МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И.К. АХУНБАЕВА

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОУ ВПО КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени Б.Н. ЕЛЬЦИНА

Диссертационный совет Д.14.16.535

На правах рукописи
УДК: 616.314 - 089.87-06

АБДЫШЕВ ТАЛАНТ КУБАТБЕКОВИЧ

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ АЛЬВЕОЛИТОВ

14.01.14 - стоматология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2018

Работа выполнена в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации, на кафедре стоматологии

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор,
Ешиев Абдыракман Молдалиевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Юлдашев Ильшат Мухитдинович

кандидат медицинских наук, доцент
Токтосунов Айтмамат Токтосунович

Ведущая (оппонирующая) организация: Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН (Республика Таджикистан, г. Душанбе, 5-й проезд Худжанди, 13)

Защита диссертации состоится: **« » 2018 г. в 14.00 час.** на заседании диссертационного совета Д.14.16.535 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б.Н. Ельцина по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по адресу: г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 и Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина по адресу: г. Бишкек, ул. Киевская, 44.
(http: www.kgma.kg)

Автореферат разослан: _____ 2018г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
к.м.н., доцент **А. Р. Цой**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Альвеолит – это часто встречающееся воспалительное осложнение после операции удаления зуба, сопровождающееся симптомами, ведущими из которых является боль в области лунки с иррадиацией и частичный или полный распад кровяного сгустка [Т. Г. Гапаненко, 1987; Т. Г. Робустова с соавт., 2000; Ю. В. Иванов с соавт., 2007]. Удаление зубов является одним из самых распространенных оперативных вмешательств в хирургической стоматологии. И при нормальном заживлении лунки, интенсивных болей уже через сутки после удаления зуба быть не должно. При хирургических вмешательствах в полости рта профилактика и развитие послеоперационных отеков, гематом, местных воспалительных реакций имеет особое значение. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области: развитая кровеносная сеть, обсемененность ротовой полости микроорганизмами, наличие очагов хронической инфекции [В. И. Яковлева с соавт., 1995].

Зачастую сложное или атипичное удаление зубов сопровождается развитием альвеолита, нередко приводящих к одонтогенному остеомиелиту [Р. В. Борисюк, 2005; А. М. Ешиев, Т. К., Абдышев, 2015]. Увеличение частоты нагноений послеоперационных ран можно объяснить появлением штаммов микроорганизмов, устойчивых к воздействию антибактериальных препаратов, изменением иммунобиологической реактивности организма, вызванными экологическими факторами и нерациональным применением антибиотиков.

Среди причин, вызывающих альвеолит, ведущая роль принадлежит присутствующей факультативно-анаэробной микрофлоре (стрептококкам, золотистому и эпидермальному стафилококкам, нейссериям и др.), патогенным и условно-патогенным инфекциям, которые показывают свою активность при отсутствии сгустка крови или его преждевременном разрушении в лунке удаленного зуба [Е. А. Дурново с соавт., 1999; Р. А. Бодрова с соавт., 2006; Р. В. Борисюк, 2008].

В хирургической стоматологии наибольший интерес представляют поиски методов стимуляции остеогенеза дефектов костной ткани и создание оптимальных условий для течения регенеративных процессов [Р. В. Борисюк, 2008; Ю. И. Чергештов с соавт., 2015]. Исследователями доказано, что после кюретажа воспаленной лунки и промывания антисептиком, погибает вся болезнетворная микрофлора полости рта, а герметизация лунки зуба предотвращает развитие рецидивов.

Большое внимание в литературе уделяется местному применению стимуляторов регенерации. К сожалению, использование аппликаций, инъекций различных препаратов, влияющих на тканевой обмен, не всегда позволяют добиться полноценной регенерации. Это объясняется различной

степенью инактивации лекарственных веществ протеолитическими ферментами и другими продуктами воспаления, находящимися в ране и полости рта. Кроме того, пенетрация этих препаратов вглубь тканей на фоне воспалительной реакции является сниженной, так как отмечается сладж-феномен в кровеносных сосудах микроциркуляторного русла, их спазм и тромбоз [А. Г. Шаргородский, 1998; Ю. И. Бернадский, 2000; В. М. Безруков с соавт., 2004]. В хирургической стоматологии имеются немногочисленные исследования, посвященные применению антисептиков, в комбинации с адсорбированными коллагеновыми покрытиями, которые обеспечивают депонирование и потенцирование антимикробного действия, а также изоляцию от микрофлоры полость рта [К. Х. Карданова, 2011].

Следовательно, поиск новых материалов и препаратов, способствующих ликвидации воспаления и восстановлению структурных элементов костной ткани является актуальной и представляет значительный интерес. Что и явилось предметом наших научных исследований.

Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научными учреждениями. Работа является инициативной.

Цель исследования: Разработка оптимальных методов лечения больных с постэкстракционными альвеолитами с комбинированным использованием 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб».

Задачи исследования:

1. Определить причины и частоту развития альвеолитов на основе ретроспективного анализа архивных данных, амбулаторных карт за 2010-2013 гг. по г. Бишкек (ГСП № 4).

2. Провести микробиологические исследования состава микрофлоры лунок у больных с альвеолитами и ее чувствительность к применяемым антибиотикам.

3. Обосновать адекватность комплексного лечения альвеолитов с применением 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб», с проведением цитологических исследований.

4. Изучить клиническую эффективность сочетанного действия 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» при комплексном лечении больных с различными формами альвеолита.

Научная новизна полученных результатов:

● Впервые разработано и клинически обосновано комбинированное применение 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» при комплексном лечении альвеолитов [Патент № 1849

КР. «Способы лечения альвеолитов», выдан 30.04.2016г.].

● Средний срок временной нетрудоспособности больных с альвеолитами, при комплексном лечении с применением 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» составил 6,9±1,28 в 2-х основных группах, а в сравниваемой группе, где применялись традиционные методы лечения альвеолитов -10,1±2,01 суток.

● Впервые разработана и внедрена модернизированная кюретажная ложка при комплексном лечении альвеолитов. [Патент № 198 КР. «Кюретажная ложка», выдан 30.04.2016г.] Предложенная кюретажная ложка, позволяет менее травматично очистить дно лунки во время кюретажа, чему способствуют режущие кромки на переднем конце рабочей части, которые выполнены в виде мелких треугольных зубцов, при этом зубцы расположены в сегменте, угол охвата которого составляет 120 градусов. Индекс ВГУ в основных группах фактически с 4-5 баллов снизился на 2 балла, чем у больных группы сравнения, где индекс ВГУ снизился с 4-5 баллов, до уровня 3-х баллов.

● Эффективность разработанного и внедрённого в практику комплексного лечения альвеолита у больных с применением 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» установлен проведением цитологических методов исследования. Заполнение лунок грануляциями и её эпителизация, у больных основной группы (1-я и 2-я) наступала на 9,2±0,16 и 8,6±2,4 сутки соответственно, чем в группе сравнения на 12,1±2,01 сутки.

