

**МЕДИЦИНА И ФАРМАКОЛОГИЯ****СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ****Икрамов Гайрат Алимович**

канд. мед. наук, доц.  
Ташкентского государственного стоматологического института,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Халманов Баходир Абдирашидович**

канд. мед. наук, доц.  
Ташкентского государственного стоматологического института,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Абдурахмонова Лазиза Шермамат кизи**

студент магистратуры  
Ташкентского государственного стоматологического института,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент

**АННОТАЦИЯ**

Актуальность проблемы диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО определяется необходимостью дальнейшего изучения и разработки принципиально новых способов прогнозирования характера течения и повышения эффективности лечения.

Существующие методы диагностики, включая клинические, не всегда позволяют адекватно отслеживать патологический процесс, что не дает врачу своевременную, эффективную коррекцию лечения больного. В обзоре описаны современные основы комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Поднимается вопрос о необходимости разработки новых лечебных мероприятий по борьбе с этим заболеванием.

**Ключевые слова:** лечение, диагностика, фурункулы, челюстно-лицевая область.

Проблема гнойной инфекции в челюстно-лицевой хирургии была и остается актуальной, что объясняется ростом числа больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области, увеличением числа случаев тяжелого генерализированного течения инфекций. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику таких методов лечения, как местное и общее хирургическое пособие, применение антибактериальных препаратов и химиотерапевтических средств, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, терапии сопутствующих заболеваний, современных физиотерапевтических средств, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области продолжают представлять угрозу для здоровья и жизни человека. Так же отмечается изменение клинической картины течения острых и хронических воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области (ЧЛО), возрастание числа осложнений, таких как сепсис, медиастенит, абсцесс головного мозга, тромбоз вен лицевых вен и пещеристого синуса, бактериальный шок. Этому сопутствует изменение вирулентности микрофлоры, появление антибиотико-резистентных и антибиотико-зависимых штаммов микроорганизмов, снижение иммунной защиты, усиливающееся на фоне дисбиоза желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при антибактериальном лечении гнойно-воспалительных

заболеваний (ГВЗ) ЧЛО, что осложняет течение заболевания и затрудняет лечение больных.

Выделение конкретного микроорганизма при фурункулах ЧЛО не является абсолютным доказательством его причастности к возникновению процесса, однако представляет собой большую ценность при тяжелом и осложненном течении болезни. Получение результатов антибиотикограммы является важным шагом в решении вопроса о рациональном назначении антибактериального препарата. В то же время, получение результатов бактериологического исследования и определения чувствительности этиологической микрофлоры к антибиотикам требуют длительного времени, что усложняет задачи, которые ставит перед хирургом течение болезни. В каждом конкретном случае к моменту получения результатов хирургическое пособие, как правило, оказано, а выбор антибактериального препарата осуществлялся эмпирически.

В работе японских исследователей Sasaki J. Et al. 1999 г. представлена идентификация 1145 штаммов микроорганизмов у 628 больных с гнойной инфекцией ЧЛО. В работе показано, что грамположительные бактерии представлены в гнойной ране в 53,7 % случаев, из которых оральные стрептококки составили 40,4 %. Грамотрицательные аэробы высеяны в 8,2 %. Анаэробные грамположительные бактерии выделены в 17 % случаев, среди них

13,3 % - пептострептококки. Анаэробные грамотрицательные микроорганизмы идентифицированы в 21,1 % посевов. Надо отметить, что грамположительные бактерии составили более 70 % всех возбудителей гнойной инфекции. Авторы считают, что в будущем повторение подобной работы вряд ли будет возможным из-за высоких материальных затрат, связанных с ее проведением.

При агрессивном или торпидном течении нагноений часто определяются представители микробиоценоза полости рта и его отдельных биотопов, например, родов порфиромонас и превотелла, а так же анаэробные и микроаэрофильные стрептококки. Бактерии такого рода имеют большой набор вирулентных факторов и устойчивы к ряду антибиотиков и антисептиков.

Идентификация анаэробов усложняется в значительной мере необходимостью их культивирования в особых, бескислородных, условиях в анаэробных статках в течение длительного времени. В последнее время начинает превалировать представление о главной роли ассоциации указанных видов бактерий с неспорообразующими анаэробами.

Считается, что тяжесть нагноительного процесса может быть связана не столько с характером возбудителя или ассоциацией микроорганизмов, сколько с их количеством в первоначальном очаге поражения. Повышенная обсемененность микроорганизмами играет важную иницирующую роль при нагноении.

Необходимо отметить, что высокая стоимость и большая трудоемкость микробиологических исследований, несмотря на их информативность, являются естественными ограничениями в их применении. А расчет на применение этих методов для эффективной антимикробной терапии гнойной раны не всегда обоснован.

