

Варианты лечения периодонтита в стадии обострения (K04.7), исключая «период открытого зуба»

Л.Д. ВЕЙСГЕЙМ, д.м.н., проф.

Т.Н. ГОМЕНИЮК, к.м.н., доц.

Волгоградский государственный медицинский университет

Options treatment of periodontitis in the acute stage (K04.7), excluding «period open tooth»

L.D. VEYSGEYM, T.N. GOMENYUK

Резюме: В данной статье рассматриваются вопросы консервативного лечения хронических форм периодонтита в стадии обострения без «периода открытого зуба» и без обязательного назначения противовоспалительных препаратов и антибиотиков. Представлены 17 клинических случаев с подробным описанием методики лечения и результатов. Было проведено лечение 16 пациентов в возрасте 28–65 лет с диагнозом K04.7. Положительный результат лечения подтвержден клинически и рентгенологически через 6–12 месяцев. Лечение проходит без осложнений и полное восстановление костных структур в области бывшего очага деструкции происходит быстрее в зубах с одним корневым каналом, не подвергавшимся ранее эндодонтическому лечению.

Ключевые слова: периапикальный абсцесс, хронический апикальный периодонтит, лечение, корневые каналы.

Abstract: This article deals with the conservative treatment of chronic periodontitis in the acute stage without the «open period of the tooth» and mandatory appointment of antibiotics and anti-inflammatory drugs. 17 clinical cases are presented with a detailed description of the methods of treatment and the results. 16 patients aged 28–65 years with a diagnosis K04.7 were treated. Positive results confirmed clinically and radio graphically after 6–12 months. The treatment takes place without complications and complete recovery of bone structures in the former foci of destruction is faster in teeth with one root canal, do not expose previously endodontic treatment.

Key words: periapical abscess, chronic apical periodontitis, treatment, root canals.

Деструктивные формы хронического периодонтита в стадии обострения относят по «Международной классификации болезней №10» (МКБ №10) к периапикальному абсцессу без свища (K04.7). В зависимости от возраста распространенность данной патологии среди пациентов стоматологических поликлиник может составлять от 9% до 21% в структуре заболеваний периодонта [3]. Этиотропная терапия при K04.7 направлена на ликвидацию микроорганизмов в инфицированных корневых каналах. Наиболее используемыми в эндодонтии ирригантами являются гипохлорит натрия для растворения органического и этилендиаминтетраацетат (ЭДТА) для неорганического компонента [1, 9, 11]. Применение 5,25% раствора гипохлорита натрия в течение 40 минут оказалось наиболее эффективным для элиминация *Enterococcus faecalis* из корневого канала [16]. Достаточно широко применяется традиционный метод «открытого зуба» с ротовыми ванночками из раствора пищевой соды для дренирования очага воспаления и купирования острого процесса. Однако пациентам сложно предотвратить заполнение пищевыми остатками дренажного отверстия в зубе. Отток экссудата из очага воспаления затрудняется, что приводит к дополнительной бактериальной контаминации корневых каналов микроорганизмами полости рта. При «открытом зубе» при повторных исследованиях через 3–5 дней обнаружены виды бактерий, количе-

ство которых увеличилось, и виды бактерий, которые не выявлялись при первичном исследовании содержимого каналов [10]. Методы лечения периапикального абсцесса без свища, исключая «период открытого зуба», используются совместно с назначением противовоспалительной и антибиотикотерапии [6, 7]. Тактика лечения абсцесса при условии, что симптомы пациента диагностированы правильно [14], все еще является предметом для дискуссии [12]. Многие рабочие места стоматологов не оснащены передовым высокотехнологичным оборудованием [4] и преобладает традиционный подход в методах лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В условиях муниципального учреждения здравоохранения апробировать метод лечения деструктивных форм хронического периодонтита в стадии обострения, исключая «период открытого зуба» и обязательного назначения противовоспалительной и антибиотикотерапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели проведено обследование и лечение 16 пациентов (5 мужчин и 11 женщин) возрасте от 28 до 65 лет с острой болью в области 17 зубов. В первое посещение раскрывали полость зуба, расширяли устье корневых каналов, получали

