



# ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА І КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

№ 4 (61), 2013

## Експериментальна і клінічна медицина

Науково-практичний журнал  
Періодичність видання – 4 рази на рік  
Заснований у вересні 1998 р.

**Засновник, редакція та видавець –  
Харківський національний  
медичний університет**

Свідоцтво про державну реєстрацію  
друкованого засобу ЗМІ  
КВ № 16434-4906ПР від 21.01.10  
Журнал віднесено до наукових фахових  
видань України в галузі медичних наук  
(додаток до постанови президії ВАК України  
від 26.05.10 № 1-05/4)

Редактор *Л.В. Степаненко*  
Комп'ютерне верстання *Л.К. Сокол*

**Адреса редакції та видавця:**  
61022, Харків, просп. Леніна, 4  
Тел. (057) 707-73-00  
*e-mail: ekm.kharkiv@mail.ru*

Свідоцтво про внесення до Державного  
реєстру суб'єктів видавничої справи  
ДК № 3242 від 18.07.08

Номер рекомендовано до друку  
Вченою радою ХНМУ  
(протокол № 10 від 21.11.13)

Підписано до друку 22.11.13  
Ум. друк. арк. 11,37  
Обл.-вид. арк. 12,25  
Формат 60x84 1/8. Папір офс. Друк. офс.  
Тираж 500 пр. Зам. № 14-3114

Надруковано у редакційно-видавничому  
відділі ХНМУ

© Експериментальна і клінічна  
медицина, 2013

Головний редактор *В.М. ЛІСОВИЙ*

Перший заступник головного редактора  
*В.В. М'ясоєдов*

Заступники головного редактора:  
*В.А. Капустник, О.М. Ковальова, В.О. Сипливий*

Відповідальний секретар *О.Ю. Степаненко*

## Редакційна колегія

*В.І. Жуков, Г.М. Кожина, В.М. Козько,  
В.О. Коробчанський, І.А. Криворучко,  
В.А. Огнєв, Ю.С. Паращук, Є.М. Рябоконт,  
Г.С. Сенаторова, І.А. Тарабан, Т.В. Фролова*

## Редакційна рада

*О.Я. Бабак (Харків), П.А. Бездітко (Харків),  
О.М. Біловол (Харків),  
Р.В. Богатирьова (Київ), В.В. Бойко (Харків)  
Джєнс П. Бонд (Копєнгаген, Данія),  
В.О. Вишнеєвський (Москва, РФ), О.Ф. Возіанов (Київ),  
П.В. Волошин (Харків), О.Я. Грєчаніна (Харків),  
М.П. Воронцов (Харків), О.Я. Грєчаніна (Харків),  
І.Я. Григорова (Харків), Д.І. Заболотний (Київ),  
Т.В. Звягінцева (Харків), Н.І. Жєрнакова (Бєлгород, РФ),  
В.М. Козаков (Донецьк), Ю.М. Колєсник (Запоріжжя),  
М.О. Корж (Харків), І.Ф. Костюк (Харків)  
В.І. Лупальцов (Харків), В.Д. Марковський (Харків)  
С.Ю. Масловський (Харків),  
В.В. Мінухін (Харків), В.Ф. Москаленко (Київ),  
М.І. Пилипенко (Харків), Г.П. Рузін (Харків),  
Ж.Д. Семидоцька (Харків),  
Данієла Стрітт (Кройцлінген, Швейцарія),  
А.О. Терещєнко (Харків), Ю.І. Феєченко (Київ)*

Харків • ХНМУ • 2013

УДК 616.311.2-002.3-08-089.48:542.64

*Н.Б. Кузняк, С.І. Трифаненко, С.Ю. Паліс, Я.В. Горицький*  
*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

### **СПОСІБ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ДРЕНУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ АДЕНОАБСЦЕСІВ ПІДЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДІАЛІЗАТОРІВ, НАПОВНЕНИХ СОРБЕНТАМИ**

Наведені дані щодо особливостей перебігу гнійно-запальних ускладнень щелепно-лицьової ділянки. Проведено пошук нових методів лікування осіб із одонтогенними аденоабсцесами підщелепної ділянки. Доведено клінічну ефективність застосування препаратів на основі сорбентів порівняно з традиційним лікуванням.

**Ключові слова:** аденоабсцес, сорбент, лізетокс, полісорб, дронування.

У переважної більшості хворих (92,8 %) причиною виникнення гострих запальних процесів щелепно-лицьової ділянки є одонтогенна інфекція [1].

