

УНИВЕРЗИТЕТ „КИРИЛ И МЕТОДИЈ“
— СКОПЈЕ —

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
КЛИНИКА ЗА ОРАЛНА ХИРУРГИЈА

Д-р НАБИЛ БОЛИС

ЕТИОПАТОГЕНЕТИСКИ АСПЕКТИ НА АЛВЕОЛИТОТ
И МОЖНОСТИ ВО ТЕРАПИСНИОТ ТРЕТМАН

— МАГИСТАРСКИ ТРУД —

Скопје, 1992 година

УНИВЕРЗИТЕТ "КИРИЛ И МЕТОДИЈ" - СКОПЈЕ
УНИВЕРЗИТЕТСКИ ЦЕНТАР ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
КЛИНИКА ЗА ОРАЛНА ХИРУРГИЈА

Д-Р НАВИЛ БОЛИС

ЕТИОПАТОГЕНЕТИСКИ АСПЕКТИ НА АЛВЕОЛИТОТ И МОЖНОСТИ
ВО ТЕРАПИСКИОТ ТРЕТМАН

-МАГИСТЕРСКИ ТРУД-

М Е Н Т О Р:

ДОЦ.Д-р.М.МУРОВСКА,
КЛИНИКА ЗА ОРАЛНА ХИРУРГИЈА,
ПРИ СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ
ВО СКОПЈЕ

СКОПЈЕ, 1988 ГОДИНА

(СОДРЖИНА)

I . УВОД	1
II. НОРМАЛНО ЗАРАСНУВАЊЕ НА ЕКСТРАКЦИОНА РАНА, КОАГУЛУМОТ И НЕГОВАТА СТАБИЛНОСТ ВО ЕКСТРАКЦИОНАТА РАНА.....	6
III. ПАТОФИЗИОЛОГИЈА НА БОЛКАТА	14
IV. АЛВЕОЛИТ -ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА.....	18
V. ФОРМУЛАЦИЈА НА ПРОБЛЕМОТ	26
VI. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД НА РАБОТА	29
VII. РЕЗУЛТАТИ.....	35
VIII. ДИСКУСИЈА	81
IX. ЗАКЛУЧОК	82
X. БИБЛИОГРАФИЈА	87

Ми останува уште пријетна обвност да ја
искажам мојата благодарност на Доц. Др. Марија
Муровска, која ми помогна при изработката на овој
труд и коригирам можните грешки. Во волку трудот
ќе биде признаен тоа значи дека сум довољно да ги
спроведел нејзините сугестии.

Исто така се благодарам на Институтот на
Здравствен дом Пробиштип на Др. Граѓан Ѓорѓиев
спец. по трудова медицина, за неговата помош и
сугестија.

Му се заблагодарувам на Институтот за ми-
кробиологија во Штип посебно на Др. Трајдерлиска
Ленче.

Благодарност исто така долгувам на колек-
тивот при Зобното одделение во Здравствениот дом
Пробиштип, а посебно на Др. Весна Пеневе и зобни
асис. Тодорка Павлова.

(1)

(УВОД)

Алвеолитот како постоекстракциона компликација претставува своеврсен и недоволно разјаснет феномен. Неговата појава историјата на медицината може со сигурност да ја поврзе со првите екстракции на заби, меѓутоа од првите сознанија за него, па до денеска, алвеолитет бил и е предмет за испитување на многу автори. Клиничките и патоанатомските карактеристики на алвеолитот се признати и прифатени од сите стоматолози, практичари и научници но во поглед на единствената етиологија, терапија, терминологијата и зачестеноста на оваа состојба постојат големи неслагања.

Во дијагностичката формулација на алвеолитот сретнуваме голем број на синоними, како:

dolor post extractionem, alveolitis sica, Dry Socket, neuritis nervi alveolaris, trombusinfectio, ostitis alveolaris, osteomyelit proc. alveolaris localisata post extractionem, neurit essencialis i dr.

Во клиничката практика и терминологија прифатен е ~~ужек~~ и најчесто употребуван терминот алвеолит.

На основа на претежно клинички испитувања и запазвања повеќе автори меѓу кои се издвојуваат трудо-
вите на Крог (Krog), Мак Грегор (Mac Gregor),

Тома (Thoma), Арчер (Archer), Харисон (Harrison), Кер (Kerr), Дешом (Deschaume), Комесиона (Commissionat), Челешник (Čelešnik),

и др. Направени се обиди да се објаснат причините и механизмот на настанувањето на алвеолитот. Нивните испитувања базираат воглавно на :траумата при екстракцијата , на анестезијата, васкуларизацијата, бактериската флора и други локални фактори и на основа овие параметри се резултираат и различните теории за настанување на алвеолитот како :трауматска, инфективна алергична теорија и теорија на пореметен локален метаболизам на алвеолата заради лезија на вазомоторното стебло и надражај на симпатичните нервни влакна.

Молт (Molt) покрај овие фактори и придава значај и на општата здравствена состојба на пациентот а во врска со тоа и на исхраната на пациентот, особено на недостатокот на витамини Е и Д, на калциум и фосфор. Шкоклев (Škoklev) смета дека во етиологијата на алвеолитот лежи здруженото и взаемно дејство на повеќе фактори меѓу кои водечко место има траумата од што произлегува дека на алвеолитот треба да се гледа како на состојба со мулти-каузална етиологија.

Од критичкиот преглед на литературата може да се заклучи дека постои наслагање во однос на учеството и влијанието на поедини фактори во етиологијата на алвеолитот со исклучок на траумата, на која сите и придаваат значајна, односно водечка улога.

Во однос на зачестеноста на оваа постекстракциона компликација, во литературата наидуваме исто така

на големи разлики во статистичките податоци. Така според Квинлеј (Quinley) и Роберт (Robert) процентот се движи од 0,7 до 16%, по Вајнер (Weiner) 0,47%, Кваф (Kvaf) 0,29%, Голдман (Goldman) и Паузер (Pauser) 2-3%, Тома (Thoma) 3-4%, Крок (Krogg) 2,17%, Беленфанте (Bildman) 0,5%, Хал (Hand) Билдман (Bildman), Хант (Hand) 2-3%, Лучки (Lućki) 0,28%, Густавсон (Gustafson) и Валениус (Wallenius) 3%, Јојќиќ (Jojić) 0,5% и др.

Големите разлики за процентуалната застапеност во статистичките показатели се должат пред се на различните критериуми во поставувањето на дијагнозата на алвеолитот. Некои автори во таа смисла ги вбројуваат и сите состојби на отежнато и продолжено зараснување на екстракционата рана, потоа инфекцијата на екстракционата рана и воопшто Долор постекстракционем со различна генеза, и други пак статистички го покажуваат само алвеолитот. Меѓутоа, кај сите преовладува податокот дека алвеолитот почесто се јавува во долната отколку во горната вилица.

Терапијата на алвеолитот претставува исто така нерешен проблем на кој му се посветуваат многу научници меѓу кои се истакнуваат: Пол (Pell), Шофман (Schoffman), Мак Грегор (Mac Gregor), Јојќиќ (Jojić) и др. Хауард (Haward) наведува дури примена на 75 различни медикаменти, меѓутоа и на овој план не е најдено един-

ставено и ефикасно решение, па алвеолитот и натаму оста-
нува и етиопатогенетски и тераписки недоволно разјаснет
феномен.

Присутната мултикаузалност во етиопатогенезата
на алвеолитот недвосмислено говори за недефинираноста на
причините за неговото појавување како пост екстракциона
komplikacija. Од таа причина се наметна логичен обид за
осознавање на вистинската партиципација на постојните
етиопатогенетски фактори кај нашите пациенти, што преста-
вува основна цел на овој труд. Цел на овој труд е исто
така уточнување и на процентуалната застапеност на оваа
komplikacija кај нашиот материјал, како и верификација на
ефикасноста на расположивите тераписки методи и средства,
оставајќи можност при тоа за учество на тераписки постап-
ки резултирани од сопствените практични сознанија и
искуства.

(6)

НОРМАЛНО ЗАРАСЧУВАЊЕ НА ЕКСТРАКЦИОНА РАНА

И

КОАГУЛУМОТ И НЕГОВАТА СТАБИЛНОСТ ВО

ЕКСТРАКЦИОНАТА РАНА

НОРМАЛНО ЗАРАСНУВАЊЕ НА
ЕКСТРАКЦИОНА РАНА

Зараснувањето на екстракционата рана има своја сложеност, динамичност и специфичност. Тоа ја одделува од познатите две можности во зараснувањето на раната од раното примарно зараснување (per primam intentionem) и касното, секундарно зараснување, (Per secundam per granulationem intentionem). Меѓутоа и екстракционата рана подлежи на основните биолошки процеси карактеристични за секое живо ткиво и затоа нејзиното зараснување, треба да се сфати како способност на оштетените ткива за репарација преку сложени биолошки процеси, пред се од физико-хемиски и морфолошки карактер. Од патофизиолошка гледна точка процесот на зараснување на екстракционата рана не се одвива ни "пер примам" ни "пер секундам", туку под коагулум и плушка и се состои од 4 фази:

Прва фаза - исполнување на алвеолата со крв и оформување на коагулум;

Втората фаза - организација на коагулумот, создавање на здраво гранулационо ткиво;

Третата фаза - процес на фиброзирање, односно замена на гранулационото ткиво со сврзно и епителизација на раната ;

Четвртата фаза - осификација и калцификација

на новосоздаденото ткиво.

Овие фази не се одвиваат изолирано, не се строго одделени една од друга, туку се испреплетени меѓу-себно и се одигруваат симултано во алвеолата.

Треба уште да нагласиме дека процесот на зараснување се одвива и под неблагоприятни услови - во присуства на најразлична микро флора и често разни воспалителни процеси во усната празнина, а сепак можеме да кажеме дека еден голем број од екстракционите рани, зараснува нормално и без проблеми. Овој процес зависи уште и од:

1. Морфолошката припадност на забот-дали е едно корен или повеќе корен; заб;

2. Од одонтогената дијагноза -односно причината за екстракција;

3. Видот на анестетичното средство;

4. Егзактно применетата техника на екстракција;

5. Однесувањето на болниот спрема раната (чести испирања, механички повреди и сл.);

6. Општата здравствена состојба, како основен услов за сите биолошки процеси.

Првата фаза - по исполнување на алвеолата со крв, набрзо настапува коагулација на крвта и оформување на цврст и еластичен коагулум, кој всушност претставува

природен тампон на раната и ја штити од крварење и инфекција. Првите два дена тој има црвена боја, но поради постојаното плакнење на коагулумот со плунка, се испираат еритроцитите од поврнината и остануваат само беличестите фибрински наслаги.

Во 2 до 3 дена започнува втората фаза на заздравителниот процес; од алвеолата започнува пролиферација на фибробласти и капиларен ендотел, кои го испреплетуваат коагулумот, се соединуваат помеѓу себе и ја организираат раната. Присутни се клетки од РБС - системот, леукоцити како макрофаги, траки од ендотелни клетки, организација на фибринот, разрастување на капилари, со еден збор процес на создавање на здраво гранулационо ткиво. Клинички, веќе на третиот ден од екстракцијата, раната е скоро на половина смалена, волуменот на коагулумот исто така, рабовите од гингивата се делумно преку коагулумот и се во цврста врска со него.

Постојат различни мислења во однос на организацијата на коагулумот во почетниот стадиум, како и за улогата на остатоците од периодонциумот во овој процес. По едни автори таа организација започнува од перистот на алвеоларниот раб, додека периодонциумот нема никакво влијание на тоа и подлегува на хиалина дегенерација. По други автори, пролиферацијата на фибробластите и ендотелот произлегува од остатоците на периодонциумот

кое местимично заостана по ѕидовите на алвеолата, а епителната пролиферација започнува од сочуваните гингивални рабови. Функцијата на периодонциумот започнува да стапува во првата недела по екстракцијата, за да во втората недела, кога алвеолата е веќе исполнета со младо гранулационо ткиво, богато со хистоцити, фибробласти и нежни крвни капилари кои започнуваат од дното на алвеолата и враснуваат во Коагулум према површината, преоста натиот периодонциум дегенерира.

Во третата фаза везивно ткиво го заменува младото и здраво гранулационо ткиво—до крајот на третата недела. Се карактеризира со појава на вретеновидни, млади сарзни клетки, колагени и ретикуларни фибрили, метахроматски преципитациона супстанца и со присуство на алкални фосфатази. Уште од четвртиот ден, па до крајот на оваа фаза, започнува, а воедно и завршува, епителизацијата на екстракционата рана. Пролиферацијата на епителот, во присуство на гликоген и гликопротеини, започнува од периферијата и оди према центарот на раната преку организираната површина така што рабовите на раната се доближуваат до средината на алвеолата, го прекриваат нејзиниот лумен, оставајќи во средината мала длабнатинка. Таа се одвива несметано се додека е присутно здраво гранулационо ткиво и обично завршува околу 25 ден.

Четвртата фаза е најдолга; таа започнува во втората недела и се карактеризира прво

со развој на груб, fibrilateu слабо калцифициран остеоид, со почеток од дното на алвеолата и во тек на 6 до 8 недели фиброзираното гранулационо ткиво се заменува со младо коскено ткиво, кое рентенски се разликува од околното. Потполна калцификација и осификација настанува за 3 до 6 месеци, така што по овој период алвеолата и структурно и функционално не се разликува од околното коскено ткиво.

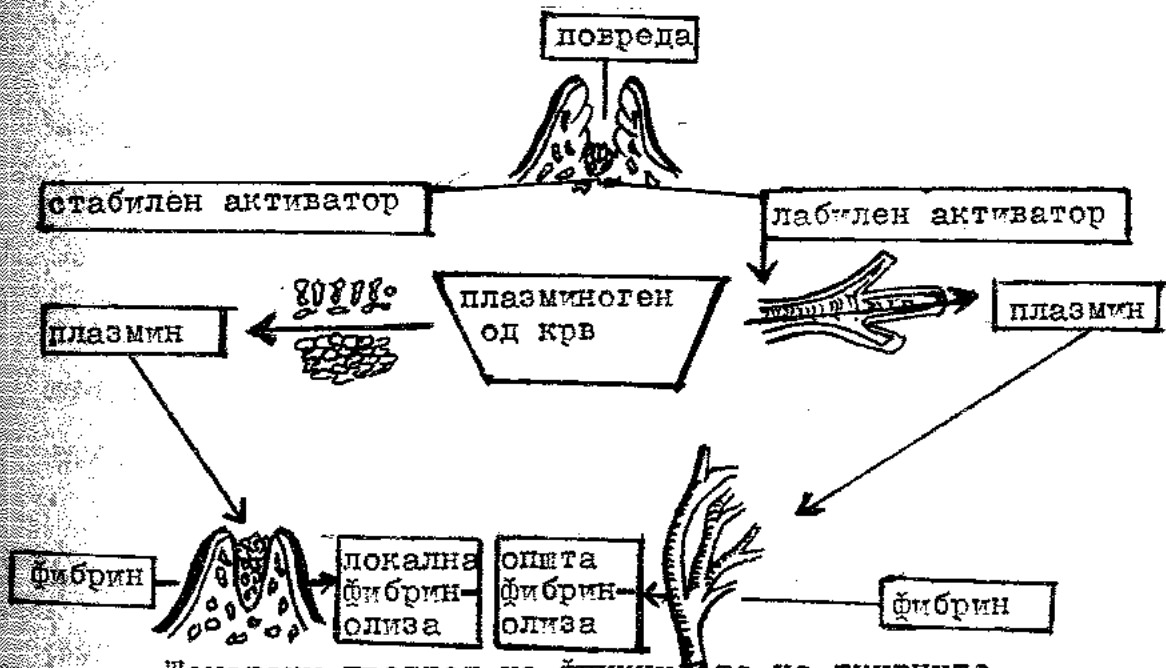
Несметаното одвивање на овие сложени и испреплетени фази на нормалното зараснување на екстракционата рана ги сведува на минимум можностите од појава на пост екстракциони компликации, во смисла на појава на болка и отежнато и продолжено зараснување на раната. Но до нив сигурно ќе дојде ако:

- 1.-По извршената екстракција во алвеолата не се створи коагулум;
- 2 - Формираниот коагулум механички се повреди или отпадне;
- 3 - Крвниот коагулум се инфицира и путридно распадне.

