

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 617.528:616.314.-008-089-035.1-085

В. А. Маланчук, д. мед. н., Н. Ю. Платонова

Национальный медицинский университет

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АЛЬВОСТАЗ» В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

В статье представлена сравнительная оценка общеизвестной методики профилактики и лечения осложненной после удаления зуба и зубосохраняющих операций и предложенного лечения с использованием препарата «альвостаз». У 45 пациентов проведен клинический эксперимент, который показал, что применение препарата «альвостаз» снижает количество патогенной микрофлоры в послеоперационной ране, обладает обезболивающим, кровоостанавливающим и ранозаживляющим действием.

Ключевые слова: «альвостаз», альвеолит, зубосохраняющие операции.

В. О. Маланчук, Н. Ю. Платонова

Національний медичний університет

МІСЦЕВЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «АЛЬВОСТАЗ» В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

В статті представлена порівняльна оцінка загальновідомої методики профілактики і лікування ускладнень після видавлення зуба та зубозберігаючих операцій і запропонованого лікування з використанням препарату «альвостаз». У 45 пацієнтів проведено клінічний експеримент, який показав, що застосування препарату «альвостаз» знижує кількість патогенної мікрофлори в післяопераційній рані, має знеболюючу, кровоспинну і ранозагоювальну дію.

Ключові слова: «альвостаз», альвеоліт, зубозберігаючі операції.

V. A. Malanchuk, N. U. Platonova

National Medical University

LOCAL MAKE USING «ALVOSTAZ» IN DISPENSARY PRACTICE SURGERY DENTAL

The article represent comparative evaluation of a well-know method of preventive measures, and treatment of complication after extraction of a tooth and tooth-preserving surgery, and suggested treatment using «alvostaz» medication. A clinical experiment on 45 patients has shown that the using «alvostaz» medication reduces the amount of pathogenic flora in a postoperative wound, and it has anaesthetic, blood-stopping and wound-healing power.

Key words: «alvostaz», alveolitis, tooth-preserving surgery.

Среди осложнений операции удаления зуба наиболее часто наблюдаются альвеолиты, которые, по данным разных авторов составляют до 24-35 % от числа всех осложнений, которые встречаются после удаления зубов [1, 3]. Часть альвеолитов развивается

в результате возникновения так называемого феномена «сухой лунки» [4].

Вопросы профилактики и лечения этих осложнений в амбулаторной хирургической стоматологии до настоящего времени остаются не полностью решенными. Лечение альвеолита представляет собой сложную проблему, не имеющую однозначного решения в связи с различными этиологическими факторами его возникновения.

Альвеолит чаще встречается у женщин (57 %), чем у мужчин (43 %) и чаще на нижней челюсти. Разница по частоте локализации альвеолита на верхней и нижней челюсти чаще объясняется разницей их анатомического строения. Данное заболевание характеризуется сезонностью, наибольшее количество альвеолитов регистрируется весной и зимой [1, 3].

В литературе имеются данные о факторах, которые могут препятствовать образованию кровяного сгустка или способствовать разрушению уже сформированного сгустка. К ним относятся: использование сосудосуживающих средств, которые входят в состав анестезирующих препаратов, что приводит к стойкому спазму сосудов, нарушению кровоснабжения и является причиной возникновения «сухой» лунки; активация при операционной травме периапикальной инфекции; механическая компрессия кости стенок лунки при длительном удалении зуба с прекращением кровотока из кости; высокая протеолитическая активность ротовой жидкости, которая приводит к лизису тромба в лунке; удаление тромба из лунки механическим воздействием (языком, выполаскивание) и пр. [4].

