

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 613.98, 616.314-08-039.57-06:613.863-08

*Л.П. Рекова, М.В. Сторожева**Харьковский национальный медицинский университет***СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Приведены результаты исследования психоэмоционального статуса у пациентов с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями на амбулаторном хирургическом стоматологическом приеме. Описаны результаты метода экспресс-оценки психоэмоционального состояния больных перед стоматологическим вмешательством и способ его коррекции.

Ключевые слова: острый одонтогенный воспалительный процесс, психоэмоциональный статус, премедикация, эндогенная интоксикация.

Наиболее часто в практической работе на амбулаторном хирургическом стоматологическом приеме встречаются случаи гнойно-воспалительных процессов в полости рта: периоститы (80,94 %), перикорониты (8,55 %), абсцедирующие парадонтиты (8,55 %), альвеолиты (1,96 %) [1]. Однако именно больные с острым периоститом на амбулаторном приеме чаще всего нуждаются в неотложном комплексном лечении, направленном на сокращение сроков продолжительности течения заболевания, восстановление трудоспособности и профилактику развития возможных осложнений. Течение одонтогенного воспалительного процесса сопровождается нарушением общего состояния пациентов из-за снижения резистентности организма и усиления токсической нагрузки, которая связана с всасыванием продуктов распада некротических тканей, токсинов, микроорганизмов и других биологически активных веществ [2]. При проведении хирургического лечения у больных возникает психоэмоциональная стрессовая реакция, что также активизирует

снижение общей резистентности организма. Изучение процесса взаимного отягощения этих факторов необходимо для прогнозирования течения воспалительного процесса и возможного развития осложнений.

Стресс – это термин, используемый для обозначения широкого круга состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры) [3]. При развитии стрессовой реакции возникают нарушения гемодинамических, метаболических показателей гомеостаза [4]. В целях профилактики стрессовых реакций перед оперативным вмешательством ряд авторов предлагают использовать схемы медикаментозной коррекции, методы нетрадиционной медицины, способы активной психопрофилактики и психотерапии [5–7, 9]. Однако определение степени индивидуальной выраженности стрессовых реакций у больных на стоматологическом приеме, их коррекция и профилактика изучены еще недостаточно [6, 7, 9].

В связи с этим важную роль в решении задачи устранения стресса на стоматологи-

© Л.П. Рекова, М.В. Сторожева, 2012

ческом приеме играет учет целого комплекса факторов: наличие болевой симптоматики, умение пациента контролировать свое психоэмоциональное состояние, уровень его тревожности, внушаемости, контактности, настрой на положительный исход лечения [8, 10]. Помимо сугубо психологических факторов, большое значение имеет также и состояние гомеостаза больного, так как биохимические реакции оказывают непосредственное влияние на течение патологического процесса [7, 11]. В научной литературе широко обсуждается проблема степени влияния стресса на состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) клеточных мембран [4]. Доказано, что психоэмоциональный стресс сопровождается усилением генерации свободнорадикальных продуктов окисления [10]. Следовательно, изучение вопросов диагностики, возможностей коррекции психоэмоционального статуса пациентов и уровня эндогенной интоксикации необходимо для улучшения качества лечения одонтогенного воспалительного процесса и профилактики возможного развития осложнений.

Целью работы явилось обоснование использования метода экспресс-оценки психофизиологического состояния больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области перед хирургическим стоматологическим вмешательством и составление схемы индивидуальной премедикации на основе полученных результатов исследований.

Материал и методы. Мы сочли целесообразным проследить взаимосвязь уровня эндогенной интоксикации и степени выраженности стрессовой реакции больных с острым одонтогенным гнойным периоститом альвеолярных отростков челюстей.

Всего было обследовано 63 больных в возрасте от 35 до 65 лет с диагнозом «острый одонтогенный гнойный периостит (ООГП) альвеолярных отростков челюстей». Среди них 34 женщины (53,9 %), 29 мужчин (46,1 %).

