

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ И ОБОСТРИВШИМСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХУШЕЧНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОЗИРОВАННОГО ВАКУУМА

Ключевые слова: периодонтит, дозированный вакуум

Ключові слова: періодонтит, дозований вакуум

Key words: periodontitis, dosed vacuum

До настоящего времени консервативная терапия острого гнойного и обострившегося хронического периодонтита базируется на пассивной тактике лечения (открытый метод) [1,2]. Однако этот метод предопределяет длительные сроки лечения, приводит к реинфекции и достаточно часто первое герметическое закрытие зуба приводит к новому обострению процесса [3,4,5].

Многие авторы считают, что для лечения деструктивных форм периодонтитов необходима заапикальная терапия [6, 7, 8]. В последнее время предложены медикаментозные композиции, в состав которых входят ферменты, антиоксиданты, цитостатики [9,10,11].

Однако, в связи с ухудшением экологии, нарушенном у пациентов иммунного статуса, высокой изменчивостью микроорганизмов, являющихся этиологическим фактором периодонтита, нередко возникает ситуация, когда зуб является резистентным к общепринятой терапии. К тому же аллергия и сенсibilизация организма больных требует поиска немедикаментозных методов лечения, которые позволят уменьшить негативное влияние антибактериальных препаратов.

В литературе есть сообщения об использовании вакуумного дренирования в лечении гнойных ран и острых одонтогенных воспалительных заболеваний. Этот метод позволяет удалить экссудат, ослабить напряжение тканей, что в фазе гидратации уменьшает отек и боль. Вакуумное отсасывание экссудата, содержимого корневого канала было предложено для лечения острых гнойных и обострившихся хронических верхушечных периодонтитов [12, 13, 14]. Однако вопрос о влиянии вакуума на околоверхушечную область не изучен, не разработана методика лечения больных с острым гнойным и обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом с использованием дозированного вакуума и медикаментозного комплекса.

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных с острым гнойным и обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом путем использования дозированного вакуума и медикаментозного комплекса этиотропного и патогенетического действия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для дренирования корневых каналов и воздействия на периапикальный очаг использовали «Устройство для вакуумного лечения периодонтита вакуумный АЛП-02» [15]. Аппарат для лечения пародонтоза дополнительно комплектовали наконечником, в котором размещен дозатор вакуума и элементы управления устройством и электронным измерителем времени 2010. № 2(4)

с блоком питания. Для подведения вакуума и удаления жидкости из корневого канала зуба наконечник соединяли с одноразовой полипропиленовой канюлей фирмы «Ultradent».

Перед клинической апробацией методики в эксперименте на собаках определены морфологические изменения структурных компонентов периодонта при остром гнойном и обострившемся хроническом верхушечном периодонтите, до и после воздействия дозированного вакуума. Доказано, что кроме удаления экссудата вакуум положительно действует на кровообращение в микрососудах периодонта, способствует процессам возобновления трофики в воспаленных тканях, уменьшению воспалительной инфильтрации и отека, стимуляции процесса остеогенеза. Причем, при действии вакуума в режиме 0,9 атм при остром гнойном периодонтите позитивные изменения в периодонте наблюдались при экспозиции 60 с, а при обострившемся хроническом верхушечном периодонтите оптимальным временем воздействия дозированным вакуумом было 120 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Микробиологические исследования обосновали целесообразность использования вакуум-дренирования корневых каналов и периапикального очага с последующей антибактериальной терапией. На основании микроскопии 25 мазков-препаратов было установлено, что все корневые каналы при верхушечных периодонтитах являются инфицированными ассоциативной микрофлорой.

Микробиологическое исследование экссудата по методу Gould показало, что в посевах материала, взятого до вакуумной обработки, КОЕ (количество колониеобразующих единиц) колебалось от 10 до 10³ при остром гнойном периодонтите и от 10 до 10⁶ при обострившемся хроническом периодонтите. Такое значительное количество бактерий в очаге воспаления позволило с уверенностью утверждать об их значимости в развитии патологического процесса.

После вакуумной обработки корневых каналов КОЕ снижалось у всех больных в 1000—10000 раз. Таким образом, результаты исследования показали, что вакуум-дренирование непосредственно влияет на уровень инфицирования корневых каналов и периапикального очага, благодаря тому, что механически удаляется экссудат, который содержит большое количество бактерий.

