

А.А. Тимофеев¹, В.П. Блинова², А.В. Умиров², А.А. Мирошник²,
О.А. Ухарская², С.И. Дубиченко², Е.А. Серга²

Иммунокорректирующая терапия больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г.Киев, Украина

²ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», г.Киев, Украина

Цель: определить эффективность действия препарата «Биотроф» на состояние местной и общей неспецифической резистентности организма у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Методы. Проведено клиническое и иммунологическое обследование 132-х больных с ограниченными и разлитыми гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей.

Результаты. Проведенные исследования доказали, что включение в комплексное лечение пищевой биодобавки «Биотроф-4» позволило в короткие сроки полностью ликвидировать выявленный при госпитализации временный иммунодефицит у всех обследуемых больных с ограниченными и разлитыми гнойно-воспалительными процессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Выводы. Комплексный препарат на натуральной основе «Биотроф-4» рекомендуется челюстно-лицевым хирургам и хирургам-стоматологам для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями околочелюстных мягких тканей.

Ключевые слова: абсцессы, флегмоны, гнойный лимфаденит, фурункулы, карбункулы, лечение, иммунитет, иммунодефицит, биотроф.

Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи занимают одно из ведущих мест в клинике челюстно-лицевой хирургии. В последние годы количество больных с этими заболеваниями значительно увеличилось, усугубилась тяжесть их течения, что нередко может привести к развитию таких грозных осложнений, как сепсис, медиастинит, менингит и др. [1, 2]. Проведенные в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО имени П.Л. Шупика исследования доказали, что у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей отмечается достоверное снижение как местной, так и общей неспецифической резистентности организма не только в предоперационный период (при наличии клинических симптомов заболевания), но и в течение первых двух месяцев после оперативного вмешательства, т. е. в период клинического выздоровления. В период реабилитации больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей их организм наиболее восприимчив к некоторым формам воспалительных заболеваний (острая респираторная вирусная инфекция, фурункулы, ринит, ангины и др.). Трудоспособность данных больных восстанавливается только на протяжении этого периода времени (двух месяцев). Для полного восстановления организма больного в послеоперационный период важно обеспечить ему полноценное поступление продуктов питания, которые содержат не только витамины, но и необходимые макро- и микроэлементы. В современных условиях очень сложно найти полноценный «набор» всего, что необходимо человеку для быстрой и полной реабилитации.

Наше внимание привлекла новая серия биологически активных добавок «Биотроф». В качестве консерванта в этом препарате выступает один из самых древних и проверенных временем, безопасных и эффективных консервантов природного происхождения – высококачественный мед. Известно, что мед – это идеальный природный консервант, позволяющий сохранять активность ферментов даже при длительном хранении. Для изготовления данного препарата используют различные органы здоровых, предварительно проверенных животных. Из этих органов готовится гомогенат с последующей магнитно-лазерной обработкой, что позволяет макси-

мально сохранить целостность и активность естественных природных комплексов. Источником биологически активных веществ и ферментов являются различные внутренние органы молодых здоровых животных (телят). Препараты серии «Биотроф» содержат уникальную композицию биорегуляторов, состоящих из ферментов, цитомединов, регуляторных пептидов, аминокислот, нейромедиаторов, фосфолипидов, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов, макро- и микроэлементов. В соответствии с использованными (для изготовления препаратов «Биотроф») органами животных они имеют состав, благодаря которому обеспечивается нормальная физиологическая жизнедеятельность организма, а также они позволяют организму человека более эффективно адаптироваться в условиях стресса.

