

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ПОЛИОКСИДОНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АТИПИЧНО ТЕКУЩЕЙ ФЛЕГМОНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Е. В. Фомичев, Ахмед Салех Ехья, А. Т. Яковлев, Е. В. Ефимова

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолГМУ

Изучено влияние иммуномодулятора полиоксидония на клиническое течение и показатели местного и общего иммунитета больных с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области. Показано, что включение в схему традиционного лечения полиоксидония позволяет стабилизировать состояние общего и местного иммунитета, повышает эффективность лечения, сокращает срок пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: флегмона челюстно-лицевой область, иммуномодуляторы, полиоксидоний.

USE OF IMMUNOMODULATOR POLYOXYDONY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ATYPICAL PURULENT PHLEGMONS IN THE MAXILLOFACIAL REGION

E. V. Fomichyov, Ahmed Saleh Yehia, A. T. Yakovlev, E. V. Efemova

Abstract. Clinical and immunological studies were carried out in patients with atypical purulent phlegmons by traditional methods supplemented by immunocorrection with polyoxydony. Addition of Polyoxydony to the basic therapy had a pronounced clinical and immunomodulating effect, which resulted in a shorter hospitalization period and almost complete recovery of the main immunological parameters in the contrast to the traditional therapy.

Key words: atypical purulent maxillofacial phlegmons, immunomodulator Polyoxydony.

В настоящее время в гнойной хирургии формируется новая клиническая ситуация, характеризующаяся неуклонным ростом стёртых, вялотекущих атипичных форм данной патологии. Для них характерно длительное торпидное течение, гиперэргическая воспалительная реакция и безуспешность традиционной терапии [7].

Данные заболевания являются малоизученной проблемой и представляют значительные трудности в диагностике и лечении. Для них характерно извращение стереотипной кинетики воспалительно-репаративной реакции, в результате чего воспаление у данных больных теряет свой защитно-приспособительный характер [4].

Устойчивая тенденция роста подобных заболеваний на протяжении нескольких десятилетий в условиях экологического и социального неблагополучия дает возможность предположить, что речь идёт, строго говоря, не об атипичных проявлениях болезни, а о возможном изменении понятия "норма" [6].

Теперь гнойно-воспалительные заболевания во многих случаях протекают не так ярко и остро, как ранее. Клиницистов уже не удивляет отсутствие ряда классических общих и местных признаков воспаления, что существенно затрудняет своевременную диагностику болезни [7].

Индукцированный патоморфоз гнойного воспаления обусловлен целым рядом факторов: экологических, социально-бытовых, "постарением" населения, снижением популяционной иммунорезистентности, использованием огромного арсенала антибактериальных препаратов, изме-

нением этиологической структуры возбудителей и модификацией биологических свойств патогенов [1, 3].

Однако решающее значение в развитии, течении и исходе гнойно-воспалительных процессов имеет состояние организма, его неспецифические и специфические защитные факторы. Неадекватный, недостаточный иммунный ответ или несостоятельность специфической реакции лежат в основе незавершенности воспалительного процесса, когда заболевание принимает медленное вялое течение или переходит в хроническую стадию.

Поэтому при вялотекущих, плохо поддающихся традиционной терапии гнойно-воспалительных заболеваниях, имеющих тенденцию к хронизации, необходима прямая или косвенная активация работы иммунной системы путем включения в комплексную терапию иммуномодуляторов [2, 5, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить влияние иммуномодулятора полиоксидония на клиническое течение и иммунологические показатели у больных с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области (ЧЛО).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было проведено обследование и лечение 47 больных с одонтогенной флегмоной ЧЛО в возрасте от 18 до 59 лет, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии ОКБ № 1 г. Волгограда. У всех больных имелись анамнестические данные и клинические призна-

ки, свидетельствующие об атипичном торпидном течении заболевания.

Из них 22 человека составили контрольную группу (КГ) и 25 вошли в основную группу (ОГ). Средний возраст пациентов составил $39,2 \pm 1,7$ лет.

Кроме этого нами было обследовано 20 практических здоровых лиц.

