

Ефективність використання вітчизняних багатокомпонентних мазей в дитячій щелепно-лицевій хірургії за даними цитограм раневого вмісту

Білоконь С.О.

(Фрагмент НДР УМСА №0197V018550 “Механізми пошкодження зубо-щелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань”).

Ключові слова: багатокомпонентні мазі, гнійна рана, діти, щелепно-лицева ділянка, цитограма.

Збільшення в останні роки кількості гнійно-запальних процесів (ГЗП) в щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД) у дітей [3] викликає велике занепокоєння та стурбованість хірургів-стоматологів і робить доволі актуальними проблемами питання удосконалення методів діагностики даних нозологічних форм та підвищення ефективності місцевого медикаментозного лікування післяопераційної рани [2]. Однак, для забезпечення її адекватного і ефективного лікування, прогнозування перебігу та попередження розвитку можливих ускладнень першочергово потрібно враховувати патогенетичні та патоморфологічні зміни, що відбуваються в гнійній рані відповідно до фаз ранового процесу [1;5].

В клінічній практиці допомогти у вирішенні подібних завдань спроможне цитологічне дослідження ранового ексудату. Відрізняючись простотою та доступністю, воно не потребує наявності дорогого спеціального обладнання і може використовуватись за любых умов у практичних закладах охорони здоров'я. В той же час, цитологічний метод не конкурує із гістологічним дослідженням: на відміну від останнього, в цитологічних препаратах практично відсутні топографічні співвідношення, але наявні найменш зрілі клітини, динамічні зміни кількості та якості яких і дозволяють стежити за перебігом ранового процесу [4;6]. Крім того, методика забору матеріалу відрізняється атравматичністю, що є досить важливим у дитячій практиці і дозволяє

проводити цитологічне дослідження навіть неодноразово протягом доби.

Мета дослідження – за даними цитограм ранового вмісту визначити ефективність використання вітчизняних багатокомпонентних мазей (БКМ) у лікуванні гнійних ран ЩЛД у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням та лікуванням знаходилось 43 дітей (19 хлопчиків, 24 дівчинки) молодшої шкільної вікової групи (7-12 років) із гнійними ранами, які утворилися після розтину осередків запалення при лікуванні гострого гнійного лімфаденіту (ГГЛ) ЩЛД. Всіх дітей було розділено на 2 групи. Першу групу склали 22 пацієнти, яким в ході комплексного лікування ГГЛ для місцевої терапії післяопераційної рани протягом всього ранового процесу використовували мазь “Альгофін”. 21 дитині другої групи в I фазі ранового процесу застосовувалась мазь “Офлокаїн-Дарниця”, а в II та III фазах – “Метилураціл-Дарниця”.

Для порівняння ефективності використання вищезгаданих БKM нами проведено цитологічне дослідження ранового вмісту в групах порівняння: матеріал отримували методом забору “поверхневих біоптатів” (М.Ф.Камаєв, 1954), а облік клітин здійснювали за методикою Д.М.Штейнберга (1948) [6]. Забір матеріалу виконували в день операції і на 1, 3 та 6 післяопераційну добу, а отримані цитологічні дані порівнювали із клінічною картиною перебігу ранового процесу.

Результати та їх обговорення.

Під час госпіталізації в клініку всі хворі із ГГЛ ЩЛД скаржились на появу припухання та болісність м'яких тканин у відповідній ділянці обличчя та шиї, різного ступеня погіршення сну і апетиту. У 37 хворих (86%) спостерігалось підвищення температури тіла від 37,2 до 38,2⁰С. Запальний процес в лімфатичних вузлах у них супроводжувався остудою, млявістю, блідністю шкіряного покриву, тахікардією, помірною сухістю слизової оболонки порожнини рота.

У 24 (55,80%) хворих спостерігалась гіперемія та гіпертермія шкіри над гнійним осередком. Флюктуацію вмісту гнійної порожнини та колатеральний

набряк навколишніх тканин було виявлено, відповідно, у 25 (58,14%) та 35 (81,40%) випадках. У 17 (39,54%) хворих із ГГЛ піднижньощелепної та привушно-жувальної ділянок спостерігалось обмежене і болісне відкриття рота.

Під адекватним (у кожному конкретному випадку) знеболюванням всім хворим проведено розтин гнійного осередка із забезпеченням подальшого дренивання післяопераційної рани, що є головною складовою комплексного лікування ГЗП ЩЛД [5].

При аналізі результатів цитологічних досліджень ранового ексудату, взятого одразу після розтину гнійника, встановлено, що для всіх цитогам притаманна, із незначними варіаціями, однотипна цитологічна картина. В препаратах виявляли багато детриту, значну кількість мікрофлори із переважно позаклітинним розташуванням. Клітинні елементи були представлені великою кількістю нейтрофільних гранулоцитів (93-95% від загальної кількості клітин) із ознаками дегенерації, яка проявлялася нечіткістю контурів клітин, набуханням їх цитоплазми, фрагментацією та розпадом ядер, та низьким вмістом їх фагоцитуючих форм. Поодинокі зустрічались еозинофіли, лімфоцити та 3-4% макрофагів із різко вираженими дегенеративними змінами.

1 доба. При місцевому огляді суттєвої різниці в картині ран хворих 1 та 2 групи не спостерігалось. У всіх дітей мало місце значне просякання пов'язок гнійними виділеннями, виражений набряк та запальна інфільтрація навколоранових тканин із місцевою гіперемією та гіпертермією шкіри. Стінки і дно ранового каналу були вкриті гнійно-некротичним нальотом.

