

Отдаленные результаты лечения хронического апикального периодонтита

Т.А. ГАЛАНОВА, к.м.н., асс. кафедры
Т.Е. ЩЕРБАКОВА, асп. кафедры

Кафедра терапевтической стоматологии Смоленской государственной медицинской академии

Follow-up of chronic apical periodontitis treatment

T.A. GALANOVA, T.E. SHCHERBAKOVA



Т.А. ГАЛАНОВА



Т.Е. ЩЕРБАКОВА

Резюме

Оценка отдаленных результатов лечения хронического апикального периодонтита с использованием «ускоренного» метода показала высокую клиническую эффективность разработанного консервативного метода лечения. Расчет индивидуализированного денситометрического индекса (ИДИ) способствует объективной оценке динамики восстановления костной ткани в очаге деструкции. Применение «ускоренного» метода лечения позволяет в ранние сроки восстановить анатомическую и функциональную ценность зуба.

Ключевые слова: хронический апикальный периодонтит, периапикальный очаг деструкции, индивидуализированный денситометрический индекс.

Abstract

High clinical efficacy of the conservative method of treatment has been revealed in evaluation of chronic apical periodontitis follow-up with the use of the «accelerated» method. Individual densitometric index (IDI) estimation promotes the objective appraisal of the bony tissue recovery dynamics in the destruction focus. The «accelerated» method of treatment makes it possible to restore the anatomic and functional tooth value in the shortest time.

Key words: chronic apical periodontitis, periapical destruction focus, individual densitometric index (IDI).

Несмотря на успехи современной эндодонтии, удельный вес хронических периодонтитов в течение последних лет сохраняется на стабильно высоком уровне (Кабак Ю. С., 2005; Kirkevang L. L. et al., 2006; Loftus J. J. et al., 2005). Деструктивные очаги воспаления тканей в области верхушки корня зуба способны понижать неспецифическую резистентность, нарушать иммунологический статус организма и способствовать формированию соматической и очаговообусловленной патологии.

Клиницисты по-прежнему значительные усилия направляют на поиск и применение различных антисептических препаратов для эндодонтической обработки при периодонтите. Появление новых материалов, инструментов и технологий в последние годы не привело к значительному снижению болезней периапикальных тканей.

Обязательным условием успешного лечения апикального периодонтита считается включение в комплекс мероприятий средств, регулирующих и усиливающих репаративную регенерацию тканей

(Гайдукова М.В., 2002) путем стимулирования оссификации зоны периапикального очага деструкции с использованием остеоиндуктивных и остеокондуктивных лекарственных препаратов (Митронин А. В., Максимовский Ю. М., 2006; Таиров В. В. и соавт., 2007).

Наиболее перспективной с этой точки зрения представляется терапия хронических деструктивных форм периодонтита с применением нетвердеющих, рассасывающихся медикаментозных препаратов на основе гидроксида кальция и йодоформа (Максимовская Л.

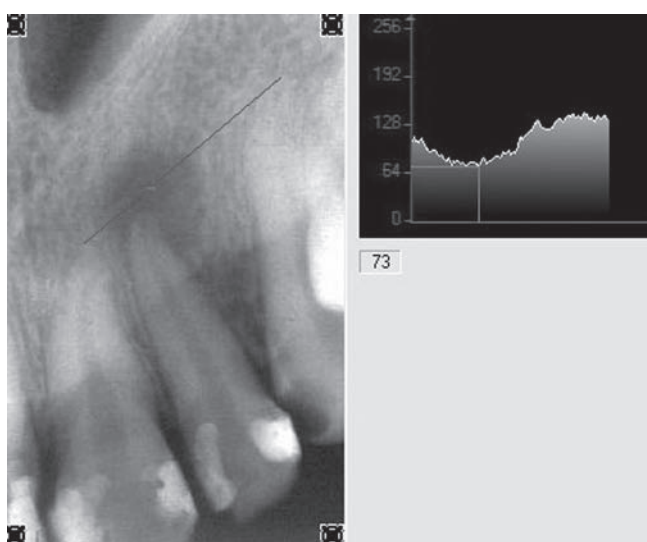


Рис. 1. Денситометрия периапикального очага деструкции до лечения, зуб 1.2 (73 ЕД; значение ИДИ – 53,3%)

