

А.А. Тимофеев, Е.И. Фесенко, Б. Беридзе, Л. Диасамидзе, Г. Раквишвилли

Особенности гигиены полости рта при профилактике воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: определить эффективность местного нестероидного противовоспалительного препарата «Тантум Верде®» у пострадавших с переломами нижней челюсти, оценить его эффективность для профилактики развития воспалительных осложнений.

Методы. Проведено клинично-лабораторное обследование 81-го больного с переломами нижней челюсти.

Результаты. На основании результатов обследования пациентов с переломами нижней челюсти было установлено, что анальгетическая, противовоспалительная и дезодорирующая эффективность местного нестероидного противовоспалительного препарата «Тантум Верде®» значительно превышает таковую по сравнению с традиционной терапией, а также имеет меньшее количество воспалительных осложнений.

Выводы. Применение местного нестероидного противовоспалительного препарата «Тантум Верде®» позволило значительно сократить количество воспалительных осложнений и уменьшить сроки лечения пациентов. Установлено, что препарат «Тантум Верде®» является эффективным обезболивающим и противовоспалительным медикаментозным средством, и его можно рекомендовать для лечения больных с переломами нижней челюсти.

Ключевые слова: боль, воспаление, перелом нижней челюсти, гингивит, воспалительные осложнения, нестероидные препараты, Тантум Верде®.

Введение

Переломы нижней челюсти занимают одно из ведущих мест среди переломов челюстно-лицевой области. Частота воспалительных осложнений при повреждениях нижней челюсти, по данным литературы, составляет от 20 до 40 % [1]. Воспалительные осложнения, которые возникают при переломах нижнечелюстной кости, вызывают не только временную, но и длительную утрату трудоспособности, а поскольку последними являются лица молодого и среднего возраста, т. е. наиболее трудоспособной части населения, то поэтому данная проблема приобретает значение не только как общемедицинская, но и как социально-экономическая.

Наиболее распространенным методом репозиции и фиксации отломков челюстных костей при переломе нижней челюсти является использование назубных металлических шин, которые крепятся на зубы с помощью лигатурной проволоки. Нижняя челюсть фиксируется в неподвижном положении за счет межчелюстной резиновой тяги. Все эти назубные металлические конструкции (назубные шины, лигатурная проволока) находятся в преддверии полости рта. Следует отметить, что любая конструкция назубных шин, используемых для фиксации отломков нижней челюсти (шины Тигерштедта, Васильева или др.), делает невозможными открывание рта и нормальный прием пищи.

Очистить металлические конструкции, находящиеся в полости рта пострадавшего, очень затруднительно. В полости рта появляется много дополнительных ретенционных пунктов, где могут задерживаться остатки пищи, которые являются средой для развития патогенной микрофлоры. Гигиена полости рта имеет большое значение для профилактики воспалительных осложнений при лечении больных с переломами нижней челюсти.

Индивидуальная гигиена полости рта у больных с переломами нижней челюстей не только способствует удалению остатков пищи и мягкого зубного налета, которые располагаются на шинирующей металлической

конструкции, лигатурной проволоке, зубах, деснах и резиновых тягах, но и является профилактикой для развития микробной флоры в преддверии полости рта. Отсутствие остатков пищи на назубных металлических конструкциях и патогенной микрофлоры дает возможность для более быстрого и благоприятного сращения костных фрагментов челюстей.

Таким образом, проведение гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта больных с переломами нижней челюсти является одним из важных факторов профилактики таких осложнений, как гингивит и развитие гнойно-воспалительного процесса в щели перелома поврежденной нижнечелюстной кости.

В челюстно-лицевом стационаре проводится не только врачебная гигиена полости рта пострадавшего, т. е. лечащий врач обучает больного проведению гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта, также пострадавший обязательно сам осуществляет индивидуальный гигиенический уход за металлическими конструкциями, находящимися у него в полости рта. Гигиенический уход заключается в тщательной очистке зубными щетками металлических шин, межзубной лигатуры, зубов и десен от остатков пищи. Традиционным методом врачебной гигиены полости рта при переломах челюстей является орошение (с помощью струи антисептика из шприца) дополнительных ретенционных пунктов растворами перекиси водорода, перманганата калия (бледно-розовым раствором), хлоргексидина, фурацилина и т. д. С помощью зубной щетки пострадавший очищает металлические шины, лигатуру, резиновые кольца и зубы от остатков пищи, а затем повторно проводит антисептическое орошение и промывание преддверия ротовой полости. Индивидуальная же гигиена проводится не только после каждого приема пищи, но и в промежутках между едой, а также перед сном.

