

УДК 616.314.18 – 002

КОНСЕРВАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРТРОФІЧНОГО ПУЛЬПИТУ

Павленко С. А.

В статті наведена характеристика клінічних проявів фіброзої та гранулюючої форм хронічного гіпертрофічного пульпиту (ХГП). Вказується на те, що лікування даного пульпиту консервативним методом з частковим збереженням пульпи зуба є доцільним. Лікування ХГП проводиться за двома методами: вітальної екстирпації та вітальної ампутації. В якості лікувальної прокладки, яка накладається на культю пульпи зуба, застосована паста, приготована на основі композиції "Діоциноксид", та паста "Лайф" (Нерр, США). Показано, що застосування метода вітальної ампутації дає менше ускладнень в порівнянні з методом вітальної екстирпації, а використання в якості лікувальної прокладки паста, приготованої на основі композиції "Діоциноксид" дає більший відсоток позитивних результатів в порівнянні з пастою "Лайф", що дозволяє рекомендувати метод вітальної ампутації при лікуванні хронічного гіпертрофічного пульпиту для широкого впровадження в практику терапевтичної стоматології.

Запалення пульпи зуба та профілактика його ускладнень важлива медико-соціальна проблема, значення якої обумовлюється розповсюдженням захворювання та тенденцією до збільшення хворих на різні форми пульпиту з переважанням його хронічних форм у тих категорій населення, де стоматологічна допомога не має належного рівня [4-7].

Вивчення біології пульпи зуба доводить її значну реактивність, яка характеризується пластичною функцією та високою стійкістю до запалення і проявляється в можливості розсмоктування асептичних та інфекційних вогнищ, утворення дечтинного містка та в можливості у відповідь на хронічне запалення утворювати грануляційну тканину [2,3].

Відомо, що лікування хронічного пульпиту, здебільшого, зводиться до екстирпації пульпи зуба з подальшим пломбуванням кореневих каналів, але такі радикальні заходи небезпечні для тканин періодонту, для зуба та організму в цілому [1,7]. Для попередження ускладнень екстирпаційного методу лікування основна увага стоматологів повинна бути направлена на органозберігаючі методи. Тому пошук нових, ефективних засобів для консервативного лікування гіпертрофічного пульпиту є актуальною проблемою сучасної практичної стоматології [8, 10, 11, 14].

Метою дослідження була розробка та впровадження в практику терапевтичної стоматології методу лікування хронічного гіпертрофічного пульпиту (ХГП).

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено та проліковано 36 пацієнтів віком від 18 до 45 років, із них 19 жінок, що становить 52,8%, і 17 чоловіків, що становить 47,2%.

Клінічний діагноз ХГП встановлювали після детального вивчення скарг хворого, анамнезу захворювання та даних об'єктивного обстеження.

Реакцію причинного зуба на температурні подразники вивчали за методикою Л.Р.Рубіна (1967). ЕОД проводили в динаміці зі збережених жувальних бугрів за загальноприйнятою в терапевтичній стоматології методикою апаратом ЕОМ – 3 [9, 12].

В клініці ми розрізнили дві форми ХГП: гранулюючу та фіброзну, що мали суттєві клінічні відмінності. При чому у 11 пацієнтів діагностували фіброзну форму ХГП (5 чоловіків, 6 жінок) та у 25 пацієнтів діагнос-

тували гранулюючу форму ХГП (12 чоловіків, 13 жінок).

У пацієнтів з діагнозом гранулюючої форми ХГП розросла пульпа зуба була яскраво-червоного кольору, мала вигляд грануляцій. Клінічні прояви при даній формі пульпиту були яскраво вираженими, що проявлялося в різкій больовій реакції на зондування та кровоточивості, а також больовій реакції на температурні подразники при 18-24°C до лікування, коли причинний зуб починав гостро реагувати відразу ж після нанесення подразника. ЕОД в зубах з гранулюючою формою ХГП до лікування була в діапазоні 30-33 мкА.

У пацієнтів з діагнозом фіброзої форми ХГП розросла пульпа зуба мала вигляд оформленого щільного утворення блідо-рожевого кольору, схожого на шапку гриба. При зондуванні розрощення відмічався незначний біль, а кровотечі майже не було. Больова реакція на температурні подразники відмічалася в діапазоні 25-29°C і була дещо запізнілою та незначної інтенсивності. ЕОД при фіброзній формі ХГП була в діапазоні 33-35 мкА.

У більш молодому віці у пацієнтів спостерігалася тенденція до розвитку гранулюючої форми ХГП, кількість якої з віком зменшувалася, а кількість його фіброзої форми з віком збільшувалася (рис. 1).

