

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

А.А. Тимофеев, А.В. Дакал

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шуплика

Резюме. Проведенное обследование больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи доказывает необходимость и обоснованность применения в общепринятом комплексном медикаментозном лечении иммунокорректирующей терапии. Включение в комплекс проводимого традиционного медикаментозного лечения рибомунила позволило устранить выявленный временный иммунодефицит у наркозависимых больных.

Ключевые слова: гнойный лимфаденит, абсцесс, флегмона, наркомания, неспецифическая резистентность организма, рибомунил.

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОКОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ З ОДОНТОГЕННИМИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН

О.О. Тимофеев, А.В. Дакал

Резюме

Проведене нами обстеження хворих із гнійно-запальними процесами м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки та шиї доводить необхідність й обґрунтованість застосування імунокорегуючої терапії в загальноприйнятому комплексному медикаментозному лікуванні. Включення в комплекс традиційного медикаментозного лікування рибомунілу дозволило усунути виявлений тимчасовий імунодефіцит у наркозалежних хворих.

Ключові слова: гнійний лімфаденіт, абсцес, флегмона, наркоманія, неспецифічна резистентність організму, рибомуніл.

THE USE OF IMMUNOCORRECTIVE THERAPY OF RIBOMUNILOM IN COMPLEX TREATMENT OF NARCODEPENDENT PATIENTS WITH THE ODONTOGENNIVE FESTERING-INFLAMMATORY DISEASES OF SOFT FABRICS

О. Tymofiejew, A. Dakal

Summary

The conducted inspection of patients with the festering-inflammatory processes of soft fabrics of jaw-facial area and neck proves a necessity and validity of application in the generally accepted complex medical treatment of immunocorrective therapy. Inclusion in the complex of the conducted traditional medical treatment of ribomunil allowed removing the exposed temporal immune deficiency for narcodependent patients.

Key words: festering limfadenit, abscess, phlegmon, narcotism, unspecific resistance of organism, ribomunil.

Острые ограниченные и разлитые одонтогенные гнойно-воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи занимают одно из ведущих мест в структуре хирургических стоматологических заболеваний. Эти воспалительные процессы являются основной причиной временной утраты трудоспособности больных в челюстно-лицевой хирургии. Около 60 % коек в хирургических стоматологических стационарах занимают больные с ограниченными и разлитыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями. В последние годы количество больных с данной патологией значительно увеличилось, острые гнойно-воспалительные процессы приобрели более тяжелое клиническое течение, которое нередко становится причиной развития сепсиса, медиастенита, тромбофлебита лицевых вен, тромбоза синусов твердой мозговой оболочки (Тимофеев А.А., 1995, 2004, 2007). Такие осложнения увеличивают объемы затрат на лечение, длительность пребывания больных в стационаре, а также сроки временной нетрудоспособности.

Большие надежды в лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи ранее возлагались на проведение антибиотикотерапии, но в связи с появлением антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов, изменением спектра их чувствительности и снижением неспецифической резистентности организма после применения антибактериальных препаратов возникли трудности в лечении этих больных.

Снижение неспецифической резистентности организма больных с гнойно-воспалительными заболеваниями оказывает негативное влияние на течение воспалительного процесса, способствует развитию осложнений, удлинняет срок реабилитации больных. Это свидетельствует о медицинской и социально-экономической значимости проблемы (Тимофеев А.А., 2004, 2007).

Изучением резистентности организма больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей занимались очень многие исследователи, но лишь в единичных работах было изучено состояние резервных возможностей

организма у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными процессами мягких тканей лица и шеи в динамике проводимого комплексного медикаментозного лечения (Тимофеев А.А., Витковская С.В., 2006; Витковская С.В., 2007).

