

УДК 616.314.18-0022-08

Є.В. Ковальов, А.І. Сидорова, С.А.Павленко, В.В. Ярковий

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПУЛЬПІТУ ЗБЕРІГАЛЬНИМ МЕТОДОМ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Актуальною проблемою сучасної стоматології, гострота якої зумовлюється надмірною поширеністю хронічних форм пульпіту в пацієнтів, які звертаються по стоматологічну допомогу, досі лишається ліквідація запалення пульпи зуба і профілактика його ускладнень. Якісне лікування різних форм пульпіту забезпечує профілактику розвитку верівкового періодонтиту.

Традиційно лікування хронічних форм пульпіту зводиться переважно до застосування хірургічного методу – екстирпації пульпи зуба з подальшим пломбуванням кореневих каналів. Навіть маючи широкий спектр засобів протизапальної терапії, лікарі-стоматологи надають перевагу радикальним методам лікування – екстирпації пульпи зуба [1, 2, 3, 6]. Це призводить до порушення трофіки твердих тканин зуба, зменшення їхньої міцності, а згодом – до руйнування власне зуба, адже від життєдіяльності пульпи залежать фізико-хімічні, механічні властивості його твердих тканин. З іншого боку, від стану твердих тканин зуба залежить стан пульпи зуба [5, 7]. Але попри те, що при глибокому карієсі, гострому середньому карієсі в пульпі зуба іноді наявні мікроорганізми, її запалення не завжди в клініці можна визначити з огляду на високі захисні властивості пульпи зуба [4, 6].

З метою профілактики ускладнень після екстирпації пульпи при лікуванні хронічних форм пульпіту (в молодих пацієнтів без загострення хронічного пульпіту в анамнезі) в клініці як метод вибору нами був застосований метод часткового збереження пульпи зуба – метод вітальної ампутації [8, 9].

Нами було обстежено і проліковано 28 пацієнтів віком від 20 до 40 років із діагнозом «хронічний гіпертрофічний пульпіт» і «хронічний простий (фіброзний) пульпіт». Усіх пацієнтів було розділено на групи залежно від застосованої методики лікування. У першій групі (10 осіб) хронічний пульпіт лікували методом вітальної екстирпації. На першому відвідуванні після провідникового знеболювання 4% розчином «Убістезину» стерильним екскаватором ампутували (за необхідності) частину пульпи зуба, яка розрослася, далі поетапно, змінюючи бори на стерильні, розкривали пульпову камеру, ампутували коронкову частину пульпи зуба і стерильним пульпоекстрактором видаляли пульпу зуба з корневих каналів. Кровотечу зупиняли розчином «Капраміну» («ВладМіва», Росія) з подальшою механічною обробкою корневих ка-

налів і паралельною їх медикаментозною обробкою 1% розчином гіпохлориду натрію та промиванням каналів дистильованою водою, після чого канали висушували паперовими штифтами, пломбували їх твердіючою пастою і накладали ізоляційну прокладку із СІЦ і постійну пломбу з композитного матеріалу.

У другій групі (18 осіб) була застосована методика вітальної ампутації з накладенням на куксу пульпи зуба кальцієвмісної лікувальної пасту. Лікування проводили за класичною методикою вітальної ампутації. На першому відвідуванні після знеболювання 4% розчином «Убістезину» за необхідності стерильним екскаватором ампутували частину пульпи зуба, яка розрослася, далі поетапно, змінюючи бори на стерильні, розкривали пульпову камеру. Коронкову частину пульпи зуба ампутували стерильним гострим екскаватором. Пульпу відтинали на рівні устя корневих каналів. Із самих усть корневих каналів пульпу не видаляли. Кровотечу припиняли розчином «Капраміну» («ВладМіва», Росія). Порожнину зуба висушували стерильними ватними кульками. Після висушування на куксу пульпи зуба тонким шаром накладали пасту «Лайф» («Керр», США), яка містить гідроокис кальцію, покривали її ізоляційною прокладкою із СІЦ і накладали постійну пломбу з композитного матеріалу.