Перед проведением хирургического вмешательства для определения степени тревожности пациентов использовался психофизиологический метод с применением оригинального теста-опросника (Свидетельство о регистрации авторского права на изобре-

ние № 20533 от 18.05.07). Врач получал заполненный пациентом тест-опросник и суммировал баллы. По полученным результатам исследований больных распределяли на три группы в зависимости от степени тревожности пациента в предоперационном периоде:

1-я – низкая степень тревожности – до 25 баллов;

2-я – умеренная степень тревожности – от 25 до 30 баллов;

3-я – высокая степень тревожности – выше 31 балла.

После определения степени тревожности пациента в зависимости от полученного результата корректировали его психоэмоциональное состояние. С пациентами 1-й группы (19 человек) осуществляли словесную психологическую подготовку с учетом правил врачебной этики и деонтологии.

Перед традиционным хирургическим лечением пациентам 2-й и 3-й групп наблюдения (56 и 14 человек соответственно) проводили медикаментозную предоперационную коррекцию психофизиологических реакций препаратом «Глицисед-КМП». Из общеклинической практики известны положительные результаты его использования для профилактики и лечения психоэмоциональных расстройств [7]. Пациентам на фоне психологической подготовки назначали антистрессовый препарат «Глицисед-КМП» за 20 минут до хирургического вмешательства сублингвально по 2 табл. до полного рассасывания. Через 20 минут после применения препарата производили забор ротовой жидкости для проведения лабораторных исследований.

Для объективного изучения процесса ПОЛ у больных были использованы биохимические методы исследования слюны для определения уровня малонового диальдегида, диеновых конъюгат (Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г., 1977). Для определения степени эндогенной интоксикации до начала лечебных мероприятий спектрографическим методом исследовали количество молекул средней массы (МСМ) в смешанной, не стимулированной ротовой жидкости пациентов. Исследования проводили на спектрофотометре типа СФ-46 А. Оптическую плотность ротовой жидкости, освобожденной от грубо-

дисперсных белков, определяли при длине волны 254 и 280 нм (Габриэлян Н.И., Липатова В.И., 1983).

Для изучения уровня интенсивности образования свободнорадикальных продуктов обмена веществ, образующихся в процессе рекомбинации радикалов, использовали метод спонтанной хемилюминесценции (ХЛ), метод кинетических характеристик инициированной перекисью водорода, метод регистрации высокорекреационных форм кислорода (Журавлёв А.И., 1975). Биофизические исследования проводили с использованием квантометрической установки ННЦ ХФТИ с ФЭУ-140. Полученные результаты сравнивали с аналогичными показателями у практически здоровых лиц (14 человек).

обусловлена локализацией «причинного» зуба в зубном ряду и длительности развития воспалительного процесса.

До проведения лечебных мероприятий для определения степени тревожности пациентов с ООГП использовали психофизиологический метод с применением оригинального теста-опросника [8]. Полученные в результате исследования данные (табл. 1) свидетельствуют, что пациенты с низкой степенью тревожности составили 30 %. В то же время превалировало количество больных с умеренной и высокой степенью тревожности (70 %). При анализе состава групп по гендерным признакам установлено, что различия между ними по числовым данным было незначительным и составляло от 2 до 4 %.

Таблица 1. Показатели психофизиологического исследования больных с ООГП до начала лечебных мероприятий

Группы исследования	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1-я	9	14	10	16	19	30
2-я	16	26	19	30	35	56
3-я	4	6	5	8	9	14
Всего	29	46	34	54	63	100

Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере IBM PC с помощью лицензированных наборов программ «Microsoft Excel XP» и программного пакета «Biostat». Достоверность полученных результатов (p) определяли с помощью t-критерия надежности Стьюдента–Фишера.

