



УДК 616.735.8.003.67:342.47

С.В. Сирак, А.А. Слетов, А.Д. Читанова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Ставропольская государственная медицинская академия,
355000, ул. Мира, 310, тел. 8-(8652)-35-05-51, г. Ставрополь

Резюме

В статье представлен опыт лечения 149-ти больных с альвеолитом. Наиболее эффективным показал себя препарат «Тахокомб», который обеспечивал надежную консолидацию кровяного сгустка, препятствовал попаданию в лунку микроорганизмов и остатков пищи. 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.

Ключевые слова: альвеолит, кровотечение, воспаление, лечение.

S.V. Sirak, A.A. Sletov, A.D. Chitanava

EXPERIENCE OF ALVEOLITIS TREATMENT WITH VARIOUS ANTIBACTERIAL AND HEMOSTATIC AGENTS

Stavropol State Medical Academy, Stavropol

Summary

Experience of treatment of 149 patients with alveolitis is presented. The most effective preparation «Тахокомб» provided reliable consolidation of a blood clot preventing microorganisms or food debris entering the socket. The study conducted showed that in 97,5 % of patients of the basic group already by the end of the first day after the beginning of treatment pain syndrome was completely arrested. Hyperemia and mucous lining edema in a socket area of the affected tooth considerably decreased.

Key words: alveolitis, bleeding, inflammation, treatment.

Альвеолит наравне с кровотечением 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]. Развитию альвеолита способствует также высокая фибринолитическая активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболеванию [2, 4].

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. Существу-

ющие методики не лишены ряда недостатков: отсутствует полноценная изоляция операционной раны, что нередко провоцирует явления остеомиелита челюсти, и как результат, приводят к значительной утрате и дефициту костной ткани. Крайне редко в тактике врача-стоматолога-хирурга прослеживаются меры, направленные на профилактику атрофии альвеолярного отростка челюсти.

Цель исследования – сравнительная клиническая оценка эффективности средств для лечения альвеолита и профилактики атрофии костной ткани.

Материалы и методы

Всего под наблюдением находилось 149 больных с альвеолитом в возрасте от 24-х до 65-ти лет, из них 87 женщин и 60 мужчин. Основной причиной воспалительной реакции являлось наличие периодонтитного «причинного» зуба, низкий уровень гигиены, а также

технические сложности при удалении корней с явлениями гиперцементоза. На верхней челюсти альвеолит наблюдали у 55-ти больных (36,9 %), на нижней – у 94-х человек (63,1 %), причем у 107-ми человек (71,8 %) альвеолит развился после удаления зуба по поводу обострения хронического периодонтита, а у 42-х больных (28,2 %) – после удаления ретенированного дистопированного третьего моляра, который ранее был лечен по поводу перикаронарита.

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

Лечение больных в основной группе проводилось по следующей методике (патент РФ на изобретение № 2412709 «Способ лечения альвеолита»): под местной инфильтрационной анестезией полностью удаляли из лунки остатки тромба, проводили кюретаж стенок лунки, костный дефект обильно промывали смесью 30 % раствора линкомицина гидрохлорида и 1 % раствора диоксидина в соотношении 3:1, заполняли адсорбирующим гемостатическим препаратом «Тахокомб» (ф. «Nycomed», Австрия), содержащим антибактериальный компонент, концентрированный фибриноген и тромбин (рис. 1).



Рис. 1. Лунка после кюретажа заполнена препаратом «Тахокомб»

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), препарат «Альвеост» (ЗАО «Полистом») – 25 % больных, препарат «Оксицелодекс» – 25 % больных или «Солкосерил-гель» – 15 % 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.

Полученные данные обрабатывали с использованием методов вариационной статистики с помощью t-критерия Стьюдента, пакета программ медицинской статистики Microsoft Excel. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Использование «Тахокомба» в основной группе показало его главные преимущества – препарат быстро обеспечивает надежную консолидацию кровяного сгустка, препятствует попаданию в лунку микроорганизмов и остатков пищи (рис. 2). 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.



