

ВЛИЯНИЕ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА АДАПТАЦИЮ К СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ

Диасамидзе Элгуджа Джемалович

*канд. мед. наук, директор стоматологического центра Харьковской
медицинской академии последипломного образования, Украина, г. Харьков*

E-mail: doctor-pravdi@rambler.ru

INFLUENCE OF COMPLICATIONS POSTEKSTRAKTSIONNY ADAPTING TO DENTURES

Diasamidze Elgudja

*candidate health Sciences, director of the dental center of Kharkov
Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine Kharkov*

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена изучению возникновения болевой чувствительности при ортопедическом лечении съёмными зубными протезами в основе которой лежат, по нашему мнению, осложненные травматические вмешательства после хирургических операции в зубочелюстной области.

ABSTRACT

The article is devoted to the study of the occurrence of pain sensitivity in orthopedic treatment dentures which is based, in our opinion, complicated traumatic surgical intervention after dental surgery in the area.

Ключевые слова: адаптация; альвеолит.

Key words: adaptation; alveolitis

Актуальность. С увеличением возраста пациента пропорционально возрастает необходимость в изготовлении им зубных протезов, среди которых более 30 % составляют съёмные протезы [4, с. 114].

По данным ВОЗ, несмотря на проводимые врачами мероприятия по улучшению качества протезирования, более 25 % больных высказывают не удовлетворение съёмными протезами или не пользуются ими. Среди пациентов с дезадаптацией к съёмным протезам, большой удельный вес принадлежит лицам старших возрастных категории [5, с. 8].

К привыканию к зубному протезу, т. е. к процессу адаптации к съёмным зубным протезам, в ортопедической стоматологии уделяется огромное внимание, т. к. именно это является основным критерием оценки качества лечения для пациента, но и одной из важнейших клинических проблем.

Процесс адаптации к съёмным зубным протезам может сопровождаться появлением различного характера болей, нарушениями чувствительности и многообразными парестезиями (жжение, зуд, ползание мурашек, онемение, покалывание, пощипывание) [7, с. 11].

В этом плане значительный интерес представляет проблема изучения причин болевого синдрома при пользовании съёмными зубными протезами, т.к. наиболее сложными в диагностике и лечении на стоматологическом приеме являются болевые синдромы в области лица, которые обусловлены различными по характеру причинами [2, с. 42].

Изучению прозопалгий или проблемы лицевых болей посвящено многочисленные научные публикации. Среди прозопалгий особое место занимают лицевые боли, которые обусловлены патологией зубных сплетений.

Впервые симптомокомплекс при поражении зубного сплетения был описан в 1973 г. В.Е.Гречко, который для его обозначения предложил термин «дентальная плексалгия» [6, с. 5].

Осложненные травматические вмешательства в зубочелюстной области являются одним из причинных факторов возникновения одонтогенной дентальной плексалгии, т.к. происходит травматизация нервных волокон, что приводит к анатомическим причинам поражения зубных сплетений.

Альвеолит - это воспаление стенок лунки удаленного зуба. Альвеолит и луночковое кровотечение являются одними из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, частота возникновения альвеолита составляет от 3,4 до 42,8 % от всех постэкстракционных осложнений. Ряд исследователей выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический факторы. Развитию альвеолита способствует также высокая фибринолитическая

активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболевания [1, с. 17].

Больные с альвеолитом жалуются, как правило, на боль длительного характера, иррадиирующую по ходу тройничного нерва, затрудненное пережевывание пищи, ограниченное открывание рта, неприятный запах изо рта, нарушение сна, ухудшение общего состояния.

Развитие послеоперационных осложнений обусловлено многими причинами, в том числе особенностями анатомического строения ветвей тройничного нерва, нарушением их трофики за счет пересечения питающих нерв сосудов и т. д.

Довольно часто альвеолиты развиваются в результате травматически проведенной операции удаления зуба, особенно при несоблюдении больными правил гигиены полости рта, т. к. ведущую роль среди причин, вызывающих альвеолит, играет патогенная инфекция, проявляющаяся при несвоевременном образовании сгустка или при его преждевременном разрушении в лунке удаленного зуба [3, с. 11].