СТАБИЛНОСТ НА КОАГУЛУМОТ ВО ЕКСТРАКЦИОНАТА РАНА

Познавајќи ја улогата на коагулумот во екстракционата рана разбирливо е што многу автори, меѓу кои: Шулте (Schulte), Гавалт (Gewalt), Симпсон (Simpson) Улман (Ulman) и други се занимавале со ова прашање.

Коагулумот како резултанта на пост екстракционата хемостаза како примарна функција, овозможува со своето интегрално присуство елементарни биолошки предуслови за нормално зараснување на екстракционата рана. Штитејќи ја од надворешните инсулти превземајќи ја функцијата



Шематски преглед на функцијата на ткивните активатори во фибринолизата (по БИРН).

на примарен супституент на ткивниот и коскениот дефект.

За да се разбере хемостазата, создавањето и зачувувањето на коагулумот, треба да се познава коагулацијата, фибринолизата, комплемент и кинин системот,

но и влијанието на локалните фактори во овој систем. Сите овие процеси се одвиваат во присуство на протеини, ензими, активатори, ингибитори и други механизми од целиот хуморален систем. Овие елементи од хуморалниот систем се застапени во плунката, која поради тоа делува не само механички на коагулумот туку и биохемиски.

Плувачката покрај другите дејства што ги има, делува и фибринолитички и имунолошки.

Устата е специфично место наде настанува сочуввање и организирање на коагулумот. Рековме специфично место мислејќи на присуството на микрофлората на устата, па затоа овој коагулум не е можно да се заштити и третира во услови на асепса.

Специфичноста исто така се гледа и во тоа што коагулумот не може трајно да се заштити од механички повреда со јазикот и храната.

Со екстракцијата доаѓа до повреда на ткивото а со тоа се предизвикува ослободување на два типа активатори лабилен плазминоген и стабилен активатор.

Има I Лабилниот оди во крвта и плазминогенот го активира во плазмин кој делува веднаш. А стабилен активатор останува локално, и е одговорен за локалната фибринолиза без да предизвика општа фибринолиза.

(14)

ПАТОФИЗИОЛОГИЈА НА БОЛКАТА

Болката е многу комплексен феномен кој не може лесно да се дефинира, затоа што тоа е истовремено чувство, и запазување. Како чувство е непријатно, предизвикано од штетни влијанија во организмот и претставува субјективна реакција на тие влијанија кои можат да бидат од механичка, физичка, хемиска и инфektivно-токсична природа.

Јачината на болката предизвикана од одредено штетно влијание или дразба не зависи само од видот на дразбата, туку и од местото на делување како и од психо-физичката состојба на болниот. Ткивата кои се побогати со сензитивни нервни влакна (коска, периост, кожа) се поосетливи и поболни при пов реда или хирушка интервенција ај од другите ткива кои имаат помалку сензитивни граникња (на пример мускули).

Келиските тела на сензорните неурони на нервус тригеминус се наоѓаат во Гасеровиот ганглион. Болката од орфацијалното подрачје преку дендритите се пренесува прво до овој ганглион, а оттаму преку таламусот до високите центри на големиот мозок.

Таламусот има клучно место за мобилизирање и појачување на болката. Во него болните дразби се уобличуваат, се претвараат во чувство и добиваат свој ефективен акцент.

Болните реакции се манифестираат и опишуваат од пациентот на различни начини, а по траење болката може да биде стална (континуирана), повремена (во напади), на дразба, или да се појавува сама од себе-спонтана.

За дијагноза на болката прво треба да се исклучи психичката компонента кај болниот, второ да се утврди видот и карактерот на болката и да се најдат објективните причини за нејзиното појавување.

Присуството на болка е најчесто причина на принудување на пациентот да се обрати кај лекар за помош. Таа е прв симптом на многу заболувања и ни дава значајни податоци за поставување на дијагнозата и примена на адекватна терапија. Болката често ни укажува на местото, обемот и интензитетот на патолошкиот процес, а во исто време ни помага во процената како на тежината така и на токот на заболувањето. Таа е централен проблем во стоматологијата и претставува најважна задача за стоматологот - со сите расположиви средства, опрема и знаење да обезбеди максимално безболна работа, а таму каде веќе е појавена болката брзо и успешно да ја санира.

Причините за појава на постекстракциона болка можат да бидат различни: повреди на меки ткива, заостанат корен во алвеолата, заостанати гранулации или друго патолошко ткиво, присуство на страно тело во алвеолата, повреда на коскено ткиво, остри рабови од алвеолата, неостранет фрактуриран интеррадикуларен септум, не нивелиран интеррадикуларен септум, груба и трауматска екстракција, повреда на нерви, инфекција и а коагулумот и екстракционата рана и секако сува и празна алвеола односно појава на алвеолит.

(18)

(А Л В Е О Л И Т)

П Р Е Г Л Е Д Н А Л И Т Е Р А Т У Р А

Во литературата, а и во практиката се сретнува идентификација на терминот DOLOR POST EXTRACTIONEM со алвеолитот. Меѓутоа имајќи ги во предвид и другите етиолошки моменти кои доведуваат до болка после екстракција како алвеолит може да се прифати и се прифаќа само една определена клиничка состојба. Имено, тоа е состојба која се јавува 2 до 3 дена по извршената екстракција, но може да се појави и истиот ден по престанувањето на анестезијата, или дури и по 7 дена од извршената екстракција, а се карактеризира со спонтани, интензивни, непрекинати, ирадирачки, истоштувачки болки, кои и со јаки аналгетици не се смируват во целост. Пациентот е истоштен, неспособен за работа, често пати интоксигиран од преголеми дози и често земање на аналгетици, а наспроти тоа локалниот наод е незначителен во споредба со интензитетот на болката и општата состојба на болниот. Во објективниот наод наоѓаме широко отворена екстракциона рана, празна алвеола, чии видови се покриени со сивкасто-зеленкасти маси или пак делумно исполнета со остатоци од распаднат коагулум и присутен јак фетор-екс оре. Гингивалните рабови се ливидно пребоени, но нема оток на околното меко ткиво ниту реакција на регионалните лимфни жлезди. Отсуствуваат познатите знаци на воспалението—како клинички, така и лабораториски.

Раководени од болката како доминантен симптом

во клиничката слика на алвеолитот, поедини автори Матис, (Mathis), Лишлер (Pichler) сметаат дека е тоа воспаление на алвеоларните нерви, па отаму и називот неуритис на алвеоларните нерви својата теза ја поткрепуваат со неуралгичниот карактер на болката и со фактот што почесто се јавува во долната вилица. По Шуборт (Schubert) болките се должат на стрепто-стафилококна инфекција на коагулумот а по негово распаѓање и инфекција на незаштитените нервни завршетоци. Притоа значај му се придава и на влијанието на ослободениот хистамин, хепарин и брадикинин. Се оди дури и дотаму да во клиничката слика се наведува и оток на регионалните лимфни жлезди и околното меко ткиво, (Szabo, Jono) како и фебрилност или субфебрилност на пациентот.

Според Хофенбах (Hofenbach) и Кригер (Kroger) (1966 год) - продолжениот вазоконстрикторен ефект од локалниот анестетик се смета за примарен фактор за неисполнување на алвеолата со крв, а на тој начин и подготвување на терен за инфекција.

Мак Грегор (Mac Gregor) пак и дава предност на траумата, односно на тежината на екстракцијата, додека Хан (Hahn), Цанге (Zange) Тома (Thoma) и др. наведуваат дека значајна улога во настанувањето на оваа компликација има и хигиената на устата, како и склоноста на пациентот кон формирање на коагулум без соодветен квалитет, а притоа да не постојат одредени хеморагични

или други интерни заболувања.

Шулте (Shulte) (1971), Мејснер (Meysnar), и Панзер (Panzer) (1973), Шмит (Schmidt) (1967), Тома (Thoma) (1963), дури и ја обвинуваат претераната хигиена на устата како еден помошен фактор во етиопатогенезата на алвеолитот. За штетно го сметаат испирањето на алвеолата по екстракција на забот како и користењето на разни дезинфекциони средства од страна на пациентот, и тоа од два аспекта: прво, заради нарушување на процесот на коагулација и второ, заради намалување на локалните одбранбени реакции на ткивото.

Во последно време многу автори (Берн (Birn) Улман (Ulman), Ленер (Lenher), Шулте (Shulte) и др. во етиологијата на алвеолитот најголем значај и придаваат на фибринолитичката активност на плунката и микрофлората од усната празнина и затоа според нив алвеолитот е почест во долната вилица, особено по екстракцијата на долните молари и премолари, чии алвеоли лесно се исполнуваат со плунка.

Како што гледаме постои голема шареноликост во етиолошките моменти одговорни за појава на алвеолитот па отаму произлегува и различната терминологија. Како под поимот алвеолитис многу автори вбројуваат и состојби со јасна причина за нивно настанување инфекција на екстракциона рана, иритативни фактори—остри рабови, не

(22)

нивелиран септум и т.н.), клинички слики соодветни на причините, постои и голема разлика во статистичките податоци за зачестеноста на појавата на алвеолитот.

Така, Ериксон (Erikson) соопштува процент дури од 68,4%, а Хал (Hall), Билдман (Bildman) и Хант (Hand) 25 до 30% го нагласуваа дека најголем дел од овој процент се однесува на алвеолит по екстракција на долниот умник особено по негово хирушко отстранување.

Гулберт (Gillbert), Доналд (Donald), Хомер (Homer), Јохан (Johan) во својата студија (1975) предупредуваат дека жените кои користат контрацептивни средства се поподложни на појава на алвеолит што треба да се има во предвид при тумачењето на почестата појава на оваа компликација кај жените.

По прашањето на алвеолитот единствена согласност на авторите постои во однос на неговата предилекција: Имено факт е дека е тој почест во долната вилица и тоа кај моларите и премоларите, отколку во горната вилица. По Рајхенбах (Reichenbach) долните први молари учествуваат со 38%, умниците и премоларите 20%, горниот прв молар 30%, а останатите заби со 13%. Според Јоџиќ (Jožić) и соработници кај долните молари (прв и втор молар) алвеолитот се сретнува во 43%, кај умниците 37%, долните премолари 18%, а инцизивите во 2% случаи.

Објаснувањето за оваа предилекција (Арчер (

(Archer), Берн (Birn), Дешом (Deschaume), Вајт (Waite), Ленер (Lenjer), и др. го наоѓаат во компактоста на мандибулата и аналогно на тоа во послабата васкуларизација и исхрана на алвеолата.

Според овие автори алвеолите на долните молари и премолари се со подебели кортикални ламели, со послаба васкуларизација, а редовно "поплавени" со плунка од што резултира присатна фибринолитичка активност и пореметен локален метаболизам.

Но постојат и спротивни мислења, Мише (Miše) според кој ваквото објаснување е неодржливо затоа што васкуларизацијата на алвеолата не доаѓа преку компактата на мандибулата, наспроти тоа анатомски услови на долната вилица почесто условуваат потешка екстрадија и поголема траума на околиното ткиво што го потпомага настанувањето на алвеолитот.

ТЕРАПИЈА НА АЛВЕОЛИТОТ

Како што постои шареноликост во ставовите за етиолошките фактори на алвеолитот, исто така и во терапијата не постои единствена метода, со која успешно се лечи оваа состојба. Повеќе автори ги изнесуваат своите искуства и препорачуваат различни терапевтски постапки, но до денес ниедна од нив не е усвоена како најдобра. Терапијата со јодоформ газа, цинк - оксид завој и локална апликација на најразлични медикаменти их е воглавно палијативна.

Тамо (Thoma) , Мак Грегор (Mac Gregor)
 Најнер (Neuner) , Шулбет (Shulte) и многу други како се
 занимавале со проучувањето на овој проблем се согласуваат
 во едно: дезинфекцијата на устата и испирањето на алвеола-
 та по екстракцијата на забот, ако нема права индикација
 за тоа, да не се изведува, затоа што повеќе штети во однос
 на коагулумот отколку што користи. Тоа е подобро да се
 направи пред екстракцијата, а кога веќе дошло до појава на
 алвеолит постапката е следна: под локална инфилтративна
 анестезија со анестетик без вазоконстриктор, со кирета се
 отстрануваат распаднатите маси од алвеолата, се освежуваат
 нејзините ѕидови, се испира со хидроген и физиолошки
 раствор, се предизвикува свежо крварење во алвеолата, со
 цел да се створи нов коагулум. За да се заштити раната од
 шунка, храна, бактериската флора се прекрива со завој од
 цинк-оксид со еугенол или јодоформ дрен наквасен во солуцио
 хлумски. Оваа постапка е недополнета и со зрачење со
 солукс лампа во траење од 15 мин. во тек на повеќе денови.

Локалната примена на антибиотици и сулфонамиди
 потврдено од повеќе истражувачи и клиничари покажува
 отсуство на влијание како на клиничката слика, така и на
 времето на зараснувањето на екстракционата рана.

Задоволителни резултати не се постигнати ни со
 примената на протеолитичките ферменти како трипсин и

Химотрипсин.

Во литературата има многу стручни трудови во кои се препорачува употребата на ацетил - салицилната киселина во вид на чепчиња под името апернил. Апернилот се состои од ацетил салицилна киселина и пара окси бензолова киселина. Ноер (Noer) и Шег (Scheg) основното дејство и го придаваат на ацетил салицилната киселина заради аналгетичното дејство на нервните завршетоци во алвеолата, а Шулте (Shulte) предност и дава на другата компонента пропилниот естер на параоксибензоловата киселина, која инхибиторно делува на фибринолизата, затоа што според Бирн (Birn) пресудниот момент во настанувањето на алвеолитот е рамнотеката меѓу организацијата на коагулумот и фибринолитичката активност на плунката, бактериите и распадните клетки. Меѓутоа и апернилот и небацетинот и алвожилот, како и другите бактерицидни, аналгетични и други средства не ги дадоа саканите резултати, па и понатаму терапијата на алвеолитот останува отворено прашање.

(26)

ФОРМУЛАЦИЈА НА ПРОБЛЕМОТ

ФОРМУЛАЦИЈА НА ПРОБЛЕМОТ

Отсуството на сигурни и превалирачки причини за појавата на алвеолитот, како и проблемите поврзани со лекувањето на оваа состојба, беа раководниот мотив за потврдување на вистинската партиципација на постојаните етиолошки фактори кај нашите пациенти, како и ефикасноста од примената на поедини терапевтски постапки во лекувањето на оваа и денес мошне актуелната постекстракциона компликација, оставајќи притоа простор и за сопствени запазувања и соознавања како во етиологијата, така и во терапијата на оваа компликација.

Нашите клинички истражувања ги поставивме така, да го пратиме:

I - Влијанието на следните фактори во појавата на алвеолитот;

1. Општата здравствена состојба на пациентот;
2. Возраста на пациентот;
3. Траумата при екстракција на забите;
4. Анестезијата;
5. Инфекцијата;
6. Хигиената на устата;

II - Локализацијата на алвеолитот;

1. Во горната вилица;
2. Во долна вилица;

(28)

III - Трапија на алвеолитот со:

1. Јодоформ газа натопена со солуцио хлумски;
2. Цинк оксид - еугенол - завој;
3. Небацетин чепчиња;
4. Апернил чепчиња.

(29)

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАБОТА

За овој труд беа екстрахирани 5750 заби кај пациенти кај кои постоеја индикации за екстракција, со припадност на обата пола и старосни групи од 20 до 70 годишна возраст.

За согледување на општата здравствена состојба на пациентот се водеше анкетен лист, со исцрпни анамнестички податори заради регистрирање на евентуално постоење на:

- а) Кардио-васкуларни заболувања;
- б) Хематолошки заболувања;
- в) Респираторни заболувања;
- г) Дигестивни заболувања;
- д) Бубрежни заболувања;
- ф) Реуматски заболувања;
- е) Хормонални заболувања.

Во однос на анестезијата пациентите ги поделивме на три групи.

