

Элементы патогенеза развития воспалительных осложнений при операции удаления зуба

Маланчук В.А., Топчий Д.В., Джавадиасл А.

Альвеолит - одно из наиболее распространенных (до 35 % случаев) осложнений операции удаления зуба.

Было изучено 2000 архивных историй болезни пациентов хирургического-стоматологического отделения стоматологического медицинского центра НМУ за 2012-2017г. после типичного, сложного и атипичного удаления зубов. В 30 историях болезни было описано наличие альвеолита, из них было 18 мужчин и 12 женщин. Возраст пациентов колебался от 22 до 74 лет (22-30 лет – 5 человек, 30-50 лет – 23 человека, 50-74 лет – 2 человека). Средний срок обращения к врачу после удаления зуба составлял 4,5 дня. Удаление зуба при обострении хронического воспалительного процесса периодонта наблюдалось у 11 пациентов, у 19 - имело место плановое удаление зуба по поводу хронического периодонтита. Продолжительность лечения альвеолита находилась в пределах 7-12 дней и составляла 2 - 4 посещения хирурга-стоматолога.

По скудным данным описания в истории болезни анамнеза, общего и местного статуса, этиологии и клиники заболевания можно предположить причины, которые могли привести к развитию альвеолита. Их условно можно разделить на три группы.

Первая – объективные причины общего и местного характера :

1. Изменения гормонального статуса (у 2 пациентов был установлен сахарный диабет);
2. В каком количестве наблюдений, плановое удаление зуба проводилось при санированном состоянии полости рта, установить не удалось;

3. Отсутствовали сведения о гигиеническом состоянии полости рта пациентов, вредных привычках, рационе их питания, выполнении назначений врача в послеоперационном периоде и возможном самолечении.

Вторая группа возможных причин альвеолита – особенности выполнения операции удалении зуба:

1. Степень травматизации тканей лунки в зависимости от вида удаления зуба: простое удаление было у 21 пациента, сложное – 7 пациентов; атипичное – 2 пациентов;
2. Выбор анестетика: у всех 30 пациентов при удалении зуба использован анестетик, содержащий вазоконстриктор;
3. У 24 пациентов альвеолит возник после удаления нижних моляров и премоляров и после удаления верхних резцов, премоляров и моляров (6 пациентов).

Третья группа причин развития альвеолита могла быть связана с индивидуальными особенностями пациентов и невыполнением ими предписанного врачом лечения в послеоперационном периоде, что постфактум установить не удалось.

Обращение пациентов к врачу с признаками альвеолита происходило чаще на 4-7 день после операции. В период до 5 дней наблюдались: частичный (8 пациентов) или полный (15 пациентов) некротический распад сгустка крови в лунке и частичное обнажение костных стенок лунки. В случаях обращения пациентов к врачу на 6-7 день после удаления зуба у 7 пациентов всегда наблюдалось обнажение костных стенок лунки, некротический запах, гиперемия и отек слизистой оболочки по краю лунки. У 5 пациентов это сопровождалось субфебрильным повышением температуры тела, развитием поднижнечелюстного лимфаденита (3 пациента) и развитием воспалительной контрактуры нижней челюсти (1 пациент).

Рентгенография лунки зуба при повторном обращении была проведена всего в 2 случаях. Описание рентгенограмм в истории болезни свидетельствовало об отсутствии костных изменений и остатков корней зубов в лунке.

Полученные данные свидетельствуют, что никому из пациентов с альвеолитом не проводилась предоперационная профессиональная гигиена полости рта, хотя общеизвестно, что проведение профилактических мероприятий по восстановлению уровня гигиены полости рта в день обращения способствует уменьшению риска появления воспалительных осложнений после удаления зуба или снижению тяжести его клинических проявлений.

Большинству пациентов были назначены препараты антибактериального, противовоспалительного, обезболивающего действия и стимуляторы репаративного остеогенеза, однако не возможно было определить критерии, по которым проводился выбор препаратов в зависимости от клинической формы альвеолита.

Большинству пациентов было рекомендовано использовать полоскания полости рта растворами антисептиков (декасан, хлоргексидин, гевалекс, фурациллин и др.). Нестероидные противовоспалительные и гипосенсибилизирующие препараты были назначены 8(26,7%) пациентам. Антибактериальные препараты согласно назначению врача принимали 2 пациента (6,7%).

Физиотерапевтические методы лечения в острый период заболевания альвеолитом не применялись. Хирургическое лечение (кюретаж лунки) также не проводилось.

Выводы:

1. Необходимо определить реальную частоту развития альвеолита после простого, сложного и атипического удаления зубов при хроническом воспалении периодонта и его обострении.

2. Описание клинических особенностей альвеолита в изученных нами историях болезней является недостаточным и врачи не уделяют должного внимания данной патологии.
3. По данным изученных историй болезней не существует однотипности методов лечения больных альвеолитами.
4. Учитывая полученные данные, вопрос о лечении больных альвеолитами подлежит дальнейшему изучению. Оптимизация методов профилактики, диагностики и эффективности лечения воспалительных осложнений операции удаления зуба, являются актуальными и требуют дальнейшего исследования.