



АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОСТИТ И СИМПТОМ СУХОЙ ЛУНКИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБОВ МУДРОСТИ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

¹Фозилов Максуд Мансурович,

²Бекмуров Боймурод Гайрат Уғли,

³Хайдаров Бобомурод Холмурод Ўғли,

⁴Ганиев Абдуазим Абдурахмон Ўғли

Ташкентский Государственный Стоматологический институт,

Ташкент, Узбекистан, Bobomurod8789@Gmail.com

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7788164>

ARTICLE INFO

Received: 22th March 2023

Accepted: 30th March 2023

Online: 31th March 2023

KEY WORDS

Осложнения, альвеолярный остит, послеоперационная боль.

ABSTRACT

Альвеолярный остит (АО) является одним из наиболее частое осложнение после удаления зубов в стоматология. Большое количество научной литературы указывает на этиологию и патофизиологию. Многие исследования доступны для методов, предотвращения АО, но до сих пор существуют разногласия относительно фактического этиология, патофизиология, методы профилактики и лечение. Обзор концепций и противоречий вокруг АО является целью этой статьи.

Введение

«Альвеолярный остит» была впервые описана в 1896 г. Кроуфорд [1]. Многие другие термины также были относятся к таким осложнениям, как септическая лунка», «локализованный остит «альвеолит», альвеолярный остит, некротическая лунка», «локализованный альвеолярный остит» и «фибринолитический альвеолит» [2,3]. Несмотря на принятие теории Бирна многими авторами, термин фибринолитический остит обычно не используется [2,3]. «Альвеолярный остит» чаще используется в то время как «Альвеолит» называется общедоступным термином.

Примерно их более восемнадцать определений АО [2]. Большинство принято определяет АО как «послеоперационную боль» внутри и вокруг места добычи, которое усиливается в любое время между первые и третьи сутки после экстракции, сопровождается частичным или тотальным распавшийся кровяной сгусток в альвеолярном гнездо с неприятным запахом изо рта или без него [2]. Ноющая послеоперационная боль приводит к чрезмерному использованию прием лекарств, повторные визиты в больницу следовательно, психологические и физическая нагрузка на пациента во время задержки восстановительный период увеличивает стоимость хирурга. Предыдущие исследования относительно патогенеза сухой лунки еще недостаточно изучены [1-3]. Изучаемый АО до сих пор вызывает споры относительно патофизиологии факторов риска и способствующие факторы. Бирн обозначил его как фибринолитический альвеолит на фоне понимание патофизиологии [4,5]. Боль в сухих лунках обычно присутствует у всех пациентов с АО [4,6,7].



Другие признаки и симптомы некоторое время могут увеличить интенсивность АО иррадиации болей, как излучение боль в ухе и височной области [8,9] верхняя челюсть, лобная и глазная области [4] редко субфебрилитет [8,9], воспалительный десневой край [10] сероватые выделения [11], голая альвеолярная кость [10] ипсилатеральная регионарная лимфаденопатия [8,9] и неприятный запах изо рта [8,12].

Простые удаления зубов сообщили о заболеваемости АО была в пределах 0,5% до 5% [1]. В третьих молярах нижней челюсти экстракция его колеблется от 1% до 37,5% [17,18].

В то время как хирургические удаления около 10 раз сообщается о более высокой заболеваемости [2]. Около 95– 100% всех случаев АО появляются в течение недели [3] обычно началом АО считают возникают через 1-3 дня после удаления зуба [8,19,20].

Этиология Бирн предположил, что этиология АО усиление локального фибринолиза, приводящее к распад тромба [4].

Фибринолиз – результат действия плазминогена активация пути. Активатор вещества в АО являются прямыми (физиологическими) или непрямыми (нефизиологический) [5]. Из-за травмы клеток альвеолярной кости непосредственная активаторы высвобождаются при бактериальном стрептокиназа высвобождает непрямые активаторы.

Фибринолитическая активность ограничена местным области, потому что первоначальное поглощение плазминоген в сгусток ограничивает активность плазмина. Активный плазмин инактивируется в общем кровотоке антиплазминами [1]. Бирн и многие исследователи выявили локальные различия в фибринолитической активности между различными тканями тела. Выше фибринолитическая активность наблюдалась в костях и тканей матки, по сравнению с ткани щитовидной железы, сердца, почек, головного мозга, селезенки, печень, легкие и скелетные мышцы [9].

