

В.А. Монаков,
ассистент кафедры челюстно-лицевой
хирургии и стоматологии

А.В. Иващенко,
к.м.н.
Кафедра челюстно-лицевой хирургии
и стоматологии

В.П. Решетникова,
доцент кафедры общей и клинической
микробиологии, иммунологии
и аллергологии

Самарский государственный медицинский
университет

Особенности микробиологической картины ран у больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области при использовании вакуум-терапии

Проблема лечения одонтогенных флегмон остается одной из актуальных в челюстно-лицевой хирургии. По данным ряда авторов, частота встречаемости больных с одонтогенными флегмонами лица и шеи составляет 50–70% [6]. Эти больные занимают более 50% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров [2]. В лечении пациентов этой категории применяют различные методы ведения послеоперационной раны, включающие в себя использование медикаментозных средств и физических факторов [1, 3, 4, 7, 8]. Они не обеспечивают в достаточной степени постоянного и своевременного оттока экссудата до момента регенерации и направлены, в основном, на отдельные звенья большой патогенетической цепи воспаления [5]. Одним из перспективных факторов физической антисептики является вакуум. В основе вакуум-терапии лежит мощный антибактериальный эффект, который проявляется значительным снижением микробной обсемененности раневой поверхности, что приводит к быстрому стиханию экссудативной фазы воспаления и ускорению регенеративных процессов. Однако в стоматологической литературе недостаточно сведений о влиянии отрицательного давления на микробную картину раневого процесса при одонтогенных флегмонах.

Цель исследования: оценить влияние вакуум-терапии на микрофлору ран у больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе клиники челюстно-лицевой хирургии СамГМУ было проведено лечение 53 пациентов с диагнозом

«одонтогенная флегмона». В комплексном лечении всех больных с одонтогенными флегмонами проводили:

1. Хирургическое вскрытие гнойного очага и адекватное дренирование, обеспечивающее отток экссудата.
2. Медикаментозная терапия, включающая в себя антибактериальное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение.

В зависимости от метода ведения послеоперационной раны сформированы две равные группы: контрольная, получающая традиционное лечение, и основная, дополнительно включающая применение вакуум-терапии.

В контрольную группу вошли 35 пациентов, у которых дренирование одонтогенных флегмон проводили с использованием полихлорвиниловых перфорированных трубок, дренажи в последующем менялись на маzewые турунды.

Основную группу составляли 18 пациентов, у которых ведение послеоперационной раны проводили с использованием хирургического дренажа (патент РФ № 129819 от 10.07.2013) и устройства для вакуумной терапии гнойных ран (патент РФ № 129818 от 10.07.2013; рис. 1).

После вскрытия и обработки гнойного очага в подготовленную раневую полость устанавливали дренажную вакуум-промывную систему нашей конструкции (рис. 2). Для этого один конец дренажа из металлорезины (6) укладывали на дно раны (7), другой его конец выводили на кожу (1). Рану закрывали наглухо адгезивной изолирующей пленкой (2). К отводящей трубке (1) подсоединяли постоянный источник вакуума (3). Сбор биологического материала производился

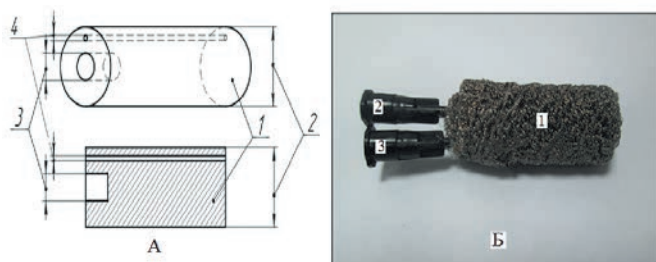


Рис. 1. Схема и общий вид полнотелого ирригационного дренажа. А — чертёж, Б — боковая проекция: 1 — тело дренажа; 2 — диаметр дренажа; 3 — отводящая трубка; 4 — подводящая трубка

в контейнер (10). К приводящей трубке (4) через систему подведения лекарственного препарата присоединяли программно-аппаратный комплекс для подведения лекарственного средства (9).

