

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барер Г. М., Царев В. Н., Овчинникова И. Л. Комплексное антибактериальное лечение апикального периодонтита // Клиническая стоматология. 1999. №1. С. 18-22.
2. Боровский Е. В. Клиническая эндодонтия. – М.: АО «Стоматология», 1999. – 175 с.
3. Иванов В. С., Урбанович Л. И., Бережной В. П. Воспаление пульпы зуба. – М.: Медицина, 1990. – 208 с.
4. Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М. Эндодонтическое лечение периодонтитов. Учебное пособие. – СПб., 2000. – 88 с.
5. Siqueira J. J. F., Rocas I. N., Magalhaes F. A. et al. Antifungal effects of endodontic medicaments // Aust. Endod. J. 2001. V. 27. №3. P. 112-114.

Современный подход к лечению периодонтита

О.Г. УРСЕГОВА, О.Р. СОКОЛОВА, Р.Г. БУЯНКИНА

ООО «СтомКрамз», г. Красноярск

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Лечение периодонтита остается актуальной проблемой в стоматологии на протяжении последних десятилетий. При хроническом верхушечном периодонтите фактором, поддерживающим хронический воспалительный процесс в периодонте, способствующим образованию деструкции в периапикальных тканях и как следствие формированию кисты, свищевого хода, является бактериальное депо в дентинных канальцах системы корневого канала. Важно, что при этом заболевании отмечается высокая инфицированность дентина, бактерии также проникают в цемент, что обуславливает возможность рецидивирующего течения (Боровский Е. В., 2003; Максимова О. П., 2005). Учитывая высокую инфицированность системы каналов корня зуба, важным компонентом лечения периодонтита является антимикробная обработка системы микро- и макроканалов. В процессе лечения рекомендуется как одномоментное (при удалении инфицированной пульпы), так и пролонгированное (между посещениями) антисептическое воздействие. В современной эндодонтической практике не существует универсального средства, способного уничтожить все многообразие микрофлоры в тканях зуба.

Антисептические растворы, такие как гипохлорит натрия, в сочетании с комплексами ЭДТА, обеспечивают хорошую санацию поверхностных слоев дентина. Применение средств на основе ЭДТА для расширения корневых каналов и гипохлорита натрия для

ирригации системы корневых каналов не вызывает сомнения, и обсуждаются вопросы фармакологической формы, процентного содержания вещества в растворе, температуры используемого средства. Однако при кратковременной обработке невозможно добиться удаления всех микроорганизмов из дентина и цемента, а пролонгированным действием эти антисептики не обладают. Из огромного арсенала средств и методов пролонгированного воздействия на систему корневого канала на сегодняшний день при лечении периодонтита используют средства, относящиеся к разным фармакологическим группам и имеющие различные сферы влияния на процессы, происходящие при воспалении в периодонте и системе корневого канала (Максимова О. П., 2002; Чиликин В. Н., 2002; Боровский Е. В., 2003).

Выбор препарата для медикаментозного воздействия на систему корневых каналов определяется врачом и зависит от конкретной клинической ситуации, показаний и противопоказаний, оснащения клиники, собственных предпочтений доктора. Готовые фармакологические формы препаратов для лечения корневого канала на основе антисептиков, антибиотиков, кортикостероидов позволяют обосновать выбор средства лечения в конкретной клинической ситуации. Несмотря на широкий арсенал средств медикаментозного воздействия на систему корневого канала, в ситуации лечения деструктивных форм периодонтита, выбор стоматолога за препаратами на основе гидроокиси кальция,

так как в данной ситуации важной составляющей является стимуляция репаративных процессов в костной ткани периапикальной области. Средства, имеющие в своем составе гидроокись кальция, как для временного, так и для постоянного пломбирования корневых каналов, используются давно. В литературе имеются данные о высокой эффективности данных препаратов при лечении деструктивных форм периодонта (Шопен Ф., 1997; Спектор С. М., 2002).

В условиях стоматологической клиники ООО «СтомКрамз» при лечении деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита применяется препарат Calasept (производитель Nordiska Dental AB, Швеция) с 2000 года. Препарат Calasept обладает выраженным антибактериальным действием. При прямом контакте препарата с тканями 99,9% бактерий, присутствующих в корневом канале, погибают за 1-6 мин. Корневые каналы и околоверхушечные ткани становятся стерильными через 1-4 недели после заполнения канала. Кроме того, Calasept активно участвует в растворении некротических тканей, которые являются питательной средой для микроорганизмов. При контакте с жизнеспособными тканями он индуцирует регенерацию, приводит к образованию твердотканевого дентинно-цементного барьера в пульпопериодонтальной области и восстановлению костной ткани в очаге поражения (Шопен Ф., 1997; Кротов В. В., 2005).

