

Moskva. 2004:38-39.

9. **Vyazmin A.J.** Diagnostika i kompleksnoe lechenie sindroma disfunktsii visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Diagnosis and treatment of the syndrome complex dysfunction of the temporomandibular joint] Abstract of dissertation on the competition of scientific degree of doctor of medical sciences. Irkutsk. 1999:47.

10. **Grinin V.M., Maksimovskiy Y.M.** Features of formulating a diagnosis in diseases of the temporomandibular joint. Stomatologiya. 1998;5:18-22.

11. **Grushin Y.V., Zavyalova M.Y.** Ratsionalnoe primenenie metodov luchevoy diagnostiki [Rational application of Radiology (algorithms)]. Almaaty. 1998:96.

12. **Dergilev A.P.** Optimizatsiya diagnostiki vnutrennikh narusheniy visochno-nizhnechelyustnogo sustava s pomoshch'yu magnitno-rezonansnoy tomografii [Optimizing the diagnosis of internal disorders of the temporomandibular joint x using magnetic resonance imaging]. Dissertation of candidate of medical sciences. Moskva. 1997:109.

13. **Dergilev A.P., Sysolyatin P.G., Ilyin A.A.** Magnetic resonance imaging of the temporomandibular joint. Vestnik rentgenologii i radiologii. 2000;5:44-48.

14. **Dergilev A.P., Sysolyatin P.G., Ilyin A.A.** Algoritm lychevoy diagnostiki zabolovaniy i povrezhdeniy visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Algorithm Radiology diseases and injuries of the temporomandibular joint] Trydu 7 Vserosiiskogo s'ezda stomatologov. Moskva. 2001:161-163.

15. **Dergilev A.P.** Artrotomografiya, kompyuternaya artromografiya i magnitno-rezonansnaya tomografiya visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Artrotomografiya, computer artrotomografiya and magnetic resonance imaging of the temporomandibular joint] Dissertation of doctor of medical sciences Moskva. 2001:249.

16. **Ivasenko P.I., Yakovlev V.M., Ignatiev Y.T.** [i dr.]. Displastikozavisimaya pathology TMJ. Stomatologiya. 2001;4:43-46.

Поступила 21.01.13



УДК 616.716.85-071

Н. С. Гутор к. мед. н.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»

ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИХ ДАНИХ У ХВОРИХ НА АЛЬВЕОЛІТ ЩЕЛЕП

У статті обґрунтована доцільність використання загальноклінічних даних хворих на альвеоліт щелеп (стать, вік, місце проживання, рід діяльності, пора року, анамнестичні дані, розміщення патологічного процесу, показники гігієнічного стану порожнини рота) на основі 6 - річних спостережень за 117 хворими м. Тернополя й області. Виділені найбільш важливі чинники, що сприяють розвитку альвеоліту щелеп. Рекомендовані профілактичні заходи.

Ключові слова: альвеоліт, фактори ризику розвитку альвеоліту, гігієнічний стан порожнини рота.

Н. С. Гутор

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского»

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АЛЬВЕОЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

В статье обоснована целесообразность использования общеклинических данных больных альвеолитом челюстей

(пол, возраст, место жительства, род деятельности, время года, анамнестические данные, размещения патологического процесса, показатели гигиенического состояния полости рта) на основании 6 - годовых наблюдений за 117 больными г.Тернополя и области. Выделены наиболее важные факторы, которые содействуют развитию альвеолита челюстей. Рекомендованы профилактические меры.

Ключевые слова: альвеолит, факторы риска развития альвеолита, гигиеническое состояние полости рта.

N. S. Hutor

Ternopil State Medical University
named by I.Ya. Horbachevsky

THE PROGNOSIS ASSESSMENT OF GENERAL CLINICAL RESULTS IN PATIENTS WITH ALVEOLITIS OF THE JAWS

ABSTRACT

Goal. General clinical study of the data that influenced the development of alveolitis of jaws.