Наряду с традиционным клиническим обследованием всем больным произведено исследование иммунного статуса при поступлении в стационар и на 3-, 6-, 10-е сутки после операции. Иммунологические методы включали исследование показателей местного иммунитета: (соотношение эпителиальных клеток (Э), нейтрофилов (Н) и лимфоцитов (Л) (Чукаева Н. А., 1990), уровень иммуноглобулинов А, G, М в слюне (Меньшов В. В., 1987) и общего иммунитета: Т- и В-лимфоциты (Фримеля Г, 1987), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) (Б. Перниса, 1988) и концентрации иммуноглобулинов А, G, М в крови (Меньшов В. В., 1987). Учитывая наличие у полиоксидония детоксицирующего эффекта, нами была изучена динамика лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) (Кальф – Калиф Я. Я, 1941).

Больные получали традиционное медикаментозное лечение, включавшее в себя антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию. При поступлении в стационар под местным потенцированным обезболиванием больным проводили операцию вскрытия флегмоны. Хирургическое вмешательство сопровождалось удалением "причинного" зуба, послужившего источником инфекции. Ведение гнойной раны в послеоперационном периоде предусматривало ежедневное промывание раны растворами диоксида, 0,06 % натрия гипохлорида, протеолитическими ферментами.

В комплексное лечение 25 пациентов (основная группа) включали иммуномодулятор полиоксидоний: по 6 мг в/м в 1-, 2-, 3-, 5-, 7- и 9-й день после оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех 47 пациентов в полости рта имелось от 3 до 7 зубов с деструктивными формами хронического периодонтита. Несмотря на слабо выраженную воспалительную реакцию и проводимое лече-

ние, тенденции к ограничению процесса у больных контрольной группы не наблюдалось длительное время. Уменьшение гноетечения у них отмечали на 7–8 сутки, появление скудных, вялых грануляций – на 9–10 сутки, средний срок пребывания их в стационаре составил $15,21 \pm 1,3$ суток.

Динамика клинических проявлений у больных основной группы была более выражена. Средние показатели заживления гнойной раны у больных основной группы составили: прекращение гноетечения и очищение раны – $6,0 \pm 0,029$ суток ($p < 0,05$), появление грануляций – $7,2 \pm 0,27$ суток ($p < 0,05$), полное очищение раны наблюдалось через $10,9 \pm 0,55$ суток ($p < 0,05$).

При лечении пациентов традиционными методами динамика нормализации количества клеточных элементов в слюне была достаточно длительной и не достигала границ нормы до выписки из стационара. А у пациентов основной группы с использованием в лечении полиоксидония тенденция к нормализации показателей была отмечена уже с 6-го дня после начала лечения и к 10-му дню показатели местного иммунитета достоверно приближались к нормальным физиологическим показателям – $40,5 \pm 0,16$: $56,8 \pm 0,48$: $2,67 \pm 0,07$ при норме соответственно – Э : Н : Л – $46,5 \pm 0,21$: $51,2 \pm 0,22$: $2,21 \pm 0,08$ (табл. 1).

Исходная концентрация Ig G и А в слюне была снижена у больных обеих групп, а концентрация Ig M повышена. У пациентов контрольной группы эти изменения сохранялись до 10-го дня, тогда как у пациентов основной группы они достигали границ нормы уже к 6-му дню после назначения полиоксидония и к 10-му дню их уровень находился в физиологических пределах.

Иммунологические исследования крови показали, что у пациентов обеих групп исходные концентрации Ig классов G и А были снижены, а концентрация Ig M повышена. В процессе лечения у больных контрольной группы Ig G оставался на уровне первоначальной концентрации до 10-го дня, тогда как у пациентов основной группы начиная с 6-го дня регистрировалась тенденция к повышению их уровня, что вероятно, связано с ускорением формирования механизмов устойчивой общей иммунной защиты, в том числе со стабилизацией соотношения В- и Т-лимфоцитов.

