

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

■ А.А. Тимофеев,

заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины

■ Е.И. Фесенко, аспирант

■ Б. Беридзе, клинический ординатор

■ Л. Диасамидзе, клинический ординатор

■ Г. Раквиашвили, клинический ординатор

Кафедра ЧЛХ, Институт стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Переломы нижней челюсти занимают одно из ведущих мест среди переломов челюстно-лицевой области. Частота воспалительных осложнений при повреждениях нижней челюсти, по данным литературы, составляет от 20 до 40% (1). Воспалительные осложнения, которые возникают при переломах нижнечелюстной кости вызывают не только временную, но и длительную утрату трудоспособности пострадавших, а поскольку последними являются лица молодого и среднего возраста, т.е. наиболее трудоспособной части населения, то поэтому данная проблема приобретает значение не только как общемедицинская, но и как социально-экономическая.

Наиболее распространенным методом репозиции и фиксации отломков челюстных костей при переломе нижней челюсти является использование назубных металлических шин, которые крепятся к зубам с помощью лигатурной проволоки. Нижняя челюсть фиксируется в неподвижном положении за счет межчелюстной резиновой тяги. Все эти назубные металлические конструкции (назубные шины, лигатурные проволоки) находятся в преддверии полости рта. Следует отметить, что любая конструкция назубных шин, используемых для фиксации отломков нижней челюсти (шины Тигерштедта, Васильева или др.), делает невозможным открывание рта и нормальный прием пищи.

Очистить металлические конструкции, находящиеся в полости рта пострадавшего, очень затруднительно. В полости рта появляется много дополнительных ретенционных пунктов, где могут задерживаться остатки пищи, которые являются средой для развития патогенной микрофлоры. Гигиена полости рта имеет большое значение для профилактики воспалительных осложнений при лечении больных с переломами нижней челюсти.

Индивидуальная гигиена полости рта у больных с переломами нижней челюстей способствует не только удалению остатков пищи и мягкого зубного налета, которые располагаются на шинирующей металлической конструкции, лигатурной проволоке, зубах, деснах и резиновых тягах, но и является профилактикой для развития микробной флоры в преддверии полости рта. Отсутствие остатков пищи на назубных металлических конструкциях и отсутствие патогенной микрофлоры дает возможность для более быстрого и благоприятного сращения костных фрагментов челюстей.

Таким образом, проведение гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта больных с переломами нижней челюсти являются одним из важных факторов для профилактики таких осложнений, как гингивит и развитие гнойно-воспалительного процесса в щели перелома поврежденной нижнечелюстной кости.

Пострадавшему в челюстно-лицевом стационаре проводится врачебная гигиена полости рта, т.е. лечащий врач обучает больного проведению гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта, а также пострадавший обязательно сам осуществляет индивидуальный гигиенический уход за металлическими конструкциями, находящимися у него в полости рта. Гигиенический уход заключается в тщательной очистке зубными щетками металлических шин, межзубных лигатур, зубов и десен от остатков пищи. Традиционным методом врачебной гигиены полости рта при переломах челюстей является орошение (с помощью струи антисептика из шприца) дополнительных ретенционных пунктов растворами перекиси водорода, перманганата калия (бледно-розовым раствором), хлоргексидина, фурацилина и т.д. С помощью зубной щетки пострадавший очищает металлические шины, лигатуры, резиновые кольца и зубы от остатков пищи, а затем повторно проводится антисептическое орошение и промывание преддверия ротовой полости. Индивидуальная же гигиена проводится больным не только после каждого приема пищи, но и в промежутках между едой, а также перед сном.

Выбирая антимикробный препарат для гигиенического ухода за полостью рта следует ориентироваться на профилактическую цель его использования, т.е. на предупреждение развития патологических состояний со стороны слизистых оболочек полости рта. Мы назначали пострадавшим с переломами нижней челюсти нестероидный противовоспалительный препарат "Тантум Верде" (регистрационный номер П№014279/03 – раствор для местного применения).

