



УДК 616-035.1	http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-12-65-69
<p>НОВЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ЗАЖИВЛЕНИЯ</p> <p><i>Ганжа И.Р., Ахмадиева Е.О.</i> ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара, Российская Федерация</p> <p>Аннотация. Успех хирургических вмешательств в полости рта оценивается не только устранением основной проблемы, но скоростью и особенностями заживления операционной раны. Наиболее предпочтительным результатом считается заживление первичным натяжением, но далеко не всегда, врачу - клиницисту удаётся предугадать и спланировать течение послеоперационного процесса. На практике доктора нередко наблюдают разнообразные варианты заживления ран. Нами разработан и апробирован алгоритм ведения послеоперационных ран в зависимости от клинических проявлений.</p> <p>Ключевые слова: хирургические манипуляции, заживление тканей, осложнения, планирование лечения, алгоритм ведения послеоперационных ран.</p>	<p>THE NEW ALGORITHM OF SOFT TISSUE WOUNDS MANAGEMENT DEPENDING ON THE TYPE OF HEALING</p> <p><i>Ganzha I.R., Akhmadieva E.O.</i> Samara state medical university, Samara, Russian Federation</p> <p>Annotation. The success of dental surgery is estimated not only by the elimination of the main problem, but also by the time and features of the wound healing. The most preferable result is considered to be the healing by first intention (sanatio per primam intentionem), but the Clinician cannot always prognosticate and plan the progress of the postoperative process. In practice doctors often deal with different types of wound healing. We have developed and tested an algorithm of soft tissue wounds management depending on clinical manifestations.</p> <p>Key words: surgical treatment, soft tissue healing, surgical complications, planning of dental treatment, algorithm of soft tissue wounds management.</p>
<p>БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК</p> <ol style="list-style-type: none"> [1] Саломатина М.С., Ломакин М.В., Панин А.М. Варианты течения раневого процесса в глубоких операционных ранах полости рта // Российская стоматология. – 2008. – №1. – С. 29 – 32. [2] Хирургическая стоматология: Учебник/Под ред. Т. Г. Робустовой. — 2-изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1996. — С. 688. [3] Шинкевич Д.С. Особенности заживления послеоперационных ран мягких тканей в области преддверия рта, изолированных силиконовыми мембранами: автореф. дис. ... канд./д-ра мед. наук. МГМСУ, Москва, 2008. — С.9 – 12. [4] Мюллер Х.-П. Пародонтология. Науч. ред. изд. на русск. яз. проф. А. М. Политун. Пер. с нем. - Львов: ГалДент, 2004. – 256 с. [5] Roberto Pippi. Post-Surgical Clinical Monitoring of Soft Tissue Wound Healing in Periodontal and Implant Surgery // Int J Med Sci. 2017; 14(8). – P. 721–728. doi:10.7150. [6] Отто Цур, Марк Хюрцелер. Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии – Москва: Азбука, 2014. – 872 с. [7] Джерелей А.А., Романенко И.Г., Крючков Д.Ю., Горобец С.М. Профилактика пред-, интра- и послеоперационных осложнений у больных с хирургической патологии в челюстно-лицевой области // Крымский терапевтический журнал. – 2016. – №3. – С. 20 - 24. 	<p>REFERENCES</p> <ol style="list-style-type: none"> [1] Salomatina M.S., Lomakin M.V., Panin A.M. Clinical variants of wound process in deep surgical wounds of oral cavity. Rossiyskaya stomatologia. 2008; 1. 29 – 32. [2] Robustova T.G. Dental Surgery. Moscow: Azbuka. 1996: 688. [3] Shinkevich D.S. Osobennosti zazhivleniya posleoperacionnikh ran myagkikh tkanei v oblasti preddveriya polosti rta izolirovannikh silikonovimi membranami. Moscow. 2008: 9 – 12. [4] Hans-Peter Müller. Checklisten der Zahnmedizin: Parodontologie. Stuttgart, Thieme Verlag, 2001: 256. [5] Roberto Pippi. Post-Surgical Clinical Monitoring of Soft Tissue Wound Healing in Periodontal and Implant Surgery. Int J Med Sci. 2017; 14(8). – P. 721–728. doi:10.7150. [6] Otto Zuhr, Marc Hurzeler. Plastic-Esthetic Periodontal and Implant Surgery: A Microsurgical Approach. Quintessence Pub Co; 1 edition. 2012: 872. [7] Dzhereley A.A., Romanenko I.G., Kryuchkov D.Y., Gorobets S.M. Prevention of pre-, intraand postoperative complications in patients with surgical pathology in maxillofacial region. V.I. Vernadsky Crimean Federal University. 2016, 3: 20 – 24.

