

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ средств для лечения альвеолита

А.К.Иорданишвили

• д.м.н., профессор, каф. ортопедической стоматологии, ФГБОУ ВО СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова МЗ РФ (СПб., 191015, ул. Кирочная, д. 41. Тел.: 8 (812) 303-50-00); каф. челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, ФГБОУ ВО ВМА им. С.М.Кирова МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75. E-mail: professoraki@mail.ru)

А.А.Пономарёв

• к.м.н., доцент, заведующий, кафедра терапевтической стоматологии, НИУ "БелГУ" (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85. Тел.: (4722) 30-12-11. E-mail: info@bsu.edu.ru)

М.И.Музыкин

• к.м.н., ассистент, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, ФГБОУ ВО ВМА им. С.М.Кирова МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75. E-mail: maxxl@mail.ru)

А.А.Сериков

• к.м.н., ассистент, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, ФГБОУ ВО ВМА им. С.М.Кирова МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75. E-mail: mdgrey@bk.ru)

М.В.Жмудь

• к.м.н., ассистент, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, ФГБОУ ВО ВМА им. С.М.Кирова МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75. E-mail: dung.maks@yandex.ru)

В.А.Гук

• к.м.н., ассистент, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, ФГБОУ ВО ВМА им. С.М.Кирова МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75. E-mail: divvt@yandex.ru)

Н.В.Лысков

• слушатель, ФГБОУ ВО ВМА им. С.М.Кирова МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75. E-mail: gimnazzzt@gmail.com)

Н.В.Коровин

• слушатель, ФГБОУ ВО ВМА им. С.М.Кирова МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75. E-mail: nipaokotovin@mail.ru)

Д.В.Балин

• к.м.н., доцент, кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, Институт усовершенствования врачей, ФГУ "Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова" Минздрава России (105203 г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 65. Тел.: 8 (499) 464-46-63); заведующий, стоматологическое отделение, Международный медицинский центр "СОГАЗ" (191186, СПб., ул. Малая Конюшенная, 8. Тел.: 8 (812) 406-88-88. E-mail: vnbalin@mail.ru)

В.В.Самсонов

• к.м.н., старший ординатор, отделение челюстно-лицевой хирургии, ФГУ "З ЦВКГ им. А.А.Вишневского" МО РФ (143420, Московская обл., Красногорский р-н, п/о Архангельское, пос. Новый. Тел.: 8 (495) 562-12-74. E-mail: vladimirpiter@mail.ru)

Р.Н.Холод

• ассистент, кафедра клинической стоматологии, ЧОУ ВО "Санкт-Петербургский медико-социальный институт" (195271, СПб., Кодратевский проспект, дом 72, литера "А". Тел.: 8 (812) 448-39-63. E-mail: info@medinstitut.org)

В.В.Лобейко

• к.м.н., ассистент, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, ФГБОУ ВО "ВМА им. С.М.Кирова" МО РФ (194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6. Тел.: 8 (812) 292-32-75); старший научный сотрудник, лаборатория возрастной клинической патологии, Санкт-Петербургский Институт биорегуляции и геронтологии (197110, СПб., пр. Динамо, дом 3. Тел.: 8 (812) 230-00-49. E-mail: valera.lobeyko@yandex.ru)

К.А.Заборовский

• к.м.н., заведующий, стоматологическая поликлиника (187000, Ленинградская обл., г. Тосно, шоссе Барыбина, дом 29. Тел.: 8 (813) 612-99-43. E-mail: kzaborovskiy@yandex.ru)

С.В.Солдатов

• к.м.н., генеральный директор, ООО Городской стоматологический лечебно-диагностический центр "Альфа-дент" (190005, СПб., ул. Красноармейская 5-я, дом 32. Тел.: 8 (812) 575-91-66. E-mail: slnzub@gmail.com)

В.В.Пироженский

• к.м.н., генеральный директор, ООО "ВВЦстом" (191186, СПб., наб. Канала Грибоедова, дом 27. Тел.: 8 (812) 932-12-99. E-mail: e149ky@yandex.ru)