Кај првата група, екстракцијата на забите се изведуваше со локален анестетик со вазоконстриктор.

Кај втората група, анестетикот беше без вазоконстрикторна компонента и тоа кај еден број од нив вазоконстрикторот го елиминиравме заради општата здравствена состојба на пациентот — односно според индикациите за употреба на симпато миметиците, а кај другиот дел од пациентите од оваа група тој беше намерно изоставен, заради согледување на влијанието на вазоконстрикторот врз појавата на алвеолитот.

Кај третата група пациенти екстракциите се изведуваа со површински локален анестетик затоа што тоа беа екстракции на заби со луксација од 3 и 4 степен, односно лесни, краткотрајни и брзи екстракции.

Кај сите три групи како локален анестетик го користевме ксилокаинот и тоа: 2% ксилокаин со епинефрин во разблажување 1:80000, 2% раствор на чист ксилокаин и 10% ксилокаин спреј за површинска анестезија.

Како метод за обезбедување ја применивме локалната инфилтративна анестезија и тоа зависно од индикацијата и местото на интервенцијата, во вид на терминална и спроводна инфилтративна анестезија и површинска локална анестезија.

Пред самата екстракција независно од дијагнозата и од морфолошката припадност на забот, правевме рентгенолошка процена на токот на екстракцијата за оние заби за кои сметаме дека е тоа потребно. Пост-екстракцијата рентгенски беа контролирани и сите случаи кај кои дојде до појава на алвеолит. Според токот на екстракцијата направивме подела на:

1. лесна или типична екстракција;
2. тешка или атипична екстракција;
3. хируршка екстракција.

За да можеме да ја регистрираме партиципацијата на инфекцијата во настанувањето на оваа компликација

по екстракција на забите, како и за квалитативно и квантитативно одредување на микрофлората, земавме брис од гингивалниот сулкус на забот пред екстракција, од букалната слузокожа, подот на устата и од алвеолата и правевме директен размас на микроскопска плоча и боење по Гранм, како и засејување на течно хранилиште-тиоглуколат бујон. Истата постапка ја изведувавме и кај случаите кај кои дојде до појава на алвеолит со земање на брис од алвеолата, а лабораториските испитувања и микробиолошката верификација беа вршени на институтот за микробиологија во Штип.

Во оваа наша студија нè интересираше уште како влијае хигиената на устата врз деградацијата на коагулумот и појавата на алвеолит, па со инспекција и анамнеза ја регистриравме како додатен параметар и тоа како добро одржувана хигиена на устата и лоша хигиена. Покрај овој, ние ги регистриравме и другите фактори кои можат да доведат до деградација на коагулумот и тоа: инфекција на екстракционата рана потврдена со микробиолошко испитување на коагулумот; механичка повреда на коагулумот заради несоодветни постапки од страна на пациентот (шмукање, исципување на раната, чести испирања), присуство на страно тело-констатирано при ревизија на екстракционата рана или со претходна рентгенска снимка и недоволно крварење во алвеолата и покрај обидот да со

кирета испровоцираме крварење, а тоа значи несоздавање на цврст, еластичен и квалитетен коагулум.

Локализацијата на алвеолитот во горна и долна вилица како и по регии-моларна, премоларна регија или во фронтот, претставуваше за нас посебен интерес. Притоа всесно ја регистриравме и појавата на болка по денови по екстракцијата, како и следење на нејзиниот интензитет со регистрирање на врвната точка, и должината на траењето на болката исто така по денови.

Сите добиени податоци статистички ги обработивме и во трудот ги прикажуваме во вид на табели и графикони.

Терапијата на алвеолитот, нејзината ефикасност и времетраење ја проследивме преку примена на:
-јодоформ дрен наксасен во солуцио хлумски, цинкоксид-еугенол завој, небацетин и апернил чепчиња и солкосерил желе и маст.

По дијагностицирањето на алвеолитот и примена на било кој тераписки метод, прво под соодветна локална инфилтративна анестезија, задолжително без вазоконстриктор вршевме киретажа на алвеолата, испирање со хидроген, физиолошки раствор. По оваа постапка ги применивме сите горе наброени методи подеднакво, со таа разлика што солкосерилот го употребувавме во наредните денови по обработката на раната, во испрана и потсушена

(34)

алвеола и тоа прво аплициравме желе, а по намалување или престанување на болката и појава на првите гранулации, го заменуваме со солкосерил маст да се заштитиме солкосерил од пунка, во алвеолата поставуваме и кус јодоформ дрен, а доког го менуваме секој втор ден. И кај оваа метода како и кај другите, терапијата ја надополнувавме и со солукс брачење од по 15 минути во тек на неколку дена.

(35)

РЕЗУЛТАТИ

На екстрахирани 5750 заби во горна и долна вилица,
идентифицирани појава на алвеолит кај 53 пациенти или
изразено во проценти 0,92%.

На табелата број (1) е прикажан вкупниот број
на екстрахирани заби и бројот на пациентите со алвеолит.

БР. НА ЕКСТ. ЗАБИ	АЛВЕОЛИТ	%
5750	53	0,92

Табела 1.

Во однос на возраста и полот, од аспект на вкупниот број екстрахирани (5750) заби, најголем број се изведуваат меѓу 20-30 годишна возраст, приближно подеднакво во двете вилици, но нешто почесто кај жените.

Кога е во прашање фреквенцијата може да кажеме дека е почест меѓу 30 и 50 годишна возраст, со мала предоминанија кај жените.

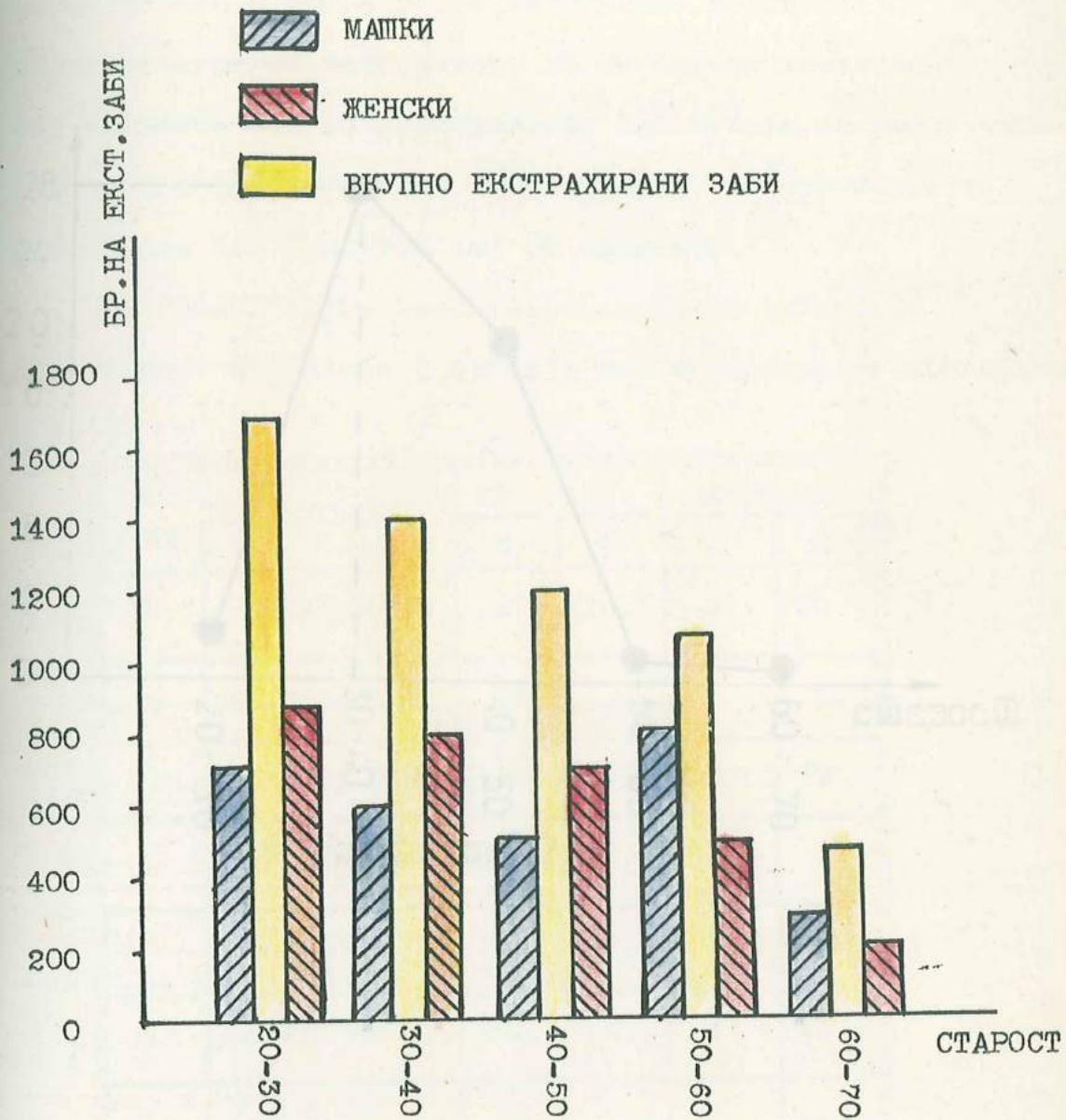
Податоците можат да се видат од табела број 2 и графиконите број 1 и 2.

СТАР.	ПОЛ	БР. НА ЕКС. ЗАВ	МАКСИЛ.	МАНД.	АЛВЕО.	
					М	Ж
20-30	М 690	1612	927	686	1	2
	Ж 851					
30-40	М 575	1389	713	676	11	17
	Ж 782					
40-50	М 472	1153	484	669	8	11
	Ж 653					
50-60	М 575	1164	471	692	1	1
	Ж 472					
60-70	М 214	432	232	201	1	-
	Ж 188					
ВКУПНО	М 2526	5750	2826	2924	22	31
	Ж 2946					

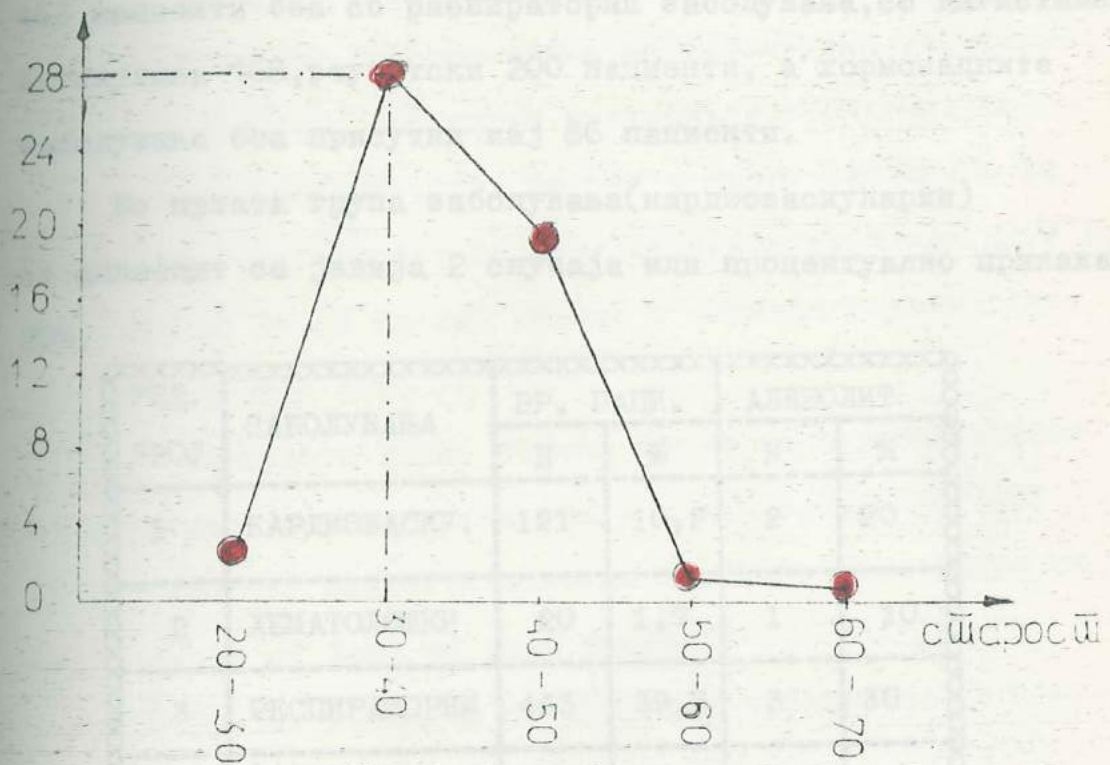
Табела 2

Како што се гледа од табелата, на 30-40 годишна возраст се екстрахирани вкупно 1389 заби, од кои 575 кај припадници на машкиот пол, а 782 кај женскиот пол. Екстрахирани во горна вилица се 713, а во долна вилица, 676 заби. Од овој број на екстрахирани заби кај 28 пациенти на возраст од 30-40 години дојде до појава на алвеолит, и тоа кај 11 мажи и 17 жени. Кај 19 случаја алвеолитот се јави на возраст од 40-50 години. Во оваа годишна возраст беа екстрахирани 1153 заби, и тоа 472 кај мажи и 653 кај жени, додека во другите старосни групи алвеолитот се јавуваше поретко.

Според табелата може да се забележи дека од вкупно 5750 екстрахирани заби, 2526 екстрахирани се кај мажи, а 2946 кај жени. Во горната вилица беа екстрахирани 2826 заби, а во долната 2824, од кои алвеолит се појави кај 53 пациенти, 22 мажи и 31 жени, а од тоа 18 случаи се со алвеолит во горна вилица и 35 случаи со алвеолит во долна вилица.



Графикон 1



Гр. Оукон 2

Б	БУВРЕНЯ	120	10,8	8	80
А	РЕЗНАТОК	800	17	1	10
Б	ХИЖАЦИ	80	7,3	1	10
	ВКУШО	1196	100	10	100

Табела 3

Според анкетниот лист кој го водевме за секој пациент одделно кај 1178 пациенти во личната анамнеза регистрирано е некое општо заболување и тоа: во 121 случај кардиоваскуларно заболување, во 20 случаи хематолошко, 463 пациенти беа со респираторни заболувања, со дигестивни заболувања 168, реуматски 200 пациенти, а хормоналните заболувања беа присутни кај 86 пациенти.

Во првата група заболувања (кардиоваскуларни) со алвеолит се јавија 2 случаја или процентуално прикажано 20%.

РЕД. БРОЈ	ЗАБОЛУВАЊА	БР. ПАЦИ.		АЛВЕОЛИТ	
		Н	%	Н	%
1	КАРДИОВАСКУ.	121	10,8	2	20
2	ХЕМАТОЛОШКИ	20	1,7	1	10
3	РЕСПИРАТОРНИ	463	39,3	3	30
4	ДИГЕСТИВНИ	168	14,3	-	-
5	БУБРЕЖНИ	120	10,8	2	20
6	РЕУМАТСКИ	200	17	1	10
7	ХРМОНАЛНИ	86	7,3	1	10
	ВКУПНО	1178	100	10	100

Табела 3

Во втората група беа пациенти со хематолошки заболувања, од кои најчесто беше анемијата.

Од 20 пациенти, само кај еден пациент дојде до појава на алвеолит.

Третата група и припаѓа на болни со распираторни заболувања. Во оваа група на заболувања регистрирани беа: хроничен бронхитис, пнеумонија, бронхопнеумонија и пнеумоконијаза, која за жал е многу застапена во нашата општина. Бројот на овие пациенти се движи дури до 463 односно 39,3% од кои имавме 3 случаја со алвеолит, или во проценти 30%.

Четвртата група опфаќа болни со дијагнози: гастритис, улкус венстрикули и улкус дуодени. Нивниот број изнесуваше 168 пациенти односно 14,3%. Во оваа група со алвеолит не се јави ни еден пациент.

Од 120 пациенти со бубрежни заболувања со алвеолит се јавија 2 случаја или 20%.

Во групата со реуматски заболувања имавме 86 пациенти, а до појава на алвеолит дојде само кај еден пациент.

