

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім.О.О.Богомольця**

**Кузняк Наталія Богданівна**

УДК 616.716.8-002.3:541.183-08

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ**  
**ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ПРЕПАРАТАМИ З СОРБЦІЙНОЮ ДІЄЮ**

14.01.22. - стоматологія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ - 1999

**Дисертацією є рукопис.**

Роботу виконано в Вінницькому державному медичному університеті ім.М.І.Пирогова та Буковинській державній медичній академії.

**Науковий керівник:**

Кандидат медичних наук, доцент Добровольська Маріамна Костянтинівна, завідувач кафедри стоматології Вінницького державного медичного університету ім.М.І.Пирогова.

**Офіційні опоненти:**

Доктор медичних наук, професор Харьков Леонід Вікторович, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця МОЗ України;

Доктор медичних наук, професор Процик Володимир Семенович, завідувач науково-дослідного відділення пухлин голови, шиї і модифікуючих методів лікування Українського науково-дослідного інституту онкології і радіології МОЗ України, Заслужений діяч науки і техніки України.

**Провідна установа:**

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м.Полтава.

Захист відбудеться "\_30\_"вересня 1999 р. о \_14:30\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.03 при Національному медичному університеті ім.О.О.Богомольця (252004, м.Київ, бульвар Шевченка, 17).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця МОЗ України (252004, м.Київ, вул. Зоологічна, 1).

Автореферат розісланий "22" \_червня \_1999 року.

**Вчений секретар****спеціалізованої вченої ради****кандидат медичних наук, доцент****Я.М. Вітовський**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність проблеми.** Лікування гострих гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки залишається актуальною проблемою хірургічної стоматології. В переважній більшості, 92.8%, причиною виникнення гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки є одонтогенна інфекція [Харьков Л.В., Чехова И.Л., 1996; Бернадський Ю.Й., 1998; Бернадский Ю.И., Маланчук В.О., 1998, Маланчук В.А., та співавт., 1998]. Недостатньо розробленим залишається питання ефективної профілактики і лікування локалізованих гнійно-запальних процесів порожнини рота та їх ускладнень [Попович Т.В., 1991; Ritzau M. at al., 1992; Oikarinen K., 1998;], які виникають після видалення зуба, особливо альвеоліту. В останні десятиліття відмічений ріст частоти та важкості ускладнень гнійно-запальних процесів цієї області. Так, згідно даних Чернівецької обласної клінічної лікарні відмічений ріст кількості випадків одонтогенних флегмон в 1995, 1996, 1997рр. відповідно 155, 164, 189 випадків, по даних Вінницької обласної клінічної лікарні в 1996 та 1997 рр. - відповідно 215 та 270 випадків. Серед них відсоток важких форм коливається від 12 до 27%. Збільшення важкості протікання флегмон в великій мірі залежить від безконтрольного застосування великої кількості антибактеріальних препаратів, що сприяє широкому розповсюдженню назоконіальної інфекції [Побережник О.Ю. та співавт., 1995; Дробышев В.Ю. та співавт., 1996; Трещинский А.И., 1997].

Важливим фактором в зростанні кількості важких форм протікання одонтогенної інфекції на Україні є погіршення екологічної та радіаційної обстановки в останнє десятиліття, що сприяє зниженню загальної імунологічної реактивності. Ці фактори мають важливе значення і в розвитку важких форм ускладнень локалізованих та генералізованих форм інфекції щелепно-лицевої ділянки [Забелин А.С., Милягин В.А., Усай Л.И., 1997; Астахова В.С., Маланчук В.А., Серенкова О.Л., 1998; Zeitoun I.M., Dhanarajani P.J., 1995]. Тому питання підвищення ефективності лікування альвеоліту та одонтогенних флегмон залишається актуальним в даний час.

Останнє десятиліття відзначилось і значним ростом кількості доступних нових медичних препаратів та методів загальної та місцевої детоксикації організму [Губін М.А. та співавт., 1996; Литвиненко В.Е., 1996; Герашенко І.І., 1997; Гомон М.Л., 1997; ]. Особливо малорозробленим залишається напрямок лікування гнійної рани щелепно-лицевої ділянки з використанням сорбційних препаратів [Смоляр Н.І., 1995; ]. Разом з тим успіх лікування одонтогенних флегмон в першу чергу залежить від ефективності дренивання та місцевого лікування рани [ Безуглая Е.П. та співавт., 1995]. В зв'язку з цим застосування

нових методик для підвищення ефективності дренивання гнійної рани з використанням препаратів сорбційної дії є важливим і актуальним [Тимофеев А.А., 1997].

**Зв'язок роботи з науковими програмами.** Дисертаційна робота виконана в відповідності з планом науково-дослідних робіт кафедри стоматології Вінницького державного медичного університету (номер Держреєстрації 0195015826).