Materials and methods. Were obtained from 117 outpatients cards dental patients with alveolitis of jaws (gender, age, residence, occupation, time of year, medical history, location pathological process indicators of oral hygiene) from Ternopil region. Depending of the treatment of alveolitis of jaws patients were divided into 2 groups: the main group of 85 patients who were treated using "Flupetsalyu", comparing group 32 patients treated by traditional methods using jodoform turundas. Recommended preventive measures.

Results and discussion. Highlighted the most important factors contributing to the development of alveolitis of jaws. Alveolitis of jaws developed more frequently in women and patients were of working age, urban residents, workers and employees, in the winter-spring period. Most alveolitis of jaws arose after traumatic tooth extraction in the mandible. Oral hygiene index before treatment in patients with alveolitis of jaws were unsatisfactory.

Conclusions. 1. The most common surgical care for women contacted 68 people (58,1 %) of working age.

2. In the territory of Ternopil region marked seasonality of the disease alveolitis of jaws more frequently in winter and spring.

3. Alveolitis of mandible was diagnosed in 61 (52,1 %) patients, of the upper jaw - in 56 (47,9 %) patients.

4. Most causes of alveolitis of jaws were: traumatic tooth extraction in 92 (78,6 %) patients, chronic infection in the periodontal pockets - in 57 (79,2 %).

5. Poor oral hygiene status in patients of group and comparison group.

Keywords: alveolitis, factors of risk of development of the alveolitis, hygienical state of cavity.

Вступ. Альвеоліт щелеп посідає значне місце серед ускладнень після операції видалення зуба. За даними авторів альвеоліт щелеп складає від 33,2 % до 35,0 % числа випадків усіх ускладнень після видалення зубів [1–7]. Вчені стверджують, що на верхній щелепі альвеоліт зустрічався в 24,2 % випадків, частіше виникав після видалення молярів та премолярів (72,5 %), значно менше іклів (10,2 %), різців (17,3 %). На нижній щелепі альвеоліт зустрічався у 75,8 % випадків, значно частіше виявлявся після видалення зубів мудрості (35,9 %), молярів (28,3 %), рідше премолярів (16,3 %), іклів (8,7 %), різців

(10,8 %) [8].

Виходячи із вищесказаного, **метою** нашого дослідження було вивчення загальноклінічних даних, що впливали на розвиток альвеоліту щелеп.

Матеріали і методи дослідження. У клінічних дослідженнях взяли участь 117 осіб віком 21-63 років, із них 68 жінок і 49 чоловіків. Вік обстежених – від 21 до 63 років. З них 32 хворих, які знаходились на амбулаторному лікуванні у державному закладі відділкової клінічної лікарні станції “Тернопіль” державно територіально галузевого об’єднання “Львівська Залізниця” протягом 2003-2006 рр., 85 хворих – у лікувально-консультативному центрі ТОВ “Десна”, ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського” протягом 2006-2009 рр.

Діагноз альвеоліт щелеп встановлювали згідно з класифікацією МКХ 10.3. Залежно від способу лікування альвеоліту щелеп хворих поділено на 2 групи: основна група 85 хворих, які лікувались із використанням „Флупетсалу“, група порівняння 32 хворих, які лікувались за традиційною методикою із використанням йодоформної турунди. Усі обстежені хворі були у працездатному віці. До даних груп увійшли хворі, які мали сановані зуби з приводу карієсу, його ускладнень, не мали супутніх соматичних захворювань. Умовою відбору було видалення одного зуба.

Розподіл хворих у групах за віком проводився згідно із рекомендаціями ВООЗ: в основній групі особи віком від 20 до 29 років становили, від 30 до 44 років – 26, від 45 до 59 років – 26, 60 років і більше – 6, у групі порівняння особи віком від 20 до 29 років становили 6, від 30 до 44 років – 18, від 45 до 59 років – 8. Розподіл у групах за статтю, місцем проживання, родом діяльності, порою року, анамнестичних даних, характеристик: розміщення патологічного процесу, тканин пародонта, гігієнічний стан порожнини рота у хворого на альвеоліт щелеп перед лікуванням.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз дослідження показав, що у основній групі перевагу мали жінки – 56 осіб (65,9 %), чоловіків було 29 осіб (34,1 %). У групі порівняння чоловіків було 20 осіб (62,5 %), жінок – 12 осіб (37,5 %) [9].

