

Анисимова Т.М. Лабораторные показатели у больных флегмонами челюстно-лицевой области при включении в комплексное лечение препарата глутоксим / Т.М. Анисимова, Е.П. Журко // Омский науч. вестн. - 2006. - № 7 (43). - С.265-267.

Т.М. АНИСИМОВА, Е.П. ЖУРКО

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЛУТОКСИМ

*Омская государственная медицинская академия,
ГКБ №11*

Статья посвящена проблеме поиска наиболее информативных лабораторных методов исследования, с целью изучения эффективности применения иммуномодулятора Глутоксим. Анализ полученных лабораторных данных позволяет рекомендовать препарат Глутоксим в комплексной терапии больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Больные гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляют 50-70 % госпитализированных в челюстно-лицевые стационары. По данным ряда авторов (1) в последние годы количество таких больных имеет тенденцию к увеличению. С другой стороны, возрастает количество случаев «атипичного» течения воспалительного процесса со склонностью к вялому, затяжному развитию и течению, сопровождающемуся возникновением местных и общих осложнений. Лечение одонтогенных флегмон должно быть комплексным. На сегодняшний день стандартное совмещение хирургического пособия и медикаментозной терапии является оптимальным подходом. Но, несмотря на появление новых антибактериальных, противовоспалительных, аотисептических, иммуностимулирующих, гипосенсибилизирующих и других препаратов, проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, остается актуальной (3,4).

С 2004 года на базе ГКБ № 11 совместно с кафедрой челюстно-лицевой хирургии проводится наблюдение за больными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области при комплексном лечении с использованием препарата Глутоксим.

Глутоксим является представителем нового класса лекарственных препаратов — тиопозтинов, обладающих модулирующим действием на внутриклеточные процессы тиолового обмена, играющего важную роль в регуляции генетических и метаболических процессов в клетках и тканях. Глутоксим индуцирует широкий спектр, клеточных реакций, обеспечивая тем самым повышение устойчивости организма к экстремальным воздействиям химической, физической и биологической природы(5). Изучение эффективности применения данного иммуномодулятора путем анализа полученных лабораторных данных до сих пор не проводилось.

Материалы и методы

Обследованы 40 больных в возрасте 25-45 лет, мужчины без сопутствующей патологии с диагнозом: одонтогенная флегмона дна полости рта. Из общего количества больных было сформировано две группы по 20 человек. Первую группу составили больные, к которым применялись традиционные методы лечения (группа сравнения). Вторая группа была представлена больными, которым помимо традиционного лечения применялся иммуномодулятор Глутоксим (основная группа). Глутоксим вводился по 2 мл 1 % раствора, разведенного в 2-х мл 0,5% раствора новокаина внутримышечно 4 раза в день, в течение 12 дней. Кроме того, обследовано 15 человек без воспаления и видимой патологии внутренних органов из числа студентов-добровольцев. Полученные у них результаты лабораторных методов обследования были приняты нами за нормативные и

служили для оценки степени нарушения аналогичных показателей в условиях воспаления. Для оценки клинической эффективности, рассматриваемых способов лечения изучали несколько рутинных показателей, характеризующих общее состояние больных и динамику гнойно-раневого процесса. В комплекс биохимических и клинических показателей были включены: лейкоциты, СОЭ, ЛИИ, общий белок, белковые фракции, креатинин, мочеви́на, билирубин, АсАТ, АлАТ, фибриноген. Лейкоциты подсчитывали в камере Горяева, общий белок в сыворотке крови определяли унифицированным методом по биуретовой реакции (В.В.Меньшиков, 1972). Электрофорез белков сыворотки крови проводили на ацетат-целлюлезной пленке.

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показывают, что применение «традиционного» лечения не приводило к снижению величины СОЭ, другие же показатели обнаруживали тенденцию к нормализации. Такие показатели, как билирубин, креатинин, мочеви́на, АсАТ, АлАТ оказались малоинформативными в обеих группах.

Количество лейкоцитов приходило к норме лишь на 7-е сутки в 1-й группе и уже на 3-й сутки во 2-й группе. Показатели СОЭ во 2-й группе приходили к норме на 7-е сутки. Показатель ЛИИ во 2-й группе восстанавливался на 3 сутки а в 1 -й группе лишь на 5-е сутки (рис. 1).

