

УД К [616.71 6 + 61 7.52] - 002.1 / . 3: 615

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПОЛИМИК У БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (результаты проспективного открытого исследования)



**О.В. Рыбалов¹,
И.П. Мищенко²,
М.Г. Скикевич¹,
Л.И. Волошина¹,
О.И. Яценко¹**

¹ ВГУЗУ «Украинская

медицинская стоматологическая академия»

² Полтавская областная клиническая больница, Украина

Одной из главных проблем челюстно-лицевой хирургии является проблема профилактики и лечения обширных воспалительных процессов лица и челюстей, которые имеют значительную частоту и являются одной из ведущих причин смертности в челюстно-лицевых отделениях не только на Украине, но и за рубежом [1,2,3]. Факторов, не приводящих к уменьшению числа воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации, достаточно много. Это образ жизни, социальные причины, экологическое неблагополучие, низкая культура и много других [4,5].

Причиной развития почти всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации до 95% наблюдений является микробная флора, вегетирующая в полости рта [6,7,8]. Особенностью микробной флоры гнойных очагов челюстно-лицевой локализации является её высокая вирулентность. В процессе своей жизнедеятельности патогенные штаммы микроорганизмов продуцируют разнообразные токсины, которые повреждают тканевые компоненты в очаге воспаления, нарушают состояние микроциркуляторного русла, что сопровождается активированием и высвобождением биологически активных веществ и проявляется нарушением общего состояния организма в виде недомогания, болевых ощущений, повышением температуры тела и др. (синдром эндогенной интоксикации) [9,10]. Имеющие место контрактуры че-

люстей при абсцессах и флегмонах в области расположения жевательных мышц обуславливают нарушения нормального акта приема пищи, разбалансировки всех видов обмена. Изучение симптоматики эндогенной интоксикации имеет определенное значение для прогнозирования скорости развития, распространенности, течения патологического процесса, а также и эффективности проводимого лечения [11].

В общепринятом комплексном лечении острых гнойно-воспалительных процессов любой локализации до настоящего времени остается принцип вскрытия и дренирования гнойного очага и последующее применение общей и местной противовоспалительной и антибактериальной терапии [12]. Медикаментозное лечение зачастую затруднено в связи с возрастанием числа антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, повышением вирулентности микробной флоры, снижением реактивности организма у отдельных категорий населения, неадекватным использованием антибиотиков. Все это объясняет тенденцию разработки и внедрения в практику здравоохранения новых препаратов для лечения воспалительных заболеваний [13,14,15,16].

Одним из таких препаратов, предназначенных для лечения смешанных инфекций, вызванных многочисленными аэробными грамотрицательными и грамположительными бактериями, рядом анаэробных бактерий и протозойных возбудителей, является Полимик. Действие этого препарата апробировано при лечении заболеваний полости рта, мочеполовой системы, в гастроэнтерологии, у больных с иммунодефицитом, послеоперационными инфекционными осложнениями в общей хирургии [17, 18, 19, 20,21,22, 23, 24].

Полимик - это комбинированный антибактериальный препарат, который в одной таблетке содержит 200 мг офлоксацину и 500 мг орнидазолу. Офлоксацин - высокоактивный антибиотик, относящийся к фторхинолону 2-го поколения. Наряду с широким спектром действия против грамположительных и грамотрицательных аэробов он эффективен против относительно резистентных возбудителей одонтогенных воспалительных процессов, которые продуцируют бета-лактамазы. Характеризуется отсутствием ото- нефро- и гепатотоксичности. Бактерицидное действие обусловлено ингибированием фермента ДНК - гиразы, угнетением деления клеток, способностью вызывать структурные изменения цитоплазмы микроорганизмов.

Орнидазол - высокоактивный препарат системного действия, производное 5-нитроимидазола. Имеет выраженное действие против грамположительных и грамотрицательных анаэробов, сходное с действием на анаэробы с клиндамицином, карбапенемами. Побочных действий на организм почти не имеет.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности и переносимости препарата Полимик производства фирмы Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД у больных с

абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой локализации.

Объекты и методы исследования

Для достижения поставленной цели нами предпринято проспективное многокомпонентное открытое исследование действия препарата Полимик у больных обширными острыми гнойными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области. В исследование вошло 40 пациентов, госпитализированных в челюстно-лицевое отделение со следующими диагнозами: флегмона (разных клетчаточных пространств) - 24 человека, абсцесс - 13 человек, гнойный лимфаденит - 3 человека (этих больных мы ввели в группу пациентов с абсцессами).

