

УДК 616.314.8-002-089-06

А.А. Тимофеев¹, А.А. Тимофеев¹, Н.А. Ушко¹, М.А. Ярифа², А.А. Савицкий²

Профилактика воспалительных осложнений после удаления зубов мудрости

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина²Киевский медицинский университет УАНМ, Украина

Цель: изучить эффективность препарата «Тантум Верде®» для профилактики воспалительных осложнений у больных после удаления ретенированных зубов мудрости.

Методы. Обследованы 70 больных с ретенированными зубами.

Результаты. На основании проведенных обследований можно сделать вывод, что гигиенический уход за полостью рта при помощи препарата «Тантум Верде®» у больных после удаления ретенированных зубов мудрости является более эффективным по сравнению с традиционными средствами. Доказано, что нестероидный препарат «Тантум Верде®» обладает выраженным противовоспалительным действием.

Выводы. Препарат «Тантум Верде®» нужно рекомендовать для широкого использования в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии после удаления ретенированных зубов.

Ключевые слова: Тантум Верде®, противовоспалительная терапия, обезболивание, ретенция, зубы мудрости, воспалительные осложнения.

Введение

Удаление зубов мудрости является одним из наиболее частых оперативных вмешательств как в поликлиниках, так и в стационаре. Частота воспалительных осложнений после операции удаления этих зубов, по нашим данным, составляет до 30 % [2]. Воспалительные осложнения, которые развиваются после таких операций, вызывают временную утрату трудоспособности больных, а поскольку последними являются лица молодого возраста, то поэтому данная проблема приобретает значение не только как общемедицинская, но и как социально-экономическая.

Среди воспалительных осложнений, которые развиваются после проведения операции удаления зубов мудрости наиболее частыми являются следующие: воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей и альвеолит.

Термин «альвеолит» предложен А.И. Верлоцким и А.М. Пименовой. Альвеолит – широко распространенное заболевание, которое, по данным различных авторов, составляет от 24 до 35 % от общего количества случаев всех осложнений, встречающихся у больных после удаления зубов. Поэтому с целью профилактики его развития послеоперационную рану после удаления ретенированных зубов мудрости практически всегда врач зашивает рассасывающими или нерассасывающими швами. Однако в полости рта сохраняются микроорганизмы, которые находятся не только в зубо-десневых карманах или под капюшоном слизистой оболочки, где находится зуб мудрости, но также в зеве и в полости носа.

Воспалительные инфильтраты окологлазничных мягких тканей и альвеолит возникают при значительном травмировании кости и слизистой оболочки, которые в дальнейшем подвергаются инфицированию. Эти воспалительные осложнения развиваются при длительном проведении операции удаления зуба, а также при несоблюдении больными правил гигиены полости рта в послеоперационном периоде.

Как уже ранее было сказано, при осложнениях, связанных с удалением зубов мудрости, наиболее часто наблюдаются два патологических процесса – воспалительные явления в области послеоперационной раны (лунки) и болевая реакция организма. Поэтому именно на устранение этих двух факторов и нужно было направить проводимое исследование.

В послеоперационный период появляется ответная реакция организма на проведенное оперативное вмешательство, выражающаяся в наличии отека, кровоизлияний, гематомы, что сопровождается ограничением открывания рта, подъемом как местной температуры, так и общей температуры тела и др. Болевой синдром усиливается воспалительной реакцией организма в области раны и отягощает течение послеоперационного периода. При болевой реакции повышается функциональная нагрузка почти на все жизненно важные системы организма, что обуславливает снижение двигательной активности и способствует возникновению депрессивных состояний, ухудшает самочувствие пациентов и др. Поэтому в послеоперационный период большое значение имеет назначение препаратов, направленных на профилактику воспалительных осложнений в области послеоперационной раны.

Выбирая антимикробный препарат для гигиенического ухода за полостью рта в послеоперационный период, следует ориентироваться на профилактическую цель его использования, т. е. на предупреждение развития воспалительных явлений со стороны слизистых оболочек полости рта. Поэтому мы выбрали нестероидный противовоспалительный препарат «Тантум Верде®», разрешенный к применению в Украине (приказ МЗ Украины № 1015 от 26.10.2015; регистрация в Украине № UA/3920/02/01).

Мы использовали препарат «Тантум Верде®» (Tantum Verde®), который выпускается как в виде раствора в упаковке по 120 мл, так и в виде аэрозоли (рис. 1).

«Тантум Верде®» – это препарат для местного применения, который выпускается в виде раствора и спрея [1, 3, 4, 5, 6].