Существует большое количество методов профилактики и лечения альвеолита: местное применение протеолитических ферментов (И. Н. Вавилова, А. И. Протасевич, 1963), заполнение лунки антибактериальной энзимно-анестезирующей пастой (Г. К. Сидорчук, 1974), антистафилококковой плазмой (А. Г. Кац и соавт., 1973, Я. М. Биберман, 1975), применение физиотерапевтических методов (2), заполнение лунки остеопластическим материалом «Коллапан» (С. Г. Безруков и соавт., 2004), введение венозной крови, облученной УФ лучами при помощи коллагеновой губки (А. М. Стецюк и соавт., 2005), введение геля на основе производного коллагена (D. MacI, 2005).

Каждая из известных методик имеет и положительные свойства, и недостатки. Однако количество осложнений после хирургических вмешательств в полости рта не позволяет утверждать, что известные профилактические и лечебные мероприятия являются достаточно эффективными.

С учетом того, что альвеолит является самым распространенным осложнением операции удаления зуба и вызывает как временную, так и длительную нетрудоспособность (при возникновении дальнейших осложнений) у пациентов от 20 до 50 лет, то эта проблема, кроме медицинских аспектов, является еще и социально-экономической.

Цель исследования. Определение эффективности препарата «альвостаз» для профилактики и лечения послеоперационных осложнений и альвеолита по типу «сухой» лунки.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 45 больных в возрасте от 20 до 55 лет с хроническим и обострившимся хроническим периодонтитом, которым было показано удаление зуба или зубосохраняющая операция. Пациентам по показаниям применяли препарат «Альвостаз», который выпускает фирма «Омега-дент» (Россия) в следующих трех вариантах:

1-й вариант - коллагеновые кубики размером 1х1 см, пропитанные эвгенолом, йодоформом, тимолом, кальция фосфатом, прополисом и обладающие гемостатическим действием.

2-й вариант - губки с метронидазолом, хлоргексидином, дексаметазоном, которые действуют бактерицидно и обладают высокой активностью в отношении многих патогенных микроорганизмов (по данным фирмы производителя).

3-й вариант - губки, в состав которых входит хлорамфеникол, неомицин, хлоргексидин, дексаметазон, обладающие широким спектром действия на многих патогенных микроорганизмов. Этот состав активен в отношении штаммов бактерий, устойчивых к пенициллину, тетрациклину, сульфаниламидам, а дексаметазон - кортикостероид, обладающий свойством значительно уменьшать боль и воспаление в послеоперационной ране.

Пациенты были разделены на 2 группы:

1-я группа (основная) – состояла из 25 пациентов, которым по показаниям проводили удаление зуба или зубосохраняющую операцию (гемисекция, ампутиация корня, коронаро-радикулярная сепарация) с местным использованием препарата «альвостаз».

2-я группа (сравнения) – 20 пациентов, которым проводили подобные манипуляции и использовали известные методы профилактики и лечения воспалительных осложнений (антисептические ротовые ванночки, промывание лунки антисептиками, введение в лунку йодоформной турунды). У пациентов проводили сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, рентгенографию, общие клинические анализы (крови - общий, коагулограмма), микробиологическое исследование мазка из области предполагаемого вмешательства (десна, зубо-десневая борозда) до и после оперативного вмешательства, учитывали наличие патогенной флоры - *Str.haemolyticus*, *Stf.aureus*, *Peptostreptococcus*, *Candida albicans*. Обеим группам пациентов по показаниям проводили обезболивание анестетиками с вазоконстриктором, после чего зуб удаляли или выполняли зубосохраняющую операцию (гемисекция, ампутиация корня, коронаро-радикулярная сепарация). Рану заполняли необходимым количеством коллагеновых губок, сближали края раны кетгутowymi швами.