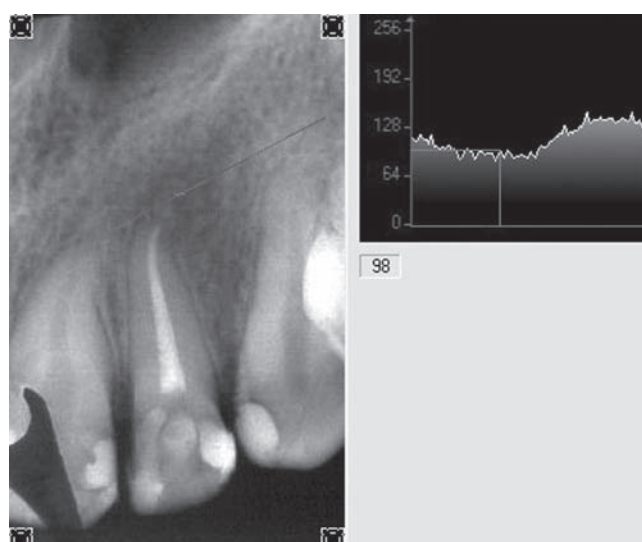


Рис. 2. Денситометрия периапикального очага деструкции через 12 месяцев после лечения, зуб 1.2 (98 ЕД; значение ИДИ – 71,5%)



Рис. 3. Денситометрия участка неизменной костной ткани за пределами очага деструкции, зуб 1.2 (137 ЕД)



Рис. 4. Препарат Metapex

Н., Юдин В., 2006; Митронин А. В., 2003; Нечай Е. Ю., Шаламай Л. И., 2004; Спектор С. М., 2002).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка отдаленных результатов лечения хронического апикального периодонтита путем воздействия кальций- и йодоформсодержащих препаратов на периапикальный очаг деструкции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведено обследование, лечение и динамическое наблюдение 99 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с хроническим апикальным периодонтитом. Указанные пациенты не имели тяжелой сопутствующей соматической патологии.

Все больные были распределены на две группы: первую – основную (исследуемую) группу и вторую – контрольную (группу сравнения). Основная (исследуемая) группа состояла из 49 человек. Группу сравнения (контрольную) составили 50 человек.

При обследовании пациентов использованы основные (опрос, осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация, термодиагностика) и дополнительные методы исследования (электроодонтометрия, дентальная рентгенография и радиовизиография). При интерпретации дентальных рентгенограмм и радиовизиограмм проводили их визуальный и денситометрический анализ.

Для объективизации оценки состояния костной ткани изучали

плотность губчатого вещества в области очага деструкции, соседних зубов, а также тела челюсти методом локальной денситометрии до лечения и в отдаленные сроки после него. Данный метод основан на измерении оптической плотности рентгеновского изображения костной ткани в интересующих врача участках и возможности сравнительного количественного анализа степени минерализации костных структур в отдаленные сроки после лечения.

При измерении оптической плотности костной ткани верхней и нижней челюстей в режиме динамической денситометрии для каждой интраоральной рентгенограммы и визиограммы зуба были определены стандартизированные точки, со-

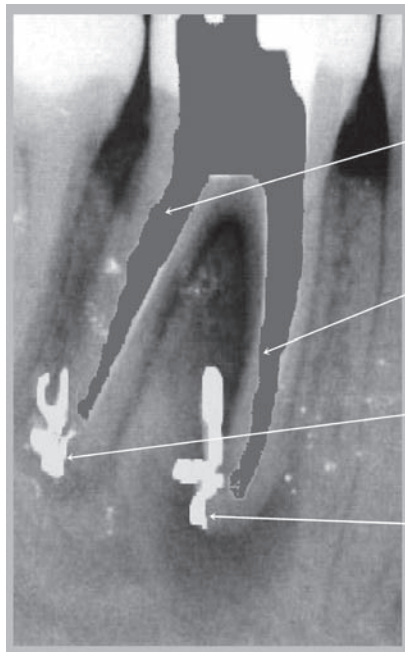


Рис. 5. Схема проведения лечебного действия на очаг воспаления

Корневые каналы
запломбированы твердеющим
эндогерметиком
в сочетании с
гуттаперчей или термафилом