А.Амро

• к.м.н., генеральный директор, ООО "Амро" (197342, СПб., Набережная Черной речки, 49. Тел.: 8 (812) 496 60 28. E-mail: doctor@damro.ru)

И.В.Лыкова

• инженер-биохимик центральной заводской лаборатории АО "ОЭЗ" "ВладМиВа" (308023, г. Белгород, ул. Студенческая, 52. Тел.: (4722) 200-999, доб. 477. E-mail: Lykova91@mail.ru)

Резюме. Проведено клиническое исследование по сравнительному изучению эффективности отечественных и зарубежных лекарственных средств, используемых при лечении альвеолита после удаления нижних зубов мудрости. В исследовании приняли участие 190 (118 мужчин и 72 женщины) человек молодого и среднего возраста, у которых возник альвеолит после выполнения операции удаления ретинированного и (или) дистопированного нижнего зуба мудрости по ортодонтическим показаниям или по поводу хронического периодонтита. В зависимости от использованного лекарственного средства для лечения альвеолита, которое применялось местно согласно инструкции производителя, пациенты были разделены на 5 групп исследования. В 1-й группе для лечения альвеолита использовали пасту "Альвеожил" ("Септодонт", Франция). Во 2-й, 3-й и 4-й группах для лечения альвеолита использовали, соответственно, губку гемостатическую коллагеновую с йодоформом "Альванес", "Бинт йодоформный марлевый для стоматологии", губку гемостатическую коллагеновую с линкомицином "Альванес" (АО "ОЭЗ ВладМиВа", Россия). В 5-й группе использован гель стоматологический "Холисал" ("Ульфа А.О.", Польша). Сравнительную оценку эффективности лекарственных средств при альвеолите осуществляли с учётом степени тяжести течения альвеолита, времени исчезновения болевого синдрома, срока замещения лунок грануляционной тканью, средних сроков временной нетрудоспособности пациентов и количества посещений, необходимых для купирования основных симптомов альвеолита. Отмечена тенденция к раннему заживлению лунок с учётом уменьшения степени тяжести альвеолита, независимо от исследуемой группы. Показано, что все апробированные материалы были эффективны при лёгкой и средней тяжести альвеолита и позволяли купировать болевой синдром в течение первых часов или суток и добиться заполнения лунок грануляционной тканью за 8-14 дней, при среднем сроке временной нетрудоспособности 1,1-2,8 суток и среднем числе посещений 1,1-2,7. При тяжёлых формах альвеолита наибольший лечебный эффект наблюдался при использовании йодоформосодержащих лекарственных средств: губки гемостатической коллагеновой с йодоформом "Альванес" или "Бинта йодоформного марлевого для стоматологии".

Ключевые слова: зубы мудрости нижней челюсти, осложнения операции удаления зуба, альвеолит, болевой синдром, лечение альвеолита, средства для лечения альвеолита, временная нетрудоспособность.

Comparative assessment of efficiency medicinal agents for treatment of the alveolitis (A.K.Iordanishvili, A.A.Ponomarev, M.Muzikin, A.A.Serikov, M.V.Zhmud, V.A.Guk, N.V. Lyskov, N.V.Korovin, D.V.Balin, V.V.Samsonov, R.N.Holod, V.V.Lobeiko, K.A.Zaborovsky, S.V.Soldatov, V.V.Pyrozhyhynskiy, A.Amro).

Summary. Was made clinical trial on comparative studying of efficiency of the domestic and foreign medicines which are used in a treatment of an alveolitis after extraction of the third molar of a mandible. Participated in a research 190 (118 men and 72 women) persons of young and middle age at which there was an alveolitis after extraction of the impacted and (or) a maleruption of third molar of a mandible by orthodontic indications or concerning a