Среди них мужчин было 27, женщин - 13. Средний возраст больных составил $36,5 \pm 2,3$ лет. У всех больных течение заболевания было средней тяжести.

Все больные, вошедшие в исследование, имели четкие клинические проявления острого гнойного воспалительного процесса с наличием очагов инфильтрации в сочетании с ведущими признаками интоксикации (общее недомогание, повышение температуры тела, отсутствие аппетита, явления легкой тошноты и др.), локальных болей, наличием контрактуры жевательных мышц. Лечение больных проводили в соответствии с Протоколом, изложенном в приказе МОЗ Украины №566 [12].

С момента госпитализации больных лечение начинали с вскрытия и дренирования гнойного очага, удаления «причинного» зуба, назначения противовоспалительной и гипосенсибилизирующей терапии. В это же время больные начинали принимать препарат Полимик внутрь по 1 таблетке 2 раза в день в течении 5 дней. При этом дополнительные антибактериальные препараты не использовались.

Лабораторное обследование проводилось с дня поступления больного в клинику и по завершении лечения (5-6 день с дня госпитализации). Пациентам, включенным в исследование, проводили оценку клинического состояния, динамику степени выраженности локальной боли, температуры тела, основных показателей крови (количество эритроцитов, лейкоцитов, содержание гемоглобина, динамика СОЭ), ее биохимических данных (АлТ, АсТ, билирубин, креатинин), общих характеристик мочи (количество лейкоцитов, эритроцитов, содержание белка и эпителиальных клеток).

Группу сравнения составили 15 больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области, не принимавших Полимик в общем комплексе лечебных мероприятий.

Лечение, включавшее применение Полимика, считали эффективным при достижении положительных результатов, относящихся к устранению симптомов интоксикации, и позитивной динамикой заживления гнойной раны.

Для каждого пациента заполняли формализованную карту отчета. Суммарно в ходе исследования для всех больных учитывали 4 контрольных дня наблюдения по характеристикам температуры тела, боли и динамики изменений со стороны воспалительного инфильтрата: день поступления, второй день, четвертый, пятый.

Характеристика боли оценивалась по десятибалльной шкале: 0 (нет боли); 1-2 (боль незначительная); 3-4 (умеренная); 5-6 (сильная); 7-8 (очень сильная); 9-10 (крайне сильная, невозможная).

Результаты исследования больных, принимавших Полимик, и больных группы сравнения

Анализ результатов исследования общего статуса больных в динамике показал, что прием препарата Полимик отрицательного воздействия на показатели АД, дыхания, работы желудочно-кишечного тракта не оказывает. Аллергических реакций ни у одного больного не отмечено.

Температурная реакция организма как у больных в группе сравнения, так и у больных, принимавших Полимик, имела тенденцию к снижению со второго дня поступления в клинику без достоверных отличий.

Изучение динамики болевых ощущений (ВАШ) в области воспалительного инфильтрата и гнойной раны показало, что если на день поступления в группу пациентов не принимавших Полимик она соответствовала $5,114 \pm 0,18$ балла, а у принимавших $-5,325 \pm 0,23$ балла, то к 5 дню наблюдения у большинства больных, принимавших Полимик, она полностью исчезала и в среднем по группе составила $0,525 \pm 0,133$ балла, то в группе сравнения средняя цифра баллов была $0,962 \pm 0,11$, что в системе ВАШ относилась к минимальным ощущениям при пальпации.

При оценке динамики раневого процесса отмечено, что на 2-3 день после вскрытия гнойного очага у больных группы сравнения имела место значительная гнойная экссудация, которая к 5 дню наблюдения уменьшалась, а у больных, принимавших Полимик, уже ко 2-3 дню наблюдения экссудативная реакция тканей почти полностью прекращалась. Отеки и инфильтрация тканей в очагах воспаления уменьшались со 2-го дня приема препарата и у большинства больных к 4-5 дню наблюдения ограничивались 0,5-1,5 см в окружности раны. Края раны к этому времени начинали эпителизоваться.

Параллельно с уменьшением инфильтрации в очагах воспаления отмечалась положительная динамика в снятии воспалительной контрактуры жевательных мышц. Открывание рта на 2-3 день приема Полимика значительно увеличивалось и к 5 дню у 19 больных из 24 с флегмонами контрактура полностью исчезала. У больных, не принимавших Полимик, тризм жевательных мышц ликвидировался к 6-8 дню лечения общепринятыми методами.

