

Опыт применения антигомтоксических препаратов в комплексном лечении острых одонтогенных периоститов челюстей

В.С. ШИШКИН, асп.

С.В. ШИШКИН, к.м.н., асс.

Ю.И. ЧЕРГЕШТОВ, д.м.н., проф.

Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Experience of antihomotoxica in the complex treatment of acute odontogenic periostitis jaws

V.S. SHISHKIN, S.V. SHISHKIN, Yu.I. CHERGESHTOV

Резюме: В настоящей работе изучена эффективность препаратов с разным механизмом действия при лечении пациентов с острыми одонтогенными периоститами челюстей. Наилучший эффект наблюдается в случае назначения комплекса антибактериальных и антигомтоксических препаратов в послеоперационном периоде. Применение только антибактериальных препаратов подавляет местный иммунитет на ранних сроках лечения.

Ключевые слова: острый одонтогенный периостит, антигомтоксические препараты, антибактериальные и обезболивающие препараты.

Abstract: In the present study, we investigated the effectiveness of drugs with different mechanisms of action in the treatment of patients with acute odontogenic periostitis of jaws. The best effect is observed in the case of appointment of a complex antibacterial and antihomotoxic medications in the postoperative period. The use of antimicrobial drugs only suppress the local immunity in the early stages of treatment.

Key words: parulis, antihomotoxic medications, antibacterial and analgesic drugs.

Пациенты с острыми одонтогенными периоститами челюстей нередко встречаются на амбулаторном поликлиническом приеме (Робустова Т. Г., 2006). Зачастую развитие воспаления периоста и окружающих тканей связано с некачественным эндодонтическим лечением, с преобладанием количества антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также усилением вирулентности условно-патогенной микрофлоры и изменением иммунитета больного (Робустова Т. Г., 2003; Тимофеев А. А., 2007; Чергештов Ю. И. и соавт., 2015). Согласно современным представлениям лечение воспалительного процесса в челюстно-лицевой области требует хирургического вмешательства и назначения антибактериальных и противовоспалительных препаратов (Зорян Е. С. с соавт., 2000; Арьева Г. Т. с соавт., 2008). В то же время назначаемые антибактериальные препараты, в частности антибиотики, могут оказывать побочное действие, что приводит к поражению желудочно-кишечного тракта и развитию аллергических реакций. Поэтому необходимы новые подходы к лечению данной патологии и поиск новых препаратов, которые смогли бы стимулировать защитные системы организма (Шишкин С. В. и соавт., 2008). В качестве таких препаратов могут выступать антигомтоксические вещества, которые находят достаточно широкое применение в стоматологической практике (Вавилова Т. П. с соавт., 2006). Однако эти препараты не обладают бактериостатическими и бактерицидными свойствами (Чергештов Ю. И. и соавт., 2015). Вот почему необходимо сочетать различные лекарственные препараты, оказывающие всесторон-

нее действие на течение воспалительных процессов у больных с одонтогенными периоститами челюстей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности комплексного лечения острых одонтогенных периоститов челюстей путем назначения в послеоперационном периоде комплекса антибактериальных и антигомтоксических препаратов с разными механизмами действия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии в «Центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» МГМСУ им. А.И. Евдокимова под нашим наблюдением и лечением находились 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет с острыми одонтогенными периоститами верхней и нижней челюстей.

Согласно нашим данным (табл. 1), в лечении преимущественно нуждались мужчины в молодом возрасте от 20 до 40 лет, а также в возрасте более 50 лет. Чаще всего воспалительный процесс развивался на верхней челюсти в области моляров и премоляров.

При поступлении все пациенты жаловались на общее недомогание, припухлость и болезненность в области очага воспаления, которую они оценивали по предлагаемой нами цветовой шкале (рис. 1). Болевая чувствительность соответствовала 7–10 баллам.

Температура тела при выраженных клинических проявлениях у 30% пациентов была повышена ($37,7-38^{\circ}\text{C}$). У остальных 70% больных она была в пределах $36,9-37,2^{\circ}\text{C}$.

При внешнем осмотре кожные покровы в области очага воспаления имели разную степень гиперемии — от слабо до умеренно выраженной. Пальпаторно регионарные лимфатические узлы были увеличены, болезненны. Открывание рта, как правило, было не нарушено.