Хворих на альвеоліт щелеп розподілено за статтю наступним чином (рис. 1).

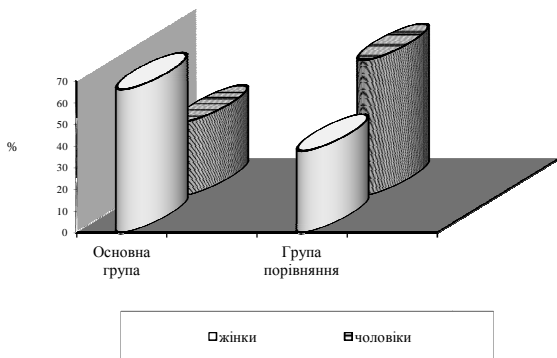


Рис. 1. Розподіл хворих на альвеоліт щелеп за статтю.

Проте, з подальшого аналізу хворих у групах за віком, які проводилися згідно із рекомендаціями ВО-

ОЗ: в основній групі особи віком від 20 до 29 років становили 27 (31,8 %), від 30 до 44 років – 26 (30,6 %), від 45 до 59 років – 26 (30,6 %), 60 років і більше – 6 (7,10 %), у групі порівняння особи віком від 20 до 29 років становили 6 (18,8 %), від 30 до 44 років – 18 (56,2 %), від 45 до 59 років – 8 (25,0 %) (рис. 2).

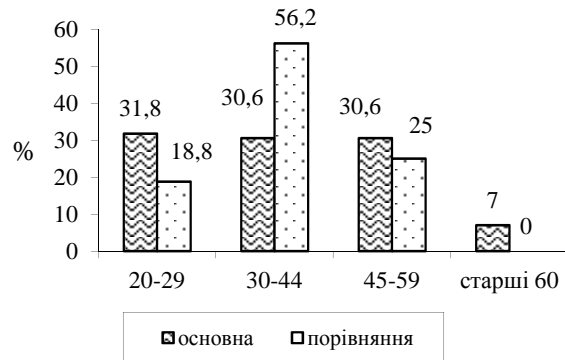


Рис. 2. Характеристика хворих на альвеоліт щелеп за віком.

Розглядаючи особливості перебігу захворювання у різних вікових групах, виявлено, що захворювання на альвеоліт щелеп частіше зустрічали у молодому віці – 33 (28,2 %), середньому – 44 (37,6 %) та зрілому – 34 (29,1 %) відповідно, пацієнтів похилого віку було лише 6 (5,1 %). Найбільшу групу склали пацієнти працездатного віку – 111 (94,9 %) від загальної кількості хворих.

Розподіл хворих за показником місця проживання показав, що найбільший відсоток захворювання на альвеоліт щелеп у жителів міст: в основній групі жителів міст було 76,5 %, сіл – 23,5 %, у групі порівняння – 68,8 % та – 31,2 %, відповідно. За даними двох груп (разом) встановлено, що мешканці міст хворіють на альвеоліт щелеп значно частіше, ніж сільські жителі (74,4 % та 25,6 % відповідно) (рис. 3).

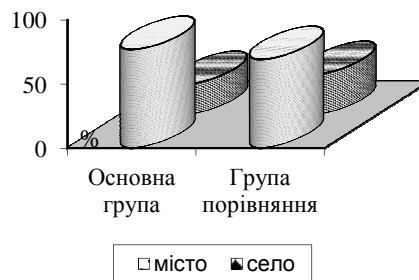


Рис. 3. Розподіл хворих на альвеоліт щелеп за місцем проживання.

Нами встановлено, що частіше хворіють робітники та службовці: в основній групі робітників було 72,9 %, службовців – 22,4 %, селян – 4,7 %, у групі порівняння робітників було 93,8 %, службовців – 6,2 % (рис. 4).