экссудат. Определяли длину каналов, используя апекс-локатор Rayrex 5 (VDW, Германия), точность которого подтверждена экспериментально [2]. Инструментальную обработку ранее не леченых корневых каналов проводили, используя систему машинных никель-титановых файлов Mtwo® и эндомотора SilverReciproc (VDW). Дезобтурацию каналов, леченых ранее по поводу осложненного кариеса, в том числе с использованием резорцин-формалиновой пасты, проводили никель-титановыми файлами Reciproc®(VDW), несмотря на то что нет официальных рекомендаций производителя по использованию данной системы в импрегнированных каналах. Каналы обрабатывали растворами ЭДТА и гипохлорита натрия 5,25% (TehnoDent, Россия, Белгород) при помощи эндодонтического шприца. Для защиты слизистой оболочки полости рта использовали латексную завесу OptraDam®Plus (Ivoclar Vivadent). Корневые каналы промывали до появления прозрачного, чистого раствора, без видимых хлопьев и вспенивания. Среднее время ирригации каналов составило 45 ± 5 минут. Во всех случаях использовалась тактика, исключая «период открытого зуба». Сроки наблюдения составили от 6 до 24 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном обследовании все пациенты предъявляли жалобы на постоянную ноющую боль, усиливающуюся при накусывании, появившуюся не более 48 часов назад, асимметрию лица, отек мягких тканей в области причинного зуба. При объективном осмотре причинные зубы были ранее лечены, причем 8 из них — по поводу осложненного кариеса, из них 3 зуба — с использованием резорцин-формалинового метода. Пломбы сохранены, перкуссия резко болезненна, отек и гиперемия слизистой оболочки, болезненной при пальпации со слезненностью по переходной складке (табл. 1).

Рентгенологически определялись очаги деструкции костной ткани с расширением периодонтальной щели, наиболее выраженные в проекции верхушек корней 1.1, 4.2, 4.6 зубов. Клинические результаты показали, что тактика лечения пациентов с деструктивными формами

хронического периодонтита в стадии обострения, исключая «период открытого зуба», может быть разной. В этом исследовании мы выделили основные три. Первый вариант тактики лечения составили пациенты (4 человека), лечение которых мы были вынуждены провести в один сеанс. У этих пациентов отсутствовала возможность повторно явиться на прием: график работы пациента не совпадал с графиком работы врача, командировка, длительная череда праздничных дней. При этом один зуб (4.4) был ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Второй вариант тактики лечения заключался в постоянной obturации системы корневых каналов во второе посещение при отсутствии жалоб и безболезненной перкуссии после ирригации 5,25% раствором гипохлорита натрия. В первое посещение бумажными пинами каналы высушивали, в полости зуба, в устьевой части каналов, на 2–3 дня оставляли отжатый тампон, смоченный препаратом Cresophene (Septodont), на основе дексаметазона, парахлорфенола и тимолола. Препарат закрывали временной пломбой из стеклоиономерного цемента. Противовоспалительную и антибиотикотерапию не назначали, учитывая негативное отношение пациентов к фармакотерапии, лекарственную сенсibilизацию в анамнезе, заболевания желудочно-кишечного тракта, возможность долгожданной беременности (две из них действительно имели место быть), короткий период после предыдущей фармакотерапии. Наша тактика согласуется с мнением, что антибиотики необходимы только при наличии системного распространения инфекции, если пациент болен и имеет повышенную температуру. Антибиотики не являются альтернативой качественной очистке и дезинфекции корневого канала [15]. Всех пациентов предупреждали о возможности возникновения после лечения некоторого дискомфорта и, следовательно, необходимости приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), антибиотиков или хирургического вмешательства по жизненным показаниям [14]. Рекомендовали нимесулид или эторикоксиб (при отсутствии противопоказаний, по схеме) только при усилении боли и увеличении отека. Обязательным условием при ухудшении самочувствия была безотлагательная явка на прием к стоматологу, даже в условиях пребывания в дру-

Таблица 1. Локализация и групповая принадлежность зубов

Локализация	Групповая принадлежность зубов								Всего	
	Резцы		Клыки		Премоляры		Моляры		Зубов	Корней/каналов
	Количество зубов, п	Корней/каналов	Количество зубов, п	Корней/каналов	Количество зубов, п	Корней/каналов	Количество зубов, п	Корней/каналов		
Верхняя челюсть	3 (11) (22) (11)*	1/1 1/1 1/1	2 (13) (23)	1/1 1/1	1 (15)	1/1	5 (27) (17) (26)* ** (17) (16)	1/1 3/3 3/3 3/3	11	19/19
Нижняя челюсть	1 (42)	1/1			3 (45)* (45) (44)	1/1 1/1 1/1	2 (46) (46)	2/4 2/4	6	8/12
Всего	4	4/4	2	2/2	4	4/4	7	17/21	17	27/31

* назначались НПВС; ** назначались антибиотики;

(0) — лечение в один сеанс;

