

Курс лечения проходили 106 человек. Для исследования качественного и количественного составов микрофлоры в лунке удаленного зуба проводилось микроскопическое и микробиологическое исследование. Выявлено, что в большинстве случаев постэкстракционная лунка обсеменена ассоциациями микроорганизмов, среди которых чаще всего встречаются ассоциации стафилококков и стрептококков. У пациентов 2-й группы (на фоне лечения элюдрилом) отмечалось 5-кратное уменьшение количества микроорганизмов: Streptococcus до $0,5 \times 10^6$ КОЕ/мл, Staphylococcus до $0,25 \times 10^5$. Применение элюдрила позволяет предотвратить воздействие микроорганизмов на лунку зуба, купировать болевой синдром, ускорить репаративно-пролиферативные процессы в лунке.

РЕЗЮМЕСИ

Текширишлар 106 беморда олиб борилган. Сугурилган тиш катакчасидаги микрофлоранинг сифати ва миқдор курсаткичларини текшириш учун микробиологик ва цитологик текширишлар утказилган. Текширилганда постэкстракцион катакча асосан стафилококк ва стрептококклар ассоциацияларидан иборатлиги аниқланди. 2 гуруҳ беморларда (элюдрил билан даволанганда) микроорганизмларнинг 5- мартага

камайиши кузатилади, Streptococcus $0,5 \times 10^6$ КОЕ/млгача, Staphylococcus $1,25 \times 10^5$ дан $0,25 \times 10^5$ гача. Альвелитларни даволашда элюдрилни ишлатиш, уни кулланилишига қарши курсатмаларни йуклиги микробларни катакчага таъсирини олдини олади. Оғрик синдромини йукотади, катакчадаги репаратив-пролифератив жараёнларни тезлаштиради.

SUMMARY

106 patients were treated in Samarkand branch of Tashkent State Stomatological institute. For the investigation of quality and quantitative structures of microflora in the socket of extracted tooth was carried out microscopical and microbiological investigation. It was revealed that in the majority of cases postextractive socket was seed with associations of microorganisms, among which are often occurred in the associations of staphylococcus and streptococcus. In the second group (on background of eludrile treatment) was marked five times reductions the quality of microorganisms, streptococcus till 0.5×10^6 koe/ml, staphylococcus till (1.25×10^5 to 0.25×10^5). Using of eludrile and absence of any contraindications allow to prevent influence of microorganisms to a tooth socket, to control painful syndrome, to accelerate reparative-proliferative processes in the socket.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШЕЛКОВОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Р.Г. Алимова, С.Н. Махсудов, Г.А. Фазилбекова
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Улучшение результатов и сокращение сроков лечения гнойно-некротических ран является актуальной задачей хирургической стоматологии. За последнее время на рынке перевязочных средств появляются новые изделия медицинского назначения, при создании которых применяются передовые технологии, позволяющие улучшать

течение процессов заживления ран, сокращать сроки заживления, повышать качество жизни больных [1,3-5]. Перечисленные обстоятельства имеют огромное значение для амбулаторной стоматологической практики, так как опыт свидетельствует о том, что большая часть больных нуждается в проведении местного консервативного лечения.

К современным перевязочным средствам, используемым в хирургической практике, предъявляются требования атравматичности, гипоаллергенности, нетоксичности, разумная цена и соответствующее качество [7,8].

В нашей республике разработан способ получения шелковой медицинской марли, которая имеет пониженную поверхностную плотность по сравнению с хлопчатобумажной за счёт использования более тонких нитей шелка-сырца, выработанных из волокнистых отходов натурального шелка, полностью освобождённых от клеящего вещества серицина, что придает ей высокую моделируемость и мягкость. Предполагается, что марля из натурального шелка, состоящая из природного белка фиброина, обладает антисептическими свойствами. Натуральный шелк (фиброин), состоящий из природного белка и обладающий антисептическими свойствами, должен препятствовать развитию микроорганизмов при применении в качестве повязки на рану. Доказано, что перевязочное средство из натурального шелка не обладает токсическими свойствами, гипоаллергенно, не раздражает окружающие ткани и может быть использовано как перевязочное средство [6].