При цитологічному дослідженні "поверхневих біоптатів", взятих із стінок ран, у хворих обох груп також виявлені однотипові зміни. Визначалася велика кількість детриту і кокової флори. Нейтрофільні гранулоцити склали 85-90% всіх клітин та мали ознаки дегенерації. Різко виражені дегенеративні зміни спостерігались і в моноцитарних клітинах-макрофагах, кількість яких в цей період становила 5-7%. Число еозинофілів та лімфоцитів не змінилося порівняно із попереднім терміном. Клітини сполучної тканини були відсутніми.

3 доба. В 1 групі візуально рани на цей час зберігали незначний набряк, інфільтрацію та підритість країв, легку гіперемію прилеглої шкіри. Їх стінки були вкриті шаром фібрину, спостерігались окремі ділянки розплавлення країв. Пов'язки просякали гнійно-серозним ексудатом.

В цитограмах ранового ексудату у цих хворих виявлялося значне зменшення некротичних тканин та мікробної забрудненості, падіння до 47-52% від загальної кількості клітин числа нейтрофільних лейкоцитів, які у більшості випадків були без дегенеративних змін. Натомість число гістіоцитарних клітин збільшилось до 10% від загальної кількості, причому переважно всі вони мали ознаки фагоцитозу. Поряд із ними де-інде спостерігались поодинокі лімфоцити. Сполучнотканинні елементи не виявлялися.

В 2 групі при місцевому огляді практично були відсутніми гіперемія шкіри, набряк та інфільтрація тканин навколо рани. Місцями стінки ранового каналу вкриті тонким шаром фібрину, ділянки некрозу не визначалися. На дні ран спостерігалися дрібнозернисті, легкоранимі, яскраво-червоного кольору грануляції.

У цитограмах визначалися відсутність детриту та невеликий вміст мікроорганізмів. На тлі різкого падіння кількості нейтрофілів (у 70-80% без ознак дегенерації) спостерігалось зростання до 20% від загальної кількості клітин числа гістіоцитів, практично всі з яких приймали активну участь у фагоцитозі. Зустрічалися поодинокі фібробласти.

6 доба. При об'єктивному обстеженні ран в 1 групі були відсутніми гіперемія шкіри, набряк та інфільтрація навколишніх тканин. Порожнина ранового каналу заповнена дрібнозернистими, яскраво-червоного кольору грануляціями, які легко кровоточили при дотику. Виділення із ран не визначалися, натомість мав місце початок контракції ранових країв.

Цитологічна картина “поверхневих біоптатів” таких ран засвідчувала інтенсивний розвиток грануляційної тканини: відсутність детриту, мізерна мікрофлора в стадії завершеного фагоцитозу, нейтрофільні лейкоцити в невеликій кількості (переважно без ознак дегенерації), гістіоцити у вигляді

гнізд із трансформацією в фібробласти та фіброцити, поодинокі тучні та гігантські багатоядерні клітини.

В ранах хворих 2 групи відбувалися процеси інтенсивного формування рубця та епітелізація його поверхні. набряк і гіперемія шкіри навколо рани не визначалися. Пальпаторно післяопераційний рубець, що утворювався, був м'яким, еластичним та безболісним, без ознак інфільтрації. Виділень із ран не було. Спостерігалася значна контракція країв до ранового центра.

У зв'язку із вищевикладеними об'єктивними змінами в ранах цитологічне дослідження в цей період в них провести не вдалося.

Висновки.

1. Схожість клінічних ознак ранового процесу та характеру цитогам ранового ексудату при ГГЛ в обох групах порівняння на першу післяопераційну добу засвідчують однакову фармакологічну дію мазей "Альгофін" та "Офлокаїн-Дарниця" в цей період.
2. Зменшення кількості детриту, мікрофлори та дегенеративно змінених нейтрофілів, збільшення числа гістіоцитів із ознаками фагоцитозу, відсутність сполучнотканинних елементів в цитограмах хворих 1 групи на 3 післяопераційну добу характеризують процес активного очищення ран під впливом "Альгофіну", що підтверджується і клінічними спостереженнями. В той же період в групі хворих, де використовувались мазі "Офлокаїн-Дарниця" та "Метилураціл-Дарниця", клінічно визначався розпал II фази ранового процесу, що загалом знайшло підтвердження і в цитограмах. Однак, збільшення вдвічі в цей період (порівняно із 1 групою) кількості гістіоцитів із ознаками активного фагоцитозу та поява поодиноких фібробластів в цитограмах 2 групи вказують на посилення місцевого клітинного імунітету та початок фібрилогенезу в рановому каналі, що є сприятливими умовами подальшого швидкого рубцювання рани.
3. Клінічно визначені на 6 добу II та III фази ранового процесу відповідно в ранах 1 та 2 груп спостереження підтверджені характером цитограми

ранового вмісту у хворих 1 групи та неможливістю проведення цитологічного дослідження в цей період в 2 групі.

4. Узагальнюючи отримані результати, констатуємо перспективність застосування вітчизняних БКМ в дитячій щелепно-лицевій хірургії, зазначаючи, що диференційоване пофазне їх використання є ефективнішим за використання одного препарату протягом всього ранового процесу.

Література.

1. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. – М.: Медицина, 1990. – 592 с.
2. Масна О.З., Масна З.З. Цитоморфологічна характеристика окремих фаз санації гнійних постфлегмонозних ран //Вестник проблем биологии и медицины. – 1997. -- №21. – С.124-128.
3. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей. – М.: Детстомиздат, 1998. – 255с.
4. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно- лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування // Дис. ... д-ра мед. наук.– Полтава, 1998. – 416с.
5. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Кава Т.В. Справочник хирурга-стоматолога. – Москва: Книга Плюс, 2002. – 384с.
6. Фенчин К.М. Заживление ран. – К.: Здоров'я, 1979. – 167с.