

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЗКОСПЕКТРАЛЬНЫХ ИНФРАКРАСНЫХ ИЗЛУЧАТЕЛЕЙ

© 2015. Ш.Н. Якубов, А.И. Хасанов, М.Н. Мирзаев

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Таянч сўзлар: флегмона, юз-жағ, жағости, антисептик, дексан Л.

Key words: abscess, maxillofacial, antiseptic, deksan L.

КИСКА СПЕКТЕРЛИ ИНФРАКИЗИЛ НУРЛАТИШ БИЛАН ЖАҒОСТИ СОҲАСИ ОДАНТОГЕН ФЛЕГМОНА-СИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ.

Мутахассисларнинг йирингли инфекциялар устида олиб борилаётган самарали ишларига қарамасдан, одонтоген яллиғланишларни диагностикаси, давоси, профилактикаси, асорати тўлиғича ечимини топмаган, шу боис яхши самара берувчи даволаш усуллар устида илмий ишлар олиб боришни тақоза этади. Ишнинг мақсади: қисқаспектерли инфракизил нурлатиш билан жағости соҳаси одонтоген флегмонасини комплекс даволашни яхшилаш. Материал ва усуллар: текширишлар икки гуруҳда 18-60 ёшгача бўлган 36 та беморда ўтказилади. Текшириш натижалари: иккала гуруҳда ўтказилган даволаш усулларида кейин *Staphylococcus aureus* топилган. Хулоса: натижалар шуни кўрсатдики, қисқаспектрли инфракизил нурлатишни комплекс даволашда Дексан Л антисептиги билан қўллаш, жароҳатда потаген микрофлораларни миқдорини камайтиради, ҳамда стационар даволаш муддатини қисқартиради.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF ODONTOGENIC ABSCESES MAXILLOFACIAL NARROW SPECTRAL USING INFRARED EMITTERS

Sh.N. Yakubov, A.I. Hasanov, M.N. Mirzaev

In spite of the active work experts various fields of science on the problem of purulent infection, many questions relating to the diagnosis, treatment and prevention of odontogenic inflammatory diseases and their complications not yet been resolved and require further study in order to develop better and more effective treatments. Objective: to improve the comprehensive treatment of odontogenic abscesses maxillofacial narrow spectral using infrared emitters. Material and methods: the study was conducted in two groups of 36 patients, aged 18 to 60 years. Results: in both groups, the study carried out after the treatment was found *Staphylococcus aureus*. Summary and conclusions: the results shows that the application and postoperative narrow spectral infrared rays in combination with antiseptic Deksan L (DL) that earns reduce pathogenic organisms in the wound, also reduces the patient treatment.

Одонтогенные флегмоны челюстно - лицевой области остаются актуальной проблемой на сегодняшний день. Несмотря на активную работу специалистов самых различных сфер науки над проблемой гнойной инфекции, многие вопросы, касающиеся диагностики, лечения и профилактики одонтогенных воспалительных заболеваний и их осложнений, еще не решены и требуют дальнейшего изучения, с целью выработки более совершенных и эффективных методов лечения [1,3,4]. До настоящего времени более 40 % коек стоматологических стационаров занимают больные с воспалительными процессами челюстно-лицевой области [2,5]. За последние десятилетия в гнойной хирургии сформировалась схема комплексного лечения данных заболеваний. Общепринятым считается хирургическое лечение с устранением причинного фактора и санацией очага инфекции [2,3,4]. Одним из ведущих компонентов общего медикаментозного лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является антибактериальная терапия. Ее основной принцип - сохранение средних терапевтических концентраций препарата в крови, органах и тканях организма. Врачами используются стандартные схемы антибактериальной терапии, описанные в инструкциях по их применению. Клинические наблюдения показали, что включение в арсенал терапии ультразвуковых колебаний низкой частоты обеспечивает более быстрое очищение раны, созревание грануляций и позволяет подготовить рану к закрытию в более ранние сроки [2,3,4].

Однако не снижающаяся частота тяжелых случаев и грозных осложнений является предметом постоянного исследования хирургов-стоматологов [4,5]. Физические факторы при лечении больных с воспалительными процессами ЧЛО (челюстно-лицевой области) позволяют стимулировать иммунобиологические реакции организма, снизить явления общей и местной сенсibilизации, изменить нервно-гуморальные процессы в организме и патологическом очаге, усилить локальное действие лекарственного вещества. Таким образом, сложность патогенеза данной патологии – наличие микробного фактора, угнетение иммунологи-

ческого статуса, интоксикация, микроциркуляторные нарушения, общая и местная гипоксия и т.д. обуславливают разнообразие методов лечения. Традиционные методы введения антибиотиков не всегда могут обеспечить их достаточную концентрацию в воспалительном очаге, а применение ударных доз, как было указано выше, приводит к развитию ряда осложнений: лекарственной интоксикации и аллергии, подавлению иммунных систем организма [5,6,7].

Следует отметить, что препараты, применяемые для местного лечения, предназначены для использования в дегенеративно-воспалительной фазе, т.е. для очищения раны от гнойно-некротических и фибриновых масс [3,4].