В 1-й группе пациентов (25 человек) были проведены следующие оперативные вмешательства: 2-м больным (8 %) - ампутиация корня с последующим заполнением раны губкой «альвостаз»; 3-м пациентам (12 %) применяли препарат для закрытия костной раны при выполнении лоскутных операций; у 6 (24 %) – множественное удаление рядом расположенных зубов

по ортопедическим показаниям, в лунки вводили необходимое количество препарата, края десны над лунками сближали кетгутowymi швами; у 8-ми пациентов (32 %) после удаления зуба лунка оставалась «сухой» более 10 минут, в нее вводили «альвостаз», ушивание лунки не проводили; 6-и больным (24 %) была проведена коронаро-радикулярная сепарация, кюретаж грануляционной ткани в области фуркации с последующим заполнением области дефекта, исследуемым препаратом. Рану не ушивали.

Во 2-й группе пациентов (20 человек) были проведены аналогичные оперативные вмешательства: 4-м (20 %) - удаление зубов типичным способом, после чего лунка оставалась «сухой» более 10 минут, что впоследствии привело к возникновению альвеолита у 2 больных; 4 (20 %) - удаление зубов атипичным способом, у 5 (25 %) больных проводили гемисекцию; у 7 (35 %) пациентов была проведена ампутиация корня зуба.

После операции всем больным назначали, по показаниям, стандартные медикаментозные средства – противовоспалительные, обезболивающие, общеукрепляющие.

Результаты исследования. В 1-й группе пациентов анализ клинических данных, который характеризует течение послеоперационного периода, свидетельствовал о маловыраженной воспалительной реакции тканей на вмешательство. Практически все пациенты отмечали отсутствие болевых ощущений в области послеоперационной раны на следующий день. Только 2 (8 %) пациента испытывали незначительную боль, что, по-видимому, было связано с длительным по времени (около 40 минут) удалением зуба. Заживление раны проходило первичным натяжением (наблюдение на 5-8 сутки) у 23 (92 %) пациентов. Послеоперационный отек краев раны сохранялся 1-2 дня у 92 % обследуемых. Расхождение швов мы наблюдали у 2 пациентов (8 %) – 1 после атипичного удаления зуба и у 1 - после лоскутной операции. Применение гемостатической губки «альвостаз» у 5 пациентов (20%) этой группы со сниженным - менее 180 г/л количеством тромбоцитов в крови и увеличенным - более 15 минут (у 1-го больного) временем ее свертывания, свидетельствует о его эффективном кровоостанавливающем действии.

Микробиологическое исследование, проведенное до операции, показало наличие патологической микрофлоры (стафилококки, стрептококки, дрожжевые грибы) у 100 % пациентов. Через 5 дней после операции оценка микробиологического состава показала снижение частоты наличия патогенной у 80 % больных (20 человек) в 2,5 раза.

Проба Шиллера-Писарева области соседних зубов, проводимая на 2-5 день после операции у 20 пациентов (80 %) 1-й группы (применяли «альвостаз»), была отрицательная (до вмешательства у 23 пациентов (92 %) проба была положительная).

Во 2-й группе обследуемых боль отмечали 10 пациентов (50 %), послеоперационный отек сохранялся от 3 до 6 дней у 13 больных (65 %), края раны разошлись у 4 человек (20 %) – у 2 после атипичного удаления зуба, у 2 - после ампутиации корней.

Исследование микробиологического состава в области проводимого вмешательства через 5 дней выявили обсемененность раневой поверхности стафилококками, стрептококками, дрожжевыми грибами у 17 (88 %) больных.

До проведения хирургических манипуляций проба Шиллера-Писарева была положительная у 90 % пациентов (18 человек). На 2-5 день после вмешательства проба была положительная у 16 человек (80 %).

У 3 человек (15 %) с нарушениями в системе гемостаза наблюдалось послеоперационное кровотечение (у одного человека-кровотечение было сильным на протяжении 5-6 часов после удаления, количество тромбоцитов-140г/л, время коагуляции – 15 минут, у 2-х пациентов – слабым на протяжении 1-2 часов; количество тромбоцитов 150г/л (180г/л), время коагуляции 10 минут), которое было устранено с помощью гемостатической губки «альвостаз» и ушивания раны.