Таблица 1 Результаты анализов мочи больных, принимавших Полимик (n=40), и больных группы сравнения (n=15) в день поступления и на 5-й день наблюдения

Показатель	Результаты исследования						
	День поступления		5-й день наблюдения		P1	P2	P3
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения			
Лейкоциты (клеток)	4,4±0,4	6,26±1,33	2,22±0,5	3,10±0,8	<0,001	<0,001	>0,5
Эритроциты (клеток)	1,87±0,56	1,45±0,66	0,85±0,2	0,66±0,3	>0,5	<0,001	>0,5
Белок %	0,077±0,05	0,12±0,07	0,016±0,01	0,10±0,05	>0,5	<0,001	<0,001
Эпителий (клеток)	0,95±0,07	0,89±0,05	0,87±0,05	0,88±0,04	>0,5	<0,01	>0,5

P1 - относительно группы сравнения на день поступления и на 5й день наблюдения; P2 - относительно основной группы на день поступления и на 5й день наблюдения;

P3 - относительно основной группы и группы сравнения на 5й день наблюдения.

По результатам общего анализа мочи отмечено достоверное уменьшение содержания в ней числа лейкоцитов с 4,4±0,4 клеток (день поступления больного) до 2,22±0,5 (пятый день приема препарата Полимик). Подобного рода тенденция имела место и у больных группы сравнения (табл.1).

Количество эритроцитов в моче у больных, принимавших Полимик, к 5-му дню лечения достоверно уменьшалось (с 1,87±0,56 до 0,85±0,2), в отличие от показателей мочи у больных группы сравнения.

Наличие белка в моче больных основной группы до начала лечения было обнаружено у 15 пациентов, при этом его количество колебалось от следов (12 больных) до 2,3% (один больной). Его среднее количество составляло 0,077±0,05 и к пятому дню наблюдения достоверно уменьшилось до 0,016±0,08%. Из числа больных, у которых белок обнаруживался до начала лечения, к концу наблюдения он выявлен в виде следов у 5 человек. У больных контрольной группы к 5 дню лечения количество белка в моче практически не менялось.

Количество эпителиальных клеток (плоского и переходного эпителия) у больных обеих групп колебалось от 0 до 3 и в среднем в основной группе больных составило

0,95±0,07 клеток (в группе сравнения - 0,89±0,05 клеток) до начала лечения и незначительно падало к завершению лечения (0,87±0,05 клеток) у больных, принимавших Полимик, оставаясь в одинаковых количествах у больных контрольной группы (0,88±0,04 клеток) (табл.1).

Анализ результатов общего анализа крови больных, принимавших Полимик, и лечившихся общепринятыми методами, достоверных отличий в количестве эритроцитов до начала лечения (4,30±0,09×10^{12/л} у больных основной группы и 4,36±0,12×10^{12/л} у больных группы сравнения) и на 5й день наблюдения не выявил (4,16±0,09×10^{12/л} у больных основной группы и 4,41 ±0,09×10^{12/л} у больных группы сравнения) - таблица 2.

Со стороны лейкоцитов в крови больных обеих групп имела достоверная тенденция к уменьшению их числа со дня поступления и к 5му дню наблюдения: с 8,26±0,45×10^{9/л} до 6,37±0,28×10^{9/л} у больных основной группы, и с 10,75±0,64×10^{9/л} до 7,81 ±0,47×10^{9/л} у больных контрольной группы.

Концентрация гемоглобина в крови больных обеих групп к пятому дню проводимого лечения практически не изменялась с момента их поступления в клинику (табл.2).

Таблица 2 Результаты общих анализов крови больных, принимавших Полимик (n=40), и больных группы сравнения (n=15) в день поступления и на 5й день наблюдения

Показатель	Результаты исследования						
	День поступления		5-й день наблюдения		P1	P2	P3
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения			
Эритроциты (X10 ^{12/л})	4,30±0,09	4,36±0,12	4,16±0,09	4,41 ±0,09	>0,5	>0,5	>0,5
Лейкоциты (x10 ^{9/л})	8,26±0,45	10,75±0,64	6,37±0,28	7,81 ±0,47	<0,001	<0,001	>0,5
Гемоглобин (Г/л)	139,15±3,28	140,74±3,84	130,85±3,02	136,86±2,92	>0,5	<0,5	>0,5
СОЭ (мм/час)	20,2±2,34	20,56±2,19	14,4±1,83	13,99±1,68	<0,001	<0,001	>0,5

P1 - относительно группы сравнения на день поступления и на 5й день наблюдения; P2 - относительно основной группы на день поступления и на 5й день наблюдения;

P3 - относительно основной группы и группы сравнения на 5й день наблюдения.

