

Wyniki leczenia niektórych jednostek chorobowych w chirurgii stomatologicznej preparatem Dentosept i Dentosept A

Anna Janas, Grażyna Grzesiak-Janus, Daniel Olszewski

Zakład Chirurgii Stomatologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 6 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp

Wiele jednostek chorobowych w zakresie chirurgii stomatologicznej przebiega ze stanem zapalnym błony śluzowej. Należy do nich między innymi utrudnione wyrzynanie dolnego zęba mądrości. Jednak częstość występowania tego schorzenia oraz oporność na leczenie sprawia, że poszukuje się coraz więcej nowych leków, które nie wywołują objawów ubocznych a jednocześnie wspomagają oddziaływanie stosowanych równocześnie leków syntetycznych. Są one produkowane w postaci płynów do płukania, tabletek do ssania, maści i żeli. Ponadto wiele substancji roślinnych, w tym olejki eteryczne znajdują się w pastach do zębów oraz płynach antyseptycznych [1, 2]. Celem pracy była ocena kliniczna miejscowego działania na błonę śluzową jamy ustnej preparatu Dentosept i Dentosept A.

Słowa klucz: Dentosept, Dentosept A, treatment

Material i metody

Materiał badawczy stanowiło 86 pacjentów (37 kobiet i 49 mężczyzn), ogólnie zdrowych, w wieku od 19 do 68 lat. Wszystkie osoby zakwalifikowane do leczenia poddane były miejscowemu działaniu preparatem Dentosept i Dentosept A, (ryc. 1). Wykorzystano go przed i po chirurgicznym usunięciu zębów u 47 pacjentów oraz w utrudnionym wyrzynaniu dolnych zębów mądrości w 39 przypadkach, (tab. I).

Oba preparaty Dentosept i Dentosept A, firmy (Phytopharm, Kłęka) zawierają wyciągi: z kory dębu, koszyczków rumianku, liści szalwi – po 13,0 g; wyciągi z kwiatów arniki, kłączy tataraku, ziela mięty i tymianku – po 6,5 g, standaryzowanych na zawartość olejków eterycznych – nie mniej niż 0,25% oraz garbników – mniej niż 1,5%. Ponadto zawierają między innymi: garbniki, cyneol, pinen, triterpeny, kwasy fenolowe, alkohole seskwiterpenowe i flawonoidy. Olejki eteryczne pochodzące z ziela tymianku, liści mięty i szalwii, kwiatów arniki, a także kłączy tataraku działają przeciwbakteryjnie i przeciwzapalnie [3, 4]

Warto podkreślić, że Dentosept A – 100,0 g, poza głównym składnikiem, którym jest Dentosept – 50,0 g zawiera dodatkowo boraks – 4,0 g, metylocelulozę- 1,5 g, anestetynę – 2,0 g, wodę destylowaną – 24, 45 g, glicerynę – 14,0 g i etanol 95 % - 4,05 g.

Ponadto Dentosept A różni się od Dentoseptu przede wszystkim zawartością anestetyny, która działa miejscowo znieczulająco i boraksem, działającym odkażająco, a także substancjami zagęszczającymi, powodującymi zwiększenie przyczepności preparatu do błony śluzowej jamy ustnej.

Dentosept w postaci 15% roztworu wodnego preparatu, stosowano u 49 pacjentów, przed chirurgicznym usunięciem zębów, (ryc. 2) w postaci płukania okolicy objętej zabiegiem. Następnie wykonywano znieczulenie przewodowe i po okresie 10 – 15 min. , przystępowano do zabiegu. Po chirurgicznym usunięciu zębów i zaopatrzeniu zębodołów, aplikowano Dentosept A w postaci opatrunku na rany pooperacyjne (ryc. 3, 4). W zależności od obrazu klinicznego oraz przebiegu choroby preparat ten stosowano codziennie przez 3 - 5 dni. Natomiast w utrudnionym wyrzynaniu dolnych zębów mądrości, po wykonaniu standardowego leczenia zachowawczego, aplikowano Dentosept A na kaptur dziąsłowy. W tej jednostce chorobowej stosowano go także u 12 pacjentów dwukrotnie w ciągu dnia, gdyż chorzy otrzymywali lek do domu, z zaleceniem nakładania go 2 razy dziennie. Wszyscy pacjenci byli objęci badaniami kontrolnymi codziennie, podczas których obserwowano ustępowanie objawów klinicznych chorób tj.: dolegliwości bólowych, obrzęku tkanek. Ponadto oceniano tolerancję tkanki na założony opatrunek oraz odczucia pacjentów.