При осмотре тканей полости рта в области очага воспаления выявляли отечность, гиперемию и сглаженность по переходной складке. Причинный зуб имел глубокую кариозную полость или значительную степень повреждения коронковой части зуба.

По предложенной нами индивидуальной шкале воспаления (ИШВ), в которой в баллах выражали отек мягких тканей, гиперемию по переходной складке, болевой синдром, выраженность воспалительного процесса при поступлении оценивалась в 4–5 баллов (табл. 2).

Результаты клинического анализа крови свидетельствовали о реакции организма на воспаление: скорость оседания эритроцитов была повышена до 21 мм/час, наблюдался умеренный лейкоцитоз (от 10 до $15 \times 10^9/\text{л}$) без увеличения сегментоядерных лейкоцитов, количество эритроцитов соответствовало норме ($4,9\text{--}5,2 \times 10^{12}/\text{л}$). Количество тромбоцитов было в пределах референсных значений.

При рентгенологическом исследовании в области причинного зуба определялся очаг разряжения с нечеткими контурами до 3 мм. У трех пациентов в области причинных зубов определялись кистозные образования до 2 см. В ряде случаев (65%) на рентгенограмме в области причинного зуба определялась неудовлетворительная пломбировка каналов.

Из общего числа обследованных пациентов вскрытие очага воспаления с удалением причинного зуба проводилось в 20 случаях (10 на верхней челюсти и 10 на нижней челюсти). В остальных случаях производилось

вскрытие очага воспаления с сохранением причинного зуба и с последующим эндодонтическим лечением после стихания воспалительных явлений. Повторное обследование после оперативного вмешательства проводилось на третьи, пятые и при необходимости на седьмые сутки. Определялись сроки заживления и эпителизации раны.

В плазме крови иммуноферментным методом до лечения и после лечения определяли количество интерлейкина — 4 (ИЛ-4) и лактоферрина (ЛФ) в мг/мл.

После обследования в зависимости от локализации воспалительного процесса, под проводниковой или инфильтрационной анестезией 1,7 мл 4% раствора артикаин содержащего препарата «Убистезина» (Sol. Ubistesini) производился линейный разрез по переходной складке на всем протяжении инфильтрата с рассечением надкостницы. После вскрытия и дренирования очага воспаления операционное поле орошали 0,5% раствором NaCl и 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата.

По способу лечения в послеоперационном периоде все пациенты были разделены на две группы. Первой группе пациентов ($n = 13$) назначались только антибактериальные и противовоспалительные препараты «Амоксиклав» 625 мг х 3 раза в день в течение пяти дней, «Ксефокам» 4 мг х 3 раза в день в течение трех дней, «Кларитин» по 1 таблетке на ночь в течение пяти дней, в случае болевого синдрома «Кетанов» в дозе 10 мг. Второй группе пациентов ($n = 17$), с их согласия, дополнительно к антибактериальным и противовоспалительным препаратам в лечение включали антигемостатические препараты «Траумель С» по 1 таблетке 3 раза в день в течение 14 дней, «Лимфомиозот» по 15 капель 3 раза в день в течение 14 дней, «Остеохель» по 1 таблетке х 3 раза в сутки в течение 14 дней. Эти ангиомотоксические препараты обладают разным механизмом действия. Так, «Лимфомиозот» и «Траумель С» оказывают противовоспалительное и лимфодренажное действие, а «Остеохель» — остеоиндуктивное.

Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования

У пациентов первой группы, которые были отобраны в данную группу, по ИШВ местный статус оценивался

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст (лет)	Пол		Всего
	М	Ж	
20–30	5	2	7
31–40	5	2	7
41–50	4	3	7
51–60	6	3	9
Итого	20	10	30

Таблица 2. Показатели клинических проявлений в полости рта у больных с одонтогенными периоститами

Баллы	Клинические проявления
1	Отек мягких тканей отсутствует, незначительная гиперемия по переходной складке, пальпация безболезненна.
2	Отек мягких тканей отсутствует, выраженная гиперемия по переходной складке, пальпация слабо болезненна.
3	Отек мягких тканей слабо выражен, незначительная гиперемия по переходной складке, пальпация умеренно болезненна.
4	Отек мягких тканей умеренно выражен, выражена гиперемия по переходной складке, пальпация резко болезненна.
5	Отек мягких тканей сильно выражен, выражена гиперемия по переходной складке, пальпация резко болезненна.