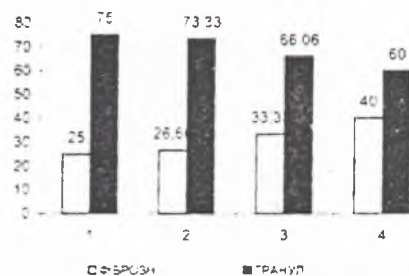


Рис. 1. Частота розвитку форм ХГП у пацієнтів різного віку

Всіх пацієнтів розділили на групи за віком та за статтю, а також в залежності від застосованої методики лікування (табл.1).

Таблиця 1
Розподіл пацієнтів на групи за віком за статтю та в залежності від застосованої методики лікування

Вікова група	Вітальна екстирпація		Вітальна ампутація + діюцинкохім		Вітальна ампутація + "Life"		Всього абс. %
	Жін. абс. %	Чол. абс. %	Жін. абс. %	Чол. абс. %	Жін. абс. %	Чол. абс. %	
I	1 10%	-	2 13,3%	-	1 9,1%	-	4 11,1%
II	1 10%	2 20%	4 26,7%	3 20%	1 9,1%	4 36,4%	15 41,7%
III	1 10%	3 30%	3 30%	1 6,7%	3 27,3%	1 9,1%	12 33,3%
IV	1 10%	1 10%	1 6,7%	1 6,7%	-	1 9,1%	5 13,9%
Всього	10 27,8%		15 41,7%		11 30,5%		36 100%

Лікування ХГП проводили за двома методиками: вітальної екстирпації та вітальної ампутації.

Для підтвердження ефективності та доцільності застосування методики вітальної ампутації при лікуванні ХГП, в якості контролю ми взяли групу з 10 чоловік, у яких ХГП лікували за методикою вітальної екстирпації з подальшим пломбуванням кореневих каналів (I група, в якій з фіброзною формою було 4 пацієнта (1 жінка, 3 чоловіки), а з гранулюючою формою було 6 пацієнтів (3 жінки, 3 чоловіки)). Вітальну екстирпацію проводили в тих зубах, де ЕОД до лікування перевищувала 40 мкА [6, 10].

Основну групу з 26 чоловік було розділено на дві в залежності від того, яку лікувальну прокладку накладали на культю пульпи зуба після ампутації розрощеної коронкової частини. У 15 чоловік на культю пульпи зуба була накладена паста, яку готували на основі композиції "Діюцинкохім" [3, 8, 13] (II група, в якій з фіброзною формою було 4 пацієнта (по 2 чоловіки та жінки), а з гранулюючою формою ХГП було 11 пацієнтів (3 чоловіки, 8 жінок)), і у 11 чоловік – пасту, яка містить гідроокис кальцію "Life" (III група, в якій з фіброзною формою було 3 пацієнти (жінки), а з гранулюючою формою 8 пацієнтів (2 жінки, 6 чоловіків)).

Вітальну ампутацію пульпи при ХГП проводили за класичною методикою. В перше відвідування, після знеболення гіпертрофовану частину пульпи за допомогою спеціально загостреного екскаватора відсікали на рівні устя кореневих каналів.

У пацієнтів II групи кровотечу після ампутації зупиняли теплим 3% розчином перекису водню. Антисептичну обробку порожнини зуба проводили стерильним розчином фурациліну 1:5000 кімнатної температури та двічі розчином "Діюцинкохіму" (комплекс препаратів на основі діоксиду, до складу якого входять мікроелементи кобальт та цинк, протеолітичний фермент хімотрипсин). Висушування порожнини проводили стерильними ватними кульками. На культю пульпи зуба на 1-2 дні під герметичну пов'язку накладали ватяну кульку, змочену в розчині композиції "Діюцинкохім". В наступне відвідування пацієнта пов'язку видаляли повністю, а на культю пульпи зуба на 14 днів накладали пасту на основі даної композиції, яку готували *ex tempore*, безпосередньо перед накладанням, додаючи до розчину діюцинкохіму в рівній кількості окис цинку та білу глину.

У пацієнтів III групи після ампутації розрощеної коронкової частини пульпи порожнину обробляли 3% розчином перекису водню та стерильним розчином фурациліну 1:5000. На культю пульпи накладали пасту, яка містить гідроокис кальцію "Life" (Kerr, USA)

після чого зуб закривали тимчасовою пломбою терміном на 7-14 днів.

У друге відвідування хворого, при відсутності скарг, больової реакції з боку тканин періодонту при перкусії, відсутності реакції на температурні подразники, тимчасову пломбу видаляли на $\frac{1}{2}$ ставили ізолюючу прокладку та постійну пломбу.