Однако оставалась необходимость применения комплекса антимикробных препаратов широкого спек-

тра действия, которые имеют длительное влияние на микросреду очага поражения.

Предложен медикаментозный комплекс, который оказывает противовоспалительное, противомикробное, нормализующее локальный гемостаз действие, стимулирует репаративные процессы в периодонте.

В его состав входят димексид, линкомицина гидрохлорид, метронидазол, фуразолидон.

Исследование антимикробной активности комплекса препаратов и его составляющих частей показало, что наибольшую активность ко всем исследуемым тест-культурам имел вышеуказанный медикаментозный комплекс. Сочетанное применение антибактериальных препаратов с антисептиком димексидом позволило уменьшить дозу и концентрацию избранных веществ.

Проведенные экспериментальные, микробиологические и клиничко-лабораторные исследования стали основанием для разработки методики лечения больных с острым гнойным и обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом с использованием дозированного вакуума и комплекса медикаментозных средств. На способ лечения получены декларационные патенты Украины [16,17]. Разработанная методика лечения больных острым гнойным и обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом предусматривает целенаправленное поэтапное воздействие на около-верхушечной очаг дозированным вакуумом, в зависимости от стадии воспаления и медикаментозного комплекса, что позволяет на первом этапе значительно снизить инфицированность корневых каналов и экссудативные явления, на втором — стимулировать репаративные процессы в периодонте.

Разработанная методика показана для лечения одно- и многокорневых зубов с хорошо проходимыми корневыми каналами. Для лечения зубов с плохо проходимыми каналами необходимо предварительное расширение с использованием инструментов, которое проводится в 2—3 сеанса. Количество посещений зависит от тяжести и клинического течения воспалительного процесса в периодонте.

В первое посещение, после проведения диагностической рентгенографии и обезболивания, раскрывают полость зуба. Часто уже после раскрытия полости зуба получают экссудат. В этом случае проводят отсасывание гнойного содержимого из корневого канала с помощью вакуума на протяжении 40—60 с. После удаления экссудата и создания доступа к корневым каналам осуществляют их инструментальную обработку.

После тщательной ирригации корневых каналов раскрывают апикальное отверстие файлом № 10—15 (ISO). Проводят процедуру вакуумного воздействия через корневые каналы с помощью «Устройства для лечения периодонтита» и канюль фирмы «Ultradent», доводя разрежение до 0,9 атм (>90 кПа): при остром гнойном периодонтите на протяжении 60 с, а при обострившемся хроническом верхушечном периодонтите на протяжении 120 с (на каждый корневой канал).

При наличии свища в области проекции причинного зуба дополнительно воздействуют вакуумом, для чего используют стеклянный наконечник, который прикладывают к свищу на протяжении 30—60 с.

После высушивания канала бумажными штифтами с помощью каналонаполнителя вводят в корневой канал и периапикальный очаг медикаментозный комплекс в виде суспензии.

В состав порошка входят: линкомицина гидрохлорид 0,25 г (1 капля), трихопол 0,25 г (1 табл.), фуразолидон 0,05 г (1 табл.), причем он смешивается заблаговременно, сохраняет свои качества длительное время. Для получения суспензии *ex tempore* порошок смешивают с небольшим количеством (*quantum satis*) 50% раствора димексида.

Зуб закрывают герметически дентин-пастой, предварительно в полость зуба вводят ватный тампон, пропитанный суспензией.

При наличии инфильтрата и общих явлениях интоксикации организма больным назначают Аскорутин по 2 табл. 3 раза в сутки в течение недели.

Во второе посещение, через 2—3 суток, удаляют повязку, проводят ирригацию раствором хлоргексидина биглюконата 0,05%. Осуществляют заключительную инструментальную обработку и формирование корневого канала. Повторяют вакуумную обработку корневых каналов, доводя разрежение до 0,5 атм (>48 кПа) на протяжении 60 с. Высушивают корневой канал бумажными штифтами и пломбируют методом центрального штифта или латеральной конденсации гуттаперчи, в качестве силера применяют «Эндометазон». После контрольной рентгенографии накладывают постоянную пломбу.

Оценку клинической эффективности проводили у 81 больного в возрасте от 17 до 70 лет, у которых было вылечено 93 зуба, из них: однокорневых — 47, многокорневых — 46. Повторное эндодонтическое вмешательство с распломбированием корневых каналов провели в 19 зубах. Больные были распределены на две группы: основную (57 пациентов), лечение в которой проводилось по разработанной методике, и контрольную (24 пациента), в которой лечение проводилось общепринятым методом.