Кроме того, существуют значимые для лечебного процесса различия между лабораторно определяемой микрофлорой гнойной раны и ее истинным качественным и количественным составом. До 30 % штаммов бактерий не доходит до лабораторного исследования, при этом в исследуемом материале (особенно ЖКТ, начальным отделом которого является полость рта) удается идентифицировать 5-50 % бактерий (Пашков Е.П., 2002г.). Остальных относят к не культивируемым или трудно выявляемым видам. Также технически трудно в реальном времени установить влияние внутрибольничной инфекции (например, синегнойной палочки) на гнойно-воспалительный процесс. Все это приводит к эмпирическому и неадекватному применению лекарств при лечении гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ, что усугубляет течение и затрудняет лечение заболевания.

Предложенные в последнее время экспресс-методы диагностики микробного агента и процессов, протекающих в очаге гнойного воспаления, по косвенным биохимическим признакам его присутствия (например, такие как газовая, жидкостная и газо-жидкостная хроматография, метод полимеразных цепных реакций, УЗИ диагностика, электротермометрия, рН-метрия) не всегда способны в полной мере решить проблему адекватной и эффективной

диагностики микрофлоры гнойной раны, особенно в условиях ургентной хирургии. Указанные трудности имеют различные причины: хроматографические методы трудоемки и имеют относительно малую пропускную способность; физические методы диагностики (УЗИ, рН-метрия, термометрия) не являются этиологическими и характеризуют в основном отдельные звенья патогенеза гнойно-воспалительного процесса ЧЛЮ. Полимеразный тест не позволяет определять чувствительность ассоциативной микрофлоры гнойной раны ЧЛЮ к антибиотикам и антисептическим препаратам.

Тяжелые осложнения фурункулов ЧЛЮ, такие как тромбоз лицевых вен, тромбоз кавернозного синуса, флегмона орбиты с компрессией зрительного нерва, гнойного менингита, абсцесса мозга, медиастинита, гнойного перикардита и тампонады сердца, септикопиемии, септицемии, бактериального шока ярко иллюстрируют значимость проблемы и ее нерешенность.

Определяющую роль в течении фурункулов и карбункулов ЧЛЮ играют не только вирулентные свойства микроорганизма, но и реактивность макроорганизма, изменение его иммунологических свойств, способность освобождаться от эндотоксинов.

В процессе развития гнойной инфекции в ЧЛЮ важное значение имеют и анатомо-физиологические особенности данной области (обилие клетчаточных пространств, выраженная васкуляризация и др.). В научно-прикладном аспекте ведутся разработки новых методов, направленных на повышение реактивности организма больных, повышение иммунитета, а также способов дренирования и обработки ран.

В связи с этим особо интересным является новый экспресс-метод индикации заболеваний и процессов микробной природы на основе явления лазерной флюоресцентной диагностики (ЛФД) на аппарате «Спектролюкс МБ». Для клинических целей такая методика и продукт для ее компьютеризации разработаны на кафедре госпитальной хирургической стоматологии ММА им. И.М. Сеченова и Московском Государственном институте электроники и математики Александровым М.Т., Бажановым Н.Н., Воробьевым А.А., Пашковым Е.П., Платоновой В.В., Морозовой О.А. (1991-2001гг.). Авторы применяли метод лазерной флюоресцентной диагностики для выявления заболеваний ЧЛЮ микробной природы (абсцессы, флегмоны), проведены работы по оценке эффективности их лечения и определения сроков реабилитации, определению местного и общего действия на организм этиотропных факторов, определяли выбор адекватной, индивидуально обоснованной антисептической обработки гнойной раны, проводили сравнительную оценку эффективности современных антисептических средств, в реальном масштабе времени, обосновывали длительность и сроки такой обработки в зависимости от степени тяжести заболевания и фазы раневого процесса.

В настоящее время разработана патогенетически обоснованная концепция лечения гнойных ран, включающая в себя комплексность воздействия на разных стадиях воспалительного процесса. Главным методом лечения гнойных ран челюстно-лицевой

области остается хирургическая обработка, основными компонентами которой является широкое раскрытие очага воспаления с опорожнением всех гнойных карманов, «щадящее» иссечение нежизнеспособных тканей, активное дренирование раны, лаваж, эффективная антисептическая обработка, в результате чего создаются условия для очищения патологического очага от гнойно-некротических масс и благоприятного течения репаративного процесса. Последующее лечение на основе использования физических, химических и биологических средств является вспомогательными, но не второстепенными факторами эффективного лечения.

