

*Тимофєєв О.О., Чередніченко А.М., Тимофєєв О-р.О.,
Ярифа М.О., Чайковський І.Г.*

Гігієна порожнини рота після проведення внутрішньоротових оперативних втручань

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна.

Мета: профілактика ранніх післяопераційних запальних ускладнень після проведення внутрішньоротових оперативних втручань.

Методи. Пропонується використовувати сучасні гігієнічні засоби, обстежено 45 хворих після проведення внутрішньоротових оперативних втручань: 24 – після видалення ретененованого запізнілого зуба на нижній щелепі та 21 – після щадної гайморотомії з пластикою ороантрального співустя.

Результати. У разі застосування рекомендованого лікування ранні запальні ускладнення в післяопераційному періоді у вигляді запальної інфільтрації м'яких тканин спостерігали у 3 із 24 пацієнтів (у 12,5%) після атипичного видалення зуба і в 4 із 21 пацієнта (у 19,1%) після проведення щадної гайморотомії з місцевою пластикою співустя. У контрольній групі спостереження ранні післяопераційні ускладнення у вигляді запальної інфільтрації м'яких тканин у 6 із 24 осіб (25,0%) спостерігали після атипичного видалення зуба і в 7 пацієнтів (33,3%) після проведення щадної гайморотомії з місцевою пластикою співустя.

Висновки: Гігієнічний догляд за порожниною рота пропонованим нами методом є більш ефективним у пацієнтів після проведення внутрішньоротових оперативних втручань порівняно з традиційними методами гігієни. Використання пропонованого нами способу гігієнічного догляду за порожниною рота дало змогу скоротити майже у 2 рази кількість післяопераційних запальних ускладнень. Ці засоби по гігієнічному догляду за порожниною рота рекомендуємо використовувати після проведення внутрішньоротових оперативних втручань.

Ключові слова: верхня щелепа, нижня щелепа, атипичне видалення зуба, щадна гайморотомія, гігієна порожнини рота, лістерин, метиленовий синій лігор.

Вступ

Оперативні втручання в хірургічній стоматології, які проводять внутрішньоротовим доступом, належать до операцій, які найчастіше використовують як в амбулаторних умовах, так і в стаціонарі. У післяопераційному періоді в цих хворих виникають певні труднощі з приймання рідкої та твердої їжі, які пов'язані з набряком післяопераційних тканин та інтенсивними болями в ділянці проведеної операції. Тому для хворого, якому проведено оперативне втручання внутрішньоротовим способом, дуже важливим є правильний гігієнічний догляд за порожниною рота, тому

що погана гігієна або неправильний вибір засобів для гігієнічного догляду може з'явитися причиною скупчення в роті залишків їжі та спричинити появу галітозу (неприємного запаху з рота). Наявність залишків їжі, за поганої гігієни порожнини рота, може стати причиною розвитку запальних явищ у ділянці післяопераційної рани (1,2,3,4).

Щоденний і правильний гігієнічний догляд за порожниною рота протягом деякого часу після проведення оперативного втручання внутрішньоротовим доступом допоможе запобігти розвитку запальних ускладнень і сприятиме швидкому загоєнню післяопераційної рани.

Під час вибору гігієнічних засобів для догляду за порожниною рота лікар має орієнтуватися на мету їхнього використання: профілактичну (запобігання розвитку патологічного стану) або лікувальну (лікування інфекційного запального процесу, що розвинувся).

Метою проведеного дослідження є визначити ефективність гігієнічних засобів для догляду за порожниною рота, а саме: ополіскувача «ЛІСТЕРИН®» (Італія) та спрею для догляду за ротовою порожниною «Метиленовий синій ЛІГОР» (Україна).

Історія бренду Listerine починається в далекому 1879 році, коли доктор Лоуренс винайшов оригінальний склад засобу з антисептичними властивостями. З 1895 року його винахід почали широко застосовувати у своїй практиці лікарі-стоматологи для боротьби з бактеріями в ротовій порожнині. Творцями цього засобу вважаються Джозеф Лоуренс і Джордан Ламберт. Препарат Лістерин (Listerine) названо на честь знаменитого англійського хірурга Джозефа Лістера. Склад Лістерину був винайдений ще в 19 столітті. Препарат спочатку позиціював як антисептичний засіб для стерилізації хірургічних інструментів. Його продавали як засіб для стерилізації підлог у лікарняних установах і навіть як ліки проти гонореї (*Neisseria гонореї*), поки 1920 року компанія Ламберт вперше не випустила препарат під маркою Listerine Cool Mint як ополіскувач ротової порожнини із сильним антибактеріальним ефектом. Лістерин протягом десятків років є найпопулярнішим і універсальним засобом гігієни ротової порожнини. Отримавши знак якості від ради терапевтичної стоматології Американської асоціації стоматологів (American Dental Association), Лістерин став продуктом №1 на світовому ринку ополіскувачів. Лістерин має 100-річну історію використання та 50-річну історію досліджень і вдосконалень, які роблять ополіскувач Лістерин найбільш використовуваним ополіскувачем у США.

