ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616. 314-089

В.М. Гелей, М.К. Добровольська

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРИКОРОНІТУ І РЕТРОМОЛЯРНОГО ПЕРІОСТИТУ

ДВНЗ "Ужгородський національний університет"

Вступ

За даними багатьох вітчизняних і зарубіжних авторів, утруднене прорізування нижніх третіх молярів зустрічається в 65% пацієнтів. Протягом останнього десятиліття актуальність проблеми загострилася. Захворювання найчастіше виникає в пацієнтів зі зниженим рівнем загального і місцевого імунітету. Суттєву роль відіграють ортодонтична патологія, стан гігієни порожнини рота. Перелічені причини призводять до перикороніту, який ускладнюється ретромолярним періоститом.

Нашою **метою** стало дослідження клінічної ефективності хірургічного лікування перикороніту і ретромолярного періоститу з призначенням оптимального методу лікування.

Матеріали і методика

Під нашим спостереженням перебували 26 пацієнтів віком від 17 до 36 років - 8 осіб чоловічої і 18 жіночої статі.

Сімнадцять із них хворіли на перикороніт, а 9 мали ретромолярний періостит нижньої щелепи. Хворі були поділені на дві групи: основну групу спостереження склали 18 пацієнтів, яким призначали комплексну терапію. 8 пацієнтів увійшли до контрольної групи, в якій застосовували традиційні знеболювальні та протизапальні алопатичні засоби. Усі препарати були ліцензовані МОЗ України.

Пацієнти скаржилися на погіршення загального стану, біль і неприємні відчуття в ділянці зуба "мудрості" і кута нижньої щелепи, обмежене відкривання рота, утруднене ковтання, неприємний запах із ротової порожнини, підвищення температури тіла до 38-38,5 ^{0}С, асиметрію обличчя за рахунок набряку м'яких тканин з ураженої частини щелепи, гіперемію слизової оболонки в ділянці нижніх зубів "мудрості".

Під час огляду виявлено ретромолярний абсцес, наявність відбитків зуба-антагоніста на поверхні каптура, виділення гнійного вмісту, згладженість перехідної складки, болючість при пальпації, однобічне збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. На панорамній і прицільній рентгенограмах нижньої щелепи в бічній проекції спостерігалося розширення періодонтальної щілини третього нижнього моляра, яка в дистальній частині набувала півмісяцевої форми.

Нами запропонований поетапний метод комплексного лікування при серозному перикороніті:

- під інфільтраційною анестезією вирізали каптур слизової оболонки над третім моляром із подальшими аплікаціями 0,03% розчину міра містину, дентагелю. Усередину в ролі терапії призначали лімфоміозот по 10 крапель 3 рази за день до їди, протизапальний препарат «Траумель С» по 1 таб. 5 раз за день після їди;
- при гнійній формі запалення та в післяопераційний період атипового видалення нижнього третього моляра обробляли рану розчином колоїдного срібла. Призначали всередину: полімік (суму фторхінолону 200 мг і орнідазолу 500 мг) - по 1таб. 2 рази за добу; серрату (ензимний препарат серратіопептидазу) - по 10 мг 3 рази за добу; мінерально-вітамінний комплекс «Біовіт», полоскання відваром ромашки після їди.

У ролі контрольних тестів були вибрані клінічні критерії: тривалість больової реакції, терміни грануляції рани, відновлення функції щелепи, вираженість і тривалість набряку м'яких тканин, швидкість епітелізації ранової поверхні методом планіметрії за Л.Н. Поповою, лабораторні дослідження: мінерального складу слини і рентгенографію. Отримані дані обробляли статистично за Ст'юдентом.

Результати та їх обговорення

Обстеження у 84%±0,07% хворих основної групи виявило вже на другий день після хірургічного втручання значне зменшення болючості, гіперемії, набряку м'яких тканин і неприємного запаху. На 5-6 день з'являлись елементи грануляційної тканини. Поступово відновлювалася функція нижньої щелепи, нормалізувалася температу-

рна реакція. Планіметрія свідчила про активний перебіг процесу регенерації рани. Загальний стан організму покращувався.

При дослідженні спостерігали зміни мінерального складу слини: зниження концентрації калію - до (0,43± 0,31) г/л; натрію - до (0,15± 0,17) г/л; підвищення фтору - до (1,1± 0,83) г/л; показники магнію і кальцію практично не відрізнялися від норми.