Раствор для местного применения 0,15 % имеет вид прозрачной жидкости зеленого цвета с характерным запахом мяты. В 1 мл раствора содержится 1,5 мг гидрохлорида бензидамина; *вспомогательные вещества*: этанол 96 %, глицерин, метилпара-гидроксibenзоат (E218), ароматизатор (ментоловый), сахарин, натрия гидрокарбонат, полисорбат 20, хинолиновый желтый 70% (E104), патентованный синий V 85 % (E131), очищенная вода.

Спрей для местного применения дозированный 0,255 мг/доза. В 1 мл раствора содержится 1,5 мг гидрохлорида бензидамина; *вспомогательные вещества*:



Рис. 1. Внешний вид препарата «Тантум Верде®» в виде раствора (а) и аэрозолей (б).

этанол 96 %; глицерол; метилпарагидроксibenзоат; ароматизатор ментоловый (вкусовая добавка); сахарин; гидрокарбонат натрия; полисорбат 20; очищенная вода.

Активное вещество бензидамин является нестероидным противовоспалительным средством (НПВП), которое обладает выраженным противоэкссудативным и обезболивающим (анальгезирующим) действием. Его эффективность после местного применения обусловлена способностью проникать в эпителиальный слой и достигать эффективных концентраций 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 и 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 вызывать 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 (одну столовую ложку или мерный стаканчик с флакона) препарата «Тантум Верде®» (можно разбавить в 15 мл воды). Полоскания проводили 3-4 раза в день. После полоскания раствор необходимо выплюнуть! Нельзя его проглатывать и превышать одноразовую рекомендованную дозу препарата.

Спрей для местного применения назначали по следующей схеме: по 4–8 доз каждые 1,5–3 часа.

В настоящее время о случаях передозировки препарата «Тантум Верде®» не сообщалось, и мы такого не наблюдали.

Противопоказаниями являются: гиперчувствительность к препарату, беременность и кормление грудью.

Если при применении раствора возникает ощущение жжения, его следует предварительно разбавить водой два раза путем доведения уровня воды до риски на градуированном стаканчике. Следует избегать попадания спрея в

глаза. Препарат не оказывает влияния на способность управлять автотранспортом и иную деятельность, требующую повышенного внимания.

Цель исследования – определить эффективность препарата «Тантум Верде®» для профилактики воспалительных осложнений у больных после операции удаления зубов мудрости.

Материал и методы обследования

Обследованы 70 больных, у которых проведена операция удаления ретенированных зубов мудрости. Всех обследуемых разделили на две группы наблюдения: **основная группа** – это 34 больных, у которых для профилактики воспалительных осложнений в полости рта использовали препарат «Тантум Верде®» в течение 4–5 дней, и **контрольная группа** – 36 больных с общепринятыми профилактическими полосканиями полости рта фурацилином (полоскания проводили также в течение 4–5-ти дней).

Были применены общеклинические методы обследования всех больных, которые включали: сбор анамнеза, выяснение характера жалоб, осмотр, клинические анализы крови.

В динамике обследования проводили **микробиологические методы** (определялись микрофлора и ее антибиотикочувствительность). Материал в ретромолярной области брали стандартным методом (с помощью стерильного ватного тампона), а материал из зубо-десневых карманов (для выявления банальной микрофлоры и грибов) брали 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 проводили **пробу Шиллера-Писарева**. Слизистую оболочку альвеолярных отростков обрабатывали раствором Люголя.

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 челюсти.

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 Schaefer, 1949) позволяет судить о протяженности и тяжести гингивита. Индекс можно выражать 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 у 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. Исследуются десна 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).

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

Критерии оценки индекса:

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



Рис. 2. Линейка для словесной оценки боли – визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

Контактную термометрию проводили электротермометром ТПЭМ-1, имеющим точечные термодатчики с диапазоном измерения от 16 до 42°C. Точность регистрации – 0,2°C. Путем прикосновения концевой отдела датчика к поверхности слизистой оболочки альвеолярного отростка определяли температуру на обследуемом участке, т. е. проводили контактную термометрию. Время контакта датчика со слизистой оболочкой полости рта – 20 секунд, интервалы между повторными обследованиями составляли от 2 до 5-ти секунд. Прикосновение датчиком делали приблизительно с одной и той же силой давления. Местную температуру измеряли трижды и вычисляли среднее арифметическое. Затем температуру измеряли на здоровой стороне. 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 одинакового возраста и пола.

Для проведения сравнительной характеристики используемых препаратов изучались клинико-лабораторные показатели: наличие воспалительной инфильтрации слизистой оболочки в области послеоперационной раны (ретромолярной области) и окологлазничных мягких тканей и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) оценки болевой реакции (рис. 2).