Ополіскувач «LISTERINE®» (виробник JOHNSON & JOHNSON S.P.A., Італія) очищає порожнину рота від частинок їжі та шкідливих бактерій. Зменшує запалення і кровоточивість ясен. Ефективніше знижує запалення ясен, ніж інші засоби, видаляє зубний наліт, має приємний смак м'яти та евкаліпта, не містить спирту. Ополіскувач «LISTERINE®» використовується двічі після чищення зубів, вранці та ввечері, тому що активні речовини, які входять до його складу краще проникають на поверхню зубів і очищають їх від нальоту (рис. 1). Потрібно налити 20 мл (4 чайні ложки) у склянку і прополоскати порожнину рота протягом 30 секунд, потім сплюнути. Для дітей 6-12 років потрібно використовувати 10 мл.



Рисунок 1. Ополіскувач «LISTERINE®» (Італія)

Препарат «Метиленовий синій ЛІГОР» (Україна) - флакон із розчином (45 мл у флаконі), це темно-синя рідина з характерним запахом, спрей із поворотним розпилювачем (рис. 2). Склад: 0,5% водний розчин метиленового синього, екстракти листя шавлії, квіток календули, шипшини, кореня лопуха, калію йодид, допоміжні компоненти. Він являє собою ефективний, комбінований, антисептичний препарат на основі метиленового синього. Має виражену протизапальну, бактеріостатичну, антисептичну дію. Перешкоджає розмноженню патогенних бактерій, підсушує мокнучі виразки, зупиняє гнійні запальні процеси, сприяє загоєнню ран, виразок і мікротріщин у ротовій порожнині. Дорослим і дітям віком від 1 року потрібно розпорозити препарат у ротовій по-



Рисунок 2. Ополіскувач «LISTERINE®» (Італія)

рожнині через 30 хвилин після їжі, 4 рази на добу, до зникнення ознак запалення. Використовується протягом 6-7 днів. Після обробки препаратом ротової порожнини слід утриматися від вживання їжі та рідини протягом 30 хвилин. При появі алергічної реакції на засіб застосування слід припинити його використання. Протипоказання – підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату.

Матеріал та методи обстеження

Обстежено 45 хворих обстежуваних груп та 22 хворих контрольної групи спостереження. Вік хворих був від 17 до 64 років. Усіх хворих ми розподілили на три групи спостереження. До **першої групи** увійшли 24 обстежуваних, яким були атипово видалені ретензовані зуби за ускладненого прорізування запізнілого нижнього зуба. До **другої групи** спостереження увійшов 21 хворий, яким було проведено щадну гайморотомію за хронічного одонтогенного гаймориту з місцевою пластикою співустя. Хворим першої та другої групи спостереження протягом 7-8 діб проводили гігієнічну обробку порожнини рота запропонованим нами методом, а саме з використанням ополіскувача «Listerine» (Лістерин) і препарату «Метиленовий синій ЛІГОР».

Контрольна група – 22 пацієнти, яким були проведені хірургічні втручання внутрішньоротовим доступом (атипове видалення ретензованих і дистопованих зубів або щадну гайморотомію) та яким протягом 7-8 діб після операції проводили полоскання порожнини рота 0,02% водним розчином фурациліну (у розведенні 1:5000). У післяопераційному періоді хворим призначали анальгетичні препарати для усунення больових відчуттів.

Усім пацієнтам проводили загальноклінічне обстеження, яке включало огляд хворого і слизової оболонки порожнини рота, пальпацію і перкусію зубів, рентгенографію, загальний аналіз крові та підрахунок клінічних індексів.

Клінічні індекси – основна група індексів, що дає змогу клініцисту оцінити рівень гігієни порожнини рота, вираженості запального процесу. З їхньою допомогою лікар оцінює ефективність проведеного лікування.