Контроль результатів лікування проводили в найближчі (2 тижні-2 місяці), близькі (6 місяців), віддалені (12місяців) строки лікування.

За критерій позитивного лікування вважали відсутність скарг хворого, больової реакції з боку тканин періодонту при перкусії, відсутності реакції зуба на температурні подразники та відловідь на ЕОД, яка не перевищувала 40 мкА після лікування.

Клінічні результати позитивного лікування ХГП методом вітальної ампутації рентгенологічно підтверджувалися відсутністю змін в тканинах періодонту.

Отримані клінічні результати показали, що методика вітальної екстирпації в лікуванні ХГП не завжди є доцільною. При її застосуванні ми відмітили ускладнення в найближчі строки лікування як фіброзної (1 пацієнт), так і гранулюючої (2 пацієнта) форми ХГП у вигляді залишкового пульпіту в 30% випадків, а в близькі і віддалені строки ще у 30% хворих при лікуванні фіброзної форми ХГП (4 пацієнта) у вигляді періодонтиту.

Результати клінічних спостережень після проведення лікування методом вітальної ампутації показали, що поріг температурної чутливості пульпи зуба при гранулюючій формі хронічного гіпертрофічного пульпіту знизився на 1-4 °С, а ЕОД до 27-30 мкА у віддалені строки.

Після лікування методом вітальної ампутації фіброзної форми ХГП поріг больової чутливості на температурні подразники зменшився на 5-6 °С, а ЕОД підвищилася до 29-31 мкА у віддалені строки.

При застосуванні методу вітальної ампутації ускладнення спостерігалися лише в 23% випадків і проявлялися у вигляді періодонтиту. Вони проявилися в найближчі строки у пацієнтів першої та другої вікових груп (1 фіброзна та 1 гранулююча форма). В близькі строки лікування ускладнення були у 2 пацієнтів другої вікової групи (2 випадки фіброзної форми), і у віддалені строки лікування ускладнення спостерігалися також в другій віковій групі (2 випадки фіброзної форми ХГП).

Порівняння лікувальної ефективності паст, приготованої на основі композиції "Діюцинкохім" та "Лайф" в якості лікувальної прокладки при вітальній ампутації показали, що обидва препарата сприятливо впливають на кореневу частину пульпи після лікування. Од-

нак при застосуванні пасти на основі композиції "Діоциноксिम" ускладнення спостерігалися в близькі строки лікування ХГП в 1 випадку (гранулююча форма ХГП), що проявлялося у вигляді самовільного болю та незначної болісності при накушуванні на зуб, тоді як при використанні в якості лікувальної прокладки пасти "Лайф" – клінічно ми спостерігали ускладнення в 45% випадків, що проявлялися болями пульсуючого характеру в найближчі строки лікування (1 випадок фіброзної форми і 1 – гранулюючої форми ХГП). В близькі та віддалені строки лікування (3 випадки фіброзної форми ХГП) ускладнення проявлялися болями при наку-

шуванні на зуб та болісною реакцією на термічні подразники, тобто майже в 8 разів частіше.

Таким чином, лікування ХГП методом вітальної ампутації з застосуванням пасти, приготованої на основі композиції "Діоциноксिम" дало ускладнення в близький строк лікування (6 місяців) лише в одному випадку гранулюючої форми ХГП. А при використанні в якості лікувальної прокладки пасти "Лайф" дало ускладнення при лікуванні 1 випадку фіброзної форми та 4 випадків гранулюючої форми ХГП в найближчі, близькі та віддалені строки (табл.2).

Таблиця 2.
Результати лікування хронічного гіпертрофічного пульпіту

Методика лікування	Кількість пацієнтів	Строки лікування					
		найближчі		близькі		віддалені	
		позитивні (абс.%)	негативні (абс.%)	позитивні (абс.%)	негативні (абс.%)	позитивні (абс.%)	негативні (абс.%)
Вітальна екстирпація	10 27,8%	7 70%	3 30%	5 50%	2 20%	4 40%	1 11%
Вітальна ампутація + доциноксим	15 41,7%	15 100%	-	14 93,3%	1 6,7%	14 93,3%	-
Вітальна ампутація + "Life"	11 30,5%	9 81,8%	2 18,2%	8 72,7%	1 9,1%	6 54,5%	2 18,2%
Всього	36 100%	31 86,1%	5 13,9%	27 87%	4 13%	24 89%	3 11%

Ці дані свідчать про те, що "Лайф" має менш виражену протизапальну, антисептичну та антибактеріальну дію в порівнянні з "Діоциноксимом", а враховуючи той факт, що при хронічному гіпертрофічному пульпіті в коронковій частині пульпи нами були виявлені мікроабсцеси, то ми можемо рекомендувати "Діоциноксим" як комплекс препаратів, що має широкий спектр дії, в якості лікувальної прокладки при лікуванні як фіброзної, так і гранулюючої форми хронічного гіпертрофічного пульпіту.

