

А.А. Тимофеев¹, А.В. Умиров², А.А. Мирошник², С.И. Дубиченко²

Лечение гнойных ран у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г.Киев, Украина²ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», г.Киев, Украина

Цель: определить эффективность применения препарата «Октенисепт» для лечения гнойных ран у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

Методы: проведено клиническое обследование 38-и больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

Результаты. На основании обследования больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи было объективно доказано, что антисептический препарат «Октенисепт», используемый для местного лечения гнойных ран, имеет выраженное антисептическое действие, которое значительно превосходит таковое у традиционных антисептических средств (хлоргексидин).

Выводы. Препарат «Октенисепт» можно рекомендовать больным с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи для местного лечения гнойных ран с целью профилактики развития грозных гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: гнойные раны, флегмоны, гнойно-воспалительные заболевания, октенисепт, хлоргексидин.

Введение

Проблема гнойных инфекций, поражающих челюстно-лицевую область, в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Она неоднократно была предметом обсуждения на конгрессах, съездах, симпозиумах, конференциях и других форумах как в нашей стране, так и за рубежом. Ее разработке посвящены многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов.

Более сорока лет назад, т. е. в период массового применения антибиотиков, даже небольшие дозы этих препаратов предотвращали развитие гнойных осложнений, в том числе сепсиса и медиастинита. Успехи, достигнутые в лечении гнойных инфекций, были настолько велики, что многие врачи считали проблему профилактики и лечения хирургической инфекции решенной. Это привело к тому, что они стали пренебрегать установленными принципами и приемом антибиотиков. В хирургических стационарах приступили к постепенной ликвидации отделений лечения гнойных инфекций. Широкое применение антибиотиков привело к изменению видового состава и свойств гноеродной микробной флоры, а это, в свою очередь, – к снижению эффективности антибиотикотерапии. В последние годы отмечены увеличение частоты гнойных заболеваний челюстно-лицевой области, а также количества послеоперационных осложнений и переход острых гнойно-воспалительных процессов в хронические. Увеличилось количество случаев летальных исходов в результате гнойных заболеваний и их осложнений. Все это вновь привлекло внимание врачей к проблеме гнойной инфекции [1, 2, 3, 4, 5].

Несмотря на применение антибиотиков, количество гнойных осложнений неуклонно увеличивается и в настоящее время оно достигло уровня 40–50-х годов прошлого столетия.

Причинами роста количества 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 на догоспитальном этапе лечения, а нередко и самолечение больных;

- установившийся стереотип назначения 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 гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей являются одним из наиболее распространенных видов патологии. В последние годы количество больных с этими заболеваниями значительно увеличилось, усугубилась тяжесть течения процесса, что нередко приводит к таким тяжелым и грозным осложнениям, как медиастинит, сепсис, тромбоз вен лица и синусов головного мозга.

Согласно данным клиники челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика, с января 1969 г. по декабрь 2018 г. отмечен рост количества больных с воспалительными заболеваниями лица и шеи с 53,5 до 75,9 %. Распространенность высокопатогенных и устойчивых к антибиотикам микроорганизмов приводит к возникновению тяжелых форм воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, сопровождающихся выраженной интоксикацией, нарушением иммунологического статуса организма, в результате чего снижается содержание в организме гуморальных и клеточных факторов иммунитета, что способствует развитию тяжелых осложнений (сепсиса, медиастинита и др.). В последние годы количество летальных исходов у больных с этими осложнениями увеличилось и составило 0,13–0,3 % [4, 5].

В абсолютном большинстве случаев (90–96 %) этиологическим фактором воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является одонтогенная инфекция. Лишь в 4–10 % случаев микроорганизмы могут быть занесены в мягкие ткани лица и шеи из неodontогенных очагов (карбункулов, фурункулов, воспаленных небных миндалин, инфицированных ран и др.), лимфогенным, контактным и дерматогенным путями.