**Мета і задачі дослідження.** Підвищити ефективність лікування хворих з альвеолітом та одонтогенними флегмонами за рахунок покращення дренивання, місцевої детоксикації, очищення та створення оптимальних умов для регенерації в рані.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні задачі:

1. Дослідити властивості полісорбу і лізетоксу та експериментально обґрунтувати доцільність їх використання в лікуванні гнійної рани.
2. Провести клінічне дослідження ефективності застосування полісорбу та лізетоксу при альвеоліті.
3. Обґрунтувати оптимальний спосіб покращення дренивання рани за допомогою діалізаторів заповнених сорбентами.
4. Проаналізувати ефективність комбінованого лікування поверхневих та глибоких одонтогенних флегмон з використанням діалізу рани сорбційними препаратами полісорбом та лізетоксом.

#### **Наукова новизна отриманих результатів.**

1. Вперше досліджені властивості сорбенту полісорбу і композиції лізетокс при лікуванні гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
2. Розроблений метод використання сорбуючих препаратів в діалізаторі при лікуванні одонтогенних флегмон.
3. Обґрунтована доцільність використання сорбентів в діалізаторі для покращення дренивання гнійних ран щелепно-лицевої ділянки.
4. Вперше при лікуванні глибоких одонтогенних флегмон отримана вища ефективність композиції лізетокс в порівнянні з полісорбом та традиційним лікуванням.
5. Доведено негативний вплив надмірного дегідратаційного ефекту діалізатора з полісорбом на процес загоєння гнійної рани.

#### **Теоретичне та практичне значення.**

1. Встановлений основний недолік місцевого застосування сорбційних препаратів при лікуванні альвеоліту, який пов'язаний з швидким вимиванням препарату та травмуючою дією на рану.
2. Доказано, що використання сорбентів в діалізуючому пристрої забезпечує швидше очищення і загоєння гнійної рани щелепно-лицевої ділянки.

3. Встановлено, що сильний дегідратаційний ефект сорбенту полісорб не корелює з швидкістю загоєння гнійної рани.
4. Обґрунтована необхідність іmobilізації лікарських препаратів на сорбентах для підвищення їх ефективності.
5. Доведена найвища ефективність композиції лізетокс в діалізаторі для покращення дренивання гнійної рани при одонтогенних флегмонах.
6. Обґрунтовано і впроваджено в практику новий, більш ефективний метод лікування одонтогенних флегмон за рахунок покращення дренивання та прискорення загоєння рани.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто визначений необхідний обсяг вивчення матеріалу, створені програми дослідження, обліку, аналізу та статистичної обробки даних. На базі лабораторій Вінницького державного медичного університету під керівництвом д.фарм.н. Геращенко І.І. та д.м.н., проф. Пентюка О.О. проведена експериментальна та лабораторна частина роботи. На базах Шепетівської стоматологічної поліклініки, Вінницької та Чернівецької обласних клінічних лікарень проведено обстеження та лікування 193 хворих на альвеоліт та одонтогенні флегмони.

**Апробація роботи.** Результати досліджень викладені на науково-практичній конференції, присвяченій 60-річчю Вінницького державного медичного університету (1994р.), Актуальні питання хірургії (Київ-Хмельницький-Вінниця, 1996р.), Актуальні питання медицини (Вінниця, 1997), на перших коледжських читаннях, присвячених пам'яті Д.К.Заболотного (Вінниця, 1996р.), на XV об'єднаній науковій медико-технічній конференції з міжнародною участю (на іноземній мові) - Київ-Вінниця, 1997р., на міжнародному симпозиумі "Принципи пропорції, симетрії, структурної гармонії та математичного моделювання в морфології" (Вінниця, 1997р.), а також на 2-му міжнародному конгресі з інтегративної антропології (Вінниця, 1998).

Апробація дисертаційної роботи відбулася 13 листопада 1998 року на спільному засіданні кафедр кафедр ортопедичної, хірургічної, терапевтичної стоматології, госпітальної хірургії з курсом стоматології та анестезіології, факультетської та пропедевтичної хірургії, біохімії, офтальмології Вінницького державного медичного університету ім.М.І.Пирогова МОЗ України та 2 лютого 1999 року в апробаційній раді стоматологічного факультету Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця.

**Публікації результатів дослідження.** За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових праць, отримано 2 посвідчення на раціоналізаторську пропозицію, 1 позитивне рішення по видачі патенту на винахід. Із них в центральних журналах - 5 статей, в збірниках, матеріалах конгресів та конференцій - 7.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 147 сторінках машинописного тексту і складається із вступу, огляду літератури, трьох розділів власних досліджень, обговорення результатів, висновків, практичних рекомендацій і списку літератури із 222 джерел. Робота ілюстрована 15 малюнками та 18 таблицями.

