



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41926 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00
A61K 6/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u200902046
(22) 10.03.2009
(24) 10.06.2009
(46) 10.06.2009, Бюл.№ 11, 2009 р.
(72) РУЗІН ГЕННАДІЙ ПЕТРОВИЧ, UA, ГРЕЦЬКИХ
ЄВГЕНІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ, UA, ІВЧЕНКО ОЛЕКСАНДР
ЛЕОНІДОВИЧ, UA
(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки, що включає призначення антигомтоксичного засобу, який **відрізняється** тим, що хворому призначають лімфоміозот Н по 1,1 мл 1 раз на добу внутрішньовенно безпосередньо перед хірургічним втручанням та після нього до зникнення клінічних проявів запалення.

Корисна модель належить до медицини, а саме до стоматології, і може бути використаною в лікуванні хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки.

Флегмони щелепно-лицьової ділянки - це гнійно-запальні процеси щелепно-лицьової області, які при несвоєчасному та неадекватному їх лікуванні можуть викликати грізні ускладнення, такі як медіастиніт, тромбоз печеристого синуса, сепсис, менингоенцефаліт та інші.

З огляду на особливості гострої одонтогенної інфекції - швидкий плин захворювання і можливість розвитку важких ускладнень, проблема лікування гнійних захворювань щелепно-лицьової області може бути успішно вирішена тільки за умови проведення комплексу лікувальних заходів [Захарова Г.И., Булкін В.А. Пути снижения осложнений у больных с тяжелыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области //Стоматология. - 1987. - №3. - С.37-39; Михеев К.К. Особенности течения и принципы лечения больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области //Актуальные вопросы стоматологии. - Москва, 1985. - С.138-140], які умовно можна розділити на місцеве і загальне лікування. Місьове лікування передбачає хірургічне втручання з розкриттям флегмон і видаленням причинного зуба, дренажування рани з активною аспірацією ранового вмісту, місцевим використанням антисептичних засобів і стимуляцією репаративних процесів у фазі загоєння рани. Загальне лікування включає використання антибактеріальної терапії, детоксикації організму за пока-

зниками і підвищення специфічної і неспецифічної реактивності [Клинико-лабораторная оценка эффективности даларгина при лечении острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области /Н.Н.Бажанов, С.С.Ганина, Ч.Р.Рагимов и др. //Стоматология. - 1993. - №4. - С.22-26; Крылов Ю.Ф., Зорян Е.В., Новикова Н.В. Особенности противовоспалительного действия препаратов, используемых в стоматологии //Стоматология. - 1996. - №6. - С.58-63; Яковлев В.П. Применение ципрофлоксацина при лечении и профилактике хирургической инфекции //Антибиотики и химиотерапия. - 1999. - № 7. - С.38-44.].

Обсяг і характер медичної допомоги залежать від фази запалення, загального стану і реактивності організму хворого, стану рани, характеру мікрофлори тощо [Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Бурганский В.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у больных пожилого и старческого возраста. - Киев: Здоров'я, 1986. - С.104; Бернадский Ю.И., Заславский Н.И., Вернадская Г.П. Гнойная челюстно-лицевая хирургия. - Киев: Здоров'я, 1983. - 247с.; Карпинець Г.Б. Об'єктивні методи оцінки загоєння гнійних ран щелепно-лицьової ділянки //Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування. - Полтава, 1996. - С.174-175; Губин М.А., Лазутиков О.В., Лунев Б.В. Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи //Стоматология. - 1998. - Т. 77, №5. - С.15-18].

Тому що розвиток гнійної хірургічної інфекції обумовлений в більшості випадків недостатністю імунного захисту, в лікуванні гнійно-запальних

(19) UA (11) 41926 (13) U

процесів обов'язково передбачають препарати специфічної спрямованості, що модулюють активний і пасивний імунітет. При гнійно-запальних процесах щелепно-лицьової області застосовують введення антикоагулянтів, мікроелементів, гемостимуляторів, вітамінів і гормонів [Применение препаратов на основе альгиновой кислоты для лечения гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи /Р.В.Ушаков, Б.Д.Дугаров, В.С.Якубович и др. //Стоматология. - 1991. - №5. - С.46-47; Рузин Г.Л., Воляк Н.И. Новые средства и лечение гнойных процессов мягких тканей лица //Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний: Мат. VII съезда стоматологов УССР. - Киев, 1989. - С.178-179; Салієва З.С. Клінічне обґрунтування застосування препарату "Траумель С" в комплексному лікуванні хворих з гострими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки //Вісник стоматології. - 1999. - №4. - С.42-44; Robson M.C., Mustoe T.A., Hunt T.K. The future of recombinant growth factors in wound healing //J. Surg. - 1998. - Vol. 176, №4 - P.80-82].

