

УДК : 616. 314-089

МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ПЕРИКРОНИТУ І РЕТРОМОЛЯРНОГО ОСТИТУ

Добровольська М.К.^{*}, Брехлічук П.П.^{**},
Гелей Н.І.^{***}, Гелей В.М.^{****}

** кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедрою терапевтичної
стоматології, ДВНЗ «Ужгородський
національний університет», Ужгород,
Україна*

*** кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри хірургічної
стоматології, щелепно-лицевої хірургії
та онкостоматології, ДВНЗ
«Ужгородський національний
університет», Ужгород, Україна*

**** асистент кафедри хірургічної
стоматології, щелепно-лицевої хірургії
та онкостоматології, ДВНЗ
«Ужгородський національний
університет», Ужгород, Україна*

***** старший викладач кафедри
хірургічної стоматології, щелепно-
лицевої хірургії та онкостоматології,
ДВНЗ «Ужгородський національний
університет», Ужгород, Україна*

Summary : The study considers the complex effectiveness of the medical and surgical treatment of pericoronitis and retro-morillaryostitis. The combined use of drugs: Traumeel, Limphomiosot, Polimik, Sarat, Myramistin easier to deal with inflammation, pain, shortens treatment. The results show that the treatment method that we used at perykoronyti, retro-morillaryostitis is effective in the near and long term.

Key words : perykoronyt, retromolarostitis, inflammatory process, mineral composition of saliva, saliva enzymes, immune factors.

За даними багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів утруднене прорізування нижніх третіх молярів зустрічається у 65% пацієнтів [1 - 5]. Протягом останнього десятиліття актуальність проблеми зросла. Захворювання найчастіше виникає у пацієнтів зі зниженим рівнем загального і місцевого імунітету [6, 9, 10]. Суттєву роль відіграє ортодонтична патологія, стан гігієни порожнини рота. Перелічені причини приводять до перикорониту, який ускладнюється ретромоллярним періоститом [7, 8].

Мета дослідження: дослідити клінічну ефективність хірургічного лікування перикорониту та ретромоллярного оститу з призначенням оптимального методу лікування.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 26 пацієнтів віком від 17 до 36 років. Серед них було 8 – осіб чоловічої і 18 - жіночої статі, 17 з них хворіли на перикоронит, а 9 - мали ретромоллярний періостит нижньої щелепи.

В якості контрольних тестів були вибрані клінічні критерії: тривалість больової реакції, терміни грануляції рани, відновлення функції щелепи, вираженість та тривалість набряку м'яких тканин, швидкість епітелізації раневої поверхні методом планіметрії за Л.Н. Поповою, лабораторні дослідження: мінерального складу слини та рентгенографію. Отримані дані обробляли статистично за Стюдентом.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежені 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 знеболюючі і протизапальні алопатичні засоби. Всі препарати були ліцензовані МОЗ України.

Пацієнти скаржились на погіршення загального стану, біль та припухлість м'яких тканин у ділянці третього моляра і кута нижньої щелепи,

обмежене відкривання рота, утруднене ковтання, неприємний запах із ротової порожнини, підвищення температури тіла до 38 - 38,5 °С, асиметрію обличчя за рахунок набряку м'яких тканин ураженої частини щелепи, гіперемію слизової оболонки в ділянці нижніх зубів "мудрості".

Під час огляду виявлено 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 у бічній проекції спостерігалось розширення періодонтальної щілини третього нижнього моляра, яка у дистальній частині набувала півмісяцевої форми.

Нами запропонований поетапний метод комплексного лікування при серозному перикороніті:

- під інфільтраційною анестезією проводилось висічення каптура слизової оболонки над третім моляром з наступними аплікаціями 0,03% розчину мірамістину, дентагелю. Всередину, в якості терапії, призначали лімфоміозот по 10 крапель 3 рази на день до їжі, протизапальний препарат траумель С по 1 таб. 5 раз на день після їжі;

- при гнійній формі запалення та у післяопераційному періоді атипового видалення нижнього третього моляра обробляли рану розчином колоїдного срібла. Призначали всередину: полімік (суміш фторхінолона 200мг та орнідазола 500мг) - по 1 таб. 2 рази на добу, серрату (ензимний препарат серратіопептидазу) - по 10мг 3 рази на добу, мінерально-вітамінний комплекс

«Біовіт», полоскання відваром ромашки після їди.