chronic periodontitis. Depending on the used medicine for treatment of an alveolitis which was applied locally according to the instruction of the producer, patients were divided into 5 groups of a research. In 1 group for treatment of an alveolitis used "Alveogyl Pasta" ("Septodont", France). In 2, 3 and 4 groups for treatment of an alveolitis used, respectively, a collagenic absorbable gelatin sponge with Iodoformium — "Alvanes", "Gauze bandage with Iodoformium for dentistry", a collagenic absorbable gelatin sponge with lincomycin "Alvanes" ("Vladmiva", Russia). In the 5th group dental gel Holisal is used ("Ulfa", Poland). Comparative assessment of efficiency of medicines on an alveolitis was carried out taking into account severity of a current of an alveolitis, the time of disappearance of a pain syndrome, a term of replacement of the small cavities with granulations, average terms of a temporary invalidity of patients and the number of the visits necessary for stopping of the main symptoms of an alveolitis. The tendency to an early adhesion of the small cavities taking into account decrease of severity of an alveolitis is noted, didn't depend on the studied group. It is shown that all approved materials were effective at mild and a moderately severe alveolitis and allowed to stop a pain syndrome within the first hours or days, and achieve filling of the small cavities with granulations in 8-14 days at the average term of a temporary invalidity of 1,1-2,8 days and average of visits 1,1-2,7. At severe forms of an alveolitis the greatest clinical effect was observed when using Iodoformium containing medicines: a collagenic absorbable gelatin sponge with Iodoformium — "Alvanes" or "Gauze bandage with Iodoformium for dentistry".

Key words: third molar of a mandible, complication of a tooth extraction, alveolitis, pain syndrome, treatment of an alveolitis, medicinal agents for treatment of an alveolitis, a temporary invalidity.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В стоматологические амбулаторные или специализированные отделения многопрофильных стационаров часто обращаются пациенты с различными заболеваниями зубов и околозубных тканей, для лечения которых необходимо выполнение операции удаления зуба [3, 11]. В настоящее время инфекционно-воспалительные осложнения после операции удаления зуба в виде альвеолита встречаются часто и, при отсутствии проводимого лечения, очень мучительны для больных [10, 12]. По данным разных авторов, временная нетрудоспособность пациентов при осложнённом течении послеоперационного периода после экстракции зуба может достигать 3-5 суток [8]. Наиболее тяжело протекает послеоперационный период после удаления нижних зубов мудрости [9]. Так, известно, что в 7,3% случаев обращаемости взрослых пациентов к врачам-стоматологам-хирургам в амбулаторных условиях является патология зубов мудрости [5]. При этом чаще поражаются нижние (69,05%), реже — верхние (30,95%) зубы мудрости [7]. Кроме того, в последние 10-15 лет увеличился удельный вес пациентов в отделениях челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильных стационаров, госпитализирующихся или проходящих лечение в условиях дневного стационара для выполнения операции удаления зубов мудрости с целью дальнейшего проведения ортодонтического лечения или профилактики рецидивирования зубочелюстной аномалии после активного периода ортодонтического лечения [9].

При этом более чем в половине клинических наблюдений послеоперационный период у пациентов после удаления нижних зубов мудрости, особенно при их ретенции и (или) дистопии, осложняется гнойно-воспалительными процессами лунки (альвеолит), несмотря на использование современного инструментария, методов и средств для местного обезбоживания [9]. Поэтому совершенствование лечения инфекционно-воспалительных осложнений, возникающих после удаления зубов, следует считать актуальной задачей стоматологии.

В настоящее время для местного лечения альвеолита врачи-стоматологи-хирурги применяют большое число готовых лекарственных форм (препаратов), а также смесей лекарственных веществ, приготавливаемых непосредственно перед их использованием, при консервативном лечении альвеолита [1, 2, 4]. В то же время до сих пор не проводилась сравнительная оценка эффективности использования средств, применяемых местно при лечении альвеолита.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительную оценку эффективности отечественных и зарубежных лекарственных средств, используемых при лечении альвеолита после удаления нижних зубов мудрости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 190 (118 мужчин и 72 женщины) человек молодого и среднего возраста (от 18 до 45 лет), у которых возник альвеолит после выполнения операции удаления ретинированного и (или) дистопированного нижнего зуба мудрости по ортодонтическим показаниям или по поводу хронического периодонтита (рис. 1). Гендерное распределение пациентов по исследуемым группам представлено на рис. 2. В зависимости от использованного лекарственного средства для лечения альвеолита, которое применялось местно согласно инструкции производителя, пациенты были разделены на 5 групп исследования. В 1-й группе, состоящей из 49 человек, для лечения альвеолита использовали пасту "Альвеожил" (фирма "Септодонт", Франция), содержащую волокна пентагавар джамби, эвгенол, лаурил сульфат, карбонат

