

International Journal

EURO-AMERICAN SCIENTIFIC COOPERATION

www.escj.eu

Volume #12

March 2016

Research articles

Hamilton 2016

4. Kutlimuratov AB Haitbaev BM, Yusupov BY, Tadjiev HK , Makhmudova MT, AK Rustamov Ethnicity and cancer: Epidemiological aspkyt integrated (system) theory of cancer . Tashkent- Almaty, 2007. - 175.
5. Lyon Geneva, 12 December 2013.pdf.
6. Rebrova O. Y. Statistical analysis of medical data. The use of the STATISTICA software package. M., Mass Media, 2002. 312 p.
7. Umarov SG Malignant neoplasms of reproductivnoy system in multiparous women in Tajikistan: Author. dis ... Drs. honey . Science / SG Umarov . - Beshkek . , 2013 - 23 p.

Статья поступила в редакцию 19.12.2015 г.

**Кузняк Н.Б. – доцент,
Завідувач кафедри хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет, Україна**
*Kuzniak N.B. – associate Professor,
Chef Surgical Stomatology Department
Bukovinian State Medical University, Ukraine*

**Трифаненко С.І.-
асистент кафедри хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет, Україна**
*Tryfanenko S.I. -
Assistant of surgical and pediatric dentistry department
Bukovinian State Medical University, Ukraine*

**Гринкевич Л.Г.-
магістрант кафедри хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет, Україна**
*Hrynkevuch L.G.
graduate student of surgical and pediatric dentistry department
Bukovinian State Medical University, Ukraine*

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТУ ЩЕЛЕП.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.

CURRENT TREATMENTS OF ALVEOLITIS JAWS. LITERATURE REVIEW.

Резюме. В оглядовій статті описано причини виникнення альвеоліту, як післяопераційного ускладнення, при видаленні зубів. Проведено огляд методів профілактики та лікування даного захворювання з метою пошуку, розробки та впровадження в клінічну практику оптимального вирішення даної проблеми.

Ключові слова: альвеоліт, запалення, сорбенти, лікування, профілактика.

Summary. In a review article describes the causes of alveolitis as postoperative complications after tooth extraction. The review of methods of prevention and treatment of this disease in order to search, development and introduction into clinical practice optimal solution to this problem.

Key words: alveolitis, inflammation, sorbents, treatment, prevention.

У вітчизняній і зарубіжній літературі представлена велика кількість методів і засобів профілактики та лікування альвеоліту. Однак, дивлячись на це, дана проблема залишається актуальною до теперішнього часу [3, с 130].

Профілактика альвеоліту повинна базуватися на прагненні забезпечити формуванню в лунці видаленого зуба чистого згустку крові [6, с 140].

Погляди на профілактику альвеоліту досить суперечливі. Вважається, що видалення зуба з мінімальною травматизацією зменшує ймовірність розвитку даного ускладнення [7, с 94]. Крім того рекомендується попереднє полоскання порожнини рота антисептичними розчинами, введення в лунку різних турунд або губок, просочених антибіотиками, антисептиками та іншими засобами. Наприклад, рекомендується використовувати гідрогель Ейсмана, хлоргексидин [8, с 380], призначати антибіотики [9, с 53] і протизапальні препарати. Однак запропоновані засоби не привели до очікуваних результатів.

Деякі автори рекомендують використовувати гідроксиапатитні препарати (Остим-100, колапол) з протизапальними компонентами (диклофенак натрію у співвідношенні 10:1) для заповнення лунки видаленого зуба [14, с 230], аlogenну плацентарну тканину, консервовану у рідких середовищах з використанням пеніциліну [15, с 346].

Враховуючи недоліки аллогенної плацентарної тканини, консервованої в рідких середовищах (можливість виникнення алергічних реакцій, незручність зберігання), пропонується консервувати її методом ліофілізації. Встановлено, що ліофілізована плацентарна тканина зберігає свою морфологічну структуру, кількість кислих глікозаміногліканів, високу активність гідролітичних ферментів і найбільш зручна у застосуванні. Використання даного біологічного матеріалу під назвою «Біоплант» для заповнення лунок видалених зубів дозволяє знизити частоту виникнення альвеоліту [2, с 157].

Сприятливі результати для профілактики і лікування альвеоліту отримані при застосуванні антисептичної губки з канамицином [4, с 68].