Цель проводимого исследования – изучить возможности использования препарата «рибомунил» в комплексном лечении наркозависимых больных с ограниченными и разлитыми одонтогенными воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 62 наркозависимых больных в возрасте от 16 до 45-ти лет, из них 19 – больные с гнойными лимфаденитами (2-я группа наблюдения), 21 – больные с одонтогенными абсцессами (3-я группа наблюдения) и 22 – больные с флегмонами (4-я группа наблюдения), в комплекс традиционного лечения которых нами был включен препарат «рибомунил» (регистрационное свидетельство № UA/6246/01/01, приказ Министерства охраны здоровья Украины 16.04.2007 № 189). Контролем служили 28 наркозависимых больных с гнойно-воспалительными процессами, которых лечили общепринятыми методами (1-я группа наблюдения) и 18 практически здоровых людей.

Одна таблетка рибомунилы содержит 0,25 мг бактериальных рибосом, титрованных до 70 % РНК, в соотношении 35 долей рибосом *Klebsiella pneumoniae*, по 30 долей рибосом *Diplococcus pneumoniae* и *Streptococcus pyogenes*, 5 долей рибосом *Haemophilus influenzae*, а также 0,375 мг протеогликанов мембраны *Klebsiella pneumoniae*. Вспомогательные вещества: диоксид кремния коллоидный безводный (гидрофобный), стеарат магния, сорбит. Фармакологические свойства рибомунилы: бактериальный препарат, оказывающий иммунокорректирующее действие, сочетающий свойства пероральной вакцины и неспецифического иммуностимулятора. Входящие в состав препарата рибосомы выделены из бактерий, наиболее часто вызывающих инфекционные заболевания ЛОР-органов и дыхательных путей. Рибосомальная фракция препарата стимулирует функцию Т- и В-лимфоцитов, обеспечивает вакцинирующий эффект (значительно превосходящий таковой при использовании вакцин из цельных микробных тел) путем образования специфических сывороточных и секреторных антител к четырем видам наиболее распространенных инфекционных бактериальных возбудителей. Протеогликаны мембраны *Klebsiella pneumoniae*, входящие в состав препарата, стимулируют неспецифические факторы защиты: активируют макрофаги и полиморфноядерные нейтрофилы (фагоцитоз, хемотаксис, адгезия), повышают синтез интерферона альфа, интерлейкинов-1; -6 и -8, обеспечивают поликлональную стимуляцию Т- и В-лимфоцитов, активируют клетки-киллеры. Применение рибомунилы в качестве препарата базисной иммунотерапии позволяет эффективно воздействовать на иммунный статус пациентов с рецидивирующими воспалительными заболеваниями.

Схема применения: разовая доза – 3 таблетки утром натощак один раз в сутки. 1-й месяц: препарат принимают первые четыре дня недели в течение трех недель. Последующие два месяца – в первые четыре дня каждого месяца.

Особенности использования. Так как рибомунил содержит сорбит, его не рекомендуют назначать пациентам с непереносимостью фруктозы. В настоящее время о случаях передозировки препарата не сообщалось. До настоящего времени клинически значимое лекарственное

взаимодействие препарата «рибомунил» не описано. Применять препарат можно в сочетании с другими лекарственными средствами.

Всем больным при госпитализации и в процессе проводимого лечения (до выписки обследуемых из стационара) осуществлялось общеклиническое обследование (выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания, осмотр, пальпация, перкуссия зубов, рентгенография, общий анализ крови и т. д.). Исследование общей неспецифической резистентности организма выполняли с помощью НСТ-теста (по методу М.Е. Виксмана и А.Н. Маянского). Определяли число активированных нейтрофильных лейкоцитов (ЧАН) крови (нестимулированных и стимулированных), взятой из пальца пациента, индекс активации нейтрофилов (средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов крови). Обследование проводили при госпитализации больных в стационар, в динамике проводимого лечения и при выписке обследуемых из челюстно-лицевого отделения.

Все полученные в ходе исследования цифровые данные обработаны математическим методом с вычислением критерия Стьюдента. Показатели считали достоверными при $p < 0,05$. Клинические симптомы обрабатывали с использованием математического метода Фишера (Е.В. Гублер, 1978).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для обследования общей неспецифической резистентности организма с помощью НСТ-теста вычисляли количество активированных (нестимулированных и стимулированных) нейтрофилов, цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови больного.