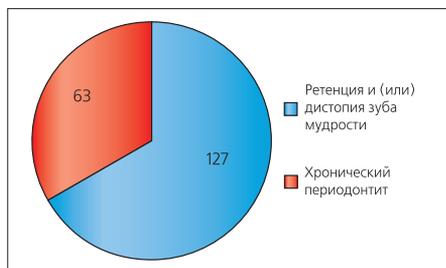


Рис. 1. Заболевания, в связи с которыми осуществлялась операция удаления зуба мудрости нижней челюсти, (n)

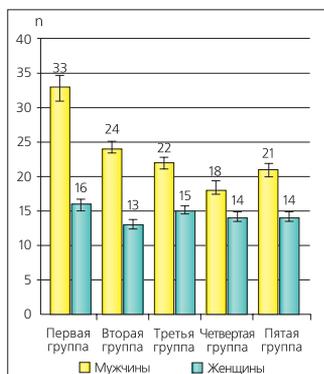


Рис. 2. Гендерное распределение пациентов в исследуемых группах, (n)

кальция, а также наполнитель. Во 2-й группе (37 чел.) и 3-й группе (37 чел.) пациентов для лечения альвеолита использовали, соответственно, губку гемостатическую коллагеновую с йодоформом "Альванес" (АО "ОЭЗ ВладМиВа", Россия) и "Бинт йодоформный марлевый для стоматологии" (АО "ОЭЗ ВладМиВа", Россия). У пациентов 4-й группы (32 чел.) была использована губка гемостатическая с линкомицином "Альванес" (АО "ОЭЗ ВладМиВа", Россия). В 5-й группе (35 чел.) пациентов был использован гель стоматологический "Холисал" (фармзавод "Ульфа А.О.", Польша), содержащий холина салицилат и цеталкония хлорид. Следует отметить, что все молодые люди и люди среднего возраста, принявшие участие в исследовании, не имели сопутствующих заболеваний и не принимали каких-либо фармакологических препаратов в связи с сопутствующей патологией.

При диагностировании альвеолита использовали общепринятую методику лечения этого заболевания [5]. Критерием включения пациентов в исследование были клинические случаи, когда при обращении пациента к врачу в лунке удалённого зуба хотя бы на её половину или 1/3 сохранялся полноценный кровяной ступок. Такие лунки, после их обработки антисептическими растворами из шприца, очищения от свободно лежащих осколков альвеолы и зуба, а также остатков пищи и продуктов распада с помощью острых хирургических ложек или экскаваторов №3, заполняли одним из отечественных или зарубежных лекарственных средств, предназначенных для местного лечения альвеолита, а затем накладывали на лунку удалённого зуба стерильный марлевый шарик на 15-20 минут. Сравнительную оценку эффективности применения лекарственных средств при альвеолите осуществляли по методике А.К.Иорданишвили [6] с учётом степени тяжести течения альвеолита (рис. 3), времени исчезновения болевого синдрома (в часах), срока замещения лунок грануляционной тканью (в сутках), а также с учётом средних сроков временной нетрудоспособности пациентов (в сутках) и количества посещений, необходимых для купирования основных симптомов альвеолита, неблагоприятно влияющих на качество жизни пациентов [6].

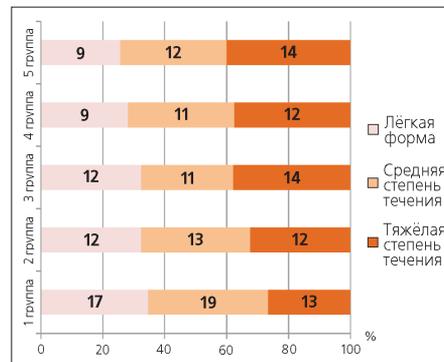


Рис. 3. Клиническая характеристика степени тяжести течения альвеолита у пациентов в исследуемых группах, (%)

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа — "Statistica for Windows v. 6.0". Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$. Случаи, когда значения вероятности показателя "p" находились в диапазоне от 0,05 до 0,10, расценивали как "наличие тенденции".

