

Особенности эндодонтического лечения зубов у пожилых пациентов перед протезированием

М.В. ЛИПУНОВА, к.м.н., доц.
К.Г. САВВИДИ, д.м.н., доц.
И.Я. ПИЕКАЛНИТС, к.м.н., доц.
Г.Л. САВВИДИ, проф.
К.Е. РАТНИКОВ, асс.
Кафедра стоматологии ФПДО

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ»

Features of endodontic treatment of teeth in elderly patients before prosthodontics

M.V. LIPUNOVA, K.G. SAVVIDI, I.Ya. PIEKALNITS, G.L. SAVVIDI, K.E. RATNIKOV

Резюме: В работе описываются особенности эндодонтических вмешательств у пациентов пожилого возраста, позволяющие исключить осложнения со стороны общего состояния организма, связанные с длительным вынужденным положением пациента в стоматологическом кресле, и обеспечить качественное лечение. Считается целесообразным сокращение у этой категории пациентов продолжительности всех эндодонтических вмешательств и увеличение количества посещений. Применение дозированного электрофореза (депофореза) по Кнаппвосту А. позволяет избежать инфицирования системы корневых каналов и повысить качество эндодонтического лечения. Безопасности эндодонтического лечения зубов у пожилых пациентов способствует также использование для обезболивания амидных анестетиков без вазоконстрикторов и в уменьшенном количестве.

Ключевые слова: сопутствующие заболевания, экстирпация пульпы, депофорез, несъемные протезы.

Abstract: This paper describes the features of endodontic interventions in elderly patients, allowing to exclude complications of the general condition of the body associated with prolonged forced position of the patient in the dental chair, and provide quality care. It is considered appropriate to reduce this category of patients, duration of endodontic interventions and increase the number of visits. The use of dosed electrophoresis (depophoresis) by Knappvost to avoid infection of the root canal and improve the quality of endodontic treatment. Security of endodontic treatment of teeth in elderly patients contributes to the use of amide anesthetics for pain relief without the vasoconstrictor and in reduced amount.

Key words: accompanying diseases, pulp extirpation, depophoresis, fixed denture.

Подготовка полости рта к протезированию, которая предусматривает депульпирование ряда зубов, требует адекватного подхода к выбору метода лечения, поскольку продолжительные по времени эндодонтические вмешательства могут быть сопряжены с риском ухудшения общего состояния здоровья пожилого пациента. В этой связи, планируя эндодонтическое лечение зубов у этой группы больных, необходимо учитывать не только особенности анатомического строения корневых каналов и степень их облитерации, но и наличие общесоматической патологии [1-4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выработка тактики эндодонтического лечения пациентов пожилого возраста при подготовке полости рта к протезированию несъемными протезами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинику кафедры стоматологии ФПДО Тверской меакадемии обратились 65 пациентов (28 женщин и 37 мужчин) в

возрасте 63-79 лет для депульпирования зубов перед протезированием металлопластмассовыми и металлокерамическими несъемными протезами.

Показаниями к депульпированию явились вертикальное перемещение зубов на 3-4 мм, обнажение корней более чем на 1/2 их длины, наклон зубов в сторону дефекта, наличие глубоких пародонтальных карманов. Как нам удалось выяснить, в анамнезе у большинства пожилых пациентов отмечались сопутствующие заболевания, такие как остеопороз, радикулит, гипертоническая болезнь, нарушение мозгового кровообращения, сахарный диабет и др. Требовалось провести эндодонтическое лечение 83 зубов (39 моляров, 37 премоляров, 7 клыков верхней и нижней челюстей).

После осмотра и сбора анамнеза изучались прицельные рентгенограммы зубов, на которых выявлялись степень облитерации полостей зубов и каналов корней, их искривление, а также толщина стенок.

Для местной анестезии у лиц, страдающих повышенным артериальным давлением, использовали анестетики, не

содержащие вазоконстрикторов (на основе мепивакаина) или 4% артикаин с адреналином в разведении 1:200 000, который не приводит к повышению артериального давления и частоты пульса. Количество вводимого анестетика составляло всего 0,6–0,7 мл (1/2 карпулы).