Условия участкового принципа работы на предприятии и диспан-

серизация в организованном коллективе позволяют отслеживать результаты лечения на протяжении длительного времени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ обращаемости в стоматологическую клинику ООО «СтомКрамз» по поводу лечения периодонтита и отдаленные результаты лечения пациентов с деструктивными формами периодонтита препаратом Calasept.

(Nordiska) в период 2004-2008 годов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами был проанализированы причины обращения за помощью в стоматологическую клинику ООО «СтомКрамз» за последние пять лет. Методом случайного выбора были изучены 300 историй болезни пациентов, обратившихся в 2004-2008 годах в клинику по поводу лечения хронического периодонтита на основе амбулаторных карт.

Из числа этих больных была сформирована группа из 39 человек в возрасте от 18 до 72 лет, которым были диагностированы деструктивные формы периодонтита и в ходе лечения применялся препарат Calasept.

Лечение периодонтита проводилось по общепринятой методике. Инструментальная обработка корневых каналов осуществлялась никель-титановыми мануальными файлами ProTaper от коронки вниз. Ирригация, в ходе инструментальной обработки, проводилась 2,5% раствором гипохлорита натрия, высушивание бумажными штифтами и заполнение препаратом Calasept под цементную пломбу Оптимальным является повторное введение пасты Calasept с интервалом месяц. При этом удаляется временная пломба и осторожно, без обработки канала, повторяется процедура заполнения. Сроки дополнительного введения препарата определялись индивидуально у каждого пациента. Опыт работы с данным препаратом показал, что наполнение канала препаратом Calasept снижается за счет его растворимости в различные сроки. Это зависит

от активности процесса, наличия свищевого хода и, возможно, индивидуальных особенностей пациента. Поэтому сроки дополнительного введения препарата определяли индивидуально, основываясь на данных рентгенологического обследования. Так как рентгенологическая плотность препарата Calasept сопоставима с плотностью дентина зуба, в случае полноценной obturации рисунок корневого канала не прослеживается. Если на рентгенограмме определяется корневой канал, следовательно, произошло частичное растворение препарата и требуется его дополнительное введение. После полного восстановления костной ткани в апикальной области проводили obturацию корневого канала методом латеральной конденсации гуттаперчи.

Результаты лечения в отдаленные сроки удалось проследить у 39 пациентов, продолжающих трудиться на данном предприятии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ обращаемости пациентов в стоматологическую клинику ООО «СтомКрамз» в период с 2004-го по 2008 год показал, что больные с заболеванием периапикальных тканей составили 21,0%. Многие пациенты (82,1%) не предъявляли жалоб на данное заболевание и обратились в клинику по другим причинам, где в ходе исследования стоматологического статуса был установлен диагноз «периодонтит». Различия в показателях данных отдельных лет незначительны. На основании амбулаторных карт пациентов нами были проанализированы 300 случаев лечения верхушечного периодонтита за период 2004-2008 годы.

Рентгенологическое исследование на этапе клиникой диагностики верхушечного периодонтита показало, что степень obturации корневых каналов в причинных зубах была различной. В 28 зубах (8,8%) все корневые каналы были равномерно obturированы на всем протяжении, но в периодонте определялся очаг деструкции. В 226 зубах (76,4%) имело

место частичное пломбирование корневых каналов (большинство из них были лечены с применением резорцин-формалинового метода). В 46 зубах (14,8%) пломбировочный материал в корневых каналах отсутствовал. Всем пациентам было рекомендовано лечение периодонтита. Повторное эндодонтическое лечение предполагалось у 254 пациентов (85,2%).

Выбор между консервативным и консервативно-хирургическим и хирургическим методами лечения периодонтита определялся конкретной клинической ситуацией. Так как повторное эндодонтическое лечение сопряжено с определенными объективными трудностями, пациенту предоставлялась полная информация о плане лечения, методе, конкретных манипуляциях, оговаривались сроки лечения, возможные осложнения и прогнозы выздоровления. Применение препарата Calasept в процессе лечения периодонтита было осуществлено 42 пациентам из 300, что составило 14,0% данной группы. Отдаленные результаты, через год после завершения лечебных манипуляций, удалось проследить у 39 пациентов.

