

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ И ИЗОЛЯЦИИ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА

Абдышев Т.К.

Городская стоматологическая поликлиника №4
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлен опыт лечения 80-ти больных с альвеолитом. Препарат «Коллапановая гранула» показал себя как наиболее эффективным. Закрытия лунки выкроенным лоскутом из переходной складки, а также облучение синим светом, обеспечивали надежную консолидацию кровяного сгустка, препятствовали попаданию в лунку микроорганизмов и остатков пищи. Проведенные исследования показали, что у 98,5 % больных основной группы уже к концу первых суток после начала лечения, был полностью купирован болевой синдром, гиперемия и отек слизистой оболочки в области лунки «причинного» зуба значительно уменьшались.

Ключевые слова: альвеолит, коллапановая гранула, синий свет.

АЛЬВЕОЛИТТИ ДАРЫЛООДО ОСТЕОПЛАСТИКАЛЫК КАРАЖАТТЫ КОЛДОНУУ ЖАНА ЖУЛУНГАН ТИШТИН УЯСЫН ЖАБУУ ТАЖРЫЙБАСЫ

Абдышев Т.К.

№4 шаардык стоматология эмканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада альвеолит менен ооруган 80 бейтапты дарылоонун тажрыйбасы баяндалган. Өзүн эң эффективдүү болуп көрсөткөн дары-дармек Коллапандык гранула. Тиш уясын бугуш өттүүнүн бычуу лоскуту менен жабуу жана көк түс светин колдонуу, кандын уюусун жакшыртып, тиш уясына микроорганизм жана тамак-аштын калдыктарынын кирбөөсүнө тоскоол болгон. Жүргүзүлгөн изилдөөдө көрсөткөндөй, негизги топтогу 98,5% бейтаптын абалы дарылоо башталгандан кийинки күндө эле оору басандап, себептүү тиштин айланасындагы былжыр челдин шишиги бир топко азайган.

Негизги сөздөр: альвеолит, коллапан грануласы, көк түс.

TREATMENT OF ALVEOLITIS WITH OSTEOPLASTIC DRUGS AND WITH ISOLATION OF EXTRACTION SITES

Abdyshev T.K.

City Dental Clinic №4
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article describes the experience of treating 80 patients with alveolitis. The most effective drug has proved to Collapan in granules, closing the hole a cut flap folds of transition, as well as exposure of blue light which together provides reliable consolidation blood clot prevented from entering the well of micro-organisms and food debris. Studies have shown that 98.5% of patients of the main group by the end of the first day after the start of treatment was completely doctored pain, redness and swelling of the mucous membrane in the hole “causal” tooth is greatly reduced.

Key words: alveolitis, granule CollapAn, blue light.

Альвеолит наравне с кровотоком является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, частота возникновения альвеолита составляет от 13,4 до 42,8 % от всех постэкстракционных осложнений [2,4]. Большинство исследователей выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический факторы [1,5]. Развитию альвеолита способствует также высокая фибринолитическая активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболевания [2, 4,5].

Анализ литературы показал, что существующие способы лечения альвеолита однотипны и направлены на ликвидацию явлений воспаления в лунке. Купирование воспалительного процесса основано на применении противовоспалительных, антибактериальных и десенсибилизирующих средств. Существующие методики не лишены ряда недостатков: отсутствует полноценная изоляция операционной раны, что нередко провоцирует явления остеомиелита челюсти, и как результат, приводят к значительной убыли и дефициту костной ткани [3]. Крайне редко в тактике врача-стоматолога-хирурга применяются меры, направленные на профилактику нагноение альвеолярного отростка челюсти [6]. Нами

поставлены задачи: лечение альвеолита, изоляция лунки удаленного зуба и профилактика атрофии альвеолярного отростка.

Цель исследования: оценить эффективность метода лечения альвеолита с применением коллапановой гранулы, светодиодного аппарата, излучающего синий свет и изоляции лунки удаленного зуба с пластикой местными тканями.

Материалы и методы исследования.

В течение года в городской стоматологической поликлинике №4 города Бишкек с постэкстракционным альвеолитом зарегистрировано 532 больных.

В исследовании участвовало 80 больных с альвеолитом в возрасте от 20-х до 55ти лет, из них 50 женщин и 30 мужчин. Основной причиной воспалительной реакции являлось наличие периодонтитного «причинного» зуба, низкий уровень гигиены, а также технические сложности при удалении зуба мудрости (третьего моляра). На верхней челюсти альвеолит наблюдался у 26 больных (32,5 %), на нижней - у 54-х человек (67,5%).

В зависимости от выбранного способа лечения все больные были разделены на 2 группы: основную из 45-х больных (56,25 %) и контрольную, которую составили 35 пациентов (43,75 %). Как видно из таблицы

Таблица 1.

Распределение исследуемых пациентов по группам

Группа исследования	Всего обследовано больных (80 чел.)			
	Мужчины (20-55 лет)		Женщины (20-55 лет)	
	Абс.	%	Абс.	%
Основная	17	57	28	56
Контрольная	13	43	22	44
Итого:	30	100	50	100



Рис. 1. Распределение исследуемых пациентов по группам.

1, среди обследованных пациентов в основной группе мужчины составили 17 человек (57%) и женщины 28 человек (56%). В контрольной группе количество мужчин составило 13 человек (43%) и женщин 22 человека (44%). Полученные данные обрабатывали с использованием методов вариационной статистики с помощью t-критерия Стьюдента, пакета программ медицинской статистики Microsoft Excel. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Полученные данные приведены в виде диаграммы на рисунке №1.