При госпитализации больных 1-й группы наблюдения (леченых традиционным методом) в стационар число нестимулированных нейтрофилов крови достоверно уменьшалось до $12,0 \pm 0,8$ шт. ($p < 0,001$) по сравнению со здоровыми людьми. Количество стимулированных нейтрофилов также было достоверно ниже нормы – $18,2 \pm 1,2$ шт. ($p < 0,001$). Данные показатели в норме были соответственно равны $25,4 \pm 0,9$ и $40,7 \pm 1,8$ шт. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был достоверно ниже, чем у здоровых лиц (в норме – $0,31 \pm 0,01$ усл. ед.) и составлял $0,13 \pm 0,01$ усл. ед. ($p < 0,001$). На основании полученных данных нами было установлено, что у наркозависимых больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей лица и шеи (1-я группа наблюдения) при госпитализации в стационар выявлен значительно (достоверно) сниженный уровень общей неспецифической резистентности организма. На 6–7–8-е сутки проводимого лечения больных 1-й группы наблюдения число активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) оставалось на достоверно ($p < 0,001$) низком уровне и было соответственно равно $13,7 \pm 0,9$ и $19,5 \pm 1,1$ шт. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови оставался достоверно ($p < 0,001$) ниже нормы и был равен $0,15 \pm 0,01$ усл. ед. После завершения лечения, т. е. при выписке больных 1-й группы из стационара, количество активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) сохранялось на достоверно ($p < 0,001$) низком уровне и соответственно составило $14,2 \pm 0,8$ и $21,1 \pm 1,4$ шт. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был достоверно ($p < 0,001$) ниже нормы – $0,16 \pm 0,01$ усл. ед.

Таким образом, при выписке обследуемых 1-й группы наблюдения (леченых традиционным методом) из стационара количество активированных (нестимулированных) нейтрофилов было ниже нормы в 1,8 раза, количество активированных (стимулированных) нейтрофильных лейкоцитов периферической крови – в 1,9 раза меньше, чем у здоровых людей. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови в динамике проводимого лечения оставался низким и при выписке был в 1,9 раза меньше, чем в норме. Следовательно, у наркозависимых больных с одонтогенными гнойно-воспалительными процессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи (1-я группы наблюдения – леченые традиционными методами) при госпитализации был выявлен иммунодефицит, который не исчез в процессе лечения и сохранился при выписке этих обследуемых из стационара.

Во 2-ю группу наблюдения (наркозависимые больные с гнойными лимфаденитами) мы включили 19 обследуемых в комплекс общих лечебных медикаментозных мероприятий, при которых был применен препарат «рибомунил» по ранее указанной схеме. При госпитализации этих больных в стационар количество нестимулированных нейтрофилов периферической крови было достоверно сниженным и составляло $17,0 \pm 0,9$ шт. ($p < 0,001$) по сравнению со здоровыми людьми, а количество стимулированных нейтрофилов также было достоверно ниже нормы – $20,2 \pm 1,3$ шт. ($p < 0,001$). Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был достоверно ниже, чем у здоровых лиц, и составлял $0,18 \pm 0,01$ усл. ед. ($p < 0,001$). На основании полученных данных обследования больных 1-й и 2-й групп наблюдения установлено, что все они при госпитализации в стационар имели достоверно сниженный уровень общей неспецифической резистентности организма, т. е. у них также был выявлен временный иммунодефицит. На 6–7–8-е сутки проводимого лечения больных 2-й группы наблюдения количество нестимулированных активированных нейтрофилов составило $19,9 \pm 0,8$ шт., а стимулированных – $24,9 \pm 1,4$ шт., и оставалось на достоверно ($p < 0,001$) низком уровне. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был также достоверно ($p < 0,01$) ниже нормы – $0,24 \pm 0,01$ усл. ед. После завершения проводимого лечения наркозависимых больных 2-й группы наблюдения (при выписке обследуемых из стационара, леченых рибомунилом) число активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) нормализовалось и соответственно было равно $22,7 \pm 1,0$ шт. ($p > 0,05$) и $36,5 \pm 1,6$ шт. ($p > 0,05$). Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови также нормализовался – $0,27 \pm 0,02$ усл. ед. ($p > 0,05$). Через 2–2,5 месяца после выписки больных 2-й группы наблюдения из стационара количество активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) было в пределах нижних границ нормы и равнялось $22,9 \pm 1,5$ шт. ($p > 0,05$) и $35,8 \pm 1,8$ шт. ($p > 0,05$), а средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов – $0,27 \pm 0,03$ усл. ед. ($p > 0,05$).