Сроки проведения лечения периодонтита по нашим наблюдениям в данной группе варьировались от 6 до 12 мес., за это период потребовалось в среднем 3,5 посещения для повторного введения препарата Calasept. Четкой закономерности в различии сроков лечения или количества визитов пациента между различными формами хронического периодонтита мы не выявили.

Благоприятные результаты лечения составили 94,9%, что согласуется с данными, опубликованными ранее (Орешкин И. В. 2005; Соколова О. Р. 2007). Неблагоприятные результаты лечения в виде обострения процесса и формирования свищевого хода были получены у двух пациентов через 6-9 мес. после начала лечения. Эти пациенты относились к подгруппе проблемных, имели в анамнезе сахарный диабет и бронхиальную астму. В план лечения данных пациентов были своевременно внесены коррективы.

Выводы

Распространенность периодонтита среди населения имеет высокий уровень и даже многолетний участковый принцип обслуживания работников завода КраМЗ не выявляет тенденции к снижению данного показателя. Возможно, это объясняется массовой миграцией населения и изменением кадрового состава предприятия.

Ошибки в ходе лечения осложненного кариеса: неполноценная экстирпация пульпы, несовершенная obturation корневых каналов, неполное удаление смазанного слоя, создают возможность для так называемой «протечки» пломбы, то есть возникновения сообщения между периапикальным пространством и инфицированными дентинными канальцами и формированию воспалительного процесса в периодонте.

Рентгенологический контроль полноценной степени obturation корневых каналов не является гарантией благоприятных результатов лечения периодонтита. У 28 пациентов в нашем исследовании

очаги деструкции в периодонте наблюдались на фоне полноценной obturation корневых каналов по данным рентгенологического исследования.

Строгое соблюдение показаний для проведения лечения и учет противопоказаний дает стабильно высокий результат благоприятных исходов лечения периодонтита методом применения препарата Calasept.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровский Е. В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клиническая стоматология. 2003. №1. С. 38-40.
2. Кротов В. В. Использование временной корневой пломбы «Каласепт» при лечении хронического пульпита и периодонтита у детей подросткового возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 23 с.
3. Максимова О. П., Петлев С. А. Клинические размышления биологических основ и путей развития эндодонтии сегодня // Клиническая стоматология. 2002. №3. С. 22-26.

4. Максимова О. П. Повторное эндодонтическое лечение – реальность современной стоматологии // Клиническая стоматология. 2005. №2. С. 20-24.

5. Орешкин И. В., Ипатко Т. О. Клинический опыт применения кальция содержащего препарата «Каласепт» при лечении хронических периодонтитов // Сибирский стоматологический вестник. 2005. №3. С. 32-34.

6. Спектор С. М. Метапекс и метпаста – материалы гидроксида кальция нового поколения // Клиническая стоматология. 2002. №3. С. 32-34.

7. Соколова О. Р., Кривина И. Г. Различные подходы к составлению плана лечения периодонтита в стоматологической клинике «Денталь» / Сибирский стоматологический форум. – Красноярск, 2007. – С. 178-181.

8. Чиликин В. Н. Ключи к эндодонтическому успеху // Клиническая стоматология. 2002. №3. С. 28-30.

9. Шопен Ф. Гидроокись кальция в стоматологии // Клиническая стоматология. 1997. №4. С. 20-24.

ООО «Поли Медиа Пресс» представляет брошюру в помощь врачу при работе с пациентом



ОТЛИЧНЫЙ

МИФЫ ОБ ОРТОДОНТИИ
или ортолечение у взрослых

ПОДАРОК ДЛЯ ПАЦИЕНТА!

ООО «Поли Медиа Пресс»
представляет брошюру в помощь врачу
при работе с пациентом

МИФЫ ОБ ОРТОДОНТИИ
(пособие для пациентов)
С.Н. Вахней, А.Ю. Февралева

*Разобраться самому
и грамотно объяснить пациенту,
в какой последовательности
проводятся вмешательства,
поможет алгоритм проведения
мероприятий по реконструкции
зубочелюстной системы*

(48 страниц,
более 50 фотографий)

Заказ:
(495) 781-2830, 956-9370,
969-0725, (499) 611-0121