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведения клинического исследования установлено, что при лёгкой степени тяжести

течения альвеолита, независимо от использованного препарата, средний срок купирования болевого синдрома колебался от 1 до 4 часов ($p \geq 0,05$). Анализ цифрового материала при изучении срока купирования болевого синдрома при лёгкой степени альвеолита показал, что тенденция в аспекте наибольшей эффективности по этому показателю отмечена у препаратов, содержащих йодоформ, а именно "Альванес" и "Бинт йодоформный марлевый для стоматологии" (рис. 4). При средней тяжести течения альвеолита болевой синдром купировался быстрее у пациентов, которым лечение осуществлялось йодоформсодержащими лекарственными средствами, а именно в течение 1-9 часов от момента наложения лекарственной повязки на послеоперационную рану. При использовании препаратов "Альвеожил", "Альванес" с линкомицином, а также "Холисал", болевой синдром после оказания медицинской помощи купировался за 2-15 часов. При тяжёлых формах альвеолита болевой синдром не всегда купировался за несколько часов, а мог сохраняться у пациентов всех исследуемых групп до 24-25 часов с момента оказания им медицинской помощи (рис. 4).

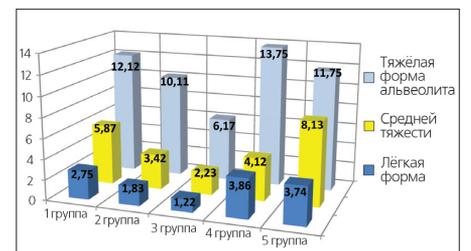


Рис. 4. Средние сроки купирования болевого синдрома у пациентов исследуемых групп в зависимости от степени тяжести течения альвеолита, (часы)

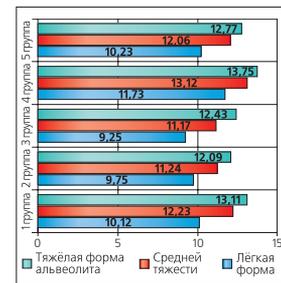


Рис. 5. Средние сроки заполнения лунок грануляционной тканью у пациентов исследуемых групп в зависимости от степени тяжести течения альвеолита, (сутки)

Анализ сроков заполнения лунок грануляционной тканью после удаления зубов мудрости нижней челюсти (рис. 5) показал, что в среднем, при местном использовании изучаемых лекарственных средств, заживление лунок происходило на 8-14 суток. При этом отмечена тенденция к раннему заживлению лунок в зависимости от уменьшения степени тяжести течения альвеолита, независимо от исследуемой группы ($p \leq 0,05$). При лёгком течении альвеолита средние сроки заживления лунок составили 9-11 суток, при средней степени тяжести — 11-13 суток, при тяжёлом течении альвеолита — 12-13 суток (рис. 5).

Сроки временной нетрудоспособности пациентов с утяжелением течения альвеолита увеличивались ($p \leq 0,05$) во всех исследуемых группах (рис. 6), что требовало большего числа ($p \leq 0,05$) посещений для купирования основных симптомов альвеолита (рис. 7), снижающих качество жизни пациентов, главным образом, болевого синдрома. Сравнение средних сроков временной нетрудоспособности пациентов, а также количества требуемых для лечения альвеолита посещений позволило установить, что эти показатели были наибольшими в 3-й группе, где для местного лечения альвеолита применяли "Бинт йодоформный марлевый для стоматологии"



Рис. 6. Средние сроки временной нетрудоспособности пациентов в исследуемых группах в зависимости от степени тяжести течения альвеолита, (сутки)



Рис. 7. Среднее число посещений, необходимых для лечения альвеолита с учётом степени тяжести заболевания и применённого для его лечения лекарственного средства, (n)

