

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТИТА С ДОБАВЛЕНИЕМ ЭНЗИМОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Каюмова Нилуфар Нигматжановна
Университет Альфраганус

Резюме.

Острый гнойный одонтогенный периостит челюстей представляет актуальную проблему в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Среди детей с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области значительную часть составляют больные с гнойным одонтогенным оститом. В настоящей статье приведены результаты по оптимизации патогенетической фармакотерапии больных с острым гнойным одонтогенным оститом с включением энзимотерапии.

Ключевые слова: Острый гнойный одонтогенный периостит, фармакотерапия, провоспалительные цитокины, энзимотерапия, Интерлейкин-10, воспалительный процесс

THE EFFECTIVENESS OF OPTIMIZED PATHOGENETIC PHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE PURULENT ODONTOGENIC OSTITIS WITH THE INCLUSION OF ENZYME THERAPY

Qayumova Nilufar Nigmatjonovna
Tashkent State Dental Institute

Summary.

Acute purulent odontogenic periostitis of the jaws is an urgent problem in dentistry and maxillofacial surgery. Among children with acute odontogenic inflammatory processes of the maxillofacial region, a significant part are patients with purulent odontogenic ostitis. This article presents the results of optimization of pathogenetic pharmacotherapy of patients with acute purulent odontogenic ostitis with the inclusion of enzyme therapy.

Key words: Acute purulent odontogenic periostitis, pharmacotherapy, proinflammatory cytokines, enzyme therapy, Interleukin-10, inflammatory process

ОДОНТОГЕН ОСТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА

ЭНЗИМОТЕРАПИЯНИ ҚЎШИШ ЙЎЛИ БИЛАН ОПТИМАЛЛАШТИРИЛГАН ПАТОГЕНЕТИК ФАРМАКОТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

*Каюмова Нилуфар Нигматжановна
Тошкент Давлат Стоматология Институту*

Резюме.

Жағларнинг ўткир йирингли одонтоген периостити стоматология ва юз-жағ жарроҳлигида долзарб муаммо ҳисобланади. Юз-жағ соҳасининг одонтоген яллиғланиш жараёнлари орасида болаларда йирингли одонтоген остит билан касалланиш энг кўп қисми эгаллайди. Ушбу мақолада энзимотерапияни асосий терапияга қўшиш билан ўткир йирингли одонтоген остит билан касалланган беморларнинг патогенетик фармакотерапиясини оптималлаштириш натижалари келтирилган.

Калит сўзлар: *Ўткир йирингли одонтоген периостит, фармакотерапия, яллиғланиш олди цитокинлари, энзимотерапия, Интерлейкин-10, яллиғланиш жараёни*

Острый гнойный одонтогенный остит представляет актуальную проблему в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В последние годы, как в поликлинических стоматологических учреждениях, так и в челюстно-лицевых стационарах отмечено увеличение больных с данной патологией до 40 % [3, 8, 13, 14]. Лечение одонтогенных инфекционно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области представляет собой непростую задачу для стоматолога-хирурга, так как, несмотря на достигнутые в этом направлении успехи, по-прежнему наблюдается большое число стоматологических пациентов с воспалительными заболеваниями.

Не теряет актуальности также проблема увеличения количества детей с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Во многих случаях имеет место изменение типичной клинической картины и проявлений данной патологии у детей, недостаточная эффективность проводимого лечения, несмотря на усовершенствование методов диагностики [1,4,7,10,11].

Исследователи выявили, что частота острых гнойных одонтогенных оститов челюсти варьирует от 30 до 70% [1, 5]. Все чаще отмечаются бурно прогрессирующие формы течения гнойного процесса с распространением на несколько клеточных пространств, в том числе и на глубокие [2,6,9]. Постоянно увеличивается частота тяжелых осложнений острой одонтогенной инфекции:

медиастенита, сепсиса, инфекционно - токсического шока [5,12]. Изучено влияние многих факторов и патологических состояний на исход после хирургического вмешательства в челюстно-лицевой области у детей, прослежена взаимосвязь между цитокиновой системой и гуморальным иммунитетом организма в ротовой полости [1,16]. Однако в современной литературе исследования по изучению патогенеза развития острых гнойных одонтогенных оститов челюсти у детей и разработка новых методов фармакотерапии, основанной на механизме развития данной патологии единичны.

Цель исследования явилось разработать и научно обосновать оптимизированную патогенетическую фармакотерапию больных с острым гнойным одонтогенным оститом с включением энзимотерапии.

Материал и методы исследования. В основу клинического материала легли данные, полученные при обследовании и лечении 141 ребенка с острым гнойным одонтогенным оститом челюстей, обратившихся в ТГСИ. Возраст отобранных больных находился в пределах от 3 до 17 лет.

