

ПРОФИЛАКТИКА АЛЬВЕОЛИТА ПОСЛЕ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ ГУБКИ «АЛЬВОСТАЗ»

THE PREVENTION OF ALVEOLITIS AFTER DENTAL EXTRACTION COMPLICATED BY USING A SPONGE “ALVOSTAZ”

N. Yashnova
E. Turchina
M. Katman
A. Yashnov
O. Konovalova

Summary. The incidence of alveolitis varies from 3.4 to 42.8% of all post-extraction complications. Purpose: to study the effectiveness of using the “Alvostaz” sponge for the prevention of alveolitis after complex removal of various groups of teeth. Materials and methods: the analysis of 30 cases of complex extractions of various groups of teeth for the period 2019–2020 was carried out. As a result of the conducted research and the obtained positive results indicate that the loose tamponade of the well with the sponge “Alvostaz” has an early pronounced analgesic and anti-inflammatory, as well as hemostatic effect and allows you to significantly reduce the percentage of alveolitis and accelerate the processes of granulation and epithelization of the well. And this makes it possible to recommend this drug for the prevention of alveolitis after complex removal, by the method of loose tamponade of the well.

Keywords: alveolitis, “the alvostaza”, removal of teeth, surgical dentistry, prevention of alveolitis.

Операция удаления зуба одна из самых распространенной операцией в практике врача стоматолога — хирурга. Наряду с этим альвеолит является наиболее часто встречающимся и распространенным осложнением после экстракции зуба. По данным различных авторов встречаемость альвеолита варьируется от 3,4 до 42,8% от всех постэкстракционных осложнений [1,2]. Вместе с тем в этиологии развития альвеолита выделяет инфекционный и травматический

факторы: наличие разрушенных зубов, плохая гигиена полости рта; сложное или травматическое удаление зуба, сопровождающееся разрывом слизистой оболочки десны, фрагменты костной ткани вследствие перелома стенок альвеолы приводят к инфицированию лунки. Определенную роль в развитии альвеолита играют и ряд сопутствующих заболеваний, показатели свертываемости крови, иммунологические сдвиги, высокая фибринолитическая активность тканей лунки [2,3,4].

Яшнова Надежда Борисовна

Ассистент, ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия»
Nadezhday1990@yandex.ru

Турчина Елена Викторовна

К.м.н., ассистент, ФГБОУ ВО «Читинская
государственная медицинская академия»
eturchina72@gmail.com

Катман Мария Александровна

К.м.н., ассистент, ФГБОУ ВО «Читинская
государственная медицинская академия»
katman_mariya@mail.ru

Яшнов Алексей Александрович

К.м.н., ассистент, ФГБОУ ВО «Читинская
государственная медицинская академия»
alexyashnov@mail.ru

Коновалова Ольга Геннадьевна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Читинская
государственная медицинская академия»
konovalovaolgagen@yandex.ru

Аннотация. Встречаемость альвеолита варьируется от 3,4 до 42,8% от всех постэкстракционных осложнений. Цель работы: изучение эффективности использования губки «Альвостаз» для профилактики альвеолита после сложного удаления различных групп зубов. Материалы и методы: проведен анализ 30 случаев сложных удалений различных групп зубов за период 2019–2020 год. В результате проведенного исследования и полученных положительных результатов свидетельствуют о том, что рыхлая тампонада лунки губкой «Альвостаз» оказывает раннее выраженное обезболивающее и противовоспалительное, а так же кровоостанавливающее действие и позволяет значительно уменьшить процент возникновения альвеолита и ускорить процессы грануляции и эпителизации лунки. И это дает возможность рекомендовать данный препарат для профилактики альвеолита после сложного удаления, методом рыхлой тампонады лунки.

Ключевые слова: альвеолит, «альвостаз», удаление зубов, стоматология хирургическая, профилактика альвеолита.

Низкие показатели свертываемости крови, а также прием антикоагулянтов и дезагрегантов служат причиной постэкстракционного кровотечения и как следствие недостаточное образование сгустка, который препятствует инфицированию раны. Последнее является важным условием хорошего заживления раны. Наряду с этим ряд сопутствующих общесоматических заболеваний: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и другие, провоцируют гормональный дисбаланс и способствуют возникновению альвеолита. При иммунодефиците происходит активация условно-патогенной микрофлоры, что может привести к возникновению воспаления в лунке. Вместе с тем к возникновению альвеолита может привести несоблюдение рекомендаций после удаления зуба. Зачастую пациенты после удаления выполняют обильное полоскание полости рта растворами антисептиков впервые часы после удаления; а также дотрагивание до лунки посторонними предметами, что приводит к удалению сгустка [4,5].