Факторы, ответственные за запуск фибринолиза оказываются более неоднозначными. Риск факторы и факторы, способствующие разработке сухой лунки была рассмотрены многими исследователями [4,5].

Факторы риска Сообщаемые факторы риска: Системные Болезни, Оральные контрацептивы, Курение, Бактериальная инфекция, чрезмерное куретаж альвеол, местная анестезия с сосудосуживающими средствами, кость/корень фрагменты оставшиеся в ране и другой дизайн лоскута/использование шва.

Системное заболевание сообщает о многих системных заболеваниях связанные с АО [4,6]. Большинство часто с ослабленным иммунитетом и особенно у больных сахарным диабетом, склонных к развитие альвеолярного остита вследствие измененное заживление [2,4]. Условия, в которых Существовавшая ранее гиповаскуляризация альвеолярных костей, такие как сосудистые или гематологические нарушения, вызванные лучевой терапией остеонекроз, цементно-костная дисплазия, остеопетроз, болезнь Педжета возникновение АО вызывает споры.

Оральные контрацептивы

Оральные контрацептивы - известный препарат связано с сухой лункой. Оральный противозачаточные средства показывают значительно более высокий



частота АО у женщин [2]. Эстроген играет важную роль в фибринолитическом процессе, Суит и Батлер предложили что увеличение использования устных противозачаточных средства напрямую связаны с Заболеваемость АО. Исследования показали, что противозачаточные средства косвенно активируют фибринолитической активности за счет повышения факторов II, VII, VIII, X, плазминоген, следовательно, увеличивают лизис тромба при АО [2,9]. Это было также обнаружено, что возникновение АО усиливается при увеличении дозы эстрогенов перорально противозачаточные средства Catellani и др. и др. [3]. К снизить риск нарушения гормонального цикла участие в АО предлагается для планирование планового хирургического удаления зубов [7].

Курение

Зависимость между курение и возникновение альвеолита было изучено 4000 хирургическим путем удаленные третьи моляры нижней челюсти, пациенты кто выкуривал по полпачки сигарет в день в четыре-пять раз увеличение риска АО (12% против 2,6%) по сравнению с некурящими. АО увеличилось до более чем 20% выкуривших пачку в день, но это увеличилось до 40% тех, кто курил в день операции [1]. Однако точный механизм, такой как прямое местное воздействие, включая тепло или всасывание для увеличения АО заболеваемость не очень ясна введение инородного тела с помощью газов могут выступать в качестве загрязнителя в экстракционной ране [3].

Микробное проявление

В большинстве исследований зафиксировано, что бактериальные инфекции являются основным фактором риска для генерации и роста АО. Рецидив АО увеличивается у пациентов с факторы риска, такие как плохая ОГ [8] ранее существовавшая местные инфекции, такие как перикоронит [3] как а также пародонтит. Изоляция возбудители были созданы с помощью культур.

Розантис и др.al [6] продемонстрировали задержку заживление мест экстракции после посев специфических микроорганизмов, таких как *Actinomyces viscosus* и *Streptococcus mutans* на животных моделях. Культуры *Treponema denticola*, заболевание пародонта микроорганизм, обладающий высоким содержанием плазмина фибринолитические проекции по Ницану и др. и др. [7]. Catenalli [8] изучал бактериальные пирогенов *in vivo* и предположил, что они непрямые активаторы фибринолиза.

Чрезмерное очищение или кюретаж по исследованиям предполагают, что повторяющиеся чрезмерное орошение альвеол может препятствуют образованию тромбов и агрессивное выскабливание также может быть вредным к альвеолярной кости, оба из которых могут привести к образованию сухой лунки [4]. Однако, в литературе отсутствуют данные, подтверждающие эти претензии, выдвинутые при разработке АО.

Сосудосуживающие средства с местной инфильтрацией Применение местной анестезии при вазоконстрикторы увеличивают риск АО.

Ленер [3] исследовал, что из-за плохого кровоснабжения за счет инфильтрационной анестезии, вызывается временная ишемия, которая увеличивает



частоту АО. Однако, последующие исследования показали, что ишемия длится от одного до двух часов, после чего реактивная гиперемия, которая, незначительна фактор распада кровяного сгустка [4].