Коронки зубов трепанировали, создавали прямолинейный доступ к устьям корневых каналов и приступали к эндодонтической обработке. Из-за неравномерной облитерации просвета каналов вторичным и третичным дентином, наличия дентиклей, эндодонтическое лечение осуществлялось вручную с использованием гибких инструментов, лубрикантов и раствора гипохлорита натрия. Для расширения каналов корней, частично облитерированных плотным склерозированным дентином, вынуждены были использовать дополнительное количество лубриканта и увеличивать время экспозиции. Это создавало определенный дискомфорт у пожилых пациентов, так как в связи с наличием у них общесоматической патологии вынужденное положение в стоматологическом кресле нередко провоцировало обострение сопутствующего заболевания. В этих случаях сокращалась продолжительность стоматологического вмешательства и пациента назначали на повторное посещение. Кроме того, при выраженном изгибе корней зубов проводили девитальную экстирпацию пульпы, а не витальную, требующую больших временных затрат. Затем после девитализации пульпы осуществлялась эндодонтическая обработка каналов по существующим стандартам.

С целью достижения надежной стерилизации механически недоступных участков системы каналов корней и импрегнации их соединениями меди мы проводили дозированный электрофорез гидроксида меди-кальция. Применение депофореза гидроксида меди-кальция в зубах с пройденными и расширенными каналами корней может сопровождаться выведением активных ионов в периодонт в большом количестве, вызвать раздражение тканей и асептическое воспаление, что приводит к появлению резких болей. В этой связи для минимизации проникновения ионов гидроксида меди-кальция за апикальное отверстие верхушечную часть канала obturировали быстроотвердевающим материалом на основе гидроокиси кальция «Кальципульпин-плюс» («Омега-Дент», Россия).

Свободную часть канала промывали 5% взвесью высокодисперсной гидроокиси кальция на дистиллированной воде, после чего канал заполняли суспензией гидроксида меди-кальция. Небольшое количество суспензии распределяли по дну полости и проводили сеанс депофореза ($D = 7,5 \text{ мА} \cdot \text{мин.}$) с помощью отечественного прибора для проведения дозированного электрофореза гидроксида меди-кальция фирмы «Геософт». Силу тока подбирали индивидуально, она составляла 0,7–1,0 мА. Далее полость закрывали временной пломбой, сделав в ней отверстие для оттока экссудата, образующегося после проведения депофореза купралом. Инфицирование канала исключалось, благодаря высокой бактерицидности последнего. Повторный сеанс депофореза назначали через семь дней. Количество электричества на каждый канал зуба составляло $15 \text{ мА} \cdot \text{мин.}$

После завершения второго сеанса депофореза временную корневую пломбу из апикального отдела удаляли, канал обрабатывали, высушивали, пломбировали гуттаперчевыми штифтами и силером AN plus методом латеральной конденсации. В тех случаях, когда депульпирование необходимо было провести при наличии труднопроходимых каналов (выраженный изгиб корня, облитерация), канал расширяли на 1/2 длины, затем проводили два сеанса депофореза гидроокиси меди-кальция. Интервал

между сеансами составлял семь-восемь дней, а суммарная доза — $15 \text{ мА} \cdot \text{мин.}$ при лечении каждого канала. Проходимые части каналов рыхло заполняли атацамитом или его отечественным аналогом «Купродент». Использование депофореза гидроксида меди-кальция позволяло импрегнировать дентин корня сульфидами меди, обеспечить длительную стерильность в системе каналов корней, что способствовало повышению качества лечения, несмотря на большое количество посещений.

При депульпировании зубов методом витальной экстирпации (незначительный изгиб корней, доступные, проходимые каналы) у пожилых пациентов с сопутствующей соматической патологией преимущественно использовали метод отсроченного пломбирования корневых каналов. После ирригации и подсушивания стенки канала последовательно обрабатывали жидкостью и суспензией «Глуфторэд» («ВладМиВа», Белгород) с целью глубокого фторирования дентина и достижения дополнительной стерильности в системе канала, затем пломбировали материалом «Метапекс» (META Biomed, Корея) временно, а постоянно силером и гуттаперчей спустя два-три дня.