Остановившись на особенностях комплексного лечения больных с фурункулами челюстно-лицевой области следует отметить, что важная роль отводится средствам местной лекарственной терапии гнойной раны. Обоснованным можно считать только такое местное медикаментозное лечение, которое проводится строго в соответствии с патогенезом раневого процесса, то есть с учетом фазы его течения (М.И. Кузин, Б.М. Костюченко, 1990 г.). Так, в первой фазе воспаления лечение должно быть направлено на подавление инфекции, эвакуацию содержимого, отторжение погибших клеток, во второй - на стимуляцию роста грануляционной ткани, а также снижению уровня микробной обсемененности. В третью фазу показано назначение препаратов и лекарственных форм, препятствующих травмированию нарастающего эпителия и стимулирующих регенерацию. Исходя из патогенеза раневого процесса, считают, что лекарственные средства, применяемые в I фазе раневого процесса, должны оказывать антимикробное, дегидратирующее, некролитическое и по возможности обезболивающее действие, то есть способствовать подавлению микрофлоры и скорейшему очищению раны, создавая тем самым условия для последующей регенерации.

Все многообразие лекарственных препаратов, применяющихся для местного лечения ран, делится на две группы: первая - препараты, обладающие преимущественно однонаправленным действием (антимикробным, дегидратирующим, некролитическим и др.), вторая - лекарственные препараты многокомпонентного действия. К первой группе относятся антисептики и дезинфицирующие вещества (Черкесов И.В., 2006г.). На сегодняшний день роль антисептических препаратов остается чрезвычайно высокой, несмотря на наличие множества способов физического воздействия на поверхность раны. К данной группе препаратов предъявляют ряд требований: они должны обладать широким спектром действия в отношении большинства микроорганизмов, простейших, грибов, малым латентным периодом действия, высокой эффективностью, несмотря на присутствие в ране крови, гноя, некротизированных тканей; обладать минимальной всасываемостью с места их нанесения, низкой токсичностью, аллергенностью и т.д. Механизмы антимикробного действия антисептиков различны. В одних случаях это денатурация белков, нарушение проницаемости цитоплазматической мембраны, в других торможение активности ферментных комплексов,

необходимых для жизнедеятельности микроорганизмов.

Ко второй группе препаратов, применяемых с целью местного воздействия на гнойную рану в первой фазе, относятся комбинированные препараты с многокомпонентным действием на течение раневого процесса: антимикробным, дегидратирующим, противовоспалительным, обезболивающим, способствующие очищению раны от гнойно-некротических тканей, ликвидации перифокального отека и инфильтрации воспалительно измененных тканей и стимулируя рост грануляций. В челюстно-лицевой хирургии в комплексном лечении ГВЗ ЧЛЮ широко применяются такие антисептики, как фурацилин, хлоргексидин и его производные (корсодил, цитеал, сибикорт, элюдрил), диоксидин, мирамистин, цидипол, листерин и многие другие препараты, хорошо зарекомендовавшие себя в общей хирургии. Из многокомпонентных препаратов, применяемых в первой фазе раневого процесса активно используется мазь «Левомеколь», содержащая левомицетин, метилурацил, полиэтиленоксид, мазь «Диоксиколь», содержащая диоксидин, тримекаин, метилурацил, полиэтиленоксид, а также мази «Сульфамеколь», «Левосин», «Метрокаин», «Стрептонитол», «Нитацид» и другие.

Длительный опыт применения в стоматологии наиболее широко известных антисептиков показал, что наряду с достаточной эффективностью многие препараты имеют ряд существенных недостатков. Так фурацилин, как показали работы последних лет имеет низкую антибактериальную активность. Хлоргексидин обладает раздражающим и аллергогенным действием. Диоксидин не всегда хорошо переносится пациентами, обладает аллергогенным, тератогенным и мутагенным действием. Кроме того, по данным ряда авторов наиболее эффективные лекарственные препараты со временем снижают свою активность, создают побочные явления и осложнения, что связано с изменением экологической структуры микроорганизмов, развитием резистентных штаммов, с одной стороны, и снижением иммунобиологической резистентности и аллергизации пациентов - с другой (Кузин М.И., Костюченко Б.М., 1990 г., Царев В.Н., 1993 г., Воложин А.И., 1995 г.). Все это определяет поиск новых антисептических средств, которые были бы более эффективны и не обладали бы выше перечисленными недостатками.

На кафедре госпитальной хирургической стоматологии ММА им. И.М. Сеченова проведена сравнительная оценка наиболее широко применяемых препаратов для обработки гнойной раны ЧЛЮ и выявлено, что в настоящее время наиболее эффективными являются препараты хлоргексидин и мирамистин. Однако автор указывает, что индивидуальный выбор антисептика необходимо проводить на основе объективной его оценки методом лазерной флюоресцентной диагностики, так как у определенных больных были эффективны фурацилин и хлорексидин, а у некоторых не эффективны хлоргексидин и диоксидин. Все это свидетельствует о том, что без адекватного метода контроля выбор средства для обработки гнойной раны может оказаться не до конца обоснованным.