W ocenie subiektywnych odczuć bólowych wykorzystano skalę wizualno-analogową VAS, w której wyodrębniono 5 – stopniową skalę bólu:

- 0 – 2 bardzo słaby,
- 3 – 4 słaby,
- 5 – 6 średni,
- 7 – 8 silny,
- 9 – 10 bardzo silny.

Wyniki

Wyniki obserwacji klinicznej i oceny subiektywnej pacjentów wykazały wysoką skuteczność obu preparatów (tab. II). U wszystkich pacjentów, u których wykorzystano Dentosept i Dentosept A, przed i po chirurgicznym usunięciu zębów, nie obserwowano powikłań pooperacyjnych. Obrzęk tkanek w utrudnionym wyrzynaniu dolnych zębów mądrości utrzymywał się do 1 - 2 dni, zaś dolegliwości bólowe u większości chorych występowały 2 - 3 dni, jedynie u 5 pacjentów przedłużały się do 4 dni. Ponadto nie stwierdzono wystąpienia reakcji alergicznych. Natomiast w obserwacjach własnych 31 chorych sugerowało szybsze zmniejszenie dolegliwości bólowych po zastosowaniu obu preparatów.

Opis rycin:

Ryc. 1. Preparat Dentosept i Dentosept A, zastosowany w badaniach.

Ryc. 2. Na zdjęciu pantomograficznym widoczne częściowo zatrzymane zęby 28, 38.

Ryc. 3 i 4 . Aplikacja preparatu Dentosept A na powierzchnię rany pooperacyjnej.

Ryc. 5. Pierwsza doba po chirurgicznym usunięciu zębów 28, 38. Brak powikłań pooperacyjnych.

Tabela I. Liczba pacjentów poddanych działaniu preparatu Dentosept i Dentosept A.

<i>Rozpoznanie</i>	<i>Liczba pacjentów</i>
Chirurgiczne usunięcia zębów	47
Utrudnione wyrzynanie dolnych zębów mądrości	39
<i>Razem</i>	86

Tabela II. Obserwacje przebiegu leczenia pacjentów poddanych terapii Dentosept i Dentosept A.

Dzień obserwacji	1	2	3	4	5
Objawy kliniczne					
Dolegliwości bólowe po usunięciu chirurgicznym zębów	-	-	-	-	-
Obrzęk tkanek po usunięciu chirurgicznym zębów	-	-	-	-	-
Dolegliwości bólowe w utrudnionym wyrzynaniu dolnych zębów mądrości	+	+(50)	+(31)	+(5)	-
Obrzęk tkanek w utrudnionym wyrzynaniu dolnych zębów mądrości	+	+	-	-	-
Reakcje alergiczne	-	-	-	-	-
Odczucia chorych pozytywne	+	+	+	+	+
negatywne					

Dyskusja

Medycyna ludowa od wieków stosuje surowce pochodzenia roślinnego, jako *remedia antiphlogistica*. Już w starożytnym Egipcie stosowano zioła, o czym świadczą umieszczone informacje na ścianach świątyń i grobowcach, pochodzących z 300 r. p.n.e. W 1872 roku Ebers w odnalezionym 20 – metrowym papirusie, pochodzącym z 1550 r. p.n.e., zauważył opisy 190 roślin, które były wykorzystywane w leczeniu przez egipskich kapłanów. Na uwagę zasługuje również teoria Paracelsusa, według której nie cała roślina leczy, lecz zawarte w niej składniki, które należy wyodrębnić. Bowiem preparaty roślinne zawierają substancje biologicznie czynne, dzięki czemu mogą być stosowane w leczeniu i profilaktyce wielu chorób [5].