Результаты исследования. В амбулаторных условиях хирургического кабинета Университетского стоматологического центра было обследовано и пролечено 63 больных, из них 29 мужчин и 34 женщины с диагнозом «острый одонтогенный гнойный периостит». Все пациенты предъявляли жалобы на повышение температуры тела, озноб, миалгию, на незначительную или умеренно выраженную головную боль, слабость, раздражительность, бессонницу. Все пациенты отмечали, что сроки ухудшения общего состояния здоровья занимали период от 1 до 3 суток. Клиническая картина острого одонтогенного гнойного периостита альвеолярных отростков челюстей была

Для определения степени выраженности уровня эндогенной интоксикации был изучен уровень молекул средней массы (МСМ) в ротовой жидкости у здоровых людей и пациентов с ООГП до начала лечебных мероприятий. Наиболее объективные результаты исследования уровня МСМ были возможны при изучении не только их количественного, но и качественного состава. Различные параметры длины волн (254 и 280 нм) позволили провести измерения количества токсических веществ с разной молекулярной массой (табл. 2).

На основании изучения результатов исследования (табл. 2) можно заключить, что у пациентов с ООГП до начала лечебных мероприятий определяли значительное и статистически достоверное повышение уровня показателей эндогенной интоксикации по сравнению со здоровыми людьми. Так, у пациентов с ООГП уровень МСМ статистически достоверно повышался соответственно на 122,8 и 153,3 % при длине волны 254 и 280 нм. Этот

Таблиця 2. Содержание молекул средней массы (МСМ) в ротовой жидкости у здоровых лиц и пациентов с ООГП до начала лечения ($M \pm m$)

Исследуемые показатели	Здоровые люди, n=14	Пациенты до лечения, n=24	Пациенты до лечения, %
МСМ 1 (254 нм), усл. ед.	42,3±4,8	94,17±6,3 p<0,001	+122,8
МСМ 2 (280 нм), усл. ед.	35,9±8,7	90,8±6,5 p<0,001	+153,3

Примечание. p – достоверное различие результатов по отношению к показателям у здоровых лиц.

факт объясняет наличие у больных с ООГП субъективных признаков эндогенной интоксикации неврологического и психоэмоционального характера: головные боли, чувство разбитости, снижение трудоспособности, озноба, ухудшения общего самочувствия, нарушение сна. Это свидетельствовало о том, что у больных с ООГП процессы эндотоксикоза протекали очень активно на фоне снижения общей реактивности организма.

Увеличение количества МСМ также свидетельствовало об усилении процессов катаболизма, в том числе и активизации ПОЛ клеточных мембран. Несомненно, эти процессы катаболизма имели отношение к распаду клеточных мембран и выходу из интрацеллюлярных пространств ферментов и продуктов метаболизма, что сопровождалось развитием синдрома эндогенной интоксикации. При изучении показателей содержания малонового диальдегида и диеновых конъюгат в слюне у пациентов с ООГП до лечебных мероприятий было обнаружено, что в условиях психоэмоционального стресса нарушался процесс образования продуктов обмена веществ (табл. 3).

Из данных табл. 3 видно, что у больных с ООГП значимо повышались по сравнению

с уровнем у здоровых людей показатели содержания в слюне как малонового диальдегида, так и диеновых конъюгат (на 298,6 и 138,1 % соответственно). Поскольку этот сдвиг достигал границ высокого уровня достоверности, это свидетельствовало о том, что согласованность процессов ПОЛ и антиоксидантной защиты была значительно разбалансирована на фоне снижения резистентности организма. Изучение результатов биохимического исследования позволило сделать вывод об уменьшении активности образования малонового диальдегида и диеновых конъюгат (на 240 и 133,2 % соответственно) у пациентов с ООГП после использования предложенной схемы коррекции психоэмоционального состояния. Очевидно, что снижение активности их продукции в значительной степени зависит от ингибции стрессорных ситуаций, усиливающих процессы ПОЛ.