После завершения эндодонтического лечения коронки зубов восстанавливали упрочненным стеклоиономерным цементом и искусственными коронками металлопластмассовыми или керамическими.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические наблюдения не выявили каких-либо осложнений со стороны общего состояния организма, как и изучение отдаленных результатов эндодонтического лечения зубов в сроки два-четыре года после наложения протезов.

Во время осмотра пациенты жалоб не предъявляли. Слизистая оболочка в области опорных зубов мостовидных протезов была без видимых патологических изменений, перкуторная реакция отсутствовала. На контрольных рентгенограммах депульпированных зубов существенных изменений в перипикальных тканях не выявлено. Только у трех пациентов в области верхушек корней 3.7, 4.6, 2.7 зубов, вылеченных без использования депофореза гидроксида меди-кальция, спустя два с половиной года после пломбирования обнаружены патологические изменения (резорбция компактных пластинок и смазанность периодонтальной щели верхушек корней).

Таким образом, можно констатировать, что пожилой возраст пациентов не является противопоказанием к эндодонтическому лечению зубов. Однако для исключения возможных осложнений со стороны общего состояния организма пациента, связанных с длительным вынужденным положением в стоматологическом кресле, целесообразно сократить продолжительность всех эндодонтических вмешательств, увеличив при этом количество посещений. Одновременно применение дозированного электрофореза (депофореза) по Кнаппвосту А. позволяет избежать инфицирования системы корневых каналов и повысить качество эндодонтического лечения. Безопасности эндодонтического лечения зубов у пожилых пациентов способствует также использование для обезболивания амидных анестетиков без вазоконстрикторов и в уменьшенном количестве.

Поступила 21.03.2012

Координаты для связи с авторами:
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4
ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России
Кафедра стоматологии ФПДО

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лавров И. К. Встречаемость сопутствующей патологии у пожилых людей на амбулаторном стоматологическом приеме при лечении зубов с осложненными формами кариеса // Пародонтология. 2010. №2. С. 35-45.
2. Орехова Л. Ю., Порхун Т. В., Лавров И. К. Особенности эндодонтического лечения зубов у лиц пожилого возраста // Эндодонтия today. 2008. №1. С. 35-42.
3. Allen P. F., Whitworth J. M. Endodontic consideration in the elderly // Gerodontology. 2004. №21. P. 185-194.
4. Козн С., Бернс Р. Эндодонтия: пер. с англ. О.А. Шутьги, А.Б. Куодже. – СПб.: НПО «Мир и семья-95», ООО «Интерлайн», 2000. – С. 64.
5. Goodis H. E., Curtis D. Endodontic considerations when fabricating overdentures // Gerodontology. 1990. Spring. №9 (1). P. 25-28.
6. Kirzioglu Z., Gungor O.E., Ciftci Z.Z. Evaluation of the restoration success of endodontic therapy of the primary molars // Eur J Dent. 2011. Oct. №5 (4). P. 415-422.
7. Ricucci D., Russo J., Rutberg M., Burleson J. A., Spångberg L. S. A prospective cohort study of endodontic treatments of 1,369 root canals: results after 5 years // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011. Dec. №112 (6). P. 825-842.
8. Scutariu M. M., Frățilă D., Bruijbu I. C., Mocanu C. Dental treatment strategies for elderly patients // Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2011. Jul-Sep. №115 (3). P. 938-943.
9. Katsoulis J., Nikitovic S. G., Spreng S., Neuhaus K., Mericske-Stern R. Prosthetic rehabilitation and treatment outcome of partially edentulous patients with severe tooth wear: 3-years results // J Dent. 2011. Oct. №39 (10). P. 662-671.
10. Gatten D. L., Riedy C. A., Hong S. K., Johnson J. D., Cohenca N. Quality of life of endodontically treated versus implant treated patients: a University-based qualitative research study // J Endod. 2011. Jul. №37 (7). P. 903-909.
11. Givol N., Rosen E., Taicher S., Tsesis I. Risk management in endodontics // J Endod. 2010. Jun. №36 (6). P. 982-984.