Цель исследования

Изучение эффективности применения перевязочного средства на основе натурального шелка в амбулаторной челюстно-лицевой хирургии.

Материал и методы

Под наблюдением на базе стоматологического отделения находились 42 больных, которые были разделены поровну на две группы. В 1-ю основную группу включены больные, у которых в качестве перевязочного средства использовали шелковую марлю. У пациентов 2-й группы, служившей контролем, в качестве перевязочного средства использовали хлопчатобумажную марлю. Критерии включения больных в испытание: возраст от 18 до 50 лет, наличие послеоперационной раны, наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: серьезная сопутствующая патология (почечно-печеночная недостаточность, системные заболевания соединительной ткани, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность), психические заболевания в анамнезе, беременность. Исключались также лица, злоупотребляющие алкоголем, с лекарственной или наркотической зависимостью. Показаниями к применению перевязочных средств послужили раны, нуждающиеся в протеолитической очистке раневой поверхности и подавлении инфекции: операции гемисекция, цистотомия, цистэктомия, резекция верхушки корня, резекция целого корня, коронарно-радикулярная сепарация, экстракция зуба.

Больные сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту, полу и исходным диагнозам, что обеспечивало репрезентативность исследования (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп по полу, возрасту и характеру оперативного вмешательства

Характер операции	Группа	Пол		Возраст, лет
		муж.	жен.	
Гемисекция	3/3	1/1	2/2	44,23±2,11/45,62±2,03
Цистостомия	2/3	1/1	1/2	45,62±1,65/44,21±1,65
Цистэктомия	3/3	1/1	2/2	44,65±1,96/45,25±2,18
Резекция верхушки корня	4/3	2/1	2/2	43,27±1,88/44,13±2,02
Резекция целого корня	3/4	1/2	2/2	43,81±1,95/45,18±2,51
Коронарно-радикулярная	3/2	1/1	2/1	44,52±2,03/44,25±2,08

сепарация				
Экстракция зуба	3/3	1/1	2/2	43,63±1,82/45,11±1,77
Всего	21/21	8/8	13/13	44,81±1,05/46,21±2,13

При лечении послеоперационных ран проводилась медикаментозная обработка лунки раствором антисептика (0,05% хлоргексидина биглюконата), выполнялся кюретаж. При ежедневных перевязках в лунку вводили турунды, пропитанные лекарственными средствами: в 1-й группе турунды выполнялись из шелковой марли, во 2-й – из медицинской хлопчатобумажной марли.

После проведения операции сложного удаления зуба у тех больных, у которых швы не накладывались, перевязочное средство также оставляли в лунке удаленного зуба с последующей его заменой в процессе ежедневных перевязок.

Эффективность лечения и динамика клинической симптоматики оценивали по двум 5-балльным шкалам: субъективной и объективной [2]. По субъективной шкале динамику самочувствия в процессе лечения оценивал сам пациент. Объективная шкала включала оценку интенсивности болевого синдрома, отека, гиперемии, количества отделяемого из раны. Оценка по объективной шкале осуществлял врач. Большему количеству баллов соответствовали более выраженные клинические проявления. Оценка проводилась через сутки после начала лечения, а также на 2-й и 3-й дни.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики. Методы описательной статистики заключались в оценке среднего арифметического (М), средней ошибки среднего значения (m) – для признаков. Для оценки межгрупповых различий средних значений признаков, имеющих непрерывное распределение, применяли t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В ходе лечения было установлено, что перевязочное средство из натурального шелка показало высокую клиническую эффективность (табл. 2, 3). Уже через день после начала его использования у больных отмечалось уменьшение клинических проявлений инфекции (уменьшение отека, количества отделяемого, гиперемии), что подтверждалось сравнительной оценкой динамики субъективного состояния. Так, если в 1-й день после операции субъективное состояние больных в сравниваемых группах было одинаковым ($p \geq 0,05$), то уже на 2-е сутки после операции оценка субъективного состояния была статистически значимо ($p \leq 0,05$) лучше у больных основной группы; такая же картина наблюдалась и на 3-и сутки наблюдения (табл. 2).