(0) — в первое посещение оставляли на устье крезофен под временную пломбу, во второе — препарат на основе гидроксида кальция, в третье — окончательная obturация

гом городе. Третий вариант тактики лечения проводили пациентам (4 человека), у которых рентгенологически определялись наиболее выраженные очаги деструкции в периапикальной области. Такая тактика лечения согласуется с результатами исследований других авторов [13], свидетельствующих о развитии иммунодефицита у пациентов с деструктивными изменениями ткани периодонта. В корневые каналы вводили временно, на четыре недели, препарат на основе гидроксида кальция [5]. Под контролем рентгенограммы проводили окончательную obturацию системы корневых каналов, используя силер 2Seal (VDW) и метод вертикальной конденсации размягченной и инъекционной гуттаперчи при помощи аппарата BeeFill Pack и BeeFill (VDW). Реставрировали коронковую часть зуба. Периапикальные реакции в первые несколько суток после лечения отмечены у трех пациентов из группы со второй тактикой лечения в виде усиления боли и увеличения отека мягких тканей. После приема анальгетика однократно, в течение трех дней первым пациентом и однократного приема НПВС вторым пациентом отек и боли уменьшились. Пациенты явились на прием через два дня для продолжения лечения. У третьего пациента прием НПВС не привел к улучшению, на следующий день проведена периостомия в проекции верхушки корней зуба 2.6. Была назначена антибиотикотерапия. Зуб 2.6 был ранее некачественно лечен по поводу осложненного кариеса с использованием резорцин-формалиновой пасты. Поэтому мы связываем сложности лечения с ее негативным влиянием на процессы регенерации костной ткани, что согласуется с данными других авторов [8]. В остальных клинических случаях в течение первых суток жалоб не было. Наблюдалось уменьшение боли, отека мягких тканей. Асимметрия лица исчезала через один-два дня. После окончательной obturации каналов в течение двух-трех дней пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт и незначительную болезненность при окклюзионной нагрузке на зуб. Других периапикальных реакций, беспокоящих пациентов, не выявлено. Через

6 месяцев частичное восстановление костных структур в области очага деструкции выявлено у 9 (52,9%) из 17 зубов с периапикальным абсцессом в анамнезе. Через 12 месяцев полное восстановление костных структур в области очага деструкции выявлено у 13 зубов (76,5%), частичное — только в области 3 зубов (17,7%), без видимых изменений — в области одного зуба 2.6 (5,9%). За время наблюдения не обнаружили фрактуры тканей зубов, жалоб пациенты не предъявляли. Диспансерное наблюдение за пациентами продолжается.

Выводы

1. Метод лечения деструктивных форм хронического периодонтита в стадии обострения, исключающий «период открытого зуба», возможен в условиях муниципальной учреждения здравоохранения только при условии оснащения передовым высокотехнологичным оборудованием рабочего места врача, при наличии необходимых расходных материалов и достаточного периода времени для приема пациентов со сложной патологией.
2. Тактика лечения пациентов с деструктивными формами хронического периодонтита в стадии обострения, исключающая «период открытого зуба», может быть разной: в один, в два и три сеанса.
3. Лечение проходит без осложнений и полное восстановление костных структур в области бывшего очага деструкции происходит быстрее в зубах с одним корневым каналом, не подвергавшимся ранее эндодонтическому лечению.
4. Назначение антибиотиков и противовоспалительной терапии не является обязательным условием успешного лечения при качественном эндодонтическом лечении.

Поступила 20.01.2016

Координаты для связи с авторами:

400005, г. Волгоград, ул. 7-я Гвардейская, д. 17а, 15

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакарова Д. С. Современный подход к дезинфекции системы корневого канала (Обзор литературы) // Институт стоматологии. 2011. №2. С. 72–73.
- Abakarova D. S. Sovremennyy podhod k dezinfekcii sistemy kornevnogo kanala (Obzor literatury) // Institut stomatologii. 2011. №2. S. 72–73.
2. Алямовский В. В., Нарыкова С. А., Патлатый С. Ю. Экспериментальная оценка точности апекслокатора Raypex 5 и интегрированного апекслокатора в устройстве VDW Gold // Эндодонтия today. 2013. №1. С. 54–56.
- Aljamovskij V. V., Narykova S. A., Patlatyj S. Ju. Eksperimental'naja ocenka tochnosti apekslokatora Raypex 5 i integrirovannogo apekslokatora v ustrojstve VDW Gold // Endodontija today. 2013. №1. S. 54–56.
3. Березин К. А. Распространенность и нозологическая структура периодонтита у пациентов стоматологических поликлиник г. Казани // Казанский медицинский журнал. 2013. Т. 94. №2. С. 198–201.
- Berezin K. A. Rasprostranjonnost' i nozologicheskaja struktura periodontita u pacientov stomatologicheskix poliklinik g. Kazani // Kazanskij medicinskij zhurnal. 2013. T. 94. №2. S. 198–201.
4. Вейсгейм Л. Д., Гоменюк Т. Н. Изучение факторов, сдерживающих повышение качества эндодонтического лечения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. №2. С. 45–48.
- Vejsgejm L. D., Gomenjuk T. N. Izuchenie faktorov, sderzhivajushih povyshenie kachestva endodonticheskogo lechenija // Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2014. №2. S. 45–48.
5. Вейсгейм Л. Д., Гоменюк Т. Н., Гоменюк Е. В. Клиническое применение препарата на основе гидроксида кальция для сохране-

