

УДК 616.716.85-08

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛИТА

Родионов Н.Т., Андреева Е.П., Доброродова С.В., Столетняя Т.П.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»;
МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 1»

PREVENTION AND TREATMENT OF ALVEOLITIS

Rodionov N.T., Andreeva E.P., Dobrorodova S.V., Stoletnyaya T.P.
The Smolensk State Medical Academy;
The Smolensk Stomatological Out-Patient Department № 1

Проведена сравнительная оценка лечения альвеолитов с помощью альвогила и альвостаза. Отмечено более выраженное анальгезирующее и противовоспалительное действие альвостаза, что позволяет рекомендовать его для лечения и профилактики альвеолитов.

Comparative assessment of alveolitis treatment with alvogyle and alvostase was made. More manifested analgesic and anti-inflammatory effect of alvostase that allows to recommend it for alveolitis treatment and prophylaxis.

Альвеолит является наиболее частым осложнением в амбулаторной практике хирурга-стоматолога. Основными этиологическими факторами в его развитии являются: патогенная микрофлора, находящаяся в периодонтальных тканях, а также травма, связанная с атипичным, сложным удалением зуба. Наряду с этим определенное значение имеет фибринолиз сгустка крови, закрывающего лунку, либо его механическое повреждение в результате нарушения больными лечебного режима, а также низкая антибактериальная резистентность организма пациента.

Большое количество медикаментозных средств и физических методов, предложенных для лечения и профилактики этого осложнения, свидетельствует о трудностях, с которыми встречаются практические врачи [1, 2].

Целью настоящего исследования явились поиски эффективных методов профилактики и лечения альвеолитов.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 132 больных в возрасте от 19 до 65 лет, из них 47 мужчин и 85 женщин, которые были распределены на 3 группы. Большинство из них обратилось за медицинской помощью на 2–4-е сутки после удаления зуба. Всем больным 1-й и 2-й групп после обследования из лунки удаляли остатки пищи, распавшийся сгусток крови, мелкие осколки кости, затем ее промывали теплым раствором 3% перекиси водорода с фурациллином (1:5000) и высушивали.

Больным 1-й группы (30) в лунку вводили пасту «Alvogyl» фирмы «Септодонт» (Франция), в состав которой входят лидокаин и эвгенол.

Больным 2-й группы (38) в лунку вводили альвостаз отечественного производства, основу которого

составляют гемостатическая губка и тампон-нити, пропитанные лечебным составом (эвгенол, тимол, йодоформ, лидокаин, прополис, кальция фосфат и бутилпарааминобензоат).

Положительной особенностью альвостаза является то, что кроме кровоостанавливающего, выраженного обезболивающего и противовоспалительного свойства губка при введении в лунку пропитывается кровью, способствует организации сгустка и нормальному заживлению. В дальнейшем, являясь стимулятором регенерации, она подвергается рассасыванию и замене не подлежит. Тампон-нити, в отличие от губки, не резорбируются, а выталкиваются из лунки грануляционной тканью.

Повторный осмотр и лечение больных 1-й и 2-й групп проводились через 1–3 дня, им рекомендовали в течение 3–5 часов воздерживаться от приема пищи, соблюдать гигиену полости рта. Некоторым больным по показаниям назначали обезболивающие средства, антибиотики, амплипульс, флюктуоризацию, магнитолазерную терапию, сухое тепло.

Наибольшую 3-ю группу составили 64 пациента, которым с профилактической целью в лунку, заполненную кровью, вводили альвеостаз-губку. В основном это были случаи после сложного, атипичного удаления зубов, когда нами предполагалась вероятность развития альвеолита.

Рекомендации и назначения – аналогичные, как и больным 1-й и 2-й групп.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных позволил выявить зависимость частоты развития альвеолита от возраста и пола пациентов, причин удаления и групп зубов, травматичности операции. Нами установлено, что у женщин (63,7%) альвеолит встречается чаще, чем

у мужчин (36,3%). У пациентов старше 50 лет это осложнение зарегистрировано лишь в 9 случаях. У 32 (47%) больных альвеолит развился после удаления моляров нижней челюсти, из них в 14 (38%) случаях при сложном удалении зубов мудрости.

