

ПРОГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ РОЗВИТКУ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНОГО АЛЬВЕОЛІТУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ПРОГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ РОЗВИТКУ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНОГО АЛЬВЕОЛІТУ – У статті проведено аналіз постекстракційних ускладнень (альвеолітів) у 94 пацієнтів. Встановлено виникнення альвеолітів у людей з ознаками активації запальних явищ і деструктивних змін в періапикальних тканинах при порушенні загального стану пацієнтів (хроніосепсис), що сприяє розвитку постекстракційних ускладнень.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАЗВИТИЯ ПОСТЭКСТРАКЦИОННОГО АЛЬВЕОЛИТА – В статье проведен анализ постэкстракционных осложнений (альвеолитов) у 94 пациентов. Установлено возникновение альвеолитов у людей с признаками активации воспалительных очагов и деструктивных изменений в периапикальных тканях при нарушении общего состояния пациентов (хронiosepsis), что способствует развитию постэкстракционных осложнений.

PROGNOSTICAL SIGNS OF POSTEXTRACTION ALVEOLITIS DEVELOPMENT – The analysis of postextractions complications (alveolitis) in 94 patients was conducted in this article. The origin of alveolitis was established in patients with the signs of inflammatory phenomena activating and destructive changes in periapical tissue, at violation of the common state of patients (chroniosepsis), which assists to development of postextraction complications.

Ключові слова: одонтогенний хроніосепсис, альвеоліт, гранулюючий остит, субфібрилітет, нориця, вазопарез.

Ключевые слова: одонтогенный хронiosepsis, альвеолит, гранулирующий остит, субфибрилитет, свищ, вазопарез.

Key words: odontogenic chroniosepsis, alveolitis, mineral density, lisocym, granulating ostitis.

ВСТУП Своєрідна анатомічна структура порожнини рота сприяє затримці, живленню і розмноженню великої кількості різноманітних бактерій. Такими місцями є складки слизової оболонки, міжзубні проміжки, складки і тріщини зубної емалі, каріозні порожнини, ясеневі кишені.

Відомо, що в 1 мм³ зубного нальоту міститься 5-10 млн стрептококів. У воді після полоскання порожнини рота у двох краплях від 10000 до 12000 колоній бактерій [5]. Але головним вогнищем інфекції в порожнині рота є гранулюючий і гранулематозний періодонтити, мікроби яких, а також продукти їх обміну (токсини і цитотоксини), потрапляють у кровообіг, знижують реактивність організму, зумовлюють явища хронічно інтоксикації організму і можуть бути однією із причин виникнення постекстракційних ускладнень (альвеолітів).

Пошук нових під час складних та дорогих методів лікування і профілактики альвеолітів проводиться без урахування вищезазначених факторів місцевого і загального характеру [1, 2, 10].

Тому метою нашого дослідження було провести аналіз характерних ознак деструктивних і запальних процесів у періапикальних тканинах при хронічних періодонтитах х зв'язок з постекстракційними ускладненнями (альвеолітами) з урахуванням загального стану організму.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 94 пацієнти, проаналізовано 94 рентгенограми пацієнтів із хронічними періодонтитами, у яких після видалення зубів виникали ускладнення. Проведено зіставлення рентгенологічно картини періапикальних вогнищ та клінічних проявів постекстракційних ускладнень. Альвеоліт після видалення зубів на нижній щелепі був у 7 пацієнтів, на верхній щелепі – у 23 пацієнтів. Видалення зубів з приводу періодонтиту в стадії загострення – у 68 пацієнтів, без загострення – у 20 пацієнтів, з приводу гранулюючого періодонтиту – у 5 пацієнтів. Симптоми періодонтитів наведено у таблиці 1. Середня тривалість лікування складає 8 днів. При цьому максимальна тривалість лікування склала 16 днів, а мінімальна – 3 дні, що свідчить про значні матеріальні і фінансові витрати, як для пацієнта, так і для лікувально

установи. Крім того, лікування 49 пацієнтів, які лікувались стаціонарно, було пов'язане із звільненням від роботи, що спричинило додаткові витрати із сімейного бюджету і збитки на виробництві.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Відомо, що гранулюючий періодонтит нерідко супроводжується гранулюючим оститом. Як свідчить аналіз проведеного нами дослідження, деструкція альвеоли була встановлена на 37 рентгенограмах (40 %), що свідчить про порушення цілісності контурів компактного шару альвеоли і наявність гранулюючого оститу дна лунки, відсутність капсули з нечіткими змазаними контурами навколо вогнища і дифузність ураження встановлено у 23 (25 %) пацієнтів, що свідчить про відсутність стабілізації процесу, деформація (розсмоктування) верхівки кореня зуба ("вигляд після резекції") у 10 пацієнтів (11,3 %) свідчить про активність процесу. Гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці ураженого зуба у 54 пацієнтів (54,5 %) свідчить про значне порушення капілярного кровообігу, що підтверджує симптом вазопарезу, виявлений у 59 пацієнтів (61,9 %). Наявність ясеневих нориць у 10 пацієнтів (11,3 %) свідчить про виражену активність (загострення) запального процесу у періапикальних тканинах.

