

**ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО
ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ (частина 1)****Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)**

Наукова робота є фрагментом комплексної НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та пропедевтики основних стоматологічних захворювань різного ґенезу в мешканців Карпатського регіону України», №0111 U006501.

Видалення ретинованих нижніх третіх молярів (НТМ) є розповсюдженою хірургічною маніпуляцією [20], яка часто супроводжується ускладненнями, що значно погіршують життя пацієнтів у післяопераційному періоді [21]. Запальна реакція, яка є прямим наслідком оперативного втручання [17] та невід'ємною складовою післяопераційного періоду супроводжується болем, тризмом жувальних м'язів і набряком оточуючих м'яких тканин [25,31]. Протягом перших семи днів після видалення нижніх третіх молярів спостерігається помітне погіршення якості життя пацієнтів [15,17]. Встановлено, що більше 65% пацієнтів у післяопераційному періоді скаржаться на біль, обмеження відкривання рота, утруднений прийом їжі та психологічний дискомфорт [33,36]. Важливу роль для поліпшення стану пацієнта відіграють адекватні інтра- та післяопераційні заходи, від коректності та послідовності яких залежить тривалість реабілітації хворого [2,51]. До таких заходів боротьби із запальними ускладненнями після операції атипового видалення нижнього третього моляра відносять різні хірургічні техніки: модифіковані доступи до ретинованого або дистопованого зуба мудрості, шляхи його тракції та ушивання рани, залишення дренажів [14,15]; застосування медикаментозних засобів, таких як анальгетики, глюкокортикостероїди та антибіотики [22,35]; фізіотерапевтичні методи, такі як гіпотермія, лазеротерапія та поєднання відомих способів [39].

Існуючі на сьогодні техніки оперативних втручань, що проводяться при лікуванні ретенції та дистопії НТМ надзвичайно різноманітні [5,6,7,8,9,10,11,18,44,52], мають ряд переваг та недоліків. Їх основною метою є створення доступу до зуба мудрості з мінімальним травмуванням навколишніх тканин, його повноцінне видалення, при потребі заповнення кісткового дефекту штучною чи аутокісткою, закриття післяопераційної рани [16,37,45]. Так, для досягнення вище перелічених цілей Челій О. І. [8] використовує спосіб хірургічного лікування ретинованих нижніх третіх молярів, який полягає у проведенні під місцевою провідниковою анестезією розрізу слизової оболонки та окістя від основи крило-щелепної складки по ребреню альвеолярної частини нижньої щелепи

до перехідної складки в ділянці сьомого зуба, після відшарування слизово-окісного клаптя формують на вестибулярній поверхні зуба, нижче екватора, порожнину під елеватор і здійснюють тракцію третього моляра.

Пішковці М. Я. [9] для видалення ретиновано-дистопованих (імпактних) нижніх третіх молярів, які займають горизонтальне положення, після відшарування слизово-окісного клаптя трикутної форми у ретромолярній ділянці та часткового видалення передньонижнього відділу гілки нижньої щелепи, що нависає над ретиновано-дистопованим зубом, кулястим бором тільки з вестибулярної поверхні коронки та кореня ретиновано-дистопованого зуба видаляють губчасту частину кістки до екватора зуба, а також сегмент коронки нижнього третього моляра, що впирається у корінь другого моляра, у створений жолобок вводять елеватор, яким вивихують і видаляють зуб.

Методика оперативного втручання Пиптюка Т. В. [12] полягає у проведенні розрізу слизової оболонки та окістя, видаленні кісткового фрагменту над ретинованим зубом і тракції зуба, після чого кістковий фрагмент повертають на його ж місце і фіксують за допомогою медичного клею, лунку ушивають наглухо.

Ахмеров В. Д. [10] довів ефективність профілактики запальних ускладнень при атиповому видаленні нижнього третього моляра за рахунок вивихування зуба в бік язикової стінки комірки. Також для видалення напівретинованих зубів проводять їх фрагментацію хірургічним бором діаметром 3-3,5мм [6]. При мезіоангулярному розташуванні зуба розсічення коронки проводять під кутом 40-50 градусів до горизонтальної площини, при дистоангулярному та горизонтальному розташуванні зуба – під кутом 80-90 градусів.

