

Опыт использования нового отечественного остеопластического материала при лечении деструктивных форм периодонтита

Т.Н. МОДИНА*, д.м.н., проф. кафедры

И.С. МАКЛАКОВА**, стоматолог-хирург

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии НМХЦ им. Н.И. Пирогова

**ФГУ «Центральная стоматологическая поликлиника ФСБ России»

The use of new domestic osteoplastic material in the treatment of chronic destructive forms of periodontitis

T.N. MODINA, I.S. MAKLAKOVA

Резюме: В статье рассматриваются клинические случаи консервативно-хирургического лечения зубов с дефектами костной ткани. План лечения состоял из терапевтического лечения (эндодонтическая подготовка корневых каналов) и хирургического вмешательства (цистэктомия с резекцией верхушки корня и заполнением костного дефекта остеопластическим материалом «Гиалуост»). Приведены клинические примеры, предоставленные результаты подтверждены рентгенологически.

Ключевые слова: верхушечный периодонтит, остеопластический материал, «Гиалуост», радикулярная киста, нанодисперсный гидроксиапатит, гиалуроновая кислота.

Abstract: The treatment plan was divided into two parts: therapeutic (endodontic preparation of root canals) and surgical (cystectomy with resection of root apex and filling bone defect with osteoplastic material of Gialuost. The entire course of the conducted treatment is described. Treatment results were confirmed by X-Ray.

Key words: apical periodontitis, osteoplastic material, Gialuost, radicular cyst, osteogenesis, nanosized hydroxyapatite, hyaluronic acid.

Высокое распространение верхушечных деструктивных форм периодонтита создает большую проблему не только для пациентов, но и для врачей. Несмотря на современные методики лечения, данная проблема остается актуальной, так как, с одной стороны, далеко не всегда удается добиться регенерации периапикальных тканей в исходе патологического процесса [1, 2], с другой – склонность организма к образованию кист и опухолевых процессов может приводить к рецидиву заболевания.

Деструктивные формы хронического периодонтита (апикальные гранулемы, кисты) представляют большую проблему для организма. В ряде случаев воспалительный процесс способен распространяться не только на ткани зуба, но и на костную ткань вокруг верхушек корней зубов. Хронические очаги воспаления в периапикальных тканях могут быть причиной одонтогенных воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, снижая резистентность и иммунологический статус организма, влияя на патогенез развития и течение заболеваний внутренних органов и систем [3].

Причинами возникновения осложнений при лечении деструктивных форм периодонтита могут быть поздняя диагностика, ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении, перегрузка при использовании данных зубов под опору, несвоевременное хирургическое вмешательство с возможным использованием остеогенных препаратов узконаправленного действия и т. д.

Несмотря на значительный диапазон лечебных воздействий, не всегда удается получить желаемые результаты, что является основанием для поиска новых лечебных методов и средств реабилитации пациентов с указанной патологией.

Одним из возможных перспективных направлений в хирургическом лечении радикулярных кист, для заполнения костного дефекта в периапикальной области зубов, является использование отечественного остеопластического препарата «Гиалуост» (ООО «НКФ Омега-Дент», Россия), состоящего из биоактивного, аморфного, нанодисперсного гидроксиапатита (ГА) кальция и гиалуронового комплекса (ГК).

В данном материале ГК способствует проявлению таких многочисленных функций как:

- трофической, барьерной и пластической, что необходимо для обеспечения в соединительной ткани активного обмена веществ между кровью и тканями;
- модулирования функционального состояния фагоцитов и иммунокомпетентных клеток;
- стимулирования миграции фибробластов, способствующих клеточной пролиферации при взаимодействии с рецепторами клеточной поверхности [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить целесообразность и эффективность клинического применения отечественного остеопластического препарата «Гиалуост», в сочетании с методами современных эндодонтических технологий и при ле-



Рис. 1. Пациентка Н., 45 лет. Диагноз: радикулярная киста зуба 1.3. а) после эндодонтического лечения; б) через год после операции

чении хронических деструктивных форм периодонтитов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве исследуемого материала представлена клиническая работа, где были обследованы и вылечены 50 пациентов с деструктивными формами периодонтитов. Проводился комплекс лечебных мероприятий, включая консервативные (первый этап) и хирургические методы лечения (второй этап).

На первом этапе пациентам проводилось эндодонтическое лечение по следующей схеме.

