



Р.А. ГАЛИМОВ, М.Н. ХАДЫЕВА, О.В. НЕСТЕРОВ, С.С. КСЕМБАЕВ

УДК 616-085: 616-085

Казанский государственный медицинский университет

Казанская государственная медицинская академия

Сорбционно-аппликационная терапия гнойно-воспалительных процессов в клинической стоматологии

Галимов Ренат Азатович

соискатель кафедры стоматологии детского возраста КГМУ, врач отделения челюстно-лицевой хирургии БСМП № 1
420029, г. Казань, ул. Сибирский Тракт, д. 31, тел. 8-919-686-14-01

Для местного лечения больных одонтогенными флегмонами, а также обострившимся хроническим генерализованным пародонтитом, предложена сорбционно-аппликационная терапия с использованием нового сорбента «Целоформ» из хлопковой целлюлозы, способствующего быстрому улучшению общего состояния пациентов и ускоренному купированию местных признаков воспалительного процесса, что позволяет сократить сроки лечения данных категорий больных.

Ключевые слова: сорбционно-аппликационная терапия, сорбент «Целоформ», одонтогенные флегмоны, хронический генерализованный пародонтит.

R.A. GALIMOV, M.N. HADYEVA, O.V. NESTEROV, S.S. KSEMBAEV

Kazan State Medical University

Kazan State Medical Academy

Sorptio-applcational therapy pyo-inflammatory processes in clinical dentistry

For topical treatment of patients with odontogenic abscess and also exacerbated chronic generalized periodontitis was proposed sorptio-applcational therapy using the new sorbent «Celoform» of cotton cellulose, contributing to more rapid improvement in general condition of patients and rapid cupping local signs of inflammation, thereby reducing treatment time these categories of patients.

Keywords: sorption-applcational therapy, sorbent «Celoform», odontogenic phlegmon, chronic generalized periodontitis.

Введение

Гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) остаются одним из самых распространенных видов патологии [11]. Данный вопрос имеет проблемный характер и для стоматологии, где также отмечается рост заболеваемости ГВЗ [7, 8, 10, 12], а также воспалительными заболеваниями пародонта [4, 13, 14].

Среди многочисленных средств, применяемых при местном лечении ГВЗ, внимание клиницистов привлекла группа медицинских сорбентов, обеспечивающих активное очищающее воздействие на гнойную рану. Разработка методов местного лечения ран с их использованием привела к развитию самостоятельного направления, получившего название сорбционно-аппликационной терапии [1, 2]. Однако в клинической стоматологии практически не используются современные сорбенты.

В результате исследований, проведенных по гранту ИВФ РТ на НИОКР «Разработка и использование «Целофор-

ма» (порошкообразного средства из хлопковой целлюлозы) в медицинской практике» по договору № 18-н от 17.11.2006 г., из хлопковой целлюлозы сотрудниками КГМУ и КХТИ (КГТУ) был разработан новый вид медицинского сорбента — «Целоформ», представляющий собой порошкообразное средство на основе механически размельченного упруго-деформационным методом хлопкового волокна до размеров волокон 20-50 мкм [3, 9].

Целлюлоза состоит из нитевидных макромолекул. Макромолекула целлюлозы может содержать 2-3 тысячи звеньев, достигая молекулярной массы до 700.000, при этом длина макромолекулы составляет всего 0,5 нм. Под термином «целлюлоза» подразумевается не индивидуальное соединение, как в случае обычных чистых веществ, а категория веществ с молекулами, построенными по одинаковому принципу, но сильно отличающимися по величине [5, 6]. Существование большого

числа разновидностей целлюлоз, отличающихся степенью полимеризации, объясняется сравнительной легкостью разрыва макромолекул ее на более мелкие фрагменты, в результате чего на их концевых участках могут образовываться свободные радикалы. Их наличие увеличивает химическую активность концевых групп макромолекул. При этом не исключена комбинация этих групп с образованием или пероксидных звеньев или даже свободного пероксида водорода (H_2O_2), известного своими бактерицидными свойствами [3].

«Целоформ» — сорбент из хлопковой целлюлозы — выгодно отличается от других сорбентов хорошей сорбционной емкостью к биологическим жидкостям (кровь) и биологической инертностью по отношению к тканям организма [3, 8].

Целью наших исследований явилось изучение эффективности нового сорбента «Целоформ» при лечении больных одонтогенными флегмонами, а также обострившимся хроническим генерализованным пародонтитом.

Материал и методы

Клиническая апробация «Целоформа» проведена при комплексном лечении больных острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями (острые одонтогенные периоститы, остеомиелиты, в том числе осложненные флегмонами). Для оценки эффективности лечения были выбраны 73 больных одонтогенными поверхностными флегмонами (ОФ) одного пространства (подчелюстные, поджевательные, крыловидно-нижнечелюстные) в возрасте 19-49 лет (мужчин — 45, женщин — 28) (табл. 3, 4). Из них 39 человек составили основную (ОГ), 34 — группу сравнения (ГС).

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 основной группы (ОГ) в рану равномерно засыпали порошок «Целоформа».