Описані методики атипового видалення нижніх третіх молярів забезпечують мінімальну травмизацію навколишніх тканин, скорочення термінів операції та зменшення розвитку запальних ускладнень.

Лобанова Н. І. [5] здійснює видалення зубів мудрості у перше відвідування не залежно від наявності запального процесу. Кісткову порожнину, що утворилась після видалення заповнюють збагаченою тромбоцитами плазмою, яка отримана з крові пацієнта. Спосіб забезпечує скорочення термінів лікування, зменшення ризику розвитку післяопераційних ускладнень.

Також застосовують різноманітні методики ушивання післяопераційної рани, які впливають на її загоєння [32,14,41]. Наприклад, повне ушивання слизово-окісного клаптя або загоєння первинним натягом та часткове ушивання або вторинне загоєння ран [18]. Огляд літератури показує, що деякі автори [14,18] вважають вторинну техніку закриття ефективнішою, про що свідчать показники інтенсивності післяопераційного болю, ступеню набряку та тризму. Описані різноманітні способи вторинного закриття післяопераційної рани: це створення «вікна», шляхом висічення слизової оболонки без посередньо біля дистального краю другого моляра [16,32], введення марлевих або гумових дренажів [21,40,47,50], накладання лише зближуючого шва [18,41], а також поєднання методів [42].

Hashemi H. M. [28] описує застосування лише зближуючого шва для закриття післяопераційної лунки після видалення нижніх зубів мудрості. За результатами клінічного дослідження у групі, де застосовувалась вказана методика післяопераційний біль та набряк були меншими порівняно з контрольною групою.

Anisha M. et al. [39] вивчали перебіг післяопераційного періоду на 56 пацієнтах, яким проводилось атипове видалення третіх молярів нижньої щелепи з обох боків одночасно. З одного боку проводилось закриття післяопераційної рани наглухо, з іншого – рана загоювалась вторинним натягом. Другий метод виявився ефективнішим, про що свідчили ступінь набряку та больові відчуття у ранньому післяопераційному періоді.

Pasqualini D. [18] у своєму дослідженні встановив, що вже на першу добу післяопераційного огляду різниця між середньою оцінкою болю в групі, де загоєння відбувалось первинним натягом та у другій – загоєння вторинним натягом, була 0. 57см, на 0-5см візуально-аналогової шкали. Це розходження було статистично значущим, як і відмінність ступеню набряку м'яких тканин обличчя з середньою різницею 0. 49см на той самий момент огляду.

Таким чином, вторинне загоєння післяопераційної рани атипового видалення нижніх зубів мудрості супроводжується легшим перебігом післяопераційного періоду. Але, видалення тканини для створення «вікна» зумовлює додаткову травму та істотно сповільнює загоєння [7,11]. Тому, хірурги-стоматологи повинні використовувати також інші, менш травматичні методи мінімізації запальних ускладнень, які зумовлені атиповим видаленням нижніх третіх молярів.

Chukwuneke F. N. et al. [21] у порівняльному дослідженні впливу дренажу на перебіг післяопераційного періоду атипового видалення нижніх третіх молярів виявили, що воно зумовило зменшення набряку та тризму, в той час як больові відчуття залишались без змін. Автори спостерігали короткочасне підвищення ступеню больових відчуттів в групі, де застосовувалось дренажування післяопераційної рани, що пов'язано з подразнюючим ефектом випускника. Також відзначено різке зниження рівня

болю, коли, через 72 години, дренаж було видалено. Встановлення випускника вимагає від пацієнта додаткового догляду за післяопераційною ранною вдома, і це може зумовити сповільнення загоєння в деяких випадках [14].

Soodan K. S. [50], Szolnoky G. [53] and Osunde O. D. [48] у клінічних дослідженнях впливу дренажування післяопераційної рани на розвиток запальних ускладнень після атипового видалення нижніх третіх молярів відзначають значний позитивний вплив методу лікування на перебіг післяопераційного періоду.