Более того, в исследовании было зафиксировано что нет существенной разницы в АО зуба, удаленного с инфильтрацией анестезия по сравнению с регионарной анестезией с вазоконстриктором [2]. Следовательно, это в настоящее время принято, что местная анестезия с сосудосуживающими средствами не играет роли в развитие локальной ишемии, которая может привести к образованию АО.

Остатки костного фрагмента в ране сайт Чоу О. и Х. Бирн предложили в своем исследования того, что фрагменты кости/корня и обломки может привести к замедлению заживления ран, а также, следовательно, помощь в развитии АО [2,4]. Симпсон, напротив, в своем исследование показало, что небольшой костный фрагмент обычно присутствует после выделения и этот фрагмент не вызывает осложнения, то есть эпителий способен образовывать наружный барьер [1].

Дизайн лоскута и методы использования швов.

В некоторых предыдущих источниках утверждается, что лоскут дизайн и использование швов влияет на развитие АО [5]. Однако мало найдены доказательства, удостоверяющие такие отношения в исследованиях, которые недавно было проведено [2]. При отсутствии каких-либо существенные доказательства, целесообразно предположить что они не являются основным вкладом факторы [3].

Способствующие факторы

Факторы, способствующие патофизиологии АО являются, отсутствие опыта оператора, Третьи моляры нижней челюсти, пол пациента, Возраст и физическое смещение тромба, Однократное извлечение против многократного Экстракты, слюна, хирургическая травма и Сложность операции неопытность оператора также учитывается неопытность оператора. Как основной фактор риска развития АО. Исследование, проведенное Ларсеном [3]. заявил, что хирург не имеет опыта при хирургическом удалении третьего моляры могут привести к вредным последствия. Александр и Огинни, и др. и др. [4] сообщили о росте заболеваемости в АО осуществляют по неопытности хирургов.

Удаление зубов мудрости на нижней челюсти

Многие исследования показали ту же закономерность повышенного АО после экстракции третьего молярный [4,6]. Это распространенное убеждение среди некоторые авторы, которые увеличили плотность костей, снижение васкуляризации и снижение способность к образованию грануляционной ткани может привести к образованию АО [5]. Однако, никакие доказательства не могли обеспечить связь между АО и снижение кровоснабжения. Причина почему хирургически удаленные третьи моляры склонность к развитию АО обусловлена хирургической травмы, а не за их анатомические местоположение [3].

Профилактика

Многочисленные методики предложены в существующей литературе по его профилактике.



Тем не менее, ни один метод не получил точного анализа. Наиболее распространенными методами являются обсуждались такие как системные антибиотики

Системные антибиотики, включая пенициллины [4,5] клиндамицин, эритромицин и метронидазол [9]. Системно до/послеоперационно, однако профилактическое использование оспаривается из-за развитие резистентных штаммов бактерий, гиперчувствительность и, в основном, гибель нормальные комменсалы-хозяева [2,8].

Актуальные антибиотики

Применение местного тетрациклина показало быть благоприятным средством среди других местных антибиотиков [59-62]. Реакции на инородное тело такие как Myosprehrulosis были зарегистрированы с применением тетрациклин-гидрокортизона [3,5].

Исследование сообщило о дизестезии нерва шесть месяцев после третьего моляра нижней челюсти экстрагирование с помощью лекарственных препаратов [4]. Способ наложения в составе который есть порошок, марлевый дренаж, суспензии и губки Gelfoam. Это было также предположил, что практически все в alveolus, в том числе простой Gelfoam, будет привести к улучшению симптомов АО [8].

Основная цель лечения сухих лунок является контролем боли и способствует нормальному процесс заживления. В большинстве случаев местные меры удовлетворительные, системно могут потребоваться анальгетики или антибиотики или указано в некоторых случаях. Альвеолярные перевязочные материалы широко используются, но может привести к задержке заживления экстракции лунки [81]. Различные лекарства комбинации, возможно, 18 различных ингредиенты используются во всем мире [4].