У 93±0,07% пацієнтів контрольної групи відбувалося пізнє ослаблення больової реакції, зменшення набряку і гіперемії рани. Грануляційна тканина утворювалася на 7-8 день. Відновлення функції нижньої щелепи в середньому на 3,4 +/- 0,1 дня було тривалішим. Планіметрія рани свідчить про в'ялий перебіг процесу регенерації. Нормалізація загального стану організму і його температурної реакції запізнювалась у середньому на 2,8 +/- 0,2 дня.

Установлена достовірна залежність інтенсивності запального процесу в періості від умісту K,Na,F,Ca в ротовій рідині у двох досліджуваних групах пацієнтів. В основній групі знижувалася концентрація K,Na,Mg,F - до 0,43± 0,31 г/л (норма - 0,5± 0,74 г/л); у пацієнтів контрольної групи - до 0,48 ± 0,34 г/л.

Установили також залежність активності ферментів ротової рідини від методики лікування в процесі захворювання. Кількість основних ферментів змішаної слини в пацієнтів досліджуваних груп була така: в контрольній зменшилися кількість муцину - до 1,6±1,9 г/л, норма - 2,0±3,0 г/л; лізоциму - до 0,11±0,14 г/л, норма - 0,15±0,25 г/л. Уреаза і кисла фосфатаза залишались у межах норми. В основній групі, де призначали комплексну терапію, помітна тенденція до посилення бар'єрної функції слини і підвищення рівня ферментів слини: муцину - до 2,74±2,96 г/л, норма - 2,0±3,0 г/л; лізоциму - до 0,18±0,23 г/л, норма - 0,15±0,25 г/л, що підтверджує підвищення місцевих імунних факторів.

Проведені нами клінічні та рентгенологічні, лабораторні дослідження дозволили зробити **висновки**. Застосування комплексного поетапного хірургічного і медикаментозного лікування хворих із призначенням АГТП дренажної, протизапальної, імуномоделюючої дії сприяє нормалізації загального і місцевого статусу, прискореному переходу запалення в репаративну фазу, зменшенню терміну непрацездатності хворого.

Отримані результати свідчать про те, що метод лікування, який ми застосовували при перикороніті та з явищами періоститу, є ефективним і його можна впроваджувати в практику хірурга-стоматолога.

Література

1. Волосовец А.П. Применение препарата Траумель С в практике современной неонатологии и педиатрии: метод. реком. / Волосовец А.П., Кривопустов С.П., Корнейчук О.В. – К., 2006. – С.28 - 30.
2. Маланчук В.А. Роль вегетативного гемостаза в возникновении и развитии синдрома «сухой лунки» /Маланчук В.А., Чумаченко А.В., Платонова Н.Ю. – Минск, 2012. – С. 16-19.
3. Клинические аспекты применения антигомотоксических препаратов в комплексном лечении хронического периодонтита / [Трубка И.А., Моложанов И.А., Хитрова С.А., Дементьева Е.В.] // Український стоматологічний альманах. - 2007. - №5.- С. 31-34.
4. Грецьких Є.В. Антигомотоксичні препарати в комплексному лікуванні пацієнтів на флегмони щелепно-лицевої ділянки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Є.В. Грецьких. – Полтава, 2011. - 20 с.
5. Салієва З.С. Лікування хворих з гострими гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки з використанням препаратів Гентаксан та Траумель С: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» /З.С. Салієва. – К., 2003.- 22 с.

Стаття надійшла 12.09.2013 р.

Резюме

Вивчено комплексну дію медикаментозного і хірургічного лікування перикороніту і ретромолярного періоститу. Поєднане використання траумелю С, лімфоміозоту, поліміку, серрати, мірамістину дозволяє швидше ліквідувати запальний процес, скоротити терміни лікування. Метод ефективний у найближчі та віддалені терміни спостереження.

Ключові слова: перикороніт, ретромолярний періостит, абсцес.

Резюме

Изучено комплексное воздействие медикаментозного и хирургического лечения перикоронита и ретромолярного периостита. Совместное использование траумеля С, лимфомиозота, полимика, серраты, мирамистина позволяет быстрее ликвидировать воспалительный процесс, сократить сроки лечения. Метод является эффективным в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Ключевые слова: перикоронит, ретромолярный периостит, абсцесс.

Summary

The study examined the complex effect of medical and surgical treatment of pericoronitis and retromolar periostitis. Combined use traumel C, limfomiozotu, polymic, serraty, myramistin makes it easier to eliminate the inflammation, reduce treatment time. The method is effective in the immediate and long-term follow-up.

Key words: pericoronitis, retromolar periostitis, abscess.