В результате совокупности вышеописанных этиологических факторов и не соблюдение рекомендаций врача стоматолога хирурга после удаления зуба на 2–3 день возможно появление постоянных, сильных, пульсирующих болей иррадирующих в ухо, висок, а также неприятных запахов изо рта. При общем клиническом исследовании определяется увеличение и болезненная пальпация регионарных лимфатических узлов, болезненное открывание рта отмечается в основном при сложном удалении третьих моляров. Осматривая полость рта, в лунке удаленного зуба может отсутствовать кровяной сгусток, и присутствовать остатки пищи. Слизистая оболочка вокруг лунки отечная гиперемизированная и болезненная при пальпации. При затянувшемся воспалительном процессе и позднем обращении пациента к врачу возможно ухудшение общего самочувствия: повышение температуры тела; появление отека соответствующей половины лица; затрудненное открывание рта; лунка удаленного покрывается некротическим налетом грязно-серого цвета с наличием остатков пищи в лунке; слизистая оболочка вокруг лунки отечная, гиперемизированная и болезненная; отек и гиперемия слизистой переходной складки на уровне лунки удаленного зуба [3,4,5].

Лечение альвеолита проводится под инфильтрационным или проводниковым обезболиванием. Пациентам выполняется кюретажа лунки удаленного зуба с удалением остатков распавшегося сгустка и фрагментов пищевых остатков. Вместе с тем осуществляется промывание лунки антисептическими растворами и введение в лунку лекарственных препаратов. На сегодняшний день существует множество лекарственных средств для лечения альвеолита. Одним из таких препаратов является йодоформная турунда, которая обладает мягким анестезирующим и антисептическим действием. В состав турунды входит марлевый бинт и йодоформ. Минусом

в лечении с применением йодоформной турунды являлось необходимость повторного посещения врача с обязательным удалением турунды из лунки [2,5].

В 1986 г. Проф. Пинелис И.С. предложил новый способ лечения альвеолита. В данном методе проводилось промывание лунки удаленного зуба растворами антисептиков с последующим проведением кюретажа, а именно удаление некротизированного слоя сгустка. Лунку удаленного зуба заполняли лечебной пастой, в состав которой входит: 5мл 1% дикаина, 5000 ЕД гепарина, 25 мг преднизолоновой мази, 50 г 5% линимента синтомицина, 12 г окиси цинка. Паста оказывает местное противовоспалительное, антибактериальное и антисептическое действие [3].

Широкое применение в стоматологии получил антисептический, болеутоляющий и кровоостанавливающий компресс для альвеол Альвожил, состоящий из йодоформа (сильный антисептик), бутоформом (анестезирующее средство длительного действия, обладающего кровоостанавливающими свойствами). Введенный в альвеолу, в которую попала инфекция, материал быстро снимает боль [3,5].

Вместе с тем применяется губка альвостаз — это дезинфицирующее и гемостатическое средство для альвеол. В состав входит: гемостатическая губка, йодоформ, эвгенол, трикальций фосфат; масло оливковое. Альвостаз обладает антисептическим, обезболивающим и кровоостанавливающим действием.

Установлено, что после сложного удаления зуба с применением бор машины, долота, различных видов элеваторов в виду длительности и травматичности проведенных манипуляций лунка удаленного зуба заполняется кровяным сгустком не в полном объеме. Тем самым лунка может быть дополнительно инфицирована патогенной микрофлорой со стороны полости рта, попаданием остатков пищи, это способствует возникновению и поддержанию воспалительного процесса. При этом механизмы гранулирования, эпителизации, регенерации лунки замедляются. На настоящее время нет определенной схемы профилактики и лечения альвеолитов [4,5].

Целью нашей работы явилось изучение эффективности использования губки «Альвостаз» для профилактики альвеолита после сложного удаления различных групп зубов.