Регуляторные пептиды и цитомедины, выделенные из иммунокомпетентных органов (лимфатического аппарата, тимуса, костного мозга, селезенки), способствуют выработке интерферона, повышают активность макрофагов, обеспечивая тем самым противовирусное и противобактериальное действие, формируют общий и местный иммунокорректирующий эффект. Цитомедины регулируют физиологические обменные процессы в органах и тканях, оказывают противовоспалительное и регенераторное действие. Пептиды способствуют регенерации тканей, нормализуют фибринолитические свойства крови. Аминокислоты являются необходимым компонентом обмена веществ, нормального функционирования клеток, органов и систем, играют ведущую роль в жизнедеятельности организма. Моносахариды обеспечивают энергией клетки, являются важным пластическим материалом, а в комплексах с белками и липидами образуют многочисленные биологически активные соединения. Фосфолипиды и полиненасыщенные жирные кислоты нормализуют работу печени, регулируют обмен липидов, снижают уровень холестерина, оказывают очищающее действие на сосуды, восстанавливают эластичность и прочность стенок сосудов, улучшают процессы кровообращения и обмена веществ между клетками и кровью. Витамины обеспечивают нормальное функционирование всех систем организма, т. к. являются ускорителями обменных реакций в организме. Микроэлементы, которые входят в состав этих биологически активных

добавок, являются необходимым фактором поддержания существования живого организма, регулируют постоянство его внутренней среды (гомеостаз). Микроэлементы входят в состав ферментов, гормонов, значительно усиливая их активность, а также фосфолипидов и витаминов.

При выборе средства для реабилитации послеоперационных челюстно-лицевых больных с ограниченными и разлитыми гнойно-воспалительными заболеваниями мы остановились на препарате «Биотроф-4». Составляющие компоненты препарата «Биотроф-4» повышают иммунный статус организма (клеточный и гуморальный иммунитет); регулируют систему гомеостаза, кровотока; улучшают кровоснабжение органов и тканей; способствуют удалению из организма токсических продуктов обмена и радионуклидов; стабилизируют обменно-дистрофические и метаболические процессы в органах и тканях; нормализуют обмен веществ; укрепляют адаптационные механизмы при стрессовых состояниях.

Цель исследования – изучить влияние биологически активной пищевой добавки «Биотроф-4» на состояние местной и общей неспецифической резистентности организма больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи в реабилитационный период.

Материалы и методы исследования

Обследованы 132 больных с ограниченными и разлитыми гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи (гнойными лимфаденитами, абсцедирующими фурункулами и карбункулами, одонтогенными и неодонтогенными абсцессами и флегмонами). На основании окончательного клинического диагноза все больные были разделены на две группы. Первую группу наблюдения составили 62 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, которых лечили традиционными (общепринятыми) методами только в период госпитализации больных. Вторая группа наблюдения – это 70 больных с гнойно-воспалительными процессами, в комплекс лечебных мероприятий которых был дополнительно включен «Биотроф-4». Лечение данным препаратом начинали с первых дней после госпитализации больного. Длительность применения биологически активной добавки составляла 40–45 дней. Противопоказаний для приема данного препарата нет. Контролем для лабораторных анализов служили 34 практически здоровых человека.

Больным первой группы наблюдения (62 чел.) после госпитализации в стационар проводили удаление причинного зуба (при одонтогенных процессах) и вскрывали абсцессы или флегмоны. В послеоперационный период у этих больных применили традиционное медикаментозное лечение: внутримышечное введение общепринятых антибиотиков в рекомендуемых дозах, сульфаниламидных препаратов, а также проводили дезинтоксикационное лечение (по показаниям), неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию (димедрол, диазолин, супрастин, фенкарал, тавегил и др.), симптоматическое и физиотерапевтическое лечение. При комплексном лечении пациентов второй группы наблюдения (70 чел.) кроме ранее перечисленного хирургического и медикаментозного лечения для иммунокоррекции (с первых дней после госпитализации пациентов) была применена биологическая пищевая добавка «Биотроф-4». Для общего лечения Биотроф-4 применялся внутрь по одной чайной ложке (за 30 минут до еды) три раза в день в течение 40–45 дней. После выписки больных из стационара (через 9–15 суток после госпитализации) они продолжали принимать данный препарат до окончания рекомендуемого срока.

При госпитализации и в процессе лечения проводили общеклиническое обследование всех больных (выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания, осмотр, пальпацию, пер-

куссию зубов, рентгенографию, общий анализ крови и т. д.), а также определяли местную и общую неспецифическую резистентность организма.