Оцінку ефективності використання нами запропонованими препаратами визначали за такими показниками (5):

• Індекс зубного нальоту IPI Silness-Löe (1964)

Характеризує наявність зубного нальоту. Для його визначення спеціального забарвлення не проводять. Методика визначення. Після ретельного висушування поверхні зубів кінчиком зонда проводять у пришийковій частині зуба з усіх 4-х боків і результати оцінюють у балах:

0 - наліт біля шийки зондом не визначається;

1 - наліт візуально не визначається, тільки під час руху кінчика зонда;

2 - помірне накопичення зубного нальоту в ясенній кишені, на поверхні ясен і зуба, який визначається візуально (без зондування);

3 - інтенсивне надмірне відкладення зубного на-

льоту на поверхні зуба, ясенної кишені, ясенного краю.

Досліджують обрану групу зубів. Обчислення проводять для групи зубів. Індекс нальоту групи зубів - сума індексу нальоту кожного зуба ділиться на число групи зубів (різці, моляри тощо).

• Індекс Федорова-Володкіної (1971)

Методика визначення. Вестибулярна поверхня 43, 42, 41, 31, 32, 33, зубів забарвлюється розчином Шиллера-Пісарєва або іншим барвником. Площу пофарбованої поверхні оцінюють у балах:

1 - відсутність забарвлення;

2 - забарвлення 1/4 коронки зуба (або 25% поверхні коронки);

3 - забарвлення 1/2 коронки зуба (або 50% поверхні коронки);

4 - забарвлення 3/4 коронки зуба (або 75% поверхні коронки);

5 - забарвлення всієї поверхні коронки зуба (або 100% поверхні коронки).

Для обчислення індексу використовується формула:

$$PI = \Sigma / 6$$

де Σ - сума балів усіх 6 зубів; розділити на 6, тобто число досліджуваних зубів. Оцінка результатів визначає рівень гігієни порожнини рота, який рекомендують інтерпретувати таким чином:

1 - 1,5 бала - гарний рівень гігієни;

1,6 - 2,0 бали - задовільний;

2,1 - 2,5 бали - незадовільний;

2,6 - 3,4 бала - поганий;

3,5 - 5,0 бали - дуже поганий.

• проба Шиллера-Пісарєва

Для виявлення наявності запального процесу слизової оболонки альвеолярних відростків проводили пробу Шиллера-Пісарєва. Слизову оболонку альвеолярних відростків обробляли розчином Люголя. Інтенсивність забарвлення оцінювали в балах: 1 бал - забарвлення немає, 2 бали – слабе забарвлення, 3 бали - інтенсивне забарвлення. Обчислювали середнє значення для показників верхньої та нижньої щелепи.

Для об'єктивізації проби Шиллера-Пісарєва висловлювали в цифрах (балах), оцінюючи забарвлення сосочків у 2 бали, забарвлення краю ясен – у 4 бали, забарвлення альвеолярних ясен - у 8 балів. Отриману загальну суму балів потім ділили на кількість зубів, у ділянці яких проведено дослідження (зазвичай 6):

$$\text{Йодне число} = \frac{\text{сума оцінок біля кожного зуба}}{\text{кількість обстежених зубів}}$$

Таким чином визначають цифрове значення проби Шиллера-Пісарєва (йодне число Свракова) у балах.

Оцінка значень йодного числа Свракова:

- ледве виражений процес запалення - до 2,3 бали;
- помірно виражений процес запалення - 2,67-5,0 балів;
- інтенсивний процес запалення - 5,33-8,0 балів.

• Індекс гінгівіту

Індекс гінгівіту запропонований 1997 року Silness-Loe, характеризує вираженість запального процесу ясен. Досліджують ясна в ділянці 16, 11, 24, 36, 31, 44 зубів і оцінюють за 4-бальною системою:

- 0 - запалення відсутнє;
- 1 - легке запалення (невелика зміна кольору);
- 2 - помірне запалення (гіперемія, набряк, можлива гіпертрофія);
- 3 - тяжке запалення (виражена гіперемія).

$$I\Gamma = \frac{\text{сума значень навколо шести зубів}}{6}$$

Критерії оцінки індексу:

- 0,1 - 1,0 - легкий ступінь гінгівіту;
- 1,1 - 2,0 - гінгівіт середньої тяжкості;
- 2,1-3,0 - тяжкий гінгівіт.

• Індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI, Muhlemann and Son, 1971)

Ранньою ознакою гінгівіту є кровотеча при зондуванні.

Методика визначення. Для оцінки кровоточивості оглядають ясенні сосочки і зондують ясенну борозенку на губній і язиковій поверхні маргінальної частини ясен (М), а також медіальний і дистальний ясенний сосочок (Р) біля кожного зуба:

Критерії для оцінки стану ясен:

- 0 - візуально здорові папілярна і крайова частина ясен, немає кровотечі під час зондування;
- 1 - здоровий вигляд ясен, кровотеча під час зондування;
- 2 - кровотеча під час зондування, зміна кольору, набряк відсутній;
- 3 - кровотеча під час зондування, зміна кольору, невеликий набряк;
- 4 - кровотеча під час зондування, зміна кольору, явний набряк;
- 5 - спонтанна кровотеча, зміна кольору, виражений набряк. Обчислюють за формулою:

$$SBI = \frac{\sum (M + P)}{n}$$

де $\sum (M + P)$ - сума балів біля обстежуваних зубів;

n - число обстежуваних зубів.

Контактну термометрію проводили електротермометром ТПЕМ-1 (рис. 3 - а), що має точкові термомпари (датчики) з діапазоном вимірювання від 16 до 42 ° С. Точність реєстрації – 0,2 ° С. Час контакту датчика зі слизовою оболонкою порожнини рота – 20 секунд, інтервали між повторними обстеженнями становили від 2 до 5 секунд. Дотик датчиком робили приблизно з однією і тією ж силою тиску. Місцеву температуру вимірювали тричі й обчислювали середнє арифметичне. Температуру вимірювали на досліджуваній і здоровій стороні. Зовнішній вигляд датчика, яким здійснювали вимірювання місцевої температури слизової оболонки альвеолярного відростка на верхній і нижній щелепах, представлений на рисунку 3 - б. Шляхом дотику кінцевого відділу цього датчика до поверхні слизової оболонки альвеолярного відростка ми визначали температуру на обстежуваній ділянці, тобто проводили контактну термометрію. В основі контактної термометрії лежить не вимірювання абсолютних температур над патологічним вогнищем, а виявлення різниці температури на симетричних ділянках (ΔT). Контролем слугувала термоасиметрія (ΔT) на симетричних ділянках, виявлена у практично здорових людей однакового віку і статі.

Отримані цифрові дані лабораторних обстежень обробляли загальноприйнятим варіаційно-статистичним методом із використанням персонального комп'ютера та пакета статистичних програм «SPSS 11.0 for Windows» і «Microsoft Excel 2000». Вірогідність результатів обстеження оцінювали за критеріями Ст'юдента. Відмінності вважали певними за $p < 0,05$.

Результати обстеження та їх обговорення

Спочатку проведемо оцінку ефективності гігієни порожнини рота в **першій обстежуваній групі**, тобто після атипового видалення ретенуваних зубів мудрості на нижній щелепі.

Оцінка індексу зубного нальоту IPI Silness-Löe (1964). Наступного дня після проведеної операції в першій групі спостереження показники цього індексу становили $1,73 \pm 0,11$ ум.од., що оцінюють як наліт, який візуально не визначається. У контрольній групі - $2,19 \pm 0,22$ ум.од. (помірне накопичення зубного нальоту в ясенній кишені, на поверхні ясен і зуба, який визначається візуально). На 3-й день після видалення зуба мудрості цей індекс спостереження становив $2,27 \pm 0,10$ ум.од., у контрольній - $2,21 \pm 0,18$ ум.од. На 5-й день після проведеної операції цей індекс становив $1,65 \pm 0,16$ ум.од., у контрольній – $2,32 \pm 0,14$ ум.од. На 7-й день після атипового видалення зуба мудрості цей індекс становив $1,49 \pm 0,09$ ум.од., у контрольній - $2,31 \pm 0,14$ ум.од. Індекс зубного нальоту в пацієнтів першої групи спостереження після проведення гігіє-

