

УДК 616.31: 614.3  
ББК 54.5я2

О.В. НЕСТЕРОВ, С.С. КСЕМБАЕВ, Р.А. ГАЛИМОВ

### СОРБЦИОННО-АППЛИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Ключевые слова:** одонтогенные флегмоны, сорбент «Целоформ», сорбционно-аппликационная терапия.

Произведена оценка сорбционно-аппликационной терапии больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области с использованием разработанного нами сорбента «Целоформ». Полученные результаты свидетельствуют о его высокой сорбционной и дренирующей способности. Сорбент обладает выраженными бактериостатическим и бактерицидным свойствами. Использование сорбента «Целоформ» является эффективным направлением в лечении и профилактике местных инфекционных осложнений раневого процесса.

O. NESTEROV, S. KSEMBAEV, R. GALIMOV

### SORPTION-APPLICATIVE OF INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLOFACIAL AREA

**Key words:** odontogenic phlegmons, sorbent «celoform», sorption-applicative therapy.

In this paper the authors give an account of the developed sorbent «Celoform» during the sorption-applicative therapy of the patients with odontogenic phlegmons of maxillofacial area. The results indicate its high sorption and drainage abilities. Sorbent has strong bacteriostatic and bactericidal properties. The use of sorbent is an effective direction in the treatment and prevention of local infection of the wound process.

Острые гнойно-воспалительные заболевания (ОГВЗ) остаются одним из самых распространенных видов патологии. Несмотря на разработку большого количества средств и методов борьбы с острой гнойной инфекцией, отмечаются рост заболеваемости ОГВЗ и увеличение числа больных с тяжелыми формами и неблагоприятными исходами [5, 6].

Число госпитализированных больных острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями (ООГВЗ) составляет 60–70%, из них подавляющее большинство (до 60–80%) – больные с флегмонами лица и шеи [4, 8]. Это наиболее тяжелая группа челюстно-лицевых больных, у которых при развитии внутричерепных осложнений, медиастинита, сепсиса летальность составляет 34–90% [3, 9].

В комплексном лечении гнойных ран важное место занимает хирургическая обработка. С этих позиций несомненные преимущества имеют методы сорбционно-аппликационной терапии, направленные на скорейшее очищение ран от микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, а также некротических тканей [1, 7, 10].

В этой связи поиск новых эффективных средств и способов лечения гнойных ран является актуальной проблемой современной хирургии.

**Цель исследования** – улучшение результатов лечения больных одонтогенными флегмонами посредством применения сорбента «Целоформ».

**Материалы и методы исследования.** Проведено изучение госпитализируемой заболеваемости больных ООГВЗ по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Казани (истории болезни 285 больных) для определения факторов, влияющих на эффективность лечения. Для определения эффективности использования сорбента «Целоформ» в комплексном лечении больных ООГВЗ нами были выбраны больные одонтогенными флегмонами (ОФ) как одна из наиболее тяжелых и показательных (в плане действенности лечения) групп. При этом 102 больных с ОФ одной области или пространства (поднижнечелюстные, подбородочные, поджевательные, крыловидно-нижнечелюстные) в воз-

расте 20–49 лет (мужчин – 55, женщин – 47) были разделены на две группы: основную (ОГ) – 60 человек и группу сравнения (ГС) – 42.

Обследование включало общеклинические (анамнез, оценка общего и местного статуса) и специальные (лабораторные, инструментальные) методы исследования. Лабораторные показатели: лейкоцитоз, увеличение СОЭ (до 20–30 мм/ч и выше), палочкоядерный сдвиг влево, явления микро- и анизоцитоза.

При проведении комплексного лечения руководствовались общеизвестными принципами гнойной хирургии: вскрытием гнойно-воспалительного очага путем послойного рассечения тканей над ним, промыванием и адекватным дренированием образовавшейся гнойной раны дренажными трубками или резиновыми выпускниками. Больным ОГ, в отличие от больных ГС, при перевязках в рану равномерно засыпали порошок «Целоформ» (регистрационное удостоверение № ФСР 2001/11276).