Визуально-аналоговая шкала представляет собой линейку длиной 10 см (рис. 2), по которой пациенту предлагается оценить свои болевые ощущения от 0 до 10-ти баллов. Отсутствие боли соответствует 0 баллов. Невыносимая боль – 10 баллов. Оценка болевых ощущений: очень сильные боли (10 и 9 баллов), сильные (8, 7, 6 баллов), средние (5, 4, 3 балла), слабые (2, 1 балл), отсутствие болей (0 баллов).

Полученные цифровые данные лабораторных обследований обрабатывали общепринятым вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера и пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows и Microsoft Excel 2000. Достоверность результатов обследования оценивали по критериям Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

Были проведены микробиологические обследования 23-х больных основной группы, в контрольной группе наблюдения – 31 больного. Материал для микробиологических исследований брали в двух местах – в области зубо-десневых карманов больших коренных зубов на нижней челюсти и ретромолярных областях.

У всех обследуемых (100%) основной и контрольной групп наблюдения перед операцией высеяны микроорганизмы как зубо-десневых карманах, так и в ретромолярной области.

В основной группе наблюдения из зубо-десневых карманов (рис. 3-а) золотистый стафилококк высевался в 87,0 % (у 20 чел.), эпидермальный стафилококк – в 34,8 % (у 8 чел.) и гемолитический стрептококк – в 39,1 % случаев (у 9 чел.). У 3 из 23-х обследуемых основной группы (13,0 %) в зубо-десневом кармане был обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis*. **Из 23 обследуемых основной группы у 14-ти больных (60,9 %) высеяны монокультуры, а у 9 чел. (39,1 %) – ассоциации микроорганизмов (по несколько микробов).**

В ретромолярной области (рис. 3-б) у 23-х обследуемых основной группы наблюдения золотистый стафилококк обнаружен в 95,7 % (у 22 чел.), эпидермальный стафилококк – в 26,1 % (у 6 чел.) и гемолитический стрептококк – в 34,8 % случаев (у 8 чел.). Грибковой флоры не обнаружено. **Из 23 обследуемых монокультуры микроорганизмов обнаружены у 10 чел. (43,5 %), а в ассоциациях (по несколько микробов) у 13 чел. (56,5 %).**

В контрольной группе в зубо-десневых карманах (рис. 4-а) золотистый стафилококк обнаружен в 96,8 % (у 30 чел.), эпидермальный стафилококк – в 38,7 % (у 12 чел.) и гемолитический стрептококк – в 41,9 % случаев (у 13 чел.). У 7 из 31-го обследуемого контрольной группы наблюдения (22,6 %) перед операцией в зубо-десневом кармане был обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis*. **Из 31-го обследуемого контрольной группы наблюдения у 20 чел. (64,5 %) микрофлора была выявлена в виде монокультуры, а у 11 чел. (35,5 %) – в виде ассоциаций (по несколько микробов).**

В ретромолярной области (рис. 4-б) у 29 из 31-го обследуемого контрольной группы наблюдения золотистый стафилококк обнаружен в 93,6 %, эпидермальный стафилококк – в 41,9 % (у 13 чел.) и гемолитический стрептококк – в 48,4 % случаев (у 15 чел.). Грибковый возбудитель в ретромолярной области не обнаружен. **Монокультуры микроорганизмов обнаружены у 18 из 31-го обследуемого (58,1 %), а в виде ассоциаций (по несколько микробов) – у 13 чел. (41,9 %).**

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 между обследованными группами.

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.

Через 4–5 дней повторно микробиологические обследования этих больных основной и контрольной групп наблюдения.

В основной группе из зубо-десневых карманов золотистый стафилококк высевался в 8,7 % (у 2 из 23-х обследованных), эпидермальный стафилококк – в 8,7 % случаев (у 2 чел.) и гемолитический стрептококк не обнаружен. Грибковой микрофлоры после проведения полосканий полости рта препаратом «Тантум Верде®» при повторном обследовании больных не обнаружили. Микроорганизмы были обнаружены только в виде монокультуры.

В ретромолярной области у 2 из 23-х обследованных основной группы золотистый стафилококк обнаружен в 8,7 % случаев, эпидермальный стафилококк и гемолитический стрептококк не обнаружен. Микрофлора выявлена в виде монокультуры.

