



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **57214** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61K 31/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ**

1

2

(21) u201012181

(22) 15.10.2010

(24) 10.02.2011

(46) 10.02.2011, Бюл.№ 3, 2011 р.

(72) ДАКАЛ АЛЛА ВАСИЛІВНА

(73) ДАКАЛ АЛЛА ВАСИЛІВНА

(57) Спосіб лікування одонтогенних флегмон у наркозалежних хворих, що включає застосування

мазевих препаратів, який **відрізняється** тим, що після проведення хірургічного лікування (видалення причинного зуба і розтин гнійника) промивають гнійну рану октенісептом і місцево призначають багатокомпонентну мазь на гідрофільній основі два рази на день протягом 8-10 днів.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до стоматології, і призначається для лікування одонтогенних флегмон у наркозалежних хворих.

Проблема гнійних інфекцій, що вражають щелепно-лицьову область, в даний час є надзвичайно актуальною. Вона неодноразово була предметом обговорення на конгресах, з'їздах, симпозиумах, конференціях та інших форумах як в нашій країні, так і за кордоном. Її розробці присвячені численні дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів. Понад сорок років тому, тобто в період масового застосування антибіотиків, навіть невеликі дози цих препаратів запобігали розвитку гнійних ускладнень, у тому числі сепсису і медіастиніту. Успіхи, досягнуті в лікуванні гнійних інфекцій, були настільки великі, що багато лікарів вважали проблему профілактики і лікування хірургічної інфекції вирішеною. Широке застосування антибіотиків призвело до зміни видового складу і властивостей гноеродної мікробної флори, а це, у свою чергу, до зниження ефективності антибіотикотерапії. В останні роки відмічено збільшення частоти гнійних післяопераційних ускладнень, перехід гострих гнійно-запальних процесів у хронічні, а також збільшення числа випадків летальних результатів в результаті гнійних захворювань і їх ускладнень. Все це знову привернуло увагу лікарів до проблеми гнійної інфекції.

У клініці щелепно-лицьової хірургії флегмони є найбільш поширеним видом патології. В останні роки число хворих з цими захворюваннями значно збільшилось, посилилась тяжкість перебігу процесу, що нерідко призводить до таких важких ускла-

днень, як медіастиніт, сепсис, тромбофлебіт вен особи і синусів головного мозку.

Збудниками флегмон щелепно-лицьової області є стафілококи, стрептококи, кишкова і синьогнійна паличка, протей, анаероби та інші мікроорганізми, а також їх асоціації. Гнійно-запальні процеси мають полімікробний характер і виникають в результаті дії аеробних, факультативних та анаеробних бактерій. Удосконалення мікробіологічних методів дослідження дозволило отримати переконливі докази того, що збудниками одонтогенної інфекції можуть бути анаероби. При цьому значне місце серед них займають бактероїди, фузобактерії, пептококи, пептострептококи, вейлонелли та інші анаеробні мікроорганізми. Патологічний процес викликаний цими збудниками, характеризується різною локалізацією і різноманіттям клінічних проявів, залежних від видового складу збудників. Крім того, стійкість бактероїдів, особливо виду фразіліс, до широкого спектру антибіотиків створює труднощі в лікуванні хворих.

Дослідженнями останніх років відмічено, що до основних збудників гострої одонтогенної інфекції відносяться не тільки стафілококи, але і різні представники грамнегативної мікрофлори: протей, кишкова паличка, *Klebsiella* і ін. Все частіше з'являються повідомлення про те, що гнійний вміст осередків одонтогенного запалення буває «стерильним». Причиною такого висновку є те, що в даному випадку розвиток запального процесу відбувається під впливом анаеробних мікроорганізмів, виявити які на звичайних середовищах неможливо. Тому для виявлення анаеробів застосовують спеціальні транспортні середовища.