Выбирая антимикробный препарат для гигиенического ухода за полостью рта, следует ориентироваться на профилактическую цель его использования, т. е. на

предупреждение развития патологических состояний слизистых оболочек полости рта. Пострадавшим с переломами нижней челюсти назначали нестероидный противовоспалительный препарат «Тантум Верде®», разрешенный к применению в Украине (приказ МЗ Украины № 1015 от 22.11.2010; регистрация в Украине № UA/3920/02/01).

Применяли препарат «Тантум Верде®» (Tantum Verde®), который выпускается в виде раствора в упаковке по 120 мл (рис. 1). Тантум Верде® – это 0,15 % *раствор для местного применения* в виде прозрачной жидкости зеленого цвета с характерным запахом мяты. В 1 мл раствора содержится 1,5 мг бензидамина гидрохлорид; *вспомогательные вещества*: этанол 96 %, глицерин, метилпара-гидроксибензоат (Е 218), ароматизатор (ментоловый), сахарин, гидрокарбонат натрия, полисорбат 20, хинолиновый желтый 70 % (Е104), патентованный синий V 85 % (Е131), очищенная вода.

Активное вещество бензидамин является нестероидным противовоспалительным средством (НПВП), которое обладает выраженным противовоспалительным и обезболивающим (анальгезирующим) действием. Его эффективность после местного применения обусловлена способностью проникать в эпителиальный слой и достигать эффективной концентрации в воспаленных тканях. Механизм действия бензидамина связан со стабилизацией клеточных мембран и ингибированием синтеза простагландинов. Антибактериальная активность действующего вещества проявляется за счет быстрого проникновения через внешние мембраны микроорганизмов с последующим повреждением клеточных структур, нарушением метаболических процессов и лизисом клетки. Бензидамин восстанавливает целостность эпителия слизистых оболочек, повышает его сопротивляемость патогенному воздействию. При местном использовании в указанных концентрациях бензидамин абсорбируется слизистой оболочкой, однако его концентрация в плазме крови настолько незначительна, что не может вызвать какой-либо фармакологический эффект. Бензидамин выводится из организма в основном с мочой в виде неактивных метаболитов или продуктов конъюгации.

Для полоскания полости рта использовали 15 мл (одна столовая ложка или мерный стаканчик с флакона) препарата «Тантум Верде®» (можно разбавить в 15 мл воды). Полоскание проводили 5–6 раз в день. После полоскания раствор необходимо выплюнуть! Его нельзя проглатывать! Нельзя превышать одноразовую рекомендованную дозу препарата.

Противопоказаниями являются: гиперчувствительность к препарату, беременность и кормление грудью. При использовании препарата в рекомендованных дозах побочных эффектов не наблюдали. При передозировке препарата возможны сухость во рту, сонливость, аллергические реакции.

Цель исследования – определить эффективность препарата «Тантум Верде®» для профилактики воспалительных осложнений в полости рта у больных при переломах нижнечелюстной кости.

Материал и методы обследования

Обследован 81 больной с переломами нижней челюсти, которым репозицию и фиксацию отломков нижнечелюстной кости проводили при помощи двухчелюстных металлических шин с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой. Всех пострадавших разделили на две обследуемые группы наблюдения: **основная группа** – 44 больных, у которых для профилактики воспалительных осложнений в полости рта использовали препарат «Тантум Верде®» в виде полоскания полости рта в течение 20–22-х дней, и **контрольная группа** – 37 больных

с общепринятым профилактическим полосканием полости рта фурацилином (полоскание проводят также в течение 20–22-х дней).

Больные с переломами нижней челюсти госпитализированы в стационар на 2–4-е сутки после полученной травмы. Обследование проводили в следующие сроки: на следующий день после репозиции и фиксации отломков челюстей, через 7 и 14 дней и при выписке пострадавших из отделения.

Всех больных при госпитализации в челюстно-лицевой стационар обследовали общеклинически, что включало: сбор анамнеза, выяснение характера жалоб, осмотр, клинические анализы крови.

В динамике обследования применяли **микробиологические методы** (определялись микрофлора и ее антибиотикочувствительность). Материал в ретромоларной области брали стандартным методом (с помощью стерильного ватного тампона), а материал из зубо-десневых карманов (для выявления банальной микрофлоры и грибов) – ложкой Фолькмана натошак. Собранный материал осторожно наносили на стерильное предметное стекло (материал нельзя растирать по стеклу, так как при этом могут повредиться нежные элементы гриба!). Осуществляли микроскопию неокрашенного и окрашенного по Романовскому-Гимзе нативного препарата. Посев отделяемого из зубо-десневого кармана переносили на питательную среду Сабуро с последующим посевом на специальные среды и идентификацией патогенного возбудителя.

Оценку эффективности использования гигиенических средств определяли по следующим индексам.

Для выявления наличия воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярных отростков брали **пробу Шиллера-Писарева**. Слизистую оболочку альвеолярных отростков обрабатывали раствором Люголя.