Практическая значимость полученных результатов:

➢ По результатам проведённых исследований предложен к практическому применению разработанный способ комплексного лечения больных с альвеолитами с сочетанным использованием 0,02% раствора современного антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб». Средние сроки временной нетрудоспособности больных с альвеолитами составили - 6,9±1,28 в 2-х основных группах, а в сравниваемой группе, где применялись традиционные методы лечения - 10,1±2,01 суток.

➢Модернизированная кюретажная ложка состоящая из рукоятки и рабочей части, отличающаяся от традиционной ложки тем, что режущие кромки на переднем конце рабочей части выполнены в виде мелких треугольных зубцов (при этом зубцы расположены в сегменте, угол охвата которого составляет 120 градусов), за счет уменьшения прикладываемых усилий обеспечивает меньшую травматичность при механической чистке лунки, что и определяет ее эффективность.

➢ Результаты исследования внедрены в практику работы клиник ЧЛХ при НЦОМиД, ОМОКБ, Ошской межобластной стоматологической поликлиники, ГСП: № 1 и № 2 г. Ош и № 4 г. Бишкек. Материалы диссертации

используются в преподавании предмета хирургической стоматологии на кафедре стоматологии медицинского факультета ОшГУ, а также в обучении врачей интернов, клинических ординаторов, курсах повышения квалификации врачей стоматологов на кафедре стоматологии КГМИПиПК и на базе челюстно-лицевого отделения при НЦОМиД.

Экономическая значимость полученных результатов: Данный разработанный метод характеризуется медико-социальной эффективностью, включающий сокращение сроков лечения, способствующий снижению развития ближайших и отдаленных осложнений.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

➢ Из всего 18602 больных, которые обратились в ГСП №4 (2010-2013 гг.) по поводу операции удаления зубов, у 1949 случаях были отмечены осложнения с развитием альвеолитов – что составило 10,5%. Соответственно количеству удаленных зубов по годам, отмечается и рост количества альвеолитов. Вышеизложенное явилось основанием для совершенствования способов лечения больных с альвеолитами.

➢ Использование 0,02% раствора современного антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» в комплексном лечении альвеолитов, улучшает результаты лечения, уменьшает сроки пребывания больных на амбулаторном лечении, по сравнению с традиционными способами.

➢ Применение модифицированной кюретажной ложки в комплексном лечении альвеолитов повышает эффективность соскребания патологических тканей лунки, при этом уменьшаются прикладываемые усилия и улучшается качество обрабатытываемых поверхностей.

➢ Результаты клинико-лабораторных и цитологических исследований доказали высокую эффективность комплексного лечения больных с альвеолитами с применением 0,02% раствора современного антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб».

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя охватывает аналитическую проработку литературных источников, клинико-статистические и дополнительные методы исследования. Автор выполнил клиническую апробацию, а также изучил непосредственные ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с постэкстракционными альвеолитами. Самостоятельно провел анализ причин развития постэкстракционных альвеолитов на основании данных ГСП № 4 г. Бишкек.

Апробации результатов диссертации.

Материалы работы были доложены и обсуждены на: совместном заседании - кафедры стоматологии и сотрудников отделения ЧЛХ ОМОКБ (Ош, 2013); конференции «Ошского областного стоматологического общества» (Ош, 2014); XI Международном Конгрессе САКР (Чолпон-Ата, 2015); кафедре

стоматологии КГМИПиПК (Бишкек, 2015); межкафедральном заседании - кафедры стоматологии южного филиала КГМИПиПК г. Ош и кафедры стоматологии, хирургии, отоларингологии и онкологии ОшГУ (Ош, 2016).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.

Результаты диссертационной работы отражены в 8 статьях, опубликованных в журналах, вошедших в Перечень рецензируемых научных изданий, утвержденных ВАК КР. Получено 2 патента на изобретение и 2 удостоверения на рационализаторское предложение.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения; 3 глав, содержащих - обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований; выводов; практических рекомендаций; списка использованной литературы и 2 приложений. Работа изложена на 128 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 28 рисунками (в том числе диаграммы и приложения), 19 таблицами, 5 формулами. Библиографический указатель содержит 184 источника русскоязычных и иностранных авторов, включает собственные публикации.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

В главе 1 «Обзор литературы», автор дал анализ современных литературных данных по этиологии, патогенезу и способам лечения альвеолита. В настоящее время причины, механизм развития заболевания, клинические проявления хорошо изучены. Существует множество методов лечения, но нет единого подхода. Сокращение сроков лечения альвеолитов в свою очередь позволяет раньше приступить к протезированию удаленных зубов, что в конечном итоге приводит к улучшению качества жизни пациента.

Глава 2. Материал и методы исследования.

2.1. Общая характеристика клинического материала. В работе проводились ретроспективный анализ истории болезней 1949 больных (по данным архива за 2010-2013 гг.), находившиеся на амбулаторном лечении по поводу альвеолита и собственное клиническое наблюдение за 250 пациентами (проспективное исследование) которые получали комплексное лечение с диагнозом альвеолита челюстей в ГСП № 4 (2013-2015 гг.).

При изучении архивного материала обращали внимание на статистический анализ развития альвеолитов, связанные с хирургическими вмешательствами по поводу операции удаления зубов, различной сложности (типичные или атипичные). Проанализированы частота возникновения и причины развития альвеолитов, в зависимости от групповой принадлежности удалённого зуба, учитывали сопутствующие заболевания больных. А также обращали внимание на пол и возраст больных.

По данным городской стоматологической поликлиники № 4 г. Бишкек, за 4-х летний период всего принято 62073 пациентов, из них с удалением зубов - 18602 больных, после удаления воспалительный процесс в лунке развился у 1949 (10,5%) больных (табл. 1).

Таблица 1 - Больные принятые ГСП № 4 г. Бишкек

№ п/п	Годы	Количество больных, из них:		
		всего принято	удалено зубов	осложнившееся альвеолитом
1	2010	14625	4053	450
2	2011	15204	4344	467
3	2012	15832	4908	500
4	2013	16412	5297	532
Итого	**4 года**	**62073**	**18602**	**1949**

Как видно из табл. 1., в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники №4 г. Бишкек, подавляющее большинство вмешательств в полости рта, производились по поводу операции удаления зубов. Из всего общего количества (62073 человек) больных, обратившихся на амбулаторный приём за 4 года, операция удаления зубов производилась - 18602 больным, что составило 29,97%. Из них по гендерному распределению - женщины составили 11626 (62,5%), мужчины – 6976 (37,5%).

Изучив амбулаторные карты стоматологических больных, у которых были удалены зубы, мы выявили, что преобладали лица старше 40 лет, которые составили 12984 человек (69,8% от числа всех обратившихся по поводу операции удаления зубов) (табл. 2).

