DOI: 10.48612/cgma/z8er-zf3v-d8xp

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Л.А. Акимочкина, А.М. Цициашвили*, К.Г. Гуревич, А.М. Панин, Е.И. Карамышева
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

CLINICAL ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF NUTRITIONAL SUPPORT IN THE PERIOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS AFTER ORAL SURGICAL INTERVENTIONS

L.A. Akimochkina, A.M. Tsitsiashvili*, K.G. Gurevich, A.M. Panin, E.I. Karamysheva
A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia
***E-mail:** amc777@yandex.ru

Аннотация

Хирургические операции в полости рта сопряжены с развитием в послеоперационном периоде коллатерального отека, контрактуры жевательных мышц и выраженного болевого синдрома, что способствует возникновению затруднений при приеме пищи и, соответственно, приводит к недостаточному поступлению питательных веществ в организм. Несмотря на большое число исследований по вопросам реабилитации пациентов после операций в полости рта, ранее не был рассмотрен вопрос о возможности применения нутритивной поддержки для коррекции возникающей недостаточности энергетической ценности рациона и баланса питательных веществ в раннем послеоперационном периоде у пациентов, проходящих стоматологическое хирургическое лечение в амбулаторных условиях. В данном исследовании описан алгоритм послеоперационного ведения пациентов с использованием нутритивной поддержки в сипинговой форме у пациентов после удаления ретинированных или полуретинированных третьих моляров. Эффективность предложенного метода определяли на основании анкет питания, клинических данных и шкалы оценки стоматологического качества жизни. Предложенная схема позволила снизить интенсивность послеоперационной боли, уменьшить выраженность послеоперационной контрактуры жевательных мышц и коллатерального отека и повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: удаление третьего моляра, нутритивная поддержка, сипинговое питание.

Abstract

Surgical interventions in the oral cavity are associated with postoperative collateral edema, masticatory muscle contracture and severe pain syndrome which cause problems in eating and, accordingly, lead to insufficient intake of nutrients. Despite of a large number of researches on rehabilitation of patients after oral surgeries, the nutritional support to correct lack of energy in the diet and nutritional imbalance at the early postoperative period after outpatient dental surgical treatment has not been previously studied. The present study describes an algorithm for postoperative management of patients including nutritional support with sip feeding after the extraction of impacted or semi-impacted third molars. The effectiveness of the developed algorithm was assessed with nutrition questionnaires, clinical findings and scales for assessing the dental quality of life. The proposed algorithm reduces intensity of postoperative pain, severity of postoperative contracture of the masticatory muscles and collateral edema and thus, improves the quality of life of patients.

Key words: removal of third molar, nutritional support, sip feeding.

Ссылка для цитирования: Акимочкина Л.А., Цициашвили А.М., Гуревич К.Г., Панин А.М., Карамышева Е.И. Клиническая оценка влияния нутритивной поддержки в периоперационном периоде у пациентов при хирургических стоматологических вмешательствах. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2023; 1: 5–10.

Введение

На сегодняшний день благодаря разработке новых минимально инвазивных методик операций, современному инструментарию и современным схемам медикаментозной и немедикаментозной поддержки в послеоперационном периоде стало возможным проводить многие оперативные вмешательства в полости рта в амбулаторных условиях [1, 2]. Однако вследствие анатомо-топографических и функциональных особенностей полости рта стоматологические хирургические вмешательства могут оказывать негативное влияние на жевание, глотание, фонацию, эстетику, а также вызывать выраженный дискомфорт у пациента. В связи с этим внедрение новых методик для оптимизации послеоперационного восстановления при хирургических стоматологических вмешательствах является актуальной задачей. В общей хирургической практике применяется концепция «ускоренного восстановления после хирургических вмешательств» (Enhanced Recovery After Surgery), включающая в себя различные методики, способствующие ускоренной реабилитации в периоперационном периоде [3]. С учетом вышесказанного можно предположить, что внедрение компонентов этой программы позволит сократить сроки восстановления пациентов после операций в полости рта

и повысить качество жизни в раннем послеоперационном периоде. Представляется возможным использовать нутритивную поддержку в наиболее физиологичной для применения форме сипинга для коррекции недостатка поступления основных нутриентов в раннем послеоперационном периоде из-за ограничений в естественном питании, а также применять инъекции глюкокортикоидных препаратов для снижения степени выраженности воспалительной реакции после операции [4–7].