## **ЗМІСТ РОБОТИ**

**Об'єкт та методологія дослідження.** Експериментальна частина дисертації базується на 176 лабораторних дослідженнях білоксорбційної, бактерійзв'язуючої, водопоглинальної, протеолітичної властивостей полісорбу та композиції лізетокс, а також діалізуючого пристрою, заповненого цими препаратами. Клінічний матеріал дисертації склали результати власного обстеження та лікування 59 хворих на альвеоліт та 134 хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки. Дослідження виконані на базах відділень щелепно-лицевої хірургії Вінницької та Чернівецької обласних клінічних лікарень, Шепетівської стоматологічної поліклініки та лабораторій кафедр Вінницького медичного університету і Буковинської медичної академії.

У відповідності з метою та завданням дисертаційної роботи пацієнти були розділені на вісім клінічних груп.

Першу, контрольну групу, склали 24 пацієнти, в яких застосовувалось традиційне лікування альвеоліту. Воно передбачало знеболення, ревізію і кюретаж лунки зуба, промивання її розчином антисептика (0.2% р-н хлоргексидину біглюконату, 3% р-н перекису водню), введення йодоформної турунди, загального призначення антибактеріальних та знеболюючих препаратів.

В другій групі із 35 пацієнтів замість йодоформної турунди використовувалась композиція лізетокс на кісточковому маслі, яка складається з полісорбу 97%, антисептика етонію 1%, протеолітичного ферменту трипсину 2%. Проте аналіз клінічної ефективності застосування цього препарату проведений лише у 23 пацієнтів, в яких лізетокс зберігся в лунці до наступного відвідування лікаря.

Вік обстежених хворих був в межах від 18 до 53 років. Із них чоловіків було 21, жінок - 26.

Наступні шість груп склали хворі з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки. Із них контрольними були третя та четверта групи хворих з поверхневими та глибокими одонтогенними флегмонами, де використовувалось традиційне лікування.

Третю, контрольну групу хворих з поверхневими флегмонами щелепно-лицевої ділянки склали 26 пацієнтів. Із них чоловіків було 15, жінок - 11. В цій групі хворих проводилось традиційне лікування флегмони з використанням розтину, дренивання рани трубчатими поліхлорвініловими та гумовими дренажами, промиванням рани розчинами

антисептиків (перекису водню, фурациліну або хлоргексидином), призначенням загальної протизапальної та антибактеріальної терапії.

Четверту, контрольну групу хворих з глибокими флегмонами щелепно-лицевої ділянки склали 23 пацієнти. Із них чоловіків було 14, жінок - 9. В хворих цієї групи, до описаного вище лікування, додатково проводилась більш інтенсивна детоксикаційна терапія з використанням інфузійної терапії глюкозо-сольовими розчинами, низькомолекулярними декстранами та препаратами крові.

У хворих п'ятої і шостої груп додатково використовувалось дренивання гнійної рани за допомогою запропонованого нами полісорбу в діалізуючій мембрані - діалізатора. Обґрунтування і методика застосування діалізатора подані в клініко-експериментальному розділі.

П'яту групу склало 22 хворих з поверхневими флегмонами щелепно-лицевої ділянки. Із них чоловіків було 13, жінок - 9. В цій групі хворих в додаток до традиційного лікування за допомогою широких розтинів флегмони, після евакуації гною і промивання рани в ній залишали діалізатор з полісорбом. Діалізатор замінювали через 24 години. Хворим призначалась протизапальна та антибактеріальна терапія, як і в третій (контрольній) групі.

В шостій групі із 20 хворих з глибокими флегмонами щелепно-лицевої ділянки чоловіків було 10, жінок - 10. Загальна терапія принципово не відрізнялась від такої у хворих четвертої (контрольної) групи. Для дренивання рани використовувався діалізатор з полісорбом.

У хворих сьомої та восьмої груп використаний діалізатор з лізетоксом.

Сьому групу склали 21 хворий з поверхневими флегмонами щелепно-лицевої ділянки. Із них чоловіків було 11, жінок - 10. Лікування в хворих цієї групи відрізнялось від пацієнтів п'ятої лише тим, що в діалізатораторі, замість полісорбу, використовували лізетокс.

В восьмій групі із 22 хворих з глибокими флегмонами щелепно-лицевої ділянки чоловіків було 12, жінок - 10. В хворих цієї групи також використаний діалізатор з лізетоксом. Загальна терапія принципово не відрізнялася від такої у хворих четвертої (контрольної) групи.

Для оцінки клінічної ефективності лікування хворих з альвеолітом враховувались наступні критерії:

1. Болючість лунки. Враховувався день повного зникнення болю.
2. Гіперемія слизової оболонки навколо лунки зуба. Враховувався день повного зникнення гіперемії.
3. Повне очищення рани (день).
4. Кількість відвідувань.

