

А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко

Микробная сенсibilизация к стафилококку у больных с амелобластомами

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: определить уровень микробной сенсibilизации к стафилококку у больных с амелобластомами челюстей и ее изменение после санации полости рта и гипосенсibilизирующей терапии антигистаминными препаратами.

Методы. Проведено обследование 32-х больных с амелобластомами челюстей. Уровень микробной сенсibilизации у больных определяли при первом обращении больных, после проведения санации полости рта и проведения гипосенсibilизирующей терапии.

Результаты. Установлено, что у больных с амелобластомами челюстей при их обращении в стационар имеется высокий уровень микробной сенсibilизации к стафилококку, который не может быть устранен за счёт проведения санации полости рта.

Выводы. Целесообразно проводить неспецифическую гипосенсibilизирующую терапию антигистаминными препаратами четвертого поколения с хирургической санацией полости рта при комплексном медикаментозном лечении больных с амелобластомами челюстей.

Ключевые слова: амелобластомы, микробная сенсibilизация, антигистаминные препараты, гипосенсibilизирующая терапия.

Введение

Частота воспалительных осложнений, которые развиваются у больных после удаления опухолей, расположенных в челюстных костях составляет до 20 % (Тимофеев А.А., 1998, 2012). Наличие послеоперационных осложнений воспалительного характера у этих больных большинство врачей связывают с несанированной полостью рта, снижением реактивности организма, тяжестью проведенного оперативного вмешательства и другими факторами. Не является секретом факт, что санация полости рта у населения Украины находится не на должном уровне, и лишь у определенной части населения санационные мероприятия проводятся регулярно. При осмотре больных с опухолями челюстей постоянно приходится сталкиваться с тем, что они имеют во рту значительное число полностью разрушенных или полуразрушенных зубов.

Известно, что разрушенные и нелеченые зубы являются очагом хронической одонтогенной инфекции. Особенности одонтогенных очагов инфекции является то, что кариозные полости или разрушенные коронковые части зубов не воспаляются естественным путем, а микроорганизмы, присутствующие там, персистируют (постоянно пребывают), вызывая сенсibilизацию организма человека к микробной флоре (Тимофеев А.А., 2012, 2014). Известно, что для снижения уровня микробной сенсibilизации организма больных используются антигистаминные препараты.

Антигистаминные препараты – это группа лекарственных средств, принцип действия которых основывается на том, что они блокируют гистаминовые рецепторы и этим способствуют снижению реакции организма человека к аллергенам различного (микробного и немикробного) происхождения. В соответствии со временем создания все антигистаминные препараты классифицируются на четыре поколения. Их классификация основывается на длительности эффекта антигистаминного воздействия, имеющихся противопоказаний и побочных эффектов. Эволюция антигистаминных препаратов шла по пути повышения избирательности, увеличения продолжительности эффекта, снижения побочного действия этих лекарственных средств.

К препаратам I (первого) поколения относятся димедрол, супрастин, диазолин, тавегил, пипольфен и др. Длительность их действия составляет четыре-пять часов, и по истечении этого срока необходим повторный прием

данного лекарства. Эти препараты обладают рядом недостатков (сухость полости рта, расширение зрачков, нечеткость зрения, сонливость, нарушение концентрации внимания и др.).

К препаратам II (второго) поколения относятся кларитин, фенистил, кетотифен и др. Они не имеют такого большого перечня побочных эффектов, как препараты первого поколения. Однако их недостатком является кардиотоксический эффект, которые эти средства могут вызвать. Поэтому данные препараты нельзя принимать людям, страдающим от болезней сердечно-сосудистой системы.

К антигистаминным препаратам III (третьего) поколения относятся цетрин, телфаст, зиртек и др. Они обладают выраженными антигистаминными свойствами и практически не имеют противопоказаний. Эти лекарства не имеют кардиотоксического эффекта и имеют ограниченное количество противопоказаний.

К лекарственным препаратам IV (четвертого) поколения относятся дезлоратадин, фексофенадин и левоцетиризин. Это самые эффективные и безвредные антигистаминные лекарственные средства. Они не вызывают привыкания, безопасны для сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, а также обладают большой длительностью действия. Известно, что аллергические реакции на микробные и немикробные аллергены развиваются в результате активации гистаминовых рецепторов 1 типа (H_1). Современные препараты 4-го поколения блокируют эти рецепторы. Препараты действуют селективно, то есть не влияют на рецепторы 2 и 3-го типа, чем и обусловлено отсутствие побочных эффектов. Антигистаминные препараты 4-го поколения селективно блокируют периферические гистаминовые H_1 -рецепторы. Подавляют каскад цитотоксических реакций: выделение противовоспалительных цитокинов, в т. ч. интерлейкина-4 (ИЛ-4), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина-13 (ИЛ-13), хемокинов типа RANTES, продукцию супероксидного аниона активированными полиморфноядерными нейтрофилами, адгезию и хемотаксис эозинофилов, экспрессию молекул адгезии, в т.ч. P-селектина, IgE-зависимое выделение гистамина, PGD₂ и LTC₄. Препараты четвертого поколения в разовой дозе обладают быстрым антигистаминным действием, максимум антигистаминного действия их совпадает с пиком концентрации в плазме и достигается через 2–3 часа после приема.

