

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ОЗНАК ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ АЛЬВЕОЛІТІВ

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ОЗНАК ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ АЛЬВЕОЛІТІВ – В статті проведено аналіз рентгенологічних ознак хронічних періодонтитів у 130 пацієнтів із можливістю розвитку постекстракційних альвеолітів. Встановлено, що деструктивні зміни тканин періодонтиту значно впливають на можливість виникнення і розвитку постекстракційних альвеолітів. Найбільшу імовірність виникнення постекстракційних альвеолітів становлять відсутність капсули, порушення цілості контурів контактного шару альвеоли, деформація верхівки кореня зуба.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ АЛЬВЕОЛИТОВ – В статье проведено анализ рентгенологических признаков хронических периодонтитов у 130 пациентов с возможностью развития постэкстракционных альвеолитов. Установлено, что деструктивные изменения тканей периодонтита значительно влияют на возможность возникновения и развития постэкстракционных альвеолитов. Наиболее вероятностью возникновения постэкстракционных альвеолитов составляют отсутствие капсулы, нарушения целостности контуров контактного слоя альвеолы, деформация верхушки корня зуба.

PROGNOSTIC CRITERIA FOR RADIOLOGICAL SIGNS OF CHRONIC PERIODONTITIS IN THE PATHOGENESIS OF POSTEXTRACTION ALVEOLITIS – Analysis of radiological signs of chronic periodontitis in 130 patients on the possibility of postextraction alveolitis was conducted in this article. Found that destructive periodontal tissue changes significantly affect the possibility of the emergence and development postextraction alveolitis. The greatest probability of postextraction alveolitis is no capsule violation safe circuits alveoli contact layer, deformation apex of the tooth root.

Ключові слова: хронічний періодонтит, постекстракційний альвеоліт, періодонтальна щілина, кістковомозкова порожнина, капсула.

Ключевые слова: хронический периодонтит, постэкстракционный альвеолит, периодонтальная щель, костномозговая полость, капсула.

Key words: chronic periodontitis, postextraction alveolitis, periodontal cracks bone-cerebral cavity, capsule.

ВСТУП Найчастішою операцією, яку проводять в медичній практиці, є операція видалення зуба [1].

Операція втручання, спрямована на видалення зуба, вимагає виконання загальних принципів, невід’ємних при проведенні операції в інших ділянках людського тіла. Хибною є думка тих, хто вважає операцію видалення зуба простим втручанням, яке не потребує особливих навичок і знань прийомів місцевого і загально-го характеру [1, 2].

За даними різних авторів, операцію видалення зуба проводять у середньому в 40–45 % пацієнтів від кількості усіх первинних стоматологічних хворих [1, 2].

Як свідчать дані літератури, вторинні кровотечі спостерігають у 16 %, альвеоліти – у 8,8 %, атрофію альвеолярного відростка – у 72,2 % [1, 7]. Вказані ускладнення, як правило, пов’язані з розвитком запального процесу в ранні строки після видалення [4, 11].

Тривалість лікування пацієнтів із постекстракційними альвеолітами мала прямий зв’язок з інтенсивністю клінічних проявів і морфологічними змінами у навколо верхівковому просторі [10, 12]

Пошук нових під час складних та вартісних методів лікування і профілактики альвеолітів проводять без урахування вищезазначених факторів місцевого і загального характеру [1, 9, 11]. Не дивлячись на багаточисленні роботи вітчизняних і зарубіжних авторів, які займалися вдосконаленням існуючих і розробкою нових методів лікування альвеолітів [2, 5], а також профілактикою [3, 6], проблема постекстракційних ускладнень залишається не вирішеною і актуальною.

Метою дослідження стало дослідити вплив рентгенологічних ознак хронічних періодонтитів на можливість виникнення постекстракційних альвеолітів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ У 130 пацієнтів з різними рентгенологічними ознаками хронічних періодонтитів проводили аналіз наявності постекстракційних альвеолітів. Статистичну обробку проводили за критеріями χ^2 з поправкою Йейтса [9]. При наявності альвеолітів аналізували характер ознак хронічних періодонтитів видалених зубів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ І ОБГОВОРЕННЯ

У результаті аналізу в 130 пацієнтів з хронічним періодонтитом виявлено (табл. 1) нечіткість контурів періодонтальної щілини у 71 пацієнта, що свідчить про деструктивні процеси. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=57,7$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 54,62 %.

Пряме сполучення кістковомозкової порожнини альвеоли з періодонтом було у 77 пацієнтів, це відбувається через те, що грануляційна тканина, заміщуючи періодонт, руйнує компактний шар альвеоли. Конттури періодонтальної щілини розчиняються у вогнищі кісткового подразнення. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=71,5$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 59,23 %.

Відсутність капсули встановлено у 112 пацієнтів. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=63,1$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 86,15 %.

Конттури вогнища нечіткі, змазані, відсутність стабілізації рентгенологічного встановлення у 94 пацієнтів, що свідчить про активність запального процесу, значних виділень токсинів і цитотоксинів з інтоксикацією організму. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=54,5$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 72,3 %.

Цілість контурів компактного шару альвеоли виявлено у 112 пацієнтів. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=81,5$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 86,15 %. Наявність множинних плямоподібних виступів, що

нагадують "півнячий гребінець", встановлено у 70 пацієнтів. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=56,9$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 53,84 %.