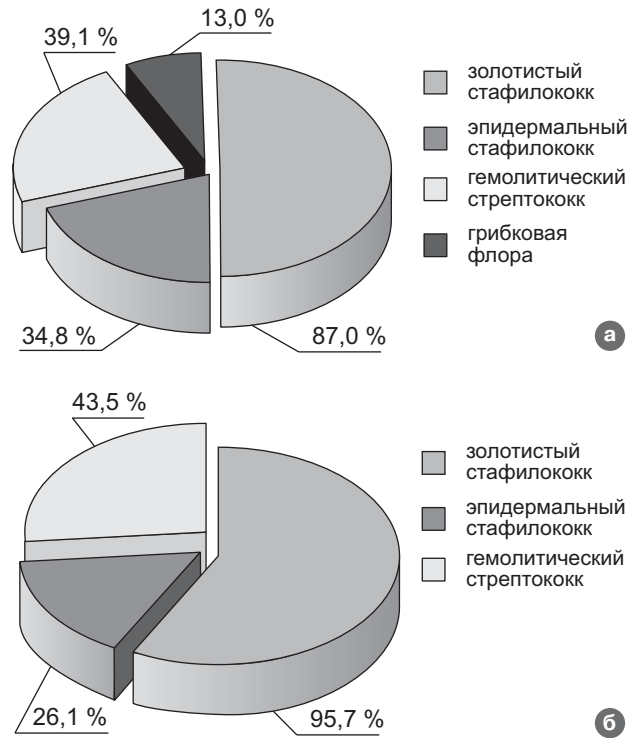


Рис. 3. Удельный вес отдельных видов микроорганизмов, выявленных в зубо-десневых карманах (а) и ретромолярной области (б) в виде монокультуры и в ассоциативных связях у больных основной группы наблюдения.

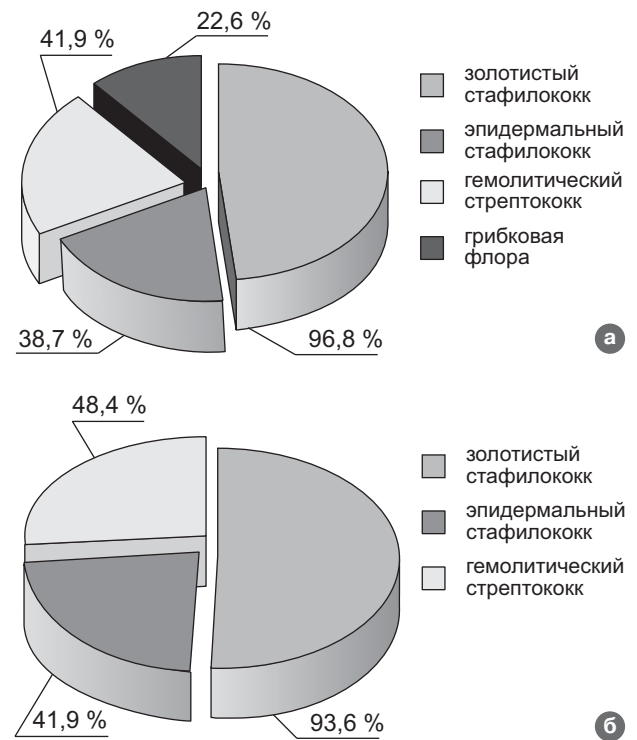


Рис. 4. Удельный вес отдельных видов микроорганизмов, выявленных в зубо-десневых карманах (а) и ретромолярной области (б) в контрольной группе наблюдения в виде монокультуры и в ассоциативных связях у больных с переломами нижней челюсти.

В контрольной группе наблюдения (через 4–5 дней) после проводимого полоскания полости рта традиционными антисептиками в зубо-десневом кармане обнаружены золотистый стафилококк в 45,2 % (у 14 из 31-го обследуемого), эпидермальный стафилококк – в 16,1 % (у 5 чел.) и гемолитический стрептококк – в 22,6 % случаев (у 7 чел.). У 6 из 31-го обследуемого контрольной группы (19,4 %) в зубо-десневом кармане был повторно обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis*. Микроорганизмы были выявлены как в виде монокультуры, так в ассоциативных связях с другими микробами.

В ретромолярной области у 31-го обследуемого контрольной группы наблюдения при выписке высеяны золотистый стафилококк в 22,6 % (у 7 чел.), эпидермальный стафилококк – в 12,9 % (у 4 чел.) и гемолитический стрептококк – в 19,4 % случаев (у 6 чел.). Микроорганизмы были выявлены как в виде монокультуры, так в ассоциативных связях с другими микробами.

У обследуемых основной и контрольной групп наблюдения изучены гигиенические индексы.

Проба Шиллера-Писарева (йодное число Свракова) у больных с ретенцией зубов мудрости в основной и контрольной группах перед операцией была следующей: $2,2 \pm 0,5$ балла (основная группа) и $2,0 \pm 0,7$ балла (контрольная группа). На следующий день после операции в основной группе данное число составило $3,9 \pm 0,7$ балла, что указывало на наличие умеренно выраженного воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярного отростка, а в контрольной группе – $3,8 \pm 0,8$ балла (рис. 5). На 2–3-й день после операции у обследуемых в основной группе наблюдения йодное число Свракова составило $2,6 \pm 0,7$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка челюсти), а в контрольной группе – $4,3 \pm 0,5$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). На 6–7-й день у этих обследуемых в основной группе йодное число Свракова составило $1,7 \pm 0,6$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс), а в контрольной группе – $3,6 \pm 0,5$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). Проба Шиллера-Писарева у больных после операции удаления ретенированного зуба при снятии швов (6–7-й день после операции) в основной группе наблюдения был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), что указывает на высокую противовоспалительную эффективность препарата «Тантум Верде®».

