

3. Хохрина Т.Г, Семенов В.В. Реплантация зубов – комплексный подход хирурга, терапевта и пародонтолога //Клиническая стоматология. – 2000. – № 4. – С. 48-50.
4. Панин А.М. Новое поколение остеопластических материалов (разработка, лабораторно – клиническое обоснование, клиническое внедрение): Дисс. д.м.н. – М., 2004. – 209 с.
5. Harley B.A., O'Brien F.J., Yannas I.V., Gibson L.J. (2004): Fabrication and mechanical characterization of equiaxed collagen-GAG scaffolds. In: Transactions of the 7th World Biomaterials Congress, Sydney, Australia.

УДК 616.716.85-089.844

## АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКА ПРИ ОСТРОМ АЛЬВЕОЛИТЕ

Сирак С.В., Читанова А.Д., Сирак А.Г., Сасина М.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

## ALVEOLOPLASTICS IN ACUTE ALVEOLITIS

Sirak S.V., Chitanova A.D., Sirak A.G., Sasina M.A.

The Stavropol State Medical Academy

Разработан способ альвеолопластики при лечении острого альвеолита. Под наблюдением находилось 149 больных с острым альвеолитом в возрасте от 24 до 65 лет. Способ показал высокую эффективность по сравнению с традиционной методикой, что выразилось в снижении послеоперационных осложнений, сокращении периода выздоровления больных и восстановлении костной архитектоники в области постэкстракционных дефектов челюстей.

Ключевые слова: альвеолит, атрофия, воспаление.

The method of alveoloplastics in treatment of acute alveolitis is worked out. 149 patients at the age from 24 to 65 years with acute alveolitis were under observation. This method revealed high efficacy comparatively to common technique. It was expressed in increase of postoperative complications, decrease of convalescent time and recovery of osseous architectonics at the area of postextractive jaw malfunctions.

Key words: alveolitis, atrophy, inflammation.

Альвеолит 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, 3, 4]. Большинство исследователей выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический факторы [1, 3, 5]. Развитию альвеолита способствует также высокая фибринолитическая активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболевания [2, 4].

Анализ литературы показал, что существующие способы лечения хронического альвеолита однотипны и однонаправленны: ликвидацию воспаления в лунке определяют обязательная хирургическая обработка, фармако- и физиотерапевтические методы, а также (по возможности) одномоментная пластика костного дефекта остеопластическими материалами. Вместе с этим подобная врачебная тактика при лечении острого альвеолита недостаточно эффективна, поскольку на первый план в тактике врача стоматолога-хирурга

выходит не столько профилактика атрофии альвеолярного отростка челюсти, сколько купирование острого воспалительного процесса за счет использования противовоспалительных, антибактериальных и десенсибилизирующих средств, вводимых как внутрь, так и непосредственно в лунку удаленного зуба. Кроме этого, существующими методиками лечения не предусмотрена полноценная изоляция раны от полости рта, что в случае недостаточной гигиены нередко приводит к обострению заболевания.

**Цель исследования** – разработка и клиническое обоснование способа альвеолопластики при остром альвеолите, обеспечивающем сокращение сроков лечения данной категории больных за счет купирования воспаления и профилактики прогрессирующей атрофии костной ткани.

### Материал и методы исследования

Всего под наблюдением находилось 149 больных с острым альвеолитом в возрасте от 24 до 65 лет, из них 87 женщин и 60 мужчин. Всего было удалено 178 зубов, основной причиной альвеолита послужили

хронический периодонтит «причинного» зуба в стадии обострения и сложное удаление ретенированного дистопированного третьего моляра. На верхней челюсти острый альвеолит наблюдали у 94 человек (63,1%), на нижней – у 55 больных (36,9%), причем у 107 человек (71,8%) альвеолит развился после удаления зуба по поводу обострения хронического периодонтита, а у 42 больных (28,2%) – после удаления ретенированного дистопированного третьего моляра.

В зависимости от выбранного способа лечения все больные были разделены на 2 группы: основную, из 92 больных (61,7%), и контрольную, которую составили 57 пациентов (38,3%).

Лечение больных в основной группе проводилось по следующей методике (положительное решение на выдачу патента РФ на изобретение по заявке № 2009138723/14 (054826) «Способ лечения и профилактики альвеолита»): под местной инфильтрационной анестезией мобилизовали слизистые края лунки вокруг «причинного» зуба, полностью удаляли из лунки остатки тромба. Затем костную рану обрабатывали в течение 5 минут с помощью волновода от аппарата «Оптодан» с полупроводниковым лазерным диодом, генерирующим импульсный свет с длиной волны от 0,85 до 0,98 мкм, импульсной мощностью 2–4 Вт, длительностью импульса 40–100 нс, с частотой импульсов 1,5–2,0 кГц, напряженностью магнитного поля 35 мТл через 0,05% раствор мирамистина. Костный дефект обильно промывали смесью 30% раствора линкомицина гидрохлорида и 1% раствора диоксида в соотношении 3:1, высушивали с помощью стерильной коллагеновой губки, заполняли остеопластическим материалом «Коллост» (ЗАО «Биофармхолдинг») на основе деминерализованного и лиофилизированного костного коллагена, прикрывали рану биорезорбируемой мембраной «Коллост» (ЗАО «Биофармхолдинг»), пленкой «Диплен-дента» с линкомицином, после чего ушивали слизистые края лунки наглухо. При дефиците слизистой в области лунки производили пластику по вышеописанной методике с использованием слизисто-надкостничного лоскута. В послеоперационном периоде использовали лазеротерапию аппаратом «Оптодан»: первые 5 процедур – на 1-м канале с экспозицией 2 мин, затем 5 процедур – на 2-м канале с той же экспозицией по 2 мин в течение 3–4 дней.