## 5. Термін втрати працездатності.

Для оцінки клінічної ефективності лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки враховувались такі критерії:

1. Встановлювалась глибина і довжина операційної рани під час проведення хірургічного розтину і дренивання рани (в сантиметрах).
2. Термін виділень з рани. Зазначався термін повного припинення виділень з рани.
3. Термін зменшення інфільтрації тканин навколо рани. Використовувався метод об'єктивної оцінки зменшення об'єму тканин навколо рани на 1/2 та повне зникнення набряку і інфільтрату.
4. Термін зменшення болючості рани. Визначали добу повного зникнення болю при пальпації рани.
5. Термін появи гнунячої тканини. Враховували термін появи живої грануляційної тканини.
6. Характер лихоманки. Визначався методом термометрії в аксілярній ямці і відмічали добу нормалізації температури.
7. Термін відновлення функції нижньої щелепи. Функцію нижньої щелепи оцінювали по трьохбальній системі згідно рекомендацій Євдокимова А.І. та співавторів (1958).
8. Термін стаціонарного лікування.

Лабораторні показники ефективності лікування:

1. Показники загального аналізу крові проводились по загальноновживаній методиці в центральній лабораторії лікарні. Серед лабораторних показників враховувались лейкоцитоз, швидкість зсідання еритроцитів на 1-й, і 7-й день лікування хворих з поверхневими флегмонами та на 1-й і 9-й - при глибоких.
2. Цитологічні показники загоєння рани. Цитологічне дослідження (поверхнева біопсія рани) проводилось згідно методики Камаєва М.Ф.(1954) на 3-у добу у хворих з поверхневими і 4-у - у хворих з глибокими флегмонами.
3. Мікробіологічне дослідження. Визначався видовий склад мікрофлори рани та чутливість її до антибіотиків, що забезпечувало правильність вибору антибактеріальної терапії.
4. Біохімічні дослідження. Для оцінки вираженості загальної інтоксикації визначались наступні показники: молекули середньої маси (МСМ) визначалися в сироватці крові за методом Н.І.Габріелян та співавт. (1985); малоновий диальдегід (МДА) в сироватці крові визначали за методикою Стальної І.Д. та співавт.(1983); індекс еритроцитарної інтоксикації (ІЕІ) визначали згідно методу О.О.Тогайбаєва (1988).



Отримані результати досліджень оброблялись методом варіаційної статистики з використанням прикладних програм в оболонках "Foxpro", "Supercalc". Достовірність отриманих даних перевірялась згідно рекомендацій Лісіцина Ю.П.(1987).

**Основні результати дослідження.** На моделі раневого ексудату (альбумін сироватки бика та плазма крові людини) в лабораторних умовах проведено порівняльне дослідження білоксорбційної та водопоглинальної активності доступних сорбентів (полісорбу, лізетоксу, сферичного вуглецевого гемосорбенту, активованого вуглецевого волокнистого матеріалу "Дніпро-МН", дебрізану). Встановлена найвища ступінь сорбції у полісорбу (в середньому 42.5% за 3год. - 300 мг/г препарату) та лізетоксу (в середньому 59% за 3год - 320 мг/г препарату). Досліджена бактерійзв'язуюча активність полісорбу та лізетоксу. Встановлена неспецифічна (по виду мікроорганізму) висока антимікробна активність у вказаних сорбентів, яка становить  $3 \times 10^9$  мікробних тіл/г препарату. Виявлена протеолітична активність в композиції лізетокс (яка проявляється через 15хв. після використання препарату) та її відсутність у полісорбу.

Клінічна ефективність застосування композиції лізетокс у хворих на альвеоліт представлена в табл.1.

Згідно отриманих даних у 12 з 35 хворих не вдалося досягнути збереження лізетоксу в запаленій альвеолі, що потребує додаткових заходів по утриманні препарату в гнійному вогнищі. У 23 хворих, в яких вдалось використати композицію при лікуванні альвеоліту, клінічні показники були достовірно кращі в порівнянні з контрольною групою (див.табл.1).

Для введення та попередження вимивання сорбенту з рани при лікуванні одонтогенних флегмон запропоновано поміщати їх в контейнер - діалізатор з напівпроникної целюлозної гофрованої мембрани ТУ-606,И-38-78. Підвищення швидкості обміну між зовнішньою і внутрішньою частинами діалізатора та забезпечення проникнення трипсину та мікоорганізмів досягнуто за рахунок додаткової перфорації мембрани отворами діаметром 0.4мм, 15 отв./см<sup>2</sup>. Проведено лабораторне дослідження білоксорбційної та водопоглинальної активності створеного діалізуючого пристрою, заповненого сорбентом на моделі раневого ексудату. Встановлено, що осмотична активність діалізаторів з полісорбом і лізетоксом майже однакова і до кінця доби складає 400-450%, тобто 1 грам сорбенту поглинає 4.5 мл модельної рідини раневого ексудату. На основі отриманих даних рекомендовано розраховувати величину та кількість сорбенту діалізатора на добу в залежності від передбачуваного об'єму раневого ексудату. Виявлено збереження протеолітичної активності за межами діалізатора заповненого лізетоксом через 30 хвилин у водному середовищі.