При изучении показателей ХЛ у больных с ООГП наблюдалась интенсивная генерация активных форм кислорода, индуцирующая процесс ПОЛ. Все эти данные указывают на истощение и срыв различных звеньев антиоксидантной защиты, что во многом определяет характер развития стрессовой реакции (табл. 4).

Таблиця 3. Содержание малонового диальдегида и диеновых конъюгат у здоровых лиц, больных 2-й и 3-й групп до и после использования препарата «Глицисед» ($M \pm m$)

Исследуемые показатели	Здоровые люди, n=14	Больные до коррекции, n=12	Δ , %	Больные после коррекции, n=10	Δ , %
МДА, мкмоль/мл	3,65±0,55	10,9±1,10 p<0,05	+298,6	4,53±2,0 p*<0,05	-240,0
ДК, мкмоль/мл	2,44±0,36	3,37±0,32 p<0,05	+138,1	2,53±0,11 p*<0,05	-133,2

Примечание. p – достоверное различие результатов по отношению к показателям у здоровых лиц, p* – достоверное различие результатов по отношению к показателям у больных до лечения.

Таблиця 4. Значення параметрів кінетики хемілюмінесценції слюни і високореакційних форм кислорода у здорових осіб, хворих 2-ї і 3-ї груп до і після використання препарату «Глицисед» ($M \pm m$)

Исследуемые показатели	Здоровые люди, n=14	Больные до коррекции, n=12	Δ , %	Больные после коррекции, n=10	Δ , %
I максимальная, ипм/с	2100,5±120,7	3934,8±386,7 p<0,05	+187,3	2922,5±120,7 p<0,05	-74,2
I конечная, ипм/с	320,4±80,5	737,2±142,7 p<0,05	+230,0	500,9±88,1 p<0,05	-67,9
Светосумма, 10 ипм/с	734,9±123,4	1188,0±132,4 p<0,05	+161,6	901,1±92,3 p<0,05	-75,8
I синглетного кислорода, ипм/с	3455,1±205,7	5876,4±594,9 p<0,05	+170,0	4299,7±606,1 p<0,05	-73,1
I анион-радикала гидроксила, ипм/с	3000,4±187,8	4869,9±84,9 p<0,05	+162,3	3500,0±72,2 p<0,05	-71,8

Примечание: p – достоверное различие результатов по отношению к показателям у здоровых лиц, p* – достоверное различие результатов по отношению к показателям у больных до лечения.

При сопоставлении параметров, приведенных в табл. 4, установлено, что у пациентов в острый период болевого и психоэмоционального стресса обнаруживалось статистически достоверное повышение практически всех показателей, характеризующих активность процесса ХЛ. Наблюдалась тенденция к увеличению этих значений по сравнению с нормальными показателями от 230 до 161 %. Это свидетельствовало о том, что на фоне развития воспалительного процесса у пациентов с ООГП одновременно происходит активизация процесса ПОЛ клеточных мембран.

После проведения комплексной коррекции психоэмоционального состояния у больных 2-й и 3-й групп получены положительные результаты, свидетельствующие о снижении изучаемых показателей в диапазоне от 75,8 до 67,9 %. Проведенные исследования позволяют утверждать, что снижение значений показателей процесса оксидантного равновесия клеточных мембран организма являлось наиболее ранним диагностическим признаком уровня интоксикации организма при гнойно-воспалительных процессах в полости рта.

Данные, полученные в результате проведения различных исследований, подчеркивают необходимость антистрессовой коррекции у больных с ООГП для устранения разбалансировки про- и антиоксидантных систем для стабилизации их психоэмоционального состояния. Отсутствие осложнений при использовании предложенной схемы коррекции

психоэмоционального состояния больных доказывает целесообразность применения предоперационной коррекции стрессовых реакций в общем комплексе лечения больных с ООГП на амбулаторном хирургическом стоматологическом приеме. Преимуществами разработанной нами схемы предоперационной коррекции является обеспечение снижения степени выраженности стрессовых реакций у пациентов с острыми одонтогенными воспалительными процессами, а также предупреждение осложнений общего характера на амбулаторном хирургическом стоматологическом приеме.