Для исследования местной неспецифической резистентности организма определяли функциональную активность нейтрофилов, эмигрировавших в ротовую полость через слизистую оболочку щеки. Отбор материала проводили в соответствии с методикой, предложенной В.Д. Дышловым, и окрашивали отпечатки для выявления катионных белков в нейтрофильных лейкоцитах, эмигрировавших в ротовую полость через слизистую оболочку щеки, по методике В.Е. Пигаревского [3]. Для выявления щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов применили наиболее распространенный метод – азосочетания (модификация М.Г. Шубича, 1980). Количество эмигрированных лейкоцитов и активность в них щелочной фосфатазы определяли также в отпечатках, полученных со слизистой оболочки щеки. Для оценки цитохимической реакции применили метод Karlow L.S. [4]. В зависимости от ферментативной активности нейтрофилов их разделили на пять типов: нулевой (неокрашенные), первый (со слабой окраской цитоплазмы), второй (с умеренной окраской цитоплазмы), третий (с сильной окраской цитоплазмы) и четвертый (с очень сильной окраской цитоплазмы и диффузией красителя в область ядра). В мазке подсчитывали 100 нейтрофилов и определяли количество клеток, принадлежащих каждому типу. Это количество умножали на номер типа, полученные числа суммировали. Сумма выражалась в условных единицах (усл. ед.).

Исследование общей неспецифической резистентности организма [5] проводили с помощью НСТ-теста по методу М.Е. Вискмана и А.Н. Маянского. Вычисляли средний индекс активации нейтрофилов (средний цитохимический показатель активности катионных белков), количество активированных нейтрофилов (нестимулированных и стимулированных), резерв активации нейтрофилов. Фагоцитарную активность лейкоцитов крови определяли по методу В.Ф. Чернушенко и Л.С. Когосовой [6]. Обследование проводили при госпитализации больных в стационар, в динамике лечения, при выписке из стационара и в период реконвалесценции.

Все полученные в ходе исследования цифровые данные обработаны математическим методом с вычислением критерия Стьюдента. Показатели считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Результатами обследования больных обеих групп наблюдения было установлено, что местная неспецифическая резистентность организма достоверно изменялась при госпитализации обследуемых (табл. 1–3).

Из табл. 1 видно, что количество нейтрофилов, которые эмигрировали через слизистую оболочку щеки, у больных первой группы при госпитализации достоверно ($< 0,001$) увеличивалось по сравнению со здоровыми людьми до $25,9 \pm 1,4$ шт., а активность щелочной фосфатазы в них составляла $64,4 \pm 2,3$ усл. ед. ($< 0,001$). Количество нейтрофилов, которые эмигрировали через слизистую оболочку щеки, у больных второй группы наблюдения при госпитализации также достоверно ($< 0,001$) увеличивалось по сравнению со здоровыми людьми до $26,7 \pm 1,5$ шт., а активность щелочной фосфатазы в них составляла $63,6 \pm 2,5$ усл. ед. ($< 0,001$).

Из табл. 2 видно, что количество нейтрофилов, которые эмигрировали через слизистую оболочку щеки, у больных первой группы при выписке оставалось достоверно увеличенным по сравнению со здоровыми людьми до $21,1 \pm 1,0$ шт. ($< 0,02$), а активность щелочной фосфатазы в них составляла $54,6 \pm 1,2$ усл. ед. ($< 0,001$). Количество нейтрофилов, которые

емігрували через слизисту оболочку щек, у больных другої групи спостереження при виписці зі стаціонара також достовірно було збільшеним по порівнянню зі здоровими людьми до $22,0 \pm 1,1$ шт. ($p < 0,02$), а активність щелочної фосфатази в них складала $55,1 \pm 1,8$ усл. ед. ($p < 0,001$).

Із табл. 3 видно, що активність катіонних білків при госпіталізації больных першої групи достовірно знижувалася до $0,42 \pm 0,02$ усл. ед. ($p < 0,001$), а у пацієнтів другої групи – до $0,43 \pm 0,03$ усл. ед. ($p < 0,001$). При виписці обстежуваних першої групи зі стаціонара активність катіонних білків нейтрофілів збереглася на достовірно низьких цифрах – $0,47 \pm 0,02$ усл. ед. ($p < 0,001$), як і во другій групі – $0,48 \pm 0,03$ усл. ед. ($p < 0,001$).