Болевой синдром, который возникает после проведения хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области, относится к довольно частым послеоперационным осложнениям и это определяет необходимость изучения этой актуальной проблемы.

Целью нашего исследования является изучение взаимосвязи между нарушением адаптации к съемным зубным протезам и болевым синдромом, возникающим как осложнение после хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи был проведен анализ амбулаторных карт и журнала плановых оперативных вмешательств в хирургическом отделении стоматологической поликлиники города Харькова за последние 3 года (2011—2013 гг.).

Основную группу составили 37501 больной — (79,8 % всех экстракций) у которых имело место типичное удаление, а 9493 больных составили

контрольную группу — (20,2 % всех экстракций) со сложным (атипичным) удалением зуба.

На большом архивном материале изучена статистика альвеолитов после хирургических вмешательств различной сложности.

Проанализированы частота возникновения и причины развития альвеолита в зависимости от групповой принадлежности удалённого зуба, пола и возраста больных, тяжести операции.

В процессе лечения альвеолитов нас интересовала динамика клинических проявлений воспаления области лунки удаленного зуба, болевой синдром, который возник после проведения хирургического вмешательства, сроки исчезновения экссудативных признаков, очищение лунки от некротических масс, время появления и характер развития грануляционной ткани в лунке, время заживления, и окончательной эпителизации раны.

В сравнительном аспекте были изучены клинико-лабораторные показатели течения альвеолитов у лиц с дезадаптацией к съёмным зубным протезам.

Результаты и обсуждение.

Среди 70140 пациентов, обратившихся за исследуемый период времени на амбулаторный хирургический стоматологический приём женщин было 44482 (62,3 %), мужчин — 25658 (37,7 %).

Проведенный анализ показал, что подавляющее большинство хирургических амбулаторных вмешательств в полости рта относилось к операции удаления зуба, которая была произведена у 46994 больных, что составило 67 % от общего количества обратившихся на амбулаторный хирургический приём (70140 больных).

Преобладали лица старше 40 лет, которые составили 46994 человек (67 % от числа всех обратившихся).

Пациенты по возрасту распределились следующим образом: 40—45 лет — 5827 человек (12,4 %), из них 1034 мужчин (2,2 %) и 4793 женщины (10,2 %); 45—50 лет — 9963 человек (21,2 %), из них 3102 мужчин (6,6 %) и 6861

женщины (14,6 %), старше 50 лет — 31204 человек (66,4 %), из них 7190 мужчин (15,3 %) и 24014 женщины (51,1 %).

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и полу							
Пол	Возраст, лет						Всего
	40—45		45— 50		более 50		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Женский	4793	10,2	6861	14,6	24014	51,1	35668
Мужской	1034	2,2	3102	6,6	7190	15,3	11326
Всего	5827	12,4	9963	21,2	31204	66,4	46994

Всего за анализируемый период отмечено, что после 46994 операции удаления зубов альвеолит возник в 6391 случаях, что составляет 13,6 % от всех экстракций.

У 37501 больных основной группы (79,8 % всех экстракций) имело место типичное удаление, а у 9493 больных контрольной группы (20,2 % всех экстракций) — сложное (атипичное) удаление зуба.

У 3410 пациентов основной группы был отмечен альвеолит лунки после типического удаления зуба (9,1 %), у 2981 пациента контрольной группы был отмечен альвеолит — после атипичного (сложного) удаления зуба (31,4 %).

По данным анализа амбулаторных карт больных частота альвеолита с ростом травматичности вмешательства возрастает. Так, если при типичном удалении альвеолит в основной группе развился в 9,1 % случаях, то при сложном (атипичном) удалении частота его в контрольной группе составила 31,4 % случаях.

На основании анализа архивных карт амбулаторных больных установлено:

- альвеолит чаще регистрировался на нижней челюсти — 4314 случаях (67,5 %), на верхней челюсти — 2077случаях (32,5 % больных).