Через кариозную полость в зубе микроорганизмы попадают в ткань пульпы. Если эти бактерии лишены патогенных свойств, то их первый контакт с тканями пульпы, возможно, не будет сопровождаться развитием выраженной воспалительной реакции. Однако проникновение продуктов жизнедеятельности микроорганизмов по системе

лимфатических сосудов в регионарные лимфатические узлы с их последующей фиксацией иммунокомпетентными клетками уже на этой фазе развития патологического процесса может вызвать выработку антител и сенсибилизацию организма. В результате последующего поступления тех же непатогенных микробов в ткань пульпы сенсибилизированного организма может развиваться аллергическое воспаление. Иногда проникновению микроорганизмов в ткань пульпы зуба предшествует сенсибилизация организма к идентичной микрофлоре какого-либо другого очага инфекции. В этом случае уже первое внедрение микробов в пульпу зуба может сопровождаться развитием аллергического воспаления.

Особенностью одонтогенных очагов воспаления является то, что дефекты твердых тканей зуба, являющиеся входными воротами инфекции, не возмещаются естественным путем. Это 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 нарушиться в результате иммунологической реактивности организма больного, повышения вирулентности инфекционного начала либо при повреждении соединительнотканной капсулы, окружающей инфекционный очаг.

Применяемые в настоящее время методы лечения различных форм осложненного кариеса – пульпитов, периодонтита – нельзя признать совершенными. Полноценность пломбирования каналов зуба составляет 60–70 %. Хронические очаги воспаления при терапевтическом лечении периодонтита 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 [1, 2, 3, 4, 5].

Нарушение определенных методик и сроков лечения больных с периодонтитом и пульпитом приводит к тому, что очаги открытого инфицирования превращаются в закрытые, недренируемые и становятся одним из основных источников, вызывающих сенсибилизацию организма к бактериям, токсинам и продуктам распада поврежденных тканей.

Возбудителями гнойных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области являются стафилококки, стрептококки, кишечная и синегнойная палочка, протей, анаэробы 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 исследования позволило получить убедительные доказательства того, что возбудителями одонтогенной инфекции могут быть анаэробы. При этом значительное место среди них занимают бактероиды, фузобактерии, пептококки, пептострептококки, вейлонеллы и другие анаэробные микроорганизмы. Патологический процесс, вызванный этими возбудителями, характеризуется различной локализацией и многообразием клинических проявлений, зависящих от видового состава возбудителей. Кроме того, устойчивость бактероидов, особенно вида *Fragilis*, к широкому спектру антибиотиков создает трудности в лечении больных [1, 2, 3, 4, 5].

Исследованиями последних лет отмечено, что к основным возбудителям острой одонтогенной инфекции относятся не только стафилококки, но и различные представители грамотрицательной микрофлоры: протей, кишечная палочка, *Klebsiella* и др. Все чаще появляются сообщения о том, что гнойное содержимое очагов одонтогенного воспаления бывает «стерильным». Причиной такого вывода является то, что в данном случае развитие

воспалительного процесса происходит под воздействием анаэробных микроорганизмов, обнаружить которые в обычных средах невозможно. Поэтому для выявления анаэробов применяют специальные транспортные среды.

В клинике челюстно-лицевой хирургии абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи по частоте своего возникновения занимают одно из первых мест. В последние годы количество больных с этой патологией значительно увеличилось, усугубилась тяжесть течения процесса, что нередко приводит к таким грозным осложнениям, как медиастинит, сепсис, тромбоз вен лица и синусов головного мозга. Таким образом, актуальность данной темы исследования не вызывает сомнений.

Учитывая вышеописанный полимикробный характер гнойного очага для местного лечения гнойных ран, наше внимание привлек водный антисептик – препарат «Октенисепт» (производитель «Шюльке и Майр ГмбХ», Германия). Данный препарат имеет очень широкий спектр антимикробного действия. Действие осуществляется за счет гидрофобного взаимодействия октенидина дигидрохлорида и феноксиэтанола с цитоплазматическими мембранами патогенных микроорганизмов. В 100 мл раствора для наружного применения содержится 0,1 г дигидрохлорида октенидина и 0,2 г феноксиэтанола. Механизм действия препарата основан на способности его активных компонентов разрушать клеточные мембраны чувствительных микроорганизмов. К действию препарата чувствительны грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, в том числе: *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus* spp. (в том числе *Streptococcus pneumoniae*), *Staphylococcus* spp. (в том числе *Staphylococcus aureus*), *Enterococcus* spp., *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli*, *Shigella* spp., *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Gardnerella vaginalis*. Кроме того, к действию препарата чувствительны грибы, в том числе *Ascomycota*, *Trichophyton* spp. и *Microsporum* spp., *Candida albicans*. Препарат активен в отношении вирусов, в том числе вирусов простого герпеса, гепатита В, С и D, иммунодефицита человека. Отмечена также чувствительность к препарату «Октенисепт» у штаммов *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma* spp. и *Ureaplasma* spp. Препарат проявляет бактерицидную, фунгицидную и виростатическую активность в отношении штаммов, резистентных к действию других химиотерапевтических препаратов. Препарат малотоксичен, не абсорбируется в системный кровоток, в том числе через раневые поверхности. При применении препарата отмечается ускорение процессов заживления за счет некоторого иммуностимулирующего действия препарата. После наружного применения действие препарата развивается в течение 30-ти секунд и сохраняется в течение длительного времени.