В 3-ю группу наблюдения мы включили 21 наркозависимого больного с абсцессами челюстно-лицевой области и шеи, в комплексе общих лечебных медикаментозных мероприятий которых был применен препарат рибомунил по ранее указанной схеме. При госпитализации этих больных в стационар количество нестимулированных нейтрофилов крови было достоверно сниженным и составляло $16,5 \pm 1,0$ шт. ($p < 0,001$) по сравнению со здоровыми людьми, количество стимулированных нейтро-

филов также было достоверно ниже нормы – $18,9 \pm 1,4$ шт. ($p < 0,001$). Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был ниже, чем у здоровых лиц, и составлял $0,18 \pm 0,02$ усл. ед. ($p < 0,001$). На основании полученных данных обследования больных с одонтогенными абсцессами (в 3-й группе наблюдения) нами было установлено, что наркозависимые больные с одонтогенными абсцессами при госпитализации в стационар, так же как и наркозависимые больные 1-й и 2-й групп наблюдения, имели достоверно сниженный уровень общей неспецифической резистентности организма, т. е. у них также был выявлен временный иммунодефицит. На 6–7–8-е сутки лечения больных 3-й группы наблюдения количество нестимулированных активированных нейтрофилов составило $20,6 \pm 1,1$ шт., а стимулированных – $26,9 \pm 1,5$ шт. и было на достоверно ($p < 0,001$) низком уровне. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был достоверно ($p < 0,01$) ниже нормы – $0,25 \pm 0,02$ усл. ед. После завершения лечения больных 3-й группы наблюдения (при выписке леченых рибомунилом обследуемых из стационара) количество активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) нормализовалось и соответственно было равно $22,7 \pm 1,1$ шт. ($p > 0,05$) и $35,9 \pm 1,8$ шт. ($p > 0,05$). Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови также был в норме – $0,26 \pm 0,03$ усл. ед. ($p > 0,05$). Через 2–2,5 месяца после выписки больных 3-й группы наблюдения из стационара количество активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) было в пределах нижних границ нормы и равнялось $22,4 \pm 1,3$ шт. ($p > 0,05$) и $35,2 \pm 2,0$ шт. ($p > 0,05$), а средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов составлял $0,25 \pm 0,04$ усл. ед. ($p > 0,05$).

В 4-ю группу наблюдения мы включили 22 наркозависимых больных с одонтогенными флегмонами, в комплексе общих лечебных медикаментозных мероприятий которых был применен препарат «рибомунил» по ранее указанной схеме. При госпитализации этих больных в стационар число нестимулированных нейтрофилов крови достоверно было сниженным и составляло $15,3 \pm 1,2$ шт. ($p < 0,001$) по сравнению со здоровыми людьми, количество стимулированных нейтрофилов также было достоверно ниже нормы – $16,7 \pm 1,3$ шт. ($p < 0,001$). Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был ниже, чем у здоровых лиц, и составлял $0,17 \pm 0,02$ усл. ед. ($p < 0,001$). На основании полученных данных обследования наркозависимых больных с одонтогенными флегмонами в 4-й группе наблюдения нами было установлено, что обследуемые с разлитыми воспалительными заболеваниями мягких тканей лица и шеи при госпитализации в стационар, так же как и больные 1-й, 2-й и 3-й групп наблюдения, имели достоверно сниженный уровень общей неспецифической резистентности организма, т. е. у них также был выявлен временный иммунодефицит. На 6–7–8-е сутки проводимого лечения больных 4-й группы наблюдения количество нестимулированных активированных нейтрофилов составило $20,9 \pm 1,5$ шт., а стимулированных – $25,8 \pm 1,6$ шт. и все еще оставалось на достоверно ($p < 0,001$) низком уровне. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови был достоверно ($p < 0,01$) ниже нормы – $0,23 \pm 0,03$ усл. ед. После завершения лечения больных 4-й группы наблюдения (при выписке леченых рибомунилом обследуемых из стационара) количество активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) нормали-