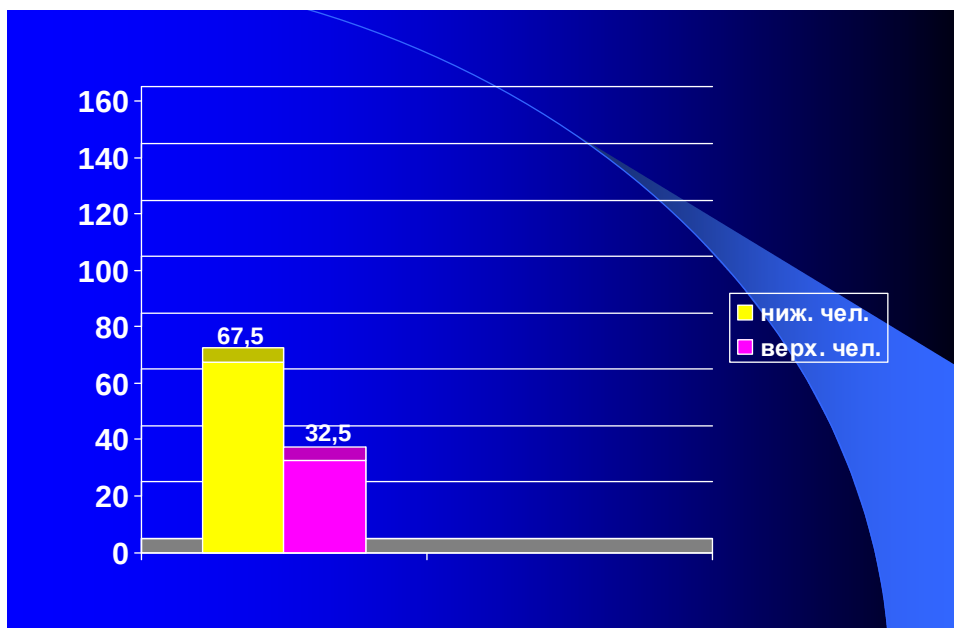


Рисунок 1. Частота встречаемости альвеолита после удаления зубов на верхней и нижней челюсти

- альвеолиты чаще возникали после удаления моляров — 4244 случая или 66,4 %, реже — после удаления премоляров — 1438 случая или 22,5 %, в 709 случаев или 11,1 % альвеолит встречался после удаления резцов или клыков;
- на верхней челюсти альвеолит наблюдался: после удаления 7-х зубов — 621 случае — или 30,2 %, 6-х — в 500 случаях или 24,1 %, 5-х — в 341 случае или 16,4 %, 4-х зубов — в 466 случаях или 22,6, резцов или клыков — в 149 случаях или 6,7 %;
- на нижней челюсти — после удаления 8-х зубов 1648 случаев или 38,2 %, 7-х — 953 случая или 22,1 %, 6-х — 1182 случая или 27,4 %, 5-х — 531 случай или 12,3 %.

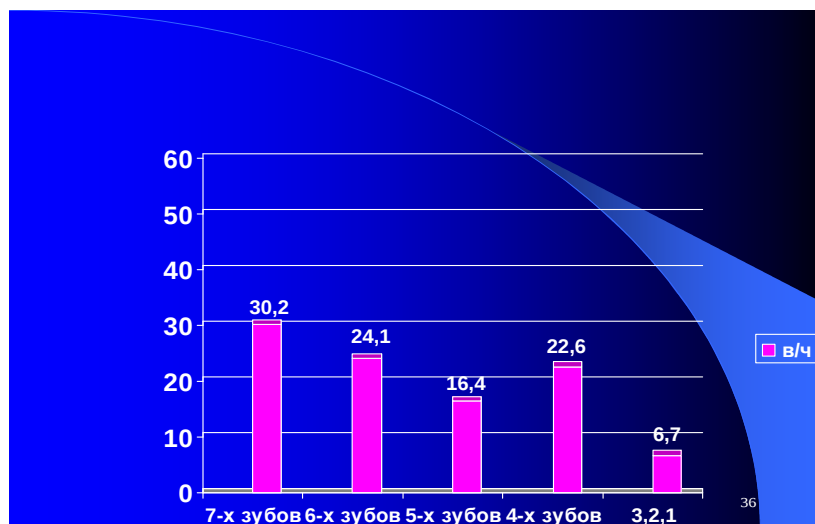


Рисунок 2. Частота встречаемости альвеолита после удаления зубов на верхней челюсти по групповой принадлежности