Таблица 1

Динамика показателей местного иммунитета полости рта у больных контрольной и основной групп

Показатель	Здоровые лица (n=20)	Пациенты контрольной группы (n=22)				Пациенты основной группы (n=25)			
		При поступлении	На 3 сут.	На 6 сут.	На 10–11 сут.	При поступлении	На 3 сут.	На 6 сут.	На 10–11 сут.
Э, %	$46,5 \pm 0,21$	$19,1 \pm 0,65^*$	$23,3 \pm 0,58^{**}$	$29,3 \pm 0,1^{**}$	$32,9 \pm 0,13^{**}$	$18,8 \pm 0,41^*$	$23,5 \pm 0,87^{**}$	$32,7 \pm 0,19^{**}$	$40,5 \pm 0,16^{**}$
Н, %	$51,2 \pm 0,22$	$72,8 \pm 0,59^*$	$68,3 \pm 0,58^{**}$	$63,6 \pm 0,12^{**}$	$60,2 \pm 0,33^{**}$	$73,7 \pm 0,8^*$	$68,3 \pm 0,98^{**}$	$59,8 \pm 0,35^{**}$	$56,8 \pm 0,48^{**}$
Л, %	$2,21 \pm 0,08$	$8,02 \pm 0,27^*$	$8,4 \pm 0,25^*$	$7,2 \pm 0,2^{**}$	$6,96 \pm 0,18^{**}$	$7,03 \pm 0,56^*$	$8,2 \pm 0,17^*$	$7,49 \pm 0,36^*$	$2,67 \pm 0,07^{**}$
Ig A, г/л	$0,46 \pm 0,04$	$0,42 \pm 0,22$	$0,43 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,05$	$0,5 \pm 0,05$	$0,46 \pm 0,06$	$0,43 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,04$	$0,54 \pm 0,02$
Ig G, г/л	$0,55 \pm 0,05$	$0,42 \pm 0,04^*$	$0,43 \pm 0,55$	$0,47 \pm 0,05$	$0,55 \pm 0,05^*$	$0,41 \pm 0,04^*$	$0,41 \pm 0,03^*$	$0,58 \pm 0,03^*$	$0,59 \pm 0,02^*$
Ig M, г/л	$0,006 \pm 0,002$	$0,26 \pm 0,01^*$	$0,25 \pm 0,04^*$	$0,29 \pm 0,03^*$	$0,16 \pm 0,01^{**}$	$0,24 \pm 0,01^*$	$0,27 \pm 0,03^*$	$0,14 \pm 0,03^{**}$	$0,05 \pm 0,01^{**}$

* – статистически достоверные отличия от значений показателя в группе здоровых лиц ($p < 0,05$); ** – статистически досто-

верные отличия от исходного уровня ($p < 0,05$); * – статистически достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

Таблица 2

Динамика показателей общего иммунитета у больных контрольной и основной групп

Показатель	Здоровые лица (n=20)	Пациенты контрольной группы (n = 22)				Пациенты основной группы (n = 25)			
		При поступлении	На 3 сут.	На 6 сут.	На 10–11 сут.	При поступлении	На 3 сут.	На 6 сут.	На 10–11 сут.
Ig G, г/л	13,0±0,44	12,29±0,28	12,27±0,41	12,83±0,81	13,89±0,26*	12,34±0,44	12,29±0,27	13,25±0,77	16,52±0,13**x
Ig M, г/л	2,79±0,31	5,88±0,41*	5,45±1,33	5,7±0,34*	5,56±0,14*	6,16±0,38*	5,88±0,35*	5,62±0,42*	3,67±0,1**x
Ig A, г/л	4,18±0,35	3,13±0,69	3,19±0,6	3,54±0,47	4,04±0,52	3,16±0,65	4,55±0,44	4,72±0,58	5,10±0,04**x
Т-лимфоциты, %	82,5±1,24	20,0±0,95*	22,7±1,54*	27,42±1,15**	31,4±0,44**	20,2±0,53*	22,8±1,02**	29,1±0,91**	40,9±0,62**x
В-лимфоциты, %	17,5±1,17	80,0±2,56*	77,3±1,53*	72,6±1,77**	68,6±0,42**	79,8±0,52*	77,2±1,1**	70,9±0,8**	59,1±0,71**x
ЦИК, г/л	50,7±1,48	57,0±0,31*	57,15±0,56*	56,5±0,43	56,3±0,42*	57,4±0,27*	57,0±0,57*	56,4±0,58*	51,1±0,28**x
ЛИИ, усл.ед.	0,67±0,13	3,02±0,47*	2,16±0,25*	1,88±0,17**	1,66±0,18**	3,19±0,42*	2,04±0,31**	1,68±0,13**	1,43±0,11**

* – статистически достоверные отличия от значений показателя в группе здоровых лиц ($p < 0,05$); * – статистически достоверные отличия от исходного уровня ($p < 0,05$); * – статистически достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

Концентрация IgM у пациентов контрольной группы оставалась без особых изменений, а у пациентов основной группы отмечено достоверное снижение концентрации к 10-му дню $3,67 \pm 0,1$ г/л ($p < 0,05$) при норме – $2,79 \pm 0,31$ г/л.