За верхушку корня
выводится нетвердеющая
рассасывающаяся паста
«Metapex»

ответствующие началу и окончанию отрезка измерения, по которому строился график (денситограмма) (рис. 1, 2). Стандартизированные точки для измерения соответствуют верхушкам корней зубов, расположенных по обе стороны от зуба с периапикальным очагом деструкции.

Денситометрия позволяет проводить расчет показателей в единицах (ЕД) оптической плотности. Показатель денситометрии для тканей верхушечного периодонта устанавливали на основании определения медианы значений оптической плотности в области трех наиболее глубоких инцизур полученной кривой и относили к одному из трех интервалов: показатель оптической плотности менее 64 ЕД, в пределах 64-128 ЕД, более 128 ЕД (Позняк-Чучман В. В. и соавт., 2002).

Для количественной оценки динамики степени деструкции костной ткани и активности процессов остеорепарации в периапикальном очаге мы рассчитывали индивидуализированный денситометрический индекс (ИДИ) по методике, разработанной нами: Галановой Т. А., Цеповым Л. М., Николаевым А. И., Рогачкиным Д. В. (рац. предложение СГМА №1428 от 12.12.07).

В качестве эталонного (стандартного) объекта нами выбиралась оптическая плотностная характеристика участка неизменной

костной ткани за пределами очага деструкции у каждого конкретного пациента (рис. 3).

Также определялся средний цифровой показатель денситометрии (ЕД) рентгенологического изображения эпипатологического очага в костной ткани челюсти.

Индивидуализированный денситометрический индекс (ИДИ) рассчитывали по формуле и вычисляли в процентах:

$$\text{ИДИ} = \frac{D(\text{очага средн.})}{D(N \text{ средн.})} \times 100\%,$$

где: D (очага средн.) – средний цифровой показатель денситометрии (ЕД) рентгенологического изображения эпипатологического очага в костной ткани челюсти;

D (N средн.) – средний цифровой показатель денситометрии (ЕД) рентгенологического изображения выбранного эталонного участка костной ткани челюсти без видимых патологических изменений (эталон).

Индивидуализированный денситометрический индекс (ИДИ) является относительным показателем и не зависит от искажений за счет укладки, экспозиции, чувствительности датчика (пленки), индивидуальной минерализации костной ткани и т. д. Он отражает степень минерализации костной ткани патологического очага в сравнении



Рис. 6. Эндогерметик Sealite Ultra (Pierre Rolland, Франция)

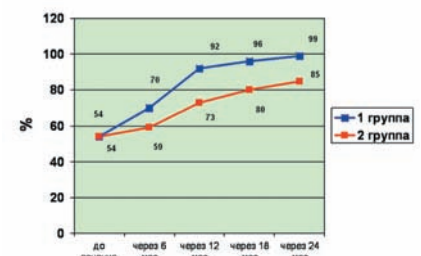


Рис. 7. Индивидуализированный денситометрический индекс (ИДИ) у больных основной группы и группы сравнения в разные сроки наблюдения

с минерализацией непораженных участков костной ткани челюсти и позволяет оценивать динамику степени минерализации костной ткани в области патологического очага.

Лечение пациентов основной группы осуществляли с использованием «ускоренного» метода трансканальной терапии. В первое посещение, после тщательной инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов, вскрывали апикальное отверстие, а затем трансканально с целью воздействия на очаг деструкции вводили небольшое количество нетвердеющего рассасывающегося медикаментозного пастообразного препарата Metapex (Meta Dental) на основе гидроксида кальция и йодоформа (рис. 4). Зуб закрывали герметичной повязкой и наблюдали за состоянием пациента в течение двух-трех суток.