И во седмата група (со ендокрини заболувања, пред се дијабетес) имавме 86 пациенти или 7,3%, од кои само кај еден случај дојде до оваа постекстракциона компликација односно до развој на алвеолит.

(43)

Со табела 4,5 ја прикажуваме локализацијата на алвеолитот. На табела број 6 се прикажани екстрахираните заби во горната вилица.

Во горната вилица алвеолитот, како пост екстракционa компликација, најчесто се јавуваше кај првите молари. Од вкупниот број на пациенти со алвеолит (53), кај 8 пациенти алвеолитот се јави кај првите молари, односно 15%, а кај 2 пациенти или 3,8% алвеолит се појави кај вторите премолари. Вторите молари учествуваа со 5 случаја, односно 9,4%.

ЛОКАЛИЗ.	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	
АЛВЕОЛИТ	†	-	2	2	1	8	5	-	18
%	-	-	3,8	3,8	1,9	15,0	9,4	-	34,0

Табела 4

ЛОКАЛИЗ.	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	
АЛВЕОЛИТ	-	-	1	1	1	16	6	10	35
%	-	-	1,9	1,9	1,9	30,2	11,3	18,9	66,0

Табела 5

Кај екстрахираните горни централни и латерални инцизивни, немаме појава на алвеолитот, како и кај третите молари, додека пак кај канините оваа компликација се појави кај 2 пациенти, односно 3,8%.

Вкупниот број на случаи со алвеолит кај екстрахираните заби во горната вилица изнесува 18 пациенти, или процентуално прикажано 34,0%.

На табела број 5 е табеларниот приказ на појава на алвеолит кај екстрахираните заби во долна вилица.

Најголемиот број на алвеолит се појави по екстракција на долните први молари, дури кај 16 пациенти, (30,2%). На второ место доаѓаат долните умници со вкупен број 10, односно 18,9%, потоа долниот втор молар со 6 случаи или 11,3%. На крајот кај долните премолари и канинот алвеолит се појави во 1 случај или изразено во проценти 1,9%.

Од табелите број 5 многу е впечатливо дека алвеолитот е многу почест во долната вилица и изнесува 35 пациенти или 66,0% од вкупниот број на случаи.

Од вкупно 5750 екстрахираните заби во горната вилица најчесто беа екстрахираните првите молари 663 (23,5%), втори премолари 483 (17,0%), втори молари 471 или 16,7%, први премолари 390 или (13,8%) трети молари 345 односно 12,2%, канини 204 односно 7,2%,

(45)

АЛВЕОЛИТ

14
12
10
8
6
4
2
0

1|1 2|2 3|3 4|4 5|5 6|6 7|7

АЛВЕОЛИТ

16
14
12
10
8
6
4
2
0

1|1 2|2 3|3 4|4 5|5 6|6 7|7 8|8

ГРАФИКОН 3

Табела 7

ГРАФИКОН 4

(46)

втори инцизиви 142 или 5% и на крајот први инцизиви 128 или 4,5%.

ЛОКАЛИЗ.	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	
Бр. НА ЕКС.ЗАБИ	128	142	204	390	483	663	471	345	2826
%	4,5	5,0	7,2	13,8	17,0	23,5	16,6	12,2	100

Табела 6

ЛОКАЛИЗ.	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	
Бр. НА ЕКС.ЗАБИ	124	154	103	218	368	781	656	520	2924
%	4,2	5,3	3,5	7,5	12,6	26,7	22,4	17,8	100

Табела 7

Во долната вилица најчесто беа екстрахирани првите молари 781(26,7%) потоа втори молари 656(22,4%), третиот молар 520 односно 17,8%, втори премолари 368 или во проценти (12,6%), прв премолар 218, (7,5%), долни втори инцизиви екстрахирани 154, процентуално (5,3%) долни први инцизиви 124(4,2) долни канини 103 во проценти(3,5), Овие податоци може да се видат од табелите број (7)

Екстракцијата како хируршка интервенција е болна за пациентот. За обезбедување на работното поле, како и за обезбедување на спокојна работа на стоматологот даваме анестезија. Дали видот на анестезијата и избраниот локален анестетик е еден од факторите за појава на алвеолитот вршеме испитување и кај нашите пациенти со примена на :

1. Спроводна локална инфилтративна анестезија;
2. Терминална локална инфилтративна анестезија;
3. Површинска локална анестезија.

Од средствата за локална анестезија го користевме Xylocain со вазоконстриктор ($\frac{2}{Xylocain}$ со epinefrin во разблажување 1 : 80000) и $\frac{2}{Xylocain}$ во чиста форма без додаток на адреналин.

Резултатите од нашите испитувања ги прикажуваме и табеларно. На табела број 8 и графикон 5 ги прикажуваме методите на анестезија и бројот на изведени локални анестезии.

БРОЈ НА АЛВЕОЛИТ	СПРОВОДНА АНЕСТЕЗИЈА	ТЕРМИНАЛН, АНЕСТЕЗИЈА	ПОВРШИНСКА АНЕСТЕЗИЈА
53	38	14	1
100%	71,7	26,4	1,9

Табела 8

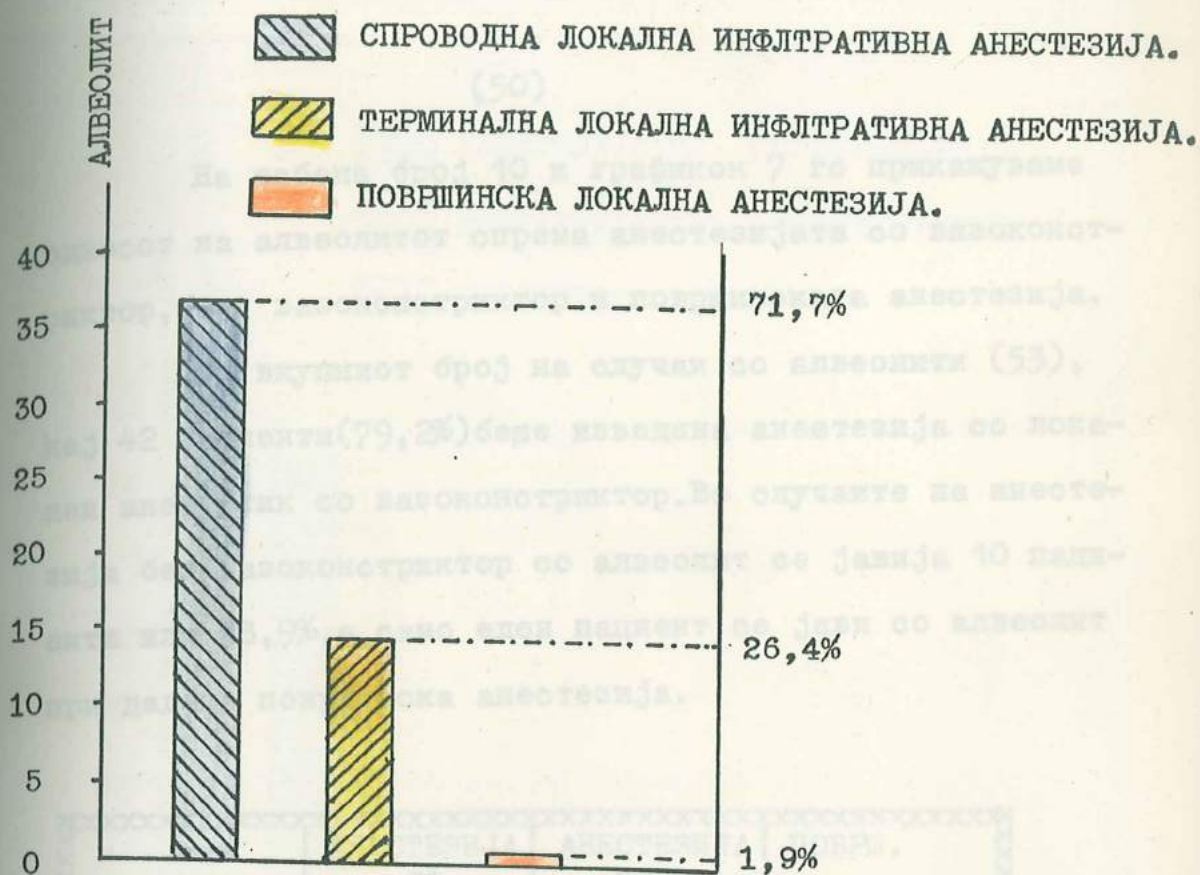
Кај 2924 пациенти е изведена мандибуларна спроводна инфилтративна анестезија. Клиничка слика на алвеолит развија 38 пациенти или 71,7%. Со терминална анестезија беа третирани 2826 а од нив со алвеолит се јавија 14 пациенти, односно 26,4%, а само 1 пациент или 1,9% од вкупно 740 случаи на изведена површинска анестезија се јави со алвеолит.

бр. на екст. заби	анестезија со вазоконос.	анестезија без вазоконос.	површ. анестезија
5750	2950	2060	740
100%	51,3	35,8	12,9

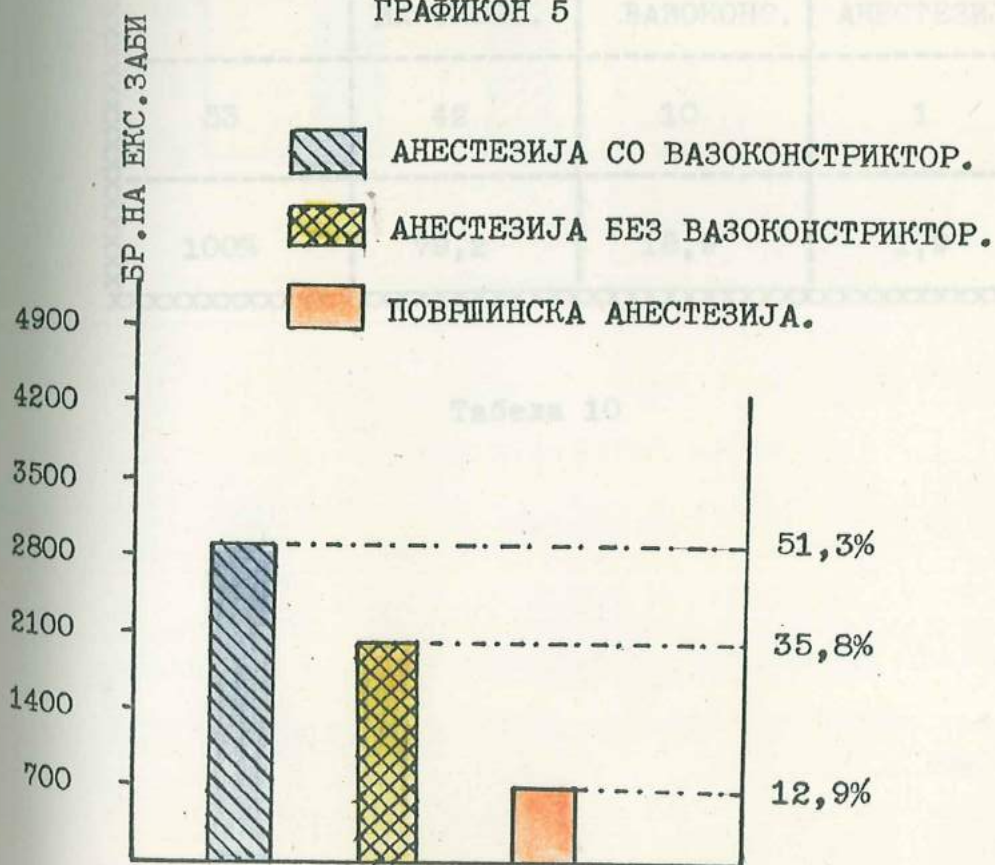
Табела 9

На следната табела бр.9 и графикон 6 даден е преглед на бројот на изведени анестезии со вазоконстриктор без вазоконстриктор и анестетик за површинска анестезија.

Од вкупно 5750 екстрахирани заби со вазоконстриктор беа изведени 2950 екстракции (процентуално 51,3%, а 35,8% , односно 2060 екстракции беа изведени со анестезија без вазоконстриктор, 740 заби или 12,9% беа екстрахирани со површинска анестезија.



ГРАФИКОН 5



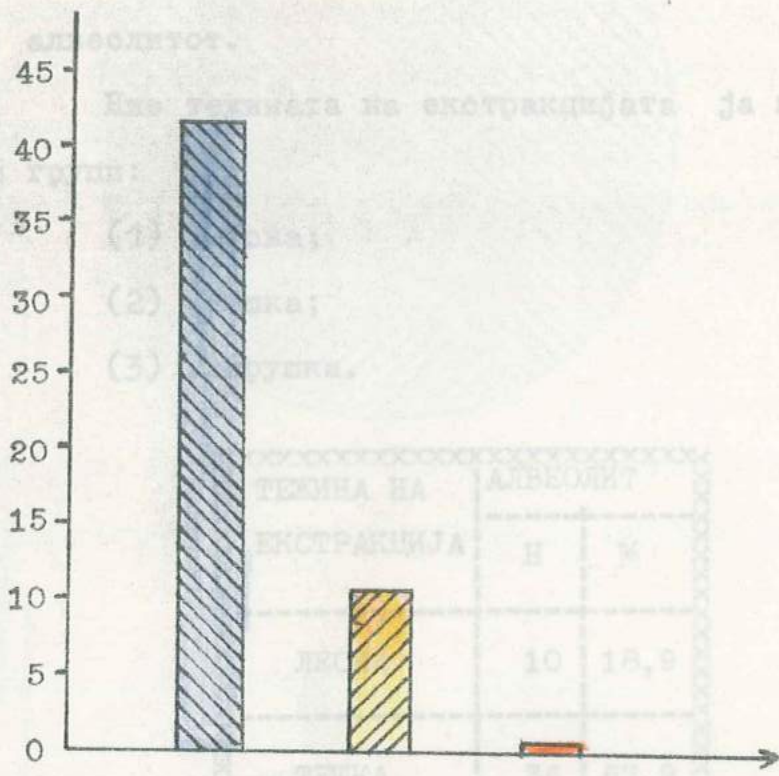
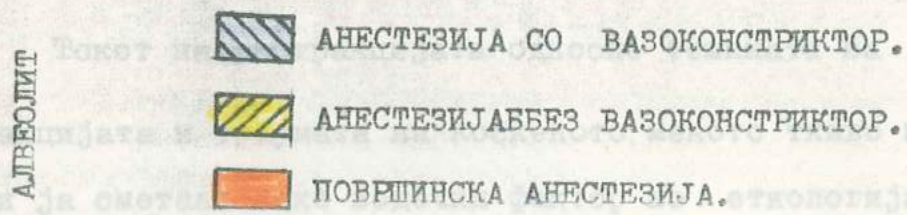
ГРАФИКОН 6

На табела број 10 и графикон 7 го прикажуваме односот на алвеолитот спрема анестезијата со вазоконстриктор, без вазоконстриктор и површинската анестезија.

Од вкупниот број на случаи со алвеолити (53), кај 42 пациенти (79,2%) беше изведена анестезија со локален анестетик со вазоконстриктор. Во случаите на анестезија без вазоконстриктор со алвеолит се јавија 10 пациенти или 18,9%, а само еден пациент се јави со алвеолит при дадена површинска анестезија.

АЛВЕОЛИТ	АНЕСТЕЗИЈА	АНЕСТЕЗИЈА	ПОВРШ. АНЕСТЕЗИЈА
	СО ВАЗОКОНС.	БЕЗ ВАЗОКОНС.	
53	42	10	1
100%	79,2	18,9	1,9

Табела 10



ТЕХНИКА НА ЕКСТРАКЦИЈА	АЛВЕОЛИТ	
	Н	%
ЛЕСНА	10	18,9
ТЕШКА	36	67,9
ГРАФИКОН 7	7	13,2
ВКУПНО	53	100

Табела 11

Во групата на лесна екстракција ги сметаме забите кои се екстрахирани со клекта без притоа да настане фрактура на коронката или коренот. Во оваа група

Токот на екстракцијата односно тежината на екстракцијата и траумата на коскеното мекото ткиво многу автори ја сметаат како водечки фактор во етиологијата на алвеолитот.