Мы применяли препарат "Тантум Верде" (Tantum Verde), который выпускается в виде раствора в упаковке по 120 мл (рис.1). Тантум Верде – это раствор для местного применения 0,15% в виде прозрачной жидкости зеленого цвета с характерным запахом мяты. В 1 мл раствора содержится бензидамина гидрохлорид 1,5 мг; вспомогательные вещества: этанол 96%, глицерин, метилпара-гидроксибензоат (Е 218), ароматизатор (ментоловый), сахарин, натрия гидрокарбонат, полисорбат 20, хинолиновый желтый 70% (Е104), патентованный синий V 85% (Е131), очищенная вода.



Рис.1. Внешний вид препарата "Тантум Верде" в упаковке

Активное вещество бензидамин является нестероидным противовоспалительным средством (НПВП), которое обладает выраженным противозксудативным и обезболивающим (анальгезирующим) действием. Его эффективность после местного применения обусловлена способностью проникать в эпителиальный слой и достигать эффективных концентраций в воспаленных тканях. Механизм действия бензидамина связан со стабилизацией клеточных мембран и ингибированием синтеза простагландинов. Антибактериальная активность действующего вещества проявляется за счет быстрого проникновения через внешние мембраны микроорганизмов с последующим повреждением клеточных структур, нарушением метаболических процессов и лизисом клетки. Бензидамин восстанавливает целостность эпителия слизистых оболочек, повышает его сопротивляемость патогенному воздействию. При местном использовании в указанных концентрациях бензидамин абсорбируется слизистой оболочкой, однако его концентрация в плазме крови настолько незначительна, что не может вызывать какой-либо фармакологический эффект. Бензидамин выводится из организма в основном с мочой в виде неактивных метаболитов или продуктов конъюгации.

Для полоскания полости рта мы использовали 15 мл (1 столовую ложку или мерный стаканчик с флакона) препарата "Тантум Верде" (можно разбавить в 15 мл воды). Полоскания проводили 5-6 раз в день. После полоскания раствор необходимо выплюнуть! Нельзя проглатывать! Не превышали одноразовую рекомендованную дозу препарата.

Противопоказаниями является: гиперчувствительность к препарату, беременность и кормление грудью. При использовании препарата в рекомендованных дозах побочных эффектов не наблюдали. При передозировке препарата возможна сухость во рту, сонливость, аллергические реакции.

Цель проводимого исследования – определить эффективность препарата "Тантум Верде" для профилактики воспалительных осложнений в полости рта у больных при переломах нижней челюстной кости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 81 больной с переломами нижней челюсти, которым репозицию и фиксацию отломков нижнечелюстной кости проводили двухчелюстными металлическими шинами с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой. Всех пострадавших мы разделили на две обследуемые группы наблюдения: **основная группа** – это 44 больных, которым для профилактики воспалительных осложнений в полости рта мы использовали препарат "Тантум Верде" в виде полосканий полости рта в течение 20-22 дней и **контрольная группа** – 37 больных с общепринятыми профилактическими полосканиями полости рта фурацилином (полоскания проводят также в течение 20-22 дней).

Больные с переломами нижней челюсти госпитализированы в стационар на 2-4 сутки после полученной травмы. Обследование проводили в следующие сроки: на следующий день после проведения репозиции и фиксации отломков челюстей, через 7, 14 и при выписке пострадавших из отделения.

Всем больным при госпитализации в челюстно-лицевой стационар были проведены общеклинические методы обследования, которые включали: сбор анамнеза, выяснение характера жалоб, осмотр, клинические анализы крови.

В динамике обследования проводили **микробиологические методы** (определялась микрофлора и её антибиотикочувствительность). Материал в ретромолярной области брали стандартным методом (с помощью стерильного ватного тампона), а материал из зубо-десневых карманов (для выявления банальной микрофлоры и грибов) брали ложкой Фолькмана, натошак. Собранный материал осторожно наносили на стерильное предметное стекло (материал нельзя растирать по стеклу, так как при этом могут быть повреждены нежные элементы гриба!). Осуществляли микроскопию неокрашенного и окрашенного по Романовскому-Гимзе нативного препарата. Посев отделяемого из зубо-десневого кармана переносили на питательную среду Сабуро с последующим посевом на специальные среды и идентификацией патогенного возбудителя.