Широке застосування для профілактики альвеоліту отримав препарат «Альвожил», що володіє антисептичною, анестезуючою та кровоспинною дією. Препарат випускається у вигляді пасти і джгутиків. Однак проведені дослідження показали, що цей препарат продовжує терміни загоєння рани після видалення зуба, отже, його можна використовувати тільки в якості лікування альвеоліту, що вже виник, але ніяк не у випадку профілактичного засобу [5, с 40].

Для оцінки ефективності профілактики альвеоліту запропоновано комплекс лабораторних (лейкоцитарний індекс інтоксикації, імунний статус) і біохімічних (С-реактивний білок, фібриноген, альбумін) показників [12, с 460].

Окремої уваги, на нашу думку, потребує проблема профілактики альвеоліту після атипового видалення зубів.

Це, в основному, стосується нижніх третіх молярів, які мають характерне топографо-анатомічне розташування в тілі щелепи і проявляють тенденцію до пізнього і повільного прорізування. Багато авторів відзначають складність, травматичність і тривалість видалення зубів мудрості, що в післяопераційному періоді значно підвищує ризик виникнення таких ускладнень, як альвеоліт, кровотеча, рефлекторна запальна контрактура жувальних м'язів, пошкодження чутливих нервів та ін. Запальні ускладнення в післяопераційному періоді у таких пацієнтів виникають в 14-35% випадків [13, с 457].

Є дані про те, що хронічні одонтогенні вогнища інфекції в ділянці нижніх третіх молярів викликають розвиток запальних процесів в ретромоларній області та в сусідніх анатомічних ділянках [13, с 457]. Існує також точка зору, що провідним фактором виникнення альвеоліту є недостатнє кровопостачання лунки зуба і оточуючих його тканин. Крім того, в дистальному відділі нижньої щелепи, тобто в області третього нижнього моляра і ретромоларної ямки спостерігається найбільше скупчення мікроорганізмів [13, с 457], що також збільшує ризик запальних ускладнень.

Враховуючи частоту післяопераційних ускладнень після видалення нижніх третіх молярів, для їх профілактики та лікування запропоновані різні медикаментозні засоби і методики їх застосування [13, с 459].

Наприклад, після видалення зуба рекомендують вводити в жувальний м'яз по 1 мл дексаметазону кожні 4 години (у поєднанні з анальгетиками і тугою пов'язкою), в жувальний м'яз - стероїдний препарат декадронфосфат [10, с 310]. Після накладення швів на рану слизової оболонки пропонується вводити в перехідну складку 5 мл розчину, що складається зі спирту-ректифікату - 3,0, новокаїну - 2,0 і фурациліну в співвідношенні 1:5000 [4, с 68].

Деякі автори рекомендують проводити рихлу тампонаду лунки йодоформною турундою, інші використовують для цього гідроксиапатитні матеріали (Остім - 100, колапол) [7, с 95]. При цьому необхідно відзначити, що турунда руйнує кров'яний згусток, сприяє інфікуванню лунки, а гідроксиапатитні матеріали не володіють антибактеріальним ефектом.

Для профілактики післяопераційних запальних ускладнень запропоновано проводити одне - або дворазове введення 0,5 мг адсорбованого стафілококового анатоксину [1, с 41]. Однак, це не виключає виникнення ускладнень.

Застосування комплексу антибіотиків (азидоцитіліна, еритроміцину; кліндоміцин, доксицикліну) до і після хірургічного втручання протягом 7-ми днів з приводу видалення ретинованих третіх молярів, назначення ендометацину в післяопераційному періоді знижували больову і температурну реакцію, набряк навколишніх тканин і покращували загоєння рани [1, с 41]. Разом з тим, необхідність постійного контролю за пацієнтом у зв'язку з прийомом індометацину, а також можливість побічної дії антибіотиків значно звужує можливість їх використання в амбулаторно-поліклінічній практиці [4, с 69].

Таким чином, існуючі методи профілактики альвеоліту, а також запропоновані для цього лікувальні засоби, не можуть повністю вирішити дану проблему, що вимагає подальшого вивчення.

Запропоновано велику кількість засобів місцевого лікування альвеоліту. На нашу думку, їх можна розташувати за такими групами: антибіотики; антисептики; мазі; пасти; суміші; сорбенти; біопластики; комплексні засоби.

Способи їх введення можна поділити на такі: зрошення лунки зуба; заповнення лунки зуба; введення турунди в лунку зуба; введення в слизову оболонку в області лунки зуба.