Динаміка клінічних проявів альвеоліту  
в залежності від застосованого лікування.

Клінічні показники	Традиційне лікування n= 24	Лікування з лізетоксом n= 23(35)	Р
Болючість лунки(доба)	3,26 ± 0,14	2,30 ± 0,21	*
Гіперемія слизової(доба)	2,56 ± 0,15	2,06 ± 0,17	*
Повне очищення рани(доба)	3,50 ± 0,22	2,29 ± 0,18	*
Кількість відвідувань(раз)	4,10 ± 0,39	3,16 ± 0,23	*
Термін втрати працездатн(доба)	4,34 ± 0,16	3,17 ± 0,15	*

Примітка \* -  $p < 0.05$  при порівнянні з контрольною групою.

Досліджена ефективність лікування поверхневих та глибоких флегмон щелепно-лицевої ділянки з використанням традиційного дренування рани гумовими дренажами, промиванням рани антисептиком, змінами марлевих пов'язок та за допомогою діалізаторів, заповнених полісорбом і лізетоксом в інших групах.

Порівняльна характеристика клінічної ефективності запропонованого методу лікування при поверхневих флегмонах представлена в таблиці 2.

Таблиця 2 Порівняльна характеристика клінічної ефективності лікування різними методами поверхневих флегмон щелепно-лицевої ділянки

Клінічні показники (доба)	Традиційне лікування n= 26	Діалізатор з полі-сорбом n= 22	Р	Діалізатор з лізетоксом n= 21	Р	Р
Припинення виділі.з рани	3,50 ± 0,20	2,90 ± 0,21	*	2,70 ± 0,18	*	
Зменшення набряку на 1/2	4,20 ± 0,21	3,30 ± 0,13	*	3,70 ± 0,12	*	**
Зникнення набряку	5,70 ± 1,23	3,90 ± 0,19	*	4,50 ± 0,21	*	**
Зникнення болю в рані	5,50 ± 0,19	3,80 ± 0,20	*	4,10 ± 0,17	*	
Поява грануляційн.тканин	4,60 ± 0,15	3,60 ± 0,12	*	3,20 ± 0,10	*	**
Нормалізація температури	3,10 ± 0,13	2,40 ± 0,11	*	2,20 ± 0,10	*	
Відновл.функції н/щелепи	6,20 ± 0,29	5,40 ± 0,25	*	5,20 ± 0,26	*	
Тривалість стац.лікуван.	8,70 ± 0,28	7,60 ± 0,24	*	7,30 ± 0,23	*	

Примітка \* -  $p < 0.05$  при порівнянні з контрольною групою

\*\* -  $p < 0.05$  при порівнянні груп з полісорбом та лізетоксом

Узагальнюючи клінічні дані слід відмітити, що використання діалізаторів з полісорбом та лізетоксом достовірно прискорюють лікування гнійної рани. Це видно із швидшого припинення виділень з рани, зникнення набряку навколо неї, зникнення болючості, появи грануляційної тканини, нормалізації температури тіла хворого, відновлення функції нижньої щелепи та скорочення терміну стаціонарного лікування в обох групах хворих де застосовувалось дренування рани з використанням

діалізаторів з полісорбом та лізетоксом. Слід відмітити, що місцевий дегідратаційний ефект більш виражений при застосуванні полісорбу, проте грануляційна тканина появляється швидше при використанні лізетоксу.

Проведений аналіз лабораторних показників ефективності лікування. Встановлено, що застосування діалізаторів з полісорбом та лізетоксом для дренивання рани сприяло достовірно швидшому зниженню показнику лейкоцитозу в загальному аналізі крові, зниженню показників загальної інтоксикації - молекул середньої маси, малонового діальдегіду та індексу еритроцитарної інтоксикації. Аналіз цитологічного дослідження рани, який проводився на 3-ю добу лікування, показав, що запропонований метод дренивання створює кращі умови протікання репаративних процесів, що більше виражено при використанні діалізаторів з лізетоксом.

Порівняльна характеристика клінічної ефективності лікування одонтогенних флегмон глибоких клітковинних просторів щелепно-лищевої ділянки з використанням діалізного дренивання представлена в таблиці 3.