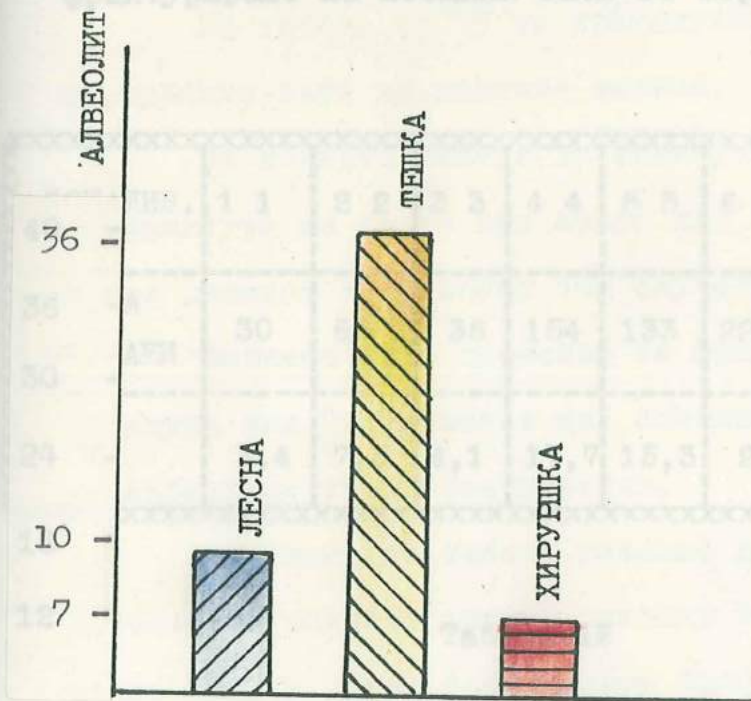
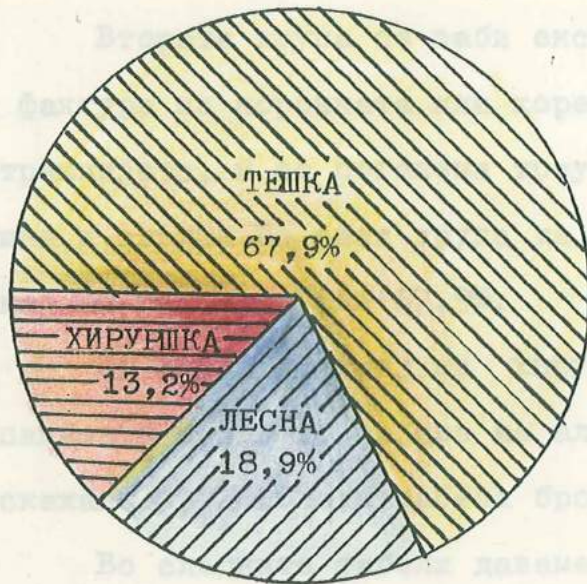
Ние тежината на екстракцијата ја поделивме во три групи:

- (1) .лесна;
- (2) .тешка;
- (3) .хирушка.

ТЕЖИНА НА ЕКСТРАКЦИЈА	АЛВЕОЛИТ	
	Н	%
ЛЕСНА	10	18,9
ТЕШКА	36	67,9
ХИРУРШКА	7	13,2
ВКУПНО	53	100

Табела 11

Во групата на лесна екстракција ги сместивме забите кои се екстрахирани со клешта без притоа да настане фрактура на коронката или коренот. Во оваа група



ГРАФИКОН 8

(54)

се јавија 10 случај со алвеолит или 18,9%.

Втората група се заби екстрахирани атипично, заради фактура на коронката или корените со подолг ток на екстракцијата, и со поголема траума заради употреба на машина и сврдла. Во оваа група де појава на алвеолит дојде кај 36 пациенти или 67,9%.

Од вкупниот број на хирушки екстракции(283) кај 7 пациенти дојде до појава на алвеолит или процентуално искажано 13,2%. Следи табела број 11 и графикон бр.8

Во следните табели даваме статистички податоци од екстрахираните 5750 заби, и односот помеѓу фрактурирање на поедини заби во горне и долна вилица.

ЛОКАЛИТЕ,	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	
БР. НА ФР. ЗАБИ	30	65	36	154	133	225	132	89	872
%	3,4	7,5	4,1	17,7	15,3	25,8	15,8	10,2	

Табела 12

Во табелата број 12 може да се види дека во горната вилица најчесто се фрактурира горниот прв молар и тоа 225 случаи, или 25,8%. На второ место е горниот прв премолар 154 или 17,7%. Кај горен втор молар фрак-

(55)

тура имавме кај 133 случаи или 15,3%.

ЛОКАЛИЗ.	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	
БР. НА ФР. ЗАБИ	10	18	20	46	74	256	193	142	768
%	1,3	2,3	2,6	6	9,6	34,5	25,1	18,5	

Табела 13

Во табела бр.13 ги прикажуваме најчесто фрактурираните заби во долната вилица.

Во долната вилица до фрактура најчесто доаѓаше до фрактура на долен прв молар кај 256 случаи со 34,5%, потоа долниот трет молар 142 случаи, односно 18,5%.

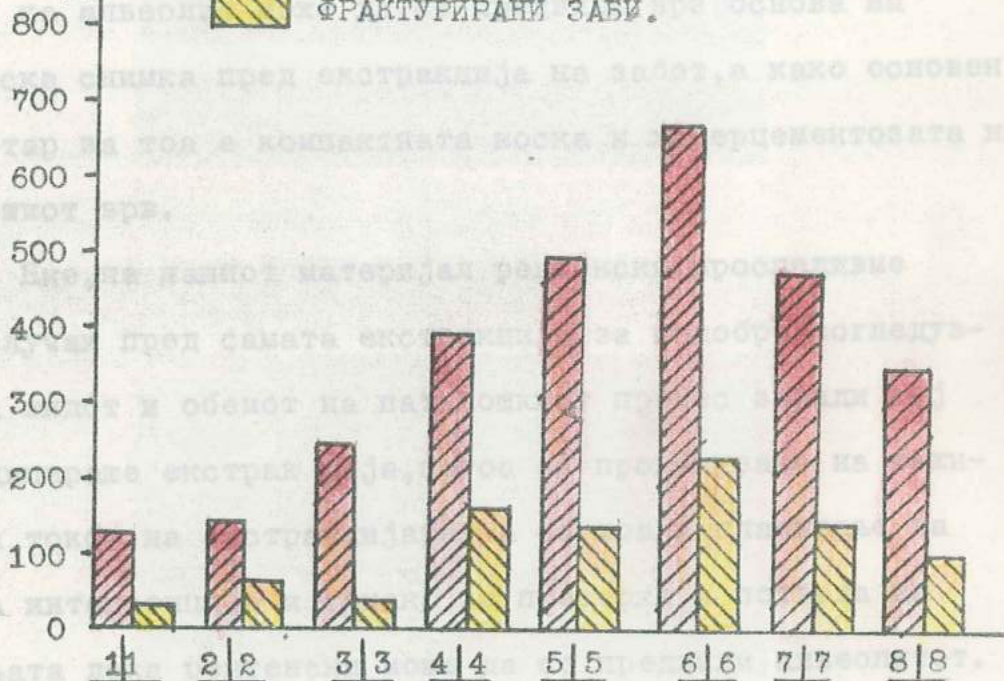
Долниот втор премолар се фрактурира кај 74 фрактури или 9,6%, додека кај останатите морфолошки групи на заби фрактурите беа поретки.

Од овие две табели гледаме дека фрактурите се почести во долната вилица одколку во горната, што може да се види и од графиконите број 9 и број 10

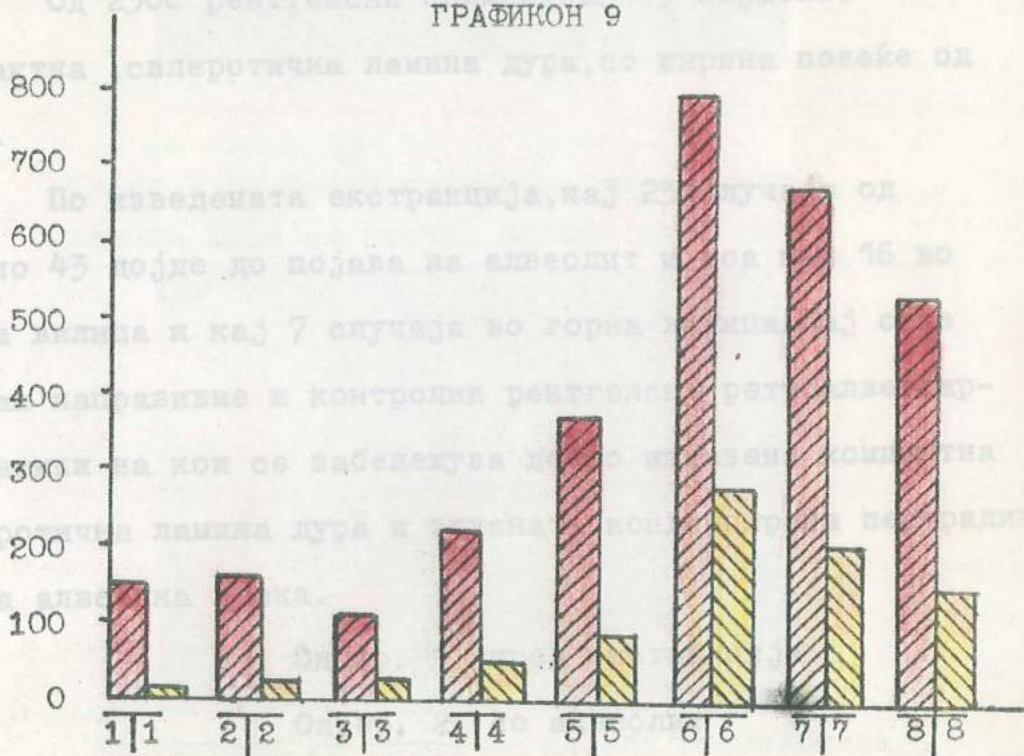
БР. НА ЕКС. ЗАБИ

ЕКСТРАХИРАНИ ЗАБИ.

ФРАКТУРИРАНИ ЗАБИ.



ГРАФИКОН 9



ГРАФИКОН 10

Поголем број од авторите кои се занимаваат со проучување на етиологијата на алвеолитот сметаат дека појавата на алвеолит може да се предвиди врз основа на ренгенска снимка пред екстракција на забот, а како основен параметар за тоа е компактната коска и хиперцементозата на кореновиот врв.

Ние, на нашиот материјал ренгенски проследивме 2500 случаи пред самата екстракција за подобро согледување на видот и обемот на патолошкиот процес заради кој се индицираше екстракција, потоа за проценување на тежината и токот на екстракцијата, а со тоа и планирање на самата интервенција и секако за проверка и потврда на тврдењата дека ренгенски може да се предвиди алвеолитот.

Од 2500 рентгенски снимки, кај 43 најдовме компактна, склеротична ламина дура, со ширина повеќе од 1 мм.

По изведената екстракција, кај 23 случаја од вкупно 43 дојде до појава на алвеолит и тоа кај 16 во долна вилица и кај 7 случаја во горна вилица. Кај овие случаи направивме и контролни рентгенски ретроалвеоларни снимки на кои се забележува добро изразена компактна склеротична ламина дура и згусната кондензирана перирадикуларна алвеолна коска.

Сл. бр. 1 пред екстракција

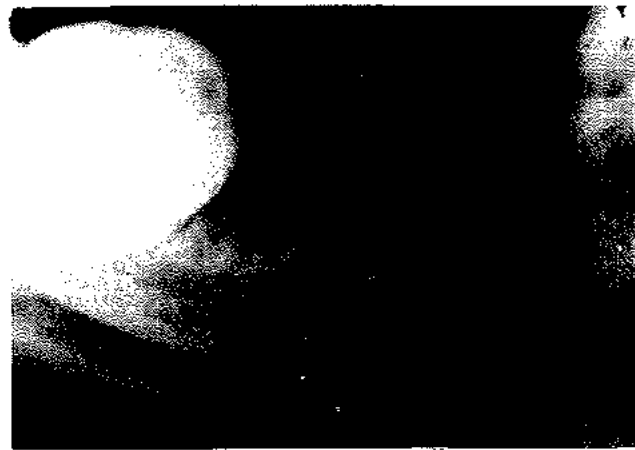
Сл. бр. 2 со алвеолит



На сл.1 се гледа хиперцементоза на алексот.



На сл.2 се гледа проширена склеротична
ламина дура со ширина повеќе од 1 мм.



На сликата се гледа проширена склеротична
ламина дура со ширина повеќе од 1 мм.

Во однос на учеството на инфекција во етиопатогенезата на алвеолитот, ние зедовме брис за квалитативно и квантитативно одредување на микрофлората од гингивалниот сумкус, образна слузокожа и подот на устата (во табелата дадено како брис од устата) и од алвеолите со развиена клиничка слика на сув алвеолит. Материјалот беше обработуван на институтот за микробиологија во Штип. Правени се директни размазки на материјалот и боени по Грам за одредување на квалитативниот состав на флората и на основа на нивните морфологија и другите карактеристики, на бактерии те додека квантитатот е утврдуван со преглед на 50 видни полиња и спрема застапеноста е обележуван како:

малку бактерии	(+)
доста бактерии	(++)
маса бактерии	(+++)

Материјалот е засејуван и во бујон од Триоглуколат за индентификација на бактериите и споредување со видовите култивирани од истиот материјал на вообичаена бактериска подлога.

Н	БАКТЕРИЈА	БРИС ОД УСТАТА	БРИС ОД АЛВЕОЛА
1	Gram- pozitiv Koki	+ +	+ + +
2	Gram- negativ (NEISSERIAE)	+ +	+ + +
3	Gram- pozitiv bacil	+ +	+ +
4	Bakterija spiralni oblik	+	-
5	Bacil fuziformni oblik (FU)	+	-

Табела 14

Од табелата се гледа најповеќе се застапени грам(+) коки и тоа од брисот земен од алвеолата. Додека грам (-) бацили се помалку застапени во усната флора, а значајно повеќе во алвеолата, додека пак поеднаква е застапеноста на гр.(+) бацили и во брисот од гингивалниот сулкус и во брисот од алвеолата.

Спирохетните бактерии и бацилус фузиформис не се застапени ниту во едниот, ниту во другиот брис.

Коагулумот и причините за негова деградација ги прикажуваме на табела број 15 и графикон број 11

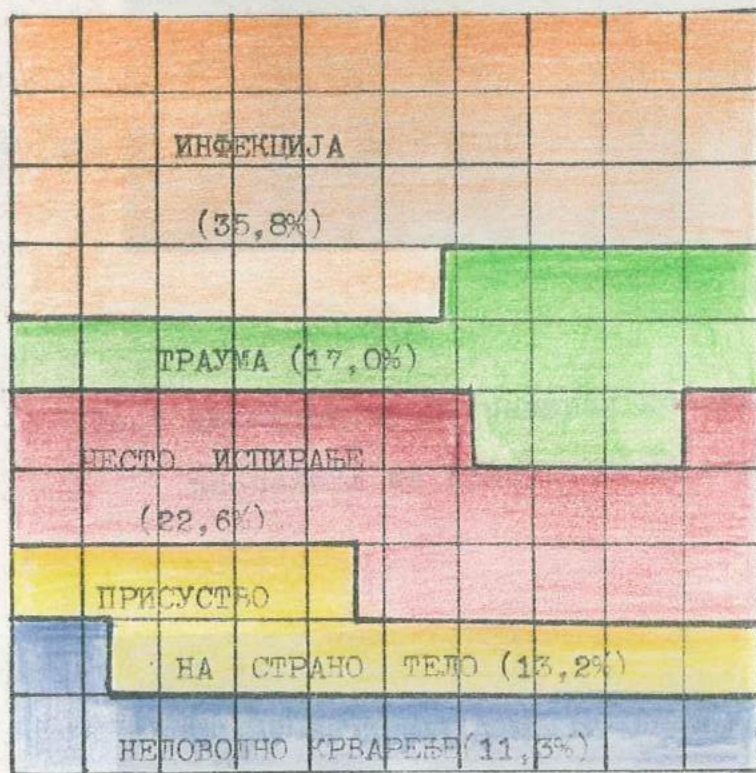
АЛВЕОЛИТ	ДЕГРАДИРАН КОАГУЛУМ КАКО ПОСЛЕДИЦА НА :-									
	ИНФЕКЦИЈА		ТРАУМА		ЧЕСТО ИСПИРА.		ПРИСУСТ. НА СТРАНО КРВАРЕН.		НЕДОВОЛН	
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
53	19	35,8	9	17,0	12	22,6	7	13,2	6	11,3

Табела 15

Од регистрираните 53 пациенти со алвеолит, кај 19 деградација на коагулумот настани заради инфекција (35,8%), кај 9 (17,0%) причина за тоа беше траума на коагулум кај 12 (22,6%) честото испирање и несоодветни постапки од страна на пациентот.