Цель исследования – совершенствование периоперационного ведения пациентов при операциях в полости рта с использованием нутритивной поддержки в сипинговой форме.

Материалы и методы

Проведено исследование среди пациентов, которым планировалось удаление ретинированных и полуретинированных третьих моляров. Пациенты были разделены на четыре группы: у пациентов группы 1 (n = 18) использовали схему нутритивной поддержки лечебным питанием Нутриэн Стандарт (АО «Инфаприм», Россия) в сипинговой форме по две упаковки (200 мл) в сутки в течение пяти дней со дня операции, пациентам группы 2 (n = 14) проводили внутримышечные инъекции препарата группы глюкокортикоидов дексаметазон 4 мг двукратно в день операции и на первые сутки после операции, у пациентов группы 3 (n = 17) использовали сочетание инъекций глюкокортикоидов с нутритивной поддержкой, у пациентов контрольной группы 4 (n = 16) стандартные мероприятия в послеоперационном периоде ничем не дополняли. Исследование проводилось в соответствии с правилами и принципами доказательной медицины с соблюдением требований Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2013) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.04.2016 № 200-н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики» и было одобрено межвузовским комитетом по этике. Всеми пациентами перед включением в исследование было подписано добровольное информированное согласие.

В исследование было включено 65 соматически здоровых мужчин и женщин в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст – 25 ± 5 лет), проходивших обследование и лечение на базе отделения кафедры пропедевтики хирургической стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России с диагнозом: «ретинированный или полуретинированный третий моляр нижней челюсти» (МКБ-10: К01.0 ретинированный зуб). Удаление ретинированного или полуретинированного третьего моляра нижней челюсти проводили под инфильтрационной и проводниковой анестезией путем отслаивания слизисто-надкостничного лоскута и остеотомии компактной пластинки нижней челюсти и/или фрагментации удаляемого зуба с помощью физиодиспенсера и фрез с последующим удалением фрагментов с помощью люксаторов и элеваторов. Затем производили кюретаж лунки, мобилизацию слизисто-надкостничного лоскута и наложение сближающих швов, в устье лунки вводили йодоформную турунду. Рекомендации для пациентов после оперативного вмешательства были одинаковыми во всех группах и включали в себя противовоспалительную терапию нестероидным противовоспалительным препаратом Нимесил в дозировке 100 мг по одной дозе один раз в день в течение трех дней, антибактериальную терапию препаратом пенициллинового ряда Амоксиклав в дозировке 625 мг по одной таблетке два раза в день в течение семи дней и антисептические ротовые ванночки с 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата три раза в день в течение 14 дней. Замену турунды проводили на третьи, пятые, седьмые сутки после операции. Снятие швов производили на седьмые сутки.

Оценку характера питания в периоперационном периоде проводили с использованием стандартного дневника питания, который пациенты заполняли за день до операции, в день операции, на первые, третьи, пятые, седьмые и 14-е сутки после операции. Расчет калорийности и нутриентного состава суточного рациона проводили, руководствуясь таблицами Института питания РАМН, а также составами готовых продуктов питания, указанных производителями. Клиническую оценку течения послеоперационного периода проводили на первые, третьи, пятые, седьмые и 14-е сутки после операции по следующим критериям: выраженность коллатерального отека (визуально от 0 до 2 баллов, где 0 баллов соответствовало отсутствию изменения конфигурации лица, 1 балл – умеренному и 2 – значительному изменению конфигурации в щечной области); выраженность воспалительной контрактуры жевательных мышц (по степени открывания рта в см); степень эпителизации лунки удаленного зуба на 14-е сутки (0 баллов при частичной эпителизации и 1 балл при полной эпителизации); интенсивность болевого синдрома (при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли, представляющей собой десятибалльную шкалу с оценкой отсутствия боли от 0 баллов до нестерпимой боли в 10 баллов); количество требующихся для купирования болевого синдрома таблеток нестероидного противовоспалительного средства нимесулид 100 мг; наличие послеоперационных осложнений воспалительного характера. При оценке качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, в те же дни контроля использовали валидированную русскоязычную версию опросника для оценки стоматологического качества жизни The Oral Health Impact Profile-14 – OHIP-14 [8]. Данный опросник представляет собой обратную шкалу, в которой об ухудшении качества жизни свидетельствует увеличение суммы баллов.