Поєднання висічення слизової оболонки та дренажування рани описане Brabander E. C. and Cattaneo G. [47]. Автори оцінювали два різних типи закриття рани після атипового видалення НТМ. У дослідній групі видаляли частину слизової оболонки біля дистальної поверхні другого корінного зуба та застосовували дренажування змащеною вазеліном марлею. У контрольній групі проводили таку ж хірургічну маніпуляцію, але без залишення дренажу. Перебіг післяопераційного періоду відзначали без різниці показників інтенсивності больових відчуттів та площі набряку обох груп.

На підставі розглянутих досліджень можна зробити висновок, що кожен із описаних методів є ефективним у лікуванні запальних ускладнень атипового видалення НТМ, але найкращі результати продемонстрували ті, які сприяють евакуації запального ексудату, що зумовлює значне зменшення післяопераційного болю та набряку.

Однак більшість авторів вважають, що хірургічні методи лікування ретенції та дистопії НТМ є недостатньо ефективними, оскільки не забезпечують значного зменшення травматизації тканин, істотно не впливають на перебіг післяопераційного періоду, а лише забезпечують повноцінне видалення зуба [11,4,3,13,25].

Допомогти хірургу-стоматологу у боротьбі із запальними ускладненнями атипового видалення НТМ можуть медикаментозні засоби загального та місцевого впливу. Серед них антибактеріальні, стероїдні та нестероїдні протизапальні, анальгезуючі, протинабрякові, гомеопатичні, імуномодуючі препарати, дія яких спрямована на усунення післяопераційного болю, набряку і тризму жувальних м'язів.

Особливо гостро проблема післяопераційної терапії розглядається в амбулаторній стоматологічній хірургії, оскільки після проведення хірургічної маніпуляції пацієнт не знаходиться під контролем лікаря, тому медикаментозна терапія спрямована на попередження будь-яких можливих ускладнень [20,24]. Але побічні ефекти, викликані вказаними препаратами, досить серйозні і небезпечні, серед них гастрити, виразки шлунка або кишківника, шлунково-кишкові кровотечі, шкірні алергічні реакції, бронхоспазм, порушення згортання крові, ураження печінки та нирок, затримка натрію і води в організмі людини, що створює додаткове навантаження на серце. Більше того, серед ускладнень при призначенні нестероїдних протизапальних

засобів діагностуються стоматити, гінгівіти, глосити, хейліти, виразки слизової оболонки порожнини рота [26,49]. Подібні зміни, але з важчим перебігом, спостерігали і після проведення глюкокортикостероїдної терапії, що викликає пригнічення імунного статусу і може зумовлювати виникнення виразок слизової оболонки порожнини рота і шлунково-кишкового тракту, розвиток дисбактеріозу, кандидозу та піодермії. До цих препаратів відносять «Еноксолон», «Індометацин», «Диклофенак натрію», «Піроксикам», «Моваліс», «Димексид».

Тому, незважаючи на наявність широкого арсеналу високоактивних лікарських препаратів, застосовується традиційне лікування, яке не завжди дає бажані результати [48].

Часто хірурги-стоматологи для профілактики післяопераційних ускладнень призначають антибіотики [24]. За даними Medica Advertising News (США) лікарі-стоматологи щодня призначають від 2 до 10 різних лікарських форм антибіотиків і особливо часто пацієнтам зі скаргами на біль та набряк [29]. Водночас, практично відсутні дані, що підтверджують доцільність антибіотикотерапії при цих станах. Результати клінічних досліджень свідчать про небажаність використання антибіотиків в деяких ситуаціях, оскільки вказані препарати чинять несприятливий вплив на імунну систему організму людини і сприяють виникненню ускладнень загальносоматичного характеру [15,27,38,43,45,48].