Наше внимание привлёк дезлоратадин (эридез, эриус и др.), который является первичным активным метаболитом лоратадина. Дезлоратадин – это селективный блокатор периферических H₁-гистаминовых рецепторов, не оказывающий седативного действия. После перорального приема он селективно блокирует периферические H₁-гистаминовые рецепторы и не проникает через гематоэнцефалический барьер. Кроме антигистаминного эффекта препарат оказывает противоаллергическое и противовоспалительное действие. Дезлоратадин определяется в плазме крови на протяжении 30 мин после приема. Стах в плазме крови достигается через 3 ч, T_{1/2} составляет в среднем 27 ч. Дезлоратадин начинает действовать через 30 минут после приема, а его эффект сохраняется в течение суток. Степень кумуляции дезлоратадина соответствует его T_{1/2} (около 27 ч) и кратности применения (один раз в сутки). Биодоступность дезлоратадина пропорциональна дозе в диапазоне от 5 до 20 мг. Дезлоратадин умеренно (83–87 %) связывается с белками плазмы крови. При применении в дозе 5–20 мг один раз в сутки на протяжении 14-ти дней клинически значимой кумуляции препарата не выявлено. Еда не влияет на распределение дезлоратадина. Однако данный препарат нельзя использовать при непереносимости фруктозы.

Дезлоратадин применяют внутрь взрослые по одной таблетке (5 мг) один раз в сутки независимо от еды. Таблетку глотают не разжевывая, запивая водой. Препарат желательно принимать регулярно, в одно и то же время в течение 7–8-и дней. Противопоказанием к его приему является гиперчувствительность к активному веществу или любому из компонентов препарата. С осторожностью применяют пациенты с почечной и печеночной недостаточностью. Дезлоратадин не усиливает таких эффектов алкоголя, как нарушение психомоторной функции и сонливость. Не рекомендуется принимать дезлоратадин в период беременности. Дезлоратадин проникает в грудное молоко, поэтому препарат не следует назначать женщинам в период кормления грудью.

Уровень микробной сенсибилизации у лиц с хроническими одонтогенными очагами изучен недостаточно. До настоящего времени в литературе отсутствуют работы, которые посвящены изучению микробной сенсибилизации у больных с амелобластомами челюстей в зависимости от наличия у них хронических одонтогенных очагов инфекции, состояния проведенной санации полости рта и т. п.

Цель работы – определить уровень микробной сенсибилизации к стафилококку у больных с амелобластомами челюстей и ее изменение после санации полости рта и гипосенсибилизирующей терапии антигистаминными препаратами.

Материал и методы обследования

Было проведено обследование 32-х больных с амелобластомами челюстей. Уровень микробной сенсибилизации у больных определяли при первом обращении больных, после проведения санации полости рта и проведения гипосенсибилизирующей терапии. Контролем служил уровень сенсибилизации у 30 здоровых людей в возрасте от 17 до 39-ти лет.

Для определения теста ППН (показателя повреждения нейтрофилов) берутся две порции крови по 0,08 мл каждая. Кровь, взятую микропипеткой с места прокола кожи, переносят в опытную и контрольную пробирки. Перед этим на дно опытной пробирки вносят 0,02 мл аллергена (гемолитического стафилококка) в смеси с антикоагулянтом (0,8 мл аллергена с 0,2 мл 25 % раствора цитрата натрия). Контрольная пробирка содержит только 0,02 мл 5 % раствора цитрата натрия. В течение 2 ч кровь инкубируют при 38°С, затем из каждой смеси в пробирке

готовят мазки. После подсыхания их фокусируют, а затем подвергают гистохимической обработке. С целью обнаружения внутриклеточного гликогена (по Шабашу) ядро лейкоцитов докрашивают гематоксилином. Оценивают реакцию по результатам микроскопии иммерсионной системой 100 нейтрофилов. При подсчете клетки делят на две категории – нормальные и поврежденные (в состоянии амебодной активности). Результат диагностики выражается формулой:

$$ППН = \frac{1-2}{100},$$

где 1 – количество обнаруженных поврежденных нейтрофилов в опытном мазке, 2 – аналогичное количество в контрольном препарате. При правильно проведенном контроле число поврежденных нейтрофилов не превышает 10 %. У здоровых несенсибилизированных людей выраженность ППН при внесении в кровь аллергенов не превышает индекса 0,1.