Статистический анализ полученных данных проведен с использованием непараметрического критерия Крускалла – Уоллиса с использованием пакета программ Statistica (StatSoft Inc, США).

Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал, что в группах 2 и 4, в которых пациентам не была назначена нутритивная поддержка, отмечалось уменьшение энергетической ценности рациона в период со дня операции до седьмых суток после оперативного вмешательства. При этом у пациентов, получавших нутритивную поддержку лечебным питанием Нутриэн Стандарт по предложенной схеме, отмечалось поддержание привычного суточного калоража. Наибольшее уменьшение калорийности рациона отмечено в контрольной группе и составило 679 ккал на первые сутки и 637 ккал на третьи сутки после операции в сравнении с данными, полученными в дооперационном периоде, что указывает на недостаток поступления питательных веществ в организм больных в раннем послеопе-

Таблица 1

Энергетическая ценность рациона в периоперационном периоде, ккал

Группа	До операции, p = 0.8244		День операции, p = 0.0004		Первые сутки, p = 0.0027		Третьи сутки, p = 0.0109		Пятые сутки, p = 0.7530		Седьмые сутки, p = 0.6722		14-е сутки, p = 0.7998	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	1717	1489–2055	1395	1299–1598	1362	1235–1758	1551	1306–1945	1374	1239–1634	1486	1364–1793	1765	1511–2247
2	1642	1422–1986	1072	912–1324	1200	946–1385	1240	1069–1624	1324	1246–1640	1483	1259–1801	1571	1451–1970
3	1836	1502–2564	1456	1438–1812	1678	1314–1964	1683	1459–1947	1402	1302–1770	1563	1306–1756	1784	1439–2463
4	1692	1419–2133	1013	942–1321	1055	946–1331	1325	1111–1477	1331	1252–1602	1571	1426–1941	1723	1519–2316

Таблица 2

Содержание белкового компонента в рационе в периоперационном периоде, ккал

Группа	До операции, p = 0.4282		День операции, p = 0.0000		Первые сутки, p = 0.0909		Третьи сутки, p = 0.3306		Пятые сутки, p = 0.7006		Седьмые сутки, p = 0.1381		14-е сутки, p = 0.2755	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	81	69–99	71	55–81	70	51–87	75	61–101	78	56–87	80	65–100	78	71–112
2	73	57–81	43	34–53	52	42–68	61	49–75	68	52–77	67	51–79	73	61–80
3	84	56–98	76	66–82	74	58–98	73	62–92	69	54–79	70	58–79	77	69–84
4	83	70–90	43	40–67	67	43–75	65	55–85	70	54–80	76	58–87	85	66–93

Таблица 3

Содержание жирового компонента в рационе в периоперационном периоде, ккал

Группа	До операции, p = 0.1357		День операции, p = 0.0002		Первые сутки, p = 0.0033		Третьи сутки, p = 0.0134		Пятые сутки, p = 0.7083		Седьмые сутки, p = 0.8079		14-е сутки, p = 0.5276	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	85	67–112	56	44–74	52	43–68	66	50–83	62	49–86	67	48–82	73	52–102
2	59	49–74	34	31–44	41	38–55	44	36–70	50	46–65	57	48–67	63	49–73
3	72	64–112	58	48–82	60	50–76	74	56–92	57	47–87	63	48–72	78	50–107
4	67	59–86	36	29–52	42	33–51	51	39–66	57	44–72	67	51–87	73	54–92

рационном периоде. Схожие изменения отмечаются и в группе 2, где снижение калорийности рациона на первые и третьи сутки составило 570 и 442 ккал соответственно. В группе 1 снижение энергетической ценности суточного рациона на первые и третьи сутки после операции составило 323 и 365 ккал соответственно. А наилучшие результаты отмечены в группе 3, где калорийность рациона снизилась на 380 и 158 ккал на первые и третьи сутки после операции (табл. 1). Следует отметить, что в дальнейшем во всех группах происходило постепенное возвращение к исходным показателям энергетической ценности рациона к 14-м суткам после операции, что говорит о том, что включение нутритивной поддержки в сипинговой форме в послеоперационные рекомендации для пациентов на первые пять суток со дня операции не влияет на восстановление привычного рациона питания после отмены приема лечебного питания.