Аналіз клінічної ефективності застосування запропонованого методу дренивання глибоких клітковинних просторів щелепно-лищевої ділянки при одонтогенних флегмонах показав достовірно вищу ефективність в порівнянні з традиційним лікуванням. Так, застосування діалізаторів з лізетоксом та полісорбом сприяло швидшому припиненню виділень з рани, зникненню набряку навколо розтину, зникненню болю при ковтанні, болючості біля рани, появі грануляційних тканин, нормалізації температури тіла хворого, відновленню функції нижньої щелепи та скороченню терміну стаціонарного лікування в порівнянні з традиційним дрениванням рани гумовими випусниками.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика клінічної ефективності лікування різними методами глибоких флегмон щелепно-лищевої ділянки

Клінічні показники (доба)	Традиційне лікування n= 23	Діалізатор з полісорбом n= 20	P	Діалізатор з лізетоксом n= 22	P	P
Припинення виділ.з рани	7,30 ± 0,43	6,10 ± 0,36	*	5,00 ± 0,32	*	**

Зменшення набряку на ½	5,20 ± 0,24	3,70 ± 0,21	*	3,90 ± 0,17	*	
Зникнення набряку	7,60 ± 0,41	5,20 ± 0,27	*	5,30 ± 0,31	*	
Зникнення болю в рані	5,80 ± 0,32	4,90 ± 0,24	*	4,10 ± 0,23	*	**
Поява грануляційн.тканин	6,40 ± 0,27	5,60 ± 0,22	*	4,90 ± 0,20	*	**
Нормалізація температури	4,70 ± 0,23	3,90 ± 0,19	*	3,60 ± 0,16	*	
Відновл.функції н/щелепи	9,70 ± 0,64	8,10 ± 0,43	*	7,80 ± 0,53	*	
Зникнення болю при ковтанні	4,60 ± 0,22	4,00 ± 0,17	*	3,40 ± 0,18	*	
Тривалість стац.лікуван.	12,1 ± 0,34	10,8 ± 0,26	*	9,80 ± 0,29	*	**

Примітка \* -  $p < 0.05$  при порівнянні з контрольною групою

\*\* -  $p < 0.05$  при порівнянні груп з полісорбом та лізетоксом

Не виявлено достовірної різниці місцевого дегідратаційного ефекту полісорбу і лізетоксу, що спостерігалось при лікуванні одонтогенних флегмон поверхневих клітковинних просторів. Проте, встановлена вища клінічна ефективність використання лізетоксу, в порівнянні з полісорбом, яка проявляється в швидшому припиненню виділень з рани, появі грануляційної тканини, зникненню болючості в рані та скороченню терміну стаціонарного лікування і обумовлена більшою реалізацією дії трипсину та етонію при глибоких флегмонах.

Аналіз лабораторних показників ефективності лікування одонтогенних флегмон глибоких клітковинних просторів показав, що застосування діалізаторів з полісорбом та лізетоксом для дренажування рани сприяло достовірно швидшому зниженню швидкості зсідання еритроцитів в загальному аналізі крові, зниженню показників загальної інтоксикації - молекул середньої маси, малонового диальдегіду та індексу еритроцитарної інтоксикації. Таким чином, використання запропонованого методу дренажування рани знижує прояви загальної інтоксикації як при поверхневому, так і при глибокому розповсюдженні гнійно-запального процесу.

Цитологічне дослідження рани, яке проводилось на 4-у добу лікування, показало, що запропонований метод дренажування створює кращі умови протікання репаративних процесів в ній. Як і при лікуванні одонтогенних флегмон з поверхневою локалізацією цей ефект краще виражений при використанні діалізаторів заповнених лізетоксом.

## ВИСНОВКИ

1. Препарати сорбційної дії (полісорб та лізетокс) мають високу дегідратаційну, протеолітичну та антимікробну активність до моделі раневого ексудату, що обумовлено їх фізико-хімічним складом та властивостями.
2. Збереження фармакологічної форми в рані досягається шляхом використання діалізатора з напівпроникної мембрани, що попереджує його вимивання, негативну дію на репаративні процеси та забезпечує оптимальний термін дренивання гнійного вогнища щелепно-лицевої ділянки.
3. Використання полісорбу та лізетоксу в діалізуючому пристрої забезпечує вищу ефективність лікування одонтогенних флегмон за рахунок покращення дренивання рани в порівнянні з традиційним лікуванням.
4. Застосування діалізатора з полісорбом забезпечує більш виражений місцевий дегідратаційний ефект в порівнянні з лізетоксом, що має визначальне значення в комплексному лікуванні одонтогенних флегмон з переважанням ексудації і сприяє підвищенню ефективності загального лікування в середньому на 12%.
5. Застосування діалізатора з лізетоксом, обумовлює швидше очищення рани, що створює кращі умови для активних репаративних процесів в ній, сприяє зменшенню проявів загальної інтоксикації в порівнянні з полісорбом і забезпечує ефективніше лікування одонтогенних флегмон в середньому на 17.5%, особливо при глибокому розповсюдженні гнійно-запального процесу.