Таблица 2

Субъективные показатели состояния больных основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп в динамике наблюдения, балл

Субъективное состояние	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки
Боль	$\frac{4,4 \pm 1,65}{4,3 \pm 1,72}$	$\frac{3,07 \pm 1,42}{4,0 \pm 1,82}$	$\frac{2,11 \pm 0,08}{3,08 \pm 0,12^*}$
Трудности в разговоре	$\frac{4,3 \pm 1,73}{4,2 \pm 2,01}$	$\frac{3,20 \pm 1,4}{3,77 \pm 1,65}$	$\frac{2,31 \pm 0,11}{3,12 \pm 0,15^*}$
Проблемы с перевариванием пищи	$\frac{4,1 \pm 2,0}{4,2 \pm 1,81}$	$\frac{3,12 \pm 1,53}{3,82 \pm 1,23}$	$\frac{2,61 \pm 0,12}{3,41 \pm 0,16^*}$
Ухудшение самочувствия	$\frac{3,6 \pm 1,53}{3,5 \pm 1,44}$	$\frac{2,8 \pm 1,33}{3,2 \pm 1,35}$	$\frac{2,05 \pm 0,09}{3,22 \pm 0,12^*}$

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с основной группой.

У больных обеих групп отмечалось уменьшение отека, гиперемии мягких тканей слизистой оболочки десны (табл. 3). Однако в основной группе все

объективные показатели состояния послеоперационной раны купировались в более короткие сроки.

Таблица 3

Клинические симптомы у больных основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп в динамике наблюдения, балл

Симптом	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки
Боль	$\frac{4,6 \pm 0,22}{4,7 \pm 0,2}$	$\frac{3,2 \pm 0,14}{4,0 \pm 0,15^*}$	$\frac{2,2 \pm 0,08}{2,8 \pm 0,11^*}$
Отёк	$\frac{4,1 \pm 0,19}{4,2 \pm 0,22}$	$\frac{3,0 \pm 0,4}{3,9 \pm 0,13^*}$	$\frac{2,6 \pm 0,11}{3,1 \pm 0,2^*}$
Гиперемия	$\frac{4,3 \pm 0,15}{4,2 \pm 0,17}$	$\frac{3,3 \pm 0,15}{3,8 \pm 0,11^*}$	$\frac{2,4 \pm 0,12}{3,3 \pm 0,15^*}$
Отделяемое из раны	$\frac{4,4 \pm 0,15}{4,5 \pm 0,17}$	$\frac{3,2 \pm 0,14}{4,0 \pm 0,12^*}$	$\frac{2,5 \pm 0,11}{3,1 \pm 0,13}$

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с основной группой.

Важным показателем эффективности лечения является наличие и выраженность болевого синдрома, динамика которого в процессе лечения отражена в таблице 3.

Необходимо отметить, что сразу после операции все больные отмечали высокую интенсивность болевого синдрома, оцениваемого соответственно $4,6 \pm 0,22$ и $4,7 \pm 0,2$ баллами ($p \geq 0,05$). При применении шелкового перевязочного материала в первые сутки больные отмечали значительное уменьшение болевых ощущений или отсутствие боли в области послеоперационной раны. Так, в 1-е сутки после операции интенсивность боли у больных 1-й группы уменьшилась до $3,2 \pm 0,14$ балла против $4,0 \pm 0,15$ балла в контрольной группе ($p \leq 0,05$). На 3-и сутки эти показатели были равны соответственно $2,2 \pm 0,08$ против $2,8 \pm 0,11$ балла ($p \leq 0,05$).

В процессе перевязок с использованием шелкового перевязочного материала повязка не прилипала к ране и замена её не травмировала рану и окружающие ткани. Снятие повязок происходило практически безболезненно. Высокая гигроскопичность шелкового перевязочного материала, его способность набухать под действием отделяемого из послеоперационной раны обеспечивают

низкую травматичность и делают процедуру перевязок более щадящей. Повышенная гигроскопичность способствует клеточной миграции, эвакуирует патологическое отделяемое бактериального характера из раны, хорошо saniрует операционную полость.

Одновременно с купированием болевого синдрома врачи отмечали существенное снижение отёка мягких тканей, уменьшение или исчезновение отделяемого из раны и снижение гиперемии слизистой оболочки. Уменьшение этих клинических симптомов было более выражено при использовании шелкового материала (табл. 3).