Во 7 случаи (13,2%) причина беше постоењето на иритативни фактори—остри рабови и страни тело во алвеолата, а кај 6 случаи (11,3%) алвеолата остана примарно празна заради недоволно крварење и покрај обидите да

испровоцираме крварење, како и превземената заштита на алвеолата со јодоформ дрен.



Графикон 11

Од. 4 покажува дагрален коагулум како последица на често испирање,



Сл.3 покажува да деградиран коагулум како
последица на присуство на страни тело.



Сл.4 покажува деградиран коагулум како
последица на често испирање,

Во литературата се среќава податок дека лошата хигиена на устата може значајно да учествува во етиологијата на алвеолитот.

Со нашите испитувања се покажа дека алвеолитот повеќе е застапен кај добро негувана уста и тоа честопати почесто, отколку кај уста со неодржувана хигиена.

На табелата број 16 ја прикажуваме застапеноста на алвеолитот во зависност од хигиената на устата.

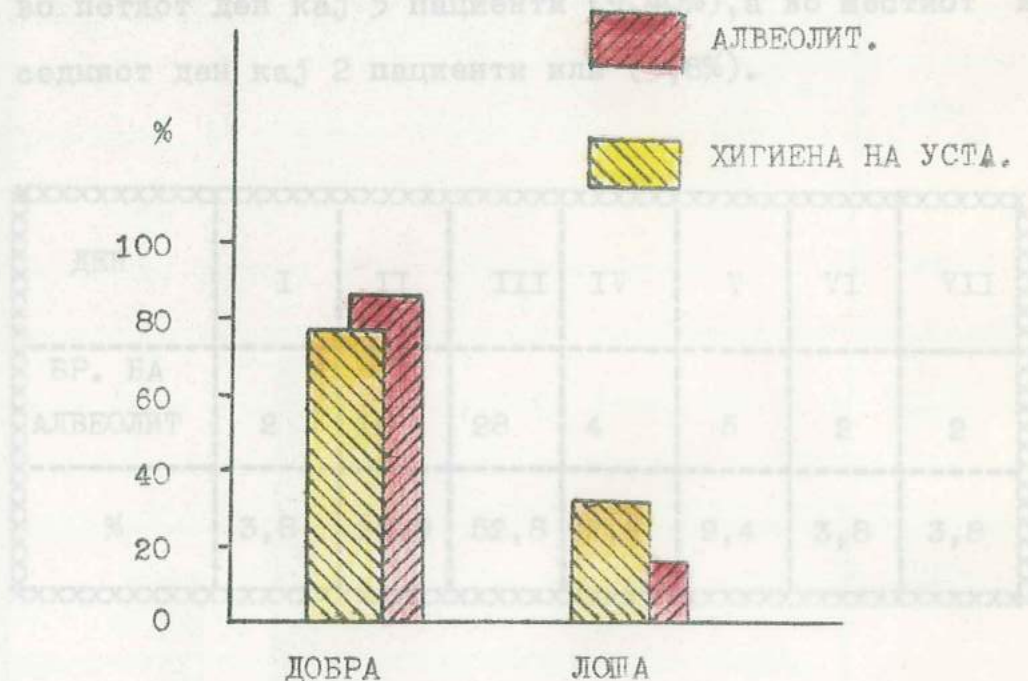
ХИГИЕНА НА УСТАТА	БР. НА ПАЦИЕНТИ		АЛВЕОЛИТИ	
	Н	%	Б	%
ДОБРА	4230	73,6	46	86,8
ЛОША	1520	26,4	7	13,2
ВКУПНО	5750	100	53	100

Табела 16

Од 5750 пациенти 4230 беа со добра хигиена на устата, односно 73,6%. При вакви услови се јавија 46 пациенти со алвеолит или изразено во проценти 86,8%.

Со лоша хигиена во устата беа 1520 пациенти или 26,4%, од нив со алвеолит се јавија само 7 пациенти или 13,2%. Горе наведената состојба е прикажана и со графикон број 12.

Следејќи во кој ден по екстракцијата на
забот доаѓа до појава на болка и други клинички знаци
на алвеолит, ние регистриравме дека во првиот ден бол-
на се јави кај 2 пациенти (3,8%), вториот ден кај 10
пациенти (18,9%), третиот ден кај 28 (52,8%). Во четвртиот
ден, оваа компликација ја имавме кај 4 пациенти (7,5%),
во петиот ден кај 5 пациенти (9,4%), а во шестиот и
седмиот ден кај 2 пациенти ил (3,8%).



Табела 17

ГРАФИКОН 12

Од табела број 17 и графикон број 12 се
гледа дека пациентите се јавија во најголем процент
третиот ден по екстракцијата (52,8%), вториот ден
(18,9%), и петиот ден (9,4%).

(66)

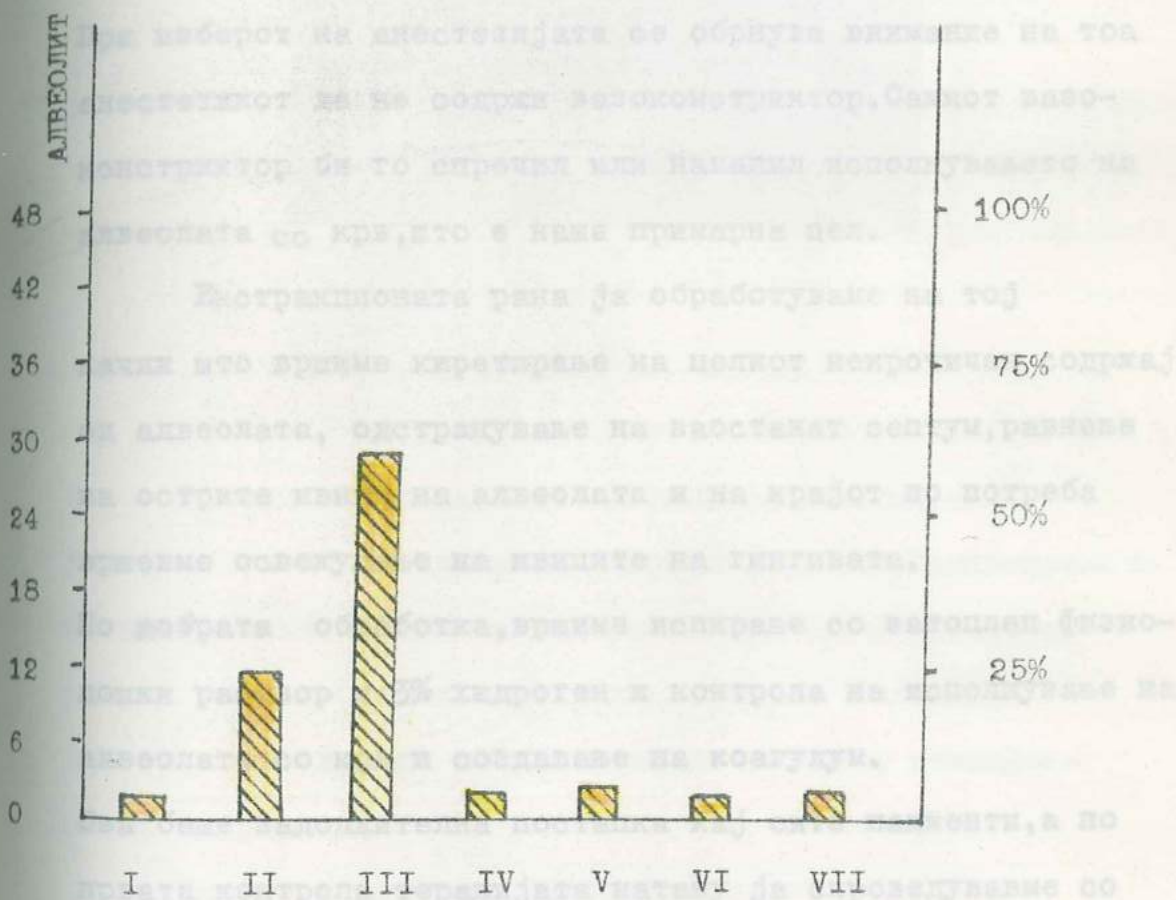
Следејки во кој ден по екстракцијата на забот доаѓа до појава на болка и други клинички знаци на алвеолит, ние регистриравме дека во првиот ден болка се јави кај 2 пациенти (3,8%), вториот ден кај 10 пациенти (18,9%), третиот ден кај 28 (52,8%). Во четвртиот ден, оваа компликација ја имавме кај 4 пациенти (7,5%), во петиот ден кај 5 пациенти (9,40%), а во шестиот и седмиот ден кај 2 пациенти или (3,8%).

ДЕН	I	II	III	IV	V	VI	VII
БР. НА АЛВЕОЛИТ	2	10	28	4	5	2	2
%	3,8	18,9	52,8	7,5	9,4	3,8	3,8

Табела 17

Од табела број 17 и графикон број 13 се гледа дека пациентите се јавија во најголем процент третиот ден по екстракцијата (52,8%), вториот ден (18,9%), и петиот ден (9,4%).

Во терапијата на алвеолитот примарно е добрата обработка на раната. Без добра обработка медикаментот не може да биде ефикасен и не може да го покаже својот ефект. За несметано и безболно изведување на интервенцијата даваме локална инфилтративна анестезија.



ГРАФИКОН 13

Една група на пациенти (13) третирани со: Јодоформ геза напоен со солуно илумски.

Состав: Јодоформ прах, чист глицерин, 96 алкохол, етер, стерилна геза и солуно илумски.

Во терапијата на алвеолитот примарно е добрата обработка на раната. Без добра обработка медикаментот кој ќе биде аплициран не ќе може да го покаже својот ефект. За несметано и безболно изведување на интервенцијата даваме локална инфилтративна анестезија.

При изборот на анестезијата се обрнува внимание на тоа анестетикот да не содржи вазоконстриктор. Самиот вазоконстриктор би го спречил или намалил исполнувањето на алвеолата со крв, што е наша примарна цел.

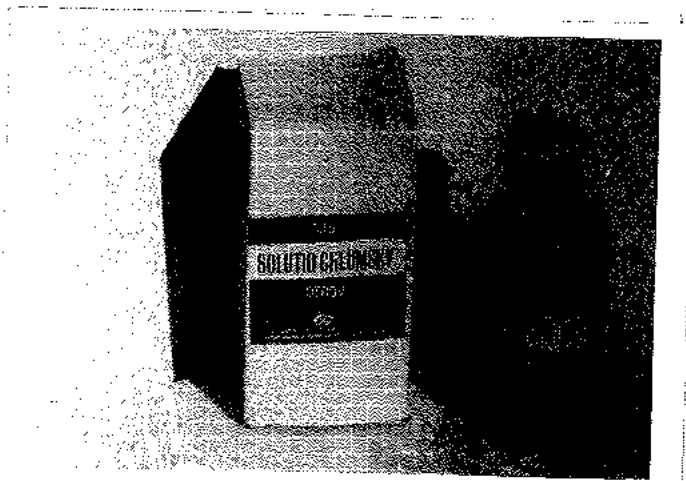
Екстракционата рана ја обработуваме на тој начин што вршме киретирање на целиот некротичен содржај од алвеолата, одстранување на заостанат септум, равнење на острите ивици на алвеолата и на крајот по потреба вршеме освежување на ивиците нагингивата.

По добрата обработка, вршме испирање со затоплен физиолошки раствор и 3% хидроген и контрола на исполнување на алвеолата со крв и создавање на коагулум.

Ова беше задолжителна постапка кај сите пациенти, а по првата контрола терапијата натаму ја спроведуваме со разни медикаменти, а бројот на посети односно на контроли и времето на лекување по денови го регистриравме во картонот на пациентот.

Една група на пациенти (13) третиравме со: Јодоформ газа натопен во солуцио клумски.

Состав: Јодоформ прашак, чист глицерин, 96 алкохол, етер, стерилна газа и солуцио клумски.



Slika 5

Во подготвената алвезла аплицираме парче јодоформ газа натопена во солуцио клумски. Тампонирањето го вршаме внимателно и лабаво со цел да се заштити раната од надворешни механички, термички и хемиски дразби, а во едно да делува и аналгетично и дезинфекционо на раната.

Начин на употреба: Во припремената рана се аплицира парче јодоформна газа потопена во солуцио клумски. Преку вака ставената газа на пациентот му се дава да загризе тампон, кој ќе го подржи 15-20 мин. како би се исклучила можноста од брзо дејство на пдунката која инаку, покасно ги разблажува лековитите елементи на овој медикамент. После ваков третман Пациентот се закажува

(70)

на контрола наредниот ден но често имаше потреба да се понови постапката и во истиот ден.

На овој начин третирание 42 пациенти 7 илн: 8 женски .На табелата бр. 18 е прикажан ефектот од лекувањето на алвеолитот со оваа метода.

	БР. НА АП.	БЕЗ БОЈ.	ЗНА. ПОС.	БОЈ.ИЗГ. 120	СР.ЈА 100	СР.ЈА 200	НЕЗН. ПОД.
I КОНТ.	13	5	5	1	2	2	-
II КОНТ.	10	6	2	-	-	2	-
III КОНТ.	4	3	1	-	-	-	-
IV КОНТ.	1	1	-	-	-	-	-

Табела 18

-Вкупен број на апликации.....28.

-Просечен број на апликации.....2,15.

(71)

Од вкупно 13,5 пациенти повторно се јавија со болка после 12 часа, 1 после 16 часа, 2 по 24 часа, а кај 1 пациент болката беше со незначително намален интензитет. Кај овие пациенти постапката беше повторена се до конечно санирање на состојбата.

При втората контрола од 10 пациенти со болка кај 6 таа престана при втората апликација, кај 2 се намали интензитетот на бокаста, а 2 се јавија со болка и после 24 часа.

Четири пациенти се јавија на 3 контрола. Тие беа третирани на ист начин, но и покрај тоа 1 пациент се јави со болка на четврта контрола. Кај овие пациенти до конечното санирање на состојбата имаше потреба од вкупно 28 апликации на лекот, или во просек 2,15 апликации.

ЦИНКОКСИД ЕУГИНОЛ

Состав: Aetherolum caryophili i zinzi oxydi
praecipitatum purum.



Слика 6

Во добро искеретираната алвеола делумно веќе исполнета со коагулум се става завој цинк оксид еугинол во горните две третини од алвеолата. Контрола закажување по два до три дена за промена на завојот со предупредување на пациентот доколку болките продолжат да се јави порано.

Начин на употреба: Во обработена рана се става завој ЗОЕ да ги покрие горните две третини од алвеола-

та(долна вилица),односно долните две третини (од горната вилица).

На овој начин третираме 14 пациенти,6 машки и 8 женски.

	бр. на алвео	без болка	подоб рвање	повторно јавување на болката			незнач. шлепо подобрув
				12 ч	16 ч	24 ч	
I КОНТ.	14	7	1	2	-	4	-
II КОНТ.	7	3	-	-	2	2	-
III КОНТ.	4	2	2	-	-	-	-
IV КОНТ.	2	2	-	-	-	-	-
V КОНТ.	-	-	-	-	-	-	-

Табела 19

Вкупен број на апликации 27

-просечен број на апликации 1,93

Од табела број 19 се гледа дека со цинкоксид се третирали 14 пациенти со алвеолит. Од тие кај 7 болката исчезна по првата апликација, кај 1 имаше значително подобрување, кај 2 после дванаесет часа поново се јави болка, а кај другите 4 после дваесет и четири часа.