Отримані дані свідчать про доцільність застосування методу вітальної ампутації при лікуванні ХГП, як методу вибору, а використання при цьому в якості лікувальної прокладки пасти на основі композиції "Діоциноксим" запобігає розвитку подальших ускладнень при лікуванні даної патології.

Таким чином, лікування хронічного гіпертрофічного пульпіту з застосуванням методики вітальної ампутації є перспективним, адже воно направлене на збереження життєздатної кореневої частини пульпи, яка здатна запобігати трофічним змінам в твердих тканинах зуба, і, разом з тим попереджувати розвиток періодонтиту та пов'язаних з ним ускладнень.

Література

1. Алафиф Х.А.С. Пульпит. Особенности развития и выбор метода лечения. Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.01.22 –К., 1993 –20с.

2. Гаврилов Е.И. Биология пародонта и пульпы зубов –М.: Медицина, 1969 –215 с.

3. Гранько М.А. Чутливість мікрофлори, виділеної від хворих пародонтитом до композиції, яка має антисептичні властивості "Діоциноксим" // В кн. Актуальні питання стоматології. Тези доповідей всеукраїнської наукової конференції студентів і молодих вчених з міжнародною участю – Полтава, 1992 –С.25

4. Иванов В.С., Урбанович Л.И., Бережной. Воспаление пульпы зуба –М. Медицина –1990 –205 с.

5. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты. –С.-П., 1999. –83 с.

6. Ковальов Е.В., Петрушанко В.М., Сидорова А.І. Пульпит. Патоморфологія Клініка Лікування: Учбовий посібник. –Полтава, 1998 –117с.

7. Медведченко Е.В., Катурова Г.Ф., Курякина Н.В. Отдаленные результаты и стоимость лечения пульпита –Харьков –1988. –7с.

8. Петрушанко В.М. Клініко-морфологічне обґрунтування лікування пульпіту з використанням композиції "Діоциноксим". Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.01.22 –Полтава, 1994 –21с.

9. Рубин Л.Р. Физиотерапия. –М.: Медицина, 1967. –211с.

10. Скрипникова Т.П., Просандеева Г.Ф., Скрипников П.Н. Клиническая эндодонтия. Воспаление пульпы и периодонта. – Полтава, 1999. –40с.

11. Урбанович Л.И. Клинико-морфологическое обоснование лечения пульпита в связи с возрастом. Автореф. дис. докт. мед. наук. –Киев, 1973 –33с.

12. Чертыковцев В.Н. Пульпа зуба. Современные методы диагностики –М. –1999 –116с.

13. Федорина А.П. Чувствительность разных видов микроорганизмов к солям железа, меди, цинка, кобальта // Актуальные вопросы клинической микробиологии в неинфекционной клинике. Тез. докл. // Всесоюзной конференции – Москва, 1969. –С.104.

14. Яворская Е.С., Урбанович Л.И. Пульпиты. –К.: Здоров'я, 1964 –231с.

Реферат

КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА

Павленко С.А.

В статье даётся характеристика клинических проявлений фиброзной и гранулирующей формы хронического гипертрофического пульпита (ХГП). Говорится о том, что лечение данного пульпита консервативным методом с частичным сохранением пульпы целесообразно. Лечение проводится двумя методами: витальной экстирпации и витальной ампутации. В качестве лечебной прокладки на культю пульпы зуба применена паста, приготовленная на основе композиции "Діоциноксим" и паста «Лайф» (Керр США). Показано, что применение метода витальной ампутации, даёт меньше осложнений по сравнению с методом витальной экстирпации, а использование лечебной прокладки, приготовленной на основе композиции "Діоциноксим", даёт больший процент положительных результатов лечения в сравнении с пастой «Лайф». Это позволяет рекомендовать метод витальной ампутации при лечении хронического гипертрофического пульпита для широкого внедрения в практику терапевтической стоматологии.

Summary

CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC HYPERTROPHIC PULPITIS

Pavlenko S. A.