Практический курс «Окклюзионное редактирование после эндодонтического лечения» на II Российском эндодонтическом конгрессе

Проведенный к.м.н., доц. Максимовой О. П. (руководитель Учебного центра компании ТБИ, Академия эстетической стоматологии) в рамках программы II Российского эндодонтического конгресса практический курс «Окклюзионное редактирование после эндодонтического лечения» напрямую был связан с вопросами достижения успеха в эндодонтическом лечении и длительного использования пролеченного зуба. Ключевые темы доклада – адекватная реставрация коронковой части зуба, окклюзионные взаимоотношения и последствия окклюзионных нарушений, достижение гармонии окклюзии, саногенез – механизмы восстановления нарушенной саморегуляции организма на протяжении болезни.

Курсанты разбирали вопросы, связанные с оценкой клинической ситуации в полости рта, особенностями смыкания зубов и их бугорков. Обсуждали темы, затрагивающие аспекты постреставрационной коррекции, связанные с нарушениями окклюзии зубов (для обеспечения физиологической жевательной нагрузки на зубы, принадлежащие различным группам зубов). Оценивали правильность тактики восстановления анатомической формы зуба; выясняли причины возникновения сколов реставраций, патологической стираемости зубов, болевой дисфункции ВНЧС; выявления бруксизма, невротические расстройства и др. Разбирались особенности распределения контактных точек на зубах, с учетом их функции; особенности окклюзионного редактирования, связанные с выявлением и устранением суперконтактов, созданием физиологических контактных пунктов на всех группах зубов при различных смыканиях челюстей.

Некоторые фрагменты теоретической части курса:

1. Нарушения окклюзии вызывают:
 - сколы и вертикальные трещины коронок и корней зубов;
 - дефекты пломб, коронок (сколы керамики), сокращающие сроки их службы;
 - потемнение зуба, миграцию и патологическую подвижность;
 - гиперчувствительность, стираемость, абфракционные дефекты (возникающие из-за различий в эластичности эмали и дентина: при воздействии жевательного давления, вследствие превышения модуля упругости твердых тканей зуба, на грани-

це пломба-зуб, в пришеечной области, достаточно часто образуются сколы);

- воспаление пульпы и периодонта;
- неэффективность эндодонтического лечения;
- рецессию десны, пародонтальные проблемы, патологию ВНЧС, бруксизм, резорбцию тканей в области имплантации;
- нарушение остеоинтеграции имплантатов, сокращение сроков их службы;
- мигрени.

2. Истинный бруксизм следует отличать от невротических расстройств и проявлений остеохондроза. Регулирование окклюзии – один из методов лечения истинного бруксизма. Истинный ночной бруксизм наблюдается только у 4-8% пациентов. При неврологических осмотрах врачу необходимо уделить внимание истории болезни пациента, проанализировать, какие лекарства он использует. Этим больных окклюзионная коррекция не помогает, для защиты зубов им рекомендуется ношение кап.

3. Наиболее удобным взаиморасположением зубов является привычная (центральная) окклюзия. Каждый зуб контактирует с партнером (антагонистом). При клиническом осмотре пациента врач может выявить (или заподозрить) у пациента ограничение амплитуды жевания, возможную окклюзионную дисфункцию, парафункцию (бруксизм) или неврологические проблемы и др.

4. Пять ключевых вопросов к пациентам д-ра Койса в процессе диагностического обследования:

- Возникают ли у вас проблемы при жевании жвачки?
- У вас есть проблемы при жевании твердых продуктов, требующих продолжительного пережевывания?
- Наблюдали ли Вы изменения, связанные с зубами, за последние пять лет?
- Вам необходимо кусать больше одного раза?
- У вас есть проблемы со сном? (вопрос расширяется: присутствуют ли синдром «беспокойных ног»? двигательные расстройства? сбрасываете ли с себя одеяло ночью?)

Утвердительные ответы указывают на наличие проблемы и определенного риска, а также на неутешительный прогноз.

Материал для печати подготовила Галина Масис