Серед медикаментозних засобів для боротьби із запальними явищами у післяопераційній ділянці використовують також глюкокортикостероїди [23,34]. У клініці хірургічної стоматології найбільш широко використовуються препарати «Дексаметазон» та «Метилпреднізолон» [22,40,54]. Низкою авторів вивчена ефективність їх застосування та відзначено, що призначення кортикостероїдів до, під час чи після оперативного втручання значно зменшує тяжкість післяопераційних ускладнень, таких як біль, набряк і тризм жувальних м'язів [1,19,30,35].

Kaur J. et al. [34] у порівняльному дослідженні різних доз кортикостероїдів дійшли висновку, що доопераційне введення 125 мг метилпреднізолону є найбільш ефективним для попередження запальних ускладнень атипичного видалення НТМ без значних побічних ефектів.

Milles M. and Desjardins P. J. [54] зауважили, що у пацієнтів, які отримували кортикостероїди набряк наростав до третього дня після операції, тому вони рекомендують введення гормональних протизапальних засобів як мінімум протягом трьох днів після операції.

Ustun Y. et al. [22] порівнювали вплив різних доз метилпреднізолону (1. 5mg/kg і 3. 0mg/kg) на біль, набряк і тризм, які виникають після атипичного видалення нижніх зубів мудрості і не виявили істотних відмінностей між ефектами від обох доз. Вони прийшли до висновку, що краще використовувати низькі дозування через можливі побічні ефекти кортикостероїдів.

Література

1. Гриншпун К. И. Применение глюкокортикоидного препарата «Дексаметазон» при хирургических стоматологических вмешательствах для лечения и профилактики воспалительных осложнений : дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / К. И. Гриншпун. – Москва., 2004. – 31 с.
2. Гурылёва М. Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / М. Э. Гурылёва, М. В. Журавлёва, Г. Н. Алеева // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, №10. – С. 761-763.
3. Добрий-Вечір Т. В. Особливості хірургічного лікування хворих з утрудненим прорізуванням нижніх третіх молярів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14. 01. 22 «Стоматологія» / Т. В. Добрий-Вечір. – К., 2011. – 18 с.
4. Маланчук В. О. Спосіб хірургічного лікування утрудненого прорізування нижніх зубів мудрості / В. О. Маланчук, О. О. Астапенко, Т. В. Добрий-Вечір // Вісн. стоматології. – 2006. – №2. – С. 69-71.
5. Пат. 2365350 Россия, МПК А61В17/24. Способ лечения затрудненного прорезывания нижних восьмых зубов / заявители и патентобладатели Лобанова Н. И., Киселев Г. Ф., Кирейчук В. П., Коновалова Т. И., Ткаченко Т. С. – №2008103083/14; заявл. 28.01.2008; опубл. 27.08.2009, ФИПС.
6. Пат. 2423949 Россия, МПК А61С17/24. Способ удаления полуретинированных зубов / Семенников В. И., Семенникова Н. В., Шаргунов П. А., Тактак Месиф; патентообладатель ГОУ ВПО «Алтайский Гос. Мед. ун-т». – №2009142635/14; заявл. 18. 11. 2009; опубл. 20. 07. 2011, ФИПС.
7. Пат. 57120 Україна, МПК А61С7/00. Спосіб лікування хворих з ретинуваними зубами фронтальної ділянки верхньої щелепи/ винахідники і патентовласники Гайдук Р. В., Горицька К. В., Уштан С. В., Гисик М. В. – №201009348; заявл. 26.07.2010; опубл. 10. 02. 2011, Бюл. №3.
8. Пат. 63781 Україна, МПК А61В17/24, А61С1/00, А61С19/00. Спосіб хірургічного лікування ретенуваних нижніх третіх молярів / винахідники і патентовласники Челій О. І., Пиптюк Т. В. – №201101859; заявл. 17.02.2011; опубл. 25.10.2011, Бюл. №20.
9. Пат. 65240 Україна, МПК А61С7/00. Спосіб атипичного видалення імпаکتного третього моляра верхньої щелепи / Пішковці М. Я., Пішковці Я. Я., Мигович І. М. ; заявник і патентовласник Львівській НМУ ім. Д. Галицького. – №201107020; заявл. 03.06.2011; опубл. 25. 11. 2011, Бюл. №22.
10. Пат. 66122 Україна, МПК А61С1/00. Спосіб профілактики післяопераційних запальних ускладнень при атипичному видаленні нижнього третього моляра / винахідник і патентовласник Ахмеров В. Д. – №201106705; заявл 30.05.2011; опубл. 26. 12. 2011, Бюл. №24.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