Оценку эффективности использования гигиенических средств определяли по следующим индексам:

– Для выявления наличия воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярных отростков проводили **пробу Шиллера-Писарева**. Слизистую оболочку альвеолярных отростков обрабатывали раствором Люголя. Интенсивность окрашивания оценивали в баллах: 1 балл – окрашивания нет, 2 балла – слабое окрашивание, 3 балла – интенсивное окрашивание. Вычисляли среднее значение для показателей верхней и нижней челюсти.

Для объективизации пробы Шиллера-Писарева выражали в цифрах (баллах), оценивая окраску сосочков в 2 балла, окраску края десны в 4 балла и окраску альвеолярной десны в 8 баллов. Полученную общую сумму баллов затем делили на число зубов, в области которых проведено исследование (обычно 6):

$$\text{Йодное число} = \frac{\text{сумма оценок у каждого зуба}}{\text{число обследованных зубов}}$$

Таким образом определяют цифровое значение пробы Шиллера-Писарева (**йодное число Свракова**) в баллах.

Оценка значений йодного числа Свракова:

- слабо выраженный процесс воспаления – до 2,3 баллов;
- умеренно выраженный процесс воспаления – 2,67-5,0 баллов;
- интенсивный процесс воспаления – 5,33-8,0 баллов.

– Для оценки тяжести гингивита (а в последующем и регистрации динамики процесса) использовали **папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)**.

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Masser и Schaer, 1949 г.), позволяет судить о протяженности и тяжести гингивита. Индекс может быть выражен в абсолютных цифрах или в процентах (модифицирован в 1960 г. Parma). Оценку воспалительного процесса проводили следующим образом:

- воспаление десневого сосочка (Р) – 1 балл;
- воспаление маргинального края десны (М) – 2 балла;
- воспаление альвеолярной (прикрепленной) десны (А) – 3 балла.

Оценивали состояние десны у каждого зуба. Индекс вычисляли по следующей формуле:

$$\text{Индекс гингивита (РМА)} = \frac{\text{сумма показателей в балах} \times 100}{3 \times \text{число зубов у обследуемого}}$$

где 3 – коэффициент усреднения.

В норме индекс РМА равен 0. Чем больше цифровое значение индекса, тем выше интенсивность гингивита. Оценочные критерии индекса **РМА**:

- до 25% и менее – легкая степень тяжести гингивита;
- 25-50% – средняя степень тяжести;
- выше 50% – тяжелая степень.

– **Индекс гингивита – ИГ** предложен в 1967 г. Silness-Loe, характеризует выраженность воспалительного процесса десен. Исследуются десна в области 16, 11, 24, 36, 31, 44 зубов и оценивают по 4-бальной системе:

- 0 – воспаление отсутствует;
- 1 – легкое воспаление (небольшое изменение цвета);
- 2 – умеренное воспаление (гиперемия, отек, возможная гипертрофия);
- 3 – тяжелое воспаление (выраженная гиперемия).

$$\text{ИГ} = \frac{\sum (\text{сумма}) \text{ возле 6-ти зубов}}{6}$$

Критерии оценки индекса:

- 0,1-1,0-легкая степень гингивита;
- 1,1-2,0-средняя степень гингивита;
- 2,1-3,0-тяжелая степень гингивита.

Контактную термометрию проводили электротермометром ТПЭМ-1 с разрешающей способностью 0,2° С. Температуру слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти измеряли в определенных участках в зависимости от локализации перелома: в зоне повреждения кости (области щели перелома) и на симметричной (неповрежденной) здоровой стороне. Измерение контактной температуры осуществляли при госпитализации больных в стационар, в динамике

проводимого лечения, а также при выписке пострадавшего из челюстно-лицевого отделения. В основе контактной термометрии лежит не измерение абсолютных температур над патологическим очагом, а выявление разницы температуры на симметричных участках (ΔT). Контролем служила термоасимметрия (ΔT) на симметричных участках, выявленная у практически здоровых людей того же возраста и пола.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Микробиологические обследования нами были проведены у 40 больных основной группы, в контрольной группе наблюдения – у 35 больных.

У всех 40 пострадавших основной группы и 35 больных контрольной группы наблюдения на 3-4-е сутки после репозиции отломков челюстей высеяны микроорганизмы, т.е. в 100%.