Выводы: на основании проведенных клинических наблюдений можно сделать следующие выводы:

1.Использование препарата «альвостаз» после удаления зуба в течение 5-7 дней способствует заживлению лунки.

2.«Альвостаз» обладает антисептическим действием, о чем свидетельствует снижение количества микрофлоры у пациентов основной группы.

3.Препарат обладает хорошим обезболивающим эффектом.

4.«Альвостаз» снижает риск возникновения воспаления послеоперационных ран.

5.«Альвостаз» эффективен у больных с нарушениями системы гемостаза, уменьшает риск возникновения луночковых кровотечений и может применяться в амбулаторной стоматологической практике для лечения и профилактики альвеолитов, протекающих в результате феномена «сухой» лунки.

Список литературы

1. **Бернадский Ю. И.** Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Бернадский Ю. И. -3-е изд., перераб. и доп. – Витебск: Белмедкнига, 1998.
2. **Бернадский Ю. И.** Гнойная челюстно-лицевая хирургия / Бернадский Ю. И., Заславский Н. И., Бернадская Г. П. - Киев: Здоровье, 1983.
3. **Бургонский В. Г.** Апитерапия в стоматологической практике / В. Г. Бургонский // Современная стоматология. - 2008. - № 1. –С. 126-134.
4. **Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія:** [підручник; У 2 т. - Т.1] / [В. О. Маланчук та ін.]. – К.:ЛОГОС, 2011. Т.1. - С. 159-162.

Поступила 15.10.12



УДК: 616.311-053.21.6+616.315-007.254

**Н. А. Колесова, Л. В. Харьков, д. мед. н.,
Х. Г. Ашуралиев**

Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца

ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА И СТРУКТУРЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НЕБА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ, ОСТАТОЧНЫМИ И ВТОРИЧНЫМИ ЕГО ДЕФЕКТАМИ

Морфологическими (гистохимическими и патоморфологическими) методами на материале операционных биопсий слизистой оболочки неба (n=18) установлены основные особенности ее энергетического обмена и структуры, характеризующиеся достоверным преобладанием процессов гликолиза. Показано значение тканевой гипоксии, снижения показателей активности ферментов всех метаболических путей, нарушений гемомикроциркуляции, развития фиброза и обосновано их возможное значение в результате оперативного вмешательства.

Ключевые слова: врожденное несращение неба, вторичные дефекты неба, уранопластика.

Н. А. Колесова, Л. В. Харьков, Х. Г. Ашуралиев

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ І СТРУКТУРИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІДНЕБІННЯ У ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ, ЗАЛИШКОВИМИ І ВТОРИННИМИ ЙОГО ДЕФЕКТАМИ

Морфологічними(гістохімічними і патоморфологічними) методами на матеріалі операційних біопсій слизової оболонки піднебіння(n=18) встановлені основні особливості її енергетичного обміну і структури, що характеризуються достовірним переважанням процесів гліколізу. Показано значення тканинної гіпоксії, зниження показників активності ферментів усіх метаболічних шляхів, порушень гемомікроциркуляції, розвитку фіброзу і обґрунтовано їх можливе значення в результаті оперативного втручання.

Ключові слова: вроджене незрощення піднебіння, вторинні дефекти піднебіння, уранопластика.

N. A. Kolesova, L. V. Kharkov, Kh. G. Ashuraliyev

The National Medical University named after Bogomolets' A. A.

THE PECULIARITIES OF THE ENERGY METABOLISM AND THE STRUCTURE OF MUCOUS MEMBRANE OF SOFT PALATE IN CHILDREN WITH INNATE CLEFTS, ITS RESIDUAL AND SECONDARY DEFECTS

By application of morphological (histochemical and pathomorphologic) methods on a mucous membranee palatine's (n=18) operational biopsies material, the basic features of its energy metabolism and structure characterizing with authentic prevalence of glycolysis processes were established. The importance of tissue hypoxia, decrease in indicators of enzymes activity of