Represented paper reports the characteristic of clinical symptoms of fibroid and granulating forms of chronic hypertrophic pulpitis (CHP). It should be pointed out that the treatment of a such kind of pulpitis by a conservative method with partial conservation of a pulp is expedient. The treatment of CHP will be carried out by two methods: vital extirpation and vital ablation. As a medical lining on a stump of a dens pulp the paste prepared on the basis of "Diozinokochim" composition and paste "Life" (Kepp, USA) were applied. It has been shown, that the application of the method of vital ablation caused less complications in comparison with the method of a vital extirpation, and the application of a medical lining prepared on the basis of "Diozinokochim" composition had greater percent of positive results of treatment in comparison with paste "Life". It allows to recommend the method of vital ablation under the treatment of a chronic hypertrophic pulpitis for wide introduction in practice of therapeutic odontology.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України,
м. Полтава

УДК 611.314:575.191

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МОРФОГЕНЕЗА КОРОНКИ ЗУБА (ПО ДАННЫМ БЛИЗНЕЦОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Скрипников П. Н.

В данной работе приведены результаты исследования наследственных влияний на борозды второго порядка на неустойчивых бугорках и образовании третьего порядка на жевательной поверхности моляров. Для изучения были использованы коллекции стандартных слепков зубов от детей-близнецов 2,5 - 18 лет. Сведения, полученные в результате проведенных исследований соответствуют ранее установленным данным о высокой наследственной обусловленности показателей одонтоэпифизики у молочных и постоянных моляров, что служит одним из доводов для включения этих признаков в состав так называемой одонтоэпифизической (одонтоэпифизической) конституции при оказании маркеризации указанными признаками характера ростовой активности организма.

Широко известно, что процессы роста, развития и формирования организма и его отдельных структур совершаются при тесном взаимодействии индивидуальной наследственной программы и конкретных условий внешней среды, как внутри-, так и внеутробной. Поэтому, на первый взгляд, сама потребность в дифференцированной оценке вклада каждого из этих составляющих в процессы онтогенеза и морфогенеза кажется излишней. Однако необходимость маркирования состояний организма, их прогнозирования на будущее, выявления «сильных» и «слабых» их сторон, иначе — факторов благополучия и риска, ставит на повестку дня поиск фонетических маркеров, в наибольшей мере отражающих особенности генотипа человека, для использования в качестве диагностически значимых проявлений конституции.

При различии подходов к проблеме конституции, с практических позиций не менее, чем любой иной, приемлем тот, который рассматривает это явление как совокупность высоко наследственно зависимых фонетических маркеров. Подобного рода идея широко обозначила себя десять лет назад, в период работы весьма представительного симпозиума, организованного АН СССР в г. Хмельницкий (Украина) [1]. В число маркерных признаков могут войти лишь обладающие высокой генетической зависимостью, а это означает, что отслеживание уровней наследственной обусловленности структур организма имеет не столько теоретическое, сколько практическое значение. Ведь научно обоснованные прогнозы состояний человека постоянно подкрепляют существующую медицинскую, спортивно-тренировочную и иные виды социальной практики. Со времен Френсиса Гальтона [2] и уже на протяжении более чем столетия для количественной оценки роли наследственных влияний на процессы формообразования структур организма широко используется близнецовый метод антропологи-

тики. Сущность примененного нами и многими иными авторами варианта этого метода заключается в сопоставлении меры внутрипарных различий у монозиготных и дизиготных близнецов — МБ и ДБ. Первые развиваются в результате многоплодной беременности из единой яйцеклетки, вторично разделившейся на части и давшей начало двум (или большему количеству) детским организмам. Вторые возникают на основе оплодотворения нескольких яйцеклеток. Поэтому МБ, в пределах пары, считаются генетически идентичными. Исходно они обладают одинаковым набором генов, хотя в процессе функционирования генома могут возникать известные расхождения (например, разновременность активизации генов). ДБ генетически столь же похожи, как два одиночно рожденных в одной семье брата или сестры. Их генетическое сходство составляет 50%. Если допустить, что внутриутробная среда оказывает сходное по своей интенсивности «сводящее» или «разводящее» влияние на партнеров по близнецовой паре, то мера внутрипарных различий по любому изучаемому признаку будет определяться степенью генетического сходства партнеров (максимальной у МБ и средней для ДБ). Отсюда с помощью предложенной системы расчетов находится доля наследственных влияний в общей сумме последних. Наипростейшая и достаточно логичная формула для этого была предложена Хольцингером [3]: $H = r_{MB} - r_{DB} / 1 - r_{DB}$, где H — показатель Хольцингера, оценивающий количественно вклад фактора наследственности в морфогенез, r_{MB} и r_{DB} — коэффициенты внутрипарной корреляции для моно- и дизиготных близнецов соответственно. Показатель Хольцингера варьирует от «0» до «1,0». Увеличение его значений характеризует нарастание наследственных влияний. Умножив величину H на 100, ее можно выразить в процентах.