В основной группе наблюдения из зубо-десневых карманов (рис.2-а) золотистый стафилококк высеивался в 75,0% (у 30 чел.), эпидермальный стафилококк – в 47,5% (у 19 чел.) и гемолитический стрептококк – в 25,0% (у 10 чел.). Из 40 обследуемых основной группы у 25 пострадавших (в 62,5%) высеяны монокультуры, а у 15 чел. (в 37,5%) – ассоциации микроорганизмов (по 2-3 микроба). У 8 из 40 обследуемых основной группы (в 20,0%) больных в зубо-десневом кармане был обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis*.

В ретромолярной области (рис.2-б) у 40 обследуемых основной группы наблюдения золотистый стафилококк обнаружен в 70,0% (у 28 чел.), эпидермальный стафилококк – в 55,0% (у 22 чел.) и гемолитический стрептококк – в 35,0% (у 14 чел.). Из 40 обследуемых монокультура обнаружена у 22 чел. (в 55,0%), а ассоциации (по 2-3 микроба) у 18 чел. (в 45,0%). Грибковой флоры не обнаружено.

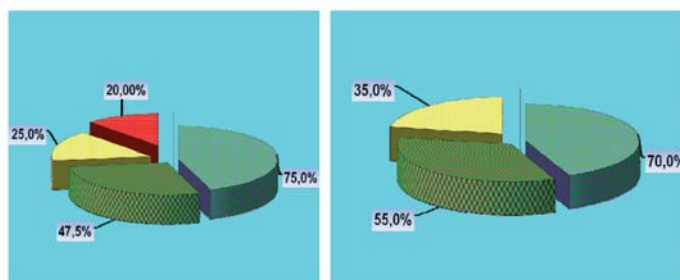


Рис.2. Удельный вес отдельных видов микроорганизмов, выявленных в зубо-десневых карманах (а) и ретромолярной области (б) в основной группе наблюдения у больных с переломами нижней челюсти

В контрольной группе из зубо-десневых карманов (рис.3-а) золотистый стафилококк обнаружен в 77,1% (у 27 чел.), эпидермальный стафилококк – в 42,9% (у 15 чел.) и гемолитический стрептококк – в 31,4% (у 11 чел.). Из 35 обследуемых контрольной группы наблюдения у 20 чел. (в 57,1%) микрофлора выявлена в виде монокультуры, а у 15 чел. (в 42,9%) – в виде ассоциаций (по 2-3 микроба). У 6 из 35 обследуемых контрольной группы (в 17,1%) больных перед проводимой операцией в зубо-десневом кармане был обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis* (у больных с интактными зубами грибковой флоры не было выявлено).

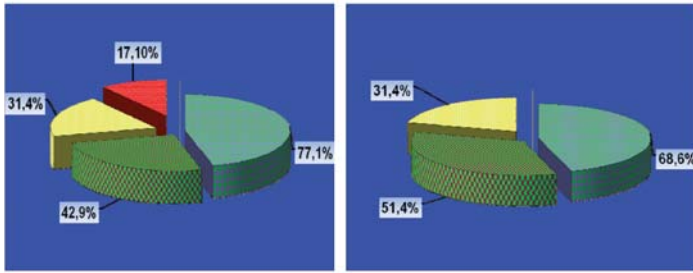


Рис. 3. Удельный вес отдельных видов микроорганизмов, выявленных в зубо-десневых карманах (а) и ретромолярной области (б) в контрольной группе наблюдения у больных с переломами нижней челюсти

В ретромолярной области (рис.3-б) у 24 из 35 обследуемых контрольной группы наблюдения золотистый стафилококк обнаружен в 68,6%, эпидермальный стафилококк – в 51,4% (у 18 чел.) и гемолитический стрептококк – в 31,4% (у 11 чел.). Монокультуры микроорганизмов обнаружены у 22 из 35 обследуемых (в 62,9%), а в виде ассоциаций (по 2-3 микроба) – у 13 чел. (в 37,1%). Грибковый возбудитель в ретромолярной области не обнаружен.

Если сравнивать видовой состав обнаруженной микрофлоры в зависимости от обследуемой группы (основной или контрольной), то следует отметить, что он был практически одинаковым, т.е. достоверно не отличался между обследованными группами.

