

ЗМІНИ ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИХ ТА МІСЦЕВИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛЬВЕОЛІТ ЩЕЛЕП

ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНІ ТА МІСЦЕВІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА АЛЬВЕОЛІТ ЩЕЛЕП – Метою клінічного дослідження було вивчення особливостей проявів загальноклінічних та місцевих показників у хворих на альвеоліт щелеп. Вивчали динаміку при його різному лікуванні, ступені інтенсивності клінічних симптомів, оцінювали результати лікування. Зникнення больового симптому, запальних змін слизової оболонки навколо ямки зуба, очищення її від некротичних мас були швидшими в основній групі.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ И МЕСТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ НА АЛЬВЕОЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ – Целью клинического исследования стало изучение особенностей проявлений общеклинических и местных показателей у больных на альвеолит челюстей. Изучали динамику при его разном лечении, степени интенсивности клинических симптомов, оценивали результаты лечения. Исчезновение болевого симптома, воспалительных изменений слизистой оболочки вокруг лунки зуба, очищение ее от некротических масс были быстрее в основной группе.

CHANGES OF CLINIC AND LOCAL INDICES IN PATIENTS WITH JAWS' ALVEOLITIS – The aim of the clinical study was to investigate the peculiarities of clinical and local indices in patients with alveolitis of jaws. We studied the dynamics in its different treatment. The degree of intensity of clinical symptoms was assessed. The disappearance of pain symptoms, inflammatory changes of the mucous membrane around the hole of the tooth, cleaning hole of necrotic masses were faster in the main group.

Ключові слова: альвеоліт, загальноклінічні та місцеві показники, лікарська форма “Флупетсаль”.

Ключевые слова: альвеолит, общеклинические и местные показатели, лекарственная форма “Флупетсаль”.

Key words: alveolitis, general clinic and local indices, dosage form of “Flupetsal”.

ВСТУП За даними О. О. Тимофєєва та Д. В. Маланчука [1, 2], після видалення зуба у 33,2 % випадків виникає альвеоліт щелеп (dolores post extractionem) – запалення стінок альвеоли зуба при нагноєнні кісткової рани після його видалення.

Лікуванню альвеоліту щелеп повинно передувати як ретельне обстеження хворого, так і більшою мірою оцінка ямки зуба, місцевих ознак запалення, що сприяє вибору правильної тактики лікування.

За даними Е. Сабо [3], післяопераційне запалення ямки зустрічається у 40 % випадків. Існує ряд наукових праць, у яких висвітлюються причини альвеоліту щелеп, пов'язані з травматичним видаленням зуба, відсутністю кров'яного згустку в ямці, тривала кровотеча у ній, незавершена екстракція зуба, наявність поруч зубів із хронічним запальним процесом у періодонті, пародонтит [4 – 9].

Метою клінічного дослідження стало вивчення змін загальноклінічних та місцевих показників при різному лікуванні хворих на альвеоліт щелеп.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ У клінічних дослідженнях взяли участь 117 осіб (68 жінок та 49 чоловіків) віком 21–63 років. Залежно від способу лікування альвеоліту щелеп хворих було поділено на 2 групи (85 хворих – основна група, 32 хворих – група порівняння).

Хворим основної групи після ревізії ямки проводили рихлу тампонаду її турундою, просоченою флупетсалем до наступного дня.

У групі порівняння хворі отримували традиційне лікування з використанням йодоформної турунди.

Клінічні спостереження за хворими проводили щоденно (з першого по шостий), а також на восьмий та десятий день лікування альвеоліту щелеп. Усі хворі були обстежені за допомогою традиційних методів: збір анамнезу, скарги, оцінки загального соматичного статусу, зовнішньоротового та внутрішньоротового огляду. Хворі зверталися зі скаргами на біль у ділянці видаленого зуба, підвищену температуру тіла, гнильний запах із порожнини рота, гіперемію слизової оболонки навколо ямки зуба, відсутність кров'яного згустку в ямці зуба.

Клінічний перебіг альвеоліту щелеп у хворих вивчали за допомогою оцінювання наступних симптомів: загальноклінічні симптоми – за двобальною шкалою; місцеві симптоми, перебіг запального процесу за ступенем тяжкості та наявністю супутніх захворювань – за чотирибальною шкалою.

Ступінь інтенсивності кожного із зазначених симптомів оцінювали наступним чином (в балах): підвищення температури тіла (є – 1, немає – 0); інтенсивність болю у вогнищі запалення (відсутній – 0, незначний – 1, помірний – 2, виражений – 3); гнильний запах із порожнини рота (є – 1, немає – 0); наявність нальоту на язиці (є – 1, немає – 0); стан слизової оболонки ясен навколо ямки видаленого зуба: (блідоружева – 0, набрякла – 1, гіперемована – 2, некротизований ясенний край ямки – 3); кров'яний згусток в ямці (наявний – 0, розпад – 1, залишки – 2, відсутній – 3).