При отсутствии признаков обострения патологического процесса во второе посещение пасту удаляли из просвета корневых каналов, проводили окончательную инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов и их obturацию до физиологических верхушек гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации в сочетании с твердеющим эндогерметиком Sealite Ultra (Pierre Rolland, Франция) (рис. 5, 6).



Рис. 8а. Пациент Д., 20 лет. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 2.1 до лечения



Рис. 8б. Пациент Д., 20 лет. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 2.1 сразу после лечения



Рис. 8в. Пациент Д., 20 лет. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 2.1 через 18 месяцев после лечения



Рис. 9а. Пациент В., 42 года. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 4.6 сразу после лечения



Рис. 9б. Пациент В., 42 года. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 4.6 через 12 месяцев после лечения

После отверждения эндогерметика, в третье посещение, проводили восстановление коронки зуба.

Терапию пациентов группы сравнения осуществляли традиционно: постоянную obturацию корневого канала проводили гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации в сочетании с цинк-эвгенольной пастой, реставрация коронковой части зуба.

Оценка влияния различных методов лечения хронического апикального периодонтита на восстановление периапикальных тканей осуществлялась спустя 6, 12, 18 и 24 месяца после завершения эндодонтического лечения и наложения постоянной пломбы.

Эффективность лечения хронического апикального периодонтита оценивали на основании следующих данных клинико-рентгенологического обследования: отсутствие признаков прогрессирования патологического процесса (боль и дискомфорт в области зуба, болезненности при перкуссии зуба и пальпации по переходной складке, анамнестических данных, указывающих на отсутствие обострений хронического периодонтита в ближайшие и отдаленные сроки), а также положительной динамики рентгенологических изменений костной ткани периапикальной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Отражением положительной динамики эндодонтического лечения при хроническом апикальном

периодонтите с использованием «ускоренного» метода и традиционного метода явились не только клинические признаки, но и изменение цифровых значений индивидуализированного денситометрического индекса (ИДИ) через 6, 12, 18, 24 месяца по сравнению с исходным цифровым значением указанного показателя.

Динамика индивидуализированного денситометрического индекса (ИДИ) у больных хроническим апикальным периодонтитом представлена на рис. 7.

Следует отметить, что у лиц обеих групп через 6, 12, 18, 24 месяца после лечения цифровые значения ИДИ претерпели положительную динамику, различаясь статистически между собой по срокам наблюдения. В то же время редукция ИДИ была статистически значимо более выраженной именно у больных, в лечении которых применялся «ускоренный» метод лечебного действия на очаг воспаления.

Сопоставляя результаты наблюдений можно констатировать, что применение «ускоренного» метода с целью лечебного воздействия препаратами на очаг деструкции при лечении хронического апикального периодонтита оптимизирует процессы репаративной регенерации, в результате чего уменьшаются сроки ликвидации периапикального очага деструкции и уменьшается вероятность развития осложнений.

Анализируя результаты наших исследований в целом, мож-



Рис. 10а. Пациентка Н., 28 лет. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 3.6 до лечения



Рис. 10б. Пациентка Н., 28 лет. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 3.6 сразу после лечения

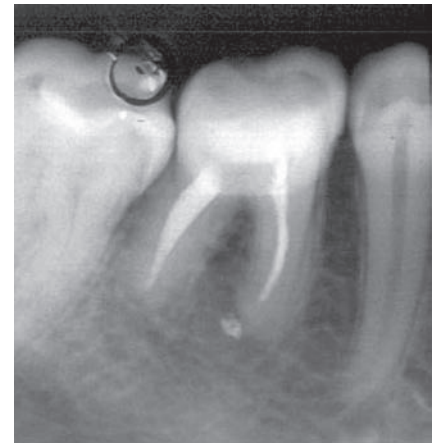


Рис. 10в. Пациентка Н., 28 лет. Состояние костной ткани периапикальной области зуба 3.6 через 6 месяцев после лечения

но считать, что Metarrex является препаратом выбора при лечении больных с указанной патологией, представляющий собой готовую пасту, содержащую гидроксид кальция и йодоформ. Данный препарат используется в стоматологической практике как для временного заполнения корневого канала и лечебно-го действия на очаг воспаления.