В первое посещение, после подготовительной процедуры (обезболивание, раскрытие полости зуба или препарирование кариозной полости), зондировался корневой канал K-file 10; K-file 15; проводилось удаление остатков распада пульпы с последующей ирригацией канала раствором гипохлорита натрия. Далее корневой канал препарировался ручными инструментами ProTaper (Dentsply, США), так как они, по нашему мнению, считаются самыми безопасными и удобными. При лечении хронического апикального периодонтита в подавляющем большинстве случаев применяли временное пломбирование каналов препаратами кальция, в частности, использовался «Витапекс» (Neo Dental Chemical Products, Япония). Данный материал обладает антисептическими, противовоспалительными и остеопластическими свойствами, способствуя остановке патологического процесса в периапикальных костных очагах. Ставилась временная пломба на коронку зуба. Спустя 10-15 дней (после удаления временных пломб) проводилась obturation корневого канала методом латеральной конденсации с использованием силера AN+ и гуттаперчевых штифтов и реставрация коронки композитным материалом.

Хирургическое лечение заключалось в оперативном вмешательстве – цистэктомии с резекцией верхушки причинного корня и закрытии костных дефектов остеопластическим материалом «Гиалуост». Критериями оценки состояния костной структуры после имплантации явились:

- клиническое состояние до лечения;
- результаты рентгенологического исследования;
- мониторинг в течение года.

Костный дефект заполнялся препаратом «Гиалуост» в сочетании с обогащенной тромбоцитарной плазмой. Рана наглухо ушивалась синтетическим материалом



Рис. 2. Пациентка К., 28 лет. Диагноз: радикулярная киста в области зубов 1.1, 1.2, 1.3. а) до лечения; б) через год после операции

(капрон 3,0). Послеоперационный период протекал без особенностей, швы снимались на 10 сутки. В течение года пациенты не отмечали каких-либо жалоб. На примерах-рентгенограммах, приведенных ниже (рис. 1а, б; рис. 2а, б), через год отмечалось улучшение состояния структуры костной ткани.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. При оценке клинических результатов было отмечено отсутствие воспалительных реакций и каких-либо осложнений. При рентгенологической оценке через год отмечалось увеличение плотности в области костного дефекта, что косвенно подтверждает большую вероятность формирования костной ткани.

2. В основе создания современных синтетических материалов, таких как «Гиалуост», лежит инновационное развитие материаловедения, что во многом определяет не только osteoconductive, но и osteoinductive свойства, то есть способность активно влиять на процессы ремоделирования структуры костной ткани.

3. Таким образом, комплексный подход в лечении радикулярных кист при применении аморфного наносодержащего гидроксиапатита «Гиалуост» способствует получению положительных результатов, таких как сохранение зубов и остановка деструктивных процессов в костной ткани.

Клинические наблюдения позволяют рекомендовать «Гиалуост» – аморфный нанодисперсный гидроксиапатит – в качестве остеопластического материала, обладающего osteoconductive и osteoinductive свойствами, как препарат выбора в амбулаторной практике при лечении хронических деструктивных форм периодонтитов.

Поступила 09.02.2012

Координаты для связи с авторами:
117587, Москва, Варшавское ш., д. 125, стр. 1,
клиника «АРПА-Классик»
Модиной Т. Н.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алпатова В. Г. Клинико-морфологические особенности лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2000. – 18 с.

Alpatova V. G. Kliniko-morfologicheskie osobennosti lechenija hronicheskogo destruktivnogo vrehushhechnogo periodontita: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Volgograd, 2000. – 18 s.

2. Богомолов Д. В., Шехонин Б. В., Чумаков А. А. Изменения строения соединительной ткани при хроническом воспалении периодонта // Стоматология. 1998. №1. С. 30-32.

Bogomolov D. V., Shehonin B. V., Chumakov A. A. Izmenenija stroenija soedinitel'noj tkani pri hronicheskom vospalenii periodonta // Stomatologija. 1998. №1. S. 30-32.

3. Боровский Е. В. Лечение периодонтитов – состояние вопроса и перспективы совершенствования // Клиническая стоматология. 1996. Спец. выпуск. С. 5-8.

Borovskij E. V. Lechenie periodontitov – sostojanie voprosa i perspektivy sovershenstvovaniya // Klinicheskaja stomatologija. 1996. Spec. vypusk. S. 5-8.