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

Результаты обследования и их обсуждение

На основании обследования было установлено, что у здоровых людей уровень микробной сенсибилизации к стафилококку (тест ППН) составил 0,07±0,01 усл. ед. У больных с амелобластомами при обращении в клинику на консультацию уровень микробной сенсибилизации к стафилококку был достоверно (p < 0,001) выше, чем у здоровых людей, и равен 0,19±0,01 усл. ед. (рис. 1–3). Наиболее высокий уровень сенсибилизации к стафилококку был у больных с обильными зубными отложениями и несанированной полостью рта (более 3-х разрушенных зубов). После проведения санации полости рта у этих обследуемых (удаления зубных отложений, разрушенных зубов и др.) уровень микробной сенсибилизации достоверно (p > 0,05) снизился до 0,18±0,01 усл. ед., но значительно превышал (p < 0,001) таковой при сравнении со здоровыми людьми (рис. 1–3). В послеоперационный период больным назначали дезлоратадин в дозировке 5 мг один раз в сутки в течение 7-и дней (одной недели).

Через 7–8 дней после приема дезлоратадина уровень микробной сенсибилизации нормализовался и составил 0,08±0,01 усл.ед., что достоверно (p > 0,05) не отличало его от такового у здоровых людей.

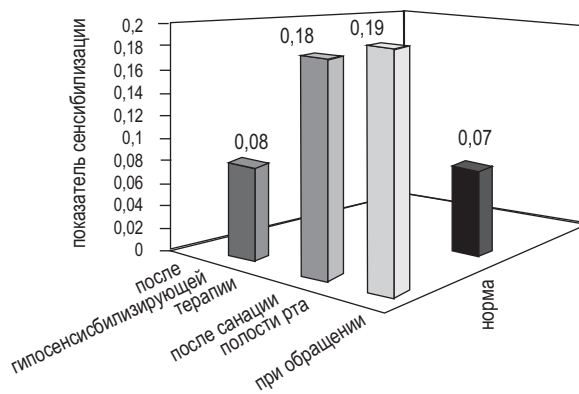


Рис. 1. Показатели микробной сенсибилизации к стафилококку у больных с амелобластомами в динамике лечения.

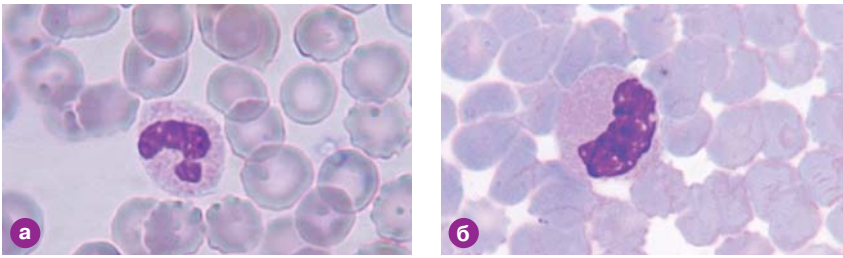


Рис. 2. Тест ППН. Нейтрофильный лейкоцит неизмененный. Ув. 15×90.

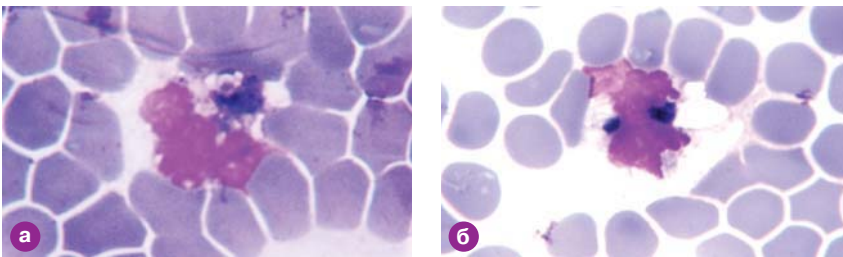


Рис. 3. Тест ППН. Реакция нейтрофилов крови сенсibilизированного больного на аллерген стафилококка (разные формы амeboидной активности нейтрофильных лейкоцитов). Ув. 15×90.

Выводы

Установлено, что у больных с амелобластомами челюстей при их обращении в стационар имеется высокий уровень микробной сенсibilизации к стафилококку, который нельзя устранить за счет проведения санации полости рта. Данные больные нуждаются в проведении гипосенсibilизирующей терапии с использованием антигистаминного препарата четвертого поколения – дезлоратадина, что позволяет нормализовать уровень микробной сенсibilизации к стафилококку.