Материалы и методы

Проведен анализ 30 случаев сложных удалений различных групп зубов за период 2019–2020 год. Исследуемой группе (15 человек), которая сопоставима по воз-

расту, полу и сопутствующей патологии, выполнялась после кюретажа и антисептической обработки лунки раствором 0,05% хлоргексидина рыхлая тампонада лунки удаленного зуба губкой «Альвостаз». Пациентам рекомендовалось не принимать пищу в течении 2–3 часов, соблюдать гигиену полости рта, и туалет раны. Дополнительно назначалась антибактериальная, противовоспалительная и десенсибилизирующая терапии.

Группе контроля (15 пациентов) также после сложного удаления, проведен кюретаж лунки и антисептическая обработка раствором 0.05% хлоргексидина, но рыхлая тампонада губкой не выполнялась. Пациентам группы контроля даны те же рекомендации и назначения, что исследуемой группе.

Оценка эффективности профилактики альвеолита проводилась с 2 по 8 день после экстракции зуба. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 7.0 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследований в биологии и медицине

Результаты исследования

На базе клиники ЧГМА в условиях хирургического кабинета проведено изучение эффективности применения губки «Альвостаз» для профилактики альвеолита после сложного удаления различных групп зубов. Сложное удаление проводилось с помощью бор машины и элеваторов. Применяемая губка по мимо обезболивающего, противовоспалительного и кровоостанавливающего свойства обладает особенностью, что при рыхлом при введении в лунку пропитывается кровью, способствует формированию сгустка и адекватному заживлению. Впоследствии после формирования сгустка подвергается рассасыванию и не подлежит замене.

В результате исследования установлено, что у пациентов исследуемой группы по сравнению с группой

контроля процент возникновения альвеолита ниже. Так в исследуемой группе альвеолит возник у 2 пациентов (6,6%), а в группе контроля у 10 пациентов (33,3%). Выявлено, что на вторые сутки у пациентов исследуемой группы альвеолит не возник ни у одного пациента, а в группе контроля у 3 пациентов (10%). На третьи сутки в исследуемой группе альвеолит возник у 1 пациента (3,3%), а в группе контроля у 4 пациентов (13,3%). На четвертые сутки в исследуемой группе альвеолит возник у 1 пациента (3,3%), связано с выпадением губки «Альвостаз», а у пациентов группы контроля у 3 пациентов (10%).

В ходе исследования выявлено, что у пациентов, которым проводилась рыхлая тампонада лунки губкой «Альвостаз» отмечается ускорение процессов грануляции. Так у пациентов исследуемой группы без альвеолита процессы грануляции протекали на 6 сутки, а у пациентов контрольной группы на 8 сутки. Установлено, что у пациентов, которым проводилась рыхлая тампонада губкой «Альвостаз» в 5 раз реже возникает альвеолит в сравнении с группой контроля и в 1,3 раза ускорялись процессы грануляции лунки. Необходимо отметить, что возникший альвеолит в группе, где проводилась рыхлая тампонада лунки, имел слабо выраженные боли и воспалительный процесс в лунке удаленного зуба.

Вывод

В результате проведенного исследования и полученных положительных результатов свидетельствуют о том, что рыхлая тампонада лунки губкой «Альвостаз» оказывает раннее выраженное обезболивающее и противовоспалительное, а так же кровоостанавливающее действие и позволяет значительно уменьшить процент возникновения альвеолита и ускорить процессы грануляции и эпителизации лунки. И это дает возможность рекомендовать данный препарат для профилактики альвеолита после сложного удаления, методом рыхлой тампонады лунки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сулов, Е. М. Лечение и профилактика альвеолитов. *Здравоохранение*. — 2009. — № 3. — С.53–56.
2. Сирак С.В., Слетов А. А., Карданова К. Х. Лечение альвеолита с использованием антибактериальных и гемостатических средств. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. — 2011. — Т. 22. — № 2. — С. 42–43
3. Пинелис, И. С. Способ лечения альвеолита. *Стоматология*. — 1986. — № 5. — С. 68–69
4. Иорданишвили А.К. и соавт. Сравнительная оценка эффективности средств для лечения альвеолита. *Институт Стоматологии*. — 2017. — № 1. — с. 51–53
5. Безруков В.М., Робустова Т. Г. *Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. Москва. — 2000. — 488 с.

© Яшнова Надежда Борисовна (Nadezhday1990@yandex.ru), Турчина Елена Викторовна (eturchina72@gmail.com),

Катман Мария Александровна (katman_mariya@mail.ru), Яшнов Алексей Александрович (alexyashnov@mail.ru),

Коновалова Ольга Геннадьевна (konovalovaolgagen@yandex.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»