Оцінку інтенсивності перебігу альвеоліту щелеп здійснювали за сумою балів вищевказаних симптомів за методикою [10], яку ми удосконалили: легка форма – 1–3 бали, середня форма – 4–6 балів, тяжка форма – 7–9 балів. Структура клінічних досліджень повністю відповідає сучасним етичним нормам.

У досліджуваних групах було застосовано консервативний та хірургічний методи лікування альвеоліту щелеп. Останній полягав в усуненні ймовірних причин розвитку альвеоліту щелеп, тобто у видаленні сторонніх тіл, кореня (апекса), розкладеного згустку, некротичних мас, зубного каменя, уламків коронки зуба, пломб, залишків гранульом, їжі; у разі потреби, робили кюретаж під місцевим знеболюванням.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Клінічними спостереженнями визначено позитивну динаміку, а саме, зниження інтенсивності больового симптому у хворих в процесі лікування (рис. 1).

На початку лікування больовий симптом в обох групах хворих склав 2,3 бала і зменшувався в основній групі вже з другого дня, у групі порівняння лише з третього дня. Водночас, больовий симптом зникав у всіх хворих основної групи на шосту, а у групі порівняння – лише на восьму доби.

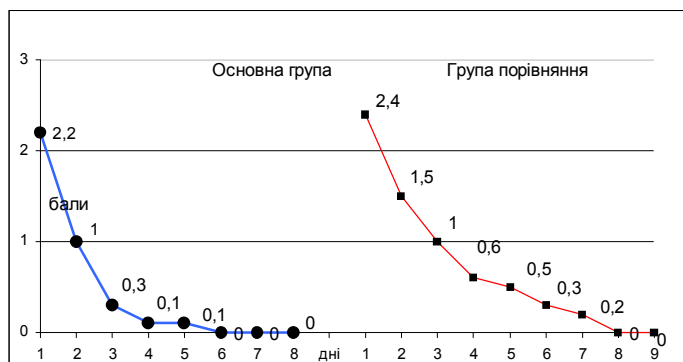


Рис. 1. Динаміка зниження інтенсивності болювого симптому в процесі лікування у хворих на альвеоліт щелеп в балах.

Динаміка змін стану слизової оболонки (набряк, гіперемія, некротизований ясенний край) навколо ямки у хворих двох груп представлено на рисунку 2. Зменшення запальних явищ у слизовій оболонці навколо ямки зуба відбувалося швидше в основній групі. На четвертий день лікування запальні явища були менше 1 бала (набряк), у групі порівняння такі зміни наступили лише на шостий день. Контрольні огляди показали, що консервативне лікування флупетсалем сприяло збереженню як кров'яного згустку, так і його залишків у основній групі хворих.

Результати лікування хворих було оцінено за наступними показниками: очищення ямки від некротичних мас, кількість повторних відвідувань, число хворих, які одужали і стали до роботи. Зведені дані щодо результатів лікування показують, що очищення ямки від некротичних мас було у 95,3 % хворих основної групи через три доби, у групі порівняння – у 93,7 % хворих через п'ять діб, повне очищення ямки від некротичних мас настало на сьому добу в групі порівняння, в основній групі – на п'яту добу (табл. 1).

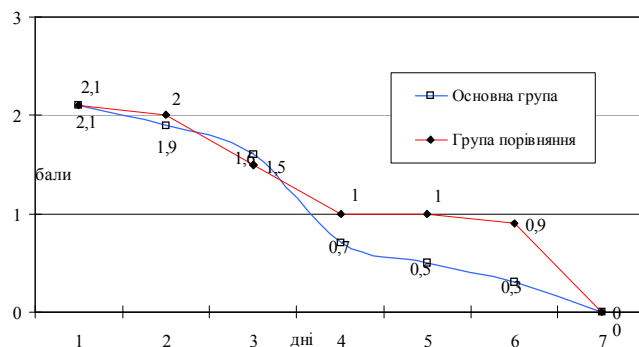


Рис. 2. Динаміка змін слизової оболонки навколо ямки у хворих на альвеоліт щелеп у процесі лікування в балах.