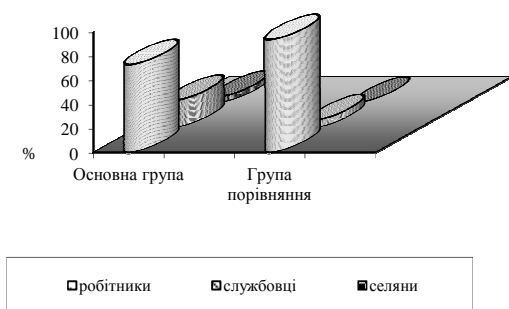


Рис. 4. Розподіл хворих на альвеоліт щелеп за родом діяльності.

Отримані дані свідчать, що вчасному відвідуванню лікаря-стоматолога-хірурга заважали тривалі відрадженьня.

Виникнення альвеоліту щелеп було пов'язане із порою року. Найбільше число випадків альвеоліту щелеп в обох групах було зареєстровано у зимово-весняний період – 98 (83,8 %), літньо-осінній – 19 (16,2 %), що можна пояснити зниженням реактивності організму (рис. 5).

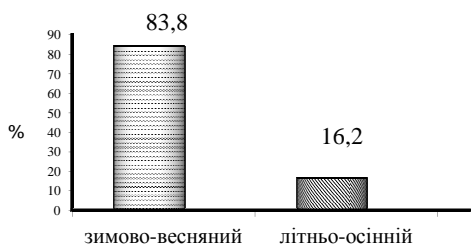


Рис. 5. Зв'язок виникнення альвеоліту щелеп із порою року.

Виникнення альвеоліту щелеп, вірогідно, пов'язане із певним впливом пори року.

Крім того, проаналізовано причини виникнення альвеоліту щелеп за даними анамнезу (рис. 6).

З анамнезу захворювання виявлено, що у основній групі пацієнтів з травматичним видаленням зуба було 68 (80 %), з післяекстракційною кровотечею з лунки зуба – 7 (8,2 %), з неефективним знеболюванням – 4 (4,7 %), із відсутністю кров'яного згустку в лунці зуба у наступний день після операції видалення зуба («пуста лунка») – 6 (7,1 %). У групі порівняння травматичне видалення зуба було у 24 пацієнтів (75,0 %), післяекстракційна кровотеча з лунки зуба – у 2 (6,2 %), неефективне знеболювання – у 3 (9,4 %), відсутність кров'яного згустку в лунці зуба у наступний день після операції видалення зуба («пуста лунка») – у 3 (9,4 %) відповідно. Слід зазначити, що пацієнтам обох груп не були дані усні поради та рекомендації

лікарем-стоматологом-хірургом щодо догляду за післяекстракційною лункою зуба.

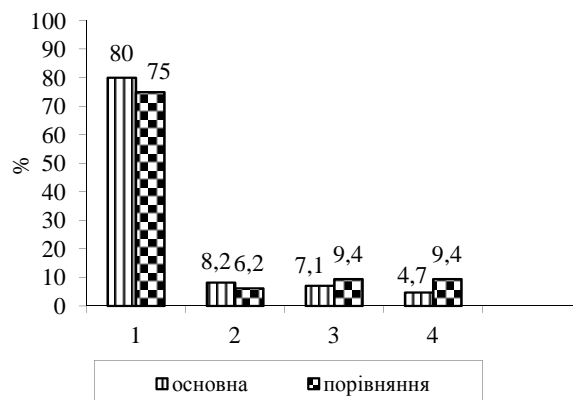


Рис. 6. Причини виникнення альвеоліту щелеп із анамнестичних даних:

- 1 травматичне видалення зуба,
- 2 післяекстракційна кровотеча із лунки зуба,
- 3 відсутність кров'яного згустку в лунці зуба у наступний день після операції видалення зуба,
- 4 неефективне знеболювання.

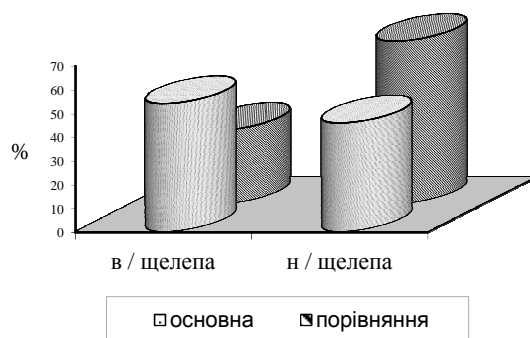


Рис. 7. Порівняльна характеристика розміщення патологічного процесу у хворих на альвеоліт щелеп.