Лечение больных в основной группе проводилось по следующей методике: под местной проводниковой и инфильтрационной анестезией полностью удаляли из лунки остатки тромба, проводили кюретаж стенок лунки, костный дефект обильно промывали раствором декасана, заполняли коллапановой гранулой содержащей антибактериальный компонент линкомицина, лунку закрывали выкроенным лоскутом из переходной складки. Также полоскание раствором декасана и облучение синим светом 2 раза в день, в течение 10 дней.

В контрольной группе после обезболивания и удаления остатков тромба проводили медикаментозную обработку лунки и вводили в нее йодоформную смесь на марлевой турунде (у 35 % больных контрольной группы). Полоскание полости рта раствором фурацилина 1:5000. лечение антибиотикотерапией и КУФ полости рта.

Эффективность лечения в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения оценивали по объективным (осмотр и пальпация) и субъективным (жалобы) данным,

количеству посещений, данным рентгенологического исследования.

Результаты исследования и их обсуждения.

Использование коллапановой гранулы, закрытия лунки местными тканями и облучение синим светом, в основной группе показало его главные преимущества - препарат быстро обеспечивает надежную консолидацию кровяного сгустка, а также антибактериальное действие, пластика местными тканями препятствует попаданию в лунку микроорганизмов и остатков пищи.

Полученные данные о высокой частоте альвеолитов, развившихся после удаления зубов по поводу хронического и обострения хронического периодонтита, объясняются наличием длительно существующих хронических очагов одонтогенной инфекции в периодонте и челюстных костях. Высокая (до 22,9% случаев) частота встречаемости альвеолита после хирургических манипуляций по поводу затрудненного прорезывания зуба мудрости, связана по-видимому с большим объемом операционной травмы и длительностью самого вмешательства, а также с активностью микрофлоры ретромолярной области и патологических костных карманов. Определенный интерес в этой связи представляют данные о формах альвеолитов, зарегистрированных в картах амбулаторных больных за исследуемый период времени.

Согласно Таблице №2, проведенные исследования показали, что у 98,5 % больных основной группы уже к концу первых суток после начала лечения, был полностью купирован болевой синдром, гиперемия и отек слизистой оболочки в области лунки «причинного»

Таблица 2.

Результаты обследованных пациентов основной группы

Сроки заживления лунки	Основная группа (45 чел.)	
	Абс.	%
На 1-е сутки	44	98,5
На 2-е сутки	1	1,5
Итого:	45	100

зуба значительно уменьшались. У 1,5% больных болевой синдром купировался на 2 сутки. Анализ динамики клинических проявлений показал, что лечение альвеолита с использованием синего света приводит к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений. Гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 1-2 суток, а инфильтрация в области краев ран сохранялась до 3-4 дней.

В контрольной группе исчезновение указанных симптомов у 95,3 % больных наблюдалось, в среднем, на $2,3 \pm 1,05$ суток позже, чем в основной группе, причем у 4,7 % больных потребовалось еще на $2,9 \pm 1,3$ суток больше времени для купирования данных клинических признаков, а смена турунд проводилась не менее 3-4 раз в течение 6-8 дней. Число посещений на одного больного в основной группе составило, в среднем, $2,1 \pm 0,14$, а в контрольной группе - $5,8 \pm 0,78$ ($P > 0,005$).

В основной группе, где использование коллапановой гранулы и облучения синим светом, обезболивающий эффект был выражен наиболее сильно, так как препарат содержит остеорегенирующий и антимикробный компоненты, это является профилактикой нагноения кровяного сгустка, а также препарат способствует регенерации образующейся костной ткани. В основной группе значительно быстрее снижалась интенсивность луночковых болей, с применением синего света, это во многом объясняется тем, что синий свет на месте оперативного вмешательства способствует снятию отеков, а также оказывает бактерицидное и анальгезирующее действие.

Сроки заживления слизистой оболочки в области лунки удаленных зубов в двух клинических группах составляли в основной группе и в контрольной группе соответственно, $8,2 \pm 1,08$ сутки и $12,1 \pm 2,01$ суток ($P > 0,05$).

Длительность амбулаторного лечения составила в основной группе - $8,2 \pm 1,9$ суток, в контрольной группе - $12,2 \pm 2,4$ суток ($P > 0,05$).

При проведении рентгенологического исследования выявлено, в основной группе через 4-5 недель у пациентов с применением светолечения определялась размытость контуров костного дефекта, завуалированность интенсивной тенью костной мозоли, в области ее дна прослеживаются единичные костные трабекулы - произошло восстановление лунки удаленного зуба соответственно на $28,3 \pm 1,8$ сутки.

В контрольной группе, где светолечение не применялось, костный дефект визуализировался более отчетливо. Интенсивность тени костной мозоли оценивалась чаще как умеренная, реже интенсивная

и слабая, отмечался остеопороз стенок. Только на 30-40 сутки образовалась новая костная мозоль ($P > 0,005$). Таким образом, используемые для комплексного лечения коллапановая гранула и синий свет с длиной волны 450нм активно стимулируют репаративный остеогенез лунки удаленного зуба, о чем свидетельствует полное восстановление костной ткани лунки удаленного зуба через 1 месяц в основной группе.

Литература:

1. Андрищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2005. - 25 с.
2. Беланов Г.Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных материалов с антимикробным эффектом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Самара, 2009. - 24 с.
3. Емельянов А.С. Репаративные способности тканей при использовании костнопластических материалов в эксперименте [Текст] / А.С. Емельянов // Нижегородский медицинский журнал. - 2008. - № 2. - Вып. 2. - С. 239-240.
4. Ефимов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов. - Волгоград, 2010. - С. 141-144.
5. Иорданиявили А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба // Стоматология. - 2001. - № 1. - С. 16-18.
6. Карандашов В.И., Палеев Н.Р., Петухов Е.Б., Джулини Г. Лечение синим светом.-М.: Издательский дом «Техника-молодёжи», 2009.-48с.