W ostatnich latach działanie przeciwzapalne tych roślin stało się przedmiotem wielu badań farmakologicznych, czego efektem jest uzasadnienie obserwowanej skuteczności surowców tradycyjnie stosowanych w schorzeniach związanych z procesem zapalnym [6].

W przeprowadzonych przez nas badaniach stwierdzono przeciwzapalne i ściągające działanie preparatu, które jak się wydaje jest możliwe dzięki synergistycznemu oddziaływaniu składników zawartych w Dentosepcie. Ważną rolę w ich aktywności przeciwzapalnej odgrywają flawonoidy. Powodują one aktywność cyklooksygenaz, lipooksygenaz oraz działają antyoksydacyjnie. Zapobiegają także uwolnieniu cytokin z bazofoili i komórek tucznych. Ponadto Dentosept A, zawierający substancje zagęszczające, wpływa na zwiększenie przyczepności preparatu do tkanki, co znacznie przedłuża jego obecność w miejscu zapalenia oraz zwiększa skuteczność jego działania.

Należy także podkreślić, że zarówno Dentosept, jak i Dentosept A hamują wzrost bakterii beztlenowych [7].

Biorąc powyższe pod uwagę należy stwierdzić, iż oba preparaty mogą być stosowane zarówno w profilaktyce oraz leczeniu zakażeń w obrębie jamy ustnej.

Wzrost zainteresowania możliwościami zastosowania surowców roślinnych w terapii stanów zapalnych sprawia, że zwiększa się intensywność poszukiwań oraz badań eksperymentalnych nad substancjami roślinnymi, które mogłyby stanowić alternatywę dla szeroko stosowanych środków syntetycznych.

Wnioski

Zastosowanie miejscowe zarówno Dentoseptu oraz Dentoseptu A wpływa korzystnie na przebieg leczenia. Preparaty te mogą być wykorzystywane, jako leczenie wspomagające w chirurgii stomatologicznej.

Piśmiennictwo:

1. Wienicka M., Banach J., Trąbska M., Boryewicz G., Dembowska E.: Pelogel w leczeniu uzupełniającym zapalenia przyzębia dorosłych (AP). *Mag. Stomat.*, 1998, 11, 18 – 21.
2. Ziętek M., Kozłowski Z., Konopka T., Radwan-Oczko M., Noga L.: Kliniczna ocena preparatu Hascosept (Chlorowodorek benzydaminu). *Czas. Stomat.*, 2001, LIV, 94 – 97.
3. Kalembe D.: Przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze właściwości olejków eterycznych. *Post. Mikrobiol.*, 1998, 38, 185 – 203.
4. Yousef R.T., Taiwil G.: Antimicrobial Activity of Volatile Oils. *Pharmazie.*, 1980, 11, 698 – 701.
5. Matkowski A., Zielińska S., Oszański J., Lamer-Zarawska E.: Antioxidant activity of extracts from leaves and roots of *S. miltiorrhiza* Bunge, *S. przewalskii* Maxim., and *S. verticillata* L. , *Bior. Tech.*, 2008, 99, 7892 – 7896.
6. Baricevic D., Sosa S., Della-Loggia R., Tubaro A., Simonowska B., Krasna A., Zupanacic A.: Topical anti-inflammatory activity of *Salvia officinalis* L. leaves: the relevance of ursolic acid. *J.Ethnoph.*, 2001, 75, 123 – 132.
7. Kędzia A.: Działanie Dentoseptu na bakterie beztlenowe wyizolowane z kieszonek dziąsłowych. *Czas. Stomat.*, 2000, LIII, 479 – 484.

Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi
w ramach działalności statutowej nr 503 – 2042-1

Adres do korespondencji:
Anna Janas
Zakład Chirurgii Stomatologicznej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 6 UM
92 – 213 Łódź, ul. Pomorska 251
tel: + 48 042 675 75 29
e-mail: ania.janas@hot.pl