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) перед операцией удаления ретенированного зуба в основной группе (рис. 6) составил $23,1 \pm 1,2$ %, а в контрольной группе – $23,4 \pm 1,1$ % (оценочный критерий индекса РМА – легкая степень тяжести гингивита). На следующий день после операции индекс РМА в основной группе наблюдения составил $29,6 \pm 1,4$ % (средняя степень тяжести гингивита), в контрольной – $28,5 \pm 1,9$ % (средняя степень тяжести гингивита). На 2–3-й день после операции индекс РМА в основной группе больных составил $24,3 \pm 1,3$ % (легкая степень тяжести гингивита), а в контрольной – $29,9 \pm 2,3$ % (средняя степень тяжести гингивита). Через 6–7 дней после операции индекс РМА в основной группе составил $20,9 \pm 0,9$ % (легкая степень тяжести гингивита), а в контрольной – $28,3 \pm 2,4$ % (оценочный критерий индекса РМА – средняя степень тяжести гингивита). Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс у данных больных через 6–7 дней после операции 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 ретенированными зубами мудрости перед операцией составил $0,8 \pm 0,1$ балла, а в контрольной группе – $0,8 \pm 0,1$ балла, что указы-

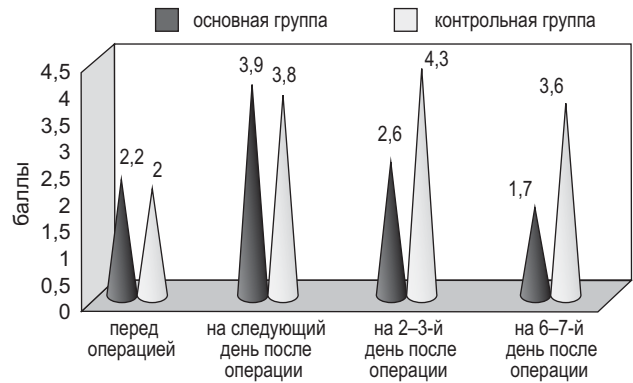


Рис. 5. Проба Шиллера-Писарева (йодное число Свракова) у больных после удаления зуба мудрости в динамике лечения.

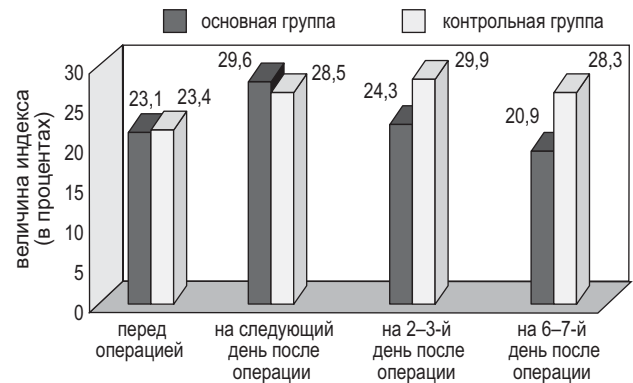


Рис. 6. Изменения папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) у больных после операции удаления зуба мудрости в динамике лечения.

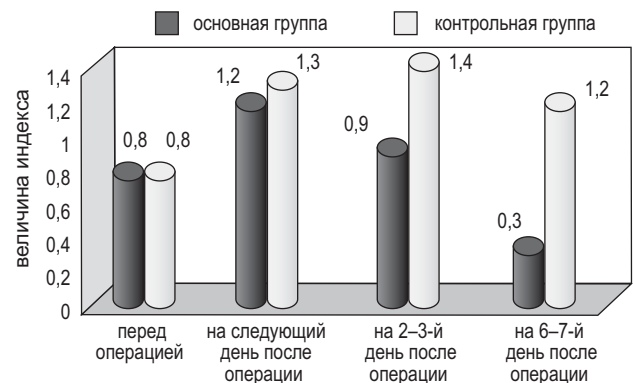


Рис. 7. Изменения индекса гингивита (ИГ) у больных с переломами нижней челюсти в динамике лечения.