Рис. 1. Внешний вид препарата «Тантум Верде®» в упаковке.

Интенсивность окрашивания оценивали в баллах: 1 балл – окрашивания нет, 2 балла – слабое окрашивание, 3 балла – интенсивное окрашивание. Вычисляли среднее значение для показателей верхней и нижней челюстей.

Для объективизации пробы Шиллера-Писарева выражали в цифрах (баллах), оценивая окраску сосочков в 2 балла, окраску края десны в 4 балла и окраску альвеолярной десны в 8 баллов. Полученную общую сумму баллов затем делили на количество зубов, в области которых проведено исследование (обычно 6):

$$\text{Йодное число} = \frac{\text{сумма оценок каждого зуба}}{\text{кол-во обследованных зубов}}$$

Таким образом определяют цифровое значение пробы Шиллера-Писарева (**йодное число Свракова**) в баллах.

Оценка значений йодного числа Свракова:

- слабо выраженный процесс воспаления – до 2,3 балла;
 - умеренно выраженный процесс воспаления – 2,67–5,0 баллов;
 - интенсивный процесс воспаления – 5,33–8,0 баллов.
- Для оценки тяжести гингивита (а впоследствии и регистрации динамики процесса) использовали **папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)**.

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Masser и Schaer, 1949), позволяет судить о длительности и тяжести гингивита. Индекс может выражаться в абсолютных цифрах или в процентах (модифицирован в 1960 г. Parma). Оценку воспалительного процесса проводили следующим образом:

- воспаление десневого сосочка (Р) – 1 балл;
- воспаление маргинального края десны (М) – 2 балла;
- воспаление альвеолярной (прикрепленной) десны (А) – 3 балла.

Оценивали состояние десны возле каждого зуба. Индекс вычисляли по следующей формуле:

$$\text{индекс гингивита (РМА)} = \frac{\text{сумма показателей в баллах} \times 100}{3 \times \text{кол-во зубов у обследуемого}}$$

где 3 – коэффициент усреднения.

В норме индекс РМА равен 0. Чем больше цифровое значение индекса, тем выше интенсивность гингивита.

Оценочные критерии индекса РМА:

- до 25 % и менее – легкая степень тяжести гингивита;
- 25–50 % – средняя степень тяжести;
- выше 50 % – тяжелая степень.

Индекс гингивита ИГ предложен в 1967 г. Silness-Loe и характеризует выраженность воспалительного процесса десен. Исследуют состояние десны в области 16, 11, 24, 36, 31, 44-го зубов и оценивают по 4-балльной системе:

- 0 – воспаление отсутствует;
- 1 – легкое воспаление (небольшое изменение цвета);
- 2 – умеренное воспаление (гиперемия, отек, возможная гипертрофия);
- 3 – тяжелое воспаление (выраженная гиперемия).

$$\frac{\sum (\text{сумма}) \text{ возле 6-ти зубов}}{\text{ИГ} = 6}$$

Критерии оценки индекса:

- 0,1–1,0 – легкая степень гингивита;
- 1,1–2,0 – средняя степень гингивита;
- 2,1–3,0 – тяжелая степень гингивита.

Контактную термометрию проводили электротермометром ТПЭМ-1 с разрешающей способностью 0,2°С. Температуру слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти измеряли на определенных участках в зависимости от локализации перелома: в зоне повреждения

кости (в области щели перелома) и на симметричной (неповрежденной) здоровой стороне. Измерение контактной температуры проводили при госпитализации больных в стационар, в динамике лечения, а также при выписке пострадавших из челюстно-лицевого отделения. В основе контактной термометрии лежит не измерение абсолютных температур над патологическим очагом, а выявление разницы температуры на симметричных участках (ΔT). Контролем служила термоасимметрия (ΔT) на симметричных участках, выявленная у практически здоровых людей того же возраста и пола.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

Были проведены микробиологические обследования 40 больных основной группы, в контрольной группе наблюдения – 35-ти больных.

У всех 40 пострадавших основной группы и 35-ти больных контрольной группы наблюдения на 3–4-е сутки после репозиции отломков челюстей высеваны микроорганизмы, т. е. в 100 % случаев.

В основной группе наблюдения из зубо-десневых карманов (рис. 2-а) золотистый стафилококк высевался в 75,0 % (у 30 чел.), эпидермальный стафилококк – в 47,5 % (у 19 чел.) и гемолитический стрептококк – в 25,0 % случаев (у 10 чел.). Из 40 обследуемых основной группы у 25-ти пострадавших (в 62,5 %) высеяны монокультуры, а у 15 чел. (в 37,5 % случаев) – ассоциации микроорганизмов (по 2–3 микроба). У восьми из сорока обследуемых больных основной группы (в 20,0 % случаев) в зубо-десневых карманах был обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis*.