Результати лікування контролювали в найближчі (2 тижні - 2 місяці), близькі та віддалені (12, 36 місяців) строки. За критерій позитивного лікування за збереження пломби в зубі, її кольору, цілості та крайового прилягання вважали відсутність скарг хворого, больової реакції з боку тканин періодонта при перкусії та реакції зуба на температурні подразники, відповідь зуба на ЕОД, що не перевищувала 40 мкА після проведеного лікування і відсутність змін у тканинах періодонта на рентгенологічному дослідженні. За критерій негативного лікування вважали зміну кольору зуба і пломби, наявність больової реакції на перкусію з боку тканин періодонта і болю від дії температурних подразників, а також наявність змін у тканинах періодонта на рентгенологічному дослідженні.

Аналіз клінічних результатів лікування цієї патології показав, що ускладнення виникали як після застосування вітальної екстирпації, так і після вітальної ампутації. У пацієнтів другої клінічної групи ускладнення після лікування діагностувалися однаково часто в різні строки спостереження ($p > 0,05$).

У першій клінічній групі в найближчі строки після лікування ускладнення виникали в 30% пацієнтів, через 12 місяців – у 20% пацієнтів, тобто в 1,5 рази рідше, а через 36 місяців – у 11% пацієнтів, тобто втричі та вдвічі рідше, ніж у найближчі строки та через 12 місяців відповідно. Порівняння

ефективності різних методів лікування хронічного пульпіту показало, що за застосування методу вітальної ампутації ускладнення розвивалися у 27% випадків, а за використання методу вітальної екстирпації – майже втричі частіше ($p < 0,05$).

Таблиця
Результати лікування хронічного пульпіту залежно від застосованої методики лікування

Методика лікування	Кількість пацієнтів	Строки лікування					
		найближчі		близькі		віддалені	
		позитивні (абс., %)	негативні (абс., %)	позитивні (абс., %)	негативні (абс., %)	позитивні (абс., %)	негативні (абс., %)
Вітальна екстирпація	10	7 70%	3 30%	5 50%	2 20%	4 40%	1 11%
Вітальна ампутація + "Life"	18	16 89%	2 11%	6 33%	1 5,6%	5 27,8%	1 5,5%
Усього	28	23	5	11	3	9	2

Отже, після застосування в лікуванні хронічного пульпіту методу вітальної ампутації ускладнення розвиваються з однаковою інтенсивністю в різні строки спостереження, а за застосування для терапії цієї патології методу вітальної екстирпації більшість ускладнень виникають у найближчі строки. У віддалені терміни після проведеної терапії в пацієнтів, яким хронічний пульпіт лікували методом вітальної ампутації, ускладнення діагностувалися в 5,5% випадків, а у хворих, яким застосували метод вітальної екстирпації, - удвічі частіше ($p < 0,05$). Отже, в усі строки клінічного спостереження негативні результати лікування вірогідно частіше діагностувалися в пацієнтів першої клінічної групи.

Результати наших досліджень указують на те, що позитивні наслідки лікування хронічних форм пульпіту вірогідно частіше спостерігалися за застосування для терапії цієї патології методу вітальної ампутації у віддалені терміни лікування.

Отримані результати дозволяють зробити висновок про доцільність застосування методу вітальної ампутації в лікуванні хронічних форм пульпіту як методу вибору. Він дає можливість запобігти розвитку ускладнень після лікування і зберегти зуб як повноцінну функціональну одиницю зубо-щелепної системи.

Щоб запобігти ускладненням після лікування хронічного пульпіту, при виборі методу лікування необхідно звернути увагу на супутні хвороби. Часті гострі респіраторно-вірусні хвороби, тонзиліт, бронхіт у анамнезі без загострення на момент звернення по допомогу дозволяють застосовувати методику вітальної ампутації. Але якщо пацієнти зазначають наявність у них хвороб серцево-судинної системи, системи шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи чи інших системних хвороб, доцільно буде застосувати в лікуванні хронічного пульпіту методику вітальної екстирпації.