Однако анализ материальных данных показывает, что до настоящего времени отсутствует четкое представление для установления правильной дозировки и продолжительности лечения тем или другим препаратом. Недостаточно изучены биохимические и биофизические изменения в организме больных с ГВЗ ЧЛЮ, а анализ изменений в гнойной ране проводится в основном трудоёмкими микробиологическими методами исследований [5,6,7].

Обобщая приведенные данные литературы, можно прийти к заключению, что существующее разнообразие применяемых методов лечения больных с ГВЗ ЧЛЮ свидетельствует о сложности данной патологии и о том, что клиницисты не всегда бывают удовлетворены результатами проводимого лечения. Это обстоятельство обусловлено малоизученностью ряда вопросов патогенеза, и следовательно, существует перспектива разработки новых патогенетически обоснованных подходов к лечению этой патологии [3,4,5].

Цель работы: Улучшить комплексное лечение одонтогенных флегмон подчелюстной области с применением узкоспектральных инфракрасных излучателей.

Материал и методы исследования: Для решения поставленной цели нами было проведено обследование 36 больных, в возрасте от 18 до 60 лет с одонтогенной флегмоной подчелюстной области, поступивших в клинику на 7-10-й день после начала заболевания. В день поступления в стационар после сбора анамнеза проведения общеклинических исследований под наркозом, по показаниям удаляли причинные зубы, вскрывали гнойный очаг, промывали рану растворами антисептиков и дренировали. Исследуемые больные были распределены на 2 группы: первая группа – (n=17) в течение недели получала традиционное лечение, которое заключалось в назначении антибактериальной, симптоматической, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии и со второго дня - местно инфракрасные лучи в течение 10 дней. Вторая группа - (n=19) наряду с традиционным лечением со второго дня местно, в течение 10 дней облучались узкоспектральными инфракрасными лучами серии RC, GI, ZB, KL и KB по схеме Р.Х.Рахимова в комплексе с антисептиком Дексан Л (ДЛ) [2,4,7]. Анализ от больных забирали: на 1, 5 и 8 сутки после операции. У всех больных производился качественный и количественный анализ микрофлоры гнойных ран по общепринятым микробиологическим методикам [5,6]. Полученные результаты статистически обработаны методом вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ для IBMPCAT.

Результаты исследования показали, что при поступлении наиболее характерными клиническими признаками были боль, асимметрия лица за счет припухлости, гиперемия кожных покровов, наличие инфильтрата и флюктуации. К 5-6 дню лечения при традиционном лечении: частично сохранилась слабость, выделения гноя из раны, припухлость и увеличение регионарных лимфатических узлов. При применении узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексном лечении одонтогенных флегмон подчелюстной области к 4-5 дню лечения исчезали боли, отека мягких тканей, уменьшалось отделяемое из раны.

У 36 исследуемых больных с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области, в гное были выделены грамположительные, грамотрицательные бактерии и дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Общие статистические данные по результатам бактериологических исследований представлены в таблице №1. Как показывают полученные данные, микрофлора раны при одонтогенных флегмонах подчелюстной области была разнообразной и

Таблица 1.

**Спектр микроорганизмов, выделенных из гноя одонтогенных флегмон
челюстно-лицевой области**

№	Наименование микроорганизмов	Флегмоны n-36	
	Общее количество анаэробов	n-45	100%
1	Бактериоиды	n-17	37,8
2	Пептострептококки	n-16	35,6
3	Синийгнойная палочка	n-12	26,6
	Общее количество аэробов	n-105	100%
1	Стафилакокк золотистый	n-20	19,3
2	Стафилакокк эпидермис	n-14	13,3
3	Стрептококк пиогенный	n-12	11,4
4	Стрептококк гемолитический	n-18	17,1
5	Эшерихии	n-15	14,2
6	Грибы рода Кандида	n-14	13,3
7	Протеи	n-12	11,4

включала в себя, как патогенные, условно-патогенные, так и сапрофитные микроорганизмы. Роль всех этих микроорганизмов не однозначна в патогенезе гнойной раны. К примеру, *St.epidermidis*, *Candida*, *E.coli* являются представителями нормальной микрофлоры кожи и слизистых оболочек. При анализе результатов бактериологического посева установлено, что из гноя выделялись бактерии одного вида (моноинфекция) и ассоциации нескольких микроорганизмов. В моноинфекции (52%) чаще встречались *St. aureus*, *Str. epidermidis*, *St.pyogenes*, *E coli*, *St. hemolyticus*. В ассоциациях (48%) чаще всего присутствовали грамположительные кокки, грамотрицательные бактерии и сапрофиты. При исследовании перед выпиской, в отделяемом из раны выделялись представители нормальной микрофлоры кожи.