Таким образом, количество нейтрофильных лейкоцитов, эмигрировавших через слизистую оболочку щек, у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей в обеих группах наблюдения достоверно увеличилось, а активность в них щелочной фосфатазы также достоверно возросло по сравнению со здоровыми людьми. Это свидетельствовало о наличии воспалительных явлений в полости рта у обследуемых при выписке из стационара. Активность катионных белков в нейтрофильных лейкоцитах у больных обеих групп наблюдения достоверно снижалась на всех эта-

пах лечения в стационаре, что свидетельствовало о низкой местной неспецифической резистентности организма. На основании полученных показателей можно сделать вывод, что у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей наблюдалась низкая местная неспецифическая резистентность организма как при госпитализации, так и при выписке из стационара (на 9–15-е сутки).

Изучены показатели общей неспецифической резистентности организма у обследуемых с гнойно-воспалительными заболеваниями (табл. 4 и 5). Показатели фагоцитарной активности нейтрофилов (процент фагоцитарной активности и фагоцитарное число) периферической крови у больных первой группы наблюдения при госпитализации были достоверно сниженными по сравнению со здоровыми людьми и соответственно равны $66,1 \pm 1,2$ % ($p < 0,001$); $4,7 \pm 0,2$ шт. ($p < 0,001$), а при выписке из стационара $68,2 \pm 1,0$ % ($p < 0,001$); $5,2 \pm 0,2$ шт. ($p < 0,001$). Показатели фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови у больных второй группы наблюдения при госпитализации также были достоверно сниженными по сравнению со здоровыми людьми и соответственно равны $65,4 \pm 1,4$ % ($p < 0,001$); $4,6 \pm 0,2$ шт. ($p < 0,001$), а при выписке из стационара $69,3 \pm 1,3$ % ($p < 0,01$); $5,5 \pm 0,3$ шт. ($p < 0,05$).

Цитологические и цитохимические показатели в отпечатках, взятых со слизистой оболочки щек у обследуемых обеих групп наблюдения при госпитализации

Таблица 1

Сроки наблюдения	Кол-во лиц	Количество нейтрофилов (на 100 клеток), эмигрировавших через слизистую оболочку щек	Активность щелочной фосфатазы в нейтрофилах, эмигрировавших через слизистую оболочку щек, усл. ед.
		M±m	M±m
1-я группа наблюдения	31	$25,9 \pm 1,4$ $p < 0,001$	$64,4 \pm 2,3$ $p < 0,001$
2-я группа наблюдения	34	$26,7 \pm 1,5$ $p < 0,001$	$63,6 \pm 2,5$ $p < 0,001$
Контрольная группа (здоровые люди)	34	$16,9 \pm 1,4$	$40,9 \pm 2,1$

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой (здоровыми людьми).

Цитологические и цитохимические показатели в отпечатках, взятых со слизистой оболочки щек у обследуемых обеих групп наблюдения при выписке из стационара

Таблица 2

Сроки наблюдения	Кол-во лиц	Количество нейтрофилов (на 100 клеток), эмигрировавших через слизистую оболочку щек	Активность щелочной фосфатазы в нейтрофилах, эмигрировавших через слизистую оболочку щек, усл. ед.
		M±m	M±m
1-я группа наблюдения	31	$21,1 \pm 1,0$ $p < 0,02$	$54,6 \pm 1,2$ $p < 0,001$
2-я группа наблюдения	34	$22,0 \pm 1,1$ $p < 0,02$	$55,1 \pm 1,8$ $p < 0,001$
Контрольная группа (здоровые люди)	34	$16,9 \pm 1,4$	$40,9 \pm 2,1$

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой (здоровыми людьми).