Рис. 2. Вид лунки удаленного 33-го зуба через сутки после заполнения препаратом «Тахокомб»

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, $2,1 \pm 0,4$, а в контрольной группе – $5,4 \pm 0,3$.

Особо следует отметить тот факт, что рецидива заболевания ни в основной, ни в контрольной группе отмечено не было, при этом сроки нетрудоспособности больных составили от $1,5 \pm 0,3$ до $2,8 \pm 0,3$ дней (таблица). Все используемые лекарственные препараты обладали хорошими противовоспалительными свойствами и способствовали росту грануляционной ткани.

В основной группе, где использовали «Тахокомб» обезболивающий эффект был выражен наиболее сильно, так как препарат содержит гемостатический и антимикробный компоненты, это является профилактикой лизиса и атрофии сгустка, а также возможных нарушений в организации кровяного сгустка, препарат способствует регенерации образующейся костной ткани. В основной группе значительно быстрее снижалась интенсивность луночковых болей, чем при использовании «Альвеоста», «Оксицелодекса» и «Солкосерил-геля». Из всех препаратов, использованных в группе контроля «Альвеост» оказывал наиболее вы-

раженный противовоспалительный эффект, очевидно, из-за наличия в его составе сульфадиазина серебра и йодоформа, обладающих широким спектром противомикробного действия.

Оценка эффективности лечения альвеолита при использовании различных лекарственных препаратов

Лекарственные средства	Число наблюдений	Клинические признаки		Средний срок временной нетрудоспособности (сут.)	Число посещений
		болевого синдром (часы)	замещение лунки грануляц. тканью (сутки)		
Альвеост	21	14-24	10-12	2,8±0,3*	3,1±0,4*
Оксицелодекс	12	12-24	9-12	1,7±0,1*	2,9±0,3*
Солкосерил	14	6-12	9-12	1,4±0,2*	2,6±0,3*
Йодоф. смесь	10	24-48	9-12	1,7±0,2*	5,4±0,3*
Тахокомб	92	3-8	7-10	1,5±0,3*	2,1±0,4*

Примечание. * – различия исследуемых групп статистически значимы, $p < 0,05$.

Осложнений от применения указанных лекарственных средств в виде раздражения окружающих тканей, токсических и аллергических реакций не наблюдали.

Все использованные препараты, введенные в лунки удаленных зубов не только защищали костную ткань от неблагоприятных факторов полости рта и микроорганизмов, но и оказывали в разной степени выраженное влияние на воспалительную реакцию и ликвидацию болевого синдрома, а также способствовали нормализации микроциркуляторного русла и трофики пораженных тканей лунок зубов, что выражалось в исчезновении гиперемии и отека десны на 2-4 сутки со дня первой перевязки.

Выводы

Полученные клинические данные позволяют рекомендовать в практику все рассматриваемые лекарственные средства и целенаправленно применять их в зависимости от выраженности болевого синдрома и воспалительной реакции тканей лунки. Препаратом выбора при лечении альвеолита и профилактике атрофии костной ткани в условиях низкой гигиены полости рта может быть «Тахокомб» как наиболее эффективное средство, обеспечивающее надежную консолидацию кровяного сгустка и герметизацию лунки.

Литература

1. Андреищев 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. Ефимов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов. – Волгоград, 2010. – С. 141–144.
 4. Иорданишвили А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба // Стоматология. – 2001. – № 1. – С. 16–18.
- Координаты для связи с авторами:** Сирак Сергей Владимирович (ответственный за контакты с редакцией) – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии СГМА, тел. 8-(8652)-35-05-51, e-mail: sergejsirak@yandex.ru; Слетов Александр Анатольевич – доктор мед. наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СГМА, тел. 8-(8652) 35-55-36, e-mail: ddt111@yandex.ru; Читанова Аза Джумберовна – ассистент кафедры стоматологии СГМА, тел. 8-(8652)-74-22-01, e-mail: clinica12@mail.ru.

