

Клинический опыт использования пасты на основе йодоформа и камфоры при лечении хронического апикального периодонтита

И.А. НОВИКОВА, к.м.н., доцент

И.А. СОХОВА, к.м.н., доцент

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава РФ

Clinical experience using the iodoform and camphora paste in the treatment of chronic apical periodontitis

I.A. NOVIKOVA, I.A. SOKHOVA

Резюме

В статье представлены клинические случаи использования препарата на основе йодоформа и камфоры при лечении хронического апикального периодонтита. Целью исследования явился анализ эффективности применения препарата на основе йодоформа и камфоры для временной obturации корневых каналов у пациентов с деструктивными изменениями в периапикальной области. Результаты исследования доказали, что применение препарата йодоформа и камфоры для временной obturации корневых каналов способствует уменьшению очага деструкции костной ткани.

Ключевые слова: хронический апикальный периодонтит, йодоформ, микроорганизмы, визиографическое исследование, obturация.

Abstract

The article presents clinical cases using iodoform and camphora paste in the treatment of chronic apical periodontitis. The aim of the study was to analyze the effectiveness of Iodoform Paste (PD) for temporary obturation of the root canals in patients with destructive changes in the periapical area. The results of the study proved that the acceptance of iodoform and camphora paste for temporary obturation of the root canals helps to reduce the focus of bone tissue destruction.

Key words: chronic apical periodontitis, iodoform, microorganisms, viziographic examination, obturation.

Хронический апикальный периодонтит встречается в практике врача-стоматолога в 98-99% случаев (Боровский Е. В., 1997, Гречишников В. В., 2004). Данная патология характеризуется длительным бессимптомным течением, в результате чего формируются очаги деструкции в тканях периодонта, которые могут в дальнейшем стать причиной удаления зуба (Боровский Е. В., 1997, Максимовский Ю. М., 2006).

Как известно, основным этиологическим фактором развития периодонтита являются микроорганизмы (*Enterococcus* spp., негемолитические и зеленящие *Streptococcus* spp. и др.) (Митронин А. В., Царев В. В., 2007, Лукиных Л. М., 2010, Wang J. et. al., 2012). Чаще всего из корневого канала при хроническом периодонтите высевается *Enterococcus faecalis* — грамположительный микроорганизм, который практически не восприимчив к современным антисептическим растворам и нередко служит причиной неудачного эндодонтического лечения.

В настоящее время используется много различных методов лечения данной патологии, однако не все из них достаточно эффективны и не обеспечивают полного выздоровления пациента и восстановления функции пораженного зуба. Важным этапом в лече-

нии периодонтита является дифференцированный подход как к выбору лекарственных средств, так и к методам их применения с целью исключения осложнений. В практике врача-стоматолога большой интерес представляют препараты, комплексно снижающие воспалительную реакцию, создающие благоприятные условия для репаративных процессов в тканях периодонта, оказывая остеоиндуктивный эффект (Митронин А. В., 2012, Furusawa M., 2011, Rossi-Fedele G., 2012). Таким препаратом является Iodoform Paste (PD).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ эффективности применения препарата Iodoform Paste (PD) для временной obturации корневых каналов у пациентов с диагнозом «хронический апикальный периодонтит» на основе данных клинкорентгенологических методов исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью изучения влияния препарата Iodoform Paste (PD) на ткани периодонта были проведены клинические наблюдения. В группу наблюдения вошли 16 пациентов в возрасте от 21 до 63 лет без тяжелой

соматической патологии с диагнозом «хронический апикальный периодонтит». В результате исследования было пролечено 24 зуба.

Обследование пациентов проводилось по общепринятой методике: опрос, сбор анамнеза, данные объективных клинико-инструментальных методов обследования, включающие рентгенологический метод обследования. Рентгенологическое исследование проводилось с использованием прицельной визиографии.

Визиографическое исследование проводилось при первичном обследовании пациента, для определения рабочей длины корневого канала, на этапах лечения, для контроля качества obturации корневого канала. В последующем, в сроки 1, 3 и 6 месяцев, визиографическое исследование проводилось для оценки изменения очага деструкции в периапикальных тканях (PAI индекс) (Ostravik D. et al., 1986, Соловьева А. М., 1999, Robazza C. R. et. al., 2013).

Подготовка к лечению включала удаление твердых и мягких наддесневых зубных отложений, по показаниям назначали противовоспалительную терапию.

Эндодонтическая подготовка корневого канала проводилась с использованием никель-титановых вращающихся инструментов. Медикаментозная обработка проводилась с использованием 2% раствора хлоргексидина биглюконата и раствора 17% ЭДТА (PD).

После подготовки корневого канала проводилась временная obturация Iodoform Paste до верхушки, без выведения ее в ткани периодонта.

Iodoform Paste (PD) (рис. 1) – готовый к использованию, резорбируемый, антисептический и рентгеноконтрастный препарат, содержащий йодоформ. Основным действующим веществом Йодоформа является трийодметан, который оказывает антисептическое и дезинфицирующее действие (рис. 1).

Клинический случай 1

Пациентка Е., 48 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли в области нижней челюсти справа, боли при накусывании. Отметила появление болей около года назад. К врачу-стоматологу не обращалась. Самостоятельно принимала НПВС (нурофен).

При осмотре отмечается наличие зубных отложений в области моляров и премоляров на нижней и верхней челюстях справа. Пальпация по переходной складке в проекции верхушек корней зубов 4.6, 4.7 болезненная. Переходная складка отечна, гиперемирована. Зуб 4.6 – пломба на окклюзионной поверхности, нарушений краевого прилегания не выявлено. Перкуссия зуба 4.6 отрицательная. Зуб 4.7 – на мезиальной поверхности пломба без нарушения краевого прилега-

ния, перкуссия резко болезненная. На визиограмме корневые каналы зуба 4.6 obturированы плотно, до апикального отверстия, изменений в периодонте не выявлено. Корневые каналы зуба 4.7 не obturированы, в области верхушки мезиального корня имеется расширение периодонтальной щели с четкими контурами (рис. 2).

Проведенное лечение. Под проводниковой анестезией 4% раствором артикаинсодержащего местного анестетика с вазоконстриктором 1:200 000 (Ультракаин D-S) было проведено снятие пломбы, раскрыта полость зуба с последующей