Активность катионных белков в отпечатках, взятых со слизистой оболочки щек обследуемых обеих групп наблюдения при госпитализации и при выписке из отделения

Таблица 3

Группа наблюдения	Кол-во лиц	Активность катионных белков (КТБ) в нейтрофилах, которые эмигрировали через слизистую щек, усл. ед.	
		при госпитализации	при выписке
1-я группа наблюдения	29	$0,42 \pm 0,02$ $p < 0,001$	$0,47 \pm 0,02$ $p < 0,001$
2-я группа наблюдения	31	$0,43 \pm 0,03$ $p < 0,001$	$0,48 \pm 0,03$ $p < 0,001$
Контрольная группа (здоровые люди)	28	$0,67 \pm 0,02$	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

Показатели общей неспецифической резистентности организма у больных первой группы наблюдения по НСТ-тесту (табл. 5) при госпитализации достоверно отличались от нормы и были следующими: ЧАН (нестимулированный) – $18,1 \pm 0,7$ шт. ($p < 0,001$), при выписке – $16,2 \pm 0,8$ шт. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $19,8 \pm 0,9$ шт. ($p < 0,001$), через два месяца после выписки – $24,4 \pm 0,4$ шт. ($p > 0,05$), в норме – $25,4 \pm 0,9$ шт. Показатели ЧАН (стимулированный) при госпитализации – $29,3 \pm 0,8$ шт. ($p < 0,001$), при выписке – $27,6 \pm 0,8$ шт. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $34,2 \pm 0,9$ шт. ($p < 0,001$), через два месяца после выписки – $40,3 \pm 1,2$ шт. ($p > 0,05$), в норме – $40,7 \pm 1,2$ шт. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов (ИАН) при госпитализации составлял $0,23 \pm 0,01$ усл. ед. ($p < 0,001$), при выписке – $0,22 \pm 0,01$ усл. ед. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $0,26 \pm 0,01$ усл. ед. ($p < 0,001$), через два месяца после выписки – $0,29 \pm 0,01$ усл. ед. ($p > 0,05$), в норме – $0,31 \pm 0,01$ усл. ед. Показатель резерва активации составлял при госпитализации составлял $20,1 \pm 0,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), при выписке из стационара – $17,2 \pm 0,4$ усл. ед. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $27,2 \pm 0,5$ усл. ед. ($p < 0,001$), через два месяца после выписки – $36,6 \pm 0,5$ усл. ед. ($p > 0,05$), в норме – $37,0 \pm 2,1$ усл. ед. (табл. 5).

Показатели общей неспецифической резистентности организма у больных второй группы наблюдения по НСТ-тесту (табл. 5) при госпитализации также достоверно отличались от нормы и были следующими: ЧАН (нестимулированный) – $17,6 \pm 0,6$ шт. ($p < 0,001$), при выписке – $17,8 \pm 0,9$ шт. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $25,1 \pm 0,9$ шт. ($p > 0,05$), через два месяца после выписки – $25,5 \pm 0,9$ шт. ($p > 0,05$), в норме – $25,4 \pm 0,9$ шт. Показатели ЧАН (стимулированные) при госпитализации – $28,8 \pm 0,7$ шт. ($p < 0,001$), при выписке – $31,6 \pm 0,9$ шт. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $38,9 \pm 0,9$ шт. ($p > 0,05$), через два месяца после выписки – $40,8 \pm 1,0$ шт. ($p > 0,05$), в норме – $40,7 \pm 1,2$ шт. Средний цитохимический показатель активности катионных белков нейтрофилов (ИАН) при госпитализации составлял $0,22 \pm 0,01$ усл. ед. ($p < 0,001$), при выписке – $0,24 \pm 0,01$ усл. ед. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $0,29 \pm 0,01$ усл. ед. ($p > 0,05$), через два месяца после выписки – $0,32 \pm 0,01$ усл. ед. ($p > 0,05$), в норме – $0,31 \pm 0,01$ усл. ед. Показатель резерва активации составлял при госпитализации составлял $20,0 \pm 0,4$ усл. ед. ($p < 0,001$), при выписке из стационара – $25,2 \pm 0,3$ усл. ед. ($p < 0,001$), через месяц после выписки – $35,9 \pm 0,5$ усл. ед. ($p > 0,05$), через два месяца после выписки – $38,6 \pm 0,9$ усл. ед. ($p > 0,05$), в норме – $37,0 \pm 2,1$ усл. ед. (табл. 5).

