



УДК 616.316 - 001 - 08

МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ТА ГНІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ГУБ ТА ЩІК

Українська медична
стоматологічна
академія,
м. Полтава

М.В. Облан

Травматичні ушкодження, запальні процеси, радіаційне опромінення та дія несприятливих факторів зовнішнього середовища на щелепно-лицеву ділянку викликають реактивні запалення слинних залоз, розташованих у ділянці ураження. Глибина ураження залоз при цьому пропорційна тяжкості перебігу основної патології [1,2,3]. Вітчизняними та іноземними дослідниками [4,5] запропоновані різноманітні лікувальні комплекси, що містять у собі протизапальні, антибактеріальні, стимулюючі засоби, дія яких спрямована на нейтралізацію агента, що викликає ушкодження. Саме цим і досягається лікувальний ефект щодо ушкоджень великих слинних залоз. На жаль, поза увагою вчених лишилась проблема корекції реактивного запалення малих слинних залоз порожнини рота при ураженні м'яких тканин обличчя.

Метою нашого дослідження стало доведення доцільності диференційованого підходу до лікування запальних процесів та травматичних ушкоджень губ та щік.

Матеріали та методи дослідження.

У роботі викладені результати клініко-лабораторних обстежень 71 пацієнта, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні Полтавської обласної стоматологічної поліклініки та у відділенні щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скляфосовського.

Усі хворі були об'єднані у дві групи: першу, до складу якої увійшли 26 пацієнтів із гнійними запальними процесами м'яких тканин (фурункули, карбункули губ, абсцеси щічної ділянки), та другу, до складу якої увійшли 44 пацієнти із травматичними ушкодженнями м'яких тканин обличчя (рвано-забійні рани).

Перша група складалася з двох підгруп: основної - 7 осіб та контрольної - 19 осіб. Друга група також складалася з двох підгруп: основної - 7 осіб та контрольної, що складалася з 37 пацієнтів.

Пацієнтам контрольних підгруп в обох групах застосовувалося традиційне лікування патології. Хворим основних підгруп поряд із традиційним лікуванням застосовували запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс (ЛПК). Традиційне лікування полягало у застосуванні хірургічного втручання залежно від виду патології та медикаментозної терапії антибактеріальними, протизапальними, гіпосенсибілізуючими та стимулюючими засобами. Складові частини ЛПК добиралися залежно від етіології, патогенезу та клінічного перебігу основного захворювання.

При гнійних ураженнях м'яких тканин обличчя застосовували:

1. Вермілат - препарат має високий терапевтичний ефект як коректор метаболізму сполучної тканини. Володіє помірною антиоксидантною та протизапальною дією. Рекомендований для лікування стоматологічних захворювань запальної природи з вираженим компонентом порушення тканинної трофіки. Ін'єкцію препарату прово-

дили внутрішньом'язово один раз за день [6].

2. Вілозен - високоактивний імуномодулятор, 10% розчин якого закапували під язик по 5-7 крапель 5 разів за день.

3. Опромінення ділянки слизової оболонки гелій-неоновим лазером, що має протизапальну та кератопластичну дію. Опромінення проводили на відстані 30 см протягом 10 хв. один раз за день.

При травматичних ушкодженнях м'яких тканин обличчя це були:

1. Вермілат.

2. Лінімент дибунолу 5% - антиоксидант прямої дії, який є потужним стимулятором репаративної регенерації. Змазували уражену ділянку один раз за день.

3. Опромінення слизової оболонки гелій-неоновим лазером.

Вплив ЛПК на перебіг загоєння рани у всіх хворих оцінювали за допомогою цитологічного дослідження ранового ексудату [7].

Результати досліджень.

На початку лікування хворих першої групи у контрольній підгрупі в рановому ексудаті відзначали наявність детриту, кокових форм бактерії на все поле зору, велику кількість нейтрофілів із явищами фагоцитозу. Окрім нейтрофілів, у мазках виявлені поодинокі лімфоцити, плазматичні клітини, моноцити та значна кількість еритроцитів.

На третій день лікування бактеріальне обсіменіння рани залишалося високим. У препаратах збільшувалася кількість нейтрофілів, серед яких переважали клітини з проявом фагоцитозу на різних стадіях. Зберігалися поодинокі лімфоцити та плазматичні клітини, з'явилася велика кількість сполучнотканинних макрофагів.