Пациентам с гнойными ранами проводят обработку участков кожного покрова неразведенным препаратом, который наносят на ватный тампон, марлевую повязку или распыляют с помощью специальной насадки. С целью профилактики и местного лечения воспалительных процессов ротовой полости и носоглотки препарат «Октенисепт» необходимо развести очищенной водой или 0,9 % раствором натрия хлорида в соотношении 1:2 или 1:3, а при промывании полостей (верхнечелюстной или лобной пазухи) или обработке носовых ходов – в соотношении 1:6 (приказ № 273 от 28.3.2016 г., регистрационное свидетельство № UA/4056/01/01). Октенисепт не совместим с йодсодержащими препаратами (антисептиками). Кратность использования Октенисепта – 2–3 раза в сутки, при необходимости – до шести раз в сутки.

Цель данного исследования – определить эффективность препарата «Октенисепт» для местного лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

Матеріал і методи обстеження

Для рішення поставленої задачі були обстежені 38 хворих з абсцесами і флегмонами челюстно-лицьової області і шиї в віці від 17 до 67-и років. Всіх 38 обстежуваних з флегмонами розділили на дві групи спостереження: I група (основна) – 20 хворих, у яких в комплексі общепринятого медикаментозного лікування для місцевого впливу на гнійну рану в гнійно-некротическій фазі течія раневого процесу (після відкриття флегмони) використовували препарат «Октенісепт»; II група (контрольна) – 18 хворих, у яких в комплексі общепринятого лікування для місцевого впливу на гнійну рану в гнійно-некротическій фазі течія раневого процесу (після відкриття флегмони) застосували 0,1 % стерильний розчин біглюконату хлоргексидину для промивання гнійних ран і накладання антисептичних пов'язок.

Проводили хірургічне лікування всіх хворих (удалення причинного зуба і відкриття флегмони) з наступною медикаментозною терапією (она включала антибактеріальне, дезінтоксикаційне, загальноукреплююче і симптоматичне лікування, імунотерапію).

Різниця в лікуванні обстежуваних груп заключалася тільки в тому, що у хворих I (основної) групи для місцевого лікування гнійної рани використовували препарат «Октенісепт», а у хворих II (контрольної) групи – 0,1 % розчин хлоргексидину.

При госпіталізації і в динаміці лікування хворих проведено мікробіологічне (ідентифікація виявленої мікрофлори і встановлення її антибіотичної чутливості) і общеклінічне обстеження. Останнє включало: огляд, пальпацію, збір анамнезу, рентгенографію челюстей і інші методи. Визначали наявність мікрофлори в гнійній рані в динаміці лікування. Проводили порівняльний аналіз дії препаратів «Октенісепт» і хлоргексидину по місцевій клінічній симптоматиці. Вивчені краї післяопераційної гнійної рани (вираженість гіперемії і їх інфільтрація), її стінки (в залежності від вираженості нальоту фібрина, наявності частковий некрозу, гнійного или серозного їх пропитывання), відділюване з гнійної рани, терміни появи грануляцій, зміни площі гнійної рани. Також була вивчена вираженість запальної інфільтрації околических м'яких тканин.