11. Пат. 77111 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб ендоскопічної ревізії лунки під час типового або атипового видалення зуба / винахідники і патентовласники Боєнко Д. С., Гладкова Н. О., Алексєєв С. Б. – №201209604; заявл. 07. 08. 2012; опубл. 25. 01. 2013, Бюл. №2.
12. Пиптюк Т. В. Хірургічні методи лікування пацієнтів із затрудненим прорізуванням нижніх третіх молярів / Т. В. Пиптюк, В. П. Пюрик, В. М. Пиптюк // Галиц. лікар. вісн. – 2012. – 19, № 1. – С. 161-164.
13. Саєнко В. Л. Інтраопераційна профілактика ускладнень хірургічного лікування стоматологічних хворих : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14. 01. 22 «Стоматологія» / В. Л. Саєнко. – Київ, 2008. – 18 с.
14. Anisha M. Comparison of primary and secondary closure of the surgical wound after removal of impacted mandibular third molars / M. Anisha, M. Malik, P. Virang // Journal of maxillofacial and oral surgery. – 2012. – Vol. 11(3). – P. 276-283.
15. Blondeau F. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors / F. Blondeau, N. G. Daniel // J. Can. Dent. Assoc. – 2007. – Vol. 73(4). – P. 325-328.
16. Carrasco-Labra A. Secondary versus primary closure techniques for the prevention of postoperative complications following removal of impacted mandibular third molars: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / A. Carrasco-Labra, R. Brignardello-Petersen, N. Yanine // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2012. – Vol. 70, №8. – P. 441-457.
17. Changes in quality of life following third molar / C. McGrath, M. B. Comfort, E. C. Lo, Y. Luo // African Health Sciences – 2011. – Vol. 11(3). – P. 265-268.
18. Chaudhary M. Primary and secondary closure technique following removal of impacted mandibular third molars: A comparative study / National journal of maxillofacial surgery. – 2012. – Vol. 3(1). – P. 10-16.
19. Christensen J. Efficiency of bupivacaine versus lidocaine and methylprednisolone versus placebo to reduce postoperative pain and swelling after surgical removal of mandibular third molars: a randomized, double-blinded, crossover clinical trial / J. Christensen // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – 2013. – Vol. 71. 9. – P. 1490-1499.
20. Christian F. Influence of lower third molar anatomic position on postoperative inflammatory complications: original research / F. Christian, D. Timo // Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2012. – Vol. 70. – P. 1280-1285.
21. Chukwunke F. N. A comparative study of the effect of using a rubber drain on postoperative discomfort following lower third molar surgery / F. N. Chukwunke, C. Oji, B. D. Saheeb // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2008. – Vol. 37. – P. 341-344.
22. Deo S. P. Effect of submucosal injection of dexamethasone on post-operative sequelae of third molar surgery / S. P. Deo, P. Shetty // Journal of Nepal Medical Association. – 2011. – Vol. 51(182). – P. 25-30.
23. Effects of co-administered dexamethasone and diclofenac potassium on pain, swelling and trismus following third molar surgery / B. O. Bamgbose, J. A. Akinwande, W. L. Adeyemo [et al.] // Head & Face Medicine – 2005. – Vol. 1. – P. 11.
24. Figueiredo R. Delayed-onset infections after lower third molar extraction: a case-control study / R. Figueiredo // Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2007. – Vol. 65. – P. 97-102.
25. Guerrero M. E. Can preoperative imaging help to predict postoperative outcome after wisdom tooth removal? A randomized controlled trial using panoramic radiography versus cone-beam CT / M. E. Guerrero // Clinical oral investigations. – 2013. – Vol. 8 – P. 264-268.
26. Goforoushan F. Efficacy of vitamin E to prevent dermal complications of isotretinoin. / F. Goforoushan, A. Hamideh, G. Mohammad // Pakistan Journal of Biological Sciences. – 2013. – Vol. 16(11). – P. 45-48.
27. Halpern L. R. Does prophylactic administration of systemic antibiotics prevent postoperative inflammatory complications after third molar surgery? / L. R. Halpern, B. D. Thomas // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – 2007. – Vol. 65. 2. – P. 177-185.
28. Hashemi H. M. The effect of sutureless wound closure on postoperative pain and swelling after impacted mandibular third molar surgery / H. M. Hashemi, B. Majid, A. Reihaneh // British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2012. – Vol. 50(3). – P. 256-258.
29. Hatano Y. Clinical evaluations of coronectomy (intentional partial odontectomy) for mandibular third molars using dental computed tomography: a case-control study / Y. Hatano // Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2009. – Vol. 67. – P. 1806-1814.
30. Hoheisel U. Injection of nerve growth factor into a low back muscle induces long-lasting latent hypersensitivity in rat dorsal horn neurons / U. Hoheisel // Pain. – 2013. – Vol. 3. – P. 95-105.
31. Incidence of neurosensory deficits and recovery after lower third molar surgery: a prospective clinical study of 4338 cases / L. K. Cheung, Y. Y. Leung, L. K. Chow [et al.] // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2010. – Vol. 39(4). – P. 320-326.
32. Influence of primary and secondary closure of surgical wound after impacted mandibular third molar removal on postoperative pain and swelling – a comparative and split mouth study / A. K. Dander, M. K. Tatiparthi, V. Narayanan [et al.] // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2010. – Vol. 68(2). – P. 309-312.
33. Jerjes W. Risk factors associated with injury to the inferior alveolar and lingual nerves following third molar surgery-revisited / W. Jerjes // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2010. – Vol. 109(3). – P. 335-345.
34. Kaur J. Effect of methylprednisolone on postoperative pain, swelling and trismus following the surgical removal of bilateral impacted mandibular third molars / J. Kaur // Indian journal of comprehensive dental care. – 2011. – Vol. 1. – P. 45-49.
35. Kaur S. To study the efficacy of dexamethasone injected into the masseter muscle in controlling post operative sequelae after 3rd molar surgery / S. Kaur, T. P. Ahluwalia and G. B. Sandeep // Farid University Dental Journal. – 2013. – Vol. 4. – P. 31-37.
36. Lee G. A comparison of a generic and oral health-specific measure in assessing the impact of early childhood caries on quality of life / G. Lee // Community dentistry and oral epidemiology. – 2010. – Vol. 38(4). – P. 333-339.
37. Leung Y. Y. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial / Y. Y. Leung, L. K. Cheung // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2009. – Vol. 108(6). – P. 821-827.
38. Lodi G. Antibiotics to prevent complications following tooth extractions / G. Lodi, L. Figini, A. Sardella // Cochrane Database Syst. Rev. – 2012. – Vol. 14, №11 [CD003811. doi: 10. 1002/14651858. CD003811. pub2.].
39. Markovoric A. Effectiveness of dexamethasone and low-power laser in minimizing oedema after third molar surgery: a clinical trial / A. Markovoric, L. J. Todovoric // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2007. – Vol. 36(3). – P. 226-229.