ния зубов, используемых в качестве опоры мостовидного протеза и нуждающихся в повторном эндодонтическом лечении // Эндодонтия today. 2014. №2. С. 7–9.

Vejsgejm L. D., Gomenjuk T. N., Gomenjuk E. V. Klinicheskoe primenenie preparata na osnove gidroksida kal'cija dlja sohraneniya zubov, ispol'zuemyh v kachestve opory mostovidnogo proteza i nuzhdajushchihsj v povtornom jendodonticheskom lechenii // Endodontija today. 2014. №2. S. 7–9.

6. Галанова Т. А., Моргунова В. М., Осипова Ю. Л. Новый подход к лечению обострений хронических одонтогенных очагов инфекции // Саратовский научно-медицинский журнал. 2008. №1 (19). С. 111–114.

Galanova T. A., Morgunova V. M., Osipova Ju. L. Novyj podhod k lecheniju obostrenij hronicheskix odontogennyh ochagov infekcii // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2008. №1 (19). S. 111–114.

7. Герасимова Л. П., Алетдинова С. М. Комплексное лечение хронического апикального периодонтита в стадии обострения // Эндодонтия today. 2013. №2. С. 43–46.

Gerasimova L. P., Aletdinova S. M. Kompleksnoe lechenie hronicheskogo apikal'nogo periodontita v stadii obostrenija // Endodontija today. 2013. №2. S. 43–46.

8. Комашко К. В., Гринин В. М. Клинико-статистический анализ результатов эндодонтического лечения наиболее распространенными пастами в условиях муниципальной поликлиники // Российский стоматологический журнал. 2009. №4. С. 45–48.

Komashko K. V., Grinin V. M. Kliniko-statisticheskij analiz rezul'tatov endodonticheskogo lechenija naibolee rasprostranennymi pastami v uslovijah municipal'noj polikliniky // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2009. №4. S. 45–48.

9. Лобко С. С., Латышева С. В., Давыдова М. Н. Возможности и необходимость применения хлорсодержащих антисептиков в эндодонтии // Современная стоматология. 2010. №2. С. 19–21.

Lobko S. S., Latysheva S. V., Davydova M. N. Vozmozhnosti i neobhodimost' primeneniya hlorsoderzhashih antiseptikov v endodontii // Sovremennaja stomatologija. 2010. №2. S. 19–21.

10. Митронин А. В., Царев В. Н., Ясникова Е. Я., Черджиева Д. А. Особенности контаминации экосистемы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита // Эндодонтия today. 2008. №1. С. 26–32.

Mitronin A. V., Carev V. N., Jasnikova E. Ja., Cherdzhieva D. A. Osobennosti kontaminacii ekosistemy kornevyh kanalov na etapah endodonticheskogo lechenija ostrogo periodontita // Endodontija today. 2008. №1. S. 26–32.

11. Рединова Т. Л., Прилукова Н. А., Чередникова Л. А. Микробиологическая оценка эффективности медикаментозной обработки корневых каналов при периодонтите // Институт стоматологии. 2010. №2. С. 58–59.

Redinova T. L., Prilukova N. A., Cherednikova L. A. Mikrobiologicheskaja ocenka effektivnosti medikamentoznoj obrabotki kornevyh kanalov pri periodontite // Institut stomatologii. 2010. №2. S. 58–59.

12. Сребная Е. А., Митронин А. В. Сравнение подходов к лечению периапикального абсцесса // Эндодонтия today. 2014. №3. С. 65–67.

Srebnaja E. A., Mitronin A. V. Svravnenie podhodov k lecheniju periapikal'nogo abscessa // Endodontija today. 2014. №3. S. 65–67.