Клінічеські симптоми і отримані цифрові дані лабораторних досліджень оброблені варіаційно-статистичним методом з використанням персонального комп'ютера. Надійність результатів дослідження визначали за критерієм Ст'юдента. Різниця вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати обстеження і їх обговорення

На основі мікробіологічних досліджень встановлено, що у хворих з одонтогенними флегмонами в гнійних очагах виявлені не тільки аероби (78,8 %), але і анаероби (21,2 %). Мікроорганізми були як в монокультури – 67,5 % (аероби – 56,7 %, анаероби – 8,8 %), так і в асоціаціях – 32,5 % (тільки аеробів – 20,0 %, тільки анаеробів – 2,5 %, аеробів і анаеробів – 10,0 %). Аероби були представлені золотистим і епідермальним стафілококком, кишечною паличкою, гемолітичним стрептококком, ентерококком, протеем і диплококком. Серед анаеробів зустрічалися грамтрицательні (бактероїди, вейлонелли) і грамтрицательні бактерії (пептострептококки, зубактерії). В монокультури частіше висівали золотистий і епідермальний стафілококк, вейлонелли, пептострептококки і зубактерії.

Таким чином, при розлитих гнійних процесах в м'яких тканинах, які розташовані в одній анатомічеській області, виявлені монокультури аеробних мікро-

організмів, а у хворих з флегмонами, займавших дві і більше анатомічеські області (дно порожнини рота, половини лиця), – монокультури анаеробів, асоціації тільки анаеробів, асоціації різних видів аеробів, а також анаеробних і аеробних мікробів.

У хворих з розлитими гнійно-запальними процесами в м'яких тканинах монокультури стафілококків проявляли чутливість до аміноглікозидних препаратів і в меншій ступені – до полусинтетических пеніцилінів і протистафілококковим антибіотикам резерву. В асоціаціях з аеробами антибіотичної чутливості стафілококків значно знизилася, а з анаеробами стафілококки були стійкими до всіх антибіотиків, крім аміноглікозидів і цефалоспоринов. Гемолітичеські стрептококки проявляли чутливість до більшості досліджуваних антибіотиків, що не залежало від їх асоціативних зв'язів. Найбільшу стійкість до антибіотиків проявляли грамтрицательні аеробні мікроорганізми (кишечна і синєгнійна палички, ентерококк, протей) і їх асоціації, які мали чутливість до аміноглікозидів і цефалоспоринових препаратів, рідко – до інших антибіотиків.

Визначено частота висіваємості патогенних мікроорганізмів з гнійного очага у хворих з флегмонами челюстно-лицьової області і шиї в динаміці лікування в основній і контрольній групах (рис. 1). Схожою після відкриття флегмони з гнійного очага в основній і контрольній групах спостереження мікроорганізми висівали в 100 % випадків. На 3–4-і дні лікування октенісептом (основна група) мікроорганізми з гнійного очага були висіянні у 11 хворих (55,0 %), а при лікуванні хлоргексидином (контрольна група) – у 16 хворих (88,9 %). На 7–8-і дні лікування в основній групі спостереження мікроорганізми з гнійного очага були висіянні у 2 обстежуваних (10,0 %), а в контрольній групі – у 8 хворих (44,4 %).

Вивчено зміни вираженості гіперемії країв гнійної рани у хворих з флегмонами челюстно-лицьової області і шиї в динаміці лікування (рис. 2). Встановлено, що на наступний день після відкриття флегмони вираженість гіперемії країв гнійної рани була відзначена в 100 % випадків як в основній, так і в контрольній групі спостереження. На 3–4-й день місцевого лікування препаратом «Октенісепт» (основна група) вираженість гіперемії країв гнійної рани спостережалася у 9 хворих (45,0 %), а помірна – у 11 хворих (55,0 %). На 3–4-й день лікування хлоргексидином (контрольна група) вираженість гіперемії країв гнійної рани зустрічалася у 14 хворих (77,8 %), а помірна – у 4 обстежуваних (22,2 %). На 7–8-й

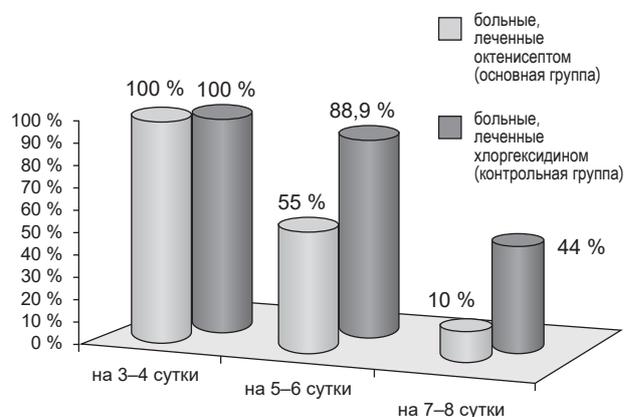


Рис. 1. Частота висіваємості патогенних мікроорганізмів з гнійного очага у хворих з флегмонами челюстно-лицьової області і шиї.