Таким чином, місцеві клінічні симптоми (гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці вогнища, симптом вазопарезу, наявність ясеневих нориць) і рентгенологічні ознаки (деструкція альвеоли, відсутність капсули, нечіткі контури навколо вогнища, розсмоктування верхівки кореня) є ознаками можливого постекстракційного альвеоліту.

Подальший аналіз показав, що альвеоліт на ґрунті відсутності кров'яного згустка був у пацієнтів з наявністю ясеневих нориць. Біль, який виник на 2-й день після видалення зуба, був переважно у пацієнтів з порушенням контурів компактного шару альвеоли (гранулюючий остит) у 40 пацієнтів – 43 %. Біль в ділянці видаленого зуба, який виник через 3-4 дні, відповідав наявності гіперемії і набряку (35 пацієнтів – 47,7 %), а на рентгенограмах відсутності капсули, дифузності ураження.

Крім того, в результаті детального аналізу нами було встановлено, що наявність хронічного вогнища інфекції (хронічний періодонтити) відбиваються і на загальному стані пацієнтів. Так, скарги на загальну слабкість були у 69 %, головний біль – у 32 %, підвищену стомлюваність – у 75 %, поганий сон – у 37,5 %, фібрилітет – у 17,1 %, схильність до алергії – 1,9 %. Таким чином, названі симптоми (3,7) свідчать про наявність одонтогенного хроніосепсису, який характеризується патологічними змінами крові, зниженням неспецифічної резистентності, утворенням ЦІК, посиленням ПОЛ, виділенням фізіологічно-активних речовин, що також сприяє виникненню постекстракційних ускладнень [7].

Тривалість лікування пацієнтів із постекстракційними альвеолітами мала прямий зв'язок з інтенсивністю клінічних проявів і морфологічними змінами у навколо-верхівковому просторі [6, 8].

Таким чином, враховуючи місцеві зміни періодонтальних тканин і слизової оболонки навколо ураженого зуба, а також скарги і на загальний стан організму пацієнта, можна прогнозувати або виключати розвиток постекстракційного альвеоліту, при наявності несприятливих умов, проводити упереджувальну терапевтичну тактику.

Таким чином, проведений аналіз постекстракційних ускладнень свідчить про високу частоту, тяжкий клінічний