Вбачали за необхідне провести порівняльну характеристику локалізації патологічного процесу у щелепах 117 хворих на альвеоліт щелеп (рис. 7).

Альвеоліт щелеп діагностовано на нижній щелепі у 61 хворого (52,1 %), на верхній щелепі у 56 осіб (47,9 %). В основній групі пацієнтів найчастіше спостерігалось ураження на верхній щелепі у 46 (54,1 %) хворих, на нижній щелепі – у 39 (45,9 %) осіб. У групі порівняння більший відсоток ураження локалізувався на нижній щелепі – у 22 (68,7 %) хворих, на верхній щелепі – у 10 (31,3 %). У основній групі переважали зруйновані зуби, розміщені на верхній щелепі (премолляри, моляри). У групі порівняння видалювалися зуби, розміщені на нижній щелепі (треті моляри), ретиновані, періодонтитні із значним руйнуванням коронкової частини зуба. В результаті проведених досліджень встановлено, що середня кількість зубів на момент первинного огляду у основній групі була (25,36±0,56) достовірною (p<0,05) різниці показників щодо групи порівняння (28,59±0,57). Результати дослідження стану тканин пародонту та гігієни у хворих на альвеоліт перед лікуванням наведено у табл.

Таблиця

Показники гігієнічного стану порожнини рота у хворих на альвеоліт щелеп перед лікуванням, (M±m)

Гігієнічний індекс	Групи хворих	
	основна група (n=85)	група порівняння (n=32)
ОHI-S Green-Vermillion	1,42±0,05	1,53±0,08
Федорова-Володкіна	2,91±0,12	3,0±0,17

Гігієнічні індекси порожнини рота перед лікуванням хворих на альвеоліт щелеп суттєво не відрізнялися. Результати дослідження показали незадовільний гігієнічний стан порожнини рота у хворих двох груп [10].

Висновки. 1. Частіше за хірургічною допомогою звертались жінки 68 осіб (58,1 %) працездатного віку.

2. На території Тернопільської області відмічено сезонність захворювання на альвеоліт щелеп, частіше у зимово-весняний період.

3. Альвеоліт нижньої щелепи діагностовано у 61 (52,1 %) хворого, верхньої щелепи – у 56 (47,9 %) хворих.

5. Найчастіше причинами розвитку альвеоліту щелеп було: травматичне видалення зуба у 92 (78,6 %) осіб; хронічні вогнища інфекції в періодонті – у 57 (79,2 %).

5. Незадовільний гігієнічний стан порожнини рота у хворих основної групи та групи порівняння.

Перспективи подальшого дослідження. Наступним етапом наших досліджень буде порівняння ефективності лікування в групах хворих на альвеоліт щелеп.

Список літератури

1. **Свдодимов А. И.** Хирургическая стоматология / А. И. Свдодимов, Г. А. Васильев — Москва : Медицина. — 1986. — 482 с.
2. **Бернадский Ю. И.** Основы челюстно-лицевой хирургии. / Ю. И. Бернадский. — Витебск, 1998. — 345 с.
3. **Aupois R.** Postextraction alveolitis / R. Aupois // Inf. Dent. — 2006. — Vol. 88, № 19. — P. 29 — 32.
4. **Павлов Б. Л.** Частота альвеолита после операции удаления зуба / Б. Л. Павлов, Т. Г. Гапаненко // Стоматология. — 1990. — Т. — 69. — № 5. — С. 81 — 82.
5. **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.
6. **Тимофеев А. А.** Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев — Киев, 2004. — 1061 с.
7. **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.
8. **Дмитриева А. А.** Частота операции удаления зуба в зависимости от возраста больного и места зуба в формуле / А. А. Дмитриева, Н. М. Игнатенко // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. — 2001. — № 4. — С. 128 — 130.
9. **Гутор Н. С.** Клінічна характеристика хворих на альвеоліт щелеп / Н. С. Гутор, О. В. Авдєєв // Новини стоматології. — 2009. — № 4. — С. 39 — 41.
10. **Гутор Н. С.** Оптимізація профілактики альвеолітів щелеп / Н. С. Гутор, О. В. Авдєєв, Р. М. Рубас // Стоматологія-вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку : ювіл. міжн. наук.-практ. конф., 5-6 лютого 2009 р. : тези конф. — Івано-Франківськ, 2009. — С. 159.