Таблица 2 - Распределение больных по возрасту

Пол	Возраст, лет								Всего
	18 - 30		31 - 40		41 - 50		старше 50		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Мужчины	521	2,8	1414	7,6	1953	10,5	3088	16,6	6976
Женщины	1451	7,8	2232	12,0	3720	20,0	4222	22,7	11626
Итого	**1972**	**10,6**	**3646**	**19,6**	**5673**	**30,5**	**7311**	**39,3**	**18602**

Также, мы изучили частоту встречаемости альвеолита после удаления зубов на верхней и нижней челюстях.

По результатам ретроспективного анализа архивных амбулаторных карт больных установлено, что развитие альвеолитов, встречалось больше всех у больных, которым производилось удаление моляров – в 72,2% наблюдениях, реже – после удаления премоляров (18,5%). Осложнения, развившиеся после операции удаления резцов и клыков, встречались всего в 9,3% наблюдениях.

На наш взгляд, различие в частоте возникновения альвеолитов на верхней и нижней челюстях, объясняется особенностями их анатомического строения.

Воспаление лунки на нижней челюсти регистрировалось чаще, что составляет 72,8%, на верхней челюсти соответственно - 27,2% больных, причем у 57,9% больных альвеолит развился после удаления нижних зубов мудрости.

Среди анализируемых форм альвеолитов преобладали гнойные - 47,3% и гнойно-некротические - 43,5%. Довольно низкий процент (9,2%) больных с серозным альвеолитом можно объяснить редким обращением пациентов в этой стадии заболевания, так как при этой форме заболевания болевой симптом выражен слабо. Чаще всего встречался острый гнойный альвеолит – у 922 больных (47,3% от общего количества воспалительных осложнений при типичном удалении зуба). Достаточно большое количество больных с гнойно-некротической формой альвеолита (848 больных - 43,5% от общего количества воспалительных осложнений при типичном удалении зуба) может косвенно свидетельствовать, как о крайне низком уровне гигиены, так и о высокой активности патогенной микрофлоры в полости рта.

По результатам анализа 250 больных альвеолитом, получивших комплексное лечение за период с 2013 по 2015 гг., было выявлено, что одной из основных причин возникновения альвеолита является отсутствие кровяного сгустка. «Сухая лунка» наблюдалась у 118 пациентов (47,2%.). Очень часто в возникновении альвеолита является снижение имунных резервов организма. Удаление зуба при нарушении свёртываемости крови также может привести к нарушению формирования сгустка крови в лунке

При атипичном удалении зуба, это осложнение встречалось у 58 больных (23,2% случаев). В результате травмы отсутствует биологическая связь между начинающей омертвевать костной поверхностью альвеолы и разможенными, отмирающими тканями и тромбом. В альвеоле создаются условия, для образования среды для гнилостных бактерий, в результате гниения альвеолярный тромб распадается.

В 20% случаев у 50 больных альвеолит развивался после удаления зубов на фоне обострения хронического периодонтита. Микробная флора, находящаяся в периодонте удалённых зубов, локализуется в лунке, что является причиной развития воспалительного процесса.

У 21 больного (8,4%) в лунке отмечались остатки инородных тел (осколки корней, зубные камни), наблюдалось инфицирование сгустка, что в последствии приводило к развитию воспалительного процесса в лунке.

У 3 больных (1,2%) альвеолит проявился при удалении зубов на фоне инфекционных заболеваний (вирусные инфекции). Это связано с иммунодефицитным состоянием и отсутствием или снижением защитных сил организма больных в период болезни.

В зависимости от выбранной тактики лечения больные были распределены на следующие группы:

В 1-ой основной группе – 80 больных (32,0%), которым первоначально была проведена обработка раны 0,02% раствором антисептика «Декасан», затем лунку заполняли ФКК «Тахокомб», которую предварительно в течение 1-2 минут пропитывали раствором антисептика «Декасан», далее производили пластику лунки местными тканями из щечной области. У всех 80 больных индекс боли соответствовал – 2-3 баллам. Таким образом, можно сделать вывод, что индекс боли меньше 3 баллов соответствует серозному альвеолиту.

Во 2-ой основной группе – 70 (28,0%) пациентов, которым на первом этапе проведена медикаментозная обработка раны 0,02% раствором антисептика «Декасан» и заполнение лунки ФКК «Тахокомб», пропитанной в течение 1 минуты 0,02% раствором антисептика «Декасан». У больных данной группы индекс боли был равен 4-5 баллам Таким образом, можно сделать вывод, что соответствует гнойной форме альвеолитов.

3-я сравниваемая группа – 100 (40,0%) больных, которым применили традиционный метод лечения альвеолита. Антисептическая обработка лунки зуба проводилась 0,1% раствором хлоргексидина и лунка заполнялась йодоформным тампоном.

В основной 1 и 2 группе ирригацию полости рта больным проводили 0,02% раствором «Декасан» 4-5 раз в день в течение 4-5 дней. В 3-й сравниваемой группе в качестве антисептического раствора для ирригации полости рта применяли раствор фурацилина 1:5000, также 4-5 раз в день.

В табл. 3 показано распределение больных в основной (1 и 2) и сравниваемой группах по виду осложнения после операции удаления зуба.

Таблица 3 - Распределение больных в основной (1 и 2) и сравниваемой группах по виду осложнения после операции удаления зуба

Нозологическая форма	Группы			
	основная (1 и 2)		3 сравниваемая	
	n	%	n	%
Серозный альвеолит	80	53,3	41	41,0
Гнойный альвеолит	70	46,7	59	59,0
Итого:	**150**	**100**	**100**	**100**

Обследование больных проводили по единой схеме. Начинали с выявления жалоб больного, причины обращения к врачу, наличия перенесенных и сопутствующих заболеваний, вредных привычек, анамнеза настоящего заболевания. Далее нами проводилось: изучение характера боли в области удаленного зуба (иррадиирущая по ходу ветвей тройничного и лицевого нервов); измерение температуры; выявление неприятного запаха изо

рта; изучение гиперемии и отечности десны; изучение лунки зуба; наличие в лунке экссудата; наличие в лунке сероватого налета; изучение, пальпация подчелюстных лимфатических узлов.

У всех больных при поступлении в большей или меньшей степени были обнаружены клинические признаки - боль, потеря аппетита, плохой сон, общая слабость, температура. Характер жалоб и выраженность симптомов зависели от формы альвеолитов.

Больным с острой серозной формой альвеолита была свойственна следующая клиническая картина: тупая боль, которая усиливалась при приёме пищи, хорошо купирующаяся анальгетиками. При пальпации слизистой оболочки вокруг лунки больной ощущает боль, слизистая оболочка бледно-розового цвета. Лунка частично заполнена кровяным сгустком, на поверхности лунки можно обнаружить остатки пищи. Температуры тела в норме. Подчелюстные лимфоузлы без особенностей, глотание в норме.