Монокультуры стафилококков проявляли чувствительность к аминогликозидным препаратам и в меньшей степени - к полусинтетическим пенициллинам и противостафилококковым антибиотикам резерва. Гемолитические стрептококки проявляли чувствительность к большинству из исследуемых антибиотиков, что не зависело от их ассоциативных связей.

При выписке обследуемых из стационара (на 24-26 сутки) в основной и в контрольной группах наблюдения повторно проведены микробиологические обследования.

В основной группе из зубо-десневых карманов золотистый стафилококк высевался в 7,5% (у 3 из 40 обследованных), эпидермальный стафилококк – в 2,5% (у 1 чел.) и гемолитический стрептококк не обнаружен. Перечисленные микроорганизмы обнаружены только в виде монокультуры. Грибковой микрофлоры после проведения полосканий полости рта препаратом "Тантум Верде" при выписке пострадавших из отделения мы не обнаружили.

В ретромолярной области на 24-26 сутки у 3-х из 40 обследуемых основной группы золотистый стафилококк обнаружен в 7,5%, эпидермальный стафилококк и гемолитический стрептококк нами не был обнаружен. Микрофлора выявлена в виде монокультуры.

В контрольной группе наблюдения (при выписке обследуемых из стационара) после проводимого полоскания полости рта традиционными антисептиками в зубо-десневом кармане обнаружен золотистый стафилококк в 31,4% (у 11 из 35 обследуемых), эпидермальный стафилококк – в 28,6% (у 10 чел.) и гемолитический стрептококк – в 25,7% (у 9 чел.). У 5 из 35 обследуемых контрольной группы (в 14,3%) пострадавших с переломами нижней челюсти в зубо-десневом кармане был повторно обнаружен возбудитель *Candida: albicans* и *tropicalis*. Микроорганизмы были выявлены как в виде монокультуры, так в ассоциативных связях с другими микробами.

В ретромолярной области у 35 обследуемых контрольной группы наблюдения при выписке высеван золотистый стафилококк в 28,6% (у 10 чел.), эпидермальный стафилококк – в 25,7% (у 9 чел.) и гемолитический стрептококк – в 20,0% (у 7 чел.). Микроорганизмы были выявлены как в виде монокультуры, так в ассоциативных связях с другими микробами.

В обследуемых группах наблюдения (у больных с переломами нижней челюсти) в динамике проводимого лечения, т.е. при использовании двухчелюстных металлических шин с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой, изучены гигиенические индексы.

Проба Шиллера-Писарева (йодное число Свракова) у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения на следующий день после госпитализации составил $6,7 \pm 0,7$ балла, что указывало на наличие интенсивного воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярного отростка, а в контрольной группе – $6,6 \pm 0,8$ балла (рис.4). На 7-8-й день после госпитализации в стационар у обследуемых в основной группе наблюдения йодное число Свракова составило $4,3 \pm 0,5$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка челюсти), а в контрольной группе – $6,2 \pm 0,7$ балла (интенсивный воспалительный процесс). На 14-15-й день у обследуемых с переломами нижней челюсти в основной группе йодное число Свракова составило $3,7 \pm 0,8$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка челюсти), а в контрольной группе – $5,9 \pm 0,6$ балла (интенсивный процесс воспаления в слизистой оболочке альвеолярного отростка). Через 3 недели после госпитализации пострадавших в стационар (при выписке их из челюстно-лицевого стационара) у обследуемых основной группы наблюдения йодное число Свракова составило $2,1 \pm 0,3$ балла (слабо выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка), а в контрольной группе – $5,6 \pm 0,5$ балла (имеется интенсивный воспалительный процесс в слизистой оболочке альвеолярного отростка). Проба Шиллера-Писарева у больных с переломами нижней челюсти при выписке из стационара в основной группе наблюдения был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), что указывает на высокую противовоспалительную эффективность препарата "Тантум-Верде".