Сорбційна терапія (гемосорбція, ентеросорбція, аплікаційна терапія) є різновидом сучасної медицини. Цей метод спрямований на виведення з організму різноманітних токсичних продуктів [Аратский В.П., Пылаева С.И., Левин Г.Я. Использование углеродных волокнистых адсорбентов при экспериментальных инфицированных ранах //Раны и раневая инфекция. - М., 1986. - С.162-163; Ефименко Н.А., Нуждин О.И. Применение сорбционных материалов в комплексном лечении гнойных ран: Обзор литературы //Военно-медицинский журнал. - 1998. - Т.319, №7. - С.28-32]. Сорбенти мають детоксикаційну, дегідратаційну, дренажну, антиалергічну, імуностимулюючу і бактеріостатичну дію, а також здатність підвищувати рН середовища і депонувати лікарські засоби з їх наступним виділенням.

У стоматології найчастіше застосовуються такі групи сорбентів: сферичні і волокнисті вугільні сорбенти, препарати на основі низькомолекулярного полівініпіролідона, кремній-органічні сорбенти - поліорганосилоксани й інші. Природа і структурні особливості сорбентів визначають їхню специфіку і рекомендації з використання [Карпинець Г.Б. Принципи місцевого лікування гнійних процесів м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук (14.01.22) /Укр. мед. стомат. академ. - Полтава, 1998. - 16с.; Кузник Н.Б. Комплексне лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки препаратами з сорбційною дією: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 /Нац. мед. ун-т. ім. О.О.Богомольця - К, 1999. - 15с.; Смоляр Н.І. Застосування сорбентів у стоматології //Новини стоматології. - 1995. - №3 (4). - С.46-48].

В лікуванні гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки знайшло застосування іммобілізованих лікарських препаратів [Застосування препарату "Лізетокс" для лікування одонтогенних запальних процесів /Н.Б.Кузник, О.І.Штатко, І.І.Герашченко, О.О.Пентюк //Вісник стоматології. - 1998. - №2. - С.44-45; Ліхницький О.М. Особливості діагностики, клінічного перебігу і лікування фурун-

кулів і карбункулів обличчя: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.21 /Київ. НМУ ім. О.О.Богомольця. - К., 1996. - 21с.]. Спільна іммобілізація антисептиків, антибіотиків, ферментів і інших лікарських з'єднань застосовується на поверхні стоматологічних протезів, а також кап з термопластичних матеріалів для пролонгування дії лікарських речовин.

В даний час ведуться пошуки нових лікарських препаратів для місцевого лікування гнійних вогнищ, що могли б діяти вибірково на вегетативні і спорові форми мікроорганізмів, прискорювати процес регенерації, не викликати побічних явищ у хворого, скорочувати терміни лікування.

Перспективним напрямком в лікуванні гнійно-запальних процесів є антигомтоксичні препарати, які віднедавна ефективно конкурують з аллопатичними препаратами. Дякуючи їх регуляторній дії (максимально можлива нормалізація процесів дренажу, регуляція основного обміну, стану імунітету та відновлення функціональних можливостей тканин, органів та систем), високої безпеці та практично повній відсутності побічної дії і вікових обмежень, вдається підвищити якість терапії, суттєво знизити дозу аллопатичних препаратів, а в деяких випадках повністю відмовитись від їх прийому, усунути побічні ефекти від лікарських засобів, які використовувались тощо.

Так, наприклад, відомий спосіб лікування хворих з гострими гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової області з використанням препаратів Гентаксон і Траумель-С [Салієва З.С. Клінічне обґрунтування застосування препарату "Траумель С" в комплексному лікуванні хворих з гострими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки //Вісник стоматології. - 1999. - №4. - С.42-44].

Даний спосіб лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу розширення арсеналу способів лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки, який включає призначення антигомтоксичного засобу, згідно з корисною моделлю, хворому призначають лімфоміозот Н по 1,1мл 1 раз на добу внутрішньовенно безпосередньо перед хірургічним втручанням та після нього до зникнення клінічних проявів запалення.

Препарат лімфоміозот Н має комплексну дію: лімфо дренажну, детоксикаційну, імуномодулюючу.