Введение. Хирургические манипуляции в практике врача-стоматолога сопровождаются нарушением целостности мягких тканей. Успех таких вмешательств оценивается не только устранением основной проблемы, но и скоростью и особенностями заживления операционной раны [1]. Заживление первичным натяжением является наиболее предпочтительным результатом, так как характеризуется спокойным течением послеоперационного периода, образованием слабовыраженного рубца или вовсе его отсутствием, когда ткани восстанавливаются до исходного состояния [2]. При благоприятных условиях рана заживает в течение нескольких дней без клинических признаков воспаления, экссудата и грануляций. Однако не всегда удаётся добиться такого результата [3].

При проведении хирургических манипуляций необходимо учитывать ряд местных и общих факторов, оказывающих влияние на заживление ран мягких тканей полости рта. К местным факторам можно отнести гигиеническое состояние полости рта перед оперативным вмешательством, а также состояние десневого края. Известно, что плановые операции должны проводиться в условиях отсутствия воспаления десны (гингивит, пародонтит), что улучшает течение послеоперационного периода [4]. При прогнозировании исхода операции учитывается использование малоинвазивных техник, которые значительно снижают травму мягких тканей и улучшают сопоставление краёв раны, а также дизайн лоскута [5]. Тонкий лоскут содержит в себе меньше кровеносных сосудов, что может привести к ишемическому некрозу самой уязвимой зоны – краёв лоскута, и впоследствии рана будет заживать вторичным натяжением. Ещё одним риском развития осложнений послеоперационного периода является натяжение лоскута, что приводит к сдавливанию сосудов, прорезыванию нити и некротическим изменениям. Кроме местных факторов врачу-стоматологу необходимо учитывать ряд общих факторов при планировании лечения. Среди них соматические заболевания пациента (сахарный диабет, эндокринопатии), курение, состояние иммунитета, приём специфических препаратов (бисфосфонаты, антикоагулянты), отсутствие мотивации пациента на сотрудничество с врачом [6]. Кроме того, в регулировании внутриклеточных и тканевых процессов играет роль психосоматическое состояние пациентов [7]. Все эти факторы в совокупности влияют на столь важный процесс заживления ран мягких тканей, а, следовательно, и на успех планируемого оперативного вмешательства.

Цель исследования. Изучение особенностей заживления хирургических ран полости рта, факторов, влияющих на заживление послеоперационных

процессов и создание алгоритма ведения в зависимости от клинических проявлений раневого процесса.

Материалы и методы. На базе частной стоматологической клиники в г. Самара в течение 6 месяцев, на амбулаторном приёме выполнялись плановые хирургические вмешательства. Среди них внутрикостная имплантация, пародонтологические операции, мукогингивальная хирургия, мягкотканые и костнопластические операции. Под наблюдением находилось 90 пациентов в возрасте от 27 до 59 лет, не имеющих тяжёлых хронических неконтролируемых соматических заболеваний, не принимающие специфические медикаменты, оказывающие влияние на свёртывание крови и обмен в костной ткани.

После плановых хирургических манипуляций, на 4-5 сутки проводили осмотр послеоперационной зоны с помощью стоматологического зеркала, стоматологического пинцета и зонда. Обследование проводилось в стоматологическом кресле, освещение стандартное. Результаты клинического осмотра послеоперационной раны оценивались по следующим критериям: сопоставление краёв раны, наличие или отсутствие отёка, экссудации, гиперемии, наличие фибринозного налёта, наличие или отсутствие гнойного отделяемого, субъективные ощущения пациента. Данные обследования заносились в медицинские карты стоматологического больного и единый реестр исследования.