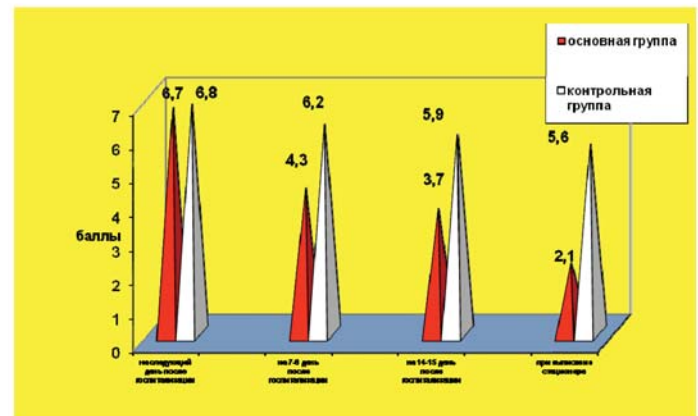


Рис. 4. Проба Шиллера-Писарева (йодное число Свракова) у больных с переломами нижней челюсти в динамике проводимого лечения

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) на следующий день после госпитализации больных с переломами нижней челюсти в основной группе (рис.5) составил $24,2 \pm 1,9\%$, а в контрольной группе наблюдения – $23,8 \pm 1,8\%$ (оценочный критерий индекса РМА – легкая степень тяжести гингивита). На 7-8-й день после госпитализации индекс РМА в основной группе наблюдения составил $46,6 \pm 2,5\%$ (средняя степень тяжести гингивита), в контрольной – $48,5 \pm 2,6\%$ (средняя степень тяжести гингивита). На 14-15-й день после репозиции и фиксации отломков челюстей металлическими шинами с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой индекс РМА в основной группе больных составил $34,5 \pm 1,7\%$ (средняя степень тяжести гингивита), в контрольной – $55,9 \pm 3,2\%$ (тяжелая степень тяжести гингивита). При выписке обследуемых с переломами нижней челюсти из стационара индекс РМА в основной группе составил $23,1 \pm 0,8\%$ (легкая степень тяжести гингивита), в контрольной – $49,3 \pm 3,2\%$ (оценочный критерий индекса РМА – средняя степень тяжести гингивита). Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс у больных с переломами нижней челюсти при выписке их из отделения в основной группе наблюдения был достоверно ниже, чем у обследуемых в контрольной группе ($p < 0,001$), что указывало на высокую эффективность препарата "Тантум-Верде".

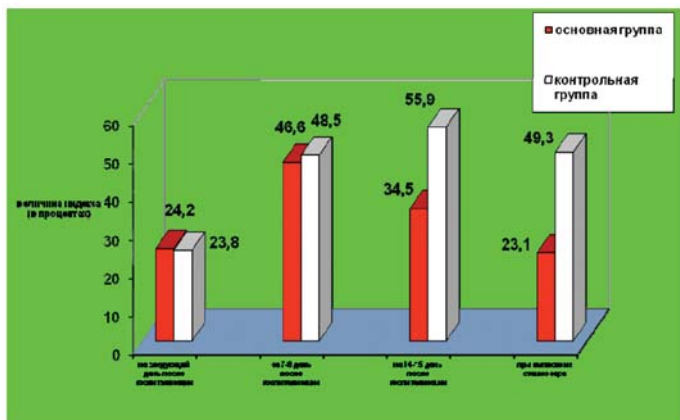


Рис.5. Изменения папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) у больных с переломами нижней челюсти в динамике проводимого лечения

Индекс гингивита (ИГ) у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения на следующий день после госпитализации составил $1,22 \pm 0,09$ балла, в контрольной группе – $1,24 \pm 0,08$ балла, что указывало на наличие средней степени гингивита (рис.6). На 7-8-й день после госпитализации в стационар индекс гингивита у больных основной группы составил $1,28 \pm 0,11$ балла, в контрольной группе – $1,89 \pm 0,12$ балла (средняя степень гингивита). На 14-15-й день после госпитализации у больных с переломами нижней челюсти индекс гингивита в основной группе наблюдения составил $0,88 \pm 0,07$ балла (легкая степень гингивита), в контрольной группе – $1,64 \pm 0,09$ балла (средняя степень гингивита).