Для диагностики и прогнозирования лечения раневого процесса определяли количественные содержания микробных тел в ране.

Для оценки динамики воспалительного процесса нами разработана балльная система выраженности клинических признаков флегмон (табл. 1).

Таблица 1

**Балльная система оценки выраженности клинических признаков флегмон**

Признаки		Баллы
<i>Общие</i>		
Общее состояние	средней тяжести	1
	удовлетворительное	0
Температура тела	высокая (выше 38°C)	2
	субфебрильная (37-38°C)	1
	в пределах нормы	0
Аппетит	отсутствует	2
	нарушен	1
	нет нарушений	0
Сон	бессонница	2
	нарушен	1
	нет нарушений	0
Регионарные лимфатические узлы	увеличены	1
	не увеличены	0
Кожные покровы	бледные	1
	обычной окраски	0
Максимальная сумма баллов общих признаков		9
<i>Местные</i>		
Ограничение открывания рта	имеется	1
	нет	0
Инфильтрат	выраженный	2
	определяется	1
	отсутствует	0
Наличие боли в области гнойной раны	сильная боль	3
	умеренная боль	2
	слабая боль	1
	нет	0
Наличие боли при глотании	есть	1
	нет	0
Иррадиация боли по ходу тройничного нерва	имеется	1
	нет	0
Перевязки	болезненные	1
	безболезненные	0
Наличие запаха из гнойной раны	выраженный	2
	слабый	1
	отсутствует	0
Максимальная сумма баллов местных признаков		11
Максимальная сумма баллов общих и местных признаков		20

Статистическая обработка цифрового материала проводилась на персональном компьютере методом вариационной статистики. Достоверность значений определяли с использованием *t*-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что наибольшее количество больных ООГВЗ (67,0%) достоверно приходилось на возрастную группу 20–49 лет ( $p < 0,001$ ). При этом структура больных ООГВЗ распределялась следующим образом: острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной – 41,2%, острый одонтогенный периостит – 19,7%, прочие (перикоронарит, лимфаденит, гайморит) – 3,4%. При этом определены факторы, снижающие эффективность лечения больных одонтогенными флегмонами: нерациональное дренирование (использование марлевого дренажа) и практическое отсутствие в арсенале врача хирурга-стоматолога медицинских сорбентов – средств сорбционно-апликационной терапии.

Проведенные микробиологические исследования показали, что обсемененность ран аэробными и факультативно-анаэробными бактериями у больных с одонтогенными флегмонами в день обращения составила в среднем  $1283,2 \pm 324,7$  КОЕ /мл.

Бактериологический контроль гнойных ран выявил высокую антибактериальную активность предложенного к исследованию сорбента «Целоформ» в отношении патогенных бактерий в монокультуре в ассоциациях. В ОГ уровень бактериальной обсемененности ран снижался в 3,6 раза ( $p < 0,01$ ) быстрее, чем в ГС, в течение всего периода исследования (1 сутки, 72 ч, 120 ч).

Такое воздействие сорбента на микрофлору, по-видимому, объясняется установленной нами ранее особенностью состава «Целоформа», заключающейся в наличии в нем большого количества свободных радикалов, в 4,6–4,8 раз больше, чем в исходном сырье ( $p < 0,01$ ).

В ходе проведенного лечения зафиксирована динамика клинических показателей больных ОФ в сравнительном аспекте, отраженная в табл. 2.

Таблица 2

**Динамика клинических показателей больных одонтогенными флегмонами, дни лечения**

Клинические показатели	Основная группа (1-я)	Группа сравнения (2-я)
Курирование болевого синдрома	2,9±0,4	4,3±0,6
	$p_1 - p_2 < 0,05$	
Прекращение гноетечения	2,8±0,5	4,2±0,6
	$p_1 - p_2 < 0,05$	
Наложение вторичных швов	6,1±0,7	8,6±0,9
	$p_1 - p_2 < 0,05$	
Сроки лечения	12,5±0,6	15,0±0,9
	$p_1 - p_2 < 0,05$	

По всем приведенным в таблице параметрам определялось статистически значимое превалирование клинических показателей больных ОГ над показателями пациентов ГС ( $p < 0,05$ ). Отмечено снижение продолжительности стационарного лечения на  $2,5 \pm 0,7$  койко-дня ( $p < 0,05$ ).

