

УДК 616.314-089-06:616.716.85

© А. Є. ДЕМКОВИЧ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Аналіз постекстракційних ускладнень у хірургічній стоматології

A. YE. DEMKOVYCH

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

AN ANALYSIS OF POSTEXTRACTIONS COMPLICATIONS IN SURGICAL DENTISTRY

У статті розглянуто результати і частоту виникнення постекстракційних ускладнень. Вказано на необхідність подальших досліджень з метою їх запобігання, пошуку нових засобів для ефективного лікування.

Results and frequency of postextractions complications are considered in this article. It is indicated on the necessity of subsequent researches with the purpose of their prevention, search of new facilities of effective treatment.

Операція видалення зуба є найрозповсюдженішою на амбулаторному хірургічному прийомі і складає 82,2–91,0 % від усіх маніпуляцій [1].

За даними різних авторів, екстракція зуба проводиться в середньому у 40,0–45,0 % пацієнтів від кількості усіх первинних стоматологічних хворих [1, 2].

Як свідчать дані літератури, вторинні кровотечі спостерігаються у 16,0 %, альвеоліти – у 8,8 %, атрофія альвеолярного відростка – у 72,2 % [1]. Вказані ускладнення, як правило, пов'язані з розвитком запального процесу в ранні строки після видалення зуба [4].

Незважаючи на численні 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 невирішеною і актуальною.

Автори досліджень при лікуванні і профілактиці не враховували місцеві чинники виникнення постекстракційних ускладнень (активність періапикальних вогнищ, наявність хроніосепсису), загальну і місцеву щільність кісткової тканини, антиоксидантну активність слини, концентрацію сечовини, мікроелементів та імуноглобулінів у слині, які нерідко є важливими факторами регенерації кісткової тканини щелеп.

Мета роботи: провести аналіз частоти постекстракційних ускладнень, клінічних особливостей альвеолітів (характер і динаміка болю), строків непрацездатності, їх матеріальних і фінансових зат-

рат, а також визначити шляхи подальших досліджень для вдосконалення існуючих методів лікування і пошуку нових.

Обстежено і проліковано 44 пацієнти з постекстракційними ускладненнями (альвеоліт). Вік хворих склав від 46 до 71 року. При об'єктивному обстеженні пацієнтів із постекстракційними ускладненнями (альвеоліт) враховували наявність і час виникнення гіперемії, болю при пальпації, набряку слизової, наявність або відсутність кров'яного згустка, неприємного запаху з рота, наявність підвищеної температури тіла, загальний стан пацієнта.

Операція видалення зуба проводилась традиційним методом, а загоєння лунки відбувалося під згустком крові без попередньої санації порожнини рота.

Лікування альвеолітів здійснювали традиційним методом (кюретаж лунки, промивання асептичними засобами, тампонада лунки йодоформною марлею).

Лікування амбулаторно проведено в 11 пацієнтів, стаціонарно – у 33 пацієнтів.

Як свідчить аналіз проведеного дослідження, альвеоліт після видалення зубів на нижчій щелепі був у 31 пацієнта, на верхній щелепі – у 13 хворих. Видалення зубів із приводу періодонтиту в стадії загострення – у 28 пацієнтів, без загострення – у 5 хворих у зв'язку з неможливістю консервативного лікування. З приводу пародонтиту було видалено 5 зубів.

Аналіз клінічних даних свідчить, що помірний і виражений набряк, гіперемія слизової оболонки відмічалися на другий день після видалення у 33 пацієнтів (75 %), зберігалися на 3-й день у 22 хворих (5 %). Самовільний помірний біль у ділянці ви-

даленого зуба мав місце у 17 пацієнтів (40 %). Біль при пальпації альвеолярного відростка в ділянці видаленого зуба зберігався протягом семи днів у 90 % пацієнтів.