В ретромолярной области (рис. 2-б) у сорока обследуемых основной группы наблюдения золотистый стафилококк обнаружен в 70,0 % случаев (у 28 чел.), эпидермальный стафилококк – в 55,0 % (у 22 чел.) и гемолитический стрептококк – в 35,0 % случаев (у 14 чел.). Из 40 обследуемых монокультура обнаружена у 22 чел. (в 55,0 %), а ассоциации (по 2–3 микроба) у 18 чел. (в 45,0 % случаев). Грибковая флора не обнаружена.

В контрольной группе в зубо-десневых карманах (рис. 3-а) золотистый стафилококк обнаружен в 77,1 % (у 27 чел.), эпидермальный стафилококк – в 42,9 % (у

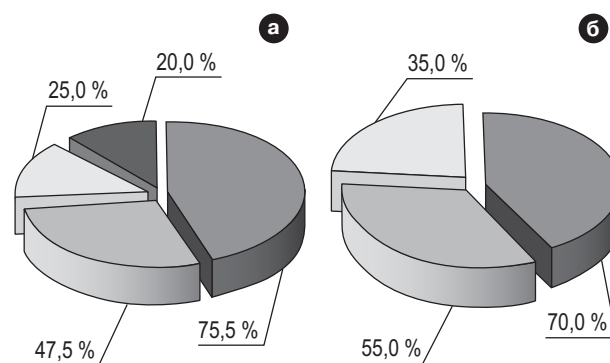


Рис. 2. Удельный вес отдельных видов микроорганизмов, выявленных в зубо-десневых карманах (а) и ретромолярной области (б) в основной группе наблюдения у больных с переломами нижней челюсти.

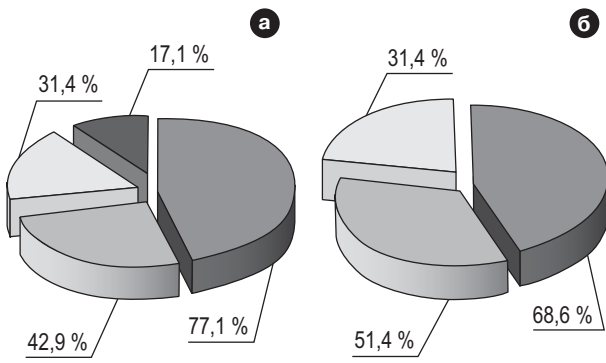


Рис. 3. Удельный вес отдельных видов микроорганизмов, выявленных в зубно-десневых карманах (а) и ретромолярной области (б) в контрольной группе наблюдения у больных с переломами нижней челюсти.

15 чел.) и гемолитический стрептококк – в 31,4 % случаев (у 11 чел.). Из 35-ти обследуемых контрольной группы наблюдения у 20 чел. (в 57,1 %) микрофлора выявлена в виде монокультуры, а у 15 чел. (в 42,9 %) – в виде ассоциаций (по 2–3 микроба). У 6 из 35-ти обследуемых больных контрольной группы (в 17,1 % случаев) перед операцией в зубно-десневых карманах был обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis* (у больных с интактными зубами грибковая флора не выявлена).

В ретромолярной области (рис. 3-б) у 24 из 35-ти обследуемых контрольной группы наблюдения золотистый стафилококк обнаружен в 68,6 %, эпидермальный стафилококк – в 51,4 % (у 18 чел.) и гемолитический стрептококк – в 31,4 % случаев (у 11 чел.). Монокультуры микроорганизмов обнаружены у 22 из 35-ти обследуемых (в 62,9 %), а в виде ассоциаций (по 2–3 микроба) – у 13 чел. (в 37,1 % случаев). Грибковый возбудитель в ретромолярной области не обнаружен.

Если сравнивать видовой состав обнаруженной микрофлоры в зависимости от обследуемой группы (основной или контрольной), то следует отметить, что он был практически одинаковым, т. е. достоверно не отличался в обследованных группах.

Монокультуры стафилококков проявляли чувствительность к аминогликозидным препаратам и в меньшей степени – к полусинтетическим пенициллинам и противостафилококковым антибиотикам резерва. Гемолитические стрептококки проявляли чувствительность к большинству из исследуемых антибиотиков, что не зависело от их ассоциативных связей.

При выписке обследуемых из стационара (на 24–26-е сутки) в основной и контрольной группах наблюдения повторно проведены микробиологические обследования.

В основной группе из зубно-десневых карманов золотистый стафилококк высевался в 7,5 % (у 3-х из сорока обследованных), эпидермальный стафилококк – в 2,5 % случаев (у 1 чел.) и гемолитический стрептококк не обнаружен. Перечисленные микроорганизмы обнаружены только в виде монокультуры. Грибковую микрофлору после полоскания полости рта препаратом «Тантум Верде®» при выписке пострадавших из отделения не обнаружили.

