

# Пероральная антибактериальная терапия в лечении деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита на фоне системного остеопороза

В.М. ГРИНИН\*, д.м.н, проф. кафедры  
Р.Т. БУЛЯКОВ\*\*, к.м.н., доцент, зав. кафедрой  
В.В. МАТРОСОВ\*\*\*, врач-стоматолог

\*ФГУ «Национальный научный медико-хирургический центр имени  
Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ»

\*\*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

\*\*\*ГУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Бугуруслан»

## The peroral antibacterial therapy in treatment of the destructive forms of chronic apical periodontitis on a background of system osteoporosis

V.M. GRININ, R.T. BULYAKOV, V.V. MATROSOV

### Резюме

Приводятся результаты эффективности лечения хронического апикального периодонтита у пациентов на фоне системного остеопороза в краткосрочном и долгосрочном наблюдении с использованием пероральной антибиотикотерапии. Установлена максимальная эффективность применения остеотропных антибиотиков по сравнению с традиционной антибиотикотерапией или без нее.

Ключевые слова: хронический периодонтит, системный остеопороз.

### Abstract

The results of efficiency of treatment of chronic apical periodontitis at the patients on a background of system osteoporosis in short-term and long-term supervision with use the peroral antibacterial therapy are resulted. The peak efficiency of application of osteotropic antibiotics is established in comparison with traditional antibacterial therapy or without it.

Key words: chronic parodontitis, systemic osteoporosis.

**Х**ронический верхушечный периодонтит, поддерживая агрессивное хроническое воспаление, нередко сопровождается деструкцией периапикальной костной ткани [4-6]. Данная ситуация сопровождается, как правило, местным (локальным) остеопорозом, сопутствующим хроническому воспалительному процессу в челюстной кости.

Еще более выраженное агрессивное течение хронического верхушечного периодонтита, активное кистообразование в костной ткани челюстей имеют место при наличии системного остеопороза у пациентов. Как известно, системный остеопороз нарушает процессы нормального функционирования костной ткани, снижает ее репаративные свойства, способствует снижению местного иммунитета, усугубляя или инициируя процессы деструкции [6].

Как известно, на современном этапе тактика и стратегия лечения хронического верхушечного периодонтита и осложнений его агрессивного течения требуют следующего: 1) воздействовать на микрофлору корневых макро- и микроканалов; 2) устранить влияние биогенных аминов; 3) снять или уменьшить воспаление в периодонте; 4) способствовать регенерации всех пораженных компонентов периодонта [2, 3, 4, 8, 11].

Принципы современного лечения верхушечного периодонтита требуют полного купирования воспалительного процесса в околоверхушечных тканях, недопущения его распространения, репарации костной ткани в очаге воспаления, восстановления иммунной реактивности, значительно ослабленной на фоне системного остеопороза [3, 6-8]. Современный подход к терапии периодонтита должен строиться на

принципах излечения процесса, поэтому немаловажным представляется разработка позиций реабилитации после устранения заболевания, в том числе определение условий, влияющих на сроки ее осуществления [1, 9, 10].

Поэтому мы обоснованно полагаем, что более эффективной при лечении данного заболевания будет пероральная подача лекарственного вещества (антибиотика) для создания эффективного эндогенного доступа к костной ткани периапикальной области. Учитывая нарушенные процессы костеобразования при системном остеопорозе, целесообразным представляется применение именно остеотропных антибиотиков, обладающих свойством предпочтительно накапливаться именно в костной ткани (линкомицин, рондомицин, цефамезин).

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Цель исследования – изучить эффективность применения пероральной антибиотикотерапии в лечении хронического верхушечного периодонтита на фоне системного остеопороза.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование проводилось на 84 больных с хроническим апикальным периодонтитом на фоне системного остеопороза (вследствие полиостеоартроза, без приема гормональных препаратов). Все больные были разделены на три группы в зависимости от вида применяемого лечения:

1) 1-й группе (35 пациентов) в течение пяти дней перед активной эндодонтической терапией назначался пероральный прием линкомицина по 0,25-0,5 г три раза в день за полчаса до еды;

2) 2-й группе (32 пациента) аналогичное лечение проводилось рондомицином;

3) 3-й группе (17 пациентов) антибактериальное лечение не проводилось (контрольная группа).

У всех больных пломбирование корневых каналов проводилось гуттаперчей с апексидом строго до апикального отверстия с последующим рентгенологическим контролем.

Эффективность лечения оценивали клинико-рентгенологически, анализ включал следующие показатели: устранение болевого синдрома, отсутствие боли при накусывании (перкуссии),

отсутствие изменений по переходной складке (если они были) и данные рентгенологического контроля о степени увеличения или уменьшения очага деструкции в периапикальной области.

Отбор больных в исследуемые группы происходил в порядке поступления в клинику. Больные с хроническим верхушечным периодонтитом, участвующие в испытаниях, рандомизированно были разбиты на группы по принципу четности и нечетности года рождения. Все участники испытания были информированы об особенностях исследования и дали устное согласие на участие в нем. Сравнение групп проводили с помощью точного критерия Фишера и критерия  $\chi^2$ .