Таблица 3 Результаты биохимического анализа крови больных, принимавших Полимик (n=40), и больных группы сравнения (n=15) в день поступления и на 5й день наблюдения

Показатель	Результаты исследования						
	День поступления		5-й день наблюдения		P1	P2	P3
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения			
1	2	3	4	5	6	7	8
АлАТ (Мо/л)	30,27±2,71	31,0±5,01	41,07±4,64	38,93 ±8,32	>0,5	<0,001	>0,5
АсАТ (Мо/л)	29,72±2,68	27,26±3,62	37,87±4,09	29,26±4,84	>0,5	<0,001	<0,001
Билирубин общий (Мкмоль/л)	16,62±1,07	15,17±1,44	13,60±0,61	12,94±0,9	>0,5	<0,001	>0,5
Креатинин (Мкмоль/л)	82,7±2,69	82,66±4,07	81,12±2,38	79,06±4,61	>0,5	>0,5	>0,5
коэффициент $\frac{АсАТ}{АлАТ}$ (ед)	0,98±0,09	0,92±0,07	0,92 ±0,08	0,84±0,08	>0,5	>0,5	>0,5

P1 - относительно группы сравнения на день поступления и на 5й день наблюдения; P2 - относительно основной группы на день поступления и на 5й день наблюдения;

P3 - относительно основной группы и группы сравнения на 5й день наблюдения.

Со стороны СОЭ отмечалось достоверное уменьшение с дня поступления на лечение и на 5й день наблюдения как у больных, принимавших Полимик (с 20,2±2,34 мм/час до 14,4±1,83 мм/час), так и у получавших общепринятое лечение (с 20,56±2,19 мм/час до 13,99±1,68 мм/ час), хотя у ряда больных не приходила к норме (табл.2).

Результаты исследования ряда биохимических показателей крови у больных с обширными острыми гнойными процессами челюстно-лицевой области, принимавших Полимик, и больных группы сравнения до начала лечения и к 5му дню наблюдения представлены в таблице 3.

Оценивая содержание в крови фермента АлАТ следует отметить, что у больных основной группы его количество с 30,27±2,71 Мо/л к 5му дню приема Полимика увеличивалось до 41,07±4,64 Мо/л (за счет 7 больных, у которых его содержание повышалось от 42 до 87 Мо/л) достоверно не выходя за верхние границы нормы (40 Мо/л). У больных контрольной группы имела подобная тенденция (31,0±5,01 Мо/л до начала лечения и 38,93±8.32 Мо/л через 5 дней).

Концентрация АсАТ от начала лечения и к 5му дню наблюдения также повышалась, достоверно не выходя за верхние границы нормы в обеих группах обследованных больных (с 29,72±2,68 Мо/л до 37,87±4,09 у больных, принимавших Полимик, и с 27,26±3,62 Мо/л до 29,26±4,84 Мо/л у больных контрольной группы).

Со стороны общего билирубина у больных, получавших Полимик, выявлено его достоверное уменьшение (с 16,62±1,07 Мкмоль/л до 13,60±0,61 Мкмоль/л) от начала лечения и к 5му дню наблюдения, не выходящее за границы нормы. Подобного рода изменения имели место и у больных контрольной группы.

У больных, принимавших Полимик, количество креатинина до начала лечения и через 5 дней наблюдения фактически не менялось, находясь на средних величинах нормы: 82,7±2,69 Мкмоль/л до начала лечения и 81,12±2,38 Мкмоль/л через 5 дней. Такая же динамика смен со стороны креатинина была и у больных контрольной группы (табл.3).

Коэффициент де Ритиса который от начала лечения Полимиком больных с флегмонами и абсцессами челюстно-лицевой локализации практически уменьшался, подтверждает, во-первых, стабильность ферментативных систем, катализирующих погибшие белковые системы мягких тканей лица и, во-вторых, динамическое восстановление этих тканей.

Заключение

Таким образом, учитывая состав комбинированного препарата Полимик производства компании «Кусум Хелтхкер ПБТ ЛТД (Индия), включающего офлоксацин и орнидазол (по 200 и 500 мг в одной таблетке соответственно), их фармакологические свойства, результаты клинического применения Полимика у больных с флегмонами и абсцессами челюстно-лицевой локализации с объективной оценкой динамики температурной реакции пациентов, уменьшения болевого симптома, отека и инфильтрации тканей в очаге воспаления, положительной динамики ликвидации контрактур жевательных мышц, отсутствия у больных нежелательных общих и местных реакций, положительной динамики послеоперационного течения гнойной раны, результатов лабораторных исследований мочи и крови больных с дня их поступления в клинику и на 5й день приема Полимика, биохими

ческих исследований крови, подтверждающих, что препарат не вызывает гепатотоксичности (по показателям цитолитического синдрома гепатоцитов и пигментного обмена) и нарушений со стороны почечного аппарата, можно рекомендовать Полимик к широкому использованию в комплексном лечении больных с острыми гнойными процессами челюстно-лицевой области.