Местное лечение больных группы сравнения (ГС) проводили с помощью антибактериальных мазей. Всем больным назначалось традиционное общее лечение (антибиотики, десенсибилизирующие препараты и др.).

Для оценки динамики воспалительного процесса нами была разработана и использована балльная система оценки выраженности клинических признаков флегмоны, включавшая общие и местные признаки. Градация признаков составляла от 0 до 3 баллов, максимальная сумма баллов общих и местных признаков — 20.

Кроме того, под наблюдением находилось 60 пациентов (мужчин — 24, женщин 36) в возрасте 19-44 лет с диагнозом хронического генерализованного пародонтита (ХПГ) средней степени тяжести в стадии обострения без выраженной общей соматической патологии. Для проведения исследований больные были ранжированы на 2 группы — 1-ю основную группу (ОГ) составили 35 пациентов, во 2-й группе сравнения (ГС) было 25 человек. Пациентам ОГ после кюретажа и антисептической обработки патологических зубодесневых карманов вводили сорбент «Целоформ», больным ГС — антибактериальные мази.

Все больные ХПГ получали общее лечение: доксициклин по 0,1 г х 2 раза в день в течение 10 дней, нестероидный противовоспалительный препарат «Найз» по 1 таб. х 2 раза в день в течение 7 дней, супрастин по 1 таб. на ночь в течение 10 дней, витамины «Аэвит», «Аскорути» в течение 1 мес.

Эффективность лечения оценивали по субъективным ощущениям больных и клиническим наблюдениям.

Статистическую обработку цифрового материала проводили с помощью компьютера по общепринятым методам с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. У всех больных одонтогенными флегмонами из ОГ после применения сорбента «Целоформ» купирование болевого синдрома и прекращения гноетечения отмечалось на 3-и сутки, у больных ГС — на 4-е сутки соответственно (табл. 1). При местном осмотре отмечалось снижение воспалительных явлений.

Таблица 1.

Динамика клинических показателей больных одонтогенными флегмонами

Клинические показатели	Основная группа	Группа сравнения
Купирование болевого синдрома	3-и сутки	4-е сутки
Прекращение гноетечения	3-и сутки	4-е сутки
Полное очищение раны	6-е сутки	8-е сутки
Начало появления грануляций в ране	6-е сутки	8-е сутки
Наложение вторичных швов	6-е сутки	8-е сутки
Сроки лечения	12,5±0,6 койко-дня	15,0±0,9 койко-дня

Полное очищение раны и начало появления грануляций происходило на 6-е и 8-е сутки соответственно, после чего накладывались вторичные швы. Отмечено снижение продолжительности стационарного лечения на 2,5±0,7 койко-дня ($p<0,05$). Побочных реакций, жалоб и осложнений ни в одном случае не отмечалось.

Аналогичную картину мы наблюдали и по динамике общих и местных признаков выраженности воспалительного процесса у больных ОФ. При этом значения показателей общих и местных признаков, а также их суммарные значения у представителей ОГ и ГС на 1-е сутки наблюдения практически не различались между собой ($p>0,05$).

На 2-е сутки произошло снижение значений этих показателей — выраженное у больных ОГ ($p<0,01$) и статистически недостоверное у лиц ГС ($p>0,05$). Между собой разность величин данных показателей была достоверной при сравнении общих ($p<0,05$), местных признаков ($p<0,05$), а также их суммарного значения ($p<0,01$).

На 3-и сутки наблюдения снижение значений этих показателей продолжилось как у больных ОГ ($p<0,05$ до 0,001), так и ГС ($p<0,05$ до 0,01). Разность величин данных показателей между собой также была достоверной при сравнении общих ($p<0,05$), местных признаков ($p<0,01$), а также их суммарного значения ($p<0,01$).

На 4-е сутки снижение значений всех показателей также было статистически значимым у больных ОГ ($p<0,01$ до 0,001) и ГС ($p<0,05$). При этом разность величин показателей ОГ и ГС была достоверной при сравнении общих ($p<0,01$), местных признаков ($p<0,001$), а также их суммарного значения ($p<0,001$).

На 6-е сутки продолжилось снижение значений всех показателей у больных ОГ ($p<0,05$ до 0,01) и ГС ($p<0,05$). Однако разность величин показателей ОГ и ГС на этом этапе наблюдений продолжала оставаться статистически значимой

при сравнении общих ($p < 0,01$), местных признаков ($p < 0,01$), а также их суммарного значения ($p < 0,01$).

На 8-е сутки у лиц ОГ произошла нормализация показателей. При этом динамика изменений была статистически незначимой ($p > 0,05$), а снижение значений всех показателей у больных ГС было достоверным (p от 0,05 до 0,01). Однако разность величин показателей ОГ и ГС на этом этапе наблюдений продолжала оставаться статистически значимой только при сравнении местных признаков ($p < 0,05$), а также их суммарного значения ($p < 0,05$).

Таким образом, динамика изменений выраженности общих и местных признаков воспалительного процесса у больных ОГ также подтверждала динамику клинических показателей.