Таблица 4

Показатели изменения фагоцитарной активности лейкоцитов периферической крови больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в динамике лечения

Группа наблюдения	Кол-во лиц	Показатели фагоцитарной активности лейкоцитов крови			
		При госпитализации больных		При выписке	
		Процент фагоцитоза, М±m	Фагоцитарное число, М±m	Процент фагоцитоза, М±m	Фагоцитарное число, М±m
1-я группа	30	$66,1 \pm 1,2$ $p < 0,001$	$4,7 \pm 0,2$ $p < 0,001$	$68,2 \pm 1,0$ $p < 0,001$	$5,2 \pm 0,2$ $p < 0,001$
2-я группа	30	$65,4 \pm 1,4$ $p < 0,001$	$4,6 \pm 0,2$ $p < 0,001$	$69,3 \pm 1,3$ $p < 0,01$	$5,5 \pm 0,3$ $p < 0,05$
Здоровые люди	27	$74,5 \pm 1,6$	$6,4 \pm 0,3$	$74,5 \pm 1,6$	$6,4 \pm 0,3$

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

Таблица 5

Динамика изменения общей неспецифической резистентности организма по НСТ-тесту у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей до и после клинического выздоровления

Группа наблюдения	Исследуемые показатели крови	Время проведения обследования			
		при госпитализации	при выписке	через 1 мес. после выписки	через 2 мес. после выписки
1-я группа (46 больных)	ЧАН (нестимулированный)	$18,1 \pm 0,7$ $p < 0,001$	$16,2 \pm 0,8$ $p < 0,001$	$19,8 \pm 0,9$ $p < 0,001$	$24,4 \pm 0,4$ $p > 0,05$
	ЧАН (стимулированный)	$29,3 \pm 0,8$ $p < 0,001$	$27,6 \pm 0,8$ $p < 0,001$	$34,2 \pm 0,9$ $p < 0,001$	$40,3 \pm 1,2$ $p > 0,05$
	ИАН	$0,23 \pm 0,01$ $p < 0,001$	$0,22 \pm 0,01$ $p < 0,001$	$0,26 \pm 0,01$ $p < 0,001$	$0,29 \pm 0,01$ $p > 0,05$
	Резерв активации	$20,1 \pm 0,3$ $p < 0,001$	$17,2 \pm 0,4$ $p < 0,001$	$27,2 \pm 0,5$ $p < 0,001$	$36,6 \pm 0,5$ $p > 0,05$
2-я группа (53 больных)	ЧАН (нестимулированный)	$17,6 \pm 0,6$ $p < 0,001$	$17,8 \pm 0,9$ $p < 0,001$	$25,1 \pm 0,9$ $p > 0,05$	$25,5 \pm 0,9$ $p > 0,05$
	ЧАН (стимулированный)	$28,8 \pm 0,7$ $p < 0,001$	$31,6 \pm 0,9$ $p < 0,001$	$38,9 \pm 0,9$ $p > 0,05$	$40,8 \pm 1,0$ $p > 0,05$
	ИАН	$0,22 \pm 0,01$ $p < 0,001$	$0,23 \pm 0,01$ $p < 0,001$	$0,29 \pm 0,01$ $p > 0,05$	$0,32 \pm 0,01$ $p > 0,05$
	Резерв активации	$20,0 \pm 0,4$ $p < 0,001$	$25,2 \pm 0,3$ $p < 0,001$	$35,9 \pm 0,5$ $p > 0,05$	$38,6 \pm 0,9$ $p > 0,05$
Здоровые люди (27 человек)	ЧАН (стимулированный)	$25,4 \pm 0,9$			
	ЧАН (нестимулированный)	$40,7 \pm 1,2$			
	ИАН	$0,31 \pm 0,01$			
	Резерв активации	$37,0 \pm 2,1$			

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

При сравнении полученных иммунологических показателей у больных с ограниченными и разлитыми гнойно-воспалительными процессами (первая и вторая группы наблюдения) установлено, что при госпитализации и при выписке из стационара данные показатели практически не отличались друг от друга, но были достоверно ниже, чем у здоровых людей. При включении в комплекс медикаментозного лечения препарата «Биотроф-4» иммунологические показатели общей неспецифической резистентности организма через месяц после выписки из стационара во второй группе наблюдения нормализовались, а в первой группе оставались достоверно сниженными и нормализовались только через два месяца после выписки из стационара.

