

УДК: 616. 716. 85—002—08



А.В. Нетлюх, І.М. Готь, Б.П. Микичак,
С.О. Селюх, А.М. Микитин

Лікування післяекстракційного альвеоліту щелеп

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Госпрозрахункова стоматологічна поліклініка м. Львова
ДЗ «Клінічна лікарня» ДТГО «Львівська залізниця», Львів

Ключові слова: видалення зуба, ускладнення, альвеоліт, лікування.

Альвеоліт (запалення лунки) розвивається у 2,7–10 % хворих після видалення зуба (24,4–40 % ускладнень при цьому втручанні) [5]. Провідну роль у виникненні альвеоліту відіграє патогенна мікрофлора, яка активізується після руйнування кров'яного згустку в лунці видаленого зуба. Цьому сприяє травматичність операції, неправильне прикриття альвеоли марлевым тампоном, запальний одонтогенний процес та висока фібринолітична активність тканин лунки і слини, порушення місцевого імунітету, наявність цукрового діабету, незадовільний рівень гігієни ротової порожнини [4, 6]. Наявністю великої кількості чинників, що призводять до розвитку альвеоліту, зумовлена різноманітність методів лікування цього ускладнення. Однак ефективність їх є невисокою: кількість відвідувань лікаря одним хворим становить 3–6, а терміни непрацездатності — від 7 до 18 днів [1, 2, 5, 7, 8]. У разі неефективної терапії альвеоліту часто розвиваються лімфаденіт, періостит, остеомиєліт, абсцес, флегмона, верхньощелеповий синусит, неврит [3].

Мета дослідження — опрацювання способу лікування альвеоліту мажевою композицією «Мірамістин — Дарниця».

Матеріали та методи

Мажева композиція «Мірамістин — Дарниця» (затверджена наказом МОЗ України № 427 від 27.08.2004 р.) містить катіонний антисептик мірамістин, який виявляє антимікробну дію щодо грамположитивної і грампегативної, аеробної і анаеробної мікрофлори у вигляді монокультур або мікробних асоціацій, знижує стійкість бактерій і грибів до антибіотиків, запобігає інфікуванню рани, активізує процеси регенерації, ліквідує ранові і перифокальні запалення, поглинає гнійний ексудат, зневоднює некротизовані тканини. При цьому мізамістин не ушкоджує грануляції і життєздатні клітини, не пригнічує крайову епітелізацію.

Мажевою композицією лікували гостру стадію альвеоліту. Лунку видаленого зуба промивали теп-

лим розчином антисептика («Фурацилін», хлоргексидин, «Йодинол») до очищення її від решток їжі і продуктів розпаду кров'яного згустку. Потім гострою хірургічною ложкою видаляли поверхневий некротизований шар згустку крові, що зберігся на стінках і дні лунки. Про повну некротомію свідчила поява болючого відчуття у пацієнта. Після цього альвеолу заповнювали мажевою композицією «Мірамістин — Дарниця» і накривали її марлевою смужкою.

Запропонований спосіб лікування застосували у 40 хворих (основна група). Контрольна група складалася із 20 хворих з гострою стадією альвеоліту, яким після місцевого провідникового або інфільтраційного знеболювання, кюретажу лунки хірургічною ложкою вводили в лунку марлеву турунду, просякнуту сумішшю йодоформу, «Анестезину» та антибіотика, розведених на 2 % лідокаїні.

Ефективність запропонованого способу лікування альвеоліту оцінювали за даними клінічного спостереження, термінами лікування, частотою відвідувань лікаря, виникнення ускладнень.

Результати та їхнє обговорення

Клінічні спостереження виявили, що у хворих основної групи за 10–15 хв біль повністю зникав. Лише у 6 (15 %) пацієнтів тупий біль знову виникав через 16–24 год, але після повторного заповнювання альвеоли маззю він припинявся. У контрольній групі больовий симптом зникав тільки через 4–6 год, що потребувало додаткового прийому таблетованих анальгетиків. У хворих основної групи за добу значно зменшувалися місцеві ознаки запалення: гіперемія і набряк тканин альвеолярного відростка, а сама лунка була виповнена мажевою композицією. В контрольній групі прояви запалення зникали повільно. Марлеві турунди доводилося міняти через кожні 2–3 дні, двічі–тричі за курс лікування через втрату ними антисептичних, анальгетичних властивостей і появу неприємного запаху з рота та болю.