В останні десятиліття відмічений ріст частоти та тяжкості ускладнень гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки, які виникають після видалення зуба, особливо аольвеоліту. Так, за даними Чернівецької обласної клінічної лікарні, відмічений ріст кількості випадків одонтогенних абсцесів і флегмон: у 2003, 2004, 2005 рр. відповідно 115, 124, 131 випадків, а за даними Вінницької обласної клінічної лікарні, у 2004 та 2006 рр. – 215 та 270 випадків відповідно. Серед них відсоток тяжких форм коливається від 12 до 27 %. Збільшення тяжкості перебігу абсцесів і флегмон в значній мірі залежить від безконтрольного застосування великої кількості антибактеріальних препаратів, що сприяє широкому розповсюдженню назоконіальної інфекції.

Важливим фактором у зростанні кількості тяжких форм протікання одонтогенної інфекції в Україні є погіршення екологічної та радіаційної обстановки, що сприяє зниженню загальної імунологічної реактивності. Ці фактори мають важливе значення і в розвитку тяжких форм ускладнень локалізованих і генералізованих форм інфекції щелепно-ли-

цьової ділянки [2]. Тому питання підвищення ефективності лікування одонтогенних абсцесів і флегмон залишається актуальним.

Останнім часом значно зросла кількість нових медичних препаратів і методів загальної та місцевої детоксикації організму. Однак використання існуючих препаратів не завжди ефективно, що зумовлено їх недостатньо вираженою антимікробною активністю, повільним очищенням рани від гнійно-некротичних мас [3]. Останнім часом існує необхідність пошуку нових, більш ефективних методів лікування, спрямованих на профілактику ускладнень гнійно-запальних процесів, скорочення термінів непрацездатності. Напрямок лікування гнійної рани щелепно-лицьової ділянки з використанням сорбційних препаратів залишається малорозробленим. Разом з тим, успіх лікування одонтогенних абсцесів і флегмон у першу чергу залежить від ефективності дронування та місцевого лікування рани. Тому застосування нових методик для підвищення ефективності дронування гнійної рани з використанням препаратів сорбційної дії є важливим і актуальним [4].

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування осіб із одонтогенними аденоабсцесами шляхом поліпшення дронування, місцевої детоксикації, очищення та створення оптимальних умов для регенерації процесів у рані.

© Н.Б. Кузняк, С.І. Трифаненко, С.Ю. Паліс, Я.В. Горицький, 2013

**Матеріал і методи.** Хворих на одонтогенні аденоабсцеси підщелепної ділянки розподілили на три групи. У 1-й групі (n=26) проводили традиційне лікування, у 2-й (n=24) – додатково із сорбентами і у 3-й (n=28) – додатково полісорбом і лізетоксом. Після розкриття абсцесу в рану вводили діалізатор, виготовлений із напівпроникної мембрани, наповненої порошком полісорбу і лізетоксу. Перев'язку рани, під час якої діалізатор замінювали на новий, проводили один раз на добу. У більшості хворих 2-ї та 3-ї груп не виникало необхідності в призначенні загального лікування.

Було використано метод, який базується на видаленні токсичних метаболітів мікробних клітин і бактеріальних токсинів із вмісту рани при прямому контакті з сорбентом.

Порошкоподібна композиція Лізетокс включає, як основа, полісорб (стандартизована лікувальна форма дисперсного кремнезему, ТФС 42-2148-92), трипсин кристалічний (ДФ Х ст.703) або хімопсин, етоній (ФС 42-1599-87). Склад композиції: полісорбу не менше 96 %, трипсину 1–2 % (залежно від активності ферменту), етонію 1–2 %.

Лізетокс має детоксикаційну, осмоларну (водопоглинаючу), протимікробну і протеолітичну активність. Досвід показує, що раціонально використовувати даний препарат для місцевого лікування гнійних ран у 1-й фазі ранового процесу [5].

**Результати та їх обговорення.** Узагальнюючи клінічні дані (таблиця), слід відмітити, що використання діалізаторів із полісорбом і

пінення виділень із 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 застосовувалося дренивання рани з використанням діалізаторів із полісорбом і лізетоксом. Слід відмітити, що місцевий дегідратаційний ефект більш виражений при застосуванні полісорбу, проте грануляційна тканина утворюється швидше при використанні лізетоксу.

Проведений аналіз клінічних і лабораторних показників ефективності лікування показав, що застосування діалізаторів з полісорбом і лізетоксом для дренивання рани сприяло вірогідно швидшому зниженню показника 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-тю добу лікування, показав, що запропонований метод дренивання створює кращі умови перебігу репаративних процесів, що більше виражено при використанні діалізаторів із лізетоксом.