Выводы

Проведенные исследования доказали, что включение в комплексное лечение биологической пищевой добавки «Биотроф-4» позволило в короткие сроки полностью ликвидировать выявленный при госпитализации временный иммунодефицит у всех обследуемых больных с ограниченными и разлитыми гнойно-воспалительными процессами мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Таким образом, комплексный препарат на натуральной основе «Биотроф-4» нужно рекомендовать челюстно-лицевым хирургам и хирургам-стоматологам для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями околочелюстных мягких тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. АА Тимофеев. Диагностика, лечение и профилактика острых одонтогенных воспалительных заболеваний мягких тканей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – 14.00.21. – К., 1988. – 44 с.
2. АА Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2012. – 1045 с.
3. Викман М.Е., Маянский А.Н. Способ оценки функциональной активности нейтрофилов человека по реакции восстановления нитросиногтетразолия: Методические рекомендации. – Казань, 1979. – 9 с.
4. Шубин М.Г., Нагоев Б.С. Щелочная фосфатаза лейкоцитов в норме и патологии. – Москва: «Медицина», 1980 – 224 с.
5. Бутенко З.А., Глузман Д.Ф., Зак К.П., Филатова Р.С., Шляховенко В.А. Цитохимия и электронная микроскопия клеток крови и кровяных органов. – Киев: «Наукова думка», 1973 – 245 с.
6. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунологические исследования в клинике. – Киев: «Здоров'я», 1978. – 159 с.

Имунокорегуюча терапія хворих із гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки та шиї

О.О. Тимофеев, В.П. Блінова, О.В. Уміров, А.О. Мирошник, О.А. Ухарська, С.І. Дубиченко, О.О. Серга

Мета: визначити ефективність застосування препарату «Биотроф» на стан місцевої й загальної неспецифічної резистентності організму у хворих із гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки та шиї.

Методи. Проведено клінічне та імунологічне обстеження 132-х хворих з обмеженими та розлитими гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин.

Результати. Проведені дослідження довели, що включення в комплексне лікування харчової біодобавки «Биотроф-4» дозволило в короткі строки повністю ліквідувати виявлений при госпіталізації тимчасовий імунодефіцит у всіх обстежуваних хворих з обмеженими та розлитими гнійно-запальними процесами м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки і шиї.

Висновки. Комплексний препарат на натуральній основі «Биотроф-4» рекомендовано щелепно-лицьовим хірургам і хірургам-стоматологам для лікування хворих із гнійно-запальними захворюваннями навколощелепних м'яких тканин.

Ключові слова: абсцеси, флегмони, гнійний лімфаденіт, фурункули, карбункули, лікування, імунітет, імунодефіцит, біотроф.

Immunocorrective therapy of patients with purulent-inflammatory diseases of the soft tissues of the maxillofacial area and neck

O. Tymofiev, V. Blinova, O. Umirov, A. Myroshnyk, O. Ukharska, S. Dubichenko, O. Serga

Purpose: determine the effectiveness of using the drug «Biotroph» on the state of local and general nonspecific resistance of the organism in patients with purulent-inflammatory diseases of the soft tissues of the maxillofacial area and neck.

Methods. Clinical and immunological examination of 132 patients with limited and diffuse purulent-inflammatory maxillofacial and neck area soft tissues diseases identified during hospitalization was carried out.

Results. Our studies have shown that the using of food supplements «Biotroph-4» in the complex treatment of the patients with limited and diffuse purulent-inflammatory maxillofacial and neck area soft tissues diseases allowed eliminate the temporary immunodeficiency completely in the short period of time in all examined patients.

Conclusions. The complex drug on a natural basis «Biotroph-4» is recommended to maxillofacial surgeons and dental surgeons for the treatment of patients with purulent-inflammatory diseases of periomaxillary soft tissues.

Key words: abscesses, phlegmons, purulent lymphadenitis, boils, carbuncles, treatment, immunity, immunodeficiency, biotroph.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины; заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Блінова Вікторія Павлівна – асистент кафедри хирургічної стоматології та челюстно-лицьової хирургії ЧВУЗ «Київський медичний університет».