Уровень Ig A был сниженный при поступлении в обеих группах, но при традиционном лечении восстановился только к 10-му дню, а у пациентов основной группы стабилизация концентрации Ig A началась на 3-й день после начала лечения $4,55 \pm 0,44$ г/л (табл. 2).

У пациентов контрольной и основной групп концентрация ЦИК при поступлении составила $57,4 \pm 0,27$ и $57,0 \pm 0,31$ г/л соответственно при норме – $50,7 \pm 1,48$. В динамике лечения у пациентов контрольной группы уровень ЦИК оставался повышенным, а у пациентов основной группы концентрация ЦИК достоверно снизилась только к 10-му дню, составив $51,1 \pm 0,28$ г/л ($p < 0,05$) что связано, по всей вероятности, со стимуляцией полиоксидонием фагоцитарного звена, ответственного за их элиминацию.

Соотношение Т- и В-лимфоцитов у пациентов обеих групп было дестабилизировано весьма значительно, при этом изменения сохранились до конца наблюдения в обеих группах. Однако у пациентов основной группы после назначения полиоксидония восстановление показателей шло быстрее, чем у пациентов, получавших только традиционное лечение. У пациентов основной группы к 10-му дню содержание Т- и В-лимфоцитов было ближе к физиологическому – $40,9 \pm 0,62$ и $59,1 \pm 0,71$ соответственно, что, в свою очередь, приводило к нормализации общего и гуморального иммунитета в виде восстановления уровней Ig G, M и A в крови.

Косвенным индикатором такого положительного сдвига является лейкоцитарный индекс интоксикации. У пациентов контрольной группы ЛИИ оставался на высоком уровне до конца наблюдения ($1,68 \pm 0,01$ у. е.), тогда как у пациентов

основной группы тенденция к его снижению начинается проследиваться уже с 6-го дня лечения $1,68 \pm 0,13$ у. е., что говорит о снижении уровня эндогенной интоксикации и нормализации саморегуляторных механизмов, восстанавливающих иммунный статус организма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при торпидном вялом течении флегмон челюстно-лицевой области характерны изменения местного и общего иммунитета. Иммунный статус пациентов с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области характеризуется высокой активностью местного иммунитета и более слабой активацией общего иммунитета, с формированием постинфекционной иммунной недостаточности.

Включение в схему традиционного лечения больных с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области полиоксидония позволяет стабилизировать состояние общего и местного иммунитета, вследствие чего повышается эффективность лечения и сокращается срок пребывания пациента в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абаев Ю. К.* // Вест. Хирургии. – 2005. – Т. 164, № 4. – С. 107–111.
2. *Петров Р. В.*, с соавт. // Иммунология. – 2000. – № 5. – С. 24–28.
3. *Серов В. В.* // Архив патологии. – 1997. – Т. 59, вып. 4. – С. 3–5.
4. *Серов В. В., Пауков В. С.* Воспаление: Руководство для врачей / Под ред. В. В. Серова, В. С. Паукова. – М.: Медицина, 1995. – 640 с.
5. *Тхазапличева Л. В.* Некоторые показатели иммунитета у больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и методы коррекции: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Нальчик. – 2005. – 24 с.
6. *Фомичев Е. В.* Атипично текущие и хронические гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: Диагностика, лечение и профилактика: автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. – М., 1999. – 40 с.

7. *Фомичёв Е. В., Робустова Т. Г.* // Росс. стомат. журн. – 2003. – № 4. – С. 18–21.

8. *Хаитов Р. М., Пинегин Б. В.* // Иммунология. – 2003. – № 1. – С. 196–202.