На втората контрола се јавија 7 пациенти со болка, кои беа третирали на истиот начин. Овој пат кај

(74)

3 исчезна болката, а после 16 и 24 часа се јавија по 2 пациенти со повторна болка.

На овие четири пациенти им е закажана трета и применет ист третман. Како резултат од тоа кај 2 од пациентите имаше значително подобрување, а кај другите не се појави болка.

При четвртата контрола и кај овие пациенти беше санирана болката.

Кај оваа терапија вкупен број на апликации имавме 27 или во проценти 1,92 пати по пациент.

Апернилот по состав е: ацетил салицилна киселина како активна супстанца, окси бензоева киселина, пропилен естер како средство за конзервирање и неутрална маса за таблетирање. Апернилот е медикамент кој е во облик на колчиња, и лесно се аплицира во алвеолата. Колчињата од апернил во влажна средина се раствараат и ги обложуваат ѕидовите на алвеолите.

Апернилот делува аналгетично и вазодилаторно на крвните садови. Бидејќи овој медикамент не се отстранува туку се апсорбира, на пациентот му задржуваме контрола до колку болот повторно се јави. Ако болката не рецидивира сметаме дека терапијата е завршена.

По обработката на раната се аплицираа чепчиња едно апернил чепче во една алвеола со загризан туфер кој треба да се држи дваесетина минути.

Тоа е доволно време Апернилот да се раствори во зрнеста маса поради што му се зголемува површината на дејствување.



Slika 7

Вака третиравме 15 пациенти од кои 6 машки и 9 женски.

	бр. на апlications иш	пресша. на болка до 10-15м	значий. подоб ување.	повтор јаува не по 10-15м
АПЛИК.	15	13	2	7
АПЛИК.	7	-	-	5
АПЛИК.	5	5	-	-

Табела бр.20

- Вкупен број на апликации 27.

- Просечен број на апликации 1,8.

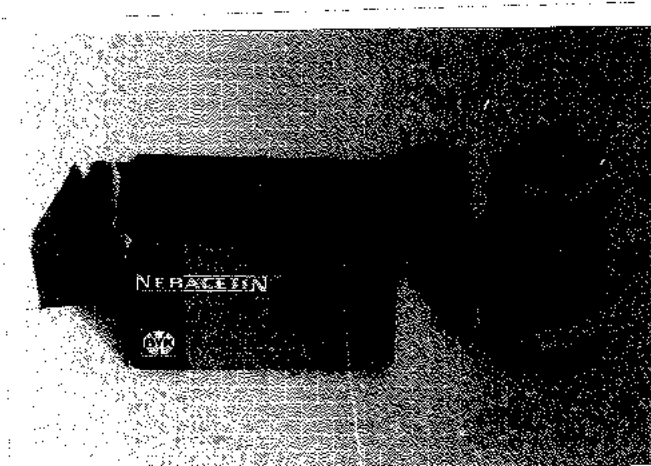
При првото доаѓање аплициравме Апернил чепчиња кај 15 пациенти, од кои кај 13 пациенти престана болката после 10 - 15 мин., а кај другите 2 пациенти имаше знатно подобрување. По 12 - 24 ч. повторно се појави болка кај 7 пациенти. Кај овие 7 пациенти по 24 ч. поново аплициравме Апернил и болката престана после 10-15 мин. за да по 12-48 ч. повторно се појави кај 5 пациенти.

При втората контрола ја повторивме оваа постапка кај 5 пациенти и кај истите после 10-15 мин. престана болката.

Вкупен број на апликации на Апернил чепчиња имавме 27 односно 1,80 пати по пациент.

(77)

Небацетин по состав е: неомидин во комбинација со бацитрацин.



Slika 8

И двата се антибиотици од широк спектар. Бацитрацилот делува на грам позитивните, а неомидинот на грам негативните бактерии. И овие се во облик на чепчиња и лесно се аплицираат во алвеолата. По апликацијата алвеолата се заштитува со загризан тампон во време од 15-20 мин.

По обработката на раната во дното на алвеолата се става небацетин чепчиња, едно чепче во една алвеола, и се става загризан тампон кој пациентот треба да го држи 20 мин. Задолжителна контрола се закажува после 24 ч. а понатамошна контрола закажуваме доколку болката рецидивира.

	бр. на алвеол- иш	прес ш. на бол. до 10-15	знач ш. подобру- вање до 12-24 д.	добшор јавува.
АПЛИК.	11	7	4	1
КОНТ.	5	3	2	-
АПЛИК.	2	1	1	-
КОНТ.				
АПЛИК.				
КОНТ.				

Табела 21

- Вкупен број на апликации 18

- Просечен број на апликации .. 1,64

Од табелата бр.21 се гледа дека на овој начин се третирани вкупно 11 случаи со алвеолит, од кои 5 машки и 6 женски. Болката исчезна кај 7 пациенти, кај 4 случаи имаше значително подобрување, а кај 1 незначително се намали. На првата контрола се јавија 5 пациенти, кај кои повторно се амплицира небацетин. Кај 3 од нив болката сосема престана, а кај другите 2 имаше значително подобрување.

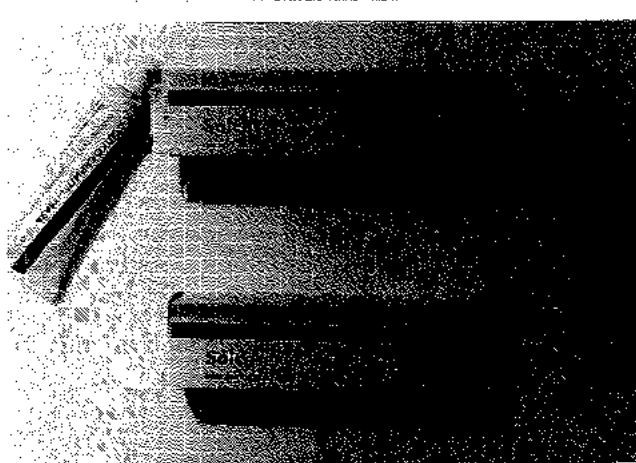
На II и III контрола се јавија два пациенти. Небацетинот во просек имаше потреба да се амплицира 1,64 пати.

Кај сите 53 случаи со алвеолит без обзир на

Избраниот терапевски метод, терапијата ја надополнуваме со солукс зрачење и апликација на топли и суви компреси.

За забрзување на епителизацијата на екстракционата рана употребуваме солкосерил желе и маст.

СОЛКОСЕРИЛ



Претставува екстракт кој во 1 мл. содржи 45 мгр. сува супстанца и тоа 70% аноргански соли, а 30% органични соединенија-аминокиселини, окси и кетокиселини, дезоксирибозид, пурин и полипептиди. Се употребува во вид на желе и маст.

Желето се карактеризира со подобра адхезивност, но полесно го испира плунката. Меѓутоа по појава на првите грануляции, се заменува со солкосерил маст.

Солкосерилот има големо позитивно влијание врз зараснувањето на комплицираната екстракциона рана.

(80)

(ДИСКУССИЯ)

Алвеолитот е ретка компликација после екстракцијата на забите, но заради јаките неуралгични болки, кои траат со денови, се смета и за прилично болна и исцрпувачка. Таа била, е а веројатно и за подолг период ќе остане актуелна постекстракциона компликација, пред се заради нејзината комплексност, како од аспект на етиологијата и терапијата, така и од аспект на превентивата.

За честотата на ова компликација, од големиот број на трудови, се добиваат различни податоци, според кои процентуалната застапеност на алвеолитот се движи од 0,30% (Jogić) (17) и соработници, до 16 (Quinley) (47) и (Robert) (51) Имајќи во предвид дека алвеолитот често се постоветува со поимот *dolor post extractionem* во кој снага и отежнато и болно зараснување на екстракционата рана, причинето од постоење на иритативни фактори, потоа примарна или секундарна инфекција на екстракционата рана како и неуритис на завршните гранки на *nervus Trigemimus*, односно постоење на различни критериуми во поставувањето на дијагнозата на алвеолитот, може да се најде оправдување за големата разлика во статистичките податоци.

Нашите испитувања покажаа дека алвеолитот со процентуална застапеност од 0,92% кај нашиот материјал се движи во рамките на наодите Belinfante) (0,50%)
Weiner (0,47%), Reichenbach (50) (2%) и го оправдува терминот ретка компликација.

Досегашните сознанија за влијанието на возраста и полот врз појавата на алвеолитот се потврдија и на нашиот материјал; имено, до алвеолит може да дојде во секоја животна доба и подеднакво и кај машкиот и кај женскиот пол.

Исто така не се забележува некоја значајна зависност од општата здравствена состојба на пациентот.

Molt(41) смета дека еден од предиспонирачките фактори за појава на алвеолит е инсуфициентната исхрана на пациентот, особено недостаток на витаминот Е и Д, потоа на калциум и фосфор, како основни фактори за нормално зараснување на екстракционата рана.

Jacobs(15) и др. во своите истражувања тврдат дека при постоење на општи заболувања или при пациенти со потхранетост и слабо здравје постои склоност кон појава на алвеолит.

Нашите клинички посматрања меѓутоа, не можат да уочат некоја взаемна поврзаност на алвеолитот и општата здравствена состојба на пациентот. Напротив, до појава на алвеолит доаѓа во најголем број случаи кај здрави и релативно млади пациенти.

Недвојбеност во мислењата и наодите како од истражувањата на многу автори Archer(3), Thoma(28) Mac Gregor(33) и др.) така и од нашите испитувања, единствено има во констатацијата дека алвеолитот е значајно

почеста појава (компликација) во долната вилица и тоа во моларна и премоларна регија, отколку во горната вилица.

Lenher(30) , Waite (60), Commissionat(8) и др. како основен фактор ја наведуваат инсуфициентната циркулација во алвеолата, сметајќи дека добро развиената компакта на мандибулата е главната причина за недоволната прокрвеност на алвеолата.

Меѓутоа, има и спротивни мислења. Според Miše (39) ваквото објаснување за предилекцијата на алвеолитот е неодоливо затоа што крвта во алвеолата не доаѓа преку компактата. Во прилог на ова тврдење одат и испитувањата на Radonjić (49) за терапискиот ефект на некои медикаменти во терапијата на алвеолитот во горната и долната вилица. Имено, ако се прифати тврдењето дека мандибулата е послабо васкуларизирана од максилата, нормално би било да се очекува при алвеолит во долната вилица, послаб тераписки ефект на аплицираниот медикамент, во однос на терапискиот ефект на истиот медикамент, при алвеолит во горната вилица.

Radonjić (49) на 190 случаи на алвеолит и тоа 63 во максилата и 127 во мандибулата потврдил дека не постои некоја значајна разлика во терапискиот ефект на оваа компликација во горната и долната вилица, што оди во прилог на констатацијата дека причините за почестата појава на алвеолит во

мандибулата не се во послабата васкуларизација, туку веројатно во влијанието и дејството на некои, засега се уште недоволно докажани и потврдени, локални фактори, кои се појавени во долната отколку во горната вилица.

Нашиот материјал ја потврдува исто така почестата локализација на алвеолитот во моларна и премоларна регија на мандибулата. Од вкупниот број на екстрахирани заби (5750), во горна вилица екстрахирани се 2826 заби и тоа 2352 премолари и молари, со појава на алвеолит на 18 случаи, за разлика од долната вилица со вкупен број на екстрахирани заби 2924 (што би значело приближно еднаков број на екстракции во двете вилици) од кои 2543 се премолари и молари, а со појава на алвеолит во 33 случаи, што недвосмислено говори дека во долната вилица постои некое специфично учество и влијание на некои фактори, кои за жал како и другите истражувачи, и ние не успеавме да ги насетиме, откриеме и потврдиме.

Претпоставката дека видот на анестезијата и анестетичкото средство, пред се на неговиот вазоконстрикторен додаток, се еден од водечките фактори во етиопатогенезата на алвеолитот, беше за нас посебен предизвик.

Deshaume (11) смета дека примарната причина за појава на алвеолитот лежи во атакот на вазомоторното стебло и дразба на симпатичните нервни влакна, кои ги инервираат крвните садови. Иритацијата како резултат на вадење-

то на забот предизвикува вазоконстрикција која го ремети метаболизмот во алвеолата. Вазоконстрикторот од локалниот анестетик исто така својот ефект крајно го одразува во пореметување на рамнотехата во исхраната на алвеолата, што од своја страна значи и припрема на терен за секундарно настанување на инфекција.

Нашите согледувања во оваа смисла не можат во целост да ги поткрепат и потврдат овие тврдења, едноставно затоа што остануваме без одговор за појавата на оваа компликација во оние случаи, каде што екстракцијата беше изведувана со анестетик без вазоконстриктор, а тоа е 18,9% од нашите случаи со алвеолит или иако ретко (1,9%) со површинска анестезија. Овие сознанија упатуваат на тоа дека покрај ова, веројатно постои уште некоја причина, која ја предиспонира екстракционата рана за настанување на алвеолит.

Вазоконстрикторот го намалува моменталното снабдување на алвеолата со крв, што во крајна линија би го олеснило евентуалното настанување на инфекција на екстракционата рана, а многу помалку би бил причина за поизразито пореметување на исхраната на алвеолата.

Влијанието на невровегетативниот систем на исхраната на ткивото преку регулација на крвната циркулација дава одраз на отпорноста на ткивото, преку регулација на неговата реактивна способност. Многу е поприфат-

ливо убедувањето дека пореметувањето на невровегетативната регулација повеќе се должи на повреда на ткивото, пред се на пародонтот, а како краен резултат на тоа пореметување е смадување на локалната отпорност на ткивото и создавање на услови за развој на воспалителен процес, за кој пак не можеме да кажеме дека е основа во генезата на алвеолитот.

Практиката, а и нашите испитувања потврдија дека оваа компликација многу почесто се јавува по тешка екстракција, со поголема и подолготрајна траума на коската и околните меки ткива (во нашиот материјал 67,9%) но не е исклучена ни кај лесните, типични екстракции (кај нашите испитувања во 18,9% од случаите) а најмалку е присутна кај хирушките екстракции (13,2%), што пак од друга страна не е во склад со тежината и обемот на зафатот, односно со големината на траумата при хирушкото вадење на забите. Ваквата констатација се совпаѓа со наодите и на другите автори, Mac Gregor (34), Krogh (25), Johnson (21), Jojić (17), Lučki (31) i dr.

Обидот да во траумата се бара генезата на алвеолитот, останува и понатаму без одговор. Единствено со сигурност можеме да кажеме дека самата траума не е единствена причина за настанување на оваа состојба, туку можеби само еден од помошните фактори за припрема на терен за негова појава.

Дали алвеолитот можеме да го предвидиме пред самата екстракција? Robinson(52), Seldin(54), Lenher (30), Orban,(44), Commissionat (8) ,се сложни со тврдењето дека врз основа на рентгенска слика пред екстракција на забот можеме, со голем процент на сигурност да ја предвидиме неговата појава .Поточно, ако на рентгенската слика забележиме добро очувана, широка, компактна ламина дура, многу тесен, скоро незабележив периодонтален спациум, хиперцементоза на кореновиот врв, тогаш постојат многу големи изгледи да по екстракцијата дојде до развој на алвеолит. Објаснувањето е сосема логично, а се темели на сознанието дека таа згусната, кондензирана спонгиоза на алвеоларната коска, претставува бариера за крвната циркулација со што доаѓа до нарушување на исхраната на алвеолата, а со тоа и намалена можност за создавање на квалитетен коагулум и одбрана од евентуална инфекција.

Lenher (30) во своите истражувања нашол дека кај 33,33% од случаите со алвеолит рентгенската процена била точна. И на нашиот материјал се потврди висок процент на појава на алвеолит(преку 50%) кај случаите каде што рентгенолошки постоеа видливи и јасни знаци на склеротична пелирадикуларна коска.