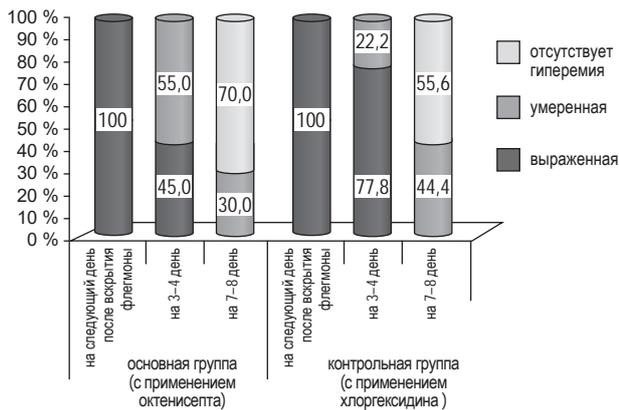


Рис. 2. Изменения выраженности гиперемии краев гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

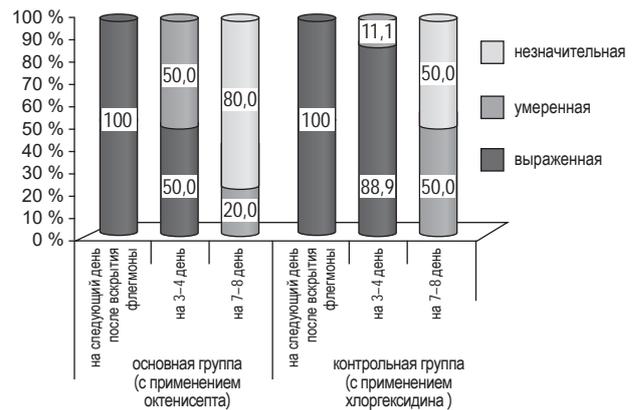


Рис. 3. Изменения выраженности воспалительной инфильтрации краев гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

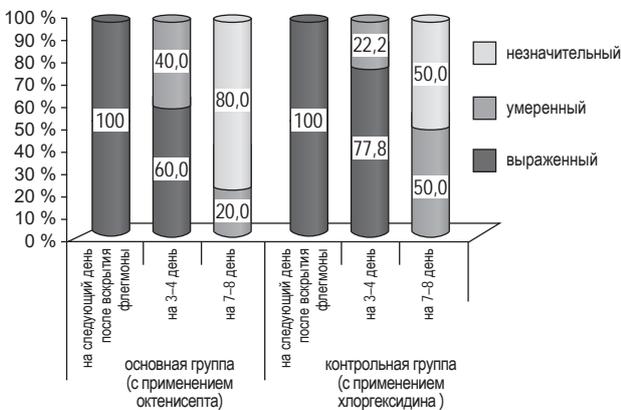


Рис. 4. Изменения выраженности налета фибрина на стенках гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

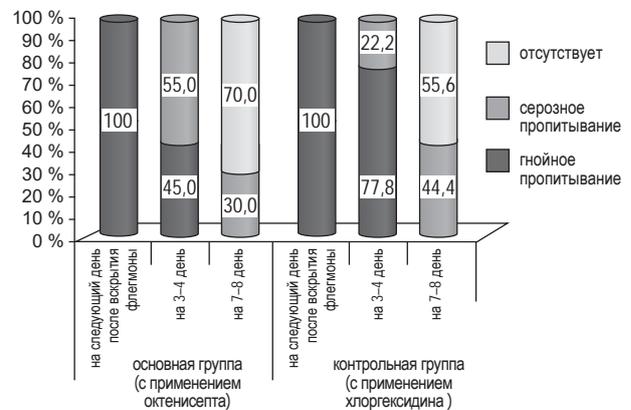


Рис. 5. Наличие гнойно-серозного пропитывания стенок гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

день лечения препаратом «Октенисепт» умеренная гиперемия наблюдалась у 6 больных (30,0 %), а у остальных гиперемии краев раны не было (70,0 %). На 7–8-й день местного лечения хлоргексидином умеренная гиперемия краев гнойной раны обнаружена у 8 обследуемых (44,4 %), а у остальных она отсутствовала (55,6 %).