В ретромолярной области на 24–26-е сутки у 3-х из сорока обследуемых основной группы золотистый стафилококк обнаружен в 7,5 % случаев, эпидермальный стафилококк и гемолитический стрептококк не обнаружены. Микрофлора выявлена в виде монокультуры.

В контрольной группе наблюдения (при выписке обследуемых из стационара) после полоскания полости рта традиционными антисептиками в зубно-десневом кармане обнаружен золотистый стафилококк в 31,4 % (у 11 из 35-ти обследуемых), эпидермальный стафилококк – в 28,6 % (у 10 чел.) и гемолитический стрептококк – в 25,7 % случаев (у 9 чел.). У 5 из 35-ти обследуемых контрольной группы (в 14,3 % случаев) пострадавших с переломами нижней челюсти в зубно-десневых карманах был повторно обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis*. Микроорганизмы были выявлены как в виде монокультуры, так и в ассоциативных связях с другими микробами.

В ретромолярной области у 35-ти обследуемых контрольной группы наблюдения при выписке высеван золотистый стафилококк в 28,6 % (у 10 чел.), эпидермальный стафилококк – в 25,7 % (у 9 чел.) и гемолитический стрептококк – в 20,0 % случаев (у 7 чел.). Микроорганизмы были выявлены как в виде монокультуры, так и в ассоциативных связях с другими микробами.

В обследуемых группах наблюдения (у больных с переломами нижней челюсти) в динамике лечения, т. е. при использовании двухчелюстных металлических шин с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой, изучены гигиенические индексы.

Проба Шиллера-Писарева (йодное число Свракова) у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения на следующий день после госпитализации составила $6,7 \pm 0,7$ балла, что указывало на наличие интенсивного воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярного отростка, а в контрольной группе – $6,6 \pm 0,8$ балла (рис. 4). На 7–8-й день после госпитализации в стационар у обследуемых основной группы наблюдения йодное число Свракова составило $4,3 \pm 0,5$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка челюсти), а в контрольной группе – $6,2 \pm 0,7$ балла (интенсивный воспалительный процесс). На 14–15-й день у обследуемых с переломами нижней челюсти в основной группе йодное число Свракова составило $3,7 \pm 0,8$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка челюсти), а в контрольной группе – $5,9 \pm 0,6$ балла (интенсивный процесс воспаления в слизистой оболочке альвеолярного отростка). Через три недели после госпитализации пострадавших в стационар (при выписке из челюстно-лицевого стационара) у обследуемых основной группы наблюдения йодное число



Рис. 4. Проба Шиллера-Писарева (йодное число Свракова) у больных с переломами нижней челюсти в динамике лечения.

Свракова составило $2,1 \pm 0,3$ балла (слабо выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка), а в контрольной группе – $5,6 \pm 0,5$ балла (интенсивный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка). Проба Шиллера-Писарева у больных с переломами нижней челюсти при выписке из стационара в основной группе наблюдения была достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), что указывает на высокую противовоспалительную эффективность препарата «Тантум-Верде®».

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) на следующий день после госпитализации больных с переломами нижней челюсти в основной группе (рис. 5) составил $24,2 \pm 1,9$ %, а в контрольной группе наблюдения – $23,8 \pm 1,8$ % (оценочный критерий индекса РМА – легкая степень тяжести гингивита). На 7–8-й день после госпитализации индекс РМА в основной группе наблюдения составил $46,6 \pm 2,5$ % (средняя степень тяжести гингивита), в контрольной – $48,5 \pm 2,6$ % (средняя степень тяжести гингивита). На 14–15-й день после репозиции и фиксации отломков челюстей металлическими шинами с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой индекс РМА в основной группе больных составил $34,5 \pm 1,7$ % (средняя степень тяжести гингивита), в контрольной – $55,9 \pm 3,2$ % (тяжелая степень тяжести гингивита). При выписке обследуемых с переломами нижней челюсти из стационара индекс РМА в основной группе составил $23,1 \pm 0,8$ % (легкая степень тяжести гингивита), в контрольной – $49,3 \pm 3,2$ % (оценочный критерий индекса РМА – средняя степень тяжести гингивита). Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс у больных с переломами нижней челюсти при выписке из отделения в основной группе наблюдения был достоверно ниже, чем у обследуемых в контрольной группе ($p < 0,001$), что указывало на высокую эффективность препарата «Тантум-Верде®».

