

ПРИМЕНЕНИЕ **ДЕКСАЛГИНА** И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БОЛИ ПРИ АЛЬВЕОЛИТЕ



■ **Э.Г. Борисова**, д.м.н., доцент кафедры факультетской стоматологии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, руководитель стоматоневрологического центра, профессор РАЕ, Заслуженный работник науки и образования, Воронежская ГМА

Альвеолит – широко распространенное заболевание, которое, по данным различных авторов, составляет 24-35% от числа случаев всех осложнений, встречающихся у пациентов после удаления зубов [1,4]. Основными причинами альвеолита могут быть: некорректное удаление зуба (проталкивание в лунку зубных отложений во время удаления, нарушение норм антисептики и т.д.), недостаточная обработка лунки зуба после его удаления (остались отломки костей, фрагменты патологических тканей (кисты, гранулемы и др.), травматический характер операции по удалению зуба, несоблюдение пациентом рекомендаций врача по уходу за ротовой полостью после удаления зуба и др.. Большинство из предлагаемых способов лечения, как правило, направлено на быструю ликвидацию воспалительных явлений в лунке удаленного зуба при помощи антибактериальных и противовоспалительных средств. Необходимо отметить, что быстрое купирование болевого синдрома при альвеолите также является одной из основных задач врача.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения альвеолита с использованием препарата дексалгин и светодиодного излучения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 54 пациента в возрасте от 20 до 55 лет, у которых после удаления зуба возникли серозная форма альвеолита. Основной жалобой пациентов был болевой характер в лунке, усиливающаяся при приеме пищи. Общее состояние не нарушено, температура тела в норме. При осмотре лунка зуба была выполнена уже распадающимся и рыхлым сгустком крови, либо его вообще не было. Края десны красного или бардового цвета, болезненны при пальпации. Пациенты были разделены на три клинические группы. В первой группе (14 человек – 25,93%) проводилось только местное лечение, включающее местное обезболивание, удаление распада из лунки путем кюретажа, обработку 3% раствором перекиси водорода. После тщательного высушивания лунку присыпали смесью порошка йодоформа и анестезина. Во второй группе (19 человек – 35,19%) после местного лечения пациентам назначали Дексалгин по 25 мг (1 таб.) 3 раза в сутки, относящийся к группе нестероидных противовоспалительных средств, обладающих обезболивающими, жаропонижающими и противовоспалительными действиями. Механизм действия препарата основывается на угнетении синтеза простагландинов вследствие подавления циклооксигеназы. Препарат рекомендовано применять

не более 3-5 дней. Пациенты третьей группы (21 человек – 38,88%) помимо местного лечения и приема Дексалгина, получали сеансы лазеротерапии аппаратом «Светозар» на область лунки. Этот прибор применяется для лечебного воздействия низкоэнергетическим узкополосным модулированным лазерным излучением красного света с длиной волны: 665 ± 15 нм, частотой 80 ± 5 Гц. Продолжительность каждой процедуры составляла 5 минут. Полупроводниковый лазер на кончике излучателя генерирует красный свет со специально подобранными характеристиками, который, проникая в живую ткань, запускает цепочку биологических реакций, вследствие которых в клеточной ткани многократно (буквально в десятки раз) ускоряется обмен веществ.



Рис.1. Купирование болевого синдрома (час.) у пациентов с альвеолитом

Его лечебно-профилактическое действие складывается из совокупности биологических воздействий на субклеточном, клеточном, тканевом, системном уровне и на уровне всего организма. В результате резко возрастает местный кровоток, клетки ткани начинают интенсивно очищаться, обновляться, обогащаться кислородом. Лазеротерапия отличается хорошей переносимостью пациентами.

Для оценки болевого синдрома и объективизации результатов лечения всем пациентам предлагалось оценивать в течение суток интенсивность боли по ВАШ - визуально-аналоговой шкале боли [2], где 0 — отсутствие боли, а 10 — нестерпимая боль. Клинически оценка результатов лечения проводилась визуально: оценивались цвет окружающих лунку тканей, наличие сгустка, образование грануляционной ткани и т.д.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Болевой синдром у пациентов первой группы полностью купировался через $78,1 \pm 5,2$ часа, т.е. на 3-4 сутки, тогда как во второй и третьей группах – через $34,6 \pm 6,3$ часа и $26,3 \pm 2,1$ часа соответственно. Это наглядно изображено на рисунке 1.