вало на наличие легкой степени гингивита (рис. 7). На следующий день после операции индекс гингивита у больных основной группы составил $1,2 \pm 0,1$ балла, а в контрольной группе – $1,3 \pm 0,1$ балла (средняя степень гингивита). На 2–3-й день после операции у больных в основной группе наблюдения индекс гингивита составил $0,9 \pm 0,1$ балла (легкая степень гингивита), а в контрольной группе – $1,4 \pm 0,1$ балла (средняя степень гингивита). На 6–7-й день после операции в основной группе наблюдения индекс гингивита составил $0,3 \pm 0,1$ балла (легкая

Таблица 1

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки в ретромолярной области у больных после удаления зуба мудрости

Группа наблюдения	Кол-во больных	Сроки проведения обследования	ΔT – термоасимметрия, °C	
			M±m	p
Больные основной группы	34	перед операцией	0,6±0,1	> 0,05
		на следующий день	1,1±0,1	< 0,05
		на 2–3-и сутки после операции	1,2±0,2	< 0,05
		на 6–7-е сутки после операции	0,6±0,1	> 0,05
Больные контрольной группы	36	перед операцией	0,6±0,1	> 0,05
		на следующий день	1,2±0,1	< 0,05
		на 2–3-и сутки после операции	1,4±0,2	< 0,05
		на 6–7-е сутки после операции	0,7±0,2	> 0,05
Здоровые люди	33		0,5±0,1	

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

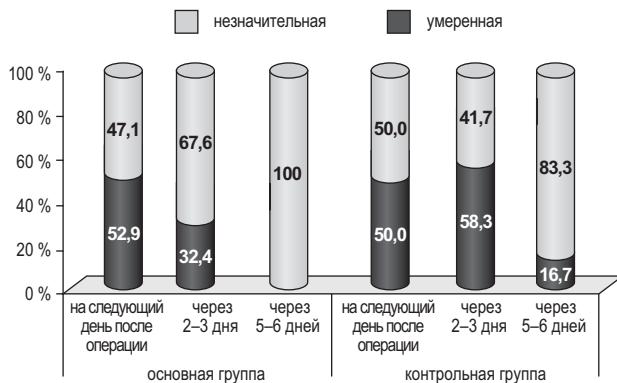


Рис. 8. Изменения воспалительной инфильтрации околожелудных мягких тканей в динамике лечения больных после удаления зубов мудрости.

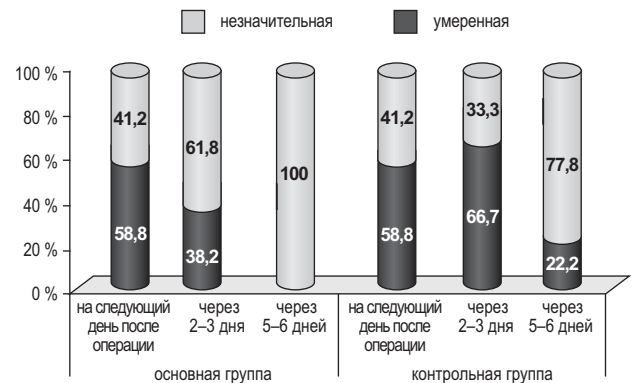


Рис. 9. Изменения воспалительной инфильтрации слизистой оболочки ретромолярной области в динамике лечения больных после удаления зубов мудрости.

степень гингивита), а в контрольной группе – 1,2±0,2 балла (средняя степень гингивита). Индекс гингивита у больных в основной группе наблюдения 6–7-й день после операции был достоверно ниже, чем у обследуемых в контрольной группе (p < 0,001), что указывает на высокую эффективность препарата «Тантум Верде®».

Проведены термометрические обследования 70-ти больных (34 чел. – основная группа, 36 чел. – контрольная группа). Термоасимметрию мягких тканей челюстно-лицевой области определяли на слизистой оболочке в ретромолярной области и сравнивали полученную температуру с симметричным участком на противоположной стороне. Полученные в ходе обследования данные представлены в табл. 1. Выявлено, что на слизистой оболочке ретромолярной области до операции асимметрия температур отсутствовала. На следующие сутки после операции имелось достоверное (p < 0,01) повышение местной температуры у всех обследуемых больных до 1,1±0,1°C (основная группа) и 1,2±0,1°C (контрольная группа). На 2–3-и сутки лечения термоасимметрия слизистой оболочки ретромолярной области составляла: 1,2±0,2°C (основная группа) и 1,4±0,2°C (контрольная группа). На 6–7-е сутки лечения термоасимметрия слизистой оболочки в ретромолярной области нормализовалась (табл. 1) у всех обследуемых.