С помощью программно-аппаратного комплекса для подведения лекарственного средства обеспечивали равномерное пропитывание тела дренажа из металло-резины раствором антисептика. Применяемые нами растворы антисептиков в такой модификации вакуум-повязки омывают внутренние стенки раневого ложа, все слои дренажа из металло-резины и лишь затем аспирируются. Подача раствора антисептика и аспирирование проходило при 125 мм рт. ст. Полученный экссудат собирался в контейнер для сбора биологического материала и подвергался дальнейшему микробиологическому анализу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Микробиологические исследования проводили в день госпитализации, на 5-е и 8-е сутки после операции. Было исследовано 53 материала, взятых у пациентов после вскрытия флегмоны. Из них 35 мазков было взято у пациентов, которым проводилось традиционное ведение послеоперационной раны и 18 мазков у пациентов после использования вакуум-терапии. Бактериологическое исследование материала осуществляли на базе кафедры общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии СамГМУ. При микробиологическом исследовании раневого отделяемого выявлены ассоциации возбудителей одонтогенных флегмон, насчитывающие от 2 до 4 видов (табл. 1).

Количественная обсемененность варьировалась в пределах от 10^5 до 10^6 КОЕ/тампон. В контрольной группе исследования

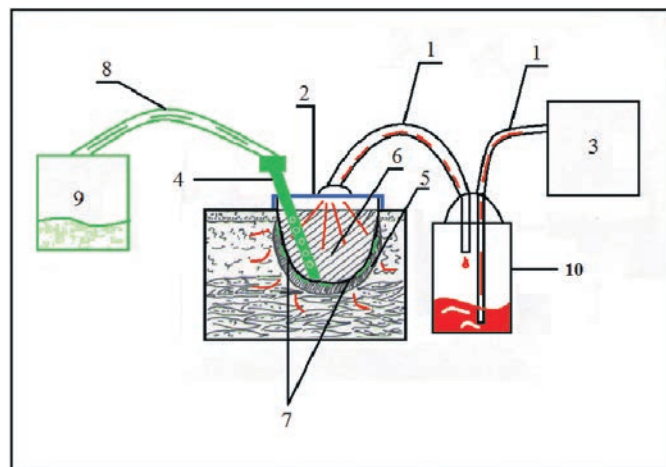


Рис. 2. Принципиальная схема работы дренажной вакуум-промывной системы: 1 — дренажная система; 2 — изолирующая адгезивная пленка; 3 — вакуумный насос; 4 — трубка для доставки лекарственного средства; 5 — экссудат; 6 — дренаж из металло-резины; 7 — дно и стенки раны; 8 — система подведения лекарственного препарата; 9 — программно-аппаратный комплекс для подведения лекарственного средства; 10 — контейнер для сбора биологического материала

было отмечено сохранение высокой обсемененности ран на 5-е и уменьшение на 8-е сутки до 10^3 КОЕ/тампон. Исследования позволили выявить изменения состава микрофлоры. В группе сравнения определялось последовательное снижение микробной обсемененности до уровня ниже 10^2 КОЕ/тампон. Изменения состава микрофлоры не зарегистрировано. Проведенный анализ показал, что после традиционного ведения послеоперационной раны аэробные микроорганизмы

Таблица 1. Результаты микробиологического обследования пациентов с одонтогенными флегмонами

Вид микрофлоры	Традиционный метод		Вакуум-терапия	
	Аэробы*	Анаэробы*	Аэробы*	Анаэробы*
<i>St. epidermidis</i>	7	2	2	0
<i>St. haemolyticus</i>	6	1	3	0
<i>St. aureus</i>	1	0	0	0
<i>Str. pyogenes</i>	3	0	0	0
<i>Str. pneumoniae</i>	4	0	1	0
<i>Str. mutans</i>	0	0	2	0
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	3	0	0	0
<i>Corynebacterium</i>	1	0	0	0
<i>E. Coli</i>	2	1	1	0
<i>Enterobacter</i>	1	0	0	0
<i>Peptostreptococcus</i>	0	11	0	2
<i>Peptococcus</i>	0	0	0	2
<i>Prevotella melaninogenica</i>	0	5	0	0
<i>Clostridium bifermentans</i>	0	2	0	0
<i>Veillonella parvula</i>	0	1	0	3
<i>Moraxella</i>	0	0	2	0

* Количество штаммов микроорганизмов.

Таблица 2. Сравнительная эффективность ведения послеоперационной раны с использованием стандартных дренажных систем и вакуум-терапии

	Аэробные микроорганизмы		Анаэробные микроорганизмы	
	Традиционный метод	Вакуум-терапия	Традиционный метод	Вакуум-терапия
Количество исследованных материалов	35	18	22	18
Количество материалов, при посеве которых получен рост микроорганизмов	28	12	20	7
Количество материалов, при посеве которых рост микроорганизмов не наблюдался	7	6	2	1
Доля материалов, при посеве которых рост микроорганизмов не наблюдался, %	20	33	9	61

отсутствовали в 20% материалов (в 7 из 35), а анаэробные — в 9% материалов (в 2 из 22). После ведения послеоперационной раны с использованием вакуум-терапии аэробные микроорганизмы отсутствовали в 33% материалов (в 6 из 18), а анаэробные — в 61% материалов (в 11 из 18; табл. 2).