В первой группе пациентов курс лечения альвеолита составил $4,3 \pm 0,4$ дня, во второй - $2,9 \pm 0,3$ дня, в третьей - $2,1 \pm 0,2$ дня. Полное замещение лунки грануляционной тканью у пациентов третьей группы проходило быстрее, что наглядно подтверждают данные таблицы.

Сравнительная клиническая оценка эффективности консервативного лечения альвеолита

| Группа пациентов | Исчезновение болевого синдрома (час.) | Полное замещение лунок грануляционной тканью (сут.) | Число посещений |
|--|---------------------------------------|---|-----------------|
| Местное лечение | $78,1 \pm 5,2$ | $10,8 \pm 0,2$ | $4,3 \pm 0,4$ |
| Местное лечение и дексалгин | $34,6 \pm 6,3$ | $9,1 \pm 0,5$ | $2,9 \pm 0,3$ |
| Местное лечение, дексалгин, сеансы лазеротерапии | $26,3 \pm 2,1$ | $8,9 \pm 0,3$ | $2,1 \pm 0,2$ |

У пациентов первой группы регресс болевого синдрома проходил значительно медленнее (от 8,3 балла до 5,2 балла) по сравнению с пациентами второй (от 8,2 балла до 3,1 балла) и третьей (от 8,3 балла до 1,1 балла) групп, что наглядно изображено на рисунке 2.

Необходимо отметить, что в третьей группе пациентов, принимавших Дексалгин и сеансы лазеротерапии, уже на вторые сутки исчезла гиперемия окружающих лунку тканей.

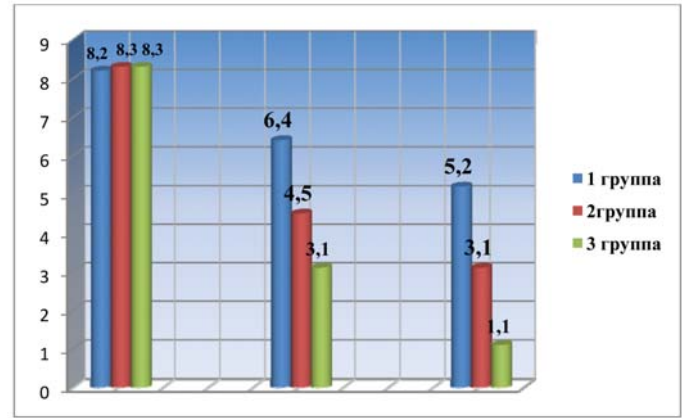


Рис. 2. Динамика болевого синдрома в баллах в 1-3 сутки

ВЫВОДЫ

Предлагаемое нами включение препарата дексалгин в комплекс лечения позволяет уже в первые сутки значительно уменьшить болевой синдром у пациентов с альвеолитом, а дополнительное использование лазеротерапии помогает достичь стойкого клинического эффекта и сократить сроки лечения.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беланов Г.Н. Лечение и профилактика альвеолитов с помощью материала «Лиопласт®» с антимикробным эффектом // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Инновационные технологии в трансплантации органов, тканей и клеток», Самара, 2008. - с. 13-14.
2. Борисова Э.Г. Клиническая оценка результатов применения модулированного светодиодного излучения (МСДИ) в комплексном лечении десквамативного глоссита // Сб. трудов межрегион. конф. с международ. участием «Проблемы физической биомедицины», посвящ. 100-летию А.А.Богомольца. СГМУ.- Саратов.-2011.- С.168-172.
3. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях / Э.Г. Борисова. – Воронеж : Изд-во ВГУ, 2011. – 128 с.
4. Булгакова А.И. Оптимизация методов диагностики и лечения альвеолита / А.И. Булгакова, Пономарев В.Н. // Материалы Всероссийского конгресса «Стоматология Большого Урала». - Пермь, 2009. - С.29-31.