4. Никитин А. А., Казанцева И. А., Невров А. Н. и др. Изучение в эксперименте и клинике биоконпозиционного препарата «КоллапАн» // Рос. стомат. журнал. 2001. №3. С. 8-10.

Nikitin A. A., Kazanceva I. A., Nevrov A. N. i dr. Izuchenie v eksperimente i klinike biokompozicionnogo preparata «KollapAn» // Ros. stomat. zhurnal. 2001. №3. S. 8-10.

5. Гранде Н. М., Плотино Г., Сомма Ф., Печчи Р., Бедина Р., Маланьино В. А. Устойчивость к циклической нагрузке и трехмерный анализ вращающихся никель-титановых инструментов двух различных систем // Клиническая эндодонтия. Т. III. 2009. №1-2. С. 21-28.

Grande N. M., Plotino G., Somma F., Pechchi R., Bedini R., Malan'ino V. A. Ustojchivost' k ciklicheskoj nagruzke i trehmernyj analiz vrashhajushchihjsja nikel'-titanovyh instrumentov dvuh razlichnyh sistem // Klinicheskaja endodontija. T. III. 2009. №1-2. S. 21-28.

6. Haapasalo M., Qian W., Portenier I., Waltimo T. Effects of dentin on the antimicrobial properties of endodontic medicaments // J Endod. 2007. Aug. №33 (8). P. 917-925.

7. Paillon R., Lehnert S., Wahl G. Reconstruction of dento-alveolar defects with porous hydroxyapatite ceramic material. // Dtsch Zahnarztl Z. 1988. Jan. №43 (1). P. 68-70.

8. Politis C., Vanasche B., Bossuyt M., Fossion E. The use of hydroxyapatite in cases with endodontic and parodontic lesions // Rev Belge Med Dent. 1986. Oct. №41 (5). P. 156-160.

Международная юбилейная конференция «Единство традиций и инноваций в стоматологии», посвященная 90-летию ГлавУпДК при МИД России¹

Эндодотические и имплантологические реставрации выполняются специалистами ежедневно. Их квалификация, знания, навыки, комплексный междисциплинарный подход, а также оснащённость кабинетов, технологии, материалы и оборудование определяют успех лечения.

За последнее два десятилетия значительно усовершенствовались и обеспечили качественное выполнение лечебных процедур материалы и техники, используемые при лечении зубов с патологией в системе корневых каналов. Развиваются биотехнологии, в новейших компьютерных методиках широко применяются эффективные физические принципы, используются информативные средства диагностики и визуализации. Это позволило врачам, которые специализируются в реставрации, предложить пациентам более предсказуемое и эффективное лечение.

В США у 1,4 млн человек, получивших эндодонтическое лечение, выживаемость зубов за восьмилетний период составляет 97%. Только 0,7% эндодонтически леченым зубам (при лечении корневых каналов) потребовалось хирургическое лечение. По эндодонтическому лечению: оценка для 2000-х годов соответствовала примерно 30 млн обращений ежегодно (по данным ADA).

Авторитетный ресурс Millenium Research Group приводит следующие данные: в 1996 году пациенты обращались за реабилитацией с помощью метода дентальной имплантации 300 тыс. раз, а в 2000

году – 420 тыс. После 2000 года количество ежегодных обращений составляет примерно 910 тыс., ежегодный прирост числа обращений в будущем – до 18,4%.

Выступление доктора Джулиана Уэббера «Имплантация против эндодонтии: современная головоломка» было посвящено спору эндодонтистов и имплантологов, опасной тенденции удаления тех зубов, которые можно пролечить (перелечить) и в дальнейшем провести качественную реставрацию зуба. Выводы:

- степень сохранения функции зуба достаточно высока при обоих подходах лечения;
- эндодонтическое лечение безнадежного зуба также неэтично, как удаление зуба, который еще можно сохранить и восстановить, не прибегая к имплантации;
- в связи с тем что обе методики дают в конечном счете сравнимые результаты, окончательное решение о выборе тактики лечения должно приниматься с учетом таких факторов как:
 - возможность восстановления формы и функции зуба,
 - достижение эстетики,
 - стоимость лечения,
 - потенциальные побочные эффекты,
 - этический компонент.

Материал подготовила Галина Масис

¹Окончание. Начало см. «Эндодонтия Today» №4/2011