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для підвищення ефективності комплексного лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки рекомендовано місцеве використання препаратів з сорбційною дією.
2. Для збереження фармакологічної форми в рані при одонтогенних флегмонах щелепно-лицевої ділянки доцільно поміщати сорбент в напівпроникну мембрану - діалізатор з діаметром пор 2.5 нм, яка перфорована отворами 0.4мм, 15 отв./см<sup>2</sup>, що попереджує його вимивання, негативну дію на репаративні процеси.
3. В комплексному лікуванні одонтогенних флегмон з використанням діалізатора слід заповнювати його композицією лізетокс з розрахунку 1г порошку на 4-5 мл раневого ексудату на добу, що забезпечує оптимальні умови дренивання гнійного вогнища, особливо глибоких клітковинних просторів.
4. При гнійно-запальних процесах з переважанням ексудації доцільно використовувати в діалізуючому пристрої сорбент полісорб, який забезпечує високий місцевий дегідратаційний ефект.
5. Метод дренивання гнійної рани за допомогою сорбційних препаратів в діалізуючому пристрої доцільно проводити до очищення рани (в середньому 1-3 доби).

### СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.

1. Кузняк Н.Б., Штатко О.І., Геращенко І.І., Пентюк О.О. Застосування препарату "лізетокс" для лікування одонтогенних запальних процесів //Вісник стоматології. -Одеса, 1998. -N2. -С.43-45.
2. Кузняк Н.Б. Лікування альвеоліту комбінованим препаратом сорбційно-протеолітичної дії на основі полісорбу //Вісник стоматології. -Одеса, 1998. -N3. -С.49-51.
3. Кузняк Н.Б. Підвищення ефективності лікування глибоких одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки з використанням сорбентів //Шпитальна хірургія. -Тернопіль, 1998. -N2. -С.83-85.
4. Кузняк Н.Б., Геращенко І.І. Лікування одонтогенних гнійно-запальних процесів препаратами на основі дисперсного кремнезему //Вісник Вінницького державного медичного університету. -Вінниця. -1998. -N1. -С.146-148.
5. Кузняк Н.Б. Ефективність лікування хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки комбінованим препаратом, що поєднує сорбційні та протеолітичні властивості //Вісник Вінницького державного медичного університету.-Вінниця. -1997. -N2. -С.164-166.
6. Кузняк Н.Б. Загоєння лунки зуба при альвеоліті під дією препаратів виготовлених на основі сорбентів //Матеріали наукової роботи співробітників ВДМУ, -Вінниця, 1994. -С.188-189.
7. Желіба М.Д., Вільцанюк О.О., Геращенко І.І., Кузняк Н.Б. Клінічні аспекти застосування комбінованих лікарських засобів аплікаційної терапії, створених на основі аморфного кремнезему //Матеріали 2-го міжнародного конгресу з інтегративної антропології. -Вінниця, 1998. -С.34.
8. Kusnyak N.B. The use of adsorbents and other remedies based on them for the treatment of alveolitis //XV об'єднана наукова медико-технічна конференція /з міжнародною участю/:Матеріали конференції. – Київ-Вінниця,-1997. -С.24-26.
9. Кузняк Н.Б., Яценко В.А., Горленко О.В. Методипрофілактики альвеоліту //Актуальні питання хірургії. -Київ-Хмельницький-Вінниця. -1996. -С.75-76.
10. Кузняк Н.Б., Бабійчук Н.Ф. Застосування комбінованих лікарських форм, що поєднують сорбційні, антимікробні та протеолітичні властивості в терапії альвеоліту //Актуальні питання медицини. -Вінниця. -1997. -С.66-67.
11. Кузняк Н.Б., Бабійчук Н.Ф. Мікробна флора при обмеженому остеомієліті лунки видаленого зуба //Перші коледжські читання. Академік Д.К. Заболотний. -Вінниця. -1996. -С.31-32.

12. Кузняк Н.Б. Вікові особливості в розвитку альвеоліту //Принципи пропорції, симетрії, структурної гармонії та математичного моделювання в морфології: Мат. міжнар. симпозіума 5-9 травня 1997р. -Вінниця, 1997. -С.107-108.

Рішення про видачу патенту на винахід від 14.10.1998р. "Спосіб лікування альвеоліту" Реєстраційний номер заявки 97094500. Дата подання 05.09.97р. МПК 6А61К31/00.(Кузняк Н.Б.)

Раціпропозиції.