Обстеження у 84%±0.07% хворих основної групи вже на другий день після хірургічного втручання виявило значне зменшення болючості, гіперемії, набряку м'яких тканин та неприємного запаху. На 5-6 день з'являлись елементи грануляційної тканини. Поступово відновлювалась функція нижньої щелепи, нормалізувалась температурна реакція. Планіметрія свідчила про активний перебіг процесу регенерації рани. Загальний стан організму покращувався.

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

В контрольній групі пацієнтів. У 93±0.07% відмічалось пізніше зниження больової реакції, набряку і гіперемії рани. Поява грануляційної тканини спостерігалось на 7-8 день. Відновлення функції нижньої щелепи в середньому на 3,4 +/- 0,1 дня було довшим. Планіметрія рани свідчить про в'ялий перебіг процесу регенерації. Нормалізація загального стану організму і його температурної реакції запізнювалась в середньому на 2,8 +/- 0,2 дня.

Встановлена достовірна залежність інтенсивності запального процесу в періості від вмісту К,Na,F,Ca у ротовій рідині в двох досліджуваних групах пацієнтів. В основній групі відмічалось зниження концентрації К,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., дані наведено на рисунку 1.

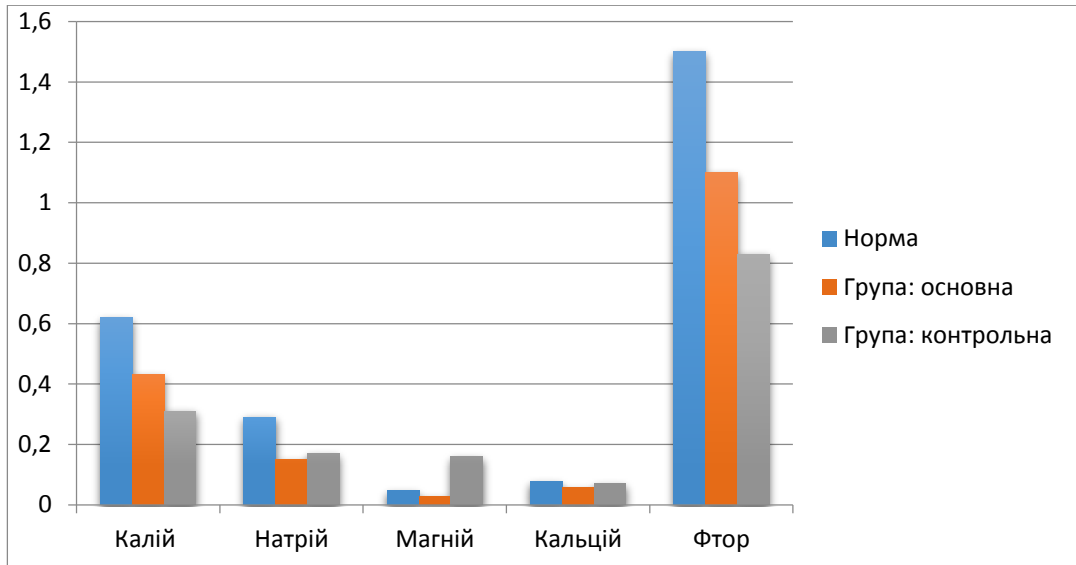


Рис.1. Зміни мінерального складу ротової рідини у різних групах хворих.

Було також встановлено залежність активності ферментів ротової рідини від методики лікування в процесі захворювання. Кількість основних ферментів змішаної слини в пацієнтів досліджуваних груп дорівнювала: контрольній - зменшились кількість муцину - до $(1,6 \pm 1,9 \text{ г/л})$ норма $(2,0 \pm 3,0 \text{ г/л})$, лізоциму - до $(0,11 \pm 0,14 \text{ г/л})$ норма $(0,15 \pm 0,25 \text{ г/л})$. Уреаза і кисла фосфатаза

залишались в межах норми. В основній групі, де призначали комплексну терапію, відзначалася тенденція до збільшення бар'єрної функції слини та підвищення рівня ферментів слини: муцину - до $(2,74 \pm 2,96 \text{ г/л})$ норма $(2,0 \pm 3,0 \text{ г/л})$, лізоциму - до $(0,18 \pm 0,23 \text{ г/л})$ норма $(0,15 \pm 0,25 \text{ г/л})$, що підтверджує підвищення місцевих імунних факторів, дані наведено в рисунку 2.