Определены изменения выраженности воспалительной инфильтрации краев гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения (рис. 3). Установлено, что на следующий день после вскрытия флегмоны выраженная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны была отмечена в 100 % случаев как в основной, так и в контрольной группе наблюдения. На 3–4-й день местного лечения препаратом «Октенисепт» (основная группа) выраженная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны наблюдалась у 10 больных (50,0 %) и умеренная – у 10 больных (50,0 %). На 3–4-й день лечения хлоргексидином (контрольная группа) выраженная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны встречалась у 16 больных (88,9 %), а умеренная – у 2 обследуемых (11,1 %). На 7–8-й день лечения препаратом «Октенисепт» умеренная воспалительная инфильтрация наблюдалась у 4 больных (20,0 %), а у остальных она была незначительной (80,0 %). На 7–8-й день местного лечения хлоргексидином умеренная воспалительная инфильтрация краев гнойной раны обнаружена у 9 обследуемых (50,0 %), а у остальных она была незначительной (50,0 %).

Выявлены изменения выраженности налета фибрина на стенках гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис. 4). Установлено, что на следующий день после вскрытия флегмоны выраженный налет фибрина на стенках гнойной раны был отмечен в 100 % случаев в обеих группах наблюдения. На 3–4-й день местного лечения препаратом «Октенисепт» (основная группа) выраженный налет фибрина на стенках гнойной раны наблюдался у 12 больных (60,0 %) и умеренный – у 8 больных (40,0 %). На 3–4-й день лечения хлоргексидином (контрольная группа) выраженный налет фибрина на стенках гнойной раны встречался у 14 больных (77,8 %), а умеренный – у 4 обследуемых (22,2 %). На 7–8-й день лечения препаратом «Октенисепт» умеренный налет фибрина на стенках гнойной раны наблюдался у 4 больных (20,0 %), а у остальных (80,0 %) он был незначительным. На 7–8-й день местного лечения хлоргексидином умеренный налет фибрина на стенках гнойной раны обнаружен у 9 обследуемых (50,0 %), а у остальных (50,0 %) он был незначительным.

Уточнено наличие гнойно-серозного пропитывания стенок гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения (рис. 5). Установлено, что на следующий день после вскрытия флегмоны гнойно-серозное пропитывание стенок гнойной раны было отмечено в 100 % случаев как в основной, так и в контрольной группе наблюдения. На 3–4-й день местного лечения препаратом «Октенисепт» (основная группа) гнойное

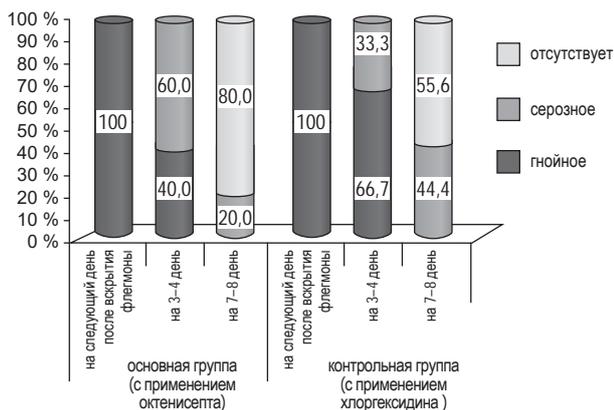


Рис. 6. Наличие отделяемого из гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

пропитывание стенок гнойной раны наблюдалось у 9 больных (45,0 %), а серозное – у 11 больных (55,0 %). На 3–4-й день лечения хлоргексидином (контрольная группа) гнойное пропитывание стенок гнойной раны встречалась у 14 больных (77,8 %), а серозное – у 4 обследуемых (22,2 %). На 7–8-й день лечения препаратом «Октенисепт» серозное пропитывание стенок гнойной раны наблюдалось у 6 больных (30,0 %), а у остальных его уже не было (70,0 %). На 7–8-й день местного лечения хлоргексидином серозное пропитывание стенок гнойной раны обнаружено у 8 обследуемых (44,4%), а у остальных оно отсутствовало (55,6%).