Особливо часто піддається зміні шар цементу, що покриває корінь зуба. В результаті цього верхівка кореня деформується і приймає атиповий вигляд у 84 пацієнтів. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=50,8$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 64,61 %. Новоутворення або розсмоктування цементу встановлено у 65 пацієнтів. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=71,5$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 50 %. Нашарування на верхівкову частину корення, гіпертрофованого

шару цементу, який надає йому колбоподібної форми, виявлено у 56 пацієнтів, що свідчить про активність запального процесу у вогнищі. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=59,5$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 43,1 %.

Повне чи часткове розсмоктування верхівки кореня спостерігали у 78 пацієнтів. Утворена при цьому форма кореня нагадує інколи картину після резекції верхівки кореня. Збіг наявності симптому і виникнення постекстракційного альвеоліту склав ($\mu=63,1$). Ймовірність виникнення альвеоліту становить 60 %.

$\mu = ((\text{кількість пацієнтів з рентгенологічними ознаками і альвеолітом}) + (\text{кількість пацієнтів без рентгенологічних ознак і альвеоліту}) / \text{кількість обстежених}) * 100$.

Таблиця 1. Аналіз виникнення альвеолітів у пацієнтів з хронічним періодонтитом (n=130)

Рентгенологічна ознака	Виявлено у пацієнтів	Альвеоліт виявлено у	Збіг наявності рентгенологічних ознак і альвеоліту (μ)	Ймовірність виникнення альвеоліту, %
Нечіткість контурів періодонтальної щілини	71	52	57,7	54,62
Пряме сполучення місткомозкових порожнин, альвеоли з періодонтом	77	64	71,5	59,23
Відсутність капсули	112	76	63,1	86,15
Контури вогнища нечіткі, змазані, відсутність стабілізації	94	64	54,5	72,3
Порушення цілості контурів контактного шару альвеоли	112	88	81,5	86,15
Множинні вогнища плямоподібних виступів ("півнячі гребінці")	70	51	56,9	53,84
Верхівка кореня деформована, атиповий вигляд	84	54	50,8	64,61
Розсмоктування цементу (не утримує інфекцію і токсини)	65	58	71,5	50
Гіпертрофований прошарок цементу наростає на верхівку (колба)	56	45	58,5	43,1
Розсмоктування кореня по горизонталі (як після резекції)	78	59	63,1	60

ВИСНОВКИ 1. Наявність рентгенологічних показників хронічного періодонтиту є передумовою розвитку постекстракційних альвеолітів.

2. Серед рентгенологічних показників хронічного періодонтиту найбільшу ймовірність виникнення альвеоліту становлять відсутність капсули (86,15 %), порушення цілості контурів контактного шару альвеоли (86,15 %), верхівка кореня деформована, атиповий вигляд (64,61 %).

3. Наявність прогностичних ознак розвитку постекстракційного альвеоліту дає можливість лікарю проводити випереджувальну терапевтичну тактику.

Перспективи подальших досліджень Надалі планується провести вплив загального стану організму на кратерні виникнення постекстракційних альвеолітів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Оценка эффективности лечебно-профилактической повязки используемой при удалении зуба / С. Г. Безруков [и соав.] // Другий український міжнародний конгрес. – 2006. – С. 184–187.
2. Эффективность применения гемостатической губки с анбеном и димексидом при лечении альвеолитов / Г. П. Бернадская [и соав.] // в сб. Тезисы докладов научно-практической конференции стоматологов Киевской области. – Белая Церковь, 1989. – С. 28.
3. Сравнительная оценка некоторых методов количествен-

ного определения лизоцима / Х. Я. Грант [и соав.] // Лаб. дело. – 1983. – № 5. – С. 300.

4. Груздев Н. А. Острая одонтогенная инфекция / Н. А. Груздев. – Медицина, 1978 – С. 184.

5. Спосіб профілактики альвеолітів у хворих на цукровий діабет / В. П. Пюрик [і співав.] : матер. Міжнародної науково-практичної конференції. – 2005. – С. 87.

6. Рабинович А. С. Хроническая очаговая инфекция полости рта / А. С. Рабинович. – Медгиз, 1960. – С. 165.

7. Спосіб профілактики кровотечі після видалення зуба / А. М. Стецюк [і співав.] : матер. Міжнародної науково-практичної конференції. – Ів.-Франківськ, 2005. – С. 93.

8. Черкашин С. І. Патогенез, диагностика, прогнозирование и лечение хронических состояний при периапикальной очаговой инфекции : дисс. ... д. мед. наук / С. І. Черкашин. – Тернопіль, 1991.

9. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц; пер. с англ. – М. : Практика, 1998. – 459 с.

10. Иванченко О. Н. Клинико-микробиологический сравнительный анализ антисептических препаратов и кальций-содержащих материалов в комплексном лечении хронического периодонтита : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук / О. Н. Иванченко. – Москва, 2008. – 28 с.

11. Allison A. C. Present concepts on mechanisms of autoimmunity // Allergy and clinical immunology / A. C. Allison. – Amsterdam; Oxford, 1974. – P. 49–53. (Intern. Oongr. Ser; N 414).

12. Reili C. S. Анестезия в стоматологии : руководство по анестезии / С. S. Reili; с англ. под. ред. А. Р. Эйткенхеда, Г. Смита; пер. – М. : Медицина, 1999. – С. 293–307.

Отримано 25.04.13