Индекс гингивита (ИГ) у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения на следующий день после госпитализации составил $1,22 \pm 0,09$ балла, в контрольной группе – $1,24 \pm 0,08$ балла, что указывало на наличие средней степени гингивита (рис. 6). На 7–8-й день после госпитализации в стационар индекс гингивита у больных основной группы составил $1,28 \pm 0,11$ балла, в контрольной группе – $1,89 \pm 0,12$ балла (средняя степень гингивита). На 14–15-й день после госпитализации у больных с переломами нижней челюсти индекс гингивита в основной группе наблюдения составил $0,88 \pm 0,07$ балла (легкая степень гингивита), в контрольной группе – $1,64 \pm 0,09$ балла (средняя степень гингивита). При выписке больных из стационара в основной группе индекс гингивита составил $0,43 \pm 0,11$ балла (легкая степень гингивита), в контрольной группе – $1,38 \pm 0,14$ балла (средняя степень гингивита). Индекс гингивита у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения при выписке их из стационара был достоверно ниже, чем у обследуемых в контрольной группе ($p < 0,001$), что указывало на высокую эффективность препарата «Тантум-Верде®».

Неприятный запах изо рта у больных с переломами нижней челюсти в основной и в контрольной группах наблюдения (рис. 7) при госпитализации регистрировался в 100 % случаев. Через 7–8 суток гигиенической обработки полости рта в основной группе наблюдения неприятный запах выявлен у 9 из 44-х обследуемых (20,5 %), а в контрольной группе – у 28 из 37-и обследуемых (75,7 %). Через 14–15 дней гигиенической обработки полости рта неприятный запах в основной группе сохранился у трех обследуемых (6,8 %), а в контрольной группе – у 22 чел. (59,5 %). При выписке пострадавших из стационара в основной группе неприятный запах обнаружен у одного больного (2,3 %), в контрольной

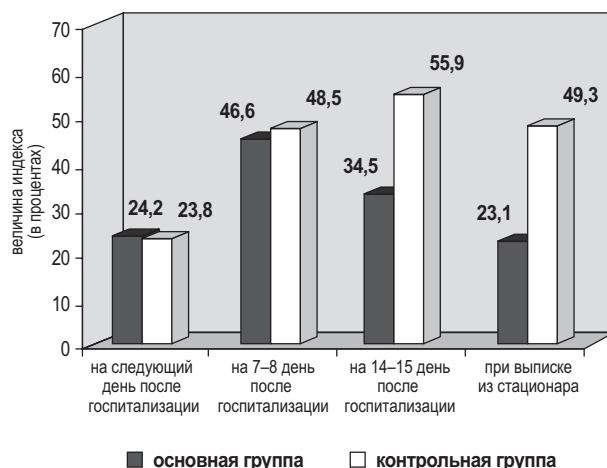


Рис. 5. Изменения папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) у больных с переломами нижней челюсти в динамике лечения.

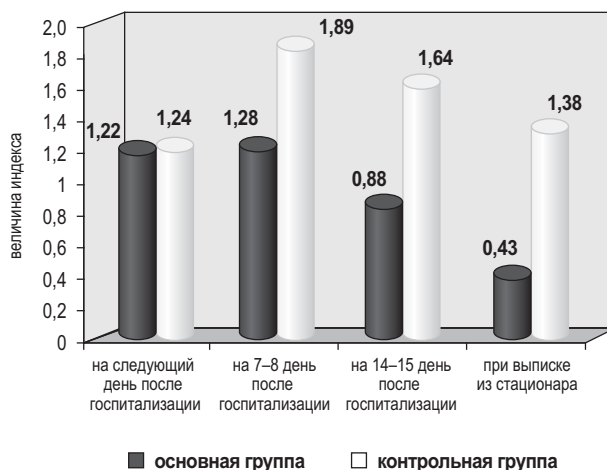


Рис. 6. Изменения индекса гингивита (ИГ) у больных с переломами нижней челюсти в динамике лечения.

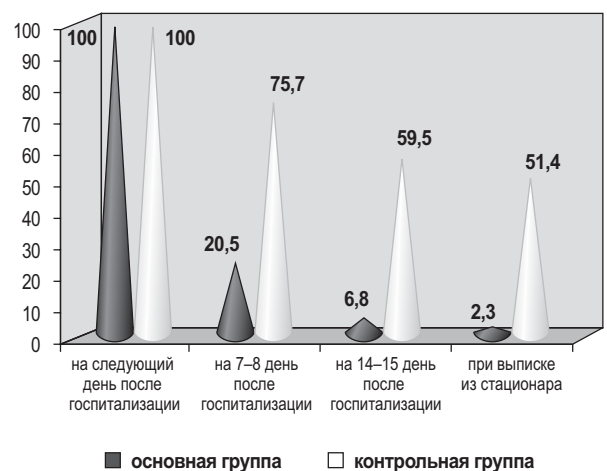


Рис. 7. Частота встречаемости неприятного запаха изо рта у больных с переломами нижней челюсти в динамике обследования.