Таблиця 1. Прогностичні критерії розвитку постекстракційних альвеолітів

| № п/п | Рентгенологічні, місцеві і загальні клінічні ознаки хронічних періодонтитів | Частота наявності симптомів в % | Частота виникнення постекстракційних альвеолітів (%) | Тактика лікаря |
|-------|--|--|--|--|
| 1. | <p>Хронічний періодонтит в стані загострення:</p> <p>а) рентгенологічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нечіткість контурів альвеол; - відсутність капсул; - деформація верхівки кореня; - розсмоктування цементу; - порушення цілісності контурів альвеоли; <p>б) Місцеві клінічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіперемія ясен; - набряк ясен; - нориця з наявністю гною; - перкусія болюча; - симптом вазопарезу; <p>в) Загальні клінічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наявність збільшених лімфовузлів; - загальна слабкість; - головний біль; - підвищена втомлюваність; - поганий сон; - субфебрилітет; - схильність до алергій; - схильність до застудних захворювань; | <ul style="list-style-type: none"> 100 100 90 80 100 100 10 90 80 80 50 60 80 70 30 90 85 65 | 95-100 % | <p>Профілактичні заходи:</p> <p>Кюретаж лунки, обробка лунки антисептичними засобами, заповнення лунки йодоформною турундою, alvogeuil і інші.</p> |
| 2. | <p>Хронічний гранулюючий періодонтит в латентній стадії</p> <p>а) рентгенологічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - руйнування кортикально пластинки альвеоли без чітких меж; - відсутність капсули, контури нечіткі; - розсмоктування верхівки кореня зуба; <p>б) місцеві клінічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наявність нориці з грануляціями; - наявність нориці з гнійним вмістом; - гіперемія ясен; - набряк ясен; - болюча перкусія зуба; - симптом вазопарезу; <p>в) загальні клінічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наявність збільшених лімфовузлів; - загальна слабкість; - головний біль; - поганий сон; - схильність до алергій; - схильність до застудних захворювань; - субфебрилітет | <ul style="list-style-type: none"> 100 100 90 80 20 80 90 70 60 10 40 30 60 40 50 30 | 75-80 % | <p>Профілактичні заходи:</p> <p>кюретаж лунки, обробка лунки антисептичними засобами, заповнення лунки йодоформною турундою, alvogeuil і інше</p> |
| 3. | <p>Хронічний гранулематозний періодонтит</p> <p>а) рентгенологічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - деформація періодонтально щілини; - чітка локалізація; - наявність гранульоми; - наявність капсули; - дефект кістки; - розрідження губчасто речовини кістки; <p>б) Місцеві клінічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ниючий біль; - помірний біль при перкусії ; - легкий набряк ясен; - легка гіперемія ясен; - симптом вазопарезу; <p>в) загальні клінічні ознаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - загальна слабкість; - стомлюваність; - поганий сон; - схильність до алергій; - схильність до застудних захворювань; - субфібрилітет. | <ul style="list-style-type: none"> 30 100 100 100 100 50 25 15 27 10 25 10 35 10 15 25 7 | 35-50 % | <p>50x50 загоєння лунки під кров'яним згустком, або профілактичні заходи по узгодженню з пацієнтом</p> |

перебіг із втратою працездатності, матеріальними і фінансовими витратами та 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 попередньо санації порожнини рота.

На нашу думку, для запобігання постекстракційних ускладнень, або зменшення їх кількості, необхідно проводити аналіз симптомів періапикального вогнища і при наявності наведених даних в таблиці, проводити профілактичні заходи.

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

ВИСНОВКИ 1. Наявність виражених деструктивних змін в навколоренових тканинах є ознакою розвитку постекстракційного альвеоліту.

2. Явища хронічно інтоксикації організму підтверджують наявність одонтогенного хроніосепсису, який, насамперед, є прогностичним критерієм розвитку постекстракційного альвеоліту.

3. Наявність прогностичних ознак розвитку постекстракційного альвеоліту зобов'язує лікаря проводити упереджувальну терапевтичну тактику.

4. При лікуванні альвеолітів враховувати мінеральну щільність кісткової тканини, концентрацію лізоциму в слині і при потребі стимулювати процеси остеогенезу та антимікробного захисту.

Література

1. Безруков С.Г. и соавт. Оценка эффективности лечебно-профилактической повязки используемой при удалении зуба // Другий український міжнародний конгрес. – 2006 – С. 184-187.
2. Бернадская Г.П. и соавт. Эффективность применения гемостатической губки с анбеном и димексидом при лечении альвеолитов // В сборнике "Тезисы докладов научно-практической конференции стоматологов Киевской области". – Белая Церковь, 1989. – 28 с.
3. Груздев Н.А. Острая одонтогенная инфекция. – Медицина, 1978. – 184 с.
4. Пюрик В.П. і співавт. Спосіб профілактики альвеолітів у хворих на цукровий діабет // Матеріали міжнародно науково-практично конференції. – 2005. – 87 с.
5. Рабинович А.С. Хроническая очаговая инфекция полости рта. – Медгиз, 1960 – 165 с.
6. Стецюк А.М. і співавт. Спосіб профілактики кровотечі після видалення зуба // Матеріали міжнародно науково-практично конференції – І. Франківськ, 2005. – 93 с.
7. Черкашин С.И. Патогенез, диагностика, прогнозирование и лечение хронических состояний при периапикальной очаговой инфекции: Дис. ... д-ра мед. наук – Тернополь, 1991.
8. Чумаченко О.В. і співавт. Активізація відновлювальних процесів у щелепних кістках при запальних захворюваннях // Матеріали міжнародно науково-практично конференції. – 2005. – 98 с.
9. Reili C.S. Анестезия в стоматологии: Руководство по анестезиологии: Пер.с англ. / Под ред. А.Р. Эйткенхеда, Г. Смита. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 293 -307.
10. Matthews R. An evaluation of dextranomer granules as a new method treatment of alveolar osteitis//Brit. Dent. Journal. – 1982. – 152, № 5. – P. 157-159.