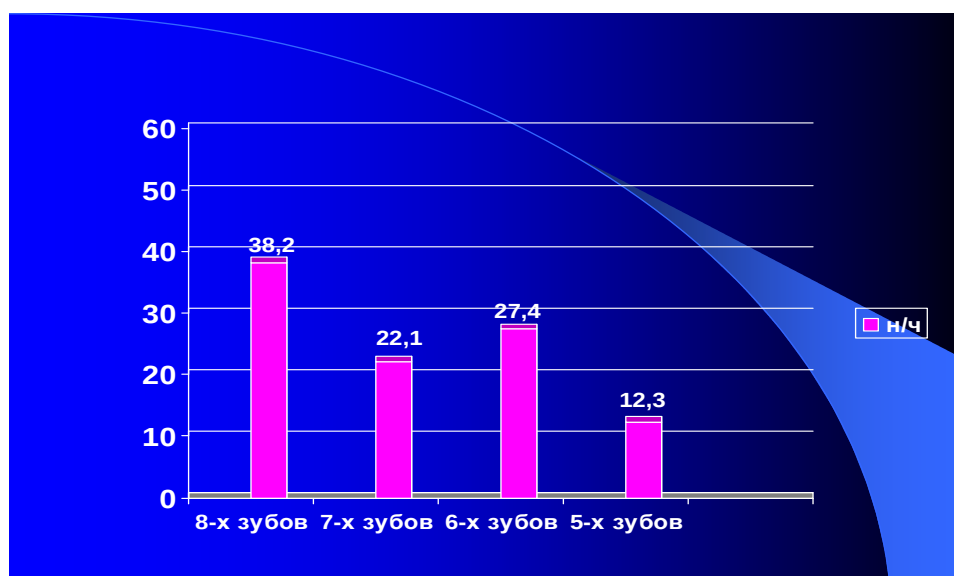


Рисунок 3. Частота встречаемости альвеолита после удаления зубов на нижней челюсти по групповой принадлежности

На наш взгляд, различие в частоте локализации альвеолитов на верхней и нижней челюстях объясняется особенностями их анатомического строения.

Определенный интерес представляют данные о формах альвеолитов, зарегистрированных в картах амбулаторных больных за исследуемый период времени: гнойный — 2869 случаев или 44,9 %, гнойно-некротический — 2538 случаев или 39,7 %, серозный — 984 случая или 15,4 %

Чаще всего альвеолит возникал после удаления зубов по поводу хронического и обострения хронического периодонтита в 4244 случаях или

66,4 %, при удалении ретирированных и дистопированных зубов в 1463 случаях или 22,9 %, после одномоментного удаления трех и более зубов в 684 случаях или 10,7 %.