Околожелудные мягкие ткани на стороне операции на следующий день после ее проведения были инфильтрованы (рис. 8) у всех обследуемых (100 %) как в основной, так и в контрольной группе. В основной группе умеренная воспалительная инфильтрация околожелудных мягких тканей была у 18-ти больных (52,9 %), а незначительная – у 16 чел. (47,1 %). В контрольной группе умеренная инфильтрация у 18 чел. (50,0 %), а незначительная – у 18 чел. (50,0 %). Через 2–3 дня после операции в основной группе наблюдения умеренная воспалительная инфильтрация околожелудных мягких тканей была у 11-ти больных (32,4 %), а незначительная – у 23 чел. (67,6 %). В контрольной группе умеренная инфильтрация у 21 чел. (58,3 %), а незначительная – у 15 чел. (41,7 %). Через 5–6 дней после операции основной группе воспалительная инфильтрация околожелудных мягких тканей у всех больных (100 %) была незначительной. В контрольной группе: умеренная инфильтрация сохранилась у 6 чел. (16,7 %), а незначительная – у 30 чел. (83,3 %).

Воспалительная инфильтрация слизистой оболочки ретромолярной области (рис. 9) в области послеоперационной раны на следующий день после операции была у всех обследуемых (100 %) как в основной, так и в контрольной группе. В основной группе наблюдения умеренная

Таблица 2

Характеристика болевого синдрома при использовании препарата «Тантум Верде®»
(количество больных/процент обследованных в группе)

День лечения	Баллы (ВАШ)					
	5	4	3	2	1	0
1-й день	12/35,3 %	22/64,7 %				
2-й день	2/5,9 %	19/55,9 %	13/38,2 %			
3-й день			25/73,5 %	9/26,5 %		
4-й день			5/14,7 %	17/50,0 %	12/35,3 %	
5-й день				2/5,9 %	13/38,2 %	19/55,9 %
6-й день						34/100 %

Таблица 3

Характеристика болевого синдрома при использовании препарата «Анальгин»
(количество больных/процент обследованных в группе)

День лечения	Баллы (ВАШ)					
	5	4	3	2	1	0
1-й день	13/36,1 %	23/63,9 %				
2-й день	9/25,0 %	17/47,2 %	10/27,8 %			
3-й день		12/33,3 %	24/66,7 %			
4-й день			15/41,7 %	17/47,2 %	4/11,1 %	
5-й день				9/25,0 %	18/50,0 %	9/25,0 %
6-й день					17/47,2 %	19/52,8 %

воспалительная инфильтрация слизистой оболочки была у 20 чел. (58,8 %), а незначительная – у 14 чел. (41,2 %). В контрольной группе умеренная инфильтрация у 22 чел. (61,1 %), а незначительная – у 14 чел. (38,9 %). Через 2–3 дня после операции в основной группе наблюдения умеренная воспалительная инфильтрация ретромолярной области была у 13-ти больных (38,2 %), а незначительная – у 21 чел. (61,8 %). В контрольной группе умеренная инфильтрация у 24 чел. (66,7 %), а незначительная – у 12 чел. (33,3 %). Через 5–6 дней после операции основной группе воспалительная инфильтрация слизистой оболочки ретромолярной области была незначительной у всех больных (100 %). В контрольной группе умеренная инфильтрация сохранилась у 8 чел. (22,2 %), а незначительная – у 30 чел. (77,8 %).

У больных основной группы наблюдения (34 чел.), начиная с первых суток после операции применяли препарат «Тантум Верде®» (см. схему использования препарата ранее). Результаты обследования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) больных основной группы представлены в таблице 2. В контрольной группе наблюдения в послеоперационный период применяли традиционное лечение, т. е. для обезболивания использовали препарат «Анальгин». Результаты обследования больных по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в контрольной группе представлены в таблице 2.

На следующий день после операции у больных основной группы наблюдения послеоперационные боли средней (5 и 4 балла) степени были у 100 % обследуемых. На 2-й день после начала лечения боли средней степени (4 и 3 балла) выявлены у 100 % обследуемых. На 3-й день послеоперационные боли в основной группе больных были следующими: средние (3 балла) – у 73,5 %, слабые (2 балла) – у 26,5 %. На 4-й день боли были следующими:

средние (3 балла) – у 14,7 %, слабые (2 и 1 балл) – у 85,3 %. На 5-е сутки боли у больных основной группы были такими: слабые (2 и 1 балл) – у 44,1 %, отсутствие боли (0 баллов) – у 55,9 %. На 6-й день лечения препаратом «Тантум Верде®» боли отсутствовали у всех обследуемых.

У больных контрольной группы наблюдения (36 чел.), начиная с первых суток после операции, применяли традиционное лечение препаратом «Анальгин». Результаты обследования больных по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в контрольной группе представлены в таблице 3.