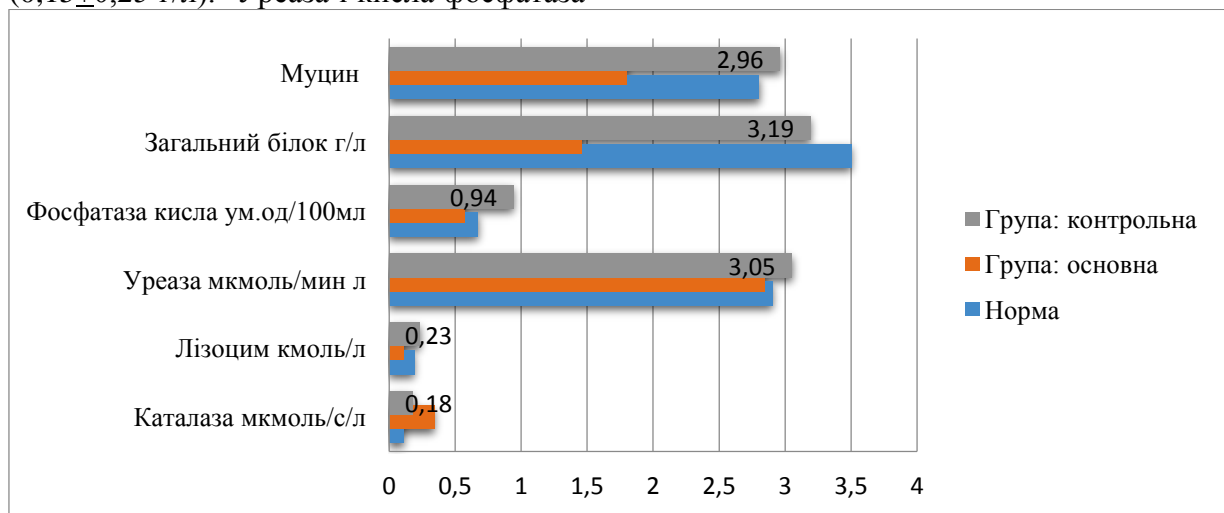


Рис. 2. Порівняльна характеристика активності ферментів ротової рідини

Висновки: Застосування комплексного поетапного хірургічного і медикаментозного лікування хворих із призначенням АГТП дренажної, протизапальної, імуномодуючої дії сприяє нормалізації загального і місцевого статусу, прискореному переходу запалення у

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. Луцкая И.К., Шевела Т. Л., Чижик Т. А. Хирургическое лечение затрудненного прорезывания зуба мудрости //Стоматолог. - Минск. – 2015. – №. 2. – С. 36-40.
2. Костина И. Н. Факторы, усложняющие удаление нижних третьих моляров //Проблемы стоматологии. – 2005. – №. 2.- С.35-47.
3. Плахтий Л.Я. Особенности клинико-микробиологической диагностики воспалительных осложнений, связанных с третьими нижними молярами //Владикавказский медико-биологический вестник. – 2009. – Т. 9. – №. 15-16. – С. 72-76.
4. Тимофеев А. А., Ярифа М. А. Эффективность использования препарата Гивалекс у больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом //Современная стоматология. – 2014. – №. 1. – С. 99-105.
5. Тимофеев А. А., Савицкий А.А.Влияют ли нестероидные противовоспалительные препараты на эффективность местной анестезии?//Современная стоматология. – 2017. – №. 2. – С. 44-47.
6. Лапин А. А.,Виха Г. В. Показатель суммарной антиоксидантной активности ротовой жидкости-неинвазивный метод определения антиоксидантного статуса организма //Бутлеровские сообщения. – 2010. – Т. 22. – №. 12. – С. 38-45.
7. Иорданишвили А. К. Частота и структура осложнений после удаления зубов мудрости верхней челюсти //Институт стоматологии. – 2015. – №. 4. – С. 49-51.
8. Флис П. С., Анан А. Влияние ретенированных третьих моляров на результаты достигнутого ортодонтического лечения в ретенционный период. //Современная стоматология. – 2013. – №. 2. – С. 94-96.
9. Мельник А. Л. Інтегральна характеристика інфекційно-запальних захворювань порожнини рота //Клінічна та експериментальна патологія. – 2015. – Т. 14. – №. 1.
10. Коломієць С. В. Роль антиоксидантів в комплексному лікуванні гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки одонтогенної етіології //Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – №. 4 (2). – С. 274-277.