40. Ordulu M. Comparative study of tube drainage versus methylprednisolone after third molar surgery / M. Ordulu, I. Aktas, S. Yalcin // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2006. – Vol. 101(6). – P. 96-100.
41. Osunde O. D. A comparative study of the effect of suture-less and multiple suture techniques on inflammatory complications following third molar surgery / O. D. Osunde, R. A. Adebola, B. D. Saheeb // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2012. – Vol. 41, №10. – P. 1275-1279.
42. Osunde O. D. Comparative study of effect of single and multiple suture techniques on inflammatory complications after third molar surgery / O. D. Osunde, B. D. Saheeb, R. A. Adebola // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 69. – P. 971-976.
43. Pogrel M. A. The anatomic structure of the inferior alveolar neurovascular bundle in the third molar region / M. A. Pogrel., D. Dorfman, H. Fallah // Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2009. – Vol. 67. – P. 2452-2454.
44. Prognostic factors affecting the duration of disability after third molar removal / Bienstock D. A., Dodson T. B., Perrott D. H., Chuang S. K. // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2011. – Vol. 69(5). – P. 1272-1277.
45. Renton T. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars / T. Renton, M. Hankins, C. Sproate // British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2005. – Vol. 43. – P. 7.
46. Shafique R. Level of patient's satisfaction after mandibular third molar extraction / R. Shafique // International Journal of Dental Clinics – 2013. – Vol. 5. – P. 3-8.
47. Shuangjun L. Drainage for the control of complications after extraction of impacted mandibular third molar: A systematic review / L. Shuangjun // West China Journal of Stomatology. – 2012. – Vol. 30(6). – P. 36-40.
48. Sisalli U. Amoxicillin and clavulanic acid vs ceftazidime in the surgical extraction of impacted third molar: a comparative study / U. Sisalli, C. Lalli, L. Cerone // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. – 2012. – Vol. 25, №3. – P. 771-774.
49. Song F. Methodological problems in the use of indirect comparisons for evaluating healthcare interventions: survey of published systematic reviews / F. Song // British Medical Journal. – 2009. – Vol. 8. – P. 338-340.
50. Soodan K. S. Comparative study of the effect of tube drain on impacted mandibular third molar surgery / K. S. Soodan, K. Rajesh and P. Pratiksha // International journal of stomatology & occlusion medicine. – 2013. – Vol. 3. – P. 13-18.
51. Stathopoulos P. Cysts and tumors associated with impacted third molars: is prophylactic removal justified? / P. Stathopoulos // Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2011. – Vol. 69(2). – P. 405-408.
52. Suomalainen A. Reliability of CBCT and other radiographic methods in preoperative evaluation of lower third molars / A. Suomalainen // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2010. – Vol. 109(2). – P. 276-284.
53. Szolnoky G. Manual lymph drainage efficiently reduces postoperative facial swelling and discomfort after removal of impacted third molars / G. Szolnoky // Lymphology. – 2007. – Vol. 40(3). – P. 138-142.
54. Vegas-Bustamante E. Efficacy of methylprednisolone injected into the masseter muscle following the surgical extraction of impacted lower third molars / Vegas-Bustamante E. // International journal of oral and maxillofacial surgery. – 2008. – Vol. 37. – P. 260-263.