Таблиця 1. Результати лікування хворих на альвеоліт щелеп основної групи та групи порівняння, %

Доба спостереження		Очищення ямки від некротичних мас		Число хворих, які одужали		Кількість відвідувань	
		О	П	О	П	О	П
1-й день	абс.	18	0	0	0	85	32
	%	21,17	0	0	0	100	100
2-й день	абс.	46	5	0	0	81	23
	%	54,11	15,62	0	0	95,29	71,80
3-й день	абс.	17	10	10	4	47	15
	%	20,01	31,25	11,77	12,50	55,29	46,87
4-й день	абс.	4	10	24	9	41	18
	%	4,71	31,25	28,23	28,13	48,23	56,25
5-й день	абс.	0	5	25	5	34	10
	%	0	15,62	29,41	15,62	40,0	31,25
6-й день	абс.	0	2	15	5	18	9
	%	0	6,26	17,65	15,62	21,17	28,12
7-й день	абс.	0	0	7	4	7	5
	%	0	0	8,23	12,50	8,23	15,62
8-й день	абс.	0	0	4	2	4	4
	%	0	0	4,71	6,25	4,71	12,50
10-й день	абс.	0	0	0	3	0	3
	%	0	0	0	9,38	0	9,38

Примітки: 1) О – основна група; 2) П – група порівняння.

Кількість відвідувань хворими у групі порівняння була більшою. Число хворих основної групи, які закінчили лікування від третьої до шостої доби, склало 74 (87 %) випадків, на сьому–восьму доби – 11 (13 %) випадків. У групі порівняння число хворих, які закінчили лікування та стали до роботи від третьої до шостої діб, склало 23 (71,9 %) випадків, на сьому–десяту доби становило 9 (28,1 %) випадків. Отже, швидше одужали хворі основної групи (табл. 1).

Таким чином, проведене лікування показало, що місцеві ознаки загоєння ямки відбулося швидше: в основній групі – на п'яту добу, у групі порівняння – на сьому добу. Кількість звернень та число хворих, які закінчили лікування і стали до роботи, були меншими в основній групі хворих. Число втрати днів працездатності від трьох до восьми в групі порівняння було 29 осіб (90 %), у основній групі всі хворі одужали за вісім діб.

За період лікування та час спостереження за хворими основної групи ми не виявили жодних місцевих чи загальних ускладнень, пов'язаних із використанням флупетсалу.

ВИСНОВКИ 1. Динаміка больового симптому, очищення ямки від некротичних мас в хворих у процесі лікування показали, що в основній групі біль тривав до другої доби, у групі порівняння – до третьої доби, больовий симптом зникав у всіх хворих основної групи до п'ятої доби, у групі порівняння – на сьому добу. Очищення ямки від некротичних мас було у 95,3 % хворих основної групи через три доби, у групі порівняння – у 93,7 % хворих на п'яту добу. Запальні зміни слизової оболонки навколо ямки зуба в основній групі через три доби зменшилися до одного бала (набряк), у групі порівняння такі зміни наступили на п'яту добу.

2. Непрацездатними в основній групі від третьої до шостої діб були 87,1 % хворих, на восьму добу всі хворі одужали, у групі порівняння були непрацездатними від третьої до сьомої діб 84,4 % хворих, на десяту добу одужали всі хворі.

3. Запропонована методика використання флупетсалу при лікуванні альвеоліту щелеп була більш ефективною порівняно з традиційним лікуванням.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев – Киев, 2004. – 1061 с.
2. Маланчук Д. В. Частота встречаемости альвеолита после удаления зубов по поводу хронического периодонтита / Д. В. Маланчук, В. П. Блинова, В. А. Грохотов // Збірник наукових праць інституту стоматології КМАПО ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2004. – Вип. № 1. – С. 47–49.
3. Дьерд Сабо. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области / Дьерд Сабо. – Киев : Книга плюс, 2005. – 305 с.
4. Антоненко А. И. Частота удаления зубов по поводу осложненного кариеса и пародонтита / А. И. Антоненко, С. М. Бобик, В. Н. Маренченко // Вісник стоматології. – 2009. – № 2. – С. 49–51.
5. Дмитриева А. А. Операция удаления зуба и метные осложнения у пациентов старших возрастных групп / А. А. Дмитриева // Стоматология. – 2008. – № 1. – С. 118–119.
6. Ахмедова В. Д. Частота патологии прорезывания нижних третьих моляров / В. Д. Ахмедова, Э. В. Стрюк // Інноваційні технології – в стоматологічну практику : III (X) з'їзд Асоціації стоматологів України, 16–18 жовт. 2008 р. : тези доп. – Полтава, 2008. – С. 279.
7. Bucci E. Postextraction alveolitis (review) / E. Bucci // Minerva Stomatol. – 2006. – Vol. 55, № 1. – P. 98–105.
8. Agerholm D. Reasons for extraction by dental practitioners in England and Wales: a comparison with 1986 and variations between regions / D. Agerholm // J. Dent. – 2001. – Vol. 29(4). – P. 237–241.
9. Попович Т. В. Осложнения операции зуба. 1. Альвеолит (причины, диагностика, лечение и профилактика) / Т. В. Попович // Стоматология. – 1990. – № 4. – С. 81–83.
10. Григоров С. М. Нове покоління антибактеріальних препаратів у лікуванні гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої області (клініко-морфологічне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 "Стоматологія" / С. М. Григоров. – Полтава, 2004. – 18 с.

Отримано 12.02.13