У 45 (66,2%) пациентов это осложнение диагностировано после удаления зубов по поводу обострения хронического гранулирующего и гранулематозного периодонтита, у 12 (17,6%) – хронического периодонтита, в 8 (11,8%) случаях затрудненного прорезывания и дистопии зубов мудрости на нижней челюсти, а в 3 (4,4%) – по поводу пародонтита.

У большинства больных операция удаления зуба проведена травматично, с применением бормашины, долота и элеваторов. Вместе с тем у 15 больных альвеолит развился после простого удаления зуба.

Клиника альвеолита характеризовалась появлением болей различной интенсивности в области лунки через 1–3 дня после удаления зуба, иногда с иррадиацией в ухо, висок. 23 больных жаловались на нарушение общего состояния, сна, повышение температуры тела.

При осмотре полости рта десна в области удаленного зуба была гиперемирована, отечна. Как правило, в лунке отсутствовал или был частично сохранен распадающийся сгусток крови, стенки лунки покрыты серым налетом. 15 больных после сложного удаления зубов мудрости на нижней челюсти отмечали боли при глотании и ограничение открывания рта. У 18 пациентов пальпировались увеличенные, болезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы. У трех больных развился периостит нижней челюсти.

После оказания медицинской помощи у 16 пациентов 1-й группы боли уменьшились на 2–3-и сутки, у 9 – на 4–5-е сутки, воспалительные явления медленно купировались к 4–7-м суткам, гранулирование лунки завершалось на 8–12-е сутки. 5 пациентов жаловались на плохое самочувствие, постоянные боли. Альвожил в лунке частично отсутствовал, сохранялись гиперемия и отек десны. Повторная обработка лунки с заменой альвожила способствовала купированию болей, воспаления и гранулированию раны. У 4 больных установлено полное, а у 5 – частичное

отсутствие альвожила в лунке. Число посещений составило в среднем 3–4 раза.

У 36 больных 2-й группы боли успокаивались в течение первых часов после введения альвостаза в лунку, улучшались самочувствие и сон. Альвостаз-губка, являясь биологическим (тампоном) материалом, плотно заполняла лунку. Гиперемия и отек десны уменьшались более интенсивно (3–5-е сутки) по сравнению с 1-й группой больных. У 24 пациентов на 5–7-е сутки определялась полная ретракция десны и начало краевой эпителизации. У 12 больных, которым в лечении применяли альвостаз в виде тампон-нитей, клиническая картина была аналогичной, но лунка заполнялась грануляциями к 7–10-м суткам.

Из 64 больных 3-й группы по нашей просьбе для контроля явились лишь 37. 34 пациента жалоб не предъявляли, в лунке определялся полноценный сгусток крови и нормальное вторичное заживление раны. 3 больных жаловались на ноющую боль в послеоперационной ране, которая появилась спустя сутки после сложного удаления зуба, болезненное открывание рта. Лунка находилась под организовавшимся сгустком крови, десна была отечна по краю, гиперемирована, активного воспаления не было. У этих больных после проведенной обработки полости рта антисептиками, физиолечения боли успокоились и наблюдалось нормальное заживление раны. Развитие альвеолита не выявлено.

При использовании альвожила и альвостаза токсические и аллергические реакции не выявлены, больные нормально переносили их небольшой специфический запах.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что альвостаз наряду с кровоостанавливающим оказывает ранее выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие по сравнению с альвожилом. Применение альвостаза позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с альвеолитами и использовать его с профилактической целью. Применение отечественного препарата альвостаз, который в три раза дешевле импортного альвожила, экономически оправданно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калужская С.М. Профилактика и лечение альвеолитов с использованием магнито-лазерной терапии // Современные технологии в стоматологии: сб. научн. тр. /Под ред. проф. Л.М. Цепова. – Смоленск: СГМА, 1998. – С. 65–67.
2. Петроченкова Г.Г. Применение альгипора в лечении альвеолита //Актуальные проблемы стоматологии: сб. научн. тр. /Под ред. проф. А.Г. Шаргородского. – Смоленск: СГМА, 1997. – С. 100–103.