Таблица 3. Количество интерлейкина-4 в плазме крови (мг/мл) у больных с одонтогенными периоститами челюстей в разные сроки лечения ($M \pm m$)

Группы	Сроки исследования (сутки)		
	До лечения	3-и	5-е
Первая	$1,63 \pm 0,55$	$1,63 \pm 0,38$ $p > 0,5$	$1,45 \pm 0,05$ $p > 0,1$
Вторая	$1,22 \pm 0,25$	$1,22 \pm 0,32$ $p > 0,5$	$0,91 \pm 0,21$ $p > 0,05$

p — рассчитано по отношению к значениям до лечения

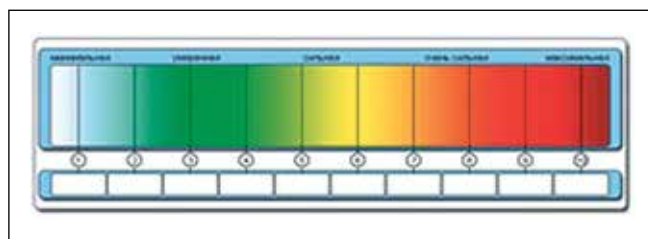


Рис. 1. Цветовая шкала оценки боли

в 4–5 баллов. На третьи сутки после вскрытия очага воспаления при повторном посещении пациенты этой группы жаловались на болевой синдром в 50% случаев, они принимали обезболивающие препараты. Отек мягких тканей наблюдался в 90% случаев, регионарные лимфатические узлы были увеличены и слабо болезненны при пальпации у 70% пациентов. Температура тела не превышала отметки 36,9°C. В полости рта по перчаточному дренажу выделялось скудное серозное отделяемое в 40% случаев. По индивидуальной шкале воспаления местный статус оценивался в 3 балла. Практически у всех пациентов был умеренно выраженный лейкоцитоз (8,3–9,4) в сочетании с допустимыми значениями СОЭ (от 8 до 15). На пятые сутки после операции все пациенты не предъявляли жалоб на боль, отек мягких тканей лица сохранялся у 30% пациентов, у них пальпировались единичные регионарные лимфатические узлы. Температура тела была в пределах нормы, количество лейкоцитов в периферической крови в пределах референсных значений. По индивидуальной шкале воспаления местный статус оценивался в 3 балла. Заживление раны полностью не происходило у 70% пациентов. Таким образом, наши данные показали, что по окончании курса стандартного лечения не происходит полного исчезновения признаков воспаления в области поражения.

Пациенты второй группы, которые получали комплекс антибактериальных и антигемотоксических препаратов, при обращении на третьи сутки отмечали общее удовлетворительное состояние, температура тела не превышала 36,9°C, количество лейкоцитов в периферической крови, находилось в пределах референсных значений. Скорость оседания эритроцитов колебалась от 2 до 7 мм/ч, что соответствует норме. Такая же клиническая картина сохранялась и в последующие сроки наблюдения.

Обследование тканей челюстно-лицевой области показало, что в этот период после вскрытия очага воспаления и назначения комплексного лечения коллатеральный отек мягких тканей умеренно- и слабовыраженный имел место в 50% случаев. Отделяемое из раны серозного характера определялось только у 30% пациентов. Эти же пациенты предъявляли жалобы на болез-

ненность в области очага воспаления, и они принимали препарат «Кетанов». Регионарные лимфатические узлы пальпировались в 60% случаев. Интенсивность воспалительной реакции по индивидуальной шкале воспаления у данной группы пациентов оценивалась в среднем в 2–3 балла. На пятые сутки послеоперационного периода у 90% оперированных пациентов конфигурация лица была не нарушена, но у 10% наблюдался слабо выраженный местный отек. Регионарные лимфатические узлы в 90% случаев не пальпировались, и только у 10% пациентов были увеличены единичные безболезненные лимфатические узлы. При осмотре полости рта гиперемия и отек в области очага вскрытия отсутствовали. По индивидуальной шкале воспаления воспалительный процесс оценивался в 1–2 балла. У 70% пациентов происходило заживление раны.