Альвогил в составе АО содержит бутамбен (анестетик), эвгенол (анальгетик), и йодоформ (антимикробный) часто упоминается в литературе замедление заживления и воспаления сообщается, когда лунки были затампованы с Альвогилом. Применение ZnO эвгенол, фибрин заменители, белый лак и BIPP имеет также сообщалось об эффективности руководство АО.

Вывод

Литературное послеоперационное состояние альвеолярный остит непостоянен. Наиболее ранние исследования отсутствие идеального анализа, статистически необъективны или состоят из очень индивидуальные мнения. Не установлено Этиология альвеолярного остита привела к различные противоречивые описательные определения и диагностические критерии. Начало фибринолитический процесс проявляется взаимодействие нескольких независимых факторов в заживление ран АО. Лечение осложнения следует начинать с обучения пациентов и должны быть проинформированы об идентифицируемых факторах риска подробно об этом предполагаемом осложнение удаления зубов. Дальнейшие хорошо спланированные исследования, основанные на последних необходимы методологии расследования сделать твердые выводы о лечении АО.



References:

1. Азимов, А., & Азимов, М. (2020). Термография лица у здоровых. in Library, 20(1), 72–75. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13582>
2. Азимов, А., & Азимов, И. (2020). Ультразвуковая остеометрия при острых одонтогенных воспалительных заболеваниях. in Library, 20(3), 38–42. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13580>
3. Тоджиев Ф., Азимов А., & Аралов М. (2021). Etiology, Classification, Frequency of Bone Defects and Lower Jaw Deformation (Literature Review). in Library, 21(3), 31–35. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13586>
4. Ризаев J., Азимов А., Тожиев Ф., & Турсуналиев Z. (2021). Ultrasound Osteometry in the Diagnosis of Inflammatory Processes of Periapical Tissues. in Library, 21(3), 36–39. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13585>
5. Жилонова, З., Олимов, А., Назаров, З., & Маннанов, Д. (2020). Основные правила и принципы интраоперационного прямого протезирования, успех при немедленной имплантации. in Library, 20(2), 75–81. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14323>
6. Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов. in Library, 20(2), 346–350. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14295>
7. Олимов, А., Хайдаров, А., Назаров, З., & Маннанов, Ж. (2021). Сравнительная оценка эффективности индивидуальной и профессиональной гигиены при протезировании на дентальные имплантаты. in Library, 21(1), 176–179. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14325>
8. Жилонова, З., Садикова, Х., Каюмова, Н., Олимов, А., & Мухамедов, И. (2021). Профилактика альвеолита после удаления ретинированных и дистопированных зубов. in Library, 21(2), 26–29. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14621>
9. Мукимов, О., & Исанова, Д. (2019). Сравнительная характеристика метода корневой мембраны и традиционного (одномоментного) метода установки имплантата. in Library, 19(1), 87–88. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13999>
10. Усманова D. (2022). Improving the efficiency of dental implantation of the upper jaw using the "root membrane" method. in Library, 22(1), 507–511. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14020>
11. Исанова D., & Мукимов O. (2019). Evaluation of the sensitivity of microflora of the periodontal pocket to antibacterial agents in the conditions of the rural population. in Library, 19(2), 157–159. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13995>
12. Усманова, Д., Мукимов О., Лопс, Д., Мукимова, Х., & Тургунов, М. (2021). ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА "ROOT MEMBRANE" В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗУ- БО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА. Stomatologiya, 1(1 (82), 73–76. <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-25>



13. Садыкова, Х., Эшмаматов, И., & Мухамедов, И. (2022). Возможности ультразвуковой диагностики опухолей слюнных желез. in Library, 22(1), 1–2. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13987>
14. Курбонов, Ш., Курбанов, С., Усманова, Д., Кузиев, Ш., & Адашов, Ф. (2021). Выбор комплексного лечения пародонтита (литературный обзор). in Library, 21(2), 66–70. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14001>
15. Адашов F., Курбанов S., Усманова D., Омонов R., & Фозилов M. (2021). Improvement of the method of dental replantation. in Library, 21(1), 4–5. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14016>
16. Хасанов, Ш., Сувонов, К., & Халманов, Б. (2021). Министерство высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан. in Library, 21(1), 1–136. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14075>
17. Гасанов, Ш., Сувонов, К., Халманов, Б., & Садикова, Х. (2022). Основы дентальной имплантологии. in Library, 22(1), 1–139. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14183>