Больные с гнойной формой альвеолита жаловались на постоянные ноющие боли в области постэкстракционной раны. Боль иррадиировала в зависимости от локализации причинного зуба, распространялась на соответствующую половину головы. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, при пальпации болезненны. Больных беспокоила общая слабость, неприятный запах изо рта. При осмотре отмечалась бледность кожных покровов лица, незначительный отёк мягких тканей на стороне удалённого зуба. Температура тела повышалась до 38±1,4°С. При осмотре — лунка покрыта грязно-серым налётом, слизистая оболочка вокруг гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации.

2.2. Микробиологические и цитологические исследования. Микробиологические лабораторные исследования проводились у 60 больных с альвеолитами, в лабораториях НЦОМиД МЗ КР и медицинского центра Л. Громовой. Исследование проводилось при поступлении больных, на 3-и и 7-ые сутки в ходе лечения.

Бактериологическое исследование включало: идентификацию структуры ассоциаций микрофлоры и определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Всего нами было идентифицировано и изучено 240 штаммов бактерий.

Материалом для исследования послужило содержимое лунки удаленного зуба. Для забора материала на посев использовали в каждом случае по 3 стерильных ватных микротурунды, которые помещали в лунку с помощью пуговчатого зонда на 5-10 секунд, затем их переносили: 1 - в пробирку, содержащую стерильный сахарный бульон; 2 - в пробирку, содержащую «среду для контроля стерильности»; 3 - в одноразовую чашку Петри с 5,0 % кровяным агаром.

Проводился анализ чувствительности микроорганизмов, выделенных у больных альвеолитом к антибиотикам (оксациллин, линкомицин, цефалексин, тетрациклин, ампициллин, гентамицин, левомицетин, эритромицин, канамицин, пенициллин, стрептомицин). Определение чувствительности микробных штаммов к антибиотикам, проводилось на 1863 постановках: из которых 694 - для группы стрептококков; 968 – для стафилококков; 201 постановка - для других микроорганизмов дискодиффузионным методом.

В послеоперационном периоде (после удаления зубов), проводили цитологическое исследование [по методике предложенной М. П. Покровской и М. С. Макаровым] процесса заживления и эпителизации лунки, для сравнительной оценки клинического течения раневого процесса. Цитологические исследования показывают динамику репаративных процессов в ране. Мазки-отпечатки получали с помощью прикладывания предметных стекол к послеоперационной ране лунки. Мазки-отпечатки сушили на воздухе, фиксировали метиловым спиртом и окрашивали азур-эозином по Романовскому-Гимзе. После фиксации и стандартной окраски, мазок отпечаток исследовали под микроскопом.

2.3. Методы изучения стоматологического статуса.

Так как основным симптомом проявления альвеолита является боль после удаления зубов, мы предлагаем дать количественную оценку при помощи **индекса интенсивности боли**:

0 - отсутствие боли;

1 - боль при приеме пищи;

2 - непостоянная ноющая боль в лунке при приеме пищи;

3 - постоянная боль в лунке удаленного зуба;

4 - постоянная боль, плюс иррадиация;

5 - постоянная иррадиирущая боль с ухудшением общего состояния.

Изучение стоматологического статуса начинали с клинического осмотра: отмечали зубную формулу, состояние прикуса и твердых тканей зубов, наличие тяжей, уздечек, травматическую окклюзию, изменение цвета слизистой оболочки десны (гиперемия, цианоз), гипертрофию десневого края, наличие и характер экссудата пародонтальных карманов, наличие кровоточивости дёсен, патологической подвижности зубов, мягкого зубного налета, над- и поддесневых зубных отложений.

Стоматологический статус определяли при помощи индексов **КПУ, КПИ** (комплексный периодонтальный индекс)**, OHI-S**. Индекс **КПУ** определяли при помощи подсчета кариозных зубов - **К**, запломбированных - **П**, удаленных - **У**. Индекс **КПУ** позволил выявить интенсивность кариеса у каждого больного. Для изучения распространенности и интенсивности поражения тканей пародонта широко используют пародонтальный индекс (**PI)**, разработанный

A. A. Russel [1956]. Состояние пародонта у каждого зуба оценивают по шкале от 0 до 8, принимая во внимание степень воспаления десны, подвижность зуба, глубину пародонтального кармана. В некоторых случаях ставится низшая из возможных оценок. Все оценки складывают и делят на число имеющихся зубов.

2.4. Определение выраженности галитоза по С. Б. Улитовскому. Также в работе применили индекс выраженности галитоза Улитовского **(индекс ВГУ),** который оценивается по следующей формуле:

Индекс ВГУ= (Индекс ИЗ +Индекс ЧЗ)/2,

где **Индекс ИЗ** – индекс интенсивности запаха,

Индекс ЧЗ - индекс чистоты (продолжительности) запаха.

Таким образом, видно, что индекс **ВГУ** является сложно составным, и в него входят два более простых индекса, которые оценивают две различные характеристики неприятного запаха изо рта. С. Б. Улитовский [2000] сделал первую попытку объективизировать восприятие неприятного ротового дыхания и оценить степень галитоза в отсутствии специального аппарата, измеряющего выраженность плохого запаха изо рта.

2.5. Метод лечения альвеолитов с применением 0,02% раствора «Декасан» с ФКК «Тахокомб» и использование модернизированной кюретажной ложки. Для эффективного купирования боли и быстрого заживления лунки в области удаленного зуба, важнейшим аспектом является возможность использования антисептиков широкого спектра действия в комбинации с биопластическими материалами. Насыщение биопластического материала перед заполнением лунки раствором с антимикробными свойствами способствует благоприятному и быстрому стиханию явлений воспалительного характера. Применение биоматериалов, насыщенных антисептическим раствором очень эффективно и быстро купирует сам воспалительный процесс, а также уменьшает дополнительную нагрузку на иммунные резервы организма препаратами лекарственного происхождения, что улучшает качество и эффективность целенаправленного действия на воспаленную зону.

Нами разработан новый метод лечения альвеолита с применением 0,02% раствора антисептика «Декасан» и ФКК «Тахокомб» (рис. 1.). Раствор антисептика «Декасан» широкого спектра действия доказывает, что применение ФКК «Тахокомб», пропитанной в 0,02% растворе антисептика «Декасан» в течение 1-й минуты, очень эффективно и качественно воздействует на заживление лунки в целом, воздействуя на микроорганизмы, вызывающие рецидив и глубокие воспалительные процессы, что приводят к сокращению их сроков лечения.

Рис. 1. Общий вид антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб».

«Тахокомб» (Такеда ГмбХ, Австрия) представляет собой гемостатическое средство для местного применения, содержащая:

— **активные вещества**: фибриноген 5,5 мг, тромбин 2 МЕ;

— **вспомогательные вещества**: альбумин - 2,9 мг, L-аргинина гидрохлорид - 2,8 мг, коллаген - 2,1мг, натрия хлорид - 1,5 мг, натрия цитрат - 0,4 мг и рибофлавин - 18,2 мкг.