В группах 2 и 4, помимо снижения энергетической ценности рациона, отмечалось также резкое уменьшение содержания белкового компонента пищи в день операции (до 43 г в обеих группах), и дефицит белка сохранялся на первые (52 и 67 г соответственно) и третьи (61 и 65 г соответственно) сутки после операции с постепенным увеличением содержания белка к 14-м суткам. При этом у пациентов первой и третьей групп, получавших нутритивную поддержку лечебным питанием Нутриэн Стандарт, отмечалось незначительное уменьшение содержания белка в день операции (до 71 и 76 г соответственно), на первые сутки (70 и 74 г соответственно) и на третьи сутки после операции (75 и 73 г соответственно) (табл. 2).

Аналогичные изменения наблюдались и в отношении содержания жирового и углеводного компонентов пищи: в суточном рационе пациентов групп 2 и 4 – резкое снижение содержания жиров в день операции (34 и 36 г соответственно), на первые сутки (41 и 42 г соответственно) и на третьи сутки после операции (44 и 51 г соответственно) с медленным увеличением содержания этого макронутриента до 14-х суток, когда показатели вернулись к начальным значениям. В группах 1 и 3, в которых пациентам была назначена нутритивная поддержка в форме сипинга, наблюдалось незначительное уменьшение содержания жиров в суточном рационе в день операции (56 и 58 г соответственно) и на первые сутки после операции (52 и 60 г соответственно) (табл. 3).

Таблица 4

Содержание углеводного компонента в рационе в периоперационном периоде, ккал

Группа	До операции, p = 0.1957		День операции, p = 0.2789		Первые сутки, p = 0.0339		Третьи сутки, p = 0.0981		Пятые сутки, p = 0.4089		Седьмые сутки, p = 0.8828		14-е сутки, p = 0.7095	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	166	146–186	148	126–202	157	119–192	151	133–190	154	112–176	179	138–199	186	159–216
2	197	145–223	141	92–189	162	90–181	175	100–195	188	141–202	191	135–224	201	143–241
3	204	176–238	156	140–195	199	148–234	183	148–221	176	137–207	197	147–204	212	184–243
4	165	131–1197	128	94–160	122	96–156	135	87–186	149	122–187	183	149–216	186	159–225

Таблица 5

Выраженность изменения конфигурации лица в послеоперационном периоде, балл

Группа	До операции, p = 1.0000		Первые сутки, p = 0.1145		Третьи сутки, p = 0.0034		Пятые сутки, p = 0.0031		Седьмые сутки, p = 0.3866		14-е сутки, p = 1.0000	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	0.00	0,00	1.00	1.00–1.00	1.00	1.00–2.00	1.00	1.00–1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	0.00	0.00	1.50	1.00–2.00	2.00	1.00–2.00	1.00	1.00–1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	0.00	0.00	1.00	1.00–1.00	1.00	1.00–1.00	0.00	0.00–1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	0.00	0.00	1.00	1.00–1.00	2.00	2.00–2.00	1.00	1.00–1.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Таблица 6

Значение ширины открывания рта в послеоперационном периоде, см

Группа	До операции, p = 0.1583		Первые сутки, p = 0.3289		Третьи сутки, p = 0.1001		Пятые сутки, p = 0.0408		Седьмые сутки, p = 0.4842		14-е сутки, p = 0.1465	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	5.00	4.70–5.00	4.15	4.00–4.50	4.20	3.58–4.45	4.30	4.00–4.65	4.30	4.50–5.00	4.90	4.70–5.00
2	4.65	4.50–4.95	4.00	3.50–4.20	3.70	3.13–4.15	4.00	3.90–4.45	4.00	4.35–4.78	4.65	4.50–4.95
3	4.70	4.70–5.00	4.30	4.00–4.50	4.30	4.00–4.50	4.50	4.30–4.50	4.50	4.50–5.00	4.70	4.50–5.0
4	5.00	4.65–5.00	4.20	4.00–4.50	3.50	3.35–4.30	4.20	4.00–4.60	4.20	4.25–4.90	5.00	4.65–5.00

Изменение содержания углеводов в суточном рационе в день операции на 18–48 г отмечалось во всех исследуемых группах. В дальнейших контрольных точках снижение содержания углеводного компонента отмечено только в контрольной группе на первые (на 43 г), третьи (на 30 г) и пятые сутки (на 16 г) (табл. 4).