Данные по исследованию количества защитных белков в плазме крови представлены в табл. 3. На момент обращения содержание провоспалительного ИЛ-4 у больных с одонтогенными периоститами челюстей колебалось от 0,55 до 2,32 мг/мл. Показатели в обеих группах были сопоставимы ($p > 0,1$). На третьи сутки после оперативного вмешательства у пациентов обеих групп количество ИЛ-4 существенно не менялось и достоверно не отличалось от показателей, полученных до начала лечения. На пятые сутки наблюдалось снижение ИЛ-4 в плазме крови, которое было наиболее выражено у пациентов второй группы ($p > 0,05$).

Заключение

Результаты клинического обследования пациентов с острым одонтогенным периоститом челюстей показали, что в послеоперационном периоде назначение комплекса антибактериальных и антигемотоксических средств по разработанной нами схеме повышает эффективность лечения данной категории больных. При этом сроки реабилитации снижались за счет уменьшения воспалительных явлений и улучшения общего состояния здоровья.

Поступила 13.07.2016

*Координаты для связи с авторами:
127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 9а*

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Робустова Т. Г., Будылина С. М., Воложин А. И. Одонтогенные воспалительные заболевания: Руководство для врачей / под ред. Т. Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2006. — 664 с.
Robustova T. G., Budylyina S. M., Volozhin A. I. Odontogennyye vospalitelnyye zabollevaniya: rukovodstvo dlya vrachej / pod red. T. G. Robustovoj. — М.: Medicina, 2006. — 664 s.
2. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Учебник. — М.: Медицина, 2003. — 504 с.
Robustova T. G. Hirurgicheskaya stomatologiya. Uchebnik. — М.: Medicina, 2003. — 504 s.
3. Тимофеев А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — С. 179–188.
Timofeev A. A. Osnovy chelyustno-licevoj hirurgii: uchebnoye posobie. — М.: ООО «Medicinskoye informatsionnoye agentstvo», 2007. — S. 179–188.
4. Шишкин С. В. Клинико-биохимическое обоснование применения гомеопатических препаратов при удалении третьих моляров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 26 с.
Shishkin S. V. Kliniko-biohimicheskoye obosnovaniye primeneniya gomeopaticheskikh preparatov pri udaleniі tretih molyarov: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — М., 2008. — 26 s.
5. Арьева Г. Т., Соловьев М. М., Арьев А. Л. Комплексное лечение одонтогенного периостита и возможности оценки скорости регрес-

са воспалительного процесса в геронтостоматологии // Успехи геронтологии. 2008. т. 21. №3. С. 439–447.

Areva G. T., Solovjev M. M., Arev A. L. kompleksnoye lecheniye odontogennogo periostita i vozmozhnosti ocenki skorosti regressa vospalitel'nogo processa v gerontostomatologii // Uspehi gerontologii. 2008. T. 21. №3. S. 439–447.

6. Зорян Е. В., Лемецкая Т. И., Аллик Е. Л., Зорян А. В. Практический опыт применения антигемотоксических препаратов в лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта / Материалы Международного симпозиума «Антигемотоксическая терапия органов пищеварения». — СПб., 2000.

Zoryan E. V., Lemeckaya T. I., Allik E. L., Zoryan A. V. Prakticheskij opyt primeneniye antigemotoksicheskix preparatov v lechenii zabollevaniy slizistoy obolochki polosti rta / materialy mezhdunarodnogo simpoziuma «Antigemotoksicheskaya terapiya organov pishhevareniya». — SPb., 2000.

7. Вавилова Т. П., Барер Г. М., Лисицына Е. И. Использование препарата «Траумель С» в комплексном лечении пародонтита у пациентов страдающих сахарным диабетом // Пародонтология. 2006. №3 (40). С. 42–47.

Vavilova T. P., Barer G. M., Lisicyna E. I. Ispolzovanie preparata «Traumel S» v kompleksnom lechenii parodontita u pacientov stradayushhiy saxarnym diabetom // Parodontologiya. 2006. №3 (40). S. 42–47.

**Полный список литературы
находится в редакции.**