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Исследование проводилось на 84 больных с хроническим апикальным периодонтитом на фоне системного остеопороза (вследствие полиостеоартроза, без приема гормональных препаратов). Все больные были разделены на три группы в зависимости от вида применяемого лечения.

Результаты лечения оценивались как положительные, когда больные жалоб не предъявляли, основные методы исследования не выявляли признаков воспалительного процесса, зуб активно участвовал в акте жевания, восстанавливалась опорная функция периодонта. Рентгенологическое исследование свидетельствовало о снижении показателя деструкции; имелось частичное

или полное восстановление костной структуры периапикальных тканей. При этом максимальный показатель положительных исходов лечения приходился на 2-ю группу (лечение рондомицином – 86,5%), а в 1-й и 3-й группах результаты составили по 63,0% ( $p < 0,05$ ).

К отрицательным мы относили результаты лечения, при которых больные предъявляли жалобы на чувство дискомфорта, болезненность при накусывании на причинный зуб, сглаженность переходной складки в области проекции корней (или корня) наблюдаемого зуба. По нашим данным, подобный результат лечения имел место лишь в 3-й группе в 10,5% случаев; в 1-й и 2-й группах подобных осложнений не зафиксировано ( $p = 0,03$ ). К отрицательным результатам теоретически могли быть отнесены случаи, когда в указанные сроки после лечения возникали показания к удалению зуба, однако в нашем исследовании таких случаев отмечено не было.

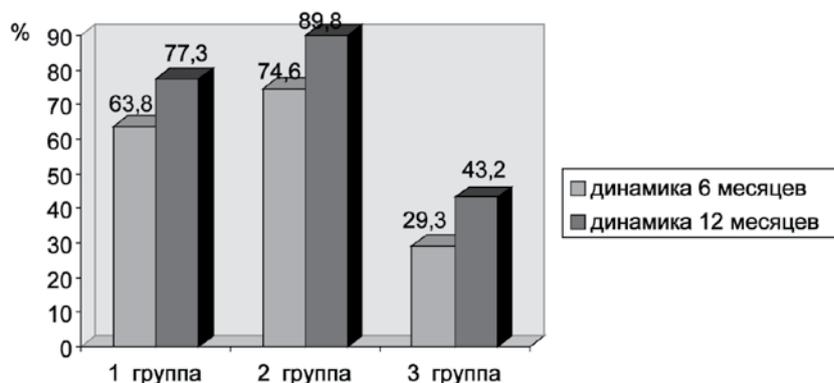
Мы наблюдали также случаи, когда при отсутствии жалоб больного и клинической благополучной картине на рентгенограмме не определялось ни снижения показателя деструкции костной ткани, ни его прогрессирования. Подобные случаи относились нами к отсутствию какой-либо динамики и состоянию «без эффекта» и были отмечены (при сроке наблюдения шесть месяцев): в 1-й группе – в 37,0% случаев, во 2-й группе – в 13,5%, в 3-й группе – в 26,5% ( $p = 0,075$ ). В целом, можно за-

**Таблица 1. Сводные клинико-рентгенологические данные по исходам хронического верхушечного периодонтита (через 6 месяцев после окончания лечения) у пациентов 1, 2 и 3 групп, %**

Параметр	1 группа	2 группа	3 группа	Среднее значение
Клинические признаки рецидива воспаления периодонта	—	—	3,8	1,3
Полное или частичное восстановление тканей в области околовверхушечных очагов деструкции (по данным рентгенографии)	63,8	74,6	29,3	55,9
Отрицательный результат (увеличение очага деструкции)	—	—	15,2	5,1

**Таблица 2. Сводные клинико-рентгенологические данные по исходам хронического верхушечного периодонтита (через 12 месяцев после окончания лечения) у пациентов 1, 2 и 3 групп, %**

Параметр	1 группа	2 группа	3 группа	Среднее значение
Клинические признаки рецидива воспаления периодонта	—	—	18,5	6,1
Полное или частичное восстановление околовверхушечных очагов деструкции (по данным рентгенографии)	77,3	89,8	43,2	70,1
Отрицательный результат (увеличение очага деструкции)	—	—	27,5	9,2



**Рис. 1. Сравнительная частота полного или частичного восстановления костной ткани периапикальных очагов деструкции у больных 1, 2, 3 групп по исходу лечения хронического периодонтита (через 6 и 12 месяцев после окончания лечения)**

ключить, что максимальная отзывчивость на проводимую терапию имела во 2-й группе, а максимальное число случаев «без эффекта» – в 1-й группе. Последний довольно неожиданный факт можно объяснить перераспределением числа случаев «без эффекта» и отрицательных результатов в 1-й группе по сравнению с 3-й; этим же можно также объяснить и более высокий показатель таких случаев в 1-й группе.