(19) **UA** (11) **57214** (13) **U**

Враховуючи згаданий полімікробний характер гнійного вогнища для місцевого лікування гнійних ран нашу увагу привернув водний антисептик - Октенісепт (виробництво Німеччини, ексклюзивний імпортер продукції «Schulke & Mayr GmbH» в Україні). Даний препарат має дуже широкий спектр антимікробної дії, яка здійснюється за рахунок гідрофобної взаємодії октенідіна дегідрохлоріда і феноксіетанола з цитоплазматичними мембранами патогенних мікроорганізмів. Спектр антимікробної дії охоплює як грампозитивні, так і грамнегативні (аеробні та анаеробні) мікроорганізми, грибову флору, віруси, мікобактерії туберкульозу, стафілококи (включаючи полірезистентні форми), стрептококи, ентерококи, протей, кишкова паличка, хламідії, мікоплазми, трихомонади та багато інших. З метою профілактики та місцевого лікування запальних процесів ротової порожнини та носоглотки Октенісепт необхідно розвести дистильованою (кип'яченою) водою у співвідношенні 1:2 або 1:3, а при промиванні порожнин (верхньощелепної або лобової пазухи) - у співвідношенні 1:6 (наказ Міністерства охорони здоров'я Україна № 717 від 15.12.2005 р., Реєстраційне свідоцтво № UA/4056/01/01). Октенісепт не сумісний з йодовмісними препаратами (антисептиками). Кратність використання Октенісепту - 2-3 рази на добу, при необхідності - до 6 разів на добу.

Сучасний рівень досягнень медичних та біологічних наук дає нам можливість з нових позицій підійти до вирішення проблеми підвищення місцевого медикаментозного лікування хворих з цією патологією.

Найближчим аналогом-прототипом способі, що заявляється, є спосіб медикаментозного лікування одонтогенних флегмон, що включає призначення мазевих препаратів для місцевого лікування наркозалежних хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї [3]. Однак, цей спосіб має недоліки, а саме, тривалість лікування та виникнення ускладнень.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється, полягає у визначенні ефективності сучасних мазевих препаратів (мазь - ніталід, мазь - мірамістин, Атоксіл і кверцетин) спільно з «Октенісепт» для місцевого лікування наркозалежних хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, полягає в покращенні результатів лікування, зменшення кількості ускладнень у наркозалежних хворих з одонтогенними флегмонами.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, який включає застосування мазевих препаратів, згідно корисної моделі, після проведення хірургічного лікування (видалення причинного зуба і розтин гнійника) промивають гнійну рану октенісептом і місцево призначають багатокомпонентну мазь на гідрофільній основі два рази на день протягом 8-10 днів.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Всіх 60 обстежуваних наркозалежних хворих з флегмонами розділили на три групи спостереження: I група - 20 хворих, яким для місцевого лікування використовували багатокомпонентну мазь

на гідрофільній основі «Ніталід» (два рази на день) з промиванням гнійної рани «Октенісепт»; II група - 20 хворих, яким для місцевого впливу застосували багатокомпонентну мазь на гідрофільній основі «Мірамістин» (два рази на день) з промиванням гнійної рани «Октенісепт»; III група - 20 хворих, яким для лікування флегмон був використаний препарати «Атоксіл» (у гнійно-некротичній фазі ранового процесу) і «Кверцетин» (у гнійно-некротичній фазі ранового процесу і в регенераторно стадії) з промиванням гнійної рани «Октенісепт».

Усім хворим проводили хірургічне лікування (видалення причинного зуба і розтин гнійника) з наступною медикаментозною терапією, яка включала: антибактеріальну, дезінтоксикаційну (за показниками), загальноозміцнюючу і симптоматичне лікування, імунотерапію. Різниця в проведеному лікуванні між обстежуваними групами полягала тільки у використовуваному місцевому лікуванні.

При госпіталізації і в динаміці лікування хворих їм проведено мікробіологічне (ідентифікація виявленої мікрофлори і встановлення її антибіотикочувствительності) і загальноклінічне обстеження. Останнє включало: огляд, пальпацію, збір анамнезу, рентгенографію щелеп і інші методи. Диференціальну діагностику між абсцесами і флегмонами проводили за запропонованим способом А.А. Тимофеева (1988) [1, 2]. Вивчені края післяопераційної гнійної рани (вираженість гіперемії та їх інфільтрація), її стінки (в залежності від вираженості нальоту фібрину, наявності ділянок некрозу, гнійного або серозного їх просочування), виділення з гнійної рани, терміни появи грануляцій, зміни площі гнійної рани. Нами також були вивчена вираженість запальної інфільтрації білящелепних м'яких тканин.

Клінічні симптоми і отримані цифрові дані лабораторних обстежень оброблені варіаційно-статистичним методом з використанням персонального комп'ютера. Достовірність результатів обстеження обчислювали згідно з критеріями Стюдента. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

При госпіталізації 60 наркозалежних хворих з одонтогенними флегмонами в стаціонар скарги, як правило, зводилися до наявності болісної припухлості м'яких тканин, яка локалізувалася в тій чи іншій анатомічній області. Болі іррадіювали в скроневу ділянку, вухо, очну ямку та посилювалися при відкриванні рота. У деяких хворих були болі під час ковтання, жування, порушення мови і дихання (в залежності від локалізації патологічного вогнища). Всі обстежувані скаржилися на слабкість, нездужання, головні болі, втрату апетиту, порушення сну, озноб.