Результаты клинической оценки коллатерального отека щечной области показали возникновение отека на первые сутки после операции, с дальнейшим его увеличением к третьим суткам и последующим постепенным уменьшением до 0 баллов к 14-м суткам. Наибольшее значение в баллах изменения конфигурации лица на первые сутки отмечено в группе 2 (1.5 балла), во всех остальных группах на первые сутки медиана баллов составила 1 балл. На третьи сутки самые высокие показатели получены в группах 2 и 4 (2 балла), в то время как в группах 1 и 3 медиана составила 1 балл (табл. 5).

При этом уже на пятые сутки в группе 3, то есть у пациентов, которым назначали инъекции глюкокортикоидного препарата дексаметазон и была назначена нутритивная поддержка Нутриэн Стандарт, медиана оценки изменения конфигурации лица составила 0 баллов, что свидетельствует об отсутствии визуальных проявлений наличия коллатерального отека. Во всех остальных группах значение медианы этого показателя стало равно 0 к седьмым суткам послеоперационного периода. Наилучшие результаты по скорости уменьшения коллатерального отека выявлены у пациентов в группе 3, где на третьи и пятые сутки медиана выраженности изменения конфигурации лица составляла на 1 балл меньше, чем у пациентов контрольной группы.

Ограничение ширины открывания рта отмечено у пациентов во всех группах – максимально на третьи сутки послеоперационного периода с последующим постепенным восстановлением к 14-м суткам. При этом у пациентов всех трех исследуемых групп отмечено более плавное изменение параметра ширины открывания рта, в отличие от более значительного и резкого изменения этого показателя в контрольной группе. На первые сутки наибольшее ограничение ширины открывания рта отмечено в группах 1 и 4 – на 8,5 и 8 мм соответственно, а в группах 2 и 3 – на 6,5 и 4 мм соответственно. Наибольшая выраженность воспалительной контрактуры выявлена на третьи сутки во всех группах, а уменьшение ширины открывания рта – на 8, 9.5, 4 и 15 мм в группах 1, 2, 3 и 4 соответственно. Таким образом, наилучшие показатели отмечены в группе 3, где максимальная разница изменения ширины открывания рта от исходных показателей составила 4 мм на первые и третьи сутки. Наихудшие показатели зафиксированы в контрольной группе, где максимальная разница изменения ширины открывания рта от исходных показателей составила 8 мм на первые сутки и 15 мм на третьи сутки. Возвращение к исходным показателям величины открывания рта во всех группах произошло к 14-м суткам (табл. 6).

Таблица 7

Эпителизация лунки на 14-е сутки

Группа	Количество пациентов, у которых произошла полная эпителизация лунки, %	
	Седьмые сутки	14-е сутки
1	0	89
2	0	79
3	0	76
4	0	75

Оценка скорости эпителизации лунки удаленного зуба показала, что у 75–79% пациентов групп 2, 3 и 4 произошла полная эпителизация лунки на 14-е сутки. Лучшие показатели отмечены в группе 1, где полная эпителизация лунки на 14-е сутки произошла у 89% пациентов (табл. 7).

По данным оценки визуально-аналоговой шкалы боли, пациенты всех групп отмечали наиболее выраженные болевые ощущения на первые сутки после удаления третьего моляра. Наибольшее медианное значение по ВАШ боли на первые сутки получено среди пациентов группы 1 и составило 4 балла, во второй группе медианное значение на первые сутки составило 3.5 балла, а в группах 3 и 4 – по 3 балла. На третьи сутки в группах 1, 2 и 4 медианное значение по ВАШ боли составило 3 балла, а в группе 3 уменьшилось до 2 баллов. На седьмые сутки только пациенты группы 1 не отмечали боли и дискомфорта в послеоперационной области. Во всех трех исследуемых группах отмечена более быстрая регрессия болевой чувствительности в послеоперационном периоде в сравнении с контрольной группой (табл. 8).

На первые сутки после операции для купирования болевого синдрома пациентам групп 1, 2 и 4 потребовался прием двух доз нестероидного противовоспалительного средства (НПВС) нимесулид в дозировке 100 мг в сутки, а пациентам группы 3 в среднем требовался прием только одной дозы. На третьи сутки пациентам групп 1 и 4 требовался прием двух доз нимесулида 100 мг, а в группах 2 и 3 – одной дозы в сутки. На пятые сутки однократный прием НПВС потребовался только пациентам групп 2 и 4 (табл. 9). Также следует отметить, что трем пациентам из группы 3, а также одному пациенту группы 1 и одному пациенту группы 2 не требовался прием НПВС уже на третьи сутки после операции.