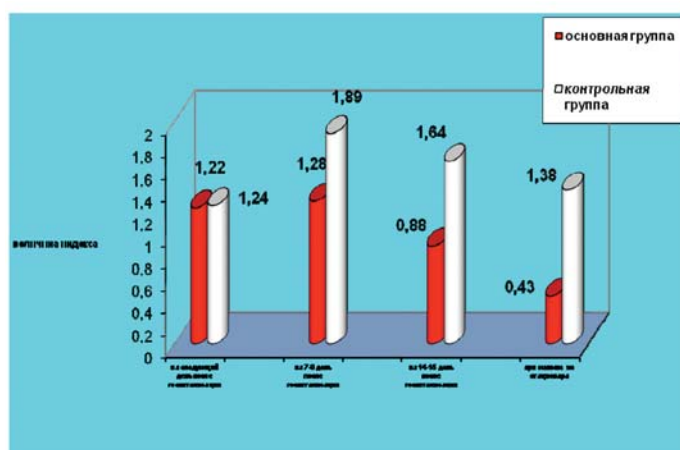


Рис.6. Изменения индекса гингивита (ИГ) у больных с переломами нижней челюсти в динамике проводимого лечения

При выписке больных из стационара в основной группе индекс гингивита составил $0,43 \pm 0,11$ балла (легкая степень гингивита), в контрольной группе – $1,38 \pm 0,14$ балла (средняя степень гингивита). Индекс гингивита у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения при выписке их из стационара был достоверно ниже, чем у обследуемых в контрольной группе ($p < 0,001$), что указывало на высокую эффективность препарата "Тантум-Верде".

Неприятный запах изо рта у больных с переломами нижней челюсти в основной и в контрольной группах наблюдения (рис.7) при госпитализации регистрировался в 100% случаях. Через 7-8 суток гигиенической обработки полости рта в основной группе наблюдения неприятный запах выявлен у 9 из 44 обследуемых (20,5%), а в контрольной группе – у 28 из 37 обследуемых (75,7%). Через 14-15 дней проводимой гигиенической обработки полости рта неприятный запах в основной группе сохранился у 3 обследуемых (6,8%), а в контрольной группе – у 22 чел. (59,5%). При выписке пострадавших из стационара в основной группе неприятный запах обнаружен у 1 больного (2,3%), в контрольной группе – у 19 чел. (51,4%). Проведенные обследования указывали на высокий ($p < 0,001$) дезодорирующий эффект препарата "Тантум-Верде" по сравнению с контрольной группой обследуемых.

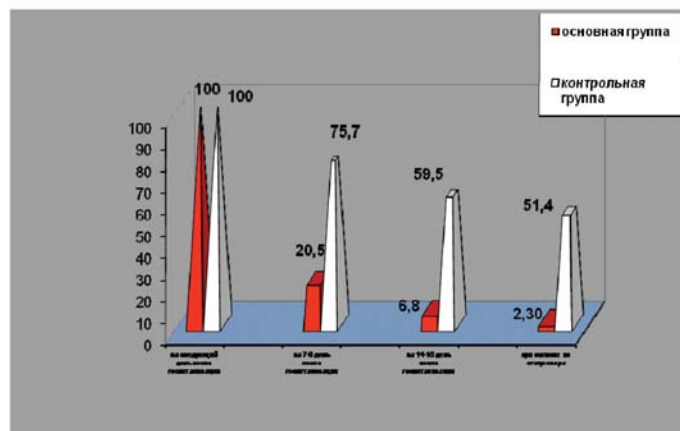


Рис.7. Частота встречаемости неприятного запаха изо рта у больных с переломами нижней челюсти в динамике проводимого обследования

Термометрические обследования проведены нами у 81 больного с переломами нижней челюсти (44 чел.- основная группа, 37 чел. – контрольная группа). Термоасимметрию мягких тканей челюстно-лицевой области определяли на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти в области места перелома и сравнивали полученную температуру с симметричным участком на неповрежденной стороне. Полученные в ходе проведенного обследования данные представлены нами в табл. 8. Выявлено, что на слизистой оболочке альвеолярного отростка в месте повреждения нижнечелюстной кости, в первые сутки обращения в стационар (при госпитализации больных) имелось достоверное ($<0,01$) повышение местной температуры у всех обследуемых больных до $1,5 \pm 0,3^\circ \text{C}$ (основная группа) и $1,3 \pm 0,3^\circ \text{C}$ (контрольная группа). На 7-е сутки проводимого лечения термоасимметрия слизистой оболочки альвеолярного отростка составляла: $1,1 \pm 0,3^\circ \text{C}$ (основная группа) и $1,2 \pm 0,3^\circ \text{C}$ (контрольная группа). На 14-е сутки проводимого лечения термоасимметрия слизистой оболочки альвеолярного отростка в области места перелома в основной группе наблюдения нормализовалась (табл.8). В контрольной группе наблюдения нормализация термометрических показателей происходит только при выписке обследуемых из стационара.