УДК 616.314-089.87-06-08

ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ (частина 1)

Огоновський Р. З., Хомич Н. М., Кузняк Н. Б.

Резюме. У статті здійснено аналіз основних способів профілактики та лікування запальних ускладнень атипичного видалення нижніх третіх молярів, які зафіксовані у фаховій літературі до 2013 року включно. Визначено основні переваги та недоліки методик, серед яких найчастіше хірурги-стоматологи застосовують хірургічні (для зменшення травмування навколишніх тканин), дренажування рани, медикаментозні препарати різних груп, а також фізіотерапію. Встановлено, що всі способи попередження розвитку післяопераційного болю, набряку та тризму є різною мірою ефективні, про що свідчать результати експериментальних та клінічних досліджень науковців різних країн. Автори детально проаналізували травмуючий фактор хірургічного втручання, а також дію антибактеріальних препаратів та глюкокортикостероїдів на патогенетичні ланки запального процесу та встановили, що не всі перераховані препарати повноцінно запобігають розвитку зазначених ускладнень, тому пошук найефективнішого методу лікування запальних ускладнень атипичного видалення нижніх третіх молярів залишається актуальним питанням сучасної щелепно-лицевої хірургії.

Ключові слова: післяопераційний період, запальні ускладнення, біль, набряк, тризм, нижні треті моляри.

УДК 616.314-089.87-06-08

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АТИПИЧНОГО УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ (часть 1)

Огоновский Р. З., Хомич Н. М., Кузняк Н. Б.