Фармакодинамика. «Тахокомб» содержит фибриноген и тромбин в виде сухого покрытия поверхности коллагеновой губки. Механизмом действия является то, при контакте с физиологическими жидкостями (кровь, лимфа и т.п.) компоненты покрытия губки склеиваются с раневой поверхностью, растворяются и частично диффундируют на раневую поверхность. Это сопровождается реакцией фибриногена и тромбина, фибриноген превращается в фибрин-мономер, который полимеризуется с образованием фибринового сгустка (тромба), плотно удерживающего коллаген губки на поверхности раны. С помощью XIII фактора свертывания крови происходит сшивание фибрин-полимеров с формированием твердой, механически прочной сетчатой структуры с хорошими адгезивными свойствами, что обеспечивает надежное закрытие раны. В организме компоненты препарата, в том числе и коллаген, подвергаются прогрессивной биодеградации, рассасывается (через 3–6 недель) и замещается соединительной тканью.

«Декасан» (ООО «Юрия-Фарм», Украина) – антисептическое средство бактерицидного, фунгицидного, вирусоцидного, спороцидного действия, 0,2 мг/мл, действующее вещество – декаметоксин.

Механизмом действия антисептика «Декасан» является его способностью нарушать проницаемость клеточной мембраны мишени, путем соединения с липидными структурами в области их фосфотидных групп. В результате изменения проницаемости клеточных мембран, гомеостаз внутри клеток меняется, и наступает лизис клеток. Избирательность действия раствора

«Декасан» проявляется в отсутствии способности концентрации на клеточной мембране клеток человека. В процессе применения антисептик «Декасан» синергирует чувствительность микроорганизмов к антибиотикам и проявляет свою активность к штаммам, которые оказались резистентными к проводимому лечению. Неповрежденная слизистая оболочка и кожа препятствуют абсорбции препарата «Декасан». В крови значимых концентраций не обнаруживается.

Способ лечения выполняется следующим образом:

Определяют степень раневого очага и фазу воспаления. Под местной проводниковой анестезией из лунки удаляют остатки тромба, проводят щадящий кюретаж дна и ее стенок, рану промывают при помощи шприца с затупленной иглой 0,02% раствором антисептика «Декасан», а затем лунку заполняют и прикрывают ФКК «Тахокомб», которую пропитывают в течение 1 мин. 0,02% раствором антисептика «Декасан». Использование данного способа является наиболее эффективным средством для скорейшей консолидации кровяного сгустка и полной герметизации лунки.

Стоит отметить, что при любом методе лечения альвеолитов основополагающим фактором является очистка лунки удаленного зуба от воспаленной ткани и болезнетворных агентов. Для этой цели мы использовали, универсальную кюретажную ложку, которая позволяет менее травматично очистить дно лунки во время кюретажа, чему способствуют режущие кромки на переднем конце рабочей части, они выполнены в виде мелких треугольных зубцов, при этом зубцы расположены в сегменте, угол охвата которого составляет 120 градусов [Патент КР № 198 на полезную модель «Кюретажная ложка», выдан 30.04.2016г.].

2.6. Методы статистической обработки данных. Результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием методов принятых в медицинских исследованиях. В частности, вычислялась средняя арифметическая (M), среднее квадратичное отклонение (σ), средняя квадратичная ошибка (m), достоверность различий средних абсолютных и относительных величин по критерию Стьюдента (t), коэффициент корреляции (r). Кроме того, высчитывали ошибку репрезентативности (m), доверительный критерий (t), коэффициент корреляции (r) и др. Достоверными считались показатели при $P<0,05$.

Глава 3. Результаты собственных клинических исследований.

3.1. Сравнительная характеристика результатов эффективности применения нового метода лечения альвеолитов.

3.1.1. Результаты микробиологических исследований. После проведения нами анализа и изучения результатов микробной картины, было выявлено, что серозной форме альвеолита преобладают стафилококки и стрептококки, а при гнойном альвеолите присоединяются ассоциации микробов

других видов (Klebsiella cryocresuns, Escherichia agglomerans, Proteus rettgeri, Escherichia agglomerans, Serratia marcescens).

Итоги анализа степени чувствительности ассоциаций микрофлоры лунки удаленного зуба к 12 наиболее часто применяемым в клинике антибиотикам с доверительными интервалами M±m, % при вероятности P=95,0; % из числа анализов n (n1 - при аэробной и n2 - при анаэробной микробной флоре) показали, что выделенные культуры микроорганизмов из лунки удаленного зуба наиболее чувствительными оказались к гентамицину - 75,0%, линкомицину - 76,25%, канамицину - 72,5%, цефазолину - 70,0%. Вторичный бактериологический анализ больных был проведен на 6 сутки лечения антибактериальными препаратами, а также 3-й раз в конце курса лечения на 8-10 сутки. В то же время можно отметить, что в 10 раз снизилась суммарная концентрация в пересчете на 1 мл содержимого в воспаленной лунке. Уменьшение общей концентрации было отмечено у всех больных.

Таким образом, у абсолютного большинства больных с альвеолитом в 96,0% случаев было обнаружено, что микрофлора лунки представлена в основном в ассоциациях - 91,6%, и только в 8,4% случаев в монокультуре. Наиболее часто встречаемые микроорганизмы представлены в виде Staphylococcus aureus. При этом выделенные культуры микроорганизмов из лунок наиболее чувствительными оказались к гентамицину, линкомицину, канамицину, цефазолину.

3.1.2. Результаты цитологических исследований.

При изучении данных, полученных в 1-е сутки было выявлено, что ткань в лунке зуба отечна, наблюдается заметное скопление микроорганизмов и лейкоцитов (в большей степени нейтрофильных). Обнаружены отек ткани, увеличение размеров эндотелиоцитов, наблюдается нарушение микроциркуляции: лимфо- и гемостаз.

На 3-5 сутки у больных группы основного метода наблюдается уменьшение числа лейкоцитов в близлежащих тканях, растет число макрофагов, просматривается появление новых фибробластов. Воспалительные процессы в форме отечности тканей, содержательности лейкоцитами, в сравниваемой группе охарактеризованы в большей степени, чем в основных группах. Наблюдается новообразование грануляционной ткани с фибробластами, заполняющие лунку зуба. К 4-6-м суткам наблюдается снижение воспалительных явлений: уменьшается проницаемость сосудов, уменьшается количество лейкоцитов, отмечается рост грануляционной ткани и созревание фибропластов, наблюдается улучшение микроциркуляции. На 10-е сутки отмечается интенсивный рост грануляционной ткани, видно краевое закрытие лунки зуба, продолжается рост содержания фиброкластов.