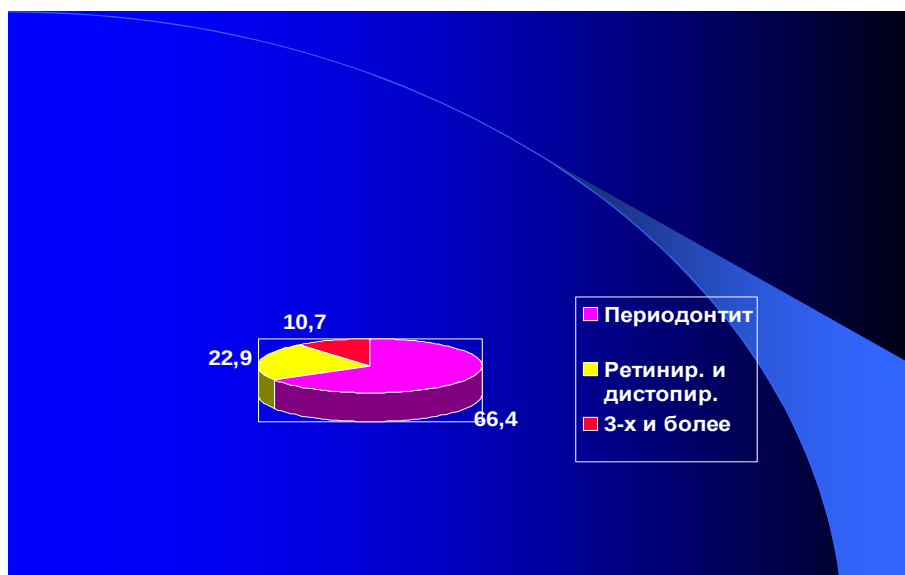


Рисунок 4. Основные причины возникновения альвеолита

Полученные данные о высокой частоте альвеолитов, возникающих после удаления зубов по поводу хронического и обострения хронического периодонтита, объясняются наличием длительно существующих хронических очагов одонтогенной инфекции в периодонте и челюстных костях.

Высокая частота встречаемости альвеолита после хирургических манипуляций по поводу удаления ретирированных и дистопированных зубов и после одномоментного удаления трех и более зубов, связана, по-видимому, с большим объемом операционной травмы и длительностью самого вмешательства, а также с активностью микрофлоры.

Анализ клинических проявлений альвеолитов позволил установить, что обращаемость пациентов за помощью по поводу альвеолита составила $4,2 \pm 1,3$ дня после удаления зуба.

У всех пациентов большей или в меньшей степени был выражен болевой синдром, который зависел от формы альвеолита.

При сложном (атипичном) удалении болевой синдром держался значительно дольше, причем боли были выраженные, резкие, постоянные, иррадиирующие по ходу соответствующих ветвей тройничного нерва.

Мы также оценивали проявления альвеолита по данным проведенных дополнительных методов обследования, конкретнее, рентгенологических исследований, которые имеют большое диагностическое значение.

Рентгенологическая картина в области периапикальных тканей, окружающих лунку причинного зуба при всех зарегистрированных формах альвеолита имела ряд сходных признаков: костная ткань имела более разреженную мелкопетлистую структуру в сравнении с соседними участками кости альвеолярного отростка челюсти

При рентгенологическом обследовании: из 9493 пациентов со сложным (атипичным) удалением у 6825 или 71,9 % и из 2981 пациента с альвеолитом после атипичного удаления у 2843 или 95,4 %, обнаружено разрушение костной ткани межзубных и межкорневых перегородок, нарушение целостности костной ткани краев лунки, что является следствием травматического удаления зубов и результатом операционной травмы при удалении.

На основании анализа амбулаторных карт у 2981 пациента контрольной группы был отмечен альвеолит. Из них у 2667 пациентов (1525 женщин и 1142 мужчин) или в 89,5 % случаях была дезадаптация к съёмным зубным протезам. У этих пациентов в анамнезе мы выявили: одномоментное удаление трёх и более зубов, удаление большого числа зубов в течение короткого промежутка времени при подготовке к протезированию, осложнённое удаление зубов мудрости, премоляров, моляров и остатков их корней.

Особенностью клинического проявления альвеолита у пациентов с дезадаптацией следует считать большую частоту луночковых осложнений, выраженный болевой синдром в области послеоперационной раны и более позднее заживление послеоперационных ран, т. к. эпителизация лунок наступала позже.

Можно считать, что эти показатели могут являться объективными критериями для проведения диагностики дезадаптации к съемным зубным протезам связанных с повреждением ветвей тройничного нерва. Частота встречаемости неврогенных осложнений находится в прямой зависимости от близости нервного ствола к удаленному зубу.

Механизм возникновения болевых ощущений при пользовании съемными зубными протезами мы связываем с неврогенными осложнениями при удалении ретинированных и дистопированных зубов, а также, после одномоментного удаления трех и более зубов, т. к. происходит механическая травматизация периферических ветвей тройничного нерва во время проведения оперативного вмешательства.