Результаты и обсуждение. После анализа результатов обследования пациенты разделились на 6 групп в зависимости от состояния послеоперационной раны и периферических мягких тканей на момент осмотра. К первой группе были отнесены пациенты с наиболее благоприятным течением заживления раны: у них отмечалось полное «срачивание» краёв раны по линии разреза, отсутствие отёка тканей, экссудации и гиперемии, не выявлялось наличие фибрина в зоне хирургических вмешательств и периферии, пациенты не предъявляли жалоб на боль. Первую группу составили 21 человек.

Ко второй группе было отнесено 27 человека. Течение заживления было также благоприятным: отмечалось полное «срачивание» краёв раны по линии разреза, отсутствие отёка тканей, экссудации и гиперемии, пациенты не предъявляли жалоб на боль. Однако у этой группы пациентов отмечалась слабовыраженная полоска фибрина по линии разреза, которая легко снималась или смывалась при орошении раневой поверхности антисептиком.

Третью группу составили пациенты, у которых отмечалось значительное количество фибринозного налёта по линии швов и на окружающих тканях. Остальные критерии оценки состояния

постоперационных ран совпадали с первыми двумя группами. В эту группу вошло 20 человек в возрасте 27 – 59 лет.

К четвертой группе мы отнесли пациентов, у которых отмечалось полное «сопоставление» краёв раны по линии хирургического разреза, отсутствие отёка мягких тканей, экссудации и жалоб на боль. При этом, выявлялась незначительная гиперемия тканей в зоне хирургии и прилежащих тканей, а также присутствовало значительное количество фибринозного налёта по линии швов и в области окружающих тканей. К этой группе по результатам осмотра мы отнесли 17 человек.

Пятую группу составили пациенты с относительно неблагоприятным течением раневого процесса. У них отмечалось частичное или полное расхождение краёв раны, экссудация и отёчность тканей, гиперемия зоны хирургии и окружающих тканей, фибринозный налёт «грязного» цвета, гнойное отделяемое отсутствовало, а пациент предъявлял жалобы на боль. К этой группе отнесено 3 человека в возрасте 47, 52 и 59 лет.

Шестая группа пациентов с самым неблагоприятным течением характеризовалась следующими признаками: полное расхождение краёв раны, некротизация краёв лоскута (серо-жёлтый цвет), гнойное отделяемое из краёв раны и в области борозды соседних зубов, отёк тканей, яркая гиперемия, выраженная

болевая реакция у пациента. В этой группе находилось 2 человека в возрасте 55 и 58 лет. Их состояние можно связывать с совокупностью факторов: неудовлетворительный уровень индивидуальной гигиены полости рта, ненадлежащий уход за послеоперационной раной и несоблюдение рекомендаций лечащего врача по приёму антибактериальных и противовоспалительных препаратов, а также ухудшение соматического состояния пациента в послеоперационный период.

Всем пациентам было проведено своевременное лечение послеоперационной раны мягких тканей полости рта в зависимости от клинического состояния и при необходимости коррекция назначений лекарственных препаратов и рекомендаций. Все манипуляции и назначения протоколировались в медицинской карте стоматологического больного. После анализа распределения пациентов в зависимости от типов заживления раневых процессов, проведённого лечения и его результатов было принято решения о создании единого алгоритма ведения послеоперационных ран мягких тканей полости рта в зависимости от их состояния (таблица 1). Создание такого алгоритма крайне актуально, так как ведение послеоперационных ран у разных пациентов не может вестись по одному шаблону, и лечебная тактика должна отличаться в соответствии с данными клинической картины заживления.