У больных с одонтогенной флегмоной подчелюстной области в гное чаще высевались стафилококки и стрептококки (Таблица №2). Изучение количественных параметров микроорганизмов у этих больных показывает, что из анаэробной флоры большую часть составили пептострептококки, количество которых составило $7,85 \pm 0,24$ Lg КОЕ/мл гноя. Количество факультативной флоры также было значительным и среди них основную массу составили стафилококки - $6,64 \pm 0,45$ Lg КОЕ/мл, стрептококки - $5,10 \pm 0,28$ Lg КОЕ/мл, самые низкие показатели у микробов относящихся к роду протей. На фоне традиционного лечения к 5-6 дню выделения из раны, по отношению к исходным данным, уменьшились в следующем порядке: бактериоиды на 46,9%, пептострептококки на 58%, синегнойная палочка на 40,2%, стафилококк золотистый на 50,4%, стафилококк эпидермис на 40,4%, стрептококк пиогенный на 46,3%, стрептококк гемолитический на 44,2%, эшерихии на 39,8% и протей на 32,7%. Однако количество грибов рода *Candida* не уменьшается, а наоборот имеет тенденцию к росту до 7-8 дня.

Наиболее интересные данные получены нами при использовании узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами подчелюстной области. В количественном отношении произошла положительная динамика в сторону снижения числа микроорганизмов. После 4-го сеанса применения узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексе с антисептиком Дексан Л (ДЛ) на гнойную рану в подчелюстной области, резко снизилось количество всех микроорганизмов - грамотрицательных энтеробактерий и грамположительных кокков ($p < 0,05$). Грибы рода *Candida* снизилось до минимальных титров (1,00 Lg КОЕ/мл) и полностью элиминировали перед выпиской (к 8 дню), кроме *St.epidermidis*, который как представитель нормальной микрофлоры кожи, высевался ниже критического уровня.

Выводы: 1. Применение узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексном лечении с антисептиком Дексан Л (ДЛ) одонтогенных флегмон подчелюстной области, способствует

Таблица 2

Количественная характеристика изменений микрофлоры гноя одонтогенных флегмон подчелюстной областитканей при различных способах лечения (LgM±m, КОЕ/мл)

№	Группы микробов	Количество микробов на 1мл гноя у больных				
		1 день n-36 исход.показ.	При традиционном лечении n-17		При предложенном лече- нии n-19	
Общее количество анаэробов			5-день	8-день	5-день	8-день
1.	Бактериоиды	7,72±0,63	6,24±0,44	4,10±0,31*	2,54±0,52*	-
2.	Пептострепток-ки	7,85±0,24	6,47±0,51	3,30±0,21*	1,47±0,12*	-
3.	Синийгн.палочка	7,25±0,37	6,30±0,41	4,34±0,65*	2,75±0,42*	-
Общее количество аэробов						
1.	Стафил.золотист.	6,64±0,45	5,40±0,38	3,30±0,12*	1,22±0,24*	-
2.	Стафил.эпидерм.	5,82±0,42	4,15±0,27	3,47±0,14*	1,87±0,21*	0,25±0,1
3.	Стрепт. пиоген.	5,10±0,28	4,34±0,18	2,74±0,21*	1,34±0,28*	-
4.	Стрепт. гемолит.	4,80±0,43	3,53±0,45	2,68±0,16*	1,15±0,26*	-
5.	Эшерихии	3,32±0,20	2,90±0,12	2,0±0,21*	1,68±0,34*	-
6.	Гр.родаКандида	3,15±0,32	3,67±0,32	4,10±0,29*	1,76±0,25*	-
7.	Протеи	2,82±0,18	2,45±0,23	1,90±0,14*	1,64±0,18*	-

n – количество обследованных детей

* - P<0,05. Достоверность по отношению к контролю.

раннему исчезновением признаков интоксикации, местных признаков гнойного процесса (исчезновение боли, отека мягких тканей, уменьшение отделяемого из раны и ее раннее очищение).

2. Включение в комплексное лечение одонтогенных флегмон подчелюстной области узкоспектральных инфракрасных лучей в комплексе с антисептиком Дексан Л (ДЛ) на гнойную рану в подчелюстной области влияет, как на качественный, так и на количественный состав микрофлоры, что проявлялось в значительном снижении (в 2 раза) высеваемости факультативной флоры на пятые сутки.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Хасанов А.И. Новые аспекты патогенетической терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей // Диссертация доктора медицинских наук. 2010.
2. Азимов М.И., Мухамедов И.М., Иноятлов А.Ш. Состояние микрофлоры гноя у детей с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области у детей // Stomstologiya. Ташкент, 2004. №1. С.79-83.
3. Артеменко К.Л. Антимикробная терапия больных абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой локализации с использованием препаратов, проникающих в биопленки. // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. С-Пб. 2007. С.20.
4. Бажанов Н.Н., Александров М.Т. Применение методов лазерной флюоресцентной диагностики в гнойной хирургии // Стоматология. 2002. №1. С.48-51.
5. Каршиев Х.К. Влияние комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области с включением гипохлорида натрия на показатели иммунитета и микрофлоры гнойной раны // Патология. 2004. №4. С.40-41.
6. Мухамедов И.М., Неъматов А.С., Рахмонов Х.Ш. Микроэкология важнейших биотопов тела человека. Ташкент, 2007. С.450.
7. Рахимов Р.Х. Инфракрасное излучение – мягкий подход к лечению болезней. Ташкент, 2002. С.84.