Так, в 1-й день после операции тяжесть отёка мягких тканей, количество отделяемого из раны и степень гиперемии слизистой оболочки в сравниваемых группах были одинаковыми и оценивались на уровне $4,1 \pm 0,19$ – $4,4 \pm 0,22$ балла ($p \geq 0,05$).

Уже на 2-е сутки после операции интенсивность боли в основной группе уменьшилась до $3,0 \pm 0,14$ балла против $3,9 \pm 0,13$ балла в контрольной группе ($p \leq 0,05$). на 3-и сутки после операции эти показатели составляли соответственно $2,6 \pm 0,11$ и $3,1 \pm 0,12$ балла ($p \leq 0,05$). Количество отделяемого из раны на 2-е

сутки оценивалось в $3,2 \pm 0,14$ против $4,0 \pm 0,12$ ($p \leq 0,05$), на 3-и сутки $2,5 \pm 0,11$ против $3,1 \pm 0,13$ ($p \leq 0,05$). Интенсивность гиперемии слизистой оболочки составляла $3,3 \pm 0,15$ против $3,9 \pm 0,13$ ($p \leq 0,05$) и $2,3 \pm 0,11$ против $3,3 \pm 0,15$ ($p \leq 0,05$).

Необходимо отметить, что шелковый перевязочный материал экономичнее стандартных марлевых повязок за счет следующих преимуществ:

- шелковый материал не прилипает к поверхности раны, обеспечивая атравматичность перевязок, что способствует созданию благоприятных условий для роста грануляций и эпителизации язвенных дефектов;

- удобство применения, безболезненность смены повязки существенно облегчают процедуру перевязки и позволяет осуществлять перевязки пациентами самостоятельно;

- уменьшение частоты перевязок, т.к. стандартная марлевая повязка находится на язве в течение 2-3 дней, сокращает расходы на перевязочный материал и лекарственные препараты.

Выводы

1. Отечественный перевязочный материал на основе натурального шелка эффективен в амбулаторной хирургической стоматологии. Применение шелкового перевязочного материала позволяет добиться более высокого эффекта заживления послеоперационных дефектов, чем стандартная терапия.

2. Шелковый перевязочный материал прост и удобен в применении, делает перевязки безболезненными и менее травматичными благодаря тому, что не прилипает к ране.

3. Перевязочный материал на основе натурального шелка целесообразно использовать в практике амбулаторной хирургической стоматологии для стимуляции развития грануляционной ткани и ускорения эпителизации.

Литература

1. Бледнов А.В. Результаты применения перевязочных средств

«Комбиксин» и «Диосепт» в клинике // Мед. новости. – 2009. – №3. – С. 103-106.

2. Будкевич Л.И., Сошкина В.В., Астамирова Т.С., Королева Т.А. Оценка эффективности применения новых перевязочных средств у детей с ожоговыми ранами // Хирургия. – 2013. – №6. – С. 65-68.

3. Кабисова Г.С. Сравнительный анализ эффективности современных форм дренирующих сорбентов в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 22 с.

4. Легонькова О.А., Васильев В.Г., Асанова Л.Ю. Сорбционные и физико-механические свойства биоматериалов, используемых в качестве перевязочных средств // Вопр. биол., мед. и фармацевт. химии. – 2015. – №10. – С. 7-13.

5. Янкова В.Г. Раневые повязки // Новая аптека. – 2012. – №9 (2). – С. 35-37.

6. Шамансурова Х.Ш., Хашимбаева Д.М. Токсиколого-гигиеническое заключение на марлю из шелка, предназначенную для применения в медицинской практике. – Ташкент, 2015. – 10 с.

7. Bolton L. Operational definition of moist wound healing // J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2007. – Vol. 34. – P. 23-29.

8. Lerner M., Loghkomoyev A., Pehenko V., Psakhye S. Application inorganic nanopowders for sorption microorganisms // II Russian-German Conference of the Koch-Metchnikov-Forum: Abstract book. – Tomsk, 2007. – P. 221.