В контрольной группе после обезболивания и удаления остатков тромба проводили медикаментозную обработку лунки и вводили в нее йодоформную смесь на марлевой турунде (55% больных контрольной

группы) или препарат «Альвеост» (ЗАО «Полистом») – 45% больных контрольной группы.

Послеоперационная медикаментозная терапия в обеих группах включала: рокситромицин по 150 мг 2 раза в сутки в течение 3–4 дней, цетрин по 0,2 мг 3 раза в сутки в течение 3–4 дней.

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 обсуждение

Проведенные исследования показали, что у 97,5% 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. В контрольной группе исчезновение указанных симптомов у 98,3% больных наблюдалось в среднем на  $2,3 \pm 1,05$  суток позже, чем в основной группе, причем у 1,7% 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 5–6 дней. Число посещений на одного больного в основной группе составило в среднем  $3,1 \pm 0,4$ , а в контрольной группе –  $6,4 \pm 0,5$ . Особо следует отметить тот факт, что рецидива заболевания ни в основной, ни в контрольной группе отмечено не было.

Анализируя отдаленные результаты лечения, полученные в течение двух лет наблюдений, было установлено, что в основной группе атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюсти не наблюдалось. В контрольной группе указанные явления атрофии носили умеренно выраженный характер у 57,6% больных, резко выраженный характер – у 40,2% больных, у 2,2% пациентов атрофии не наблюдалось.

Таким образом, предлагаемый способ альвеолластики при остром альвеолите показал свою эффективность по сравнению с традиционной методикой, что выразилось в снижении послеоперационных осложнений, сокращении периода выздоровления больных и восстановлении костной архитектоники в области постэкстракционных дефектов челюстей.

Полученные результаты позволяют рассматривать разработанный способ лечения острого альвеолита как метод выбора, высокоэффективный и вполне обоснованный для широкого использования в практике.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (Патогенез, клиника, лечение): Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 15 с.

2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – 416 с.
3. Белозеров М.Н. Оценка остеопластических свойств различных композиционных материалов для заполнения дефектов челюстей: Дисс. канд. мед. наук. – М., 2004 – 146 с.
4. Богатов А.И. Хирургическое лечение больных с хроническими периодонтитами: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Самара., 2000. – 53 с.
5. Ефимов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов //Сборник научных трудов «Актуальные вопросы стоматологии». – Волгоградская медицинская академия, 1994. – С. 141-144.

УДК 616.314-089.87-06

## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-АТРОФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Сирак С.В., Читанова А.Д., Сирак А.Г., Сасина М.А.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»

## MANAGEMENT AND PREVENTION OF INFLAMMATORY-ATROPHIC COMPLICATIONS AFTER TEETH REMOVAL

Sirak C.V., Chitanova A.D., Sirak A.G., Sasina M.A.

The Stavropol State Medical Academy

Проведено клиническое исследование эффективности лечения и профилактики альвеолита с использованием разработанной мази, обладающей низким местнораздражающим действием, на фоне высокой адгезионной, сорбционной и антисептической активности своих основных компонентов. Пролечено 116 больных в возрасте от 25 до 60 лет с острым альвеолитом, основной причиной альвеолита послужили хронический периодонтит в стадии обострения и сложное удаление зубов.

Ключевые слова: альвеолит, лечение, мазь.

Clinical investigation of treatment efficacy and prevention of alveolitis was carried out. It was made with the application of worked out ointment having low local irritation action but with high adhesive, sorbing and antiseptic activity of its main components. 116 patients at the age from 25 to 60 years with acute alveolitis were treated. The main cause of alveolitis were chronic periodontitis at exacerbation stage and complicated teeth removal.

Key words: alveolitis, treatment, ointment.

После операции удаления зуба может возникнуть ряд осложнений. К наиболее неблагоприятным из них относятся нагноение костной раны с развитием воспаления в окружающих мягких тканях (периостит, флегмона), послеоперационные невралгические боли, воспаление в лунке удаленного зуба (альвеолит). Разработка способов по лечению и профилактике подобных осложнений является актуальной задачей стоматологии [1, 2].

Известен ряд способов по лечению и профилактике альвеолита после удаления зуба. Один способ предусматривает заполнение лунки удаленного зуба аллогенной плацентарной тканью, формой и размером соответствующей костному дефекту. Она ускоряет регенеративную фазу заживления и предупреждает развитие альвеолита. Согласно другому

известному способу, для лечения и профилактики альвеолитов лунку заполняют гидрофобной мазью с антисептиком или антибиотиком (эритромициновой, дитетрациклиновой глазной, гентамициновой) [2, 3, 4]. Эти методы имеют ряд недостатков, к числу которых можно отнести слабую адгезию лекарственных компонентов, введенных в состав композиции к стенке лунки удаленного зуба, и, как следствие – их быстрое вымывание из лунки вместе со слюной и кровью, сильное местнораздражающее действие [4, 5].

**Цель исследования** – разработка и клиническое обоснование метода лечения и профилактики альвеолита с использованием мази, обладающей низким местнораздражающим действием на фоне высокой адгезионной, сорбционной и антисептической активности своих основных компонентов.