Литература

1. Анализ воспалительных заболеваний и травматических повреждений челюстно-лицевой области/ [Тимофеев А. А., Киндрас И.Е., Весова Т.П. и др.] ВТсн. стоматологи, 1998. -№/. -С. 109-111.
2. Прогнозирование, течение и лечение флегмон челюстно-лицевой области/ [Т.П. Рузин, Ю.Ф. Григорчук, Ю.М. Энтина, О.Е. Перминов] - Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии, 2001. -ИХ -С. 49- 53.
8. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний головы и шеи/А.Г. Шаргородский. -М., 2002. -528 с.
9. Возрастные и экологические аспекты в лечении гнойных процессов и травматических повреждений челюстно-лицевой области/ [Рузин Г.П., Григорчук Ю.Ф., Терешина З.Л. и др.] - Современная стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Матер. Республ. конф. -Киев, 1998. -С. 655-656.
10. Масна-Чала О.З. Флегмона челюстно-лицевой области та способи прогнозування їх перебігу/О.З. Масна-Чала - Практична медицина, 2005. -№/. -С. 104-108.
11. Губин М.А. Клинико-лабораторная характеристика форм гнойной инфекции у стоматологических больных/М.А. Губин, Ю.М. Харитонов, О.В. Лазутиков. - Стоматология, 1998. -№/. -С. 28-31.
12. Изменение состава и свойств микрофлоры при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области/[Л.М. Биберман, В.С. Стародубцев, Т.М. Литовкина] - Стоматология, 1991. -№/. -С. 34-35.
13. Лобань Г.А. Мікробіологія, імунологія та втрусологія порожнини рота/Г.А. Лобань, В.І. Федорченко. -Полтава: Верстка, 2004.-122 с.
14. Куцевляк В.І. Клініко-лабораторна характеристика гострих одонтогенних гнійно-запальних хвороб челюстно-лицевої області/В.І. Куцевляк, Н.В. Одушіш. -Український стоматологічний альманах, 2006. -ИХ. -С.23-2/.
15. Чаленко В.В. Эндогенная интоксикация в хирургии/В.В. Чаленко, Ф.Х. Кутушев. -Вестник хирургии, 1990. -ИХ. -С. 3-8.
16. Куракин А.В. Возможности использования клинического анализа крови для прогнозирования течения острых гнойных воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области/А.В. Куракин, О.И. Кузнецова, Д.Г. Мецераков. - Стоматология, 1991. -№/. -С. 35-
20. Применение препарата лефлоцин для профилактики и лечения инфекционных осложнений в послеоперационный период больных с коллоидной патологией/ [М.П. Захараш, И.А. Яремчук, Н.Д. Кучер, А.В. Дыщавский] - Искусство лечения, 2006. - №3. -С. /8-/9.
21. Демяник Д.С. Комплексное лечение больных с флегмонами лица и шеи антигематоксичными препаратами „Димфомиозот Н“, „Траумель С/ ДСДемяник, Е.В. Грецих// Украинський стоматологічний альманах. - Полтава, 2009.-ИХ.-С. 34-36.
- 1/. Антибиотикопрофилактика и терапия при панкреонекрозе/ [Гельфанд Б.Р., Бурниев С.З., Цыденжанов Е.Д. и др.] - Инфекция и антимикробная тер., 1999.-ИХ.-С. 36-40.
22. Гуртовой Б.А. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии/ А.Б. Гуртовой, В.М. Кулаков, С.А. Воропаева. -М.: Русфармамед, 1996. -140 с.
23. Ефименко И. А. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика/ И.А. Ефименко, И.А. Гучев, С.В. Сидоренко. - Смоленск, 2004. -296 с.
24. Падейская Е.Д. Препараты группы 5-нитроимидазола для лечения анаэробных и протозойных инфекций/Е.Д. Падейская. - Инфекции и антимикробная терапия, 2000. -ИМ. -С. 110-117.
25. Перспективы применения препаратов фторхинолонового ряда в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита в стадии обострения/ [Царев В.Н., Чернышева С.Е., Дмитриева Ш.А. и др.] - Стоматология, 1998. -ИХ. -С. 13-14.



ИНФОРМАЦИЯ +

С другими материалами по теме стоматологии вы можете

НА САЙТЕ WWW.TSDI.UZ

обратившись к разделу «Наука»: «Научные доклады, семинары, статьи»