Больным основной и контрольной групп инструментальную обработку корневых каналов выполняли с использованием современных эндодонтических инструментов с учетом рабочей длины. Для ирригации применяли 0,05 % раствор хлоргексидина биглюконата. Обтурацию корневых каналов проводили методом центрального штифта или латеральной конденсации, как силер использовали «Эндометазон».

Анализ результатов лечения больных острым гнойным и обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом проводили на основании клинического и контрольного рентгенологического обследования непосредственно после окончания лечения и через 6 и 12 месяцев. На контрольных рентгенограммах оценивали степень обтурации корневых каналов, качество корневых пломб, редукцию периапикального очага. Для анализа и сравнения результатов рентгенологического исследования использовали периапикально-альвеолярный индекс PAI [18].

Главными критериями, которые подтверждают позитивные результаты лечения, являются отсутствие жалоб и возобновление функции зуба. Поэтому клиническую

оценку ближайших результатов лечения осуществляли субъективными и объективными методами, проводя анкетирование пациентов [19]. Для количественной характеристики эффективности лечения боль оценивали в баллах до лечения и после первого посещения.

По результатам анкетирования определено, что лечение по разработанной методике способствовало быстрому купированию клинических симптомов воспаления в периодонте, что привело к быстрому снижению интенсивности боли (более чем в 6 раз по сравнению с контрольной группой).

Важными критериями эффективности лечения больных является сокращение сроков лечения и количества посещений. Средняя продолжительность лечения больных острым гнойным периодонтитом сократилась в 3,08 раза, а больных обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом — в 2,92 раза. Причем, за 2 посещения вылечено 98,9% больных острым гнойным и 70,18% — обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом. В контрольной группе за 2 посещения не вылечен ни один пациент, за 3 посещения вылечено 80% больных острым гнойным периодонтитом и 47,6% больных обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом.

Отмечено также, что у 100% больных, которых лечили по разработанной методике, при герметическом закрытии зуба не было обострения процесса. Причем, по разработанной методике было вылечено 11 больных обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом, у которых в анамнезе отмечено состояние «зуб не выдерживает герметизм».

Отдаленные результаты лечения оценивали клиническими и

рентгенологическими методами через 6 и 12 месяцев. Позитивными результатами считали отсутствие жалоб, удовлетворительные данные клинического обследования и отсутствие деструктивных изменений в костной ткани после лечения острого гнойного верхушечного периодонтита или редукцию периапикального очага после лечения обострившегося хронического верхушечного периодонтита.

Через 12 месяцев после лечения больных острым гнойным периодонтитом получили позитивные клинико-рентгенологические результаты у всех обследованных.

После лечения больных обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом полное восстановление околоверхушечных тканей отметили в 84,62% случаев.

После вычисления индекса PAI установили, что восстановление околоверхушечных очагов поражения происходило быстрее у пациентов основной группы. Об этом свидетельствует снижение величины индекса PAI в 3,3 раза в основной группе против 1,6 в контрольной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что методика лечения больных острым гнойным и обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом с использованием дозированного вакуума и медикаментозного комплекса является этиопатогенетической, простой в проведении, может успешно применяться в клинической практике.

Использование разработанной методики позволит расширить границы консервативного лечения периодонтита и существенно повысить эффективность лечения осложненного кариеса.

Резюме

Разработана методика лечения острого гнойного и хронического периодонтита в стадии обострения с использованием дозированного вакуума и медикаментозного комплекса. Проведена сравнительная оценка результатов лечения пациентов с периодонтитом и доказана эффективность применения предложенной методики.

Резюме

Розроблена методика лікування гострого гнійного та хронічного періодонтиту в стадії загострення з використанням дозованого вакууму й медикаментозного комплексу. Проведена порівняльна оцінка результатів лікування пацієнтів з періодонтитом та доведена ефективність застосування запропонованої методики.

Summary

The technique of treatment of the acute purulent periodontitis and chronic exacerbated periodontitis with using of dosed vacuum and medical complex is developed. The comparative evaluation treatment results in patients with periodontitis held, the efficacy of proposed technique is proved.