Ако на ова се додаде и податокот дека овие заби по правило и потешко се екстрахираат, тогаш може да се заклучи дека траумата и нарушениот метаболизам на

алвеолата делува здружено и во голема мера ја припрема алвеолата за појава на алвеолит.

Алвеолитот и покрај многуте синоними (алвеоларен остейтис, алвеолитис, тромбусинфекцио и т.н.) , кои означуваат заболување од воспалителен карактер, е состојба кај која немаме знаци на воспаление.

Thoma (29), Braun, Ejlin, Mac Gregor (35), Meril, Jojić (17),

и многу други настојувајќи да најдат одговор на прашањето дали инфекцијата е примарна во етиологијата на алвеолитот, дошле до единствен заклучок дека инфекцијата доаѓа накнадно на веќе подготвен терен, а што се однесува до бактериалната флора таа е разновидна и променлива, поточно, тоа е истата флора која ја наоѓаме и во устата, со доминација на грам позитивните бактерии.

И нашите резултати покажуваат дека во алвеолата со развиена клиничка слика на алвеолит се наоѓаат истите микроорганизми како и во гингивалниот сулкус и устата, само со поизразити квантитативни измени во алвеолата, особено на стрептококите, стафилококите најесериите и грам позитивните бацили. Спрема тоа, непосредниот заклучок би бил дека инфекцијата е само придружниот момент во етиопатогенезата на алвеолитот, што се потврдува и со овие резултати, и со клиничкото искуство од самата неефикасност на антимикробната терапија при алвеолитот.

Факт е дека најпогодни услови за појава на

алвеолит имаме кога по екстракцијата на забот во алвеолата не се формира квалитетен, цврст, еластичен коагулум, било заради недоволно крварење, или пак формирање на неквалитетен коагулум заради квантитативни или квалитативни промени на некои од факторите за коагулација. Потоа, кога формируваниот коагулум механички се оштети или отпадне и во случаите кога коагулот се инфицира и путридно распадне. Меѓутоа, до алвеолит може да дојде и во алвеола со правилно формиран коагулум, во услови на засилена фибринолитичка активност на плунката и микроорганизмите од усната празнина според Shulte (55), Ullman (55), Birn (4), Lenher (30) и други што по нив би требало да се има во предвид и при објаснување на почестата локализација на алвеолитот во моларно премоларна регија на мандибулата.

Во однос на овој параметар ние немаме сознанија, а со нашите клинички и параклинички испитувања дојдовме до показатели за најчестата причина за деградација на веќе формируваниот коагулум. Во најголем процент тоа се должи на инфекција (35,8%), потоа на често испирање на устата (22,6%), додека пак во (11,3%) од случаите не дојде до формирање на коагулум заради недоволно крварење во алвеолата. Меѓутоа овие показатели се недоволни за да кажеме дека се водечки во генезата на алвеолитот.

Колку хигиената на устата влијае на појавата

на оваа компликација Hine (54), Zange, Celešnik (9) , сметаат дека хигиената има значајна улога во настанувањето на оваа состојба. Нашите резултати по ова прашање потврдуваат дека алвеолитот многу почесто се јавува при уста со добро одржувана хигиена (86,8%), а само во 13,2% од случаите хигиената беше запустена. Ваквиот резултат се темели на претпоставката дека добро одржуваната и долготрајна хигиена на устата ја намалува потребата од одбрана и го менува локалниот имунитет, што би погодувало на дејствувањето на другите чинители во патогенезата на алвеолитот.

Во терапијата на оваа постекстракциона компликација, како и во обидите за нејзина превенција, употребени се многу средства.

Davis (10), Millhon (37) го проучувале ефектот на сулфонамидите и заклучиле дека тие имаат слаб превентивен и тераписки ефект. Holland (16) и TAM го користеле пеницилинот, а Krogh (26), Kay (22) и др. aureомицинот, меѓутоа сите се согласуваат дека антимикробните средства нити во терапијата, нити во превенцијата на алвеолитот се неефикасни.

Hansen (14), во терапијата на оваа состојба го вовел трипсинот, но без некои забележителни резултати.

Во стручната литература бројни се соопштените за употреба на ацетил - салицилната киселина во

вид на колчиња под името апернил. Neuner (42), Schegg (43) и даваат предност на оваа терапија, затоа што апернилот со својот состав делува аналгетично, ја спречува фибринолизата и не го успорува зарастувањето на екстракционата рана, а самата апликација е едноставна.

Во практиката пак, најстара и најупотребувана метода е лекувањето со јодоформ газа натопена во солуцио клумски, потоа завој од цинкоксид со алеум кареофилорум или еугенол, а во поново време се користи и локална апликација на разни медикаменти (апернил, небацетин, сокетол и др.).

Име нашите случаи со алвеолит ги лекувавме со овие, за жал, палиативни методи, компарирајќи ја меѓусебно нивната ефикасност по бројот на апликациите и времето на лекувањето. Резултатите не се охрабрувачки, меѓутоа се покажа дека со примена на завој од цинкоксид се постигнува подолготрајна безболна фаза, а потреба од поновена апликација на завој во просек имаше 1,92 пати по пациент.

Јодоформ газа натопена со солуциоклумски делува побрзо, за покусо време болката станува поподнослива, но затоа пак потребно е почесто да се менува дури во поедини случаи и два пати дневно, или според нашите резултати 2,15 пати по пациент.

Апликацијата на небацетин и апернил колчиња

не покажа значајно подобри резултати во терапијата на алвеолитот. Напротив, и кај нив безболната фаза траеше кратко време со потреба од поновување на апликацијата 1,8 пати за апернилот, односно 1,73 пати за небацитинот.

(93)

(ЗАКЛУЧОК)

1. Според нашите досегашни клинички испитувања и согледувања можеме да кажеме дека и понатаму етиологијата на алвеолитот останува непозната. Прифатлива е претпоставката дека се работи за мултикаузалност во етиологијата на оваа компликација.

2. Од испитуваната партиципација на претпоставените етиопатогенетските фактори според нашиот материјал најголемо влијание има траумата при екстракција на забите, потоа компактоста на перирадикуларното коскено ткиво и инфекцијата.

3. Видот на анестезијата и средството за локална анестезија, како и општата здравствена состојба на пациентот не влијаат битно во настапувањето на алвеолитот.

4. Алвеолитот е компликација која се јавува претежно во помлада возраст (меѓу 30 и 50 год.) и е нешто почеста кај жените.

5. Од засега непознати причини алвеолитот скоро два пати почесто се јавува во моларно-премоларната регија во мандибулата, отколку во максилата.

6. Оваа компликација се појавува најчесто третиот ден по екстракцијата на забот.

7. Алвеолитот е карактеристична компликација на уста се добро одржувана хигиена.

8. Терапијата на алвеолитот е палиативна.

Методите кои користат различни медикаменти за апликација во алвеолата, не ги дадоа очекуваните резултати и немаат никаква предност пред класичната терапија со завој од цинкоксид и еугенол и јодоформ газа навасена во солуцио клумски.

9. Локализацијата на алвеолитот и терапискиот третман немаат влијание на должината и токот на лекувањето на оваа постекстракциона компликација.

10. Профилаксата на алвеолитот во најголема мера се темели на нежна, внимателна, асептична, работа, со обезбедување на максимални услови за создавање на цврст, еластичен и квалитетен коагулум во алвеолата на екстрахираниот заб.

11. Заради енигматската природа на оваа ретка но тешка компликација, во клиничката практика, најоправдано е и понатаму да се користи терминот алвеолит.

(96)

(БИБЛИОГРАФИЈА)

1. Adkisson R., Haris F.: A statistical study of alveolar osteites, Armed Forces Medical Journal, Vol. 7 Dec. 1956.
2. Anastas Klonder i Predrag Ristić: Postekstrakciona trauma tok njenog zarašćivanja i neka naša zapažanja.
Rad čitan u Stomatološkoj nedelji Oktobra 1965 god. u Banji Koviljači.
3. Archer, H.: Orals Surgery, W. B. Saunders Co. Philadelphia and London, 1966.
4. Birn H.: Fibrinolytic activity in Dry socket, Acta odontol. Scandinav, 28:37 March 1970.
5. Birn H.: Fibrinolytic activity of normal alveolar bone- Acta odontol Scand. 29:141-153, 1971.
6. Björlin G. Nilsson I.M.: Fibrinolytic activity in alveoli after tooth extraction odontol Revy 1968, 19:197-204.
7. Brozović, M.: Physiological Mechanisms in Coagulation and Fibrinolysis Br. Med. Bullten Vo 33, No 3, 1977, 231-237.

8. Commissionat Y.: Quelques considerations sur lapathogeni des alveolites Actualites odonto Stomato.18:203,1964.
9. Čelešnik Frane: Ustna in čeljustna kirurgija (Idel)- Ljubljana 1965 god.
10. Davis W.H., Hubbel A.O., Bogart W.E. and Graves V.M.: Extraction wound healing, Clinical observations-J. Oral Surg.13:244.
11. Dechaume M., Chaput A., Lagarrigue J.: Revue de Stomatologie Mass.1949,50,II-III.
12. Dechaume, Champret, Richard: Technique chirurgicale Stomatologique, Masson, Paris.1951.
13. Gersel Pedersen N.: Salivary fibrinolytic activity before and after. Oral Surgery estimated on different types of fibrin-int J. Oral surg. V 5, No 6, 1976, 270-275.
14. Hansen E.H.: Alveolitis sicca dolorosa (Dry sockets): Frequency of occurrence and treatment with trypsin. J. Oral Surg.18:408,1960.
15. Harold G. Jacobs: Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1950, 5-

16. Holland M.R.:and Tm.J.C.:The use of pure crystalline penicilin G tablets in extraction wounds-Oral Surg.7:145,1974.
- 17.Jojić,B.:Zarastanje rana i pojava bola posle hiruških zahvata u ustima sa posebnim osvrtom na alveolit-Doktorska disertacija,Beograd,1975god.
- 18.Jojić,B.Perović,J.: Oralna hirurgija,306,1979-204-208 Beograd.
- 19.Jojić,B.,Perović J.,Lučki N.,Sokolović K.:Prevenција Oralno hiruških komplikacija, Stomatološ.nedelji S.R. Srbije u Priština,1974god.
- 20.Jojić B.,Kafedžiska,V.,Petrović,V.:Etiologija alveolita-činioci koji su mogli uticati na pojavu alveolita-Zbornik radova XII Stomatološke nedelje S.R.S., Vrnjačka Banja,1977god.
- 21.Jonhson, J.:Dray socket, Oral Health,Vol.57.Aug.1967.
- 22.Kay L.W.:Investigations in to the nature od pericoronitis Br.J.Oral Surg.,3:188,1966.

23. Kesler, B., Lučki N., Aksić-Milošević, Z.: Regeneracija tkiva posle oralno-hirurških zahvata, Stomatološki glasnik Srbija, 1962god.
24. Kolins L.M., I. Krejn M.P.: Interna medicina u zubno-lekarskoj praksi, Naučna Knjiga, Beograd, 1962god.
25. Krogh, H.W.: Incidence of dry socket, Jor. Dent. Ass. 24:1971.
26. Krogh, H.W.: Journal of Oral Surgery, 9, 136, 1951.
27. Kuljača, B.: Savremena teorija i praksa alveolit, Stomatološki glasnik Srbije, Mart 1955god.
28. Kurth Thoma: Oral Surgery Vol. I, Vol. II, Mosby Co. St. Louis 1948.
29. Kurth Thoma: Oral Pathology Mosby Co. St. Louis 1944.
30. Lenher, T.: Analysis of one hundred cases of dry socket, Dental pract. 8:275, 1958.
31. Lučki N.: Praktikum iz ekstrakcije zuba, Naučna Knjiga, 1975god. Beograd.
32. Lučki, N., Gajić, S.: Alveolit, Stomatološki glasnik Srbije, 1956 god.

33. Mac Gregor, A.: Treatment of dry socket with zinc oxide oil ovcloves, clinical impressions, Journal of therapeutics and pharmacology, Vol. I. NO. 3/1964.
34. Mac Gregor, A.: Etiology of dry socket, Aclinical investigation-Britisch Jour. of Oral Surg. 6:49-58, 1968.
35. Mac Gregor, A. Hart P.: Bacteria of the extraction wound- Jour. of Oral Surgery, Vol. 28, NO 12, 885-888, 1970.
36. Magqier J. R.: Fibrinolytic activiti in human dental sockets after extractions- Journal of Oral Surg. Vol 29. No 5, 321-329, 1971.
37. Millon, J. et al.: Anevaluation of the sulfa drug and other dressing in dry socket in lower third molars, Jornal of Americal Dental Association, Vol. 30, 1943.
38. Müller E. H.: Bacteriams nach zahnextraktionen-S. S. O. Band 72, No 4, 283-284, 1962.

33. Mac Gregor, A.: Treatment of dry socket with zinc oxide oil occlusives, clinical impressions, Journal of therapeutics and pharmacology, Vol. I. NO. 3/1964.
34. Mac Gregor, A.: Etiology of dry socket, A clinical investigation - British Jour. of Oral Surg. 6:49-58, 1968.
35. Mac Gregor, A. Hart P.: Bacteria of the extraction wound - Jour. of Oral Surgery, Vol. 28, NO 12, 885-888, 1970.
36. Maggier J. R.: Fibrinolytic activity in human dental sockets after extractions - Journal of Oral Surg. Vol 29, No 5, 321-329, 1971.
37. Millon, J. et al.: Anevaluation of the sulfa drug and other dressing in dry socket in lower third molars, Journal of American Dental Association, Vol. 30, 1943.
38. Müller E. H.: Bacteriens nach Zahnextraktionen - S. S. O. Band 72, No 4, 283-284, 1962.

46. Perović, J. Obradović, O.: Primjena cink oksida kao zavoja u oralnoj hirurgiji, Stomatološki glasnik Srbije, 2/1977 god.
47. Quinley, J.F.: "Dry socket" after mandibular odontoectomy and use of soluble tetracycline hydrochloride Oral Surg. 13:38, 1960.
48. Radonjić, S.: Problem etiologije alveolita, Stomatološki glasnik Srbije, br. 1, 1978 god.
49. Radonjić, S.: Lokalizacija alveolita i efekat liječenja Stomatološki glasnik Srbije, Januar-Februar 1982 god.
50. Reichenbach E.: Bekämpfung des nachtschmerzes nach chirurgischer eingriffen-Carl Hanser Verlag, Munchen, 1952.
51. Robert J.; Glaser, : Journ. of the Amer. Dent. Assoc. 1953, 46, February.
52. Robinson B., Seldin R.: The dry socket pathology-Academy of General Dentistry Journal, Vol. 19, March 1971.
53. Schoffman, F.: Teško vađenje umnjaka i obezbeđenje rane poslije vađenja. Stomatološki glasnik Srbije, I-2/1959 god.

54. Shafer W., Nine M., Levy B.: Textbook of Oral pethology
W.B.Saunders Company, Philadelphia-
London-Toronto, 1974.
55. Shulte W. und Ullman U.: Die zerstorung des blutger-
innels durch streotikken und
staphylokokken-Deutsche Zahnärztliche
Zeitschrift, sv. 3, 170-180, München,
1972.
56. Sokolović M., Aksić-Milošević Z.: Ekstrakcija frakturir-
anih zuba. Stomatološki glasnik
Srbije, Juli-septembar 1962 god.
57. Smith Neville: Extraction socket healing in the calcium
deficient rat-Australian Dental
Journal, Vol, 20, No I, 25-27, 1975.
58. Stefanović S., Baklaja, Jevremović R.: Fiziologija i
Patologija koagulacije krvi-med.
knjiga, Beograd-Zagreb, 1969 god.
59. Škokjev A., Perović B.: Komplikacije pri ekstrakciji zuba,
San.tehničar, prilog Vojnosanitetski
pregled. 4, 1961 god.
60. Waite, E.: Practical Dental Monographis dry socket. The
year book publishers, Chiega. 1957.

(105)

61. Williams, Kysley, Fry: A new treatment of "Dry Socket"
British Dental Journal, Vol. 104.
br. 2, 1958.