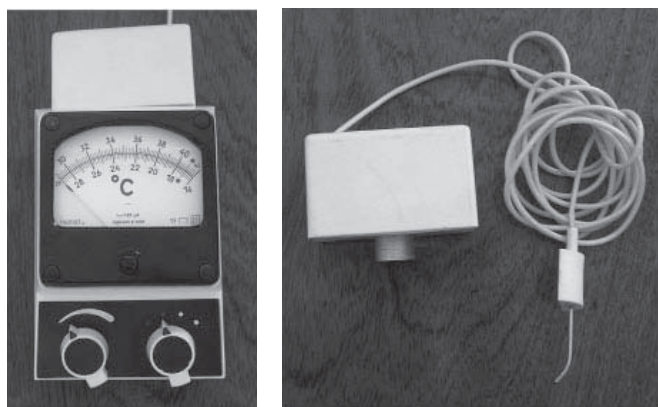


Рисунок 3.
Зовнішній вигляд контактної електро-термометра ТПЕМ-1 (а), датчик для вимірювання місцевої температури (б).

ни порожнини рота рекомендованим нами методом був ефективнішим порівняно з контрольною групою.

Оцінка індексу Федорової-Володкіної. Наступного дня після проведеного атипичного видалення зуба в першій групі спостереження показник цього індексу становив $1,67 \pm 0,24$ ум.од., що оцінюється як задовільний рівень гігієни. У контрольній групі – $1,79 \pm 0,29$ ум.од. (задовільний рівень гігієни). На 3-й день після атипичного видалення зуба цей індекс гігієни становив $1,77 \pm 0,21$ ум.од. (задовільний рівень гігієни), у контрольній – $1,89 \pm 0,28$ ум.од. (задовільний рівень гігієни). На 5-й день після проведеної операції цей індекс становив $1,55 \pm 0,19$ ум.од. (хороший рівень гігієни), у контрольній – $2,42 \pm 0,14$ ум.од. (задовільний рівень гігієни). На 7-й день після атипичного видалення зуба індекс становив $1,39 \pm 0,09$ ум.од. (хороший рівень гігієни), у контрольній – $2,31 \pm 0,18$ ум.од. (задовільний рівень гігієни). Цей індекс у пацієнтів першої групи спостереження після проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом був ефективнішим, ніж у контрольній групі.

Йодне число Свракова (проба Шиллера-Пісарєва) у пацієнтів першої групи спостереження на наступний день після проведеної операції становило $3,2 \pm 0,7$ бала, що вказувало на наявність помірно вираженого запального процесу, у контрольній групі – $3,2 \pm 0,5$ бала. На 3-й день після атипичного видалення зуба мудрості йодне число Свракова становило $2,2 \pm 0,3$ бала, що вказувало на наявність слабо вираженого запального процесу, у контрольній групі – $3,0 \pm 0,4$ бала (помірно виражений запальний процес). На 5-й день у пацієнтів першої групи спостереження йодне число Свракова становило $1,8 \pm 0,3$ бала (слабо виражений запальний процес), у контрольній групі – $2,8 \pm 0,3$ бала (помірно виражений запальний процес). На 7-й день після операції у пацієнтів першої групи спостереження йодне число Свракова становило $1,4 \pm 0,3$ бала (слабо виражений запальний процес), у контрольній групі – $2,7 \pm 0,3$ бала (помірно виражений запальний процес). Цей індекс у пацієнтів першої групи спостереження після проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом був

ефективнішим, ніж у контрольній групі.

Індекс гінгівіту (ІГ) у пацієнтів першої групи спостереження на наступний день після операції становив $0,43 \pm 0,04$ бала, у контрольній групі – $0,44 \pm 0,05$ бала, що вказувало на наявність легкого запального процесу. На 3 день після операції індекс гінгівіту в пацієнтів першої групи становив $0,33 \pm 0,03$ бала, у контрольній групі – $0,34 \pm 0,04$ бала (легкий ступінь гінгівіту). На 5 день у пацієнтів індекс гінгівіту в першій групі становив $0,23 \pm 0,02$ бала, у контрольній групі – $0,33 \pm 0,03$ бала. На 7 день після операції у пацієнтів першої групи спостереження індекс гінгівіту становив $0,22 \pm 0,04$ бала, у контрольній групі – $0,32 \pm 0,03$ бала. Індекс гінгівіту в пацієнтів першої групи спостереження показував, що проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом було ефективнішим, ніж у контрольній групі.

Індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI, Muhlemann and Son, 1971) у пацієнтів першої групи на наступний день після операції становив $2,33 \pm 0,14$ бала, у контрольній групі – $2,44 \pm 0,18$ бала. На 3 день після операції цей індекс у пацієнтів першої групи становив $2,33 \pm 0,43$ бала, у контрольній групі – $3,54 \pm 0,37$ бала. На 5 день у пацієнтів у першій групі індекс спостереження становив $2,23 \pm 0,34$ бала, у контрольній групі – $3,33 \pm 0,28$ бала. На 7 день після операції індекс становив $2,16 \pm 0,14$ бала, у контрольній групі – $3,12 \pm 0,24$ бала. Індекс вказував, що проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом було ефективнішим, ніж у контрольній групі.

Показники термоасиметрії слизової оболонки альвеолярного відростка на боці проведеної операції й протилежному боці в першій групі спостереження і в контрольній групі були однаковими та становили $1,2 \pm 0,2$ °C. На 3 день після операції в першій групі спостереження термоасиметрія певно ($p < 0,05$) знизилася порівняно з попереднім періодом обстеження в даній групі та становила $0,6 \pm 0,1$ °C, а в контрольній групі вірогідних змін не було і термоасиметрія становила $1,0 \pm 0,1$ °C. На 5 день після операції видалення ретенуваного зуба термоасиметрія непевно ($p > 0,05$) знизилася порівняно з попереднім періодом обстеження в даній групі й становила $0,5 \pm 0,1$ °C,

а в контрольній групі також спостерігалось непевне зниження ($p > 0,05$) цього показника, а термоасиметрія становила $0,8 \pm 0,1$ °C. На 7 день після операції в першій групі спостереження термоасиметрія непевно ($p > 0,05$) знизилася порівняно з попереднім періодом і становила $0,4 \pm 0,1$ °C, у контрольній групі спостереження також спостерігалось непевне зниження цього показника ($p > 0,05$), а термоасиметрія дорівнювала $0,6 \pm 0,1$ °C.

Тепер оцінимо ефективність пропонованої нами гігієни порожнини рота *в другій обстежуваній групі* спостереження, тобто після проведення щадної гайморотомії з пластикою ороантрального сполучення.

Оцінка індексу зубного нальоту IPl Silness-Löe (1964). Наступного дня після проведеної операції в другій групі спостереження показник цього індексу становив $2,59 \pm 0,25$ ум.од., що оцінюють як помірне накопичення зубного нальоту в ясенній кишені, на поверхні ясен і зуба, який визначають візуально. У контрольній групі – $2,49 \pm 0,29$ ум.од. (помірне накопичення зубного нальоту в ясенній кишені, на поверхні ясен і зуба, що визначається візуально). На 3-й день у хворих другої групи спостереження цей індекс спостереження становив $2,73 \pm 0,19$ ум.од., у контрольній – $2,95 \pm 0,28$ ум.од. На 5-й день після проведеної операції індекс становив $1,82 \pm 0,26$ ум.од., у контрольній – $2,32 \pm 0,14$ ум.од. На 7-й день цей індекс становив $1,86 \pm 0,19$ ум.од., у контрольній – $2,31 \pm 0,14$ ум.од. Індекс зубного нальоту у пацієнтів другої групи спостереження після проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом був ефективнішим, ніж у контрольній групі.

Оцінка індексу Федорової-Володкіної. Наступного дня після проведеної операції в другій групі спостереження показник цього індексу становив $2,51 \pm 0,32$ ум.од., що оцінюється як незадовільний рівень гігієни. У контрольній групі – $2,94 \pm 0,33$ ум.од. (також незадовільний рівень гігієни). На 3-й день після операції цей індекс становив $2,13 \pm 0,25$ ум.од. (незадовільний рівень гігієни), у контрольній – $2,87 \pm 0,32$ ум.од. (поганий рівень гігієни) На 5-й день після проведеної операції цей індекс становив $1,67 \pm 0,25$ ум.од. (задовільний рівень гігієни), у контрольній – $2,77 \pm 0,33$ ум.од. (поганий рівень гігієни). На 7-й день після операції цей індекс становив $1,44 \pm 0,26$ ум.од. (задовільний рівень гігієни), у контрольній – $2,72 \pm 0,26$ ум.од. (поганий рівень гігієни). Цей індекс у пацієнтів другої групи спостереження після проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом був ефективнішим, ніж у контрольній групі.

