

3. Паслер Ф.А., Виссер Х. Рентгенодиагностика в практике стоматолога. – М: МедПресс-информ, 2007.

4. Ушаков А.И., Серова Н.С., Даян А.В. и др. Планирование дентальной имплантации при дефиците костной ткани и профилактика операционных рисков. Ч. 1. Лучевая диагностика // Стоматология. – 2012. – №1. – С. 48-53.

5. Babbush Ch.A. Dental implants. The Art and Science. – Philadelphia: W.B. Saunders Co, 2001. – 532 p.

Резюме:

Проанализированы результаты лечения пациентов, у которых планирование и проведение дентальной имплантации, а также последующий послеоперационный

контроль проводились на основе клинических и современных цифровых рентгенологических методов. Изучены архивные данные лечения пациентов в 2005-2010 гг., выявлены причины осложнений, проведена сравнительная оценка результатов.

Summary:

Results of treatment of 63 patients were expounded. Dental implantation planning, carrying out and subsequent post-operative monitoring were held on the basis of clinical and advanced digital X-ray methods. It was studied archival data of treatment of 175 patients in the period 2005-2010 years. The causes of complications were revealed. The comparative evaluation was conducted.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АЛЬВЕОЛИТА

М.А. Халматова, Н.А. Дониерова, Х.Б. Жуманиезова, У.Б. Нуруллаев,
О.А. Мукимов

Ташкентская медицинская академия

Альвеолит является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся после операции удаления зуба осложнений. По данным ряда исследователей, частота возникновения альвеолита составляет от 3,4 до 42,8% от всех постэкстракционных осложнений. Большинство исследователей в этиологии развития альвеолита выделяют инфекционный и травматический факторы [1]. Развитию альвеолита способствует

также высокая фибринолитическая активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболевания [2,9].

Большинство из предложенных способов лечения, как правило, направлено на быструю ликвидацию воспалительных явлений в лунке удаленного зуба при помощи противовоспалительных средств и быстрое купирование болевого симптома [8,12,13]. Препараты,

предназначенные для лечения альвеолита, не всегда обеспечивают длительное воздействие на ткани воспаленной лунки зуба, так как они быстро вымываются слюной или самостоятельно удаляются из лунки зуба при приеме пищи, разговоре или любой другой минимальной мышечной нагрузке со стороны мышц полости рта [4,10,13].

Нзащищенная кровяным сгустком и воспаленная лунка в ходе подвергается дополнительному инфицированию патогенной микрофлорой со стороны полости рта, что ухудшает процессы ее гранулирования и эпителизации [4-6,12].

В то же время роль резистентности организма и местных защитных реакций тканей полости рта в развитии альвеолита при низком уровне гигиены не изучена, отсутствуют сведения о клинической апробации новых препаратов для профилактики луночкового кровотечения и лечения альвеолита.

Цель исследования

Повышение эффективности профилактики и лечения осложнений после операции удаления зуба за счет использования остеопластических средств с адсорбирующими и гемостатическими свойствами.

Материал и методы

В поликлинике хирургической стоматологии 3-й клиники Ташкентской медицинской академии

согласно которой выделяют три формы заболевания: серозную, гнойную и гнойно-некротическую (табл.).

в 2011-2012 гг. получали лечение 54 больных в возрасте от 19 до 59 лет, подвергнутых плановым амбулаторным хирургическим вмешательствам в полости рта. В возрасте от 19 до 39 лет был 21 (39,8%) человек, из них 12 (21,5%) мужчин и 10 (18,3%) женщин, от 40 до 59 лет – 32 (59,4%), из них 17 (31%) мужчин и 15 (28,5%) женщины.

В зависимости от проведенного лечения все больные были разделены поровну на основную и контрольную группы.

Пациентам основной группы перед оперативным вмешательством проводилось обезболивание, профессиональная гигиена полости рта, а после кюретажа лунки и удаления остатков тромба – медикаментозная обработка лунки с последующим введением препарата Индост-Л (ЗАО «Полистом», Россия). Индост-Л – остеокондуктивное средства с импрегнацией линкомицина, является композицией органических (костный коллаген I типа) и неорганических (гидроксиапатит натрия) компонентов.