Всем больным проводилась периостеотомия по стандартной методике с удалением инфицированного зуба. Рассечение толстого воспаленного периоста у детей не представляет трудностей. Для обеспечения оттока экссудата было широкое рассечение экссудата. Ограничивать у детей длину разрезов при вскрытии патологического очага нецелесообразно ввиду опасности нарушения питания кости.

В качестве методов исследования были использованы общеклинические, биохимические, микробиологические, иммунологические, математические и статистические методы исследования.

Оценка эффективности патогенетической фармакотерапии среди двух групп: основная группа – 68 детей получавших патогенетическую фармакотерапию, 73 ребенка – традиционное лечение..

Дети основной группы находились на комплексном лечении с включением энзим препарата (вобэнзим). Обоснованность данного препарата заключается в иммуномодулирующем, противовоспалительном, фибринолитическом, противоотечном, антиагрегантном и вторичноаналгезирующем действии; группу сравнения составили 30 детей, получавших стандартные методы лечения.

В состав препарата включены: бромелаин (45 мг), папаин (45 мг), трипсин (24 мг), химотрипсин (1 мг), панкреатин (100 мг), амилаза (10 мг), липаза (10 мг) и рутин (50 мг).

Суточная доза препарата составила 1 драже на 5-6 кг веса ребенка 3 раза в день. Прием препарата осуществляли за 30 минут до еды. Драже, не разжевывая, запивают большим количеством жидкости.

По возрасту, полу, локализации гнойного очага больные основной и контрольной групп были идентичны.

В группе сравнения - традиционная противовоспалительная терапия в амбулаторных условиях заключалась в назначении сульфаниламидных препаратов: детям в возрасте 3-5 лет по 0,5 гр 4 раза в день. А также, глюконат кальция назначили в таблетках по 0,5 гр 3-4 раза в день.

Для снятия болевого синдрома были назначены анальгетики (ибуклин юниор, цефекон Д, ибупрофен–АКОС, нимулид, парацетамол), при беспокойном поведении ребёнка и плохом сне - препараты брома и валерианы.

Для оценки нормальности распределения признаков применяли показатели эксцесса и асимметрии, характеризующие форму кривой распределения. Данные представлены в виде средних арифметических и ошибки средней ($M \pm m$). Существенность различий средних величин оценивали по критерию Стьюдента. Критический уровень значимости «р» при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

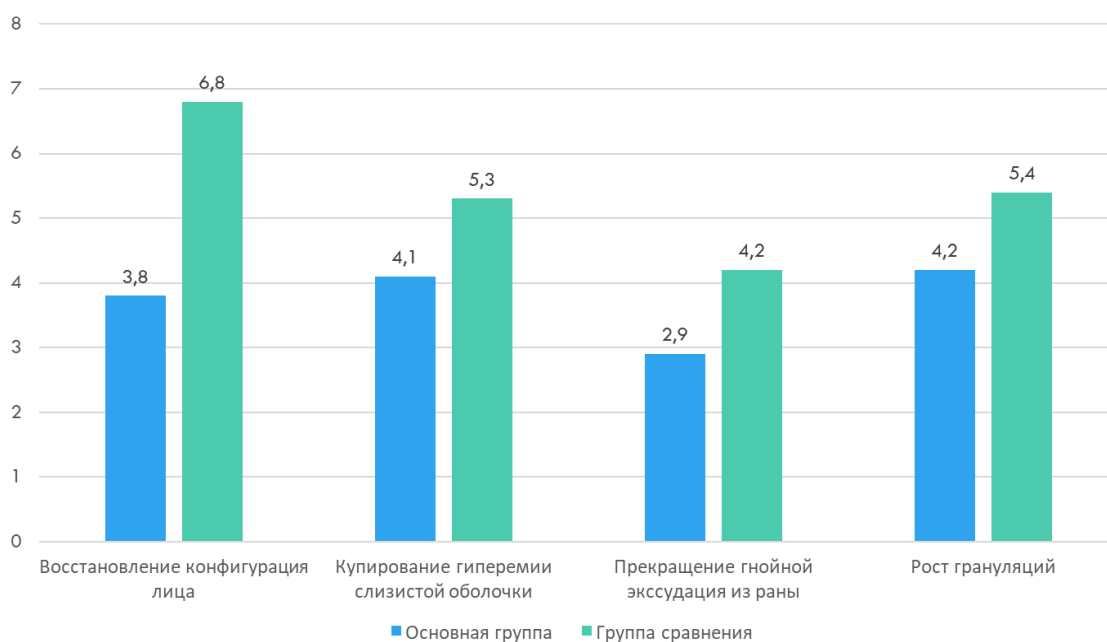
Результаты исследований и их обсуждение. Клинические показатели, характеризующие состояние очага воспаления, у детей с острым гнойным одонтогенным оститом челюсти, получавших стандартное комплексное лечение были следующие: конфигурация лица восстанавливалась в среднем в основной группе на 3-4 сутки, тогда как в группе сравнения - на 6-7 сутки, гиперемия слизистой оболочки купировалась в основной группе на 3-5 сутки, тогда как в группе сравнения на 5-6 сутки, гнойная экссудация из раны прекращалась в основной группе на 2-3 сутки, тогда как в группе сравнения - на 3-5 сутки, рост грануляций определялся в основной группе – на 4-5 сутки, тогда как в группе сравнения - на 5-6 сутки. Таким образом, полученные данные показывают, что в