Уміров Александр Владимирович – асистент кафедри хирургічної стоматології та челюстно-лицьової хирургії ЧВУЗ «Київський медичний університет».

Мирошник Антон Александрович – асистент кафедри хирургічної стоматології та челюстно-лицьової хирургії ЧВУЗ «Київський медичний університет».

Ухарская Оксана Анатольевна – асистент кафедри хирургічної стоматології та челюстно-лицьової хирургії ЧВУЗ «Київський медичний університет».

Дубиченко Сергей Игоревич – старший лаборант кафедри хирургічної стоматології та челюстно-лицьової хирургії ЧВУЗ «Київський медичний університет».

Серга Елена Александровна – асистент кафедри хирургічної стоматології та челюстно-лицьової хирургії ЧВУЗ «Київський медичний університет».

ЗАКАЗЫВАЙТЕ! Нужные Сборники!

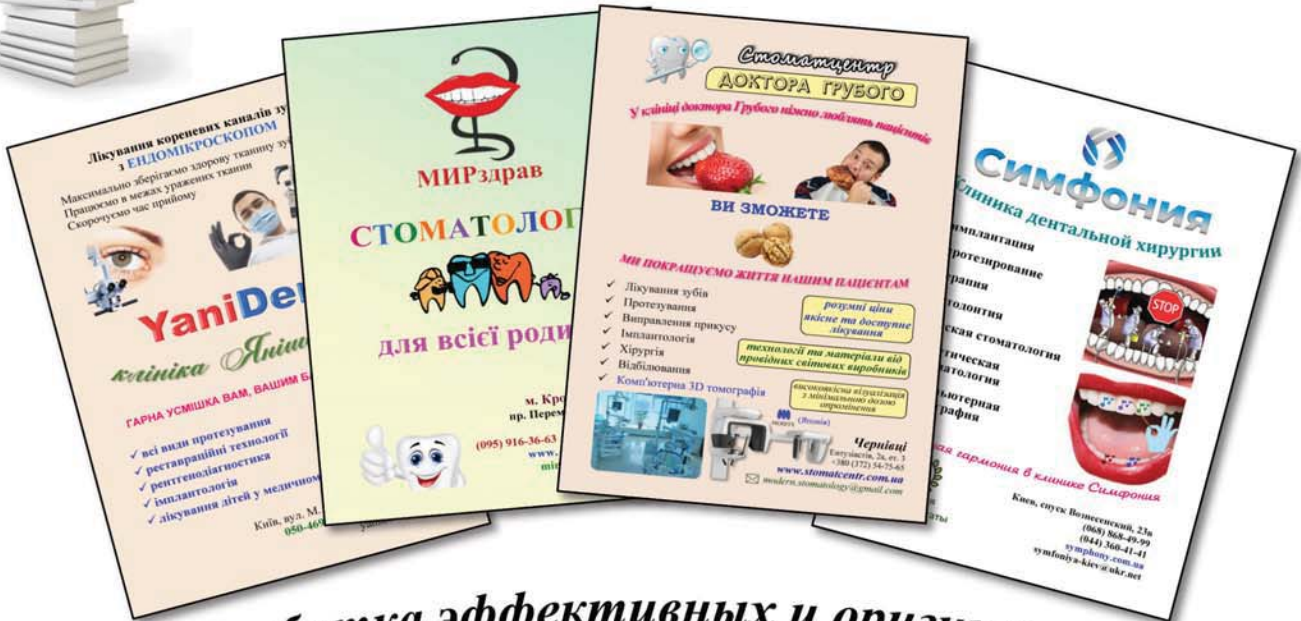


Более **750** наименований
стоматологических
книг и журналов

Группа компаний **"DentPress"**

097 599 67 76 050 351 11 74 067 724 05 10

email: dent2press@gmail.com



Разработка эффективных и оригинальных
ЛОГОТИПОВ и **РЕКЛАМНЫХ МАКЕТОВ**
стоматологических кабинетов и клиник

Ваша реклама будет:

МАГНИТОМ для пациентов

Вашим **ДЖОКЕРОМ** для конкурентов