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти у больных с переломами нижней челюсти в динамике лечения

Группа наблюдения	Кол-во обследуемых	Сроки обследования	Δ T – термоасимметрия (в °C)	
			M±m	p
Больные основной группы	44	при госпитализации	1,5±0,3	< 0,01
		на 7-е сутки лечения	1,1±0,3	< 0,05
		на 14-е сутки лечения	0,6±0,3	> 0,05
		при выписке	0,5±0,1	> 0,05
Больные контрольной группы	37	при госпитализации	1,3±0,3	< 0,01
		на 7-е сутки	1,2±0,3	< 0,05
		на 14-е сутки	1,1±0,3	< 0,05
		при выписке	0,9±0,3	> 0,05
Здоровые люди	33		0,5±0,1	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

группе – у 19 чел. (51,4 %). Проведенные обследования указывали на высокий (p < 0,001) дезодорирующий эффект препарата «Тантум-Верде®» по сравнению с контрольной группой обследуемых.

Были проведены термометрические обследования 81-го больного с переломами нижней челюсти (44 чел. – основная группа, 37 чел. – контрольная группа). Термоасимметрию мягких тканей челюстно-лицевой области определяли на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти в области места перелома и сравнивали полученную температуру с симметричным участком на неповрежденной стороне. Полученные в ходе обследования данные представлены в табл. Выявлено, что на слизистой оболочке альвеолярного отростка в месте повреждения нижнечелюстной кости в первые сутки обращения в стационар (при госпитализации) наблюдалось достоверное (< 0,01) повышение местной температуры у всех обследуемых до 1,5±0,3°C (основная группа) и 1,3±0,3°C (контрольная группа). На 7-е сутки лечения термоасимметрия слизистой оболочки альвеолярного отростка составляла: 1,1±0,3°C (основная группа) и 1,2±0,3°C (контрольная группа). На 14-е сутки лечения термоасимметрия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области места перелома в основной группе наблюдения нормализовалась (табл.). В контрольной группе наблюдения нормализация термометрических показателей происходит только при выписке обследуемых из стационара.

Ранние осложнения у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения в виде гингивита наблюдали у 5-ти обследуемых (в 11,4 % случаев). При

выписке больных с переломами нижней челюсти из стационара гингивит в основной группе наблюдения отсутствовал. В контрольной группе наблюдения ранние воспалительные осложнения в виде гингивита выявили у 17-ти обследуемых (в 46,0 % случаев). При выписке больных из стационара гингивит сохранился у 10 чел. (27,0 %).

Выводы

На основании полученных данных можно сделать вывод, что гигиенический уход за полостью рта у больных с переломами нижней челюсти предлагаемым методом является наиболее эффективным по сравнению с традиционными средствами. Применение местного нестероидного противовоспалительного препарата «Тантум Верде®» доказало, что данный препарат обладает выраженным **антибактериальным, противовоспалительным и дезодорирующим** действием, а также обеспечивает хорошее очищение металлических конструкций, находящихся в преддверии полости рта (назубных металлических шин). Использование предлагаемого метода гигиенической обработки полости рта у больных с переломами нижней челюсти позволило в несколько раз сократить количество ранних воспалительных осложнений.

Предлагаемый метод ухода за полостью рта у больных с открытыми переломами нижней челюсти является наиболее эффективным при профилактике развития воспалительных осложнений у больных с данной патологией и рекомендуется к применению в челюстно-лицевых стационарах и хирургических отделениях стоматологических поликлиник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция для медичного застосування препарату ТАНТУМ ВЕРДЕ® (TANTUM VERDE®). Наказ МОЗ від 22.11.2010.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – К.: Червона Рута-Турс, 2012. – 5-е издание – 1048 с.
3. Keefe D.M., Schubert M.M., Elting L.S., Sonis S.T., Epstein J.B., Raber-Durlacher J.E., Migliorati C.A., McGuire D.B., Hutchins R.D., Peterson D.E. Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis // Cancer. – 2007, Mar. – V. 109, N. 5. – P. 820–31.
4. Pina-Vaz C., Rodrigues A.G., Sansonetty F., Martinez-De-Oliveira J., Fonseca A.F.,

- Merdh P.A. Antifungal activity of local anesthetics against Candida species // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. – 2000. – V. 8, N. 3–4. – P. 124–37.
5. Sironi M., Massimiliano L., Transidico P., Pinza M., Sozzani S., Mantovani A., Vecchi A. Differential effect of benzydamine on pro- versus anti-inflammatory cytokine production: lack of inhibition of interleukin-10 and interleukin-1 receptor antagonist // Int. J. Clin. Lab. Res. – 2000. – V. 30, N.1 – P. 17–9.
6. Sironi M., Pozzi P., Polentarutti N., Benigni F., Coletta I., Guglielmotti A., Milanese C., Ghezzi P., Vecchi A., Pinza M., Mantovani A. Inhibition of inflammatory cytokine production and protection against endotoxin toxicity by benzydamine // Cytokine. – 1996, Sep. – V. 8, N. 9. – P. 710–6.