(АО «ОЭЗ ВладМиВа», Россия), для удаления которого из лунки было необходимо дополнительное посещения врача-стоматолога-хирурга (рис. 6, 7). Независимо от применяемого лекарственного средства, для лечения альвеолита лёгкой и средней степени было достаточно 1-2 посещений. Лечение альвеолита тяжелой степени было наиболее

эффективно по этим показателям во 2-й группе пациентов, у которых средние сроки временной нетрудоспособности составили $1,72 \pm 0,42$ суток, при среднем числе посещений врача на одного пациента $1,63 \pm 0,24$ (рис. 6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённый клинический анализ по изучению эффективности применения разных лекарственных средств отечественного и зарубежного производства для местного лечения альвеолита позволил установить, что все апробированные материалы были эффективны при лёгкой и средней тяжести альвеолита. В то же время наиболее быстрое купирование болевого синдрома при тяжёлых формах течения альвеолита наступало при использовании отечественных йодоформсодержащих лекарственных средств «Альванес» и «Бинт йодоформный марлевый для стоматологии». Однако применение стоматологического материала «Бинт йодоформный марлевый для стоматологии» требовало обязательного его извлечения из лунки удалённого зуба, после купирования болевого синдрома и гранулирования раны, для чего необходимо дополнительное посещение пациентом врача-стоматолога-хирурга. Использование йодоформсодержащего лекарственного средства «Альванес» при альвеолите, учитывая, что основой препарата является лиофилизированный коллаген, не требующий его извлечения из лунки, позволяло эффективно устранять болевой синдром при тяжёлых формах альвеолита, а в случаях наступления выраженного лечебного эффекта избежать повторного посещения пациентом врача-стоматолога-хирурга.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иорданишвили А.К. Применение оксикодокса при лечении альвеолитов // Военно-медицинский журнал. - 1991. - №11. - С. 50-51.
2. Иорданишвили А.К. Лечение альвеолитов солкосерилом-желе и кремом «Дермазин» // Здоровоохранение Белоруссии. - 1992. - №2. - С. 59-61.
3. Иорданишвили А.К. Анализ и структура стоматологической заболеваемости среди военнослужащих // Военно-медицинский журнал. - 1992. - №1. - С. 68.
4. Иорданишвили А.К. Опыт лечения альвеолита гелинином // Стоматология. - 1993. - Т. 72, №1. - С. 82.
5. Иорданишвили А.К. Стоматологические заболевания у лёгкого состава. - СПб.: Изд-во «Ривьера», 1996. - 76 с.
6. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. - СПб.: Нордмедиздат, 2000. - 217 с.
7. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. - М.: МедПресс, 2008. - 208 с.
8. Иорданишвили А.К., Васильченко Г.А. Экспертиза и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при затруднённом протезировании зубов мудрости и осложнениях: учебное пособие. - СПб.: Нордмедиздат, 2011. - 14 с.
9. Иорданишвили А.К., Васильченко Г.А., Сагалатый А.М., Ильина О.Ю. Медицинские, социальные и экономические аспекты затруднённого протезирования зубов «мудрости» // Институт Стоматологии. - 2011. - №1(50). - С. 28-29.
10. Музыкн М.И., Иорданишвили А.К., Рыжак Г.А. Периоститы челюстей и их лечение. - СПб.: Издательство «Человек», 2015. - 112 с.
11. Moore A., Edwards J., Barden J. et al. Bandolier's Little Book of Pain. - Oxford: Oxford Universiti Press, 2003. - 279 p.
12. Malmstrom K. et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and comparator-controlled dose-ranging study // Clin. Ther. - 2004. - №26(5). - P. 667-679.

хирургические остеопластические материалы

для заполнения костных дефектов и направленной тканевой регенерации

Биопласт-Дент
Клипдент
КРОШКА
БЛОКИ
БИОМЕМБРАНЫ

Альванес
ГУБКА ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ

www.vladmiva.ru

ИСКУССТВО РЕГЕНЕРАЦИИ

«Торговый Дом «ВладМиВа»
308023, Россия, г. Белгород, ул. Садовая, 118
т/ф: (4722) 200-555, 31-35-02; market@vladmiva.ru