Проведенное обследование аргументирует целесообразность неспецифической гипосенсibilизирующей терапии антигистаминными препаратами четвертого поколения с хирургической санацией полости рта в комплексном медикаментозном лечении больных с амелобластомами челюстей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев О.О. Шелепно-лицева хiрургiя / О.О. Тимофеев. – Київ: ВСВ «Медицина», 2011. – 752 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.
3. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – Киев: «Медицина», 2015. – 800 с.

Мiкробна сенсibiliзацiя до стафiлококу у хворих з амелобластомами

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко

Мета: визначити рівень мiкробної сенсibiliзацiї до стафiлококу у хворих з амелобластомами щелеп та її змiну пiсля санацiї порожнини рота й гипосенсibiliзуючої терапiї антигiстамiнними препаратами.

Методи. Проведено обстеження 32-х хворих з амелобластомами щелеп. Рiвень мiкробної сенсibiliзацiї у хворих визначали при першому зверненнi хворих, пiсля санацiї порожнини рота та гипосенсibiliзуючої терапiї.

Результати. Установлено, що у хворих з амелобластомами щелеп при їх зверненнi у стацiонар є високий рiвень мiкробної сенсibiliзацiї до стафiлококу, який не можна усунути за рахунок санацiї порожнини рота.

Висновки. Доцiльно проводити неспецифiчну гипосенсibiliзуючу терапiю антигiстамiнними препаратами четвертого поколiння з хiрургiчною санацiєю порожнини рота при комплексному медикаментозному лiкуваннi хворих з амелобластомами щелеп.

Ключовi слова: амелобластоми, мiкробна сенсibiliзацiя, антигiстамiннi препарати, гипосенсibiliзуюча терапiя.

Microbial sensitization to staphylococcus in patients with ameloblastomas

O. Tymofieiev, N. Ushko

Purpose: to determine the level of microbial sensitization to staphylococcus in patients with ameloblastomas of the jaws and its change after the sanitation of the oral cavity and hyposensitizing therapy with antihistamines.

Methods. 32 patients with jaw ameloblastomas were examined. The level of microbial sensitization in patients was determined at the first treatment of patients, after the sanitation of the oral cavity and carrying out hyposensitizing therapy.

Results. It was established that patients with ameloblastomas of jaws at their treatment in a hospital have a high level of microbial sensitization to staphylococcus, which not be eliminated by sanitizing the oral cavity.

Conclusions. It is advisable to conduct non-specific hyposensitizing therapy with antihistamines of the fourth generation with surgical sanitation of the oral cavity in the complex medication treatment of patients with jaw ameloblastomas.

Key words: ameloblastoma, microbial sensitization, antihistamines, hyposensitizing therapy.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины; заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Ушко Наталья Алексеевна – канд. мед. наук, доцент;

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

80-Й КИЇВСЬКИЙ МІЖНАРОДНИЙ
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФОРУМ ТА ВИСТАВКА

8 - 10
ЛЮТОГО



ВИСТАВКИ
МЕДВІН:

СТОМАТОЛОГІЧНІ
ВИСТАВКИ В УКРАЇНІ №1

ЕКСПОСТОМАТ '2018

8 - 10 ЛЮТОГО

**ДО МІЖНАРОДНОГО ДНЯ
СТОМАТОЛОГА
9 ЛЮТОГО!**

В ПРОГРАМІ ФОРУМУ
Лекторій для практичного лікаря
імені професора
Миколи Федоровича Данилевського

Україна, Київ
БК "КИЇВЕКСПОПЛАЗА"
вул. Салютна, 2-Б
ст.м "Нивки"

 КИЇВЕКСПОПЛАЗА

ПЛАН СТОМАТОЛОГІЧНИХ
ВИСТАВОК НА 2018 РІК

БЕРЕЗЕНЬ	-	ІВАНО- ФРАНКІВСЬК
КВІТЕНЬ	-	КИЇВ
КВІТЕНЬ	-	ДНІПРО
ТРАВЕНЬ	-	ОДЕСА
ВЕРЕСЕНЬ	-	КИЇВ
ЖОВТЕНЬ	-	ОДЕСА
ЛИСТОПАД	-	КИЇВ

УПОРЯДНИК ВИСТАВКОВА
КОМПАНІЯ «МЕДВІН»

Тел.\факс: +380 44 501-03-42
E-mail: mail@medvin.kiev.ua



За підтримки:
КОМІТЕТУ ВЕРХОВНОЇ РАДИ
УКРАЇНИ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я, МАТЕРИНСТВА ТА
ДИТИНСТВА; МІНІСТЕРСТВА
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ;
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ
МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ.



ВИСТАВКИ
МЕДВІН:

www.medvin.kiev.ua