В сравниваемой группе на 3-5-е сутки нарушение микроциркуляции остается на прежнем уровне, улучшений не наблюдается. Рост количества и содержательности фибробластов не наблюдается, формирование грануляционной ткани наблюдается только на 6-е сутки. Анализ мазков-отпечатков, производилась у 95 всех обследуемых (60 больных 2-х основных групп и 35 - в сравниваемой).

В 1-ые сутки цитограмма больных, исследуемых групп показывает значительное содержание различных микроорганизмов, нейтрофильных лейкоцитов.

На 5-6-е сутки в исследуемом материале - мазках больных основной группы выявлены в незначительном количестве лимфоциты, нейтрофильные лейкоциты, единичные эозинофилы, макрофаги. Наблюдается значительное появление новых фибробластов. На 7-8-е сутки в цитограмме исчезают микробные клетки. Доминируют профибробласты и фибробласты, наблюдается быстрый рост грануляционной ткани. Число лейкоцитов, микроорганизмов значительно снижен, наблюдаются единичные формы.

Что касается больных сравниваемой группы, то здесь на 4-е сутки можно наблюдать незначительное снижение микробных клеток. На 7-8-е сутки в цитограмме можно наблюдать наличие малого количества микроорганизмов, но более большего количества фагоцитирующих лейкоцитов. Только появляются островки грануляционной ткани.

Таким образом, изучение показателей цитограмм выявило более раннюю смену некротического типа, наиболее благоприятным регенеративным типом цитограммы в основной группе пациентов по отношению к группе сравнения.

3.1.3. Изучение гигиенического статуса полости рта и ВГУ у больных с альвеолитами.

Несоблюдение гигиены полости рта, является одной из основополагающих факторов в развитии воспалительных процессов в стоматологии. С целью выявления причин развития нами изучен гигиенический статус у больных, с различными формами альвеолитов, которые находились под нашим наблюдением. Нами был применен индекс – Грина-Вермилиона (упрощенный гигиенический индекс - УГИ) для наблюдения за изменениями гигены полости рта.

Полученные результаты показали, что в первые дни лечения в основных группах у больных с серозной формой альвеолита индекс Грина-Вермилиона составлял - 1,02±0,02; а при гнойном альвеолите индекс Грина–Вермилиона - 1,96±0,06 балла ($P<0,05$). На 2-е сутки в сравниваемой группе индекс Грина-Вермилиона с серозной формой альвеолита показал - 1,52, при гнойном – 2,96 балла.

Таким образом, показатели достоверности ГИ на 2-е сутки в среднем, в основных группах возросли в 1,8 раз, а в сравниваемой группе в 2,4 раза.

В результате исследовательских данных было выявлено, что к 4-м суткам при серозном альвеолите основной группы индекс Грина-Вермилиона составлял 0,99±0,03; при гнойном альвеолите - 1,75±0,04 ($p<0,05$). На 4-е сутки в группе сравнения индекс Грина-Вермилиона при серозном альвеолите составил 1,01, при гнойном – 2,22 балла.

Из этого следует, что анализ ГИ выявил рост в 1,2 раза в основных группах, а в сравниваемой группе в 3,5 раза при серозном и гнойном альвеолитах. Стоит отметить, что в основной группе показатели ГИ на 4-е сутки уменьшились, в среднем, на 0,2-0,4 балла.

По динамике изменений показателей уровня гигиены полости рта при альвеолитах можно утверждать, что предложенный метод лечения действительно положительно воздействует на слизистую лунки, а также преграждает от вторичной контаминации.

3.1.4. Изучение шкалы интенсивности боли у больных с альвеолитами.

Болевые ощущения в области лунки выраженного характера в 1-е и 2-е сутки после лечения в 1-й основной группе были обнаружены у 7-и из 80-ти обследуемых (8,8%), среднего характера – у 22 больных (27,5%) и слабой формы у 51-го больного (63,7%).

Во 2-й основной группе наблюдения при обращении в 1-е и 2-е сутки после лечения, сильные боли отмечены у 5-х из 70-ти обследуемых (7,1%), боли среднего характера – у 15 больных (21,4%), боли слабого характера– у 42-х больных (60,0%), 8 больных (11,5%) болевых чувств не ощущали.

В 3-й сравниваемой группе в 1-е и 2-е сутки после лечения, выраженные боли выявлены у 23 больных (23,0%), боли среднего характера были отмечены у 56 больных (56,0%), а слабые боли были зарегистрированы у 21 обследуемого (21,0%). Через 3-4 суток после проведеного лечения у обследуемых 3-й сравниваемой группы, боли ярковыраженного характера отмечены у 15,0%, среднего - у 35,0%, слабого характера - у 50,0% больных.

Выраженность боли у больных исследуемых групп показана в табл. 4.

Таким образом, проведенное исследование оценки шкалы интенсивности боли показало, что на 3-4 сутки: в 1-ой и 2-ой основной группе больных выраженных болей не было отмечено; умеренные боли сохранялись в основных группах наблюдения (17,5% и 7,14% соответственно). У больных группы сравнения выраженные боли отмечались в 15,0% случаев, а умеренные боли сохранялись у 35,0% наблюдений ($P\leq0,05$).

Таблица 4 – Выраженность боли у больных исследуемых групп

Сутки	Боли	Группы					
		1-я основная с пластикой лунки, n = 80		2-я основная, n = 70		3-я сравниваемая, n = 100	
		n	%	n	%	n	%
1 - 2	выраженные	7	8,8	5	7,1	23	23,0
	умеренные	22	27,5	15	21,4	56	56,0
	слабые	51	63,7	42	60,0	21	21,0
	отсутствие боли	-	-	8	11,5	-	-
3 - 4	выраженные	-	-	-	-	15	15,0-
	умеренные	14	17,5	5	7,14	45	45,0
	слабые	40	50,0	26	37,14	50	50,0
	отсутствие боли	26	32,5	39	55,7	-	-
5 - 7	выраженные	-	-	-	-	-	-
	умеренные	-	-	-	-	-	-
	слабые	5	6,25	-	-	24	24,0
	отсутствие боли	-	-	-	-	-	-

3.1.5. Результаты кислотно-щелочного равновесия и лейкоцитарного индекса интоксикации больных с альвеолитами. В конце проведенного лечения в 2-х основных группах pH ротовой жидкости у больных составил в среднем 7,1±0,28. Самочувствие больных в этот период удовлетворительное, слизистая оболочка в цвете восстановилась, неприятный запах изо рта постепенно исчезает. Обсемененность мягких отложений в полости рта у больных в основных группах к концу лечения составил 0,9х103±1,15 КОЕ/мл.

У больных в 3-й сравниваемой группе pH ротовой жидкости до конца лечения составлял в среднем 5,9±0,6. Больные жаловались на сильные боли в области постэкстракционной лунки, отмечалось большое количество зубных отложений вокруг лунки. Изменение pH ротовой жидкости в кислую сторону указывало на развитие воспалительного процесса в полости рта. Неприятный запах из ротовой полости в конце лечения выявлен у 15,0% обследуемых больных. Индекс ВГУ равен 3 баллам.