Резюме. В статье представлен анализ основных способов профилактики и лечения воспалительных осложнений атипичного удаления нижних третьих моляров, которые зафиксированы в профессиональной литературе до 2013 года включительно. Определены основные преимущества и недостатки методик, среди которых чаще всего хирурги-стоматологи применяют хирургические (для уменьшения травмирования окружающих тканей), дренирование раны, медикаментозные препараты разных групп, а также физиотерапию. Установлено, что все способы предупреждения развития послеоперационной боли, отека и тризма имеют разную степень эффективности, о чем свидетельствуют результаты экспериментальных и клинических исследований ученых разных стран. Авторы подробно проанализировали травмирующий фактор

хирургического вмешательства, а также действие антибактериальных препаратов и глюкокортикостероидов на патогенетические звенья воспалительного процесса и установили, что не все перечисленные препараты полноценно предотвращают развитие указанных осложнений, поэтому поиск эффективного метода лечения воспалительных осложнений атипичного удаления нижних третьих моляров остается актуальным вопросом современной челюстно-лицевой хирургии.

Ключевые слова: послеоперационный период, воспалительные осложнения, боль, отек, тризм, нижние третьи моляры.

UDC 616.314-089.87-06-08

Treatment of Inflammatory Complications after Third Molars Surgery: a Literature Review (Part 1)

Ogonovsky R., Khomych N., Kuzniak N.

Abstract. This article analyzes the main methods of prevention and treatment of inflammatory complications of third molars surgery, which were recorded in professional literature to 2013 inclusive.

Established that more than 65% of patients in the postoperative period complain of pain, limitation of mouth opening, difficult eating and psychological discomfort. An important role for the improvement of the patient plays an adequate intra- and postoperative measures of accuracy and consistency of which depends on the duration of the rehabilitation of the patient. Such measures of treatment of inflammatory complications after third molars surgery include different surgical techniques: modified accesses to atypically placed wisdom tooth, ways of traction and suturing wounds, leaving drainage, the use of drugs such as analgesics, steroids and antibiotics, physiotherapy techniques such as hypothermia, laser or a combination of known methods.

The aim of study: detailed analysis of all known methods of treating inflammatory complications, indications and contraindications to them, with emphasis on their advantages and disadvantages.

The object of study: domestic and foreign scientific publications in professional journals until 2013 inclusive.

Results. The main advantages and disadvantages of methods, including the most commonly used oral surgery (to reduce injury to the surrounding tissue), draining wounds, different groups of drugs and physical therapy.

Particularly acute problem of postoperative therapy is seen in outpatient dental surgery because after surgical manipulation of the patient is not under the supervision of a physician, because medical therapy is aimed at preventing any possible complications. But the side effects caused by these drugs are serious and dangerous, including gastritis, gastric ulcers or intestinal, gastrointestinal bleeding, allergic skin reactions, bronchospasm, bleeding disorders, liver and kidney water-salt metabolism in the human body which creates an additional burden on the heart. Moreover, among the complications of NSAID prescribing diagnosed stomatitis, gingivitis, glossitis, cheilitis, ulcers of the oral mucosa. Similar changes, but of course more difficult, was observed after steroids therapy, which causes suppression of the immune status and can cause of ulcers of the oral mucosa and gastrointestinal tract, developing dysbacteriosis, candidosis and piodermiya.

Therefore, despite the presence of a wide arsenal of high medicinal products used conventional treatment, which does not always produce the acceptable results.

It was found that all methods of prevention of post-operative pain, swelling and trismus is effective to varying degrees, as evidenced by the results of experimental and clinical research scientists from different countries. The authors analyzed the traumatic factor of third molars surgery and the effect of antibacterial drugs and corticosteroids on pathogenetic links inflammation and found that not all of these drugs completely prevent the development of these complications, as a more efficient method of treating of inflammatory complications of third molars surgery remains a pressing issue of contemporary maxillofacial surgery.

Key words: postoperative inflammatory complications, pain, swelling, trismus, lower third molars.

Рецензент – проф. Білокий В. В.

Стаття надійшла 17. 02. 2014 р.