Определено наличие отделяемого из гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения (рис. 6). Установлено, что на следующий день после вскрытия флегмоны гнойное отделяемое из послеоперационной раны было отмечено в 100 % случаев как в основной, так и в контрольной группе наблюдения. На 3–4-й день местного лечения препаратом «Октенисепт» (основная группа) гнойное отделяемое из раны наблюдалось у 8 больных (40,0 %), а серозное – у 12 больных (60,0 %). На 3–4-й день лечения хлоргексидином (контрольная группа) гнойное отделяемое из послеоперационной раны встречалось у 12 больных (66,7 %), а серозное – у 6 обследуемых (33,3%). На 7–8-й день лечения препаратом «Октенисепт» серозное отделяемое из послеоперационной раны наблюдалось у 4 больных (20,0 %), а у остальных его уже не было (80,0 %). На 7–8-й день местного лечения хлоргексидином серозное отделяемое из послеоперационной гнойной раны обнаружено у 8 обследуемых (44,4 %), у остальных оно отсутствовало (55,6 %).

Определены сроки появления грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике проводимого лечения (рис. 7). На 3–4-й день местного лечения препаратом «Октенисепт» (основная группа) появление первых ярко-красных грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с флегмонами наблюдалось у 3 больных (15,0 %), в эти же сроки лечения хлоргексидином (контрольная группа) появление аналогичных грануляций у больных с флегмонами не выявили. На 5–6-й день лечения препаратом «Октенисепт» появление ярко-красных грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с флегмонами наблюдалось у 14 больных (70,0 %), а при лечении хлоргексидином только у 8 обследуемых (44,4%). На 7–8-й день местного лечения препаратом «Октенисепт» появление ярко-красных грануляций в послеоперационной гнойной ране у больных с флегмонами обнаружено у всех обследуемых (100 %), а при лечении хлоргексидином только у 14 больных (77,8 %).



Рис. 7. Сроки появления грануляций в ране у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.



Рис. 8. Сроки уменьшения площади гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

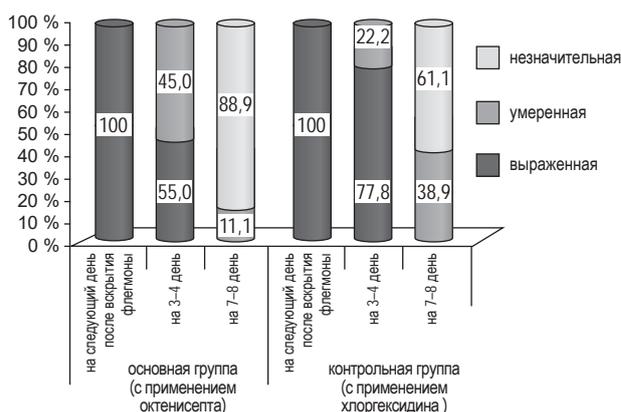


Рис. 9. Изменения выраженности воспалительной инфильтрации околожелудочных мягких тканей у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения.

Определены сроки уменьшения площади гнойной раны у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в динамике лечения (рис. 8). На 3–4-й день местного лечения препаратом «Октенисепт» (основная группа) уменьшение гнойной раны у больных с флегмонами зарегистрировано у 4 больных (20,0 %), в эти же сроки лечения хлоргексидином (контрольная группа) его выявили только у одного больного (5,6%). На 5–6-й день лечения

препаратом «Октенісепт» зменшення гнійної рани у больних с флегмонами відбувалось у 16 больних (80,0%), а при ліченні хлоргексидином тільки у 9 обстежуваних (50,0%). На 7–8-й день місцевого лічення зменшення гнійної рани виявлено у всіх обстежуваних як в основній, так і в контрольній групі спостереження.