Технічний ефект корисної моделі, а саме ефективний результат лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки, досягається за рахунок синергізму дії хірургічного втручання та 13-ти компонентів, які входять до складу препарату, тропних до лімфатичної системи організму хворого. Основні ознаки способу, які забезпечують ефект, є порядок виконання дій, що характеризують спосіб: застосування препарату до хірургічного лікування, хірургі-

чна санація вогнища запалення та застосування лімфоміозоту Н після хірургічного лікування.

Спосіб виконують наступним чином:

Хворому безпосередньо перед хірургічним втручанням внутрішньовенно вводять 1,1мл лімфоміозоту Н. Затим виконують хірургічне лікування: розкриття флегмони, видалення причинного зубу, дренажування рани з активною аспірацією ранового вмісту, промивання рани. Одночасно продовжують введення 1,1мл лімфоміозоту Н 1 раз на добу внутрішньовенно до зникнення клінічних проявів гнійно-запального процесу.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад:

Приклад.

Хвора С, 47 років, надійшла у відділення щелепно-лицьової хірургії зі скаргами на біль, що підсилюється при рухах нижньої щелепи, і припухлість м'яких тканин у піднижньощелепній ділянці зліва, підвищення температури тіла.

З анамнезу виявлено, що раніше періодично турбував 38 зуб, неодноразово лікувалася. Напередодні з'явилася припухлість, підвищилася температура тіла до 37,8°C. Звернулася по допомогу до лікаря за місцем проживання, направлена у щелепно-лицьове відділення. Госпіталізована в ургентному порядку.

На момент надходження загальний стан середнього ступеня тяжкості. Температура тіла 37,8°C, частота дихальних рухів - 20 у хвилину, пульс 88 ударів у хвилину.

Місцево: обличчя асиметричне за рахунок помірно вираженого набряку м'яких тканин обличчя та піднижньощелепної ділянки зліва. Шкірний покрив у цій зоні гіперемований, напружений, у складку не збирається. При пальпації визначається болісний інфільтрат з флуктуацією в центрі. Відкриття рота обмежене до 2см. У порожнині рота язик злегка піднятий, рухи його болісні. Слизувата оболонка навколо 38 гіперемована.

Діагноз: одонтогенна флегмона лівого піднижньощелепного простору.

Під місцевим знеболюванням хворій була проведена операція – розкриття флегмони з видаленням 38.

Отримано 20мл гнійного відокремлюваного.

Клінічний аналіз крові: еритроцити $5,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобін 150г/л; швидкість осідання еритроцитів 20мм/год; лейкоцити $8,7 \times 10^9/л$; еозинофіли 2%; паличкоядерні 6%; сегментоядерні 67%; лімфоцити 22%; моноцити 9%.

Хворій призначена комплексна терапія. До складу засобів для передопераційної підготовки призначено 1,1мл лімфоміозоту Н внутрішньовенно. Виконана хірургічна санація флегмони. На другу добу після операції внутрішньовенне введення 1,1мл лімфоміозоту Н 1 раз на добу продовжено.

Стан хворої задовільний. Скарг хвора не пред'являла. Температура тіла нормалізувалася. Місцево: набряклість м'яких тканин і гіперемія шкірного покриву в піднижньощелепній області помірно виражені. Зберігалася інфільтрація країв рани. Відокремлюване - незначне, серозне. Рана в основному очистилася від гнійно-некротичних тканин. Зареєстровано появу перших одиничних грануляцій у виді окремих острівців. Відзначено початок крайовий епітелізації. Рот відкриває вільно, безболісно.

На 4-у добу лікування скарги були відсутні, температура тіла зберігалася в межах норми. Загальний стан хворої оцінювався як задовільний. Місцево: обличчя симетричне, гіперемія шкіри відсутня. Поверхні рани чисті, відокремлюваного немає. Просвіт рани вкритий грубозернистими грануляціями. Відзначена виражена крайова епітелізація. Відкриття рота в повному обсязі. Пальпація м'яких тканин навколо рани безболісна.

Клінічний аналіз крові: еритроцити $4,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобін 140г/л; швидкість осідання еритроцитів 6мм/год; лейкоцити $4,7 \times 10^9/л$; еозинофіли 1%; паличкоядерні 2%; сегментоядерні 70%; лімфоцити 35%; моноцити 7%.

У наступний термін спостережень відзначалася стійка позитивна динаміка, рана гоїлася вторинним натягом.