Одним из показателей интоксикационного синдрома, неизменно сопровождающего гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области, является нарушение белоксинтезирующей функции печени. Анализируя результаты исследований спектра белков крови, мы пришли к выводу, что включение Глутоксима в комплексное лечение способствует коррекции белоксинтезирующей функции печени. Если у больных 1 -й группы имелись выраженные гипопро-

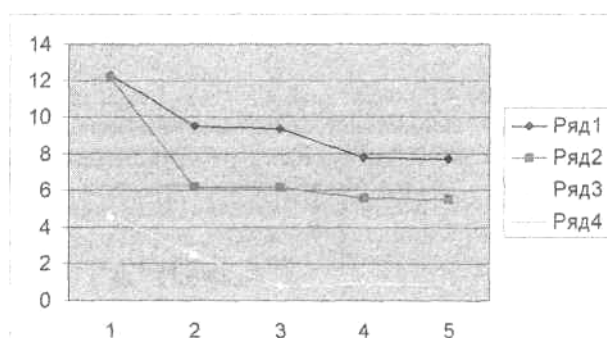


Рис. 1. Динамика показателей количества лейкоцитов и ЛИИ в группе с традиционным лечением и с применением препарата Глутоксим

Примечание: 1-количество лейкоцитов в 1-й группе, 2-количество лейкоцитов во 2-й группе, 3-показатель ЛИИ в 1 -й группе, 4 - показатель ЛИИ во 2-й группе. По оси ординат показатели ЛИИ и количество лейкоцитов; по оси абсцисс-соответственно 1-е, 3-е, 5-е, 7-е, 14-е сутки наблюдения.

теинемия, гипоальбуминемия, нарушение содержания всех глобулиновых фракций, то во 2-й группе были зафиксированы незначительная гипопротеинемия и диспротеинемия, связанная с изменением содержания альбуминов, а-1, а-2-глобулинов, у-глобулинов, но не выявлена динамика (3-глобулинов).

Гипоальбуминемия — один из самых характерных признаков воспалительной реакции. Уменьшение содержания альбумина в крови приводит к нарушению коллоидно-осмотического давления и дезорганизации транспорта ионов металлов, гормонов, некоторых лекарственных веществ, в частности антибиотиков, т.е. способствует усилению интоксикации (2). У больных 1 -й группы отмечалось достоверное снижение концентрации альбумина на высоте гнойно-воспалительного заболевания на 30-44%. Во 2-й

группе гапоальбуминемия составила 28 % от контрольного уровня. Значительное снижение уровня альбуминов определяет длительное и медленное восстановление белоксинтезирующей функции печени (5). На фоне применения Глутоксима была отмечена коррекция уровня альбуминов крови, которая выражалась в его нормализации, в 1 -й группе отмечалось достоверное повышение, но уровень альбуминов при выписке не достигал нормы.

Другим компонентом диспротеинемии является общее увеличение фракции глобулинов. При «стандартном» лечении отмечается достоверное повышение концентрации а-1 -глобулина в 1.5-2.6 раза, а во 2-й группе больных в 1,2-1,5 раза. Активацию синтеза представленных белков гепатоцитами можно объяснить обширными повреждениями мягких тканей. Использование Глутоксима оказывает корригирующее действие на а-1-глобулиновую фракцию, зарегистрировано снижение её уровня до уровня контроля.

Повышение содержания фракции а-2-глобулинов имело место в обеих группах на высоте воспалительного процесса, но с разной степенью достоверности. Возрастание уровня а-1 и а-2-глобулинов при острых одонтогенных воспалительных процессах объясняется компенсаторным характером защитных реакций. Повышение уровня а-2-глобулинов отражает переориентацию белкового синтеза в печени на снижение уровня альбуминовой фракции. Нормализация уровня а-2-глобулинов крови у больных с одонтогенными флегмонами на фоне применения Глутоксима при выписке из стационара свидетельствует о купировании воспалительного процесса, восстановлении белоксинтезирующей функции печени, стабилизации транспортной системы белков. Интенсивность положительной динамики а-2-глобулинов при традиционном лечении была менее выраженной.

Достоверное повышение уровня у-глобулиновой фракции белков крови отмечается на высоте гнойно-воспалительного процесса. У больных 2-й группы на фоне применения Глутоксима отмечено достоверное снижение концентрации Г-глобулинов крови до уровней показателей контроля — 18,04+ -0,18%. В 1-й группе восстановления уровня Г-глобулинов не зарегистрировано, имеет место тенденция к их снижению. Однако на 14-е сутки они оставались выше нормы на 13%, у-глобулиновая фракция белка является главным показателем иммунологической реактивности. Его снижение характеризует купирование воспаления, а дальнейшее увеличение происходит под влиянием продолжения антигенной стимуляции.

Практически у всех больных отмечалась гиперкоагуляция (фибриноген 4,43-6,05г/л). На фоне применения Глутоксима нормализация уровня фибриногена наблюдалась уже на 3-й сутки. При традиционном лечении положительная динамика была менее выражена и только на 7-е сутки фибриноген достигал контрольного уровня. Фибриноген является белком острой фазы и соответственно его снижение характеризует купирование воспалительного процесса.

