

ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ЧЕЛЮСТИ.

К.В.Петинов

ММУ Городская стоматологическая поликлиника №1, г. Самара

EVOLUTION OF TREATMENT ALVEOLITIS JAW

K.V.Petinov

MMU City Dental Polyclinic № 1, Samara

Современная стоматология располагает широким арсеналом средств как для профилактики, так и для лечения альвеолита челюсти. Несмотря на это полностью избежать данного осложнения не всегда удаётся. Это обусловлено некоторыми особенностями самого вмешательства и условиями течения раневого процесса в полости рта. Риск возникновения альвеолита значительно возрастает при травматичном удалении зуба, добавлении вазоконстрикторов к анестетикам, низком уровне гигиены полости рта, снижении реактивности организма, а также у лиц с тяжелыми общими заболеваниями.

Лунка зуба является первично инфицированной, так как концентрация микроорганизмов в ней достаточно высока, поэтому ведущую роль среди причин, вызывающих альвеолит, играет патогенная инфекция, проявляющаяся при несвоевременном образовании сгустка или при его преждевременном разрушении в лунке удаленного зуба. При этом на фоне сильного роста концентрации патогенных видов микроорганизмов количество нормальной микрофлоры резко уменьшается. В такой ситуации необходимы препараты, не вызывающие лекарственной устойчивости, обладающие выраженным антимикробным действием в том числе и на резистентные к антибиотикам штаммы микробов.

. Наличие большого числа факторов, приводящих к развитию альвеолита, обусловлено множеством способов и методов лечения этого осложнения[1]. Для лечения альвеолита предлагалось использовать следующий метод: после промывания лунки зуба растворами антисептиков до освобождения от остатков пищи, свободно лежащих осколков и продуктов распада, острой хирургической ложкой удаляют поверхностный (некротизированный) слой сохранившегося сгустка крови на стенках лунки. После этого альвеолу заполняли лечебной пастой следующего состава: 5 мл 1% дикаина, 5000 ЕД гепарина, 25 мг преднизолоновой мази, 50 г 5% линимента синтомицина, 12 г окиси цинка. При отсутствии эффекта больным рекомендовалось вновь посетить врача[1]. Недостатками данного способа является невозможность длительного хранения

применяемой пасты, сложность изготовления, особые условия хранения, а также необходимость многократных посещений врача.

Предлагался способ лечения альвеолита с помощью мази ируксол. В предварительно очищенную лунку с помощью специально изготовленного наконечника, навинчивающегося на тубик с мазью, заполняли лунку ируксолом до десневого края. При необходимости процедуру повторяли[2]. Недостатками данного метода являются: необходимость изготовления специальных наконечников для введения мази в лунку зуба, а также необходимость повторных посещений.

Предлагался метод лечения альвеолита с помощью заполнения лунки биокomпозиционными материалами на основе гидроксиапатита (коллапан, колапол). Недостатком данного метода является наличие в этих препаратах антибиотиков (линкомицина или гентамицина), что предопределяет возможность развития аллергических реакций[3].

Известен способ лечения альвеолита с использованием излучения с помощью CO₂ лазерного скальпеля[4]. Недостатком этого способа является то, что лазерное CO₂ излучение временно подавляет местный иммунитет. При отпуске процедур возможны также ожоги.

Существует способ лечения альвеолита путем ультразвуковой обработки лунки удаленного зуба с помощью ультразвукового генератора УРСК-7Н[5]. Однако при данной методике лечения альвеолита необходима многократная обработка лунки удаленного зуба, кроме того, использование дорогостоящей аппаратуры делает ее недоступной для части клиник.

Известен способ лечения альвеолита воздействием на биологически активные точки лучом гелий-неонового лазера типа ЛГ-75. Недостатком данного способа является то, что необходимо владеть навыками рефлексотерапии, а также необходимость отпуска процедур врачом, а не медсестрой[6].

Предложен также способ лечения альвеолита путем введения в лунку удаленного зуба гидроксиапатитного материала с последующим использованием преформированного физического фактора - инфракрасного лазерного излучения (лазерный аппарат "Оптодан"), который обладает способностью нормализовать микроциркуляцию, понижать проницаемость сосудов, оказывать противовоспалительное и обезболивающее действие[7].

Следует отметить, что вышеизложенные методы лечения альвеолита не являются общедоступными для широкого практического применения. Учитывая недостатки описанных ранее способов лечения альвеолита, был предложен принципиально новый

метод, суть которого заключается в том, что после удаления зуба проводится тщательный кюретаж и в кровоточащую лунку вводится стерильная коллагеновая губка, пропитанная приготовленным ex tempore раствором бифидумбактерина[8]. Эффективность данного метода профилактики альвеолита челюсти подтверждена микробиологическими исследованиями, в ходе которых было установлено увеличение концентрации представителей нормальной микрофлоры в области лунки удалённого зуба (*Streptococcus* spp.) и снижение количества патогенных обитателей полости рта (*Enterococcus* spp., *Candida* spp., *Moraxella* spp.)

Таким образом, наиболее простым по исполнению, эффективным и доступным для широкого клинического применения является предлагаемый автором способ профилактики и лечения альвеолита путём местного использования бифидумбактерина.

Список литературы.

1. Пинелис И.С. Способ лечения альвеолита. "Стоматология", 1986, N 5, с. 68-69
2. Бахмудов Б.Р. Эффективность применения мази ируксол при лечении альвеолита, "Стоматология" N 3, 1993, с. 71-72
3. Коротких Н.Г., Корж Г.М., Елькова Н.Л. Биоконпозиты в комплексном лечении патологических процессов челюстно-лицевой области. Сб. "Применение биоконпозиционных материалов в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии" Тезисы докладов 1-й Всерос. конференции. М., 1997 г., с. 32
4. Базилян Э.А. "Лечение очагов хронической одонтогенной инфекции с использованием импульсно-периодического CO₂ лазерного скальпеля" Стоматология. Спецвыпуск, материалы III съезда САО, М., 9-13 сентября 1996 г., с.56
5. Бойко В.З., Горячая Е. А., Рошиору Е.В. Ультразвуковая обработка в лечении альвеолита. "Стоматология", N 2, 1988, с. 28
6. Павлов Л.Ф., Прохончуков А.А., Иванов В.С. Рефлексотерапия альвеолитов излучением гелий-неонового лазера. "Стоматология", N 6, 1988 г., с. 6-8
7. Григорьянц Л.А., Белова В.А. , Бадалян В.А. Профилактика и лечение осложнений, связанных с удалением нижнего третьего моляра при его ретенции. "Стоматология", N 3, 1997 г., с. 41-43
8. Петин К.В., Патент на изобретение №2391111 «Способ лечения и профилактики альвеолита челюсти», 2009