Рекомендується після хірургічної та антисептичної обробки заповнювати лунку зуба сумішшю, що складається з кісткової золи з анестезином і стрептоцидом, замішаної на вазеліновій олії [1, с 41], пастою, до складу якої входять анестезин, стрептоцид і біоміцин. Пропонується зрошувати лунку зуба ектерицидом з наступним введенням у неї пасти з ектерицида з анестезином; вводити турунду, просочену стомаліном [12], просочену розчином, що складається з таніну, йодинолу, тримекаїну і димедролу [15, с 347], турунду з пастою, що складається з йодоформу та анестезину, розчинених у 2% розчині новокаїну і 96% спирту в поєднанні з флюктуоризацією, турунду, просочену цинкоксидом та евгенолом [6, с 152], турунду, просочену 10 - 20% камфорним маслом з анестетиком (новокаїном або анестезином). При сильному болі лунку зуба промивають 2% розчином новокаїну, після чого залишають в ній на 5-10 хв тампон, просочений 5% розчином новокаїну; [6, с 153].

Також рекомендується промивати альвеолу теплим розчином фурациліну і трипсину (хімотрипсину) з наступним заповненням їх антибактеріальною ензимоанестезуючою пастою, що виготовлена на основі 0,25% розчину новокаїну або ізотонічного розчину натрію хлориду. Паста готується перед вживанням. Її склад: 1,25 частини 1-2-х антибіотиків, 0,5 частини сульфаніламідів, 5 мг трипсину (хімотрипсину) і 0,25 частини анестезину. Застосування цієї пасти стимулює зростання грануляцій [4, с 70].

На думку інших авторів, для лікування альвеоліту слід вводити в лунку лікувальну пасту, що складається з дикаїну 1% - 5мл, гепарину - 1мл (5000 ОД), мазі преднізолону - 25мг, лінімент синтоміцину 5% - 50г та окису-цинку-12мг [6, с 155].

Однак всі перераховані методи і засоби лікування мають суттєві недоліки: повільне вщухання больового синдрому та явищ запалення, необхідність неодноразової явки на перев'язки. Крім того, при перев'язках наноситься додаткова травма, яка посилює больовий синдром, а висока адгезія марлі до країв рани нерідко призводить до виникнення вторинних кровотеч, що підвищує ризик вторинного інфікування рани. При цьому нитки марлевих турунд нерідко залишаючись в лунці зуба, уповільнюючи репаративні процеси.

На думку деяких авторів, тривалість лікування альвеоліту прискорюється завдяки використанню метронідазолу, як для місцевого, а також загального лікування [10, с 311]. Встановлено, що він ефективний для профілактики запальних ускладнень і сприяє загоєнню рани. У поєднанні з метронідазолом використовують лінімент «Алором» - комплексний препарат, що містить екстракт ромашки рідкий - 20 частин, сік алое - 47,8 частин, екстракт календули рідкий - 10 частин, ментол і олія евкаліптова - по 0,1 частини і володіє протизапальною і болезаспокійливою дією [3, с 130].

У комплексному лікуванні альвеоліту пропонується застосовувати клітинну культуру алогенних фібробластів [11, с 25], використовувати сорбент «Гелевін» [6, с 152], солкосерил-желе і крем «Дермазин» [7, с 95], колагенові пластини «Бактиспорінпласт», «Люцерон» і препарат «Фло-Гензом» [4, с 69]. Прийом вітаміну «С» прискорює загоєння лунки [1, с 41].

При лікуванні альвеолітів широко використовують фізіотерапевтичні методи: флюктуоризація (володіє знеболюючою дією, сприяє прискоренню регенерації), інфрачервоне випромінювання [9, с 52], випромінювання гелій-неонового лазера (володіє протизапальною дією, відбувається нормалізація мікрогемодинаміки (МГЦ), стимуляція регенерації тканин). Однак деякі автори вважають, що випромінювання лазера чинить негативний вплив на загоєння лунки [3, с 131].

Одним з методів ефективного некролізу патологічних тканин вважається ультразвукова обробка (кавітація) гнійних ран. Цито- та бактеріологічні результати дослідження підтвердили позитивний вплив УЗ-обробки на клітинний і мікробний склад вмісту лунки при альвеоліті [3, с 133].