Шостий день лікування мікроскопічно характеризувався різким зменшенням у рановому ексудаті кількості мікрофлори та нейтрофілів, дещо зменшувався і вміст макрофагів. Натомість клітинний склад мазків характеризувався появою великої кількості фібробластів.

На дев'ятий день у деяких пацієнтів рани очищалися від гнійного виділення. Цитологічне дослідження виявило у препаратах поодинокі мікроорганізми, нейтрофіли з явищами дегенерації, макрофаги на різних стадіях фагоцитозу. Кількість фібробластів збільшувалася. З'являлася значна кількість епітелію.

На дванадцятий день загоєння рани у мазках спостерігалася велика кількість епітеліоцитів, що свідчило про загоєння рани вторинним натягом.

У пацієнтів першої групи основної підгрупи на початку лікування цитологічними дослідженнями в ранах було виявлено детрит, велику кількість мікрофлори, нейтрофілів та еритроцитів на все поле зору.

На третій день лікування в ранах залишався високий вміст нейтрофілів, здебільшого з явищами фагоцитозу та дегенерації, спостерігали поодинокі плазмоцити, лімфоцити та моноцити. З'явилися еозинофіли і у великій кількості макрофаги. Іноді у препаратах спостерігалися поодинокі фібробласти (Рис.1).

На шостий день лікування в препаратах зустрічалися поодинокі мікроорганізми, різко зменшувалася кількість



нейтрофілів та макрофагів. Натомість майже все поле зору було заповнене фібробластами та поодинокими епітеліоцитами.

На дев'ятий день рана повністю очищалися від гнійно-го виділення. У препаратах були виявлені фібробласти та епітеліоцити на все поле зору.

На дванадцятий день у всіх пацієнтів рани загоювалися вторинним натягом.

У хворих другої групи контрольної підгрупи цитологічним дослідженням ранового ексудату, проведеним на початку лікування, виявлено еритроцити на все поле зору та в значній кількості мікроорганізми, фібрин, нейтрофіли.

На третій день лікування у 26 пацієнтів рани нагноювалися, при цьому в препаратах підвищувався як вміст мікрофлори, так і нейтрофілів, серед яких переважали клітини з ознаками деструкції.

На шостий день кількість нейтрофільних лейкоцитів дещо зменшувалася, але значно підвищувався вміст макрофагів, з'являлися поодинокі фібробласти.

На дев'ятий день у деяких пацієнтів рани очищалися, а в препаратах спостерігали поодинокі мікроорганізми. Дещо зменшувалася кількість нейтрофілів та макрофагів, підвищувався вміст фібробластів, з'являлися епітеліоцити (Рис.2).

На 12-й день у більшості пацієнтів рани епітелізувалися вторинним натягом, тому в препаратах спостерігали епітеліоцити на все поле зору.

У хворих другої групи основної підгрупи негноєння рани відбувалося тільки в одного пацієнта. На третій день лікування в препаратах з'являлися лімфоцити, моноцити, еозинофіли та фібробласти.

На шостий день мазки характеризувалися збільшенням кількості макрофагів. Різке зростання вмісту фібробластів та поява епітеліоцитів свідчили про загоювання ран.

На дев'ятий день рани майже у всіх пацієнтів епітелізувалися первинним натягом.

Висновок

Отже, в динаміці гоєння ран при гнійному запаленні або травматичному uszkodженні м'яких тканин обличчя у хворих обох груп були виявлені загальні закономірності. Вони проявлялися на початку дослідження у появі в ранах нейтрофілів із явищами фагоцитозу, в процесі лікування - макрофагів та лімфоцитів, а в період епітелізації ран - фібробластів та епітеліоцитів.

У той же час перебіг репаративного процесу в основних підгрупах обох груп мав свої особливості: фібробласти в ранах з'являлися вже на третій, а епітеліоцити - на шостий день лікування. У більшості (85,7%) пацієнтів основної підгрупи другої групи відбувалося загоєння ран первинним натягом. Отже, у хворих основних підгруп очищення ран, формування грануляційної тканини та епітелізація ран відбувалися швидше, ніж у пацієнтів контрольних підгруп.

Таким чином, запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс позитивно впливає на перебіг ранового процесу та скорочує терміни гоєння ран. Ураховуючи це, ми рекомендуємо диференційоване застосування ЛПК залежно від етіології, патогенезу та клінічного перебігу захворювання у пацієнтів, що страждають на гнійні запальні захворювання чи травматичні uszkodження м'яких тканин обличчя.