Середня тривалість лікування склала вісім днів. При цьому максимальна тривалість лікування склала 16 днів, а мінімальна – 3 дні, що свідчить про значні матеріальні й фінансові витрати як для пацієнта, так і для лікувальної установи. Крім того, лікування 33-х пацієнтів, які перебували в стаціонарі, було пов'язано із звільненням від роботи, що спричиняло додаткові витрати сімейного бюджету і збитки на виробництві.

Таким чином, проведений аналіз постекстракційних ускладнень свідчить про високу частоту, тяжкий клінічний перебіг із втратою працездатності, матеріальними і фінансовими витратами і зниженням якості життя.

Частота постекстракційних ускладнень на нижній щелепі, на нашу думку, зумовлена анатомо-фізіологічними особливостями, а відсоток альвеолітів після видалення зубів у стадії загострення хронічних періодонтитів (63,2 %) свідчить про наявність інфекції, що, в свою чергу, потребує попередньої санації порожнини рота.

На нашу думку, для запобігання постекстракційним ускладненням або зменшення їх кількості необхідно проводити дослідження стану періапикального вогнища запалення, складу слини на наявність імуноглобулінів, дослідження мікрофлори, мікроелементів слини і вміст лейкоцитів у слині,

стану мінеральної щільності кісткової тканини, антиоксидантної активності слини.

При лікуванні постекстракційних ускладнень необхідно використовувати сучасні імуномодулятори місцевої дії, а також медикаментозні засоби, які володіють антимікробними властивостями і одночасно стимулюють процеси регенерації кісткової тканини і слизової оболонки.

Завданням наших подальших досліджень буде розробка засобів профілактики постекстракційних ускладнень і скорочення строків лікування альвеолітів із попереднім дослідженням мінеральної щільності кісткової тканини, мікрофлори, імуноглобулінів, мікроелементів і сечовини та антиоксидантної активності слини з використанням куріозину та остеопластичних матеріалів з урахуванням місцевих чинників у періапикальних тканинах.

Висновки. 1. Частота постекстракційних ускладнень свідчить про необхідність подальших досліджень і пошуку нових способів їх запобігання.

2. Тривалість лікування постекстракційних ускладнень свідчить про необхідність пошуку нових засобів у лікуванні альвеолітів.

3. Для запобігання постекстракційним ускладненням і скорочення строків лікування необхідно проводити дослідження якості слини на наявність мікрофлори, імуноглобулінів, мікроелементів і вмісту лейкоцитів.

4. Дослідження мінеральної щільності кісткової тканини і її корекцію треба проводити до лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безруков С. Г. Оценка эффективности лечебно-профилактической повязки, используемой при удалении зуба / С. Г. Безруков // Другий український міжнародний конгрес. – 2006. – С. 184–187.
2. Бернадская Г. П. Эффективность применения гемостатической губки с анбеном и димексидом при лечении альвеолитов / Г. П. Бернадская // В сборнике: “Тезисы докладов научно-практической конференции стоматологов Киевской области”. – Белая Церковь, 1989. – С. 28.
3. Груздев Н. А. Острая одонтогенная инфекция / Н. А. Груздев. – М. : Медицина, 1978. – 184 с.
4. Пюрик В. П. Спосіб профілактики альвеолітів у хворих на цукровий діабет / В. П. Пюрик // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – 2005. – С. 87.
5. Стецюк А. М. Спосіб профілактики кровотечі після видалення зуба / А. М. Стецюк // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – Івано-Франківськ, 2005. – С. 93.
6. Чумаченко О. В. Активізація відновлювальних процесів в щелепних кістках при запальних захворюваннях / О. В. Чумаченко // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – 2005. – С. 98.
7. Reili C. S. Анестезия в стоматологии : руководство по анестезиологии / С. S. Reili ; [пер. с англ. / под. ред. А. Р. Эйткенхеда, Г. Смита]. – М. : Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 293–307.
8. Matthews R. An evaluation of dextranomer granules as a new method treatment of alveolar osteitis / R. Matthews // Brit. Dent. Journal – 1982. – № 5, 152. – P. 157–159.

Отримано 12.09.11