На следующий день после операции у больных основной группы наблюдения были послеоперационные боли средней (5 и 4 балла) степени у 100 % обследуемых. На 2-й день после начала лечения боли средней степени (5,4 и 3 балла) также выявлены у 100 % обследуемых. На 3-й день послеоперационные боли в контрольной группе больных были следующими: средние (4 и 3 балла) – у 100 %. На 4-й день послеоперационные боли были следующими: средние (на 3 балла) – у 41,7 %, слабые (2 и 1 балл) – у 58,3 %. На 5-е сутки боли у больных контрольной группы были такими: слабые (2 и 1 балл) – у 75,0 %, отсутствие боли (0 баллов) – у 25,0 %. На 6-й день лечения препаратом боли отсутствовали у 52,8 % обследуемых, а слабые боли отмечали 47,2 % больных.

Воспалительные осложнения в основной группе наблюдения в виде воспалительного инфильтрата околочелюстных тканей наблюдались только у одного обследуемого (2,9 %), альвеолитов не выявлено. В контрольной группе наблюдения воспалительные осложнения в виде воспалительных инфильтратов околочелюстных мягких тканей выявили у 6 обследуемых (16,7 %), а в виде альвеолита – у 5-ти больных (13,9 %).

Таким образом, на основании проведенных обследований следует указать, что противовоспалительное и анальгетическое действие препарата «Тантум Верде®» значительно превосходит таковое при использовании традиционных методов лечения.

Выводы

На основании проведенных обследований можно сделать вывод, что гигиенический уход за полостью рта при помощи препарата «Тантум Верде®» у больных после удаления ретенированных зубов мудрости является более эффективным по сравнению с традиционными средствами. Доказано, что нестероидный препарат «Тантум Верде®» обладает выраженным *про-*

тивовоспалительным и *анальгетическим* действием, а также обеспечивают хорошее очищение послеоперационной раны в ретромолярной области. Использование предлагаемого метода гигиенической обработки полости рта у данного контингента больных позволяет значительно сократить количество послеоперационных воспалительных осложнений.

Предлагаемый метод ухода за полостью рта у больных после оперативного лечения по поводу удаления ретенированных зубов мудрости является наиболее эффективным для профилактики развития воспалительных осложнений и рекомендуется к применению как в челюстно-лицевых стационарах, так и в хирургических отделениях (кабинетах) стоматологических поликлиник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Інструкція 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.

Профілактика запальних ускладнень після видалення зубів мудрості

О.О. Тимофеев, О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, М.О. Ярифа, О.О. Савицкий

Мета: вивчити ефективність препарату «Тантум Верде®» для профілактики запальних ускладнень у хворих після видалення ретенюваних зубів мудрості.

Методи. Обстежено 70 хворих з ретенюваними зубами.

Результати. На підставі проведених обстежень можна зробити висновок, що гігієнічний догляд за порожниною рота за допомогою препарату «Тантум Верде®» у хворих після видалення ретенюваних зубів мудрості є більш ефективним у порівнянні із традиційними засобами. Доведено, що нестероїдний препарат «Тантум Верде®» має виражену протизапальну дію.

Висновки. Препарат «Тантум Верде®» треба рекомендувати для широкого використання в щелепно-лицьовій хірургії та хірургічній стоматології після видалення ретенюваних зубів.

Ключові слова: Тантум Верде®, протизапальна терапія, знеболення, ретенція, зуби мудрості, запальні ускладнення.

Prevention of inflammatory complications after the removal of wisdom teeth

O. Tymofiev, O. Tymofiev, N. Ushko, M. Yarifa, O. Savitskiy

Purpose: to study the effectiveness of «Tantum Verde®» drug for the prevention of inflammatory complications in patients after removal of impacted wisdom teeth.

Methods. The study involved 70 patients with impacted teeth.

Results. Based on our surveys conducted, we can conclude that the hygienic care of the oral preparation «Tantum Verde®» patients impacted after removal of wisdom teeth is more efficient, compared to conventional means. It is proved that a non-steroidal drug «Tantum Verde®» has a pronounced anti-inflammatory action.

Conclusions. The drug «Tantum Verde®» to be recommended for widespread use in oral and maxillofacial surgery and surgical dentistry after removal of impacted teeth.

Key words: Tantum Verde®, anti-inflammatory therapy, pain management, retention, wisdom teeth, inflammatory complications.

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.

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

Тимофеев Александр Алексеевич – д-р мед. наук, доцент;

кафедра стоматологии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Ушко Наталия Алексеевна – канд. мед. наук, доцент,

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Ярифа Мария Алексеевна – канд. мед. наук, доцент;

кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Киевского медицинского университета УАНМ.

Савицкий Александр Алексеевич – ассистент;

кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Киевского медицинского университета УАНМ.