация же всех изучаемых показателей происходила только после полной ликвидации воспалительных явлений или вскрытия гнойных затеков.

Показатели термоасимметрии кожи в области патологического очага (послеоперационной гнойной раны) и здоровой стороны представлены в таблице 3. На следующий день после проведенной операции вскрытия аденоабсцесса термоасимметрия в основной группе (лечение Тирозуром) была следующей: в центральной части гнойной раны – 2,5±0,2⁰С (p<0,001) и по краям раны – 2,3±0,2⁰С (p<0,001). В контрольной группе наблюдения термоасимметрия составила соответственно: 2,4±0,2⁰С (p<0,001) и 2,3±0,2⁰С (p<0,001). На 3-й день обследования больных после проведенной операции вскрытия аденоабсцесса термоасимметрия в основной группе (лечение Тирозуром) была следующей: в центральной части гнойной раны – 1,5±0,2⁰С (p<0,001) и по её краям – 1,3±0,2⁰С (p<0,001). В контрольной группе наблюдения термоасимметрия на 3-и сутки

лечения составила соответственно: $2,0 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,001$) и $1,8 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,001$). На 5-й день обследования больных после проведенной операции вскрытия аденоабсцесса термоасимметрия в основной группе (лечение Тирозуром) уменьшилась и была следующей: в центральной части гнойной раны – $1,0 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,01$) и по её краям $-0,8 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p > 0,05$). В контрольной группе наблюдения термоасимметрия на 5-е сутки лечения составила соответственно: $1,8 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,001$) и $1,5 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,001$). На 7-й день обследования больных после проведенной операции вскрытия аденоабсцесса термоасимметрия в основной группе (лечение Тирозуром) нормализовалась: в центральной части гнойной раны – $0,8 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p > 0,05$) и по её краям – $0,5 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p > 0,05$). В контрольной группе наблюдения термоасимметрия на 7-и сутки лечения составила соответственно: $1,1 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,01$) и $1,0 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,01$).

Выводы

На основании проведенных обследований больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами доказано, что препарат «Тирозур», используемый для местного лечения

гнойных ран имеет выраженное антибактериальное действие, которое значительно превосходит таковое у традиционно используемых антисептических средств. Данный препарат не только обладает выраженным антибактериальным действием, но и ускоряет процесс заживления гнойных ран за счет стимулирования образования грануляционной ткани и эпителизации. Побочных действий препарата «Тирозур» мы не обнаружили. Исследование цитологических и цитохимических показателей в отпечатках, взятых со слизистой оболочки альвеолярного отростка, подтвердило высокую эффективность лечения препаратом «Тирозур» по сравнению с традиционным методом лечения. У больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами препарат «Тирозур» может быть рекомендован для местного лечения гнойных ран с целью сокращения сроков лечения и профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений.

Таким образом, препарат «Тирозур» мы рекомендуем челюстно-лицевым хирургам и хирургам-стоматологам для профилактики и местного лечения гнойных ран у больных с одонтогенными гнойными лимфаденитами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – Киев: «Червона Рута – Турс», 2012. – 1048 с.
3. Леонтьев В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин – Н. Новгород: издательство НГМА, 2003. – 280 с.
4. Леонтьев В.К. Развитие специализации и преемственности при оказании комплексной стоматологической помощи / В.К. Леонтьев и соавт. – М.: «Знание», 2004. – 320 с.

Особливості місцевого лікування одонтогенних гнійних лімфаденітів

Тимофєєв О.О., Ушко Н.О., Максимча С.В., Гайдамака Н.В., Ярифа М.О.

Мета: визначити ефективність препарату «Тирозур» для місцевого лікування хворих з гнійними лімфаденітами щелепно-лицевої ділянки та шиї.

Методи: було обстежено 44 хворих з одонтогенними гнійними лімфаденітами щелепно-лицевої ділянки та шиї у віці від 16 до 57 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії КМКЛ № 12 і були розділені на дві групи: I група (основна) – 24 хворих, яким для місцевого впливу на гнійну рану застосовували тирозур; II група (контрольна) – 20 хворих, яким для місцевого впливу на гнійну рану застосовували 0,1% стерильний розчин хлоргексидину біглюконату, 10% стрептоцидову мазь і 5% лінімент стрептоциду.

Результати: на підставі проведених обстежень хворих з одонтогенними гнійними лімфаденітами доведено, що препарат «Тирозур», використовуваний для місцевого лікування гнійних ран має виражену антисептичну дію, яка значно перевершує таку у традиційно використовуваних антисептичних засобів. Даний препарат прискорює процес загоєння гнійних ран за рахунок стимулювання утворення грануляційної тканини та епітелізації. Побічних дій препарату «Тирозур» ми не виявили.

Висновки: препарат «Тирозур» може бути рекомендований для місцевого лікування гнійних ран у хворих з одонтогенними гнійними лімфаденітами з метою скорочення термінів лікування та профілактики розвитку гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова: «Тирозур», одонтогенний гнійний лімфаденіт, запальні ускладнення.

Local treatment features of odontogenic purulent lymphadenitis

O. Tymofiev, N. Ushko, S. Maksimcha, N. Gaydamaka, M. Yarifa

Purpose: to determine the effectiveness of the drug «Tirozur» for the local treatment of patients with purulent lymphadenitis of maxillofacial area and neck.

Methods: We examined 44 patients with odontogenic purulent lymphadenitis of maxillofacial area and neck between the ages of 16 to 57 years who were hospitalized in the department of oral and maxillofacial surgery KSCCH № 12 and were divided into two groups: I group (main) – 24 patients, who had local effects on the purulent wound tirozur used; II group (control) – 20 patients, who had local effects on the purulent wound was used 0,1% sterile solution of chlorhexidine bigluconate, 10% streptocid ointment and 5% streptocid liniment.

Results: On the basis of examination of patients with purulent odontogenic lymphadenitis proved that the drug «Tirozur» used for local treatment of purulent wounds has expressed antiseptic effect, which greatly exceeds that of the traditionally used antiseptics. This drug not only has a strong antibacterial effect, but also accelerates the healing of purulent wounds by stimulating the formation of granulation tissue and epithelialization. Side effects of the drug «Tirozur» we have not found.

Conclusions: The drug «Tirozur» can be recommended for the local treatment of purulent wounds in patients with purulent odontogenic lymphadenitis in order to reduce the duration of treatment and prevention of inflammatory complications.

Keywords: «Tirozur», odontogenic purulent lymphadenitis, inflammatory complications.

Тимофєєв Алексей Александрович – заведуючий кафедрой челюстно-лицевой хирургии НМАПО имени П.Л. Шутка, д.мед.н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины;

Ушко Наталья Алексеевна – доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО имени П.Л. Шутка, к.мед.н., Максимча Сергей Васильевич – доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Киевского медицинского университета УАНМ, к.мед.н., доцент;

Гайдамака Надежда Васильевна – врач челюстно-лицевого отделения № 1 Киевской городской клинической больницы № 12;

Ярифа Мария Алексеевна – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Киевского медицинского университета УАНМ, к.мед.н.