Спектр белков крови у больных с одонтогенными флегмонами в зависимости от метода лечения в динамике ($\bar{x} \pm Sd$)

Показатель	ДОНОРЫ	1 -сутки 1/2гр	3-сутки 1/2гр	5-сутки 1/2гр	7- СУТКИ 1/2 гр	14-сутки 1/2гр
Общий белок, г/л	69,7+-2.0	57,1±1,7 [^] 62,2±1,4 ^{^^}	56,0±1,2 [^] 65,6±1,5*	65,4±1,6* 67,4±1,5	64,8±1,3 [^] 69,6±1,5*	68,7±1,4 72Л±1,4
Альбумины. %	58.5+-1.4	44.4±0,5 [^] 51,7±0,8 [^]	32,9±0,3 [^] 54.88±0.3 ^{^^}	49.9±0,4 [^] 55.94±0,1*	48,0±0,4 [^] 58.0±0,2*	51,7±0,3 [^] 61,1±0,1*
Л-1 -глобулины,%	3.75+-0.7	4,9±0,1 [^] 4.6±0.1 [^]	9.8±0,1 [^] 5.8±0.1 ^{^^}	5,6±0,1 [^] 4,5±0,1[^]	4,7±0,1 [^] 4.2±0,1 ^{^^}	4,8±0,1 [^] 3,8±0,1
Л-2-глобулины.%	8,9+-0.9	12.0±0.1 [^] 10,9±0.1 ^{^^}	11,1±0,1[^] 8.7±0,2*	11,4±0.2 [^] 8.8±0,1*	12,2±0,2 [^] 9,0±0,2**	П.7±0,1 ^{^^} 8,8±0,2*
Б-глобулины,%	11..3+-L0	13,4+-0.2 [^] 11,9+-0.1 [^]	14,9+-0.1 [^] 11.8+-0,1*	14,6+-0,1 [^] 12.0+-0,1*	16,1+-0,1[^] 11,7+-0,1*	14.9+-0.2 [^] 10.8+-0,1*

Г-глобулины,%	17,9±1,3	23,1 ±0,1 [^] 18.8+0.2 ^{^^}	28,3±0,4 [^] 18.8±0,1 [^]	19.5±0,1 ^{^^} 18.8±0,1 [^]	20,4±0,2 ^{^^} 18,0±0,1*	19,5±0,1 ^{^^} 17,9±0,1*
Коэффициент А/Г	1,38±0,3	0,8±0,1 [^] 1,1±0,1^{^^}	0,5±0,1 1,2±0,1*	1,0±0,2 ^{^^} 1,3±0,1**	0,9±0,2 [^] 1,4±0,1**	1,1±0,1 ^{^^} 1,5±0,1**

Примечание: в числителе - показатели 1-й группы больных (традиционное лечение), в знаменателе - 2-й группы больных (применение Глутоксима); ' - различия показателей 1-й и 2-й групп статистически достоверны ($p < 0,001$); " - различия показателей 1-й и 2-й групп статистически достоверны ($p < 0,05$); ^ - статистическая достоверность с показателями контрольной группы ($p < 0,001$); ^^ - статистическая достоверность с показателями контрольной группы ($p < 0,05$).

Анализ полученных результатов убеждает в том, что включение Глутоксима в комплексное лечение одонтогенных флегмон позволяет в короткие сроки снизить интенсивность воспаления, поддержать повышенную реактивность организма, восстановить белоксинтезирующую функцию печени, добиться сокращения сроков лечения больных флегмонами челюстно-лицевой области. Это позволяет рекомендовать применять препарат Глутоксим в комплексной терапии больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Библиографический список

1. Агапов В.С., Арутюнов С.Д., Шулаков В.В. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М, 2004. - С-8-29.

2. Дурново Е.А. Влияние озонотерапии на динамику спектра белков в периферической крови у больных с флегмонами лица и шеи. Стоматология 1999 №5 с-31-34.

3. Казакова Ю.М. Частота гнойно-воспалительных осложнений одонтогенной этиологии в околочелюстных мягких тканях нижней челюсти // Рос. стомат. журнал.- 2005. - № 4.-с. 20-22.

4. Михайленко А.А. Базаиров Г.А. Покровский В.И. Коненков В.И. Химически чистые и синтезированные иммуномодуляторы. Глутоксим ЛВ кн. Профилактическая иммунология, - Москва-Тверь, 2004.- с 272-278.

5. Пербокас Ф. Изучение функционального состояния печени у больных с флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дисс... канд. мед. наук. М 1989.

АНИСИМОВА Татьяна Михайловна, зав. КДЛ ГКБ №11.

ЖУРКО Евгений Петрович, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ОГМА.