Мы уточнили, что через полгода клинические признаки рецидива воспаления периодонта были отмечены лишь в 3-й группе (3,8%), а в 1-й и 2-й группах не имелись вовсе ( $p = 0,027$  и  $p = 0,0556$ ). При этом данные полного или частичного восстановления костной ткани периапикальной области показали максимальный эффект во 2-й группе (применение рондомицина), на втором месте – 1-я группа (применение линкомицина). Меньше всего аналогичный показатель был в 3-й группе (контрольная) ( $p = 0,0035$  и  $p = 0,0027$  в сравнении с 1-й и 2-й группами соответственно). При этом результаты увеличения костного дефекта (через шесть месяцев) показали полное отсутствие этой динамики в 1-й и 2-й группах и увеличение размеров патологического очага в 3-й группе. В целом, клинические признаки рецидива периодонтита через шесть месяцев после пломбирования корневого канала были отмечены в 1,3% случаев, положительная рентгенографическая динамика в виде уменьшения периапикального очага – в 55,9% случаев, а отрицательная рентгенографическая динамика в виде увеличения размеров периапикального очага – в 5,1% случаев.

Тенденция, подобная описанной выше, сохранялась и через 12 месяцев наблюдения (табл. 2): как и ранее, в 1-й и 2-й группах клинических случаев рецидива воспаления в периодонте не было отмечено вовсе; в 3-й группе

частота этого показателя по сравнению с предыдущим случаем выросла на 14,7% и составила 18,5% ( $p = 0,018$  и  $p = 0,0074$ ).

Положительная динамика частоты случаев полного или частичного восстановления околоверхушечных очагов деструкции по результатам наблюдения была отмечена во всех трех группах. Таким образом, максимальный показатель положительных исходов попрежнему приходился на 2-ю группу, второе место было у больных 1-й группы, а хуже всего показатели клинкорентгенологического излечения периодонтита были в 3-й группе ( $p = 0,0065$  и  $p = 0,0043$  в сравнении с 1-й и 2-й группами соответственно).

Случаи отрицательной динамики (увеличение очага деструкции) имелись лишь у больных 3-й группы, а также в 1-й группе; при этом у больных 2-й группы таких случаев не было отмечено вовсе ( $p = 0,015$  и  $p = 0,0017$ ).

Таким образом, проведенный анализ позволил установить, что положительная динамика восстановления костной ткани периапикальных очагов деструкции отмечена в большинстве случаев пролеченного верхушечного периодонтита, причем скорость и активность репаративных процессов напрямую зависели от особенностей применяемой терапии. Так, наиболее высокий положительный результат имелся в случае применения деконтаминационной терапии – в 1-й и 2-й группах и зависел от мощности применяемого антибактериального средства ( $p < 0,05$ ). Минимальный показатель восстановления костной ткани отмечен в 3-й группе, в которой не использовались средства антибактериальной деконтаминации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдалов Х. Б. Повышение эффективности лечения деструктивных форм

хронических периодонтитов: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 143 с.

2. Базилян Э. А., Митронин А. В. Новые технологии и пути совершенствования эндодонто-эндоссальной имплантации // *Стоматология*. 2006. №2. С. 48-53.

3. Воложин А. И., Кундзиня Р. С., Зырянский А. И. Иммунологические механизмы в патогенезе хронического периодонтита и новые подходы к лечению. – М.: Метод. рекомендации, 1992. – 21 с.

4. Иванов В. С., Балашов А. Н. Отдаленные результаты лечения верхушечного периодонтита / *Актуальные вопросы эндодонтии*. – М., 1990. – С. 40-42.

5. Магид Е. А., Приголов Н. И., Аleshин Н. Ф. Консервативное лечение деструктивных форм хронического периодонтита / *Актуальные вопросы стоматологии: Сб. научн. трудов*. – Волгоград, 1996. – С. 86-91.

6. Митронин А. В. Комплексное лечение и реабилитация больных с деструктивными формами хронического периодонтита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 35 с.

7. Хитров В. Ю., Заболотный А. И., Хамидуллина О. А. Диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний периодонта // *Казанский медицинский журнал*. 1995. №76 (2). С. 141-145.

8. Черкашин С. И. Патогенез, диагностика, прогнозирование и лечение хроническо-септических состояний при периапикальной очаговой инфекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1991. – 35 с.

9. Черкашин С. Н. Состояние иммунной реактивности после консервативного лечения и хирургического удаления зубов с хроническими периодонтитами / *Сб. научн. трудов*. – Киев, 1990. – С. 29-32.

10. Чукаева Н. А. Выбор методов лечения больных острым и обострением хронического периодонтита на основании клинкорентгенологических показаний: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 154 с.

11. Danin J. et al. Clinical management of nonhealing periradicular pathosis. Surgery versus endodontic retreatment // *Oral Surg*. 1996. 82 (2). P. 213-217.

12. Ferrera P. C. Uncommon complications of odontogenic infections // *Am. J. Emerg. Med*. 1996. №14 (3). P. 317-322.

**Поступила 21.01.2011**

Координаты для связи с авторами:  
grynin@mail.ru Гринину В. М.