Останнім часом в клінічній практиці використовується метод лікування струмом надтональної частоти (СНЧ). СНЧ викликає розширення кровоносних і лімфатичних судин, - покращує обмінні процеси, трофіку тканин, має болезаспокійливу і місцеву протизапальну дію віс. Включення СНЧ-терапії в комплексне лікування пацієнтів з альвеолітом призводить до значного скорочення термінів регенерації (в середньому на 5-7 днів) [2, с 159].

Пропонується після кюретажу і антисептичної обробки заповнювати лунки колагеновими плівками, просоченими 30% розчином димексиду з гідрокортизоном і левоміцетином [6, с 156]. А у хворих 40-60 років, у яких в силу фізіологічних особливостей старіючого організму знижені регенераторні процеси, автор рекомендує вводити в лунки суспензію ембріональних кісткових клітин. Крім того, додатково рекомендується проводити терапію гелій-неоновим лазером ЛГ-75 з довжиною хвилі 0,63 мкм і потужністю 25 мВт.

При неефективності лікування альвеоліту нерідко виникають такі ускладнення, як періостит, остеомієліт, абсцес, флегмона, гайморит, лімфаденіт та ін [4, с 67].

Таким чином, профілактика та лікування альвеолітів до теперішнього часу представляє певні труднощі. Хоча й запропоновано велику кількість засобів і методів профілактики і лікування, але, жоден з них не є оптимальним. Використання препаратів хімічного походження, які мають безліч побічних ефектів, викликають токсичні та алергічні реакції, знищують крім патогенної, й нормальну мікрофлору [1, с 37]. Багато хто з них можуть фіксуватися в лунці лише з марлевою турундою, що вимагає багаторазової заміни, та негативно впливає на репаративний остеогенез. Негативною стороною більшості засобів є наявність при їх використанні «пустих» лунок, що створює сприятливі умови для вторинного інфікування.

Висновок. У зв'язку з вищеописаними методами лікування альвеолітів, особливої актуальності для профілактики і лікування даного захворювання набуває розробка засобів, що мають багатофункціональну дію: знеболюючу, антибактеріальну, гемостатичну.

Література

1. Ахмадуллина Г. А. Эффективность хирургической повязки из «Целоформа» для профилактики и лечения альвеолитов / Г. А. Ахмадуллина, С. С. Ксембаев О.В. Нестеров [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2011. – №1. – С. 37–43.
2. Безруков В. М. Осложнения после удаления зубов / В. М. Безруков, В. А. Сукачев // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : под ред. Безрукова В. М., Робустовой Т. Г. – М.: Медицина, 2010. – Т. 1. – С. 156–161.
3. Васильев Г. А. Заживление раны после удаления зуба / Г. А. Васильев // Хирургия зубов с курсом челюстно-лицевой травматологии. – М., 2009. – С. 128–136.
4. Волобуев М. А. Профилактика и лечение альвеолита / М. А. Волобуев // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний: Сб. науч. тр. – Харьков, 2012. – С. 67–74.
5. Галимов Р. А. Результаты разработки и апробации в стоматологии многофункционального сорбента «Целоформ» / Р. А. Галимов, О. В. Нестеров, С. С. Ксембаев // Здоровье человека в XXI веке : II-й Росс. науч.-практ. конф. Т. 1 : под общей ред. Ксембаева С. С. – Казань, 3 апреля 2010 г. – Изд-во Казанского мед. ун-та, 2010. – С.91–98.
6. Гутор Н. С. Альвеоліти щелепно-лицевої ділянки. Лікарські засоби для профілактики і лікування альвеолітів: посібник / Н. С. Гутор; за ред. О. І. Михайлик; МОЗ України, Тернопільський держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : Традиційні друкарські системи, 2008. – 151-159 с.
7. Ткаченко П.І. Вірогідні причини, що сприяють виникненню альвеоліту у хворих на цукровий діабет 2-го типу / П. І. Ткаченко, М. П. Митченко // Підсумки та перспективи розвитку стоматології і щелепно-лищевої хірургії : ювіл. наук.-практ. конф., 19–20 квітня 2008 р. : зб. тез. – Харків, 2008. – С. 94–99.
8. Birke W. P. Ein Beitrag zur medikamentöse Therapie des Dolor post extractionem / W. P. Birke, W. R. Furtig // Dtsch. Stomat. – 2007. – Bd. 20. – S. 370–390.
9. Klammt, I. Zur operativen Behandlung des Dolor post extractionem / I. Klammt, C. Thoma, W. Waldmann // Stomatologie der DDR. – 2012 – N 5. – S.52–57.
10. Krajnik I. Chirurgische Behandlung umschriebener nekrotischer Knochenentzündungen IM Bereich Der Alveolarfortsatze Nach Zahnextraktion / I. Krajnik, K. Grygorowicz, I. Ryfa // Stomatologie der DDR. – 2011. – Bd. 31. – N 5. – S. 309–315.
11. Nome H. Experimental Studies onvascularization Of bloodvessels And ITS Sub Sequent Changes In The New grownvessels In postextradontic Wounds. Part I, normal simpleextraction wounds / H. Nome // Bull. Tokyo dent. Coll. – 2007. – Vol. 8, N 1. – P. 22–29.
12. Meylan G., Tschantz P. / Surgical wounds with or without dressings // Ann. de Chirurgie. – 2011. – V. 126, N 5. – P. 459-465.
13. Multiple atrophies following tooth extraction. / M. Ayhan, D. Senen, M. Gorgu [et. al.] // Aesthetic. Plast. Surg. – 2011. – Vol. 25, N 6. – P. 457–462.
14. Robin J. Etiologie des alveolites et leur traitement / J. Robin // Rev. Odonto-Stomat. Fr. – 2005 – Vol. 33, N 4. – P. 227–235.
15. Rood, G. Metronidazole in the treatment of "dry socket" / G. Rood, M. Danford // Int. J. Oral. Surg. – 2011 – Vol. 10, N 5. – P. 345–348.