Йодне число Свракова (проба Шиллера-Писарева) у пацієнтів другої групи спостереження на наступний день після операції становило $4,1 \pm 0,7$ бала, що вказувало на наявність помірно вираженого запального процесу, у контрольній групі – $3,2 \pm 0,5$ бала. На 3-й день після проведеної операції йодне число Свракова становило $3,9 \pm 0,4$ бала, що вказувало на наявність помірно вираженого запального про-

цесу, у контрольній групі – $3,0 \pm 0,4$ бала (помірно виражений запальний процес). На 5-й день у пацієнтів другої групи спостереження йодне число Свракова становило $2,2 \pm 0,2$ бала (слабо виражений запальний процес), у контрольній групі – $2,8 \pm 0,3$ бала (помірно виражений запальний процес). На 7-й день після операції у пацієнтів другої групи спостереження йодне число Свракова становило $1,9 \pm 0,4$ бала (слабо виражений запальний процес), у контрольній групі – $2,3 \pm 0,3$ бала (слабо виражений запальний процес). Проба Шиллера-Писарева у пацієнтів другої групи спостереження після проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом була ефективнішою, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$).

Індекс гінгівіту (ІГ) у пацієнтів другої групи спостереження (після видалення ретенуваного зуба мудрості) наступного дня після операції становив $0,87 \pm 0,04$ бала, у контрольній групі – $0,44 \pm 0,05$ бала, що вказувало на наявність легкого запального процесу. На 3 день після операції індекс гінгівіту в пацієнтів другої групи становив $0,45 \pm 0,03$ бала, у контрольній групі – $0,34 \pm 0,04$ бала (легкий ступінь гінгівіту). На 5 день у пацієнтів індекс гінгівіту в другій групі спостереження становив $0,24 \pm 0,05$ бала, у контрольній групі – $0,33 \pm 0,03$ бала. На 7 день після операції у пацієнтів другої групи спостереження індекс гінгівіту становив $0,26 \pm 0,04$ бала, у контрольній групі – $0,32 \pm 0,03$ бала. Індекс гінгівіту в пацієнтів другої групи спостереження після проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом був ефективнішим, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$).

Індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI, Muhlemann and Son, 1971) у пацієнтів другої групи на наступний день після операції становив $3,17 \pm 0,24$ бала, у контрольній групі – $3,87 \pm 0,23$ бала. На 3 день після операції цей індекс у хворих другої групи становив $2,66 \pm 0,23$ бала, у контрольній групі – $3,54 \pm 0,42$ бала. На 5 день у пацієнтів у другій групі індекс спостереження становив $2,39 \pm 0,21$ бала, у контрольній групі – $3,47 \pm 0,25$ бала. На 7 день після операції індекс становив $2,44 \pm 0,24$ бала, у контрольній групі – $3,32 \pm 0,28$ бала. Індекс вказував, що проведення гігієни порожнини рота рекомендованим нами методом було ефективнішим, ніж у контрольній групі.

Показник термоасиметрії слизової оболонки альвеолярного відростка на боці проведеної операції й протилежному боці в другій групі спостереження становив $1,5 \pm 0,3$ °C, а в контрольній групі був $1,2 \pm 0,2$ °C. На 3 день після проведеної операції в другій групі спостереження термоасиметрія певно ($p < 0,05$) знизилася порівняно з попереднім періодом обстеження в даній групі й становила $0,8 \pm 0,2$ °C, а в контрольній групі вірогідних змін не було і термоасиметрія становила $1,0 \pm 0,1$ °C. На 5 день після проведеної операції термоасиметрія непевно ($p > 0,05$) знизилася, як порівняти з попереднім періодом обстеження, у цій групі та становила $0,7 \pm 0,1$ °C, у контрольній групі також ми спостерігали непевне зниження ($p > 0,05$) цього показника та термоасиметрію до $0,8 \pm 0,1$ °C. На 7 день після операції в другій групі спостереження термоасиметрія непевно ($p > 0,05$) знизилася порівняно з попереднім

періодом і становила $0,6 \pm 0,1$ °C, у контрольній групі спостереження було непевне зниження цього показника ($p > 0,05$), а термоасиметрія дорівнювала $0,6 \pm 0,1$ °C.

Ранні запальні ускладнення в післяопераційному періоді у вигляді запальної інфільтрації м'яких тканин ми спостерігали в першій групі (після атипичного видалення зуба) у 3 з 24 пацієнтів (у 12,5%), а в другій групі (після проведення щадної гайморотомії з місцевою пластикою співустя) у 4 з 21 пацієнтів (у 19,1%) У контрольній групі спостереження ранні післяопераційні ускладнення у вигляді запальної інфільтрації м'яких тканин ми спостерігали після атипичного видалення зуба (перша група) у 6 із 24 осіб (25,0%), а в другій групі (після проведення щадної гайморотомії з місцевою пластикою співустя) у 7 пацієнтів (у 33,3%).