Таким образом, наиболее выраженный болевой синдром и большее количество требующихся для его купирования НПВС отмечены в контрольной группе, а наилучшие показатели в отношении показателей послеоперационной боли – в группе 3, где использовали комбинацию нутритивной поддержки в форме сипинга и внутримышечных инъекций глюкокортикоидов. Пациенты группы 3 отмечали на 1 балл менее выраженную боль в послеоперационной области на третьи и пятые сутки, а также им требовалось на один прием меньше обезболивающего препарата на третьи сутки и не требовался прием обезболивающего на пятые и последующие сутки после операции.

При оценке качества жизни пациентов с помощью опросника стоматологического качества жизни OHIP-14 выявлено, что начальные показатели до операции во всех группах, кроме группы 2, были равны 14 баллам, что соответствует наилучшему возможному результату и соответственно самому высокому показателю качества жизни. В группе 2 медианный показатель качества жизни до операции составил 15.5 баллов. Наихудшие показатели качества жизни были выявлены на первые сутки после удаления третьего моляра. Самый высокий общий балл на первые сутки выявлен в группе 2 и составил 30 баллов, в группах 1 и 4 общий балл составил 23 и 24 балла соответственно, а наименьшее ухудшение

Таблица 8

Оценка болевой чувствительности по ВАШ, балл

Группа	До операции, p = 0.1013		Первые сутки, p = 0.1119		Третьи сутки, p = 0.0426		Пятые сутки, p = 0.4384		Седьмые сутки, p = 0.1709		14-е сутки, p = 0.4683	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	0.00	0.00–0.00	4.00	2.00–5.00	3.00	3.00–4.00	2.00	1.00–2.00	0.00	0.00–1.00	0.00	0.00–0.00
2	0.00	0.00–0.00	3.50	2.25–4.00	3.00	2.00–3.00	1.00	1.00–2.00	0.50	0.00–1.00	0.00	0.00–0.00
3	0.00	0.00–0.00	3.00	2.00–3.00	2.00	2.00–3.00	1.00	1.00–2.00	1.00	0.00–1.00	0.00	0.00–0.00
4	0.00	0.00–0.00	3.00	2.00–3.50	3.00	2.75–4.50	2.00	1.00–2.00	1.00	0.75–2.00	0.00	0.00–0.00

Таблица 9

Количество таблеток нимесулида 100 мг, требующихся для купирования болевого синдрома в сутки, шт.

Группа	День операции, p = 0.5767		Первые сутки, p = 0.4765		Третьи сутки, p = 0.0446		Пятые сутки, p = 0.0091		Седьмые сутки, p = 0.5665		14-е сутки, p = 1.0000	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	1.00	1.00–1.00	2.00	1.00–2.00	2.00	1.00–2.00	0.00	0.00–1.00	0.00	0.00–0.00	0.00	0.00–0.00
2	1.00	1.00–2.00	2.00	1.00–2.00	1.00	1.00–2.00	1.00	0.00–1.00	0.00	0.00–0.00	0.00	0.00–0.00
3	1.00	1.00–1.00	1.00	1.00–2.00	1.00	1.00–1.00	0.00	0.00–0.25	0.00	0.00–0.00	0.00	0.00–0.00
4	1.00	1.00–1.25	2.00	1.00–2.00	2.00	1.00–2.00	1.00	0.00–1.00	0.00	0.00–0.00	0.00	0.00–0.00

Таблица 10

Оценка стоматологического качества жизни по шкале опросника OHIP-14, балл

Группа	До операции, p = 0.2251		Первые сутки, p = 0.0000		Третьи сутки, p = 0.5614		Пятые сутки, p = 0.2117		Седьмые сутки, p = 0.3271		14-е сутки, p = 0.8657	
	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили	Медиана	Квартили
1	14.00	14.00–16.00	23.00	19.00–25.00	21.00	18.00–25.00	18.00	16.00–20.00	15.00	15.00–19.00	14.00	14.00–14.00
2	15.50	14.00–18.00	30.00	23.50–33.00	22.50	20.00–25.50	21.00	19.50–23.00	16.50	15.25–17.75	14.00	14.00–14.00
3	14.00	14.00–15.00	20.00	18.00–23.00	18.00	17.00–25.50	17.00	16.00–26.00	15.00	14.00–16.00	14.00	14.00–14.00
4	14.00	14.00–14.25	24.00	20.75–29.25	22.00	19.00–27.25	19.00	16.75–21.25	16.50	16.00–18.25	14.00	14.00–14.25

качества жизни на первые сутки отмечено в группе 3, где общий балл составил 20 баллов. На третьи сутки пациенты в группах 1, 2 и 4 оценивали качество жизни в 21–22 балла, а в группе 3 – на 18 баллов. На пятые и седьмые сутки происходило постепенное уменьшение баллов по шкале опросника качества жизни OHIP-14 с восстановлением максимально высокого качества жизни на 14-е сутки во всех группах (табл. 10).