Список литературы

1. Иванов В. С., Овруцкий Г. Д., Гемонов В. В. Практическая эндодонтия.—М: Медицина, 1984.—222 с.
2. Терапевтическая стоматология. Учебник/Е. В. Боровский, В. С. Иванов, Ю. М. Максимовский, Л.Н. Максимовская. Под ред. Е. В. Боровского, Ю.М. Максимовского.—М.: Медицина, 1998.—736 с.
3. Буров В.М. Лечение больных хроническим верхушечным периодонтитом в сокращённые сроки: Автореф.дис... канд.мед.наук: 14.00.21./Киевск.мед.ин-т им.А.А. Богомольца. - К., 1981. - 16 с.
4. Кодукова А., Величкова П., Дачев Б. Периодонтиты. Пер с болгар.—М.: Медицина, 1989.—256 с.
5. Глинкина В. В., Донский Г. И. Результаты лечения обострившихся хронических периодонтитов с применением сорбентов//Стоматология.—1991.—№ 4.—С 35—36.
6. Педорез А. П., Донский С.Н., Петров С.Н. Клинические аспекты современной эндодонтии//Стоматолог.—2000.—№ 11. С. 12—18.
7. Seixas F. H., Garrido A. D.,Vieira M.L Clinical aspects of pulpal-periodontal lesions II Aust Endod J.—2002.—Vol. 28, № 2.—P. 82—85.
8. Николишин А. К. Современная эндодонтия практического врача.—Полтава, 2003.—208 с.
9. Чукаева Н.А. Выбор метода лечения больных острым и обострившимся хроническим периодонтитом на основании клинико-иммунологических показателей: Автореф. дис... канд. мед наук: 14.00.21./Моск.стомат.ин-т им. Н.А. Семашко. —М., 1990.—23 с.
10. Кухта С.И., Синица В. В. Лікування хронічних верхівкових періодонтитів із застосуванням антиоксидантів//Новини стоматології; — 1999.—№ 1.—С.65—67.
11. Машенко И.С., Скотаренко А.В. Ближайшие результаты лечения деструктивных форм периодонтита циклофосфаном, химоксицином и гидроксипаптитовой пастой//Вісник стоматології. — 2001. - № 4.—С. 23—25.
12. Способ лечения хронического периодонтита: А. с 1306573 СССР МКИА61С 5/02/Ю. П. Липовка, Т.Д. Калантарян, В. И. Калинин/СССР.—№ 3880807/28—14; Заявлено 08.04.85; Опубл. 30.04.87. Бюл. № 16. —С. 20.
13. Данилевский Н.Ф., Косенко К.И., Сидельникова Л.Ф. Лечение периодонтитов в сочетании с антибиотиками//Стоматолог.—1987.—№1.—С. 30—32.
14. Морозов П. В., Шумский А. В. Применение вакуума при лечении острого и хронического периодонтита II Военно-медицинский журнал.—1996.—№ 1.—С. 58.
15. Пат. 11576 Україна, А61С5/02. Пристрій для вакуумного лікування періодонтиту: Деклараційний патент 11576 Україна, А61 С5/02/Котелевська Н.В., Ніколішин А. К. (UA).—№ 2004021070; Заявл. 13.02.04; Опубл. 16.01.2006, Бюл. № 1,—3 с.
16. Пат. 5569 Україна, А61 С5/02. Спосіб лікування періодонтитів: Деклараційний патент 5569 Україна, А61 С5/02/Котелевська Н. В., Ніколішин А.К. (UA).—№ 20040705587; Заявл. 9.07.04; Опубл. 15.08.2005, Бюл. № 3,—2 с.
17. Пат. 9512 Україна, А61С5/02. Спосіб лікування гострого гнійного та загостреного хронічного верхівкових періодонтитів; Деклараційний патент 9512Україна,А610/02/Котелевська Н. В., Ніколішин А.К. (UA) —№ 20040604849; Заявл. 21.06.04; Опубл. 17.10.2005, Бюл. № 10.—2 с
18. Orstavik D., Kerekes K., Eriksen H. The periapical index: a scoring system for radiographic assessment of apical periodontitis II Endod. Traumatol.—1986.—P. 20—34.
19. Петрикас А. Ж., Овсепян А. П., Горева Л. А. Боль после пломбирования корневых каналов зубов//Новости Dentsply.—2002.—№7.—С.51—54.