Виявлено змінення вираженості запальної інфільтрації околичесних м'яких тканин у больних с флегмонами челюстно-лицьової області і шиї в динаміці лічення (рис. 9). Установлено, що на наступний день після відкриття флегмони виражена запальна інфільтрація околичесних м'яких тканин у больних с флегмонами була помічена в 100% випадків як в основній, так і в контрольній групі спостереження. На 3–4-й день місцевого лічення препаратом «Октенісепт» (основна група) виражена запальна інфільтрація околичесних м'яких тканин спостережувалась у 9 больних (45,0%) і помірна – у 11 больних (55,0%). На 3–4-й день лічення хлоргексидином (контрольна група) виражена запальна інфільтрація околичесних м'яких тканин зустрічалась у 14 больних (77,8%), а помірна – у 4 обстежуваних (22,2%). На 7–8-й день місцевого лічення препаратом «Октенісепт» помірна запальна інфільтрація околичесних м'яких тканин спостережувалась у 2 больних (11,1%), а у решти вона незначительна (90,0%).

На 7–8-й день місцевого лічення хлоргексидином помірна запальна інфільтрація околичесних м'яких тканин спостережувалась у 7 обстежуваних (38,9%), а у решти (61,1%) вона була незначительною.

В основній групі спостереження (при ліченні препаратом «Октенісепт») у 18 больних (90%) с флегмонами було накладено на гнійну рану ранні вторинні шви з 100-відсотковою ефективністю. В контрольній же групі спостереження (при ліченні хлоргексидином) було накладено на гнійну рану ранні вторинні шви у 9 больних с флегмонами (50,0%) з ефективністю в 88,9% випадків.

Висновки

На основі дослідження больних с флегмонами челюстно-лицьової області і шиї було об'єктивно доведено, що антисептичний препарат «Октенісепт», який використовується для місцевого лічення гнійних ран, має виражене антисептичне діє, яке значно перевищує таке у традиційних антисептичних засобів (хлоргексидин). Побочних дій препарату «Октенісепт» не помітили.

Препарат «Октенісепт» можна рекомендувати больним с флегмонами челюстно-лицьової області і шиї для місцевого лічення гнійних ран з метою профілактики розвитку гнійно-запальних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев. – 2012. – 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
3. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія. – К.: ВСВ «Медицина». – 2011. – 752 с.
4. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. – К.: ВСИ «Медицина». – 2015. – 800 с.
5. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія. – К.: ВСВ «Медицина». – 2017. – 752 с.

Лікування гнійних ран у хворих на флегмони щелепно-лицьової ділянки та шиї

О.О. Тимофеев, О.В. Умиров, А.О. Мирошник, С.І. Дубиченко

Мета: визначити ефективність застосування препарату «Октенісепт» для лікування гнійних ран у хворих із флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї.

Методи: проведено клінічне обстеження 38-и хворих із флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї.

Результати. На підставі обстеження хворих із флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї було об'єктивно доведено, що антисептичний препарат «Октенісепт», який використовується для місцевого лікування гнійних ран, має виражену антисептичну дію, яка значно перевищує таку у традиційних антисептичних засобів (хлоргексидин).

Висновки. Препарат «Октенісепт» можна рекомендувати хворим із флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї для місцевого лікування гнійних ран з метою профілактики розвитку гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова: гнійні рани, флегмони, гнійно-запальні захворювання, октенісепт, хлоргексидин.

Treatment of purulent wounds the patients with phlegmons of the maxillofacial area and neck

O. Tymofiev, O. Umirov, A. Myroshnyk, S. Dubichenko

Purpose: to determine the effectiveness of the use of the antiseptic solution «Octenisept» in complex for the treatment of purulent wounds the patients with phlegmons of the maxillofacial area and neck.

Methods: A clinical examination of 38 patients with phlegmons of the maxillofacial area and neck was conducted.

Results. On the basis of the conducted examinations of patients with phlegmons of the maxillofacial area and neck, it was objectively proved that the antiseptic solution «Octenisept» used for the local treatment of purulent wounds has a pronounced antiseptic effect, which is much higher than that of traditional antiseptic agents (chlorhexidine).

Conclusions. In patients with phlegmons of the maxillofacial area and neck, the antiseptic solution «Octenisept» may be recommended for the local treatment of purulent wounds in order to prevent the development of terrible inflammatory complications.

Key words: purulent wounds, phlegmon, purulent-inflammatory diseases, octenisept, chlorhexidine.

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.

Умиров Александр Владимирович – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ЧВУЗ «Киевский медицинский университет».

Мирошник Антон Александрович – ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ЧВУЗ «Киевский медицинский университет».

Дубиченко Сергей Игоревич – старший лаборант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ЧВУЗ «Киевский медицинский университет».