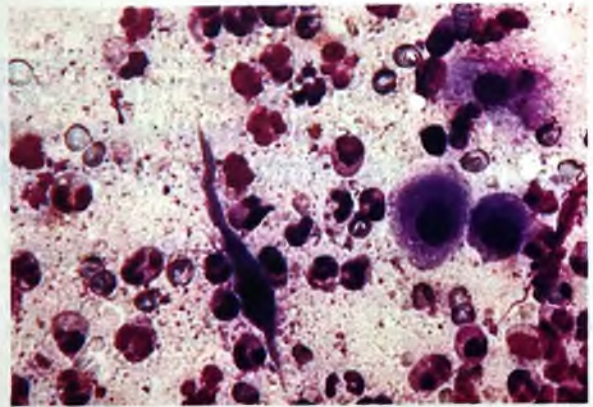


Рис.1. Мазок ранового ексудату на третій день лікування пацієнта першої групи основної підгрупи. Нейтрофіли, макрофаги, фібробласт у полі зору. Фарбування за Романовським-Гімзе. Мікрофото. Зб. 400.

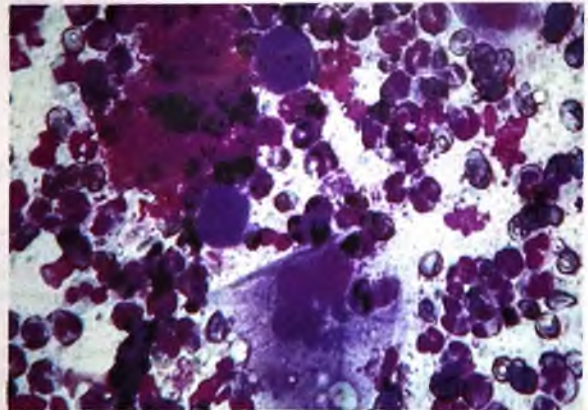


Рис.2. Мазок ранового ексудату на дев'ятий день лікування пацієнта другої групи контрольної підгрупи. Нейтрофіли, макрофаги, епітеліоцити у полі зору. Фарбування за Романовським-Гімзе. Мікрофото. Зб. 400.

Література

1. Борисова О.В., Рибалов О.В. Закрита механічна травма привушних залоз та її лікування у хворих з гнійним запаленням та травматичними uszkodженнями м'яких тканин обличчя // Дент Арт. - 1995. - №.1. - С. 38-40.
2. Митченко В.І. Сіалози та хронічні сіалоденіти в умовах екологічного забруднення фторидами і радіонуклідами: Автореф. дис... докт. мед. наук: 14. 00. 21. - Полтава, 1996. - 48 с.
3. Саяпіна Л.М. Морфологічний стан великих слинних залоз при запальних захворюваннях прилеглих до них тканин: Дис... канд. мед. наук: 14. 00. 22. - Полтава, 1997. - 217с.
4. Саидкаримова У.А. Сіалози (етіологія, патогенез, діагностика, клініка, профілактика и лечение): Автореф. дис... докт. мед. наук: 14.00.21. - Москва, 1991. - 38 с.
5. Колесов В.С. Хронические сиадениты, сиадозы, синдромы с поражением слюнных желез (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение): Автореф. дис... докт. мед. наук: 14. 00. 21. - Киев, 1998. - 38 с.



6. Кайдашев И.П. Биологическая активность полипептидного комплекса «Вермилат», выделенного из тканей червя *Eisenia foetida* // Конференция «Фізіологія та патологія перекисного окислення, гемостазу та імуногенезу». - Полтава, 1996. - С. 25-26.

7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Том 1. - К.: Червона Рута-Турс. -1999. —360с.

Стаття надійшла
24.09.2001р.

Резюме

В работе представлены результаты цитологического исследования раневого экссудата у пациентов, страдающих гнойными воспалительными заболеваниями или травматическими повреждениями губ и щек. При сравнении контрольной и основной подгрупп установлено, что при применении предложенного дифференцированного лечебно-профилактического комплекса заживление ран у пациентов проходит в более короткие сроки. Это дает возможность рекомендовать комплекс дополнительной коррекции патологии в предложенных комбинациях.

Summary

The results of the cytological research of the wound exudate in patients who had suffered from the pus inflammation or traumatic damages of the lips and cheeks are shown the work. Comparing the control and the main groups it has been found out that while using a differentiated additional treating and preventing complex the healing of wounds takes place more quickly. It gives the possibility to recommend the proposed complex of the additional correction of the pathology at the supposed combinations.