Аналогичную картину мы наблюдали и по динамике разработанной нами балльной системы оценки выраженности клинических признаков флегмон (рисунок).

Динамика балльной системы свидетельствовала о статистически значимом снижении выраженности воспалительных проявлений на всех этапах наблюдения у больных ОГ, в отличие от больных ГС, у которых достоверное

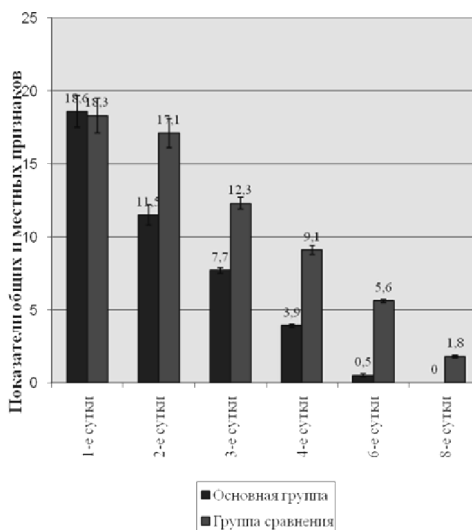
снижение балльных показателей отмечено только с 3-х суток лечения. При этом разность величин показателей ОГ и ГС на всех этапах лечения была статистически значимой ( $p < 0,05$ ). На 8-е сутки у лиц ОГ произошла нормализация показателей.

На основании данных показателей можно заключить, что динамика выраженности общих и местных признаков воспалительного процесса у больных ОФ подтверждала динамику клинических показателей.

Результаты использования сорбента «Целоформ» в комплексном лечении больных ОФ свидетельствуют также об улучшении цитологических показателей. В фазу воспаления сорбент ускоряет очищение гнойной раны, а в фазы гранулирования и эпителизации действует как протектор репаративных процессов.

При этом морфологическая картина биопсийного материала больных ОГ отличалась от материала больных ГС сохранностью структуры эпидермиса, отсутствием нарушений целостности базальной мембраны, менее выраженными патологическими изменениями в структуре придатков, более активной пролиферативной реакцией лимфоцитов как сдерживающего фактора развития инфекции и способствующего благоприятному течению воспалительного процесса.

Таким образом, сорбент из хлопковой целлюлозы «Целоформ» является патогенетически обоснованным средством местного лечения больных одонтогенными флегмонами во всех фазах раневого процесса.



Динамика выраженности общих и местных признаков воспалительного процесса у больных одонтогенными флегмонами

### Литература

1. Абаев Ю.К. Раневая инфекция в хирургии. Минск: Беларусь, 2003. 293 с.
2. Галимов Р.А. Клинико-морфологическое обоснование включения сорбента «Целоформ» в комплексное лечение больных одонтогенными флегмонами: дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2012. 107 с.
3. Губин М.А., Лазутиков О.В. Внутричерепные осложнения гнойно-септических стоматологических заболеваний: возможности современного лечения // Российский стоматологический журнал. 2002. № 5. С. 20–25.
4. Дурново Е.А. Оптимизация методов диагностики и комплексного лечения больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Нижегородский медицинский журнал. Приложение «Озонотерапия». 2003. С. 184–185.
5. Инфекции головы и шеи / Г.И. Прохватов, И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников и др. // Хирургические инфекции / под ред. И.А. Ерюхина. СПб.: Питер, 2003. С. 409–440.
6. Козлов В.А. Одонтогенный медиастинит // Стоматология. 2006. Т. 85. С. 30–34.
7. Результаты лабораторного исследования порошкообразных медицинских сорбентов и перспективы их использования в хирургии / А.А. Адамян, М.Н. Лизанец, С.В. Добыш и др. // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 1991. № 7–8. С. 37–41.
8. Сулиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: МЕД-пресс, 2001. 160 с.
9. Hudson J.W. Osteomyelitis of the jaws // J. Oral Maxillfac. Surg. 1993. Vol. 51. P. 1294–1301.
10. Wadstrom T., Ljung A., Altemeyer P. Pathogenesis of wound infections // Wound healing and physiology. Berlin; Heidelberg: SpringerVerlag, 1995. P. 717.