Denysenko N. Ukraine. CERCLAGE BEYOND 24 WEEKS :ISSUES, RELEVANCE, EFFICACY.	35
Dmytrenko R.R. Ukraine. FEATURES OF RESPONSE OF GINGIVAL AND BLOOD PLASMA TISSUES IN MATURE MALE RATS WITH HYPOBARIC HYPOXIA AND UNDER DIFFERENT DURATION OF PHOTOPERIOD.....	38
Gerasym L.M. Ukraine. ANALGESIA IN MODERN MAXILLOFACIAL SURGERY.....	41
Herasyim L.M. Tsumanets I.O. Ukraine. NEW RESEARCH – NEW RESULTS.....	44
Khudaykulov A.T. Uzbekistan. DEVELOPMENT OF COMPUTER-BASED SCREENING TEST FOR EARLY DETECTION OF BREAST CANCER.....	47
Khudaykulov A. T. Palvanov T. M. Matrizaev T. J. Uzbekistan. THE COMPLEX OF FACTORS INFLUENCING THE INCIDENCE OF BREAST CANCER IN SOUTHERN ARAL SEA REGION.....	51
Kuzniak N.B., Tryfanenko S.I., Hrynkevuch L.G Ukraine CURRENT TREATMENTS OF ALVEOLITIS JAWS. LITERATURE REVIEW.....	55
Kuzniak N.B., Tryfanenko S.I., Makoviychuk O.L. MORPHOLOGY AND FUNCTIONAL STATUS OF TEMPORO-MANDIBULAR JOINTS AT ORTHODONTIC PATHOLOGY. LITERATURE REVIEW.....	60
Tryfanenko S.I. Ukraine. ASSESSMENT OF THE PRACTICAL CLASSES DEDICATED TO ORAL AND FACIAL TRAUMA FOR THE 4-YEAR STUDENTS OF THE DEPARTMENT OF DENTISTRY OF BUKOVINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY.....	63
<u>Section VI. Philology and Linguistics</u>	
Baisalova K.M. Kazakhstan. THE SEMANTIC TRANSFORMATION OF PRECEDENT TEXTS IN NEWSPAPERS.....	68
Batrakova N. D. Abisheva U. K. Kazakhstan. THE PROBLEM OF HISTORICISM IN WORK «THE BLOKADE BOOK» BY A. ADAMOVICH AND D. GRANIN.....	71
Danabayeva A.K., Sansyzbayeva S.K. Kazakhstan. THE BORROWING WORDS IN RUSSIAN LANGUAGE IN BUSINESS SPHERE.....	74
<u>Section VII. Philosophy</u>	
Seregin A.V., Ahmatnabiev R.R. Russian. MYTHOLOGICAL ASPECTS OF MODERN ADVERTISING.....	77
<u>Section VIII. Religious</u>	
Leshchenko A. M. Ukraine. SYNERGY OF CHRISTIAN SACRED ART.....	81