REFERENCES

1. **Evdokimov A.I., Vasilev G.A.** Khirurgicheskaya stomatologiya [Surgical Dentistry]. Moscow, Medicine; 1986: 482.
2. **Bernadskiy Y.U.** Osnovi chelyustno-litsevoy khirurgii [Fundamentals of maxillo-facial surgery]. Vitebsk, 1998: 345.
3. **Aupois R.** Postextraction alveolitis, Inf. Dent 2006; 88 (19): 29-32.
4. **Pavlov B.L., Gapanenko T.G.** Frequency of alveolitis after tooth extraction. Stomatologiya. 1990; 69 (5): 81-82.
5. **Antonenko A.I., Bobik S.M., Marenchenko V.N.** Frequency of teeth extration about complicated caries and periodontitis. Visnik stomatologii. 2009; 2: 49-51.
6. **Timofeev A.A.** Rukovodstvo po chelyustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii [Guide to maxillo-facial surgery and surgical dentistry]. Kiev, 2004: 1061.
7. **Malanchuk D.V., Blinova V.P., Grokhotov V.A.** Chastota vstrechaemosti alveolita posle udaleniya zubov po povodu khronicheskogo periodontita [Frequency of alveolitis occurrence after teeth extraction on the occasion of chronic periodontitis]. Zbirnik naukovikh prats institutu stomatologii KMAPO im. P.L Shupika. Kyiv, 2004; 1: 47-49.
8. **Dmitrieva A.A., Ignatenko N.M.** Chastota operatsii udaleniya zuba v zavisimosti ot vozrasta bolnogo i mesta zuba v formulе [Frequency of tooth extraction surgery depending on the age of the patient and the tooth space formula]. Voprosi eksperimentalnoy i klinicheskoy stomatologii. 2001; 4: 128-130.
9. **Gutor N.S., Avdeev O.V.** Clinical characteristics of patients with alveolitis of the jaws. Novini stomatologii. 2009; 4: 39 - 41.
10. **Gutor N.S., Avdeev O.V., Rubas R.M.** Optimizatsiya profilaktiki alveolitiv shchelep [Optimization of jaws alveolitis prevention]. Stomatologiya-vchora, sododni i zavtra, perspektivni napryamki rozvitku: yuvil. mizh.nauk.-prakt.konf., 5-6 lutogo 2009: tezi konf. - Ivano-Frankivsk, 2009; 159.

Надійшла 16.04.13

УДК: 616.314.18-0024+616-071.3-08

С. Г. Безруков, д. мед. н., Т. С. Саенко

ГУ «КГМУ им. С. И. Георгиевского»

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ I – II СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ИНЪЕКЦИОННОЙ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Динамика антропометрических показателей у больных генерализованным пародонтитом I – II степени подтверждает эффективность инъекционного применения остеопластических материалов (на примере PRP и Биомина ГТЛС) в комплексном лечении этой патологии. Наиболее выраженная локальная аугментация отмечена во 2-й основной группе, где были достоверные различия показателей объема альвеолярной кости уже к 30-ти дневному сроку наблюдений ($P_1 < 0,05$), затем они продолжили свой рост к 3, 6 12 месяцам ($P_1 < 0,05$, $P_2 < 0,05$, $P_3 < 0,05$). На наш взгляд, положительный остеопластический лечебный эффект, выявленный у пациентов в этой группе обусловлен взаимодействием свойствами PRP-геля и препарата Биомин ГТЛС, которые в сумме демонстрируют остеиндуктивные и ос