

Больным в контрольной группе, где использовали с традиционный метод лечения, для дренирования поднадкостничного абсцесса применяли резиновые полоски из стерильной перчаточной резины. У пациентов в основной группе для дренирования субпериостального очага гнойного воспаления применялись полоски из салфеток Воскопран. Как в основной так и в контрольной группах назначались общепринятые медикаментозные средства.

При обследовании пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом челюстей применялись общеклинические и цитологический методы исследования. Для цитологического исследования брали мазок-соскоб из раны в день обращения после периостомии и спустя 3 суток с момента операции (в ходе перевязки). Проводили микроскопирование цитологических препаратов и подсчет клеток.

Результаты и их обсуждение. По данным цитологических исследований, сразу после вскрытия поднадкостничного гнойника в ране выявлен следующий состав клеток: сегментоядерные нейтрофилы – $(81,03 \pm 0,40 \%)$, палочкоядерные нейтрофилы – $(2,03 \pm 0,78 \%)$, базофилы – $(0,17 \pm 0,08 \%)$, эозинофилы – $(0,97 \pm 0,32 \%)$, лимфоциты – $(10,70 \pm 0,54 \%)$, моноциты – $(4,30 \pm 0,44 \%)$, макрофаги – $(0,67 \pm 0,24 \%)$, плазмоциты – $(0,13 \pm 0,08 \%)$.

Через трое суток у больных в контрольной группе статистически недостоверно уменьшилось относительное количество сегментоядерных нейтрофилов (до $80,53 \pm 0,74 \%$ при $p = 0,430$), палочкоядерных нейтрофилов ($0,40 \pm 0,11 \%$ $p = 0,080$), базофилов – 0% , эозинофилов – $(0,43 \pm 0,12 \%$ $p = 0,062$), статистически значимо снизилось процентное содержание моноцитов – $(2,90 \pm 0,23 \%$ $p = 0,002$), увеличилось относительное содержание лимфоцитов – $(14,47 \pm 0,28 \%$ $p < 0,001$), недостоверно - макрофагов – $(0,90 \pm 0,16 \%$ $p = 0,172$), а также статистически значимо - количество плазмоцитов – $(0,37 \pm 0,05 \%$ $p = 0,017$).

В основной группе с использованием салфеток Воскопран с мазью левомиколь сразу после вскрытия поднадкостничного гнойного очага преимущественно выявлялись дегенеративно изменённые сегментоядерные, палочкоядерные нейтрофилы, присутствовали макрофаги, лимфоциты, плазмоциты, моноциты и другие клетки.

Через трое суток после операции на цитограммах было выявлено уменьшение количества сегментоядерных нейтрофилов (до $77,85 \pm 2,39 \%$ $p_1 = 0,192$), палочкоядерных нейтрофилов и базофилов (0%), эозинофилов ($0,03 \pm 0,005 \%$ $p = 0,066$ и $p_1 = 0,001$), лимфоцитов ($10,83 \pm 0,21 \%$ $p < 0,001$ и $p_1 = 0,001$). Существенно увеличилось относительное содержание макрофагов (до $5,47 \pm 0,38 \%$ $p < 0,001$ и $p_1 = 0,001$), моноцитов ($4,29 \pm 0,23 \%$ $p = 0,824$ и $p_1 = 0,001$), плазмоцитов ($1,35 \pm 0,26 \%$ $p < 0,001$ и $p_1 = 0,001$). Весьма значительным оказалось количество фиброцитов и фибробластов ($0,19 \pm 0,09 \%$). В целом, такая картина свидетельствовала о снижении проявленности местных реакций воспаления и о начале фазы регенерации.

Заключение. 1. Применение дренирующей повязки Воскопран с мазью левомиколь приводит к значительному снижению выраженности местных воспалительных реакций и к полной санации очага гнойного инфекционного воспаления стимулирует репаративные процессы в ране.



УДК 616.314+616.314-089.-87:616-08

Л. А. Филиппова, А. А. Филиппова.

ГУ КГМУ имени С.И.Георгиевского, кафедра хирургической стоматологии

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ЛУНКИ ЗУБА ПРИ АЛЬВЕОЛИТЕ

Альвеолит это часто встречающееся воспалительное осложнение после операции удаления зуба, сопровождающееся характерными симптомами, ведущими из которых являются боль в области лунки с иррадиацией и распад кровяного сгустка (частичный или полный). Частота развития альвеолита составляет 3% случаев после типичного удаления зуба и 20 %-при атипичной экстракции. Данные литературы свидетельствуют о постепенном росте этого показателя в хирургической стоматологической практике.

Местное лечение альвеолита предполагает комплексное воздействие включающее в себя, удаление путридных масс из лунки, (путем кюретажа) и проведение противовоспалительной терапии. Для лечения альвеолита предлагается широкий выбор методик, средств, различных по составам и эффективности их действия. Большинство из представленных способов лечения, как правило, направлено на скорейшую ликвидацию воспалительных явлений в лунке удаленного зуба с использованием антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Однако эти средства не всегда обеспечивают длительное и эффективное воздействие на ткани воспаленной лунки, так как быстро вымываются слюной, или удаляются самостоятельно в процессе приема пищи, а также при разговоре или любой другой двигательной нагрузке. При этом замедляются процессы регенерации тканей лунки зуба, а также затрудняются формообразовательные процессы в альвеолярном отростке.