Необходимо отметить, что самые высокие показатели по опроснику стоматологического качества жизни, соответствующие наихудшей оценке качества жизни пациентов после операции удаления третьего моляра нижней челюсти, были отмечены на первые сутки после операции с дальнейшим постепенным улучшением этого показателя, что также коррелирует с результатами оценки степени выраженности болевого синдрома и описанными данными клинической оценки. Наилучшие показатели по шкале опросника качества жизни отмечены в группе 3, где на первые сутки после удаления общий балл по опроснику был на 4 балла меньше, чем у пациентов контрольной группы, и на 10 баллов меньше, чем у пациентов группы 2.

Согласно результатам исследования, у больных группы 3 отмечалось наиболее благоприятное течение послеоперационного периода по всем исследуемым показателям. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с использованием нутритивной поддержки и инъекций глюкокортикоидов, у пациентов не наблюдалось.

Заключение

Все исследуемые пациенты испытывали выраженный дискомфорт в послеоперационной области и затруднения при приеме пищи, в связи с чем возникал недостаток поступления питательных веществ в организм больных в первые три – пять суток после проведения операции в полости рта. Внедрение в клиническую практику алгоритма применения нутритивной поддержки в сипинговой форме лечебным питанием Нутриэн Стандарт в сочетании с внутримышечными инъекциями глюкокортикоидного препарата дексаметазон улучшает течение периоперационного периода вследствие снижения интенсивности послеоперационной боли, уменьшения выраженности послеоперационной контрактуры жевательных мышц и коллатерального отека и способствует повышению качества жизни пациентов, перенесших операции по удалению ретинированных или полуретинированных третьих моляров нижней челюсти.

Литература

1. Афанасьев Е.В. и др. Проблемы питания и уход за больными с ранениями и травмами лица и челюстей // Достижения естественных и технических наук в XXI веке: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. – Белгород. – 2017. – С. 64–68. [Afanasyev E.V. et al. Problems of nutrition and care of patients with wounds and injuries of the face and jaws // Dostizhenija estestvennyh i tehnicheskih nauk v XXI veke: sbornik nauchnyh trudov po materialam mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. – Belgorod. – 2017. – P. 64–68. In Russian].
2. Giridhar V.U. Role of nutrition in oral and maxillofacial surgery patients // Nat J Maxillofac Surg. – 2016. – V. 7. – P. 3–9.
3. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Guidelines, 2022. URL: https://erassociety.org/guidelines/.
4. Martínez-Ortega A.J. et al. Perioperative nutritional support: a review of current literature // Nutrients. – 2022. – V. 14 (8). – P. 1601.
5. Анисимова Л.А. Эффективность раннего энтерального питания у больных с травматическими повреждениями и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Инновации в стоматологии. – 2014. – Т. 3. – № 5. – С. 59–64. [Anisimova L.A. The effectiveness of early enteral nutrition in patients with traumatic injuries and inflammatory diseases of the maxillofacial region // Innovatsii v stomatologii (Innovations in dentistry). 2014. – V. 3. – № 5. – P. 59–64. In Russian].
6. Weimann A. et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery // Clin Nutr. – 2021. – V. 40. – № 7. – P. 4745–4761.
7. Nehme W. et al. Piezo-surgery technique and intramuscular dexamethasone injection to reduce postoperative pain after impacted mandibular third molar surgery: a randomized clinical trial // BMC Oral Health. – 2021. – V. 21. – № 1. – P. 393.
8. Барер Г.М. и др. Валидация русскоязычной версии опросника OHIP у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести // Стоматология. – 2007. – № 5. – С. 27–30. [Barer G.M. et al. Validation of oral health impact profile (OHIP) quality oflife questionnaire in Russian patients with evidence of chronic generalized periodontitis // Stomatologiia (Dentistry). – 2007. – № 5. – P. 27–30. In Russian].