---

**НЕСТЕРОВ ОЛЕГ ВИКТОРОВИЧ** – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, Казанская государственная медицинская академия, Россия, Казань (sacura7@live.ru).

**NESTEROV OLEG** – candidate of medical sciences, head of Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry Chair, Kazan State Medical Academy, Russia, Kazan.

**КСЕМБАЕВ САИД САЛМЕНОВИЧ** – доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста, Казанский государственный медицинский университет, Россия, Казань (kseмбаев@rambler.ru).

**KSEMBAEV SAID** – doctor of medical sciences, professor of Pediatric Dentistry Chair, Kazan State Medical University, Russia, Kazan.

**ГАЛИМОВ РЕНАТ АЗАТОВИЧ** – кандидат медицинских наук, врач челюстно-лицевого отделения, Городская клиническая больница № 7, Россия, Казань (galimov1982@list.ru).

**GALIMOV RENAT** – candidate of medical sciences, doctor of the Maxillofacial Department, City Clinical Hospital № 7, Russia, Kazan.

---

УДК 616-057 + 159.9.072.43

ББК 88.4

Е.Л. НИКОЛАЕВ

### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ: ВРАЧИ ЗДОРОВЕЕ, ЧЕМ УЧИТЕЛЯ?**

*Ключевые слова:* оценка здоровья, качество жизни, врачи, учителя, краткий опросник оценки статуса здоровья (SF-36).

*При помощи краткого опросника оценки статуса здоровья (SF-36) проведено изучение качества жизни, связанного со здоровьем, у 179 учителей и 160 врачей. Выявлено, что учителя демонстрируют более низкую удовлетворенность здоровьем и большую чувствительность к его незначительным изменениям. Врачи, субъективно ощущая себя более здоровыми, склонны игнорировать мало выраженные негативные сигналы со стороны здоровья и имеют более низкие показатели качества жизни при низком уровне здоровья.*

**E. NIKOLAEV**

#### **ASSESSMENT OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: ARE PHYSICIANS MORE HEALTHY THAN TEACHERS?**

*Key words:* health evaluation, quality of life, physicians, teachers, SF-36.

*Health-related quality of life was studied in 179 teachers and 160 physicians by use of SF-36 questionnaire. It is revealed that teachers demonstrate a lower health satisfaction and a greater sensitivity to its minor changes. Physicians feeling themselves more safely tend to ignore little expressed negative signals from their health and have lower quality of life at low health level.*

Здоровье является одной из ключевых составляющих благополучия личности, одним из важных и значимых условий успешности профессиональной деятельности в любой сфере [1, 6, 8, 12, 13]. Профессия врача напрямую связана с проблемами здоровья пациентов. Она не только предъявляет высокие требования к организации деятельности, но и отличается высокой степенью ответственности за поддержание здоровья окружающих [2, 3, 10]. Педагоги связаны со здоровьем своих учеников опосредованно [9]. Более важными для них являются показатели успеваемости и поведения учеников. Тем не менее состояние собственного здоровья для данных специалистов не является исключительно личным вопросом [5, 7]. Состояние их здоровья может быть не только образцом для подражания, но и свидетельством их профессиональной грамотности, высокой стрессоустойчивости, личностной зрелости, гармонии и благополучия [9].

Если исследования профессионального здоровья и благополучия как учителей, так и врачей проводятся уже не первый год [1, 4, 5, 7, 9, 10–13], то работы, посвященные сравнительному изучению здоровья врачей и учителей практически отсутствуют. В то же время они могут послужить основой для