РЕЗЮМЕ

Изучена эффективность применения перевязочного средства на основе натурального шелка в амбулаторной челюстно-лицевой хирургии. Под наблюдением находились 42 пациента, у которых были осуществлены операции гемисекция, цистотомия, цистэктомия, резекция верхушки корня, резекция

целого корня, коронарно-радикулярная сепарация, экстракция зуба. Показана высокая клиническая эффективность шелкового перевязочного материала по сравнению с хлопчатобумажным. Шелковый перевязочный материал может быть использован как препарат выбора в амбулаторной челюстно-лицевой хирургии в составе комплексного лечения для дренирования послеоперационных ран, а также в качестве защитной повязки после хирургических вмешательств в полости рта.

SUMMARY

Study of the effective use of bandaging device on the basis of natural silk in

ambulatory maxillofacial surgery. 42 patients were under survey, which had gone under bisection, cystectomy, and resection of root apex, resection of the whole root surgeries, coronary-radicular separation, and extraction of a tooth. There was a high clinic efficiency of silk bandaging material in comparison to cotton material.

Silk bandaging material can be used as an agent of choice in ambulatory dentofacial surgery in the complex treatment content for draining post-operation wounds, and as a protective bandage after surgery interferences in the oral cavity.

ПАСТКИ ЖАҒИ СИНГАН БЕМОЛЛАРДА ТАНА ВАЗНИ ЎЗГАРИШИНИНГ ЙИЛ ФАСЛЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИ

Д.Т. Бобамуратова, Ш.А. Боймуратов, Ё.Х. Курбонов
Тошкент тиббиёт академияси

Сўнгги йилларда шикастланишлар умумий сонининг ўсиши билан биргаликда юз-жағ жароҳатлари сонининг ошиши ҳам кузатилмоқда. Шу сабабли бу соҳадаги жароҳатлар юз-жағ жарроҳлигининг муҳим бир муаммоларидан бўлиб қолмоқда [2,6-8]. Юз суяклари жароҳатлари орасида энг кўп кузатиладиган ҳолат пастки жағнинг синишидир. Бу мамлакатимиздаги ва хориждаги клиникаларнинг ҳисоботларига кўра, 70-80 фоизни ташкил этади [2,7-9].

Маълумки, ҳар қандай механик жароҳат (ўқ отар қуролдан, жарроҳлик, ишлаб чиқариш билан боғлиқ, уй рўзғор, маиший, спорт ва ҳ) жавоб реакциясига эга бўлиб, у қайсидир даражада оксил, углевод, витамин, электролит ва ҳоказо каби моддалар алмашинуви бузилиши билан ифодаланади [2,3,8]. Кўп ҳолларда организм ўз захираларидан фойдаланиб, бу етишмовчиликни бартараф этади. Шикастланишдан (жарроҳликдан) кейинги даврда овқатни, айниқса макро ва микронутриентларни қабул қилишнинг бузилиши, жароҳат ёки жарроҳликдан ҳам кўпроқ катаболик реакцияни кучайтиради [1,10]. Оксил ва витамин

етишмаслигининг натижасида иммунологик реактивлик ва организмнинг қаршилиги ҳамда организмнинг антиоксидантлар билан таъминланишининг пасайиши каби ҳолатлар кузатилади [1,7,8].

Пастки жағ суяги синган беморларда жағларнинг тахтақчалар билан мустаҳкамлаш (иммобилизация қилиниши) чайнаш фаолиятини чегаралайди ва бу ўз навбатида нормал овқат ҳазм қилиш жараёнининг ва ошқазон шираси ажралишининг кескин пасайишига, иштаҳанинг йўқолишига сабаб бўлади [3,6-8,11]. Бу ҳолатда одатда, беморларда тана вазнининг камайиши кузатилади. Тана вазнининг камайиши беморларнинг чайнаш фаолиятини сезиларли даражада йўқотиши, жароҳатнинг жойлашиши ва овқат ҳазм қилиш тизими фаолиятининг бузилиши ва асосан беморларнинг овқатланишини нотўғри ташкил қилинганлигига маълум даражада боғлиқ бўлади [3,5,6].

Тана вазнининг камайиш динамикасига жуғрофий жойлашув, йил фасли, организмда бошқа касалликларнинг мавжудлиги каби