Загострення хронічного пульпіту, яке визначається за даними анамнезу і проявляється в паціє-

нтів як посилення відчуття дискомфорту і больової реакції під час їди та на дію фізичних і хімічних чинників, дає нам підставу застосовувати методику вітальної екстирпації. Також методику вітальної екстирпації рекомендується застосовувати в пацієнтів із поганим і незадовільним станом гігієни порожнини рота та за високих показників КПВ, як показали наші спостереження.

Отже, вибір для лікування хронічного пульпіту методики вітальної ампутації чи вітальної екстирпації залежить від багатьох факторів, які треба оцінювати комплексно, адже адекватно вибране лікування цієї патології великою мірою впливає на остаточний результат і забезпечує збереження зуба як повноцінної функціонуючого органа системи травлення.

Література

1. Анохин А.С. Лечение воспаления пульпы методом витальной ампутации с применением кислых мукополисахаридов / А.С.Анохин // Комплексное лечение кариеса зубов и его осложнений. – Волгоград, 1980. – Вып.5. – С.75-77.
2. Данилевский Н.Ф. Применение лизоцимсодержащей пасты и кальмецина при лечении пульпита методом витальной ампутации / Н.Ф. Данилевский, Л.А. Хоменко // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. – Ереван, 1986. – С.57-59.
3. Данилевский Н.Ф. Пульпит / Н.Ф. Данилевский, Л.Ф. Сидельникова, Ж.И. Рахний. – К.: Здоров'я, 2003. –166 с.
4. Иванов В.С. Воспаление пульпы зуба / В.С. Иванов, Л.И. Урбанович, В.П. Бережной.- М.: Медицина, 1990. –205 с.
5. Кодола Н.А. Пульпит. Возрастные особенности и лечение / Н.А. Кодола, Е.П. Копьева, А.П. Прудникова. – К.: Здоров'я, 1980. –152 с.
6. Копьева Е.П. Клинические результаты лечения воспаленной пульпы ампуационным методом / Е.П. Копьева // Проблемы стоматологии. –1966. – С.81-85.
7. Лихота Т.Ф. Клиника и лечение хронического пульпита постоянных зубов у детей: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец.

- 14.01.22 «Стоматология» / Т.Ф. Лихота. – К., 1971. – 21 с.
8. Пат. № 60791 А Україна, МПК 7 А61С5/02. Спосіб лікування хронічного гіпертрофічного пульпіту: Декларційний патент № 60791 А Україна, МПК 7 А61С5/02 / Ковальов Є.В., Павленко С.А., Марченко І.Я. – №2003021515; заявл. 20.02.03; опубл. 15.10.03, Бюл.№10.
9. Петрушанко В.М. Клініко-морфологічне обґрунтування лікування пульпіту з використанням композиції «Діоцинкохім»: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология» / В.М. Петрушанко. – Полтава, 1994. – 21 с.

**Стаття надійшла
6.09.2013 р.**

Резюме

Представлен сравнительный анализ лечения хронических форм пульпита методом витальной ампутации и методом витальной экстирпации. Сравнение результатов проводится в ближайшие (2 недели – 2 месяца) и отдаленные (12, 36 месяцев) сроки. По результатам лечения даны рекомендации по выбору метода лечения хронических форм пульпита.

Ключевые слова: лечение пульпита, хронический простой пульпит, хронический гипертрофический пульпит.

Резюме

Наведений порівняльний аналіз лікування хронічних форм пульпіту методом вітальної ампутації та методом вітальної екстирпації. Результати лікування порівнюються в найближчі (2 тижні - 2 місяці) та віддалені (12, 36 місяців) терміни. За результатами лікування дані рекомендації щодо вибору методу лікування хронічних форм пульпіту.

Ключові слова: лікування пульпіту, хронічний простий пульпіт, хронічний гіпертрофічний пульпіт.

Summary

This article presents a comparative analysis of the treatment of chronic pulpitis by vital amputation and method of vital extirpation. comparison of the results is carried out in the next (2 weeks - 2 months) and late (12, 36 months). according to the results of the treatment recommendations on choice of the method of treatment of chronic pulpitis.

Key words: treatment of pulpitis, chronic simple pulpitis, chronic hypertrophic pulpitis.