В основній групі хворих на 3–4-ту добу лунка

виповнювалася ніжною грануляційною тканиною, а на 6–7-му добу відбувалася її епітелізація. У контрольній групі епітелізацію лунок спостерігали лише на 13–15-ту добу. До моменту загоєння альвеоли у хворих основної групи мазева композиція повністю розсмоктувалася. Кількість відвідувань в основній групі становила $1,6 \pm 0,4$, а в контрольній — $3,5 \pm 0,5$ ($p < 0,001$). Терміни непрацездатності — відповідно ($2,4 \pm 0,8$) і ($8,1 \pm 1,3$) дня ($p < 0,001$).

У контрольній групі гострий альвеоліт ускладнився у 2 хворих періоститом, у 1 — обмеженим остеомиєлітом та невритом нижньоальвеолярного нерва. У хворих основної групи ускладнень під час лікування та у віддалений період не зафіксували.

Висновки

1. Щадне хірургічне оброблення запаленої альвеоли дає змогу зберегти фібрин на дні та стінках лунки, який виконує захисну, бар'єрну і пластичну функції.

2. Мазева композиція «Мірамистин — Дарниця», введена в альвеолу після екстракції зуба, не тільки захищає кісткову тканину від впливу слини і мікрофлори, а й виявляє комплексну позитивну дію на запальний процес, регенерацію, мікроциркуляцію, трофіку тканин.

3. Запропонований спосіб лікування альвеоліту є ефективним і може бути рекомендованим для застосування в хірургічній стоматології.

Література

1. Бом К.Г. Клиническая оценка эффективности имплантационных материалов, применяемых с целью профилактики постэкстракционных осложнений // Вісн. стоматол. — 2008. — № 1. — С. 113–114.
2. Бом К.Г., Филиппова Л.А. Применение препарата «Гивалекс» в комплексном лечении альвеолита // Там само. — 2007. — № 4. — С. 143.
3. Дмитриева А.А. Операция удаления зуба и местные осложнения у пациентов старших возрастных групп // Там само. — 2008. — № 1. — С. 118–119.
4. Митченко М.П. Вірогідні причини, що сприяють виникненню альвеоліту у хворих на цукровий діабет 2 типу // Там само. — 2008. — № 1. — С. 145–146.
5. Пинелис И.С. Способ лечения альвеолита // Стоматология. — 1986. — № 5. — С. 68–69.
6. Тершина Т.П., Вареньева Н.О., Лепский В.В. Микробиологические показатели ротовой полости у лиц с угрозой развития альвеолита после операций на альвеолярном отростке // Вісн. стоматол. — 2008. — № 1. — С. 110–111.
7. Тимофеев А.А., Грохотов В.А. Гивалекс в профилактике и лечении воспалительных осложнений, связанных с удалением зубов // Современная стоматол. — 2007. — № 2. — С. 92–96.
8. Филиппова Л.А., Бом К.Г. Применение препарата «Парагель 1» в комплексном лечении альвеолита // Вісн. стоматол. — 2007. — № 4. — С. 147–148.

А.В. Нетлюх, І.М. Готь, Б.Ф. Микичак, С.А. Селюх, А.М. Микитин

Лечение постэкстракционного альвеолита челюстей

Приведены результаты лечения постэкстракционного альвеолита челюстей мазевой композицией «Мирамистин — Дарница», которая после введения в лунку удаленного зуба защищает костную ткань от влияния слюны и микрофлоры и оказывает комплексное влияние на воспалительный процесс, микроциркуляцию, регенерацію, трофіку тканей, что способствует сокращению сроков эпителизации и заживления раны десны.

A.V. Netliukh, I.M. Got', B.P. Mykychak, S.O. Seliukh, A.M. Mykityn

The treatment of postextractional alveolitis of jaws

The article presents the results of the treatment of postextractional alveolitis of jaws with the use of ointment composition «Miramistin — Darnitsa» which protects the bone tissue from saliva and microflora influence after the injection into a hole of the extracted tooth. It has a complex and antiinflammatory action, and positively acts upon microcirculation, regeneration and trophics of tissues. This assists greatly to shortening the terms of epithelisation and healing the wounds of gums.