В качестве иллюстрации эффективности примененного метода лечения хронического апикального периодонтита приводим наши клинические наблюдения (рис. 8а-в, 9а, б, 10а-в).

Выводы:

1. Установлена высокая клиническая эффективность разработанных нами, апробированных и внедренных в практику консервативных методов (алгоритма) лечения хронического апикального периодонтита, подтвержденная редукцией очагов деструкции костной ткани в периапикальной области с более ранними сроками появления положительной динамики рентгенологических изменений по сравнению с таковыми при использовании традиционных методов лечения.

2. Расчет индивидуализированного денситометрического индекса (ИДИ) позволяет объективно оценить состояние минерализации костной ткани в очаге деструкции.

3. Результаты анализа динамики приведенных данных в отдаленные сроки после лечения в зависимости от метода терапии хронического апикального периодонтита свидетельствуют о том, что значительное улучшение отмечено у пациентов основной группы, лечение которых проводилось с использованием

«ускоренного» метода лечебного действия на очаг воспаления.

4. Применение препарата Metarrex для лечебного действия на очаг воспаления способствует усилению репаративных процессов, что выражается в уменьшении на 92% очага деструкции костной ткани периапикальной области через 12 месяцев после лечения и на 99% через 24 месяца после лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайдукова М. В. Совершенствование методов лечения хронических деструктивных верхушечных периодонтитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2002. – 24 с.
2. Кабак Ю. С. Распространенность, рентгенологические и морфологические проявления хронического апикального периодонтита и отдаленные результаты его консервативного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 2005. – 20 с.
3. Максимовская Л. Н., Юдин В. Оценка эффективности антисептического препарата пролонгированного действия «Апексдент» при эндодонтическом лечении зубов с деструктивными формами периодонтита у лиц с отягощенным анамнезом // Cathedra. 2006. Т. 5. № 4. С. 24.
4. Митронин А. В. Сравнительная оценка лечения хронических деструктивных периодонтитов различными антисептическими пастами // Российский стоматологический журнал. 2003. №5. С. 46-48.
5. Митронин А. В., Максимовский Ю. М. Мониторинг лечения хронического апикального периодонтита у пациентов разных возрастных групп // Медицинский алфавит. Стоматология. 2006. №4 (66). С. 22-25.

6. Нечай Е. Ю., Шаламай Л. И. Применение кальцийсодержащего препарата Vitarex при лечении деструктивных форм хронического периодонтита // Пародонтология. 2004. №4 (33). С. 12-15.

7. Позняк-Чучман В. В., Дударев А. Н., Соловьева А. М., Чибисова М. А. Цифровая рентгенографическая оценка результатов эндодонтического лечения хронического верхушечного периодонтита // Эндодонтия today. 2002. Т. 2. №1-2. С. 23-28.

8. Спектор С. М. «Метапекс» и «Метапаста» – материалы гидроксида кальция нового поколения // Эндодонтия today. 2002. Т. 2. №3-4. С. 43-45.

9. Таиров В. В., Мелехов С. Е., Капирулина О. В. Клинический опыт применения остеокондуктивных материалов при лечении деструктивных форм периодонтита // Клиническая эндодонтия. 2007. Т. 1. №1-2. С. 64-70.

10. Kirkevang L. L., Vaeth M., Horsted-Bindslev P., Wenzel A. Longitudinal study of periapical and endodontic status in a Danish population // Int. endod. J. 2006. Feb. №39 (2). P. 100-107.

11. Loftus J. J., Keating A. P., McCartan B. E. Periapical status and quality of endodontic treatment in an adult Irish population // Int. endod. J. 2005. Feb. №38 (2). P. 81-86.

Поступила 19.01.2011

Координаты для связи
с авторами:
214019, г. Смоленск,
ул. Крупской, д. 28