3.1.6. Сравнительная клиническая оценка эффективости комплексного лечения альвеолитов по группам выявило: уменьшение признаков воспаления в лунке в результате лечения, способствует уменьшению и исчезновению болевого синдрома на 2 сутки, раннему очищению, сокращению сроков заживления лунки к 3-4 суткам.

Данные сравнительного анализа указывают на раннее купирование признаков воспаления и стимуляцию регенеративных процессов в основных

группах по сравнению с традиционным методом лечения с применением хлоргексидина и йодоформа. Сочетанное использование антисептика «Декасан» и ФКК «Тахокомб» эффективно способствовали уменьшению воспалительных явлений в лунке.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный ретроспективный анализ истории болезней архива ГСП № 4 (2010-2013 гг.) показал, что из 18602 больных, которые обратились по поводу операции удаления зубов – у 1949 пациентов (10,5%), было отмечено развитие альвеолитов. Наиболее частой причиной развития альвеолита явились сложные и атипичные удаления нижних третьих моляров, а также моляров нижней челюсти (соответственно в 57,9% и 22,7% случаях), о чем свидетельствует ежегодная динамика увеличения количественного роста развития альвеолитов.

2. Микробиологическое исследование показало, что микрофлора лунки при альвеолитах, представлена в виде ассоциации - 90,7% и, лишь, в 9,3% случаях высеяна монокультура (Staphylococcus aureus). При серозной форме альвеолита преобладают стафилококки и стрептококки, а при гнойном альвеолите присоединяются ассоциации микробов других видов (Klebsiella cryocresuns, Escherichia agglomerans, Proteus rettgeri, Escherichia agglomerans, Serratia marcescens). От 70,0% до 76,25% случаев, высеянная микрофлора была чувствительна к традиционным антибиотикам (цефазолину, канамицину, гентамицину и линкомицину).

3. Цитологическое исследование указывает, на то, что у больных с альвеолитом при комплексном применении 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб», заполнение лунок грануляциями и её эпителизация наступала в 1-й и 2-й основных группах быстрее (через 8,6±2,4 и 9,2±0,16 суток соответственно), чем в группе сравнения - 12,1±2,01 суток.

4. Клинические исследования показали, что в 2-х основных группах на 3-4 сутки выраженные боли стихали, тогда как у больных группы сравнения выраженные и умеренные боли (на 3-4 сутки) сохранялись в 15,0% и 35,0% наблюдениях ($P \leq 0,05$). Средний срок временной нетрудоспособности больных с альвеолитами, при комплексном лечении с применением 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб», составил 6,9±1,28 в 2-х основных группах, а в группе сравнения - 10,1±2,01 суток, где применялись традиционные методы лечения альвеолитов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При лечении больных с альвеолитами следует исключить причинные факторы развития осложнений после операции удаления зубов и учитывать клинические формы альвеолита (серозную и гнойную), а также гигиеническое состояние полости рта.

2. Способ лечения постэкстракционных альвеолитов с комбинированным использованием современного антисептика 0,02% раствора «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» рекомендуется для внедрения в клиническую практику, поскольку насыщение пластинки «Тахокомб» раствором «Декасана» в течение 1 минуты с последующей аппликацией в лунку потенцирует бактерицидное действие, способствует очищению и заживлению раны [Патент № 1849 КР, «Способы лечения альвеолитов», выдан 30.04.2016г.].

3. Предлагаемый метод комплексного лечения альвеолитов с использованием модернизированной кюретажной ложки, позволяет менее травматично и безболезненно очистить дно лунки во время кюретажа, чему способствуют режущие кромки на переднем конце рабочей части, которые выполнены в виде мелких треугольных зубцов, при этом зубцы расположены в сегменте и угол охвата составляет 120 градусов. Кюретажная ложка доступна для практического применения в хирургической стоматологии [Патент № 198 КР на полезную модель, «Кюретажная ложка», выдан 30.04.2016г.].

4. Применение 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» при лечении альвеолитов, способствует быстрому снятию болевых ощущений, заживлению лунки с отсутствием рецидивов, а за счет выраженного антисептического и обезболивающего эффекта обеспечиваются положительные результаты.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Абдышев, Т. К. Декасан в профилактике и лечении воспалительных осложнений, связанных с удалением зубов [Текст] / Т. К. Абдышев, А. М. Ешиев // Молодой ученый. – Казань, 2015. – Т. 98, № 18. – Ч. 1. – С. 53–56.

2. Абдышев, Т. К. Опыт лечения альвеолита остеопластическими препаратами и изоляции лунки удаленного зуба [Текст] / Т. К. Абдышев, А. М. Ешиев // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – Бишкек, 2015. – №3. – С. 98–100.

3. Абдышев, Т. К. Особенности клинических проявлений и современные подходы к лечению луночковых болей и альвеолитов после удаления зубов [Текст] / Т. К. Абдышев // Вестник КРСУ им. Б. Н. Ельцина. – Бишкек, 2015. – Т. 15, № 11. – С. 6–10.

4. Абдышев, Т. К. Применение препаратов «Тахокомб» и «Декасан» при лечении альвеолитов [Текст] / А. М. Ешиев, Т. К. Абдышев / Инновации в

науке: материалы XLIX междунар. научн.–практ. конф. «Актуальные проблемы развития мировой науки»: сб. ст. – Новосибирск : СибАК, 2015. – Т. 46, № 9. – С. 132–137.

5. Абдышев, Т. К. Ретроспективное изучение причин развития альвеолита [Текст] / Т. К. Абдышев, А. М. Ешиев // Молодой ученый. – 2015. – Т. 91, № 11. – Ч. VI. - С. 615–618.

6. Абдышев, Т. К. Частота и причины возникновения альвеолита (литературный обзор) [Текст] / Т. К. Абдышев // Вестник ОшГУ. – Ош : Билим, 2015. – № 3. – С. 86–89.

7. Абдышев, Т. К. Лечение альвеолита с применением Декасана и синего света [Текст] / А. М. Ешиев, Т. К. Абдышев // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек: Илим Басмасы, 2015. – № 2. – С. 27–31.

8. Абдышев, Т. К. Сравнительные результаты цитологического исследования больных с альвеолитом [Текст] / А. М. Ешиев, Т. К. Абдышев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – Пенза, 2016. – № 6 – Ч. 2. – С. 257–259.

Изобретения и предложения:

1. Патент № 1849 Кыргызской Республики. Способы лечения альвеолитов [Текст] / Т. К. Абдышев, А. М. Ешиев, Э. С. Суеркулов. – № 20150088.1 ; приоритет 01.09.2015 ; зарегистр. 31.03.2016 ; опубл. 30.04.2016, Бюл. № 4. – 8 с.