Таблица 1

Алгоритм ведения послеоперационных ран полости рта в зависимости от типа заживления

Состояние послеоперационной раны	Рекомендуемое лечение
Полное «сращивание» краёв раны по линии разреза, отсутствие отёка тканей, экссудации и гиперемии, не выявляется наличие фибрина в зоне хирургических вмешательств, пациент не предъявляет жалоб на боль.	снять швы (на 4-5 день после хирургии), обработка зоны хирургического вмешательства раствором антисептика (хлоргексидин водный 0,05–0,2%). Рекомендовать пациенту продолжить полоскания антисептиком в течение последующих 2-3 дней. Прекращение использования антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Использование обязательных средств гигиены мягкой зубной щётки и зубной пасты (профилактического состава) 2-3 раза в день – утром, после завтрака и вечером, после последнего употребления пищи. Время чистки зубов зубной щёткой и пастой должно быть не менее 2-3 минут. Если другой подход к гигиене полости рта не предусмотрен протоколом хирургической операции.
Полное «сращивание» краёв раны по линии разреза, имеется невыраженная (слабо выраженная) полоска фибрина по линии разреза, которая легко снимается или смывается при орошении раневой поверхности антисептиком, отсутствие отёка тканей, экссудации и гиперемии, пациент не предъявляет жалоб на боль.	Снять швы на 5-6 сутки после хирургии, обработка зоны хирургического вмешательства раствором антисептика (хлоргексидин водный 0,05–0,2%), нанесение геля Аргакол на края раны. Рекомендовать пациенту продолжить полоскания антисептиком в течение последующих 4-5 дней. Прекращение использования антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Использование обязательных средств гигиены мягкой зубной щётки и зубной пасты (профилактического состава) 2–3 раза в день – утром, после завтрака и вечером, после последнего употребления пищи. Время чистки зубов зубной щёткой и пастой должно быть не менее 2-3 минут. (Если другой подход к гигиене полости рта не предусмотрен протоколом хирургической операции).
Полное «сопоставление» краёв раны по линии хирургического разреза, выявляется значительное количество фибринозного налёта по линии швов и в области окружающих тканей,	Снять швы на 6-7 сутки после хирургии, обработка зоны хирургического вмешательства раствором антисептика (хлоргексидин водный 0,05–0,2%), аккуратное (атравматичное, щадящее) удаление фибринозного налёта по периферии раны, нанесение геля Аргакол на края раны. Рекомендовать пациенту продолжить полоскания антисептиком