Таблица. Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти у больных с переломами нижней челюсти в динамике проводимого лечения

Группа наблюдения	Число обследуемых	Сроки проведения обследования	ΔT – Термоасимметрия (в $^\circ \text{C}$)	
			$M \pm$	p
Больные основной группы	44	при госпитализации	$1,5 \pm$	$<0,01$
		на 7-е сутки лечения	$1,1 \pm$	$<0,05$
		на 14-е сутки лечения	$0,6 \pm$	$>$
		при выписке	$0,5 \pm$	$>$
Больные контрольной группы	37	при госпитализации	$1,3 \pm$	$<0,01$
		на 7-е сутки	$1,2 \pm$	$<0,05$
		на 14-е сутки	$1,1 \pm$	$<0,05$
		при выписке	$0,9 \pm$	$>$
Здоровые люди	33		$0,5 \pm$	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

Ранние осложнения у больных с переломами нижней челюсти в основной группе наблюдения в виде гингивитов мы наблюдали у 5 обследуемых (в 11,4%). При выписке больных с переломами нижней челюсти из стационара гингивиты в основной группе наблюдения отсутствовали. В контрольной группе наблюдения ранние воспалительные осложнения в виде гингивитов мы выявили у 17 обследуемых (в 46,0%). При выписке больных из стационара гингивиты сохранились у 10 чел. (27,0%).

ВЫВОДЫ

На основании полученных нами данных можно сделать вывод, что гигиенический уход за полостью рта у больных с переломами нижней челюсти предлагаемым нами методом является наиболее эффективным, по сравнению с традиционными средствами. Применением нестероидного противовоспалительного препарата "Тантум Верде" доказано, что данный препарат обладает выраженным антибактериальным, противовоспалительным и дезодорирующим действием, а также обеспечивает хорошее очищение металлических конструкций, находящихся в преддверии полости рта (назубных металлических шин). Использование предлагаемого нами метода гигиенической обработки полости рта у больных с переломами нижней челюсти позволило в несколько раз сократить число ранних воспалительных осложнений.

Предлагаемый нами метод ухода за полостью рта у больных с открытыми переломами нижней челюсти является наиболее эффективным для профилактики развития воспалительных осложнений у больных с данной патологией и рекомендует-ся к применению в челюстно-лицевых стационарах и хирургических отделениях стоматологических поликлиник.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Інструкція для медичного застосування препарату ТАНТУМ ВЕРДЕ® (TANTUM VERDE®). Наказ МОЗ від 22.11.2010
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – К.: Червона Рута – Турс, 2012. – 5-е издание – 1048 с.
3. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE, Migliorati CA, McGuire DB, Hutchins RD, Peterson DE; Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer. – 2007 Mar. – v. 109, N. 5 – P. 820-31.
4. Pina-Vaz C, Rodrigues AG, Sansonetty F, Martinez-De-Oliveira J, Fonseca AF, Mardh PA. Antifungal activity of local anesthetics against Candida species. Infect Dis Obstet Gynecol. – 2000. – v.8, N. 3-4 – P. 124-37.
5. Sironi M, Massimiliano L, Transidico P, Pinza M, Sozzani S, Mantovani A, Vecchi A. Differential effect of benzydamine on pro- versus anti-inflammatory cytokine production: lack of inhibition of interleukin-10 and interleukin-1 receptor antagonist. Int J Clin Lab Res. – 2000. – v.30, N.1– P. 17-9.
6. Sironi M, Pozzi P, Polentarutti N, Benigni F, Coletta I, Guglielmotti A, Milanese C, Ghezzi P, Vecchi A, Pinza M, Mantovani A. Inhibition of inflammatory cytokine production and protection against endotoxin toxicity by benzydamine. Cytokine. – 1996 Sep. – v.8, N. 9– P. 710-6.