1. Кузняк Н.Б., Геращенко І.І., Мусін Р.А. Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію "Спосіб лікування флегмони щелепно-лицевої ділянки." N16 від 02.06.1998р.
2. Кузняк Н.Б., Бабійчук Н.Ф., Геращенко І.І., Мусін Р.А. Свідоцтво на раціоналізаторську пропозицію "Спосіб лікування альвеоліту." N26 від 28.08.1998р.

### АНОТАЦІЯ

Кузняк Н.Б. Комплексне лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки препаратами з сорбційною дією. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22. - стоматологія - Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, Київ, 1999.

Автором проаналізовані білковосорбційна, водопоглинальна, бактерійзв'язуюча, протеолітична властивості групи медичних сорбентів. Досліджена клінічна ефективність застосування лізетоксу при альвеоліті. Розроблений метод лікування одонтогенних флегмон з використанням діалізуючого пристрою з напівпроникливої мембрани, заповненого сорбентами полісорбом та лізетоксом. Досягнуто підвищення ефективності лікування флегмон щелепно-лицевої ділянки за рахунок покращення дренажування та очищення гнійної рани.

Ключові слова: альвеоліт, одонтогенна флегмона, сорбенти, діаліз.

### АННОТАЦИЯ

Кузняк Н.Б. Комплексное лечение гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области препаратами с сорбционными свойствами. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22. - стоматология - Национальный медицинский университет им.О.О.Богомольца, Киев, 1999.

Экспериментальная часть диссертации базируется на 176 лабораторных исследованиях в эксперименте выделено из общего количества доступных сорбентов и их композиций наиболее эффективные для лечения гнойной раны. Главными требованиями к

препарату, который предназначен для ускорения очищения и заживления раны были дегидратационно-сорбционные, протеолитические антимикробный и местноанестезирующий эффекты.

Автором проанализированы белоксорбционные, водопоглощающие, бактерийсвязывающие, протеолитические свойства группы медицинских сорбентов: АВВМ "Днепр", СУГС, Полисорба, Лизетокса и Дебризана. Белоксорбционные свойства изучали на лиофилизированной плазме человека и альбумине сыворотки быка. Наиболее высокие показатели сорбции белка выявлены у Лизетокса. Доказано, что Полисорб и Лизетокс связывают до  $3 \times 10^9$  микробных тел/г независимо от вида микроорганизмов.

Протеолитические свойства лизетокса определяли по скорости лизиса желатинового субстрата ферментсодержащими препаратами.

Также изучена кинетика поглощения воды диализирующими устройствами, заполненными Полисорбом, Лизетоксом и Дебризаном.

Исходя из экспериментальных исследований, рассчитано необходимая доза препарата для лечения гнойной раны с различной степенью эксудации и количеством раневого содержимого (1 грамм сорбента поглощает 4-5 мл эксудата).

На основании результатов лабораторного исследования доказано, что диализирующие устройства – эффективное средство доставки медицинских препаратов к очагу воспаления.

Клинический материал диссертации составили результаты собственного обследования и лечения 59 больных на альвеолит и 134 больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Для оценки клинической эффективности лечения больных были разработаны соответствующие клинические критерии для альвеолита и флегмон челюстно-лицевой области.

Лабораторные показатели эффективности лечения составили :

- 1) показатели общего анализа крови;
- 2) цитологические показатели заживления раньж;
- 3) микробиологические исследования;
- 4) биохимические исследования (оценивалась эндогенная интоксикация).

Исследована клиническая эффективность применения лизетокса при альвеолите. Разработанный метод лечения одонтогенных флегмон с использованием диализирующего устройства с полупроницаемой мембраны, заполненного сорбентами полисорбом и лизетоксом. Достигнуто повышение эффективности лечения флегмон челюстно-лицевой области за счет улучшения дренирования и очищения гнойной раны.

Ключевые слова: альвеолит, одонтогенная флегмона, сорбенты, диализ.



### SUMMARY

Kuznuak N.B. Complex treatment purulent-inflammatory processes maxillo-facialis region by the preparation with adsorbtion qualitys. -Manuscript.

The dissertation for the scientific degree of the Candidate of medical sciences on the speciality 14.01.22. - Stomatology. - National Medical University named after O.O.Bogomolets, Kiev, 1999.

By the author are analysed and advanced albumenabsorbtion, woterabsorbtion, bacteriumconnection, albumensmelting qualitys of the group medical sorbents. Clinical effect of the lizatox for treatment of the alveolitis was investigated. Method of a treatment of the odontogenic flegmons by the dialisator with lizatox and polisorb was work out. Increase effective a treatment of the odontogenic flegmons of the maxillo-facialis region by the best flow out and clearence of the purulent woynnd was attain.

Key words: alveolitis, odontogenic flegmons, sorbents,dyalys.