<p>экссудация и отёчность краёв раны отсутствует, гиперемии нет, пациент не предъявляет жалоб на боль.</p>	<p>в течение последующих 5-6 дней, местное использование в домашних условиях геля Аргакол 1 раз в сутки в течение 4-5 дней после снятия швов. Прекращение использования антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Использование обязательных средств гигиены мягкой зубной щётки и зубной пасты (профилактического состава) 2-3 раза в день – утром, после завтрака и вечером, после последнего употребления пищи. Время чистки зубов зубной щёткой и пастой должно быть не менее 2-3х минут. (Если другой подход к гигиене полости рта не предусмотрен протоколом хирургической операции).</p>
<p>Полное «сопоставление» краёв раны по линии хирургического разреза, выявляется значительное количество фибринозного налёта по линии швов и в области окружающих тканей, экссудация отсутствует, выявляется незначительная гиперемия тканей в зоне хирургии и прилежащих тканей, пациент не предъявляет жалоб на боль.</p>	<p>Снять швы на 7 сутки после хирургии, обработка зоны хирургического вмешательства раствором антисептика (хлоргексидин водный 0,05–0,2%), аккуратное (атравматичное, щадящее) удаление фибринозного налёта по периферии раны, нанесение геля Аргакол на края раны. Пациента следует приглашать ежедневно к специалисту для наблюдения и «туалета» раны в промежутки между 4 и 7 сутками после хирургии. Рекомендовать пациенту продолжить полоскания антисептиком в течение последующих 8-9 дней, местное использование в домашних условиях геля Аргакол 2 раза в сутки в течение 5-6 дней после снятия швов. Прекращение использования антибактериальных и противовоспалительных препаратов на 7е сутки после проведения хирургии. Использование обязательных средств гигиены мягкой зубной щётки и зубной пасты (лечебно - профилактического состава) 2-3 раза в день – утром, после завтрака и вечером, после последнего употребления пищи. Время чистки зубов зубной щёткой и пастой должно быть не менее 2-3 минут. Зону операционных вмешательств чистить зубной щёткой не ранее 14 дней после операции.</p>
<p>Края раны разошлись полностью или частично, имеется экссудация и отёчность тканей, гиперемия зоны хирургии и окружающих тканей, гнойное отделяемое отсутствует, фибринозный налёт имеет «грязный» цвет, пациент жалуется на боль.</p>	<p>Обработка зоны хирургического вмешательства раствором антисептика (хлоргексидин водный 0,2%), удаление фибринозного налёта, нанесение хлоргексидин содержащего геля (повязки) на края раны, снятие швов на 7-10 сутки после хирургии. Пациента следует приглашать ежедневно к специалисту для наблюдения и «туалета» раны в промежутки между 4 и 10 сутками после хирургии. Рекомендовать пациенту продолжить полоскания антисептиком в течение последующих 10-12 дней, местное использование в домашних условиях геля Аргакол 2-3 раза в сутки в течение 7-10 дней после снятия швов. Продолжить использование антибактериальных и противовоспалительных препаратов до 10 суток после проведения хирургии, рекомендована замена или назначение дополнительного антибактериального препарата. Использование обязательных средств гигиены мягкой зубной щётки и зубной пасты (лечебного состава) 2-3 раза в день – утром, после завтрака и вечером, после последнего употребления пищи. Время чистки зубов зубной щёткой и пастой должно быть не менее 2-3 минут. Зону операционных вмешательств чистить зубной щёткой не ранее 14 дней после операции.</p>
<p>Полное расхождение краёв раны, некротизация краёв лоскута (серо-жёлтый цвет), гнойное отделяемое из краёв раны и в области борозды соседних зубов, отёк тканей, яркая гиперемия, выраженная болевая реакция у пациента.</p>	<p>Обработка зоны хирургического вмешательства раствором антисептика (хлоргексидин водный 0,2%), удаление некротизированных тканей с помощью хирургических ножниц, нанесение хлоргексидин содержащего (антисептического) и/или антибактериального геля (повязки) на края раны. Следует провести дренирование области с гнойным отделяемым или провести вскрытие абсцесса при наличии такового. Снять швы на 7–14 сутки после хирургии. Пациента следует приглашать ежедневно к специалисту для наблюдения и «туалета» раны в промежутки между 4 и 14 сутками после хирургии. Рекомендовать пациенту продолжить полоскания антисептиком в течение последующих 14-16 дней, местное использование в домашних условиях геля Аргакол 2 - 3 раза в сутки в течение 7-10 дней после снятия швов. Продолжить использование антибактериальных и противовоспалительных препаратов до 10-14 суток после проведения хирургии, рекомендована замена или назначение дополнительного антибактериального</p>



	<p>препарата. Обязательна консультация с врачом, проводящим наблюдение за общесоматическим здоровьем пациента или врачом общей практики для исключения (коррекции) соматической патологии. Использование обязательных средств гигиены мягкой зубной щётки и зубной пасты (лечебного состава) 2 -3 раза в день – утром, после завтрака и вечером, после последнего употребления пищи. Время чистки зубов зубной щёткой и пастой должно быть не менее 2-3 минут. Зону операционных вмешательств чистить зубной щёткой не ранее 14 дней после операции.</p>
--	--

Заключение. Созданный нами алгоритм основан на базовых клинических принципах и приёмах. Техники и критерии обследования легко воспроизводимы и могут быть выполнены на амбулаторном или стационарном приёме стоматологом-хирургом. В алгоритм включены подробные рекомендации докторам и пациентам, а также приведён перечень рекомендуемых

лекарственных препаратов. Использование данного алгоритма позволит прогнозируемо вести послеоперационные раны с учётом состояния мягких тканей области хирургии и особенностей течения раневого процесса у пациента.