Кроме того, необходимо отметить следующее. В хирургии существуют проблемы перевязок, обусловленные:

- прилипанием повязки к ране, затрудняющим ее снятие с возникновением при этом острой боли вследствие травмирования раны;
- неприятным гнойным запахом, сопровождающим всю процедуру перевязки.

Использование же сорбента «Целоформ» решает данные проблемы, так как он дезодорирует гнойную рану, ослизняется в ней, за счет чего повязка свободно удаляется, значительно облегчая процедуру перевязки.

Что касается клинических показателей больных ХГП, то у представителей ОГ уже на 2–3-и сутки от начала лечения отмечалось отсутствие болезненности, гноя и гиперемии десен. У больных же ГС, местное лечение которым проводилось с использованием антибактериальных мазей, боль и воспалительные явления стихали только на 3–4-е сутки, (табл. 2).

Таблица 2.

Динамика клинических показателей больных хроническим генерализованным пародонтитом в стадии обострения

Клинические показатели	Основная группа	Группа сравнения
Купирование болевого синдрома	2-и сутки	3–4-е сутки
Прекращение гноетечения	2–3-и сутки	3–4-е сутки
Отсутствие гиперемии и отека слизистой десны	2–3-и сутки	4-е сутки
Появление грануляций	5-е сутки	6–7-е сутки
Начало эпителизации	7-е сутки	8–9-е сутки
Сроки лечения (дни)	10,4±0,5	13,3±0,8 дня

У больных ОГ появление грануляций наблюдалось на 5-е сутки, у пациентов ГС — на 6–7-е; начало эпителизации — на 7-е и 8–9-е сутки соответственно.

Таким образом, сорбент «Целоформ» быстрее купирует признаки воспалительного процесса у больных ХГП, сокращая сроки лечения на 2,9±0,6 дня ($p < 0,01$). При этом побочных и аллергических реакций от применения «Целоформа» не наблюдалось.

Заключение

Использование сорбента «Целоформ» в комплексном лечении больных одонтогенными флегмонами и больных с обострившимся хроническим генерализованным пародонтитом

способствует быстрому улучшению общего состояния пациентов и купированию местных признаков воспалительного процесса, что позволяет сократить сроки лечения данных категорий больных.

Необходимо отметить, что сорбент «Целоформ» позволяет в ранние сроки нивелировать болевой синдром, обеспечить безболезненность перевязок и дезодорацию гнойного экссудата. Он эффективен и прост в использовании, не имеет противопоказаний и не вызывает побочных и аллергических реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян А.А., Лизанец М.Н., Добыш С.В. и др. Результаты лабораторного исследования порошкообразных медицинских сорбентов и перспективы их использования в хирургии // Вестник хирургии им. Грекова. — 1991. — № 7-8. — С. 37-41.
2. Биологически активные перевязочные средства в комплексном лечении гнойно-некротических ран / Методические рекомендации под общей ред. акад. РАМН В.Д. Федорова и проф. И.М. Чиж. — М.: 2000. — 38 с.
3. Вавилов Ю.Г. Экологичный биосорбент на основе хлопковой целлюлозы / Ю.Г. Вавилов, В.К. Половняк, С.С. Ксембаев // Научно-технический вестник Поволжья. — Казань № 3. — 2011 г. — С. 7-15.
4. Грудянов А.И. Применение таблетированных форм пробиотиков бифидумбактерина и ациклата в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Н.А. Дмитриева, Е.В. Фоменко // Стоматология. — 2002. — № 1. — С. 39.
5. Гальбрайт Л.С. Целлюлоза и ее производные / Соросовский образовательный журнал. — 1996. — № 11 (12). — С. 47-53.
6. Забелин Л.В., Закошиков А.П., Постников В.К. Хлопковая целлюлоза. — Изд-во «Легкая промышленность», 1976. — С. 46-107.
7. Козлов В.А. Одонтогенный медиастинит / В.А. Козлов // Стоматология, 2006. — Т. 85, № 3. — С. 30-34.
8. Ксембаев С.С., Ямашев И.Г. Острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстей: Диагностика и лечение ангио- и остеогенных нарушений. — М.: МЕДпресс-информ., 2006. — 128 с.
9. Ксембаев С.С., Вавилов Ю.Г. Способ изготовления целлюлозной хирургической ваты / Официальный бюллетень комитета РФ по патентам. — М.: Бюлл. № 15. — 2010. — С. 52.
10. Прохвятилов Г.И. Инфекции головы и шеи / Г.И. Прохвятилов, И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников и др. // Хирургические инфекции / под ред. И.А. Ерюхина. — СПб: Питер, 2003. — С. 409-440.
11. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / под ред. М.И. Кузина, Б.М. Костюченко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990. — С. 281-283.
12. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи // Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 271 с.
13. Albandar J.M. Periodontal diseases in North America / J.M. Albandar // Periodontol. 2000 — 2002. — 29. — P. 31-69.
14. Jenkins W.M. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents / W.M. Jenkins, P.N. Papapanou // Periodontol. — 2000. — 26. — P. 16-32.