Таблица 2.

Сравнительный анализ затрат времени, необходимых на купирование основных клинических симптомов у больных основной и контрольной групп (в сутках)

Признаки местного воспаления	Время купирования основных клинических симптомов (в сутках)					
	Основная группа			Контрольная группа		
	Форма заболевания			Форма заболевания		
	серозный	гнойный	гнойно-некротический	серозный	гнойный	гнойно-некротический
Болевой синдром	0,97±0,06 <0,05	2,54±0,3 <0,05	3,12±0,06 <0,05	1,85±0,04 <0,05	3,44±0,04 <0,05	5,41±0,08 <0,05
Гиперемия и отек окружающих тканей	1,05±0,03 <0,05	2,35±0,02 <0,05	3,27±0,07 <0,05	2,15±0,03 <0,05	3,88±0,07 <0,05	6,67±0,02 <0,05

Эпителизация лунки р	Заполнение лунки грануляцион ной тканью р	Очищение раны р
10,47±0,06 <0,05	4,82±0,05 <0,05	—
12,94±0,03 <0,05	7,15±0,03 <0,05	1,76±0,06 <0,05
13,24±0,05 <0,05	6,52±0,02 <0,05	2,18±0,04 <0,05
13,62±0,04 <0,05	5,26±0,04 <0,05	—
16,93±0,02 <0,05	8,69±0,05 <0,05	2,92±0,02 <0,05
18,85±0,03 <0,05	11,42±0,04 <0,05	4,62±0,04 <0,05

Примечание. р — достоверность, рассчитанная по сравнению с контрольной группой

Выводы. Частота возникновения и тяжесть клинического течения альвеолита после операции удаления зуба зависит от наличия периодонтитного «причинного» зуба, гигиенического состояния полости рта пациента, возраста, характера оперативного вмешательства и степени операционной травмы окружающих тканей.

В основе болевой чувствительности при ортопедическом лечении съемными зубными протезами, приводящей к дезадаптации к протезам может лежать, по нашему мнению, осложненные травматические вмешательства в зубочелюстной области и послеоперационные осложнения, которые являются одним из причинных факторов повреждении ветвей тройничного нерва и возникновении одонтогенной дентальной плексалгии с травматизацией нервных волокон. Воспаленные корневые отломки зуба, экзостозы, кисты, приводят к раздражению волокон альвеолярных сплетений, смещенными при экстракции зубов осколками альвеолярного отростка, которые травмируют нервные окончания, после трудных экстракции, когда происходит разрыв мягких тканей и нарушается целостность лунок.

Перечисленное свидетельствует об актуальности и целесообразности проведения наших исследований, а также позволяет определить концепцию указанных направлений для комплексной профилактики, лечения и реабилитации пациентов в ортопедической стоматологии.

Список литературы:

1. Беланов Г.Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных материалов с антимикробным эффектом: Автореф. дис. канд. мед. наук. Самара, 2009. — 24 с.
2. Грачев Ю.В., Барденштейн Л.М., Молодецких В.А., Рыбаков А.С. Клиника и диагностика психогенной лицевой боли // Патогенез — 2005. — № 1. — С. 41—43.
3. Карданова К.Х. Профилактика и лечение после операции удаления зуба у пациентов с различным уровнем гигиены полости рта: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ставрополь, 2011. — 24 с.
4. Лобунец В.А., Рожко П.Д. Возрастно-половая характеристика потребности взрослого городского населения Украины в ортопедической помощи// Современная стоматология. — 2002. — № 3(19). — С. 114—116.
5. Макаров А.Л. Диагностика и профилактика болевого синдрома при пользовании съёмными протезами: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2005. — 26 с.
6. Пузин М.Н. Дентальная плексалгия М: Медицина, 1990 — 184 с. ил.
7. Скуридин П.И. Стоматологическое обследование при синдроме жжения полости рта — компьютерная диагностическая система // Стоматология Подмосковья. — № 1(32). — 2007. — С. 11—12.