Особенности гигиены полости рта при профилактике воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти

О.О. Тимофеев, Є.І. Фесенко, Б. Берідзе, Л. Діасамідзе, Г. Раквіашвілі

Мета: визначити ефективність місцевого нестероїдного протизапального препарату «Тантум Верде®» у постраждалих з переломами нижньої щелепи, оцінити його ефективність при профілактиці розвитку запальних ускладнень.

Методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 81-го хворого з переломами нижньої щелепи.

Результати. На підставі результатів обстеження пацієнтів з переломами нижньої щелепи було встановлено, що анальгезивна та протизапальна ефективність місцевого нестероїдного протизапального препарату «Тантум Верде®» значно перевищує таку в порівнянні із традиційною терапією, а також викликає меншу кількість запальних ускладнень.

Висновки. Застосування нестероїдного протизапального препарату «Тантум Верде®» дозволило значно скоротити кількість запальних ускладнень і зменшити строки лікування пацієнтів. Установлено, що препарат «Тантум Верде®» є ефективним знеболюючим і протизапальним медикаментозним засобом, і його можна рекомендувати для лікування хворих з переломами нижньої щелепи.

Ключові слова: біль, запалення, перелом нижньої щелепи, гінгівіт, запальні ускладнення, нестероїдні препарати, Тантум Верде®.

Oral hygiene features for the prevention of inflammatory complications in case of mandibular fractures

O. Tymofiev, I. Fesenko, B. Beridze, L. Diasamidze G. Rakviashvili

Purpose. To determine the effectiveness of local NSAIDs «Tantum Verde®» in patients with mandibular fractures, evaluate its effectiveness for prevention of inflammatory complications.

Methods: clinical and laboratory examination of 81 patients with mandibular fractures.

Results. Based on the results of the evaluation of patients with mandibular fractures, we have found that the analgesic and anti-inflammatory effectiveness of NSAIDs «Tantum Verde®» is much higher than that compared with conventional therapy, and has a smaller number of inflammatory complications.

Conclusions. The use of local non-steroidal anti-inflammatory drug «Tantum Verde®» significantly reduced the number of inflammatory complications and reduce the terms of the treatment of patients. It was established that the drug «Tantum Verde®» is an effective analgesic and anti-inflammatory medications and may be recommended for patients with mandibular fractures.

Key words: pain, inflammation, fracture of the mandible, gingivitis, inflammatory complications nonsteroidal drugs Tantum Verde®.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Фесенко Евгений Игоревич – аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Берідзе Бека – клінічний ординатор кафедри челюстно-лицевої хирургії Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Діасамідзе Леван – клінічний ординатор кафедри челюстно-лицевої хирургії

Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Раквіашвілі Георгій – клінічний ординатор кафедри челюстно-лицевої хирургії

Інститута стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

СТОМАТОЛОГИЯ ВОЗГЛАВЛЯЕТ СПИСОК ЛУЧШИХ ПРОФЕССИЙ 2015 ГОДА

Американский новостной журнал «U.S. News & World Report» ежегодно публикует список ста лучших профессий. В этом году профессии стоматолога и стоматологического гигиениста вновь попали в первую десятку, при этом стоматологи заняли первую строчку списка. Столь высокий рейтинг объясняется главным образом значительной предсказуемостью темпов роста занятости, низким уровнем безработицы и благоприятным балансом между трудовой деятельностью и личной жизнью у представителей этой профессии.

Согласно опубликованному в журнале докладу, семь из десяти первых мест рейтинга заняли представители профессий, относящихся к сфере здравоохранения. Вслед за занявшими первое место стоматологами идут медицинские сестры (№ 2), терапевты (№ 3) и стоматологические гигиенисты (№ 5).

Рейтинг профессий составлялся на основе планируемых вакансий, темпов роста, перспектив трудоустройства, уровня безработицы и удовлетворенности работой. Бюро трудовой статистики Министерства труда США прогнозирует почти 16-процентный рост уровня занятости среди стоматологов за период с 2012 по 2022 год и появление более 23000 новых вакансий. Оценочный уровень безработицы составляет около 0,9 %.

Профессия стоматолога также была названа одной самых высокооплачиваемых профессий 2015 года, уступив, по версии U.S. News & World Report, только терапевтам, которые возглавили рейтинг, заработав в 2013 году в среднем \$188440. Средний доход стоматологов в том же году составил \$146340. При этом самые высокооплачиваемые представители профессии заработали более \$187999, в то время как самые низкооплачиваемые – менее \$72240 за год. Средний заработок ассистентов стоматологов в 2013 году составил \$35640, а стоматологических гигиенистов – \$71530.

www.medexpert.org.ua