13. Триголос Н. Н., Фирсова И. В., Македонова Ю. А., Старикова И. В., Алешина Н. Ф. Состояние иммунологической реактивности и вегетативной регуляции у больных с хроническим верхушечным периодонтитом // Эндодонтия today. 2015. №3. С. 25–27.

Trigolos N. N., Firsova I. V., Makedonova Ju. A., Starikova I. V., Al-joshina N. F. Sostojanie immunologicheskoy reaktivnosti i vegetativnoj reguljacii u bol'nyh s hronicheskim verhushechnym periodontitom // Endodontija today. 2015. №3. S. 25–27.

14. Carrotte P. Endodontics: Part 3 Treatment of endodontic emergencies // British Dental Journal. 2004. №197. P. 299–305.

15. Longman L. P., Preston A. J., Martin M. V., Wilson N. H. Endodontics in the adult patient: the role of antibiotics // J Dent. 2000. №28. P. 539–548.

16. Retamozo B., Shabahang S., Johnson N., Aprecio R. M., Torabinejad M. Minimum contact time and concentration of sodium hypochlorite required to eliminate Enterococcus faecalis // J Endod. 2010. Mar. №36 (3). P. 520–523.

Симпозиум–2016 «Современная практическая стоматология: эндодонтия»

8 февраля в «Крокус Экспо» на XIII Всероссийском стоматологическом форуме «Стоматологическое образование, наука и практика» «Дентал-Ревю» состоялся симпозиум «Современная практическая стоматология: эндодонтия», проводившийся в рамках мероприятий, посвященных 50-летию кафедры кариесологии и эндодонтии.

Руководитель симпозиума — заведующий кафедрой кариесологии и эндодонтии, декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заслуженный врач РФ, профессор Митронин А. В.

Интерес к таким разделам стоматологии, как эндодонтия и помощь пациентам на клиническом приеме, остается очень высоким.

Диагностика болезней пульпы и периапикальных тканей и методы оказания амбулаторной помощи при остром течении воспалительных процессов, комплексное лечение и профилактика осложнений являются одной из актуальных проблем современной практической стоматологии. Особое значение в повышении качества эндодонтического лечения имеет совершенствование профессионального мастерства врачей-стоматологов, повышение уровня знаний, овладение новыми технологиями, материалами и методиками. С этими целями ежегодно организуются симпозиумы, семинары, курсы и мастер-классы, выходят профильные журналы ВАК «Эндодонтия today» и «Cathedra — Кафедра. Стоматологическое образование», где публикуются научно-практические статьи, и которые были выданы участникам симпозиума. Все для того, чтобы врачи могли получать как можно больше новой информации о результатах исследований, внедрения новых технологий в стоматологическую практику, повышающих эффективность лечения. Многие врачи-стоматологи эндодонтической секции СтАР принимают участие в российских и международных форумах.

Это очередной наш российский симпозиум, который проходил в двух залах. На симпозиум пришло желающих принять в нем участие больше, чем мог вместить зал С, а потом и зал Д. В симпозиуме принимали участие врачи, педагоги, специалисты, аспиранты и ординаторы и др. из регионов России: Москва и Московская область, Санкт-Петербург, Тюмень, Краснодар, Самара, Екатеринбург, Воронеж, Чебоксары, Казань, Тверь, Омская область, Алтай. Участвовали представители ДаГМА, ПМГМУ им. Сеченова, ЦНИИС и ЧЛХ, компаний S.T.I.dent и «Проктер энд Гембл».

Среди участников, как и всегда, были члены российских и международных конгрессов (IFEА) и (ESE), преподаватели, практикующие врачи-стоматологи, руководители кафедр и клиник, сотрудники кафедры кариесологии и эндодонтии МГМСУ, студенты — члены студенческих научных кружков.

Открывая симпозиум, член эндодонтических ассоциаций IFEА и ESE, профессор Митронин А. В. представил программу работы и докладчиков, руководителей демонстрационных и практических мастер-классов. Это высококлассные профессионалы, увлеченные научно-практическим направлением эндодонтии до мозга костей, лекторы и практики российских и международных конгрессов и мастер-классов: Ирина Владимировна Корнетова и Татьяна Вадимовна Шорина. Председатель симпозиума поздравил участников с наступающим профессиональным праздником — Днем стоматолога. Вечером 9 февраля состоялся БАЛ, посвященный празднику и организованный СтАР совместно с МГМСУ им. А.И. Евдокимова! Участники симпозиума были приглашены на него.

Затем с красочными иллюстрированными презентациями, клиническими случаями и доказательными материалами по научно-практическим исследованиям были представлены доклады: «Эндодонто-эндооссаль-