зовалось и соответственно было равно $21,8 \pm 1,5$ шт. ($p > 0,05$) и $34,7 \pm 2,4$ шт. ($p > 0,05$). Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов периферической крови также был в норме – $0,25 \pm 0,03$ усл. ед. ($p > 0,05$). Через 2–2,5 месяца после выписки больных 4-й группы наблюдения из стационара количество активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных) было в пределах нижних границ нормы и равнялось $21,4 \pm 1,7$ шт. ($p > 0,05$) и $33,9 \pm 3,2$ шт. ($p > 0,05$), а средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов – $0,24 \pm 0,05$ усл. ед. ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

На основании проведенных обследований наркозависимых больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи, леченых общепринятыми методами, нами было установлено, что у всех обследуемых как при госпитализации, так и при выписке из стационара выявлен временный иммунодефицит. Применение рибомунила (по рекомендуемым схемам) в комплексе лечения наркозависимых больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями (гнойными лимфаденитами, абсцессами, флегмонами) приводит к устранению данного временного иммунодефицита.

Проведенное исследование доказывает необходимость и обоснованность применения рибомунила в общепринятом комплексном медикаментозном лечении наркозависимых больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей.

Проведенное исследование доказывает необходимость и обоснованность применения рибомунила в общепринятом комплексном медикаментозном лечении наркозависимых больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2004. – 1046 с.

2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.

увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН І ПРОГРАМА ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ «ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ», ЯКИЙ ПРОВОДИТЬСЯ НА КАФЕДРІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ НМАПО ІМ. П.Л. ШУПИКА

Коли йде мова про відновлення жувальної ефективності за допомогою імплантатів, знань, отриманих під час проходження спеціалізації, клініцисту вистачає не завжди, щоби почуватись упевнено. Навчальні семінари з окремих систем мають виражену комерційну спрямованість і не дають відповідей про вирішення конкретних клінічних ситуацій.

Цикл тематичного вдосконалення призначений для стоматологів різного профілю, котрі відчувають певні сумніви під час вирішення питання проведення реабілітаційного лікування пацієнта з використанням імплантатів.

У циклі висвітлюються питання історії імплантації, основ остеоінтеграції та особливостей діагностичного, підготовчого, хірургічного та постхірургічного етапів, а також можливі ускладнення та методи їх профілактики.

На заняттях детально розглядаються питання демонстрації та вибору методики імплантації (одноетапна, двоетапна, негайне чи відкладене навантаження), вибору та позиціонування імплантатів, приділено увагу особливостям роботи з м'якими тканинами в залежності від ситуації, висвітлюються основи роботи з кістково-пластичними матеріалами. Під час циклу демонструються оперативні втручання, що дає можливість наочно оцінити клінічні переваги та особливості даної методики.

Тривалість циклу – 2 тижні. Програма циклу затверджена МОЗ України. Кількість курсантів у групі – до 6-ти осіб. Курсанти за потреби забезпечуються гуртожитком. Групи формуються в міру надходження замовлень. Куратор курсів – канд. мед. наук, доц. Камінський Валерій Валерійович.

По закінченні циклу видаються державне посвідчення встановленого зразка та сертифікат від інформаційного спонсора – компанії «MIS».

Строки проведення циклу*

16.02–02.03.2009

16.03–30.03.2009

13.04–27.04.2009

18.05–01.06.2009

* – у розкладі можливі зміни в залежності від навантаження викладачів кафедри та кількості бажаючих.

За додатковою інформацією прохання звертатися за тел.:
+38 (044) 402-10-37 з 11 до 17 год. (ТОВ «Дентек», контактна особа – Сергій).

увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага · увага