Таким чином, лікування одонтогенних аденоабсцесів підщелепної ділянки препаратами, іммобілізованими на основі сорбентів, має вірогідну перевагу над традиційним лікуванням, запобігає поширенню запального процесу на м'які тканини шиї [6, 7] і прискорює процес одужання хворих.

У подальшому досліджень планується вивчити ефективність застосування даних

*Клінічна ефективність лікування одонтогенних аденоабсцесів підщелепної ділянки різними методами, (M±m) діб*

Показник	Традиційне лікування (n=26)	Діалізатор із полісорбом (n=24)	Діалізатор із лізетоксом (n=28)
Припинення виділень з рани	3,52±0,20	2,92±0,21*	2,73±0,18*
Зменшення набряку на 1/2	4,18±0,21	3,30±0,13*	3,70±0,12**
Зникнення набряку	5,70±1,23	3,94±0,19*	4,50±0,21**
Зникнення болу в рані	5,32±0,19	3,70±0,20*	4,10±0,17*
Поява грануляційної тканини	4,60±0,15	3,60±0,12*	3,20±0,10**
Нормалізація температури	3,20±0,13	2,50±0,11*	2,30±0,10*
Тривалість стаціонарного лікування	8,90±0,28	7,70±0,24*	7,40±0,23*

*Примітка.* p<0,05: \*при порівнянні з контрольною групою; # при порівнянні груп із полісорбом і лізетоксом.

лізетоксом вірогідно прискорює лікування гнійної рани. Це видно зі швидшого при-

препаратів при лікуванні одонтогенних флегмон щелепно-лицьової ділянки.

**Список літератури**

1. Возбудители гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их чувствительность к антибиотикам / В.Г. Палий, А.С. Барило, А.А. Чеснокова, К.М. Сафронов // *Biomedical and Biosocial Anthropology*. – 2006. – № 6. – Р. 84–88.
2. Рожко М.М. *Стоматологія: Т. 2. Навчальне видання* / М.М. Рожко, І.І. Кириленко, О.Г. Денисенко; за ред. проф. М.М. Рожко. – К.: Книга плюс, 2010. – 545 с.
3. Барило А.С. Комплексное лечение больных с острой гнойной инфекцией мягких тканей лица и шеи с использованием озонированных растворов и композиций сорбентов / А.С. Барило // *Современная стоматология*. – 2005. – № 3. – С. 97–99.
4. Барило О.С. Експериментальне обґрунтування складу та дослідження властивостей гідрофільно-гідрофобної сорбуючої композиції / О.С. Барило, І.І. Геращенко // *Вісник стоматології*. – 2007. – № 5. – С. 35–38.
5. Кулаков А.А. *Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство* / А.А. Кулаков, Т.Г. Робустова, А.И. Неробеев. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 928 с.
6. Conservative management of deep neck abscesses in adults: the importance of CECT findings / P. Boscolo-Rizzo, C. Marchiori, F. Zanetti [et al.] // *Otolaryngol. Head. Neck Surg.* – 2006. – Vol. 135. – P. 894–899.
7. Deep neck infection: analysis of 185 cases / T.T. Huang, T.C. Liu, P.R. Chen [et al.] // *Head Neck*. – 2004. – Vol. 26. – P. 854–860.

**Н.Б. Кузник, С.І. Трифаненко, С.Ю. Палис, Я.В. Горицкий**

**СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДРЕНИРОВАНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ АДЕНОАБСЦЕССОВ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИАЛИЗАТОРОВ, НАПОЛНЕННЫХ СОРБЕНТАМИ**

Приведены данные об особенностях течения гнойно-воспалительных осложнений челюстно-лицевой области. Проведён поиск новых и актуальных методов лечения больных с одонтогенными аденоабсцессами. Доказана клиническая эффективность применения препаратов на основе сорбентов в сравнении с традиционным лечением.

**Ключевые слова:** аденоабсцесс, сорбент, лизетокс, полисорб, дренирование.

**N.B. Kuzniak, S.I. Tryfanenko, S.Yu. Palis, Ya.V. Horytskiy**

**METHOD OF IMPROVING THE QUALITY OF SUBMANDIBULARY ODONTOGENIC ADENOABSCESSES DRAINAGE USING FILLED WITH SORBENTS DIALYZERS**

The research presents the data concerning the peculiarities of the course pyoinflammatory complications of the maxillary-facial area. A search for new and topical methods of treatment of patients with odontogenic adenoabscesses in particular has been carried out. Clinical efficacy of the administration of medications on the basis of sorbents as compared with traditional treatment has been proved.

**Key words:** adenoabscess, sorbent, lysetox, polysorb, drainage.

*Поступила 28.10.13*