Загальний стан хворих при госпіталізації в 75,0 % (45 хворих) розцінювали як стан середньої тяжкості і у 25,0 % (15 хворих) як тяжкий.

В анамнезі зустрічалися такі перенесені і супутні захворювання: наркозалежність - 100 % (протягом одного-чотирьох років); часті гострі респіраторні захворювання (більше 3-х разів на рік) - у 100 % обстежуваних; хронічний тонзиліт та риніт - у 81,7 % (49 чол.); хвороби пародонту (пародонтит,

гінгівіт) - у 100 %; наявність каріозних зубів (більше трьох) - у 100 %; рясні зубні відкладення - у 100 %.

Алергічні захворювання спостерігалися у 55,0 % хворих (33 чол.). Розвитку гострого запального процесу передували параалергічні реакції (фізичне перенапруження, переохолодження, перегрівання тощо) у 51 обстежуваного (85,0 %). Захворювання зубів, які спричинили за собою розвиток одонтогенних абсцесів, розподілялася наступним чином: загострився хронічний періодонтит, гострий одонтогенний періостит (серозна і гнійна форма); утруднене прорізування зубів мудрості, альвеоліти. Причиною одонтогенних абсцесів були наступні зуби: на верхній щелепі: моляри, премоляри і ікла, а на нижній щелепі: моляри, премоляри, ікла, різці.

При клінічному обстеженні встановлено, що у всіх хворих цієї групи була асиметрія обличчя за рахунок припухлості м'яких тканин відповідної анатомічної області. Пальпаторно визначалося хворобливе, з нечіткими межами, ущільнення м'яких тканин, малорухливе або нерухоме. Шкіра над припухлістю була гіперемірованою.

Була гіперемія слизової оболонки альвеолярного відростка і перехідною складки у всіх обстежуваних. У 63,3 % (38 чол.) причинні зуби раніше не були видалені. При рентгенологічному дослідженні щелеп у хворих, яким не були видалені причинні зуби, виявлено: фіброзний періодонтит, гранулюючий періодонтит, гранулематозний періодонтит.

Число лейкоцитів крові було наступним: $3-6 \times 10^9/\text{л}$ - 10,0 % (6 чол.); $6-8 \times 10^9/\text{л}$ - 31,7 % (19 чол.); $8-10 \times 10^9/\text{л}$ - 23,3 % (14 год ел.); більше $10 \times 10^9/\text{л}$ - 35,0 % (21 чол.). Зміна швидкості осідання еритроцитів під час надходження обстежуваних було таким: до 10 мм/год - 5,0 % (3 чол.); від 10 до 19 мм/год - 15,0 % (9 чол.); від 20 до 29 мм/год - 38,4 % (23 чол.); від 30 до 39 мм/год - 33,3 % (20 чол.); більше 40 мм/год - 8,3 % (5 чол.). Білок в сечі виявлявся у 100 % госпіталізованих у виділеннях хворих.

Нами вивчені зміни вираженості гіперемії країв гнійної рани у хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї в динаміці проведеного лікування. Встановлено, що на наступний день після розтину флегмони виражена гіперемія країв гнійної рани була відзначена в 100 % випадків як у першій (у 20 з 20 чол.), 100 % - другий (20 з 20 чол.) та 100 % - в третій (13 з 20 чол.) групі спостереження. На 3-4 день проводиться місцевого лікування в першій групі виражена гіперемія країв гнійної рани спостерігалася у 13 хворих (у 65,0 %), а помірна - у 7 хворих (у 35,0 %), а в другій групі - виражена гіперемія країв рани була у 14 хворих (у 70,0 %), помірна - у 6 хворих (у 30,0 %). На 3-4 день лікування, що проводиться в третій групі спостереження виражена гіперемія країв гнійної рани зустрічалася у 15 хворих (у 75,0 %), а помірна - у 5 обстежуваних (у 25,0 %). На 8-10 день лікування в першій групі спостереження помірна гіперемія спостерігалася у 4 хворих (у 20,0 %), у решти гіперемії країв рани не було, а в другій групі - помірна гіперемія країв рани була зареєстрована у 3 обстежуваних (у 15,0 %), у решти хворих гіперемії не

виявлено. На 8-10 день проведення місцевого лікування помірна гіперемія країв гнійної рани виявлено у 6 обстежуваних (в 30,0 %), а у решти - гіперемія відсутня.