Выводы

1. Учитывая высокую степень распространенности стрессовых реакций у больных с ООГП, в клинике хирургической стоматологии необходимо проводить их диагностику и коррекцию в предоперационном периоде.

2. Изучение показателей МСМ и ХЛ при использовании неинвазивных методов исследования является наиболее ранним и объективным критерием для оценки степени тяжести состояния здоровья у пациентов и динамики его улучшения.

3. Развитие ООГП у пациентов происходит на фоне выраженной эндогенной интоксикации, активизации процесса катаболизма и нарушения ПОЛ клеточных мембран, что характеризует тяжесть течения одонтогенного воспалительного процесса.

Список литературы

1. *Сторожева М. В.* Структура острых гнойно-воспалительных заболеваний полости рта по материалам амбулаторного хирургического приема стоматологического отделения Дорожной клинической больницы ст. Харьков за 10 лет (1997–2006 гг.) / М. В. Сторожева // Український стоматологічний альманах. — 2007. — № 3. — С. 43–46.
2. *Комский М. П.* Определение тяжести гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой локализации / М. П. Комский, О. Е. Малевич // Вестник стоматологии. — 2005. — № 1. — С. 45–48.
3. Конфликтология / под ред. А. Я. Кибанова. — М., 2009. — С. 294.
4. Динаміка змін активності перекисного окислення ліпідів і збуджених форм кисню при загостренні гострих одонтогенних запальних процесів / Л. П. Рекова, Г. П. Рузін, Н. П. Дикий, О. П. Медведева // Галицький лікарський вісник. — 2003. — Т. 10, № 1. — С. 140–141.
5. *Рабинович С. А.* Зубная боль / С. А. Рабинович, Е. В. Зорян // Стоматология. — 2000. — № 4 (24). — С. 63.
6. *Квасенко А. В.* Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л., 1980. — 184 с.
7. Психологічна і медикаментозна підготовка пацієнтів у стоматологічній практиці / Р. А. Гумецький, О. Є. Завадка, М. М. Рожко [та ін.]. — Львів, 2003. — 233 с.
8. А. с. 20533 Украина. Тест-опросник-самоотчёт / Л. П. Рекова. Опубл. 18.05.07.
9. *Алямовская Е. Н.* Психопрофилактика в стоматологии / Е. Н. Алямовская // Новое в стоматологии. — 2002. — № 6. — С. 12–13.
10. Динаміка змін активності перекисного окислення ліпідів і збуджених форм кисню при загостренні гострих одонтогенних запальних процесів / [Л. П. Рекова, Г. П. Рузін, М. П. Дикий та ін.] // Галицький лікарський вісник. — 2003. — № 1. — С. 140–141.

Л.П. Рекова, М.В. Сторожева

СУЧАСНІ НАПРАВЛЕННЯ ПОКРАЩАННЯ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ГНІЙНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЧАСТИНИ

Наведені результати дослідження психоемоційного статусу у пацієнтів із гострими одонтогенними запальними захворюваннями на амбулаторному хірургічному стоматологічному прийомі. Представлена методика експрес-оцінки психоемоційного стану хворих перед стоматологічним втручанням та засоби його корекції.

Ключові слова: гострий одонтогенний запальний процес, психоемоційний статус, премедикація, ендогенна інтоксикація.

L.P. Reкова, M.V. Storozheva

MODERN TRENDS OF IMPROVE THE QUALITY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PURULENT INFLAMMATORY PROCESSES OF MAXILLARY FACIAL PART

Presents the data of investigating psycho-emotional state in patients with acute purulent inflammatory diseases while visiting an oral surgeon. The results of applying the method of express evaluation of psycho-emotional state of the patients prior to oral surgery and ways to correct it are described.

Key words: acute odontogenic inflammatory process, psycho-emotional state, premedication, endogenic intoxication.

Поступила 03.03.12