У больных контрольной группы после аналогичной обработки заживление раны проходило под кровяным сгустком.

Для определения клинической формы альвеолита использовали классификацию Н.М. Горюка (1979) в модификации А.М. Солнцева (1982),

Таблица

Распределение больных в зависимости от формы альвеолита, абс. (%)

Форма альвеолита	Основная группа, n=27	Контрольная группа, n=27
Серозная	11 (40,7)	8 (29,6)
Гнойная	11 (40,7)	12 (44,4)
Гнойно - некротическая	5 (18,5)	7 (25,9)
Итого	27 (100,0)	27 (100,0)

Больным обеих групп проведены клинико-лабораторные, микробиологические, рентгенологические и исследования по Хаунсфилду

Результаты и обсуждение

Основной причиной воспалительной реакции являлось наличие периодонтитного «причинного» зуба, низкий уровень гигиены, а также технические сложности при удалении ретинированных и дистопированных зубов. На верхней челюсти альвеолит наблюдался у 12 больных, на нижней – у 15, причем у 16 альвеолит развился после удаления зуба по поводу обострения хронического периодонтита, а у 12 – после удаления ретинированного дистопированного третьего моляра, который ранее был лечен по поводу перикоронарита.

Локализация альвеолитов была типичной. Чаще они развивались после удаления моляров на нижней челюсти – в 49,7% случаев, причем в 35,2% – после удаления нижних моляров, в 15,1% – после удаления остальных групп зубов.

У пациентов основной группы при серозной форме альвеолита боли исчезали через $0,97 \pm 0,06$ суток, в контрольной – только через $1,85 \pm 0,04$ суток. При гнойной форме

альвеолита боли у больных основной группы, сохраняясь на вторые сутки, исчезали через $2,54 \pm 0,3$ суток. У больных контрольной группы болевой синдром держался значительно дольше, причем отмечались выраженные, резкие, постоянные, иррадиирующие по ходу соответствующих ветвей тройничного нерва боли, которые продолжались до 3-4 дней. При гнойно-некротическом альвеолите боли также были интенсивными. Больные основной группы предъявляли жалобы на них в течение 3-х дней, в контрольной – до 5 дней.

Эпителизация лунки при серозной форме альвеолита в основной группе начиналась через $4,82 \pm 0,05$ суток, в контрольной – через $5,26 \pm 0,04$, при гнойном альвеолите – соответственно через $7,15 \pm 0,03$ и $8,69 \pm 0,05$ суток, при гнойно-некротической форме – через $6,52 \pm 0,02$ и $11,42 \pm 0,04$ суток.

Следующим этапом нашей работы было изучение динамики рентгенологических изменений в лунке зуба при лечении альвеолита.

У 11 пациентов основной группы с серозной формой альвеолита до манипуляции рентгенологически обнаружены инородные тела (в виде культи

корней зубов и костных осколков стенок альвеолы); у 7 – периапикальные очаги деструкции костной ткани без четких границ, у 6 – разрушение костной ткани межзубных и межкорневых перегородок в результате травматичного удаления зуба.

Во всех наблюдениях рентгенологическая картина в области периапикальных тканей, окружающих лунку причинного зуба, имела более разреженную мелко петлистую структуру по сравнению с соседними участками кости альвеолярного отростка челюсти. Плотность костной ткани в день первичного осмотра на данных участках на верхней челюсти составляла 450-480 ЕД Хаунсфилда, на нижней – 640-760.

Одним из начальных признаков восстановления костной структуры при лечении альвеолита является частичное выполнение лунки костной ткани, которое в основной группе отмечалось к $22,8 \pm 0,5$ суток, в контрольной – у $29,7 \pm 0,4$. Выполнение костной тканью 1/3 объема лунки в основной группе занимает в среднем $44,1 \pm 0,5$ суток, в контрольной – $48,7 \pm 0,3$ суток, заполнение лунки костной тканью на половину ее объема – соответственно $66,4 \pm 0,3$ и $89,4 \pm 0,4$.