ВЫВОД

Установлено, что использование вакуум-аспирации в комплексной терапии одонтогенных флегмон с применением пористых дренажных систем является более эффективным дренированием по сравнению с традиционным методом ведения послеоперационной раны.

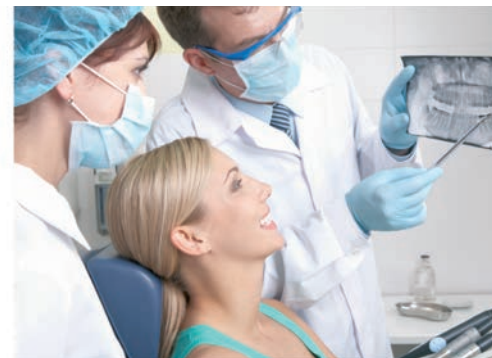
ЛИТЕРАТУРА:

- 1. Афанасьева Е.А.** Применение гипербарической оксигенации в комплексном лечении одонтогенных флегмон в зависимости от реактивности организма: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 1992. — 26 с.
- 2. Бажанов Н.Н., Соловьев М.М.** Абсцессы и флегмоны лица и шеи. — Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: руководство для врачей (под ред. А.Г. Шаргородского). — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — С. 267—346.
- 3. Дурново Е.А.** Обоснование использования озона в комплексном лечении флегмон лица и шеи: дис. ... к.м.н. — М., 1998. — 187 с.
- 4. Никитин А.А., Герасименко М.Ю., Косяков М.Н., Невров А.А.** Физические факторы в комплексном лечении острых гнойных воспалительных процессов челюстно-лицевой области. — *Стоматология*. — 1996; спец.: 69—70.
- 5. Платонова В.В.** Экспериментальное обоснование и клиническая разработка патогенетической терапии больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: дис. ... д.м.н. — М., 1999. — 238 с.
- 6. Робустова Т.Г.** Хирургическая стоматология. — М.: Медицина, 2003. — 504 с.
- 7. Тимофеев А.А., Ковалев М.В., Витковская С.В.** Использование современных комбинированных препаратов для лечения гнойных ран челюстно-лицевой области. — XI международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов: материалы конф. — СПб., 2006. — С. 189—190.
- 8. Шулаков В.В.** Ультразвуковая аэрозольная обработка ран в комплексной профилактике и лечении осложненного течения раневого процесса в челюстно-лицевой области: дис. ... к.м.н. — М., 1995. — 117 с.

Все секреты современной реставрации и нюансы успешной эндодонтии вы можете узнать на мастер-классах учебного центра «ТВИ Company»

Тел.: (495) 695-17-96, +7 (964) 704-14-21 (Дианов Павел)
stomakursy.ru www.tbi.ru tbi1@bk.ru

14-я Стоматологическая выставка



ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ

- СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА
- ЗУБОТЕХНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ
- ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ И ОБСЛУЖИВАНИЕ
- УСЛУГИ

Научная программа выставки:

- 4-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»
- 9-я Международная конференция зубных техников

www.dentima.su



Генеральный
информационный спонсор

**DENTAL
MAGAZINE**

Генеральный
информационный партнер



Генеральный
интернет-партнер

|mir-stomatologov.ru
стоматологи Юга России

Информационная поддержка



По вопросам участия обращайтесь в дирекцию выставки:

Россия
ООО «КраснодарЭКСПО» (в составе группы компании ITE)

Габехадзе Элла
Т +7 (861) 200 12 40

Шарова Ольга
Т +7 (861) 200 12 51

E dentima@krasnodarexpo.ru

Габехадзе Ираклий
Т +7 (861) 200 12 58

Германия
GiMA International Exhibition Group GmbH

Kornelia Limbach
Т +49 (0)40 2 35 24-335
F +49 (0)40 2 35 24-410
E limbach@gima.de

Sandra Buchholz
Т +49 (0)40 2 35 24-447
F +49 (0)40 2 35 24-402
E buchholz@gima.de

Maria Ivanova
Т +49 (0)40 2 35 24-368
F +49 (0)40 2 35 24-410
E ivanova@gima.de