Следовательно, вопросы лечения больных альвеолитом представляют несомненный интерес для стоматологов хирургов.

Нами предлагается противоальвеолитная лечебная повязка состоящая из геля холисал и стоматологической губки стимул-осс.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности местного воздействия противоальвеолитной повязки, состоящей из геля холисал и стоматологической губки стимул-осс, на процессы заживления постэкстракционной раны в условиях развившегося альвеолита.

Эффективность предложенной нами методики оценивалась на основании клинических, цитологических, термометрических рентгенологических, методов исследования.

Это позволило нам сделать следующее заключение: применение предложенной нами методики способствует быстрому регрессу клинических проявлений у больных с серозной формой альвеолита. Стойкая положительная динамика течения местного воспалительного процесса приводит к сокращению сроков заживления лунок зубов (на 3-4 дня). Оптимизируется течение репаративных процессов в альвеолярном отростке.



УДК 616.314.17-008.1-036.1-089.818.1

Ю. А. Черепинская, Е. Н. Рябокони, д. мед. н.,

Харьковский национальный медицинский университет

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛЕКСА (ГЛЮКОЗАМИНА И КВЕРЦЕТИНА) НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют, что кверцетин и глюкозамин широко применяются в медицине и обладают целым рядом механизмов препятствующих развитию воспалительного процесса, а также оптимизируют состояние соединительной ткани. Доказано, что кверцетин и глюкозамин обладают высокой биодоступностью и не являются конкурирующими веществами, так как действие кверцетина связано с ингибированием липооксигеназы, а действие глюкозамина связано с регулированием синтеза протеогликанов и ингибированием металлопротеиназ (Е. С. Ващенко, 2011; В. О. Туляков, К. О. Зупанець, 2009).

Цель. Оценить эффективность применения кверцетина и глюкозамина сульфата в ходе комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом путем изучения динамики показателей про- и противовоспалительных цитокинов в ротовой жидкости.

Материалы и методы. Было обследовано и проведено комплексное лечение 36 больных генерализованным пародонти том (ГП) хронического течения II степени тяжести в возрасте 27 – 47 лет. Пациенты в случайном порядке были разделены на 2 группы: в группе I (17 пациентов) вместе с базисным лечением проводили удаление зубных отложений в 2 этапа. Первым этапом было механическое и ультразвуковое пьезоэлектрическое удаление зубных отложений. Вторым этапом проводили обработку пародонтальных карманов с использованием аппарата Vektor на 7-е сутки после первого этапа (Г.Ф. Белоклицкая, 2007). Группу II составили 19 пациентов, лечение которых проводили как и в группе I, но дополнительно после I этапа пациентам местно назначали кверцетин и глюкозамина сульфата с помощью пародонтальных капп. Помимо этого, больным группы II, в течение 1 месяца внутрь назначали по 2 гр. «Гранул-кверцетина» 3 раза в сутки и 750 мг препарата «Дона» 1 раз в сутки.

Для оценки эффективности проводимого лечения служили данные иммунологических показателей ротовой жидкости, а именно – провоспалительных цитокинов – ИЛ - 1 β , ФНО - α и противовоспалительного цитокина – ИЛ - 4. Полученные данные сравнивали с показателями ротовой жидкости пациентов из контрольной группы (15 человек) с интактным пародонтом, физиологическим прикусом и санированной полостью рта.

Через 6 недель уровень ИЛ - 1 β в I группе снизился на 26% выше нормы, во II группе на 6% выше нормы, а уровень ФНО - α в I группе снизился на 71% и стал выше нормы, в группе II на 32% выше нормы. Понижение содержания ИЛ - 1 β и ФНО - α в ротовой жидкости при ГП указывает на угасание деструктивных процессов и снижение стимуляции остеокластической резорбции в пародонтальном комплексе.

Через 6 недель уровень ИЛ - 4 в I группе повысился на 6% выше нормы, во II группе на 21% выше нормы. Повышение содержания ИЛ - 4 в ротовой жидкости при ГП указывает на усиление активации клеточного и гуморального иммунного ответа, который в свою очередь обеспечивает противовоспалительный регулирующий эффект иммунологической реактивности.

Выводы. Комплексное лечение с использованием Вектор-терапии оказывает положительное влияние на показатели уровня про- и противовоспалительных цитокинов в ротовой жидкости больных генерализованным пародонтитом, а дополнительное применение комбинации кверцетина и глюкозамина сульфата у больных с этим же диагнозом приводит к их нормализации. Это позволяют сделать вывод, что наиболее эффективной является Вектор-терапия, дополненная местной медикаментозной терапией с применением кверцетина и глюкозамина сульфата под индивидуальные каппы и назначением этих препаратов внутрь. С нашей точки зрения, дальнейшее изучение и уточнение предложенной схемы медикаментозного лечения представляет как научный так и практический интерес.