Висновки

На підставі отриманих даних ми зробили висновок, що гігієнічний догляд за порожниною рота пропонованим нами методом є ефективнішим у пацієнтів після проведення внутрішньоротових оперативних втручань порівняно з традиційним методом гігієни. Використання пропонованого нами способу гігієнічного догляду за порожниною рота після проведення внутрішньоротових оперативних втручань дало змогу скоротити майже у 2 рази кількість післяопераційних запальних ускладнень. Ці засоби з гігієнічного догляду за порожниною рота ми рекомендуємо використовувати пацієнтам з метою профілактики виникнення ранніх запальних ускладнень у післяопераційному періоді під час проведення внутрішньоротових оперативних втручань.

ПОСИЛАННЯ

1. Tymofieiev O.O. Shchelepno-lytseva khirurgiia. – Kyiv : VSV «Medytsyna», 2022. - 759 s.
2. Tymofeev A.A. – Rukovodstvo po cheliustno-lytsevoi khyrurhyy u khyrurhycheskoj stomatolohyy. Kyiv. - vydannia 5-e (vypravlene i dopovnene) - 2012. - 1048 s.
3. Tymofeev A.A. Cheliustno-lytsevaia khyrurhyya u khyrurhycheskaia stomatolohyya: u 2 knyakh. Kyiv. Knyha 1: pidruchnyk. -2020.- 986 s.
4. Tymofeev A.A. Cheliustno-lytsevaia khyrurhyya u khyrurhycheskaia stomatolohyya: u 2 knyakh. Kyiv. Knyha 2: pidruchnyk. - 2022.- 968 s.
5. Kutsevljak V.F., Lakhtin Yu.V. Indeksna otsinka parodontalnoho statutu. Navchalnyi posibnyk. - 2-he vyd., pererob.i dop.- Sumy VVP «Mriia». -2015.- 104 s.

Oral hygiene after intraoral surgical interventions

Tymofieiev O., Cherednichenko A., Tymofieiev O-r., Yarifa M., Chaikovskiy I.

Purpose. Prevention of early postoperative inflammatory complications after intraoral surgical interventions.

Methods. It is proposed to use modern hygiene products, 45 patients were examined after intraoral surgical interventions: 24 patients after the removal of a retained late tooth in the lower jaw and 21 patients after a sparing maxillary sinusotomy with orotracheal fusion plastic surgery.

Results. In the case of the recommended treatment, early inflammatory complications in the postoperative period in the form of inflammatory infiltration of soft tissues were observed in 3 of 24 patients (12.5%) after atypical tooth extraction and in 4 of 21 patients (19.1%) after sparing maxillary sinus surgery with local plastic surgery of the palate. In the control group, early postoperative complications in the form of inflammatory infiltration of soft tissues were observed in 6 out of 24 patients (25.0%) after atypical tooth extraction and in 7 patients (33.3%) after sparing maxillary sinus surgery with local palatal plastic surgery.

Conclusions. Hygienic oral care using our proposed method is more effective in patients after intraoral surgical interventions compared to traditional methods of hygiene. The use of our proposed method of hygienic oral care allowed us to reduce the number of postoperative inflammatory complications by almost 2 times. We recommend using these oral hygiene products after intraoral surgical interventions.

Key words: upper jaw, lower jaw, atypical tooth extraction, sparing maxillary sinusotomy, oral hygiene, Listerine, methylene blue Ligor.

Тимофеев Олександрович, - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри щелепно-лицевої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Заслужений діяч науки і техніки України; <https://orcid.org/0000-0002-3191-6025>

Чередніченко Андрій Миколайович – аспірант кафедри щелепно-лицевої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; <https://orcid.org/0000-0003-0325-4623>

Тимофеев Александр Олександрович – доктор медичних наук, професор кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; <https://orcid.org/0000-0001-5390-3201>

Ярифа Марія Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ПВНЗ України «Київського медичного університету»;

Чайковський Ігор Григорович – кандидат медичних наук, асистент кафедри щелепно-лицевої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Стаття: надійшла до редакції 06.05.2024р.-прийнята до друку 27.05.2024р.