основной группе больных детей назначение препарата Вобензин способствует достоверно быстрому купированию локальных объективных синдромов (рис. 1).

Рис. 1. Сроки купирования локальных объективных синдромов у детей с острым гнойным одонтогенным оститом челюстей в зависимости от методов лечения (койко-дни).

После проведенной стандартной терапии острого гнойного одонтогенного остита челюстей у детей были выявлены разнонаправленные сдвиги в содержании про- и противовоспалительных цитокинов (табл. 1).

Таблица 1



Динамика иммунологических показателей крови у детей с острой гнойным одонтогенным оститом челюсти до и после стандартной терапии

Показатели	Контроль	Дети с ОГООЧ после терапии	
		исходно	на 5 сутки
ИЛ-1, пг/мл	4,23±2,63	40,13±3,24*	37,86±3,41*
ИЛ-6, пг/мл	42,31±2,67	139,56±9,17*	122,13±8,49*
ИЛ-8, пг/мл	19,7±2,53	121,53±8,45*	104,57±8,19*
ИЛ-4, пг/мл	1,79±0,14	2,03±0,19	2,14±0,21
ИЛ-10 пг/мл	3,84±0,29	4,79±0,38	5,13±0,39*
ФНОα пг/мл	0,19±0,02	0,24±0,02	0,22±0,02
Субстанция Р пг/мл	2,32±0,17	106,89±8,39*	88,57±7,33
ЦИК ед.	24,33±2,08	69,59±5,25*	59,37±4,29*
Фагоцитарное число ед.	2,64±0,19	8,55±0,70*	7,05±0,61
Фагоцитарный	41,67±4,04	76,43±6,03	69,12±5,43*

индекс %			
----------	--	--	--

Примечание: *достоверность различий $P < 0,05$ относительно показателей после лечения;

Увеличение уровня ИЛ-10 и ИЛ-4 в сыворотке больных детей, получавших стандартное лечение, не вызвало удивления и отражает увеличение степени противовоспалительной реакции в организме в целом. Однако уровень данных противовоспалительных цитокинов являлось недостаточным для купирования провоспалительных цитокинов, что на наш взгляд, этот сдвиг отражал «дерепрессию» местного иммунитета.

У больных одонтогенным оститом фагоцитарная активность нейтрофилов на 5 сутки оставались на высоких значениях. На наш взгляд, доминирующими причинами усиления поглотительной способности нейтрофилов являются ЛПС патогенных микроорганизмов, а также опсонизирующий эффект антител.

Клинические признаки гнойной раны у детей с острым гнойным одонтогенным оститом челюсти при включении в лечебный комплекс Вобензима отличались положительными изменениями относительно показателей больных со стандартным лечением. В более короткие сроки (3 суток) купировалась боль при пальпации очага воспаления, восстанавливалась конфигурация лица, гиперемия кожи и гнойная экссудация из раны прекращались раньше, рост грануляций определялся на 4 сутки.

Исследование цитокинов в сыворотке крови больных детей, получавших комплексное лечение, также выявило различия, чем у детей, получавших стандартное лечение.

В этой группе больных детей на 5 сутки после хирургического вмешательства выявлены повышенные концентрации провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8) относительно показателей группы здоровых детей, которые активизируют иммунный ответ, стимулируют функциональную активность макрофагов, нейтрофилов (табл. 2).

Таблица 2

Динамика иммунологических показателей крови у детей с острым гнойным одонтогенным оститом челюсти до и после комплексной терапии

Показатели	Контроль	Дети с ОГООЧ после терапии	
		исходно	на 14 сутки
ИЛ-1, пг/мл	4,23±2,63	31,79±2,67*	15,03±1,63*
ИЛ-6, пг/мл	42,31±2,67	129,32±8,76	69,54±4,67*
ИЛ-8, пг/мл	19,7±2,53	108,34±7,46*	38,71±2,53*
ИЛ-4, пг/мл	1,79±0,14	2,12±0,21	2,59±0,24
ИЛ-10 пг/мл	3,84±0,29	4,86±0,45	5,78±0,49*

ФНО α пг/мл	0,19 $\pm$ 0,02	0,24 $\pm$ 0,02	0,21 $\pm$ 0,02
Субстанция Р пг/мл	2,32 $\pm$ 0,17	6,04 $\pm$ 0,45*	0,89 $\pm$ 0,07

Примечание: *достоверность различий $P < 0,05$ относительно показателей первичного осмотра

Не исключено, что IL-10 может уменьшать активность воспалительного процесса и, по-видимому, снижая концентрацию субстанции Р, уменьшает болевой симптом.