Виявлено зміни вираженості запальної інфільтрації країв гнійної рани у наркозалежних хворих флегмонами в динаміці лікування. Встановлено, що на наступний день після розтину флегмони виражена запальна інфільтрація країв гнійної рани була відзначена в 100 % випадків як у першій і другій групі, так і третій групі спостереження. На 3-4 день проводиться місцевого лікування виражена запальна інфільтрація країв гнійної рани у першій групі спостерігалася у 10 хворих (у 50,0 %) і помірна - у 10 хворих (у 50,0 %), у другій групі - відповідно у 9 (45,0 %) та 11 (55,0 %) хворих, а у третій групі спостереження виражена запальна інфільтрація країв гнійної рани зустрічалася у 11 хворих (у 55,0 %), помірна - у 9 обстежуваних (у 45,0 %). На 8-10 день лікування в першій групі помірна запальна інфільтрація спостерігалася у 5 хворих (у 25,0 %), у решти - запальна інфільтрація країв рани була незначною, у другій групі помірна інфільтрація виявлялася у 4 хворих (20,0 %), у решти обстежуваних цієї групи інфільтрація незначна, а в третій групі помірна запальна інфільтрація країв гнійної рани виявлено у 7 обстежуваних (у 35 %), а у решти - запальна інфільтрація країв рани була незначною.

Визначено зміни вираженості нальоту фібрину на стінках гнійної рани у хворих з флегмонами в динаміці проведеного лікування. На наступний день після розтину флегмони виражений наліт фібрину стінок гнійної рани був відзначений в 100 % випадків у всіх трьох групах спостереження. На 3-4 день проведення місцевого лікування в першій групі виражений наліт фібрину стінок гнійної рани спостерігався у 8 хворих (у 40,0 %) і помірний - у 12 хворих (у 60,0 %), у другій групі - відповідно: у 6 (30,0 %) і у 14 (70,0 %) хворих, а в третій групі спостереження виражений наліт фібрину стінок гнійної рани зустрічався у 9 хворих (у 45,0 %), а помірний - у 11 обстежуваних (у 55,0 %). На 8-10 день лікування у хворих першої групи спостереження помірний наліт фібрину стінок гнійної рани спостерігався у 2 хворих (у 10,0 %), а у решти - 18 чол. (90,0 %) - наліт фібрину стінок гнійної рани був незначним, у другій групі - у 1 хворого (5,0 %) помірний, а у 19 чол. (95,0 %) незначним, а в третій групі помірний наліт фібрину стінок гнійної рани виявлено у 3 обстежуваних (у 15,0 %), а у 17 хворих (85,0 %) - наліт фібрину стінок гнійної рани був незначним.

Наявність гнійно-серозного просочування стінок гнійної рани встановлено у хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї в динаміці проведеного лікування. На наступний день після розтину флегмони гнійне просочування стінок гнійної рани було відзначено у 100 % випадків у всіх трьох групах спостереження. На 3-4 день проведеного відповідного місцевого лікування в першій групі гнійне просочування стінок гнійної рани спостерігалася у 6 хворих (у 30,0 %), а серозне - у 14 хворих (у 70,0 %), у другій групі відповідно: у 5 чол. (25,0 %) та 15 чол. (75,0 %), а в третій групі

спостереження гнійне просочування стінок гнійної рани зустрічалося у 7 хворих (у 35,0 %), а серйозне - у 13 обстежуваних (в 65,0 %). На 8-10 день лікування в першій групі серозне просочування стінок гнійної рани спостерігалось у 2 хворих (у 10,0 %), а у 18 обстежуваних (90,0 %) просочування стінок гнійної рани вже не було, у другій групі - відповідно: у 3 хворих (у 15,0 %), а у 17 обстежуваних (85,0 %), а в третій групі серозне просочування стінок гнійної рани виявлено у 4 обстежуваних (у 20,0 %), а у 16 хворих (у 80,0 %) просочування стінок гнійної рани було відсутнє.