2. Патент № 198 Кыргызской Республики на полезную модель. Кюретажная ложка [Текст] / Т. К. Абдышев, А. М. Ешиев, Э. С. Суеркулов. – № 20150017.2 ; приоритет 01.09.2015 ; зарегистр. 31.03.2016 ; опубл. 30.04.2016, Бюл. № 4. – 6 с. : ил. 1.

3. Рационализаторское предложение № 05/17 «Шкала для оценки интенсивности боли при постэкстракционном альвеолите и диагностика болезни», выдан НЦОМиД от 05.06.2017 г.

4. Рационализаторское предложение № 15/14 « Способ лечения одонтогенных альвеолитов препаратом «Декасан», выдан КГМА им. И. К. Ахунбаева от 31.01.2014 г.

Абдышев Талант Кубатбековичтин «Тиш жулгандан кийинки альвеолиттерди комплекстүү дарылоону өркүндөштүрүүнүн заманбап ыкмасы» деген темада, 14.01.14 – стоматология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуу даражасына изденүү үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: тиш жулгандан кийинки альвеолит, ириңдүү, ириңсиз, фибрин-коллагендүү «Тахокомб» кан токтоотучу губкасы, «Декасан» суюктугу, чукугуч кашык.

Изилдөөнүн объектилери: архивден алынган 1949 бейтаптын ооруу тарыхы жана өз байкоо менен 250 оорулунун тиш жулгандан кийинки альвеолиттин дарылоосу.

Изилдөөнүн максаты: 0,02% пайыздуу «Декасан» антисептикалык суюктугун жана фибрин-коллагендүү «Тахокомб» кан токтотуучу губкасын колдонуу менен постэкстракциялык альвеолиттерди дарылоонун оптималдуу ыкмасын иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, микробиологиялык, цитологиялык, статистикалык.

Алынган натыйжалар жана жаңылыктар: Биринчилерден болуп 0,02% пайыздуу «Декасан» антисептикалык суюктугун жана фибрин-коллагендүү «Тахокомб» кан токтотуучу губкасын колдонуу менен альвеолиттерди дарылоо негизделди жана иштелип чыкты.

Биринчилерден болуп альвеолиттерди комплекстүү дарылоодо өркүндөштүрүлгөн чукугуч кашык колдонулган. Бул кашыкты колдонуу тишти жулгандан кийинки тиш кудуктарынын жаракаттанып жабыркалоосун азайтуу менен, тиш чуңкурчасындагы патологиялык калдыктарын эффективдүү алып чыгуу жолдорун жогорулатат.

Тиш чуңкурчасынын ооруксунгандыктарынын интенсивдүүлүгүн баалоо шкаласын, биринчилерден болуп иштелип чыгуусу жана иш жүзүнө киргизүүсү – альвеолиттердин өрчүү стадиясын дифференциялоо жана аларды дарылоонун оптималдуулугун көрсөттү.

Колдонуучу тармактары: хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургиясы.

РЕЗЮМЕ

диссертации Абдышева Таланта Кубатбековича на тему: «Современный подход к совершенствованию методик в комплексном лечении постэкстракционных альвеолитов», на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.14 – стоматология

Ключевые слова: постэкстракционный альвеолит, гнойный, серозный, фибрин-коллагеновый комплекс «Тахокомб», раствор «Декасан», кюретажная ложка.

Объект исследования: 1949 истории болезней из архива и 250 больных с альвеолитами собственного наблюдения.

Цель исследования. Разработка оптимальных методов лечения больных с постэкстракционными альвеолитами с комбинированным использованием 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб».

Методы исследования: клинические, микробиологические, цитологические, статистические.

Полученные результаты и их новизна. Впервые разработано и клинически обосновано комбинированное применение 0,02% раствора антисептика «Декасан» и фибрин-коллагенового комплекса «Тахокомб» при лечении альвеолитов.

Впервые в комплексном лечении альвеолитов использована модернизированная кюретажная ложка. Применение, которой повышает эффективность удаления патологических тканей за счет увеличения площади и угла зубцов, а также уменьшает травматизацию стенки лунок удаленных зубов.

Впервые разработана и внедрена шкала оценки интенсивности луночковой боли при альвеолитах, что позволило дифференцировать стадию развития альвеолитов и оптимизировать тактику их лечения.

Область применения: хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.

SUMMARY

of Abdyshev Talant Kubatbekovich dissertation thesis on the theme «Modern approach to perfection of methods in complex treatment of postextractive alveolites», for the degree of candidate of medical sciences on specialty 14.01.14 – stomatology

Key words: postextraction alveolitis, purulent, serous, haemostatic sponge «Takhocomb», solution «Dekasan», curettage spoon.

Object of the study: 1949 history of the disease from the archive and 250 patients with alveolites of their own observation.

Purpose of the study. Development of the optimal method of treatment of patients with alveolitis with a combined use of 0,02% solution of the antiseptic «Dekasan» and fibrin-collagen complex «Tachokomb».

Methods of research: clinical, microbiological, cytological, statistical.

The results and scientific novelty: The results obtained and their novelty. For the first time, a combined use of a 0,02% solution of the antiseptic «Dekasan» and a fibrin-collagen complex «Tachokomb» for the treatment of alveolitis was developed and clinically justified.

For the first time in the complex treatment of alveolitis and the modernized curettage spoon. Application, by means of effective removal of pathological tissues due to the increase of the area and angle of the teeth and reduction of traumatization of the walls of the holes of the removed teeth.

For the first time, a scale for assessing the intensity of lunar pain in alveolitis was developed and implemented, which resolved the stage of alveolitis development and optimized the tactics of their treatment.

Scope: surgical dentistry and maxillofacial surgery.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГИ	- гигиенический индекс
ГСП	- городская стоматологическая поликлиника
ИЗК	- индекс зубного камня
ИЗН	- индекс зубного налета
Индекс ВГУ	- индекс выраженности галитоза Улитовского
Индекс ИЗ	- индекс интенсивности запаха
Индекс ЧЗ	- индекс частоты (продолжительности) запаха
КГМА	- Кыргызская Государственная Медицинская Академия
КГМИПиПК	- Кыргызский Государственный Медицинский Институт переподготовки и повышения квалификации
КПУ	- кариес, пломба, удаленные
НЦОМиД	- Национальный центр охраны материнства и детства
ОМОКБ	- Ошская межобластная объединенная клиническая больница
ОшГУ	- Ошский Государственный Университет
РФ	- Российская Федерация
ФКК	- фибрин-коллагеновый комплекс
ЧЛХ	- челюстно-лицевая хирургия

Подписано к печати _____2018 г.
Заказ №1480. Тираж 50 экз. Бумага офсетная.
Формат бумаги 60 х 90/16. Объем 1,5 п. л.
Отпечатано в типографии КГМА им. И.К.Ахунбаева
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
тел.: 0555-79-94-58