По шкале оценки боли у детей в среднем были получены следующие баллы: так в основной группе – 2,8 $\pm$ 0,02 балла, тогда как в группе сравнения 4,2 $\pm$ 0,02 балла.

Таким образом, у детей с острой гнойным одонтогенным оститом челюсти после хирургического вмешательства, получивших комплексное лечение было отмечено значительное снижение болевого симптома из-за невысокой активности воспалительного процесса, адекватного ответа иммунной системы по Th- 2-опосредованному пути и смещения цитокинового баланса в сторону противовоспалительных цитокинов IL-4 и IL-10.

Заключение. Таким образом, в настоящем исследовании описаны новые звенья патогенеза острого гнойного одонтогенного остита челюсти у детей на фоне стандартной и комплексной терапии.

Необходимо отметить, что отсутствие болевого симптома у обследуемых детей на 5 сутки указывает на целесообразность тактики ведения и лечения данного контингента больных, а также необходимо отметить, что уровень цитокинов и фермента эластазы в ротовой жидкости могут служить неинвазивным маркером для назначения соответствующей фармакотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артющкевич А.Б. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области / А.Б. Артющкевич // Стоматология. 2003. — № 2. - С. 55 - 58.
2. Арьева Г.Т. Мелатонин в клиническом обосновании эффективности ксефокама при одонтогенном остите у больных пожилого и старческого возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Т. Арьева. -СПб., 2006-25 с.
3. Биберман Я.М. Острые гнойные оститы челюстей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Я. М. Биберман. - М., 1963. - 20 с.
4. Гербова Т.В. Клинико-иммунологические особенности течения острого одонтогенного остита и психоэмоциональный статус больных, находящихся в условиях групповой изоляции // Кубанский научный медицинский вестник. - 2006. - № 5-6. - С. 64-67.
5. Дурново Е.А. Сравнительный анализ функциональной активности нейтрофилов крови и ротовой I полости ; уязв. больных; с гнойно-

- воспалительным процессом в полости рта /Е.А. Дурново // Стоматология. 2005. — № 3. - С. 29 - 32.
6. Момонт А.П. Роль гемостатических и воспалительных реакций в формировании очагов гнойной деструкции органов и тканей / А.П. Момонт, Я.Н. Шойхет // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2009. № 1 (37). - С. 23 -39.
 7. Системные проблемы в работе детского врача-стоматолога / Е. Е. Маслак, М. Л. Яновская, В. С. Галкин и др. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 55–59
 8. Стоматология детская. Хирургия / Под ред.проф. С. В. Дьяковой. – М., 2009. – С. 118–123.
 9. Al-Nawas B. Clinical and microbiological efficacy of moxifloxacin versus amoxicillin/clavulanic acid in severe odontogenic abscesses: a pilot study // B. Al-Nawas [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 2009. - Vol. 28. - P. 75-82.
 10. Bonaccorso A. Changes in the biological and immunological parameters in the oral cavity of the aged / A. Bonaccorso, T. Tripi // Review. Minerva Stomatol.- 1998. Vol. 47, Suppl. 7-8. - P. 315 - 323.
 11. Fazakerly M.W. A comparative study of cephradine, amoxicillin and Phenoxyethylpenicillin in the treatment of acute dentoalveolar infection / M.W. Fazakerly, P.A. McGowan // Br. Dent. J. - 1993. - V. 174. - P. 359-361.
 12. Gandolfo S. Oral medicine / S. Gandolfo, C. Scully, M. Carrozzo - Edinburgh-New York: Churchill Livingstone, 2006. - 195 p.
 13. Jimenez Y. Odontogenic infections. Complications. Systemic manifestations. / Y. Jimenez [et al.] // Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. - 2004 - № 9 - P. 143-147.
 14. Longman L.P. Endodontics in the adult patient: the role of antibiotics / L.P. Longman, A.J. Preston, M.V. Martin // J. Dent. - 2000. - № 28 (8). - P. 539-548
 15. Uluibau. I.C. Severe odontogenic infections / I. C. Uluibau., T. Jaunay, A.N. Goss // Aust. Dent. - 2005. - Vol. 50. - P. 74-81.
 16. Williams A. Oral Microbiology and Immunology / A. Williams, M. Yanagisawa. - 2007. - № 22. - P. 285-288.