Визначено наявність виділень з гнійної рани у хворих з флегмонами в динаміці проведеного лікування. На наступний день після розтину флегмони гнійне виділення з післяопераційної рани було відзначено у 100 % випадків у всіх трьох групах спостереження. На 3-4 день проведення місцевого лікування в першій групі гнійне відокремлюване спостерігалось у 3 хворих (у 15,0 %), а серозне - у 17 хворих (у 85,0 %), у другій групі відповідно: у 4 хворих (20,0 %) гнійне і у 16 обстежуваних (80,0 %) серозне відокремлюване, а в третій групі спостереження гнійне виділення з післяопераційної рани зустрічалася у 6 хворих (у 30,0 %), а серозне - у 14 обстежуваних (у 70,0 %). На 8-10 день відповідного лікування серозне відокремлюване з рани у першій групі спостерігалось у 2 хворих (у 10,0 %), а у решти - виділень з рани вже не було (90,0 %), у другій групі відповідно: у 2 хворих (10,0 %) серозне відокремлюване і у 18 хворих (90,0 %) відокремлюване не було, а в третій групі серозне відокремлюване з гнійної рани виявлено у 4 обстежуваних (у 20,0 %), а у 16 чол. - Виділення з післяопераційної гнійної рани відсутнє (80,0 %).

Встановлено, що на наступний день після розтину флегмони виражена запальна інфільтрація білящелепних м'яких тканин у хворих з флегмонами була відзначена в 100 % випадків у всіх трьох групах спостереження. На 3-4 день проводиться місцевого лікування в першій і в другій групах виражена запальна інфільтрація білящелепних м'яких тканин спостерігалася у 8 хворих (у 40,0 %) і помірна - у 12 хворих (у 60,0 %), а в третій групі виражена запальна інфільтрація білящелепних м'яких тканин зустрічалася у 9 хворих (у 45,0 %), а помірна - у 11 обстежуваних (у 55,0%). На 8-10 день місцевого лікування в першій групі помірна запальна інфільтрація білящелепних м'яких тканин спостерігалася у 2 хворих (у 10,0 %), а у решти 18 обстежуваних - відсутня або була незначною (90,0 %), у другій групі відповідно: у 1 (5,0 %) та 19 (95,0 %) хворих. На 8-10 день місцевого лікування в третій групі помірна запальна інфільтрація білящелепних м'яких тканин виявлена у 3 обстежуваних (у 15,0 %), а у 17 чол. (85,0 %) - запальна інфільтрація білящелепних м'яких тканин була незначною або була відсутня.

Визначено терміни появи грануляцій в гнійної рани у хворих з флегмонами в динаміці проведеного лікування. На 3-4 день проведеного місцевого лікування в першій групі спостереження поява перших яскраво-червоних грануляцій в післяопераційній гнійної рани у хворих з абсцесами спостерігалось у 4 хворих (у 20,0 %), у другій групі - у 5 обстежуваних (25,0 %), а в третій - у 6 хворих (30,0 %). На 5-6 день проведеного відповідного лікування поява яскраво-червоних грануляцій в післяопераційній гнійної рани у хворих першої групи спостерігалось у 13 хворих (у 65,0 %), у другій - у 16 обстежуваних (80,0 %) і в третій групі - у 17 хворих (85,0 %). На 8-10 день проводиться місцевого лікування поява яскраво-червоних грануляцій в гнійної рани у хворих з флегмонами виявлено у всіх обстежуваних (в 100 %) у всіх групах спостереження.

Визначено терміни зменшення площі гнійної рани у хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки та шиї в динаміці проведеного лікування. На 3-4 день проводиться місцевого лікування зменшення гнійної рани у хворих першої групи зареєстровано у 4 хворих (у 20,0 %), у другій групі - 5 обстежуваних (25,0 %), а в третій групі - 5 хворих (25,0 %). На 5-6 день проводиться місцевого лікування зменшення гнійної рани у хворих першої групи зареєстровано у 10 хворих (у 50,0 %), у другій групі - у 12 обстежуваних (60,0 %), а в третій групі - у 14 хворих (70,0 %). На 8-10 день проводиться місцевого лікування зменшення гнійної рани виявлені у всіх обстежуваних (100 %) як в першій і другій, так і в третій групах спостереження.

Отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати препарати нітицид, атоксин, кверцетин, мірамістин для широкого використання в щелепно-лицьовій хірургії для місцевого лікування хворих на одонтогенні абсцеси та флігмони при сумісному використуванні з «октенісептом» в комплексному лікуванні одонтогенних флегмон щелепно-лицьової області і шиї. Дані препарати мають виражений протизапальний ефект та не мають побічної дії.

Спосіб, що заявляється, було апробований на базі кафедри щелепно-лицьової хірургії НМППО ім. П.Л. Шупика.

Література:

1. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии -М.: Медицинское информационное агенство», 2007. - 696 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев. - 2004. - 1062 с.
3. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Профилактика инфекционно-воспалительных инфекций в хирургической стоматологии. // Учебное пособие. - М. - 2003.