В среднем полное заполнение костной тканью лунки причинного зуба в контрольной группе происходит на $63,4 \pm 0,4$ суток позже, чем в основной. Кроме того, объективные показатели качества новообразованной костной ткани к данному сроку наблюдения

свидетельствуют о том, что в основной группе плотность костной ткани на 47,5% выше, чем контрольной. Полученные данные имеют большое значение при выборе тактики в отношении альвеолита как при планировании в дальнейшем дентальной имплантации, так и для создания резерва костной ткани (в боковых участках челюсти, ретромоларной области и передних отделах нижней челюсти) для ее возможного забора в ходе костно-реконструктивных вмешательств.

Результаты
рентгенологического исследования, полученные у больных основной группы, убедительно доказывают, что применение при лечении альвеолита препарата Индост-Л способствует усилению процессов восстановления костной структуры в лунке зуба, при этом заживление происходит быстрее, чем у пациентов контрольной группы в среднем в 1,5 раза.

Выводы

1. Препарат Индост-Л при альвеолите способствует сокращению сроков заживления лунок зубов на 3-4 дня.

2. Препарат Индост-Л способствует оптимизации процесса восстановления костной структуры лунки зуба при лечении альвеолите в 1,5 раза.

Литература

1. Амирханов М.Т. Перестройка костной ткани при ортопедических вмешательствах // Материалы 10-й Всероссийской научно-практической

конференции. – М., 2003. – С. 400-401.

2. Афанасьев Ю.И., Воробьев В.В., Титова О.О. Удаление зубов в различные периоды лучевой терапии у больных с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2003. – №1. – С. 14-16.

3. Афанасьева И.В., Афиногенов Г.Е., Соловьёва А.М. Клинико-микробиологическая оценка применения средств гигиены полости рта с различной концентрацией хлоргексидина в комплексном лечении генерализованного пародонтита у детей // Пародонтология. – 2000. – №4. – С. 26 - 29.

5. Байкова А.Ю. Способ профилактики и лечения альвеолита // Всероссийская научно-практическая конференция стоматологов: Сб. статей. – Уфа, 2002. – С. 95-97.

6. Бахмудов Б.Р. Частота и динамика развития альвеолита в течение года // Стоматология. – 1992. – №3. – С. 37-38.

7. Бахмудов, Б.Р. Эффективность применения мази ируксол при лечении альвеолита // Стоматология. – 1993. – №3. – С. 71-72.

8. Бойко В.З., Горячая Е.А., Рошиору Е.В. Ультразвуковая обработка в лечении альвеолита // Стоматология. – 1988. – №2. – С. 27-28.

9. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Жидких Е.Д. и др. Анализ плотности костной ткани на этапах лечения больных генерализованным

пародонтитом // Материалы 9-й Всероссийской научно-практической конференции; Труды 8-го съезда СтАР. – М., 2003. – С. 250-252.

10. Gatewood P., Cobb C., Killoy W. Microbial colonization on natural tooth // Clin. Oral. Imp. Res. – 1993. – Vol. 4, №7. – P. 53-64.

11. Hobkirk J., Watson R. Dental and maxillofacial implantology // Mosby-Wolf, 1995. – 258 p.

12. Pontoriero R., Tonell M., Carnavale G. Experimentally induced peri-implantitis mucositis // Clin. Oral. Imp. Res. – 1994. – Vol. 5, №9. – P. 254-259.

13. Quirynen M., Bollen C., Busscher H. The influence of surface - free energy of supra - and subgingival Plaque Microbiology // J. Periodontol. – 1994. – Vol. 65, №7. – P. 162-167.

Резюме

Использование в комплексном лечении альвеолита препарата Индост-Л повышает его эффективность за счет купирования воспаления лунки зуба, способствует сокращению сроков восстановления костной структуры лунок зубов в 1,5 раза.

Summary:

Use of an integrated treatment preparatov "INDOST-L" improves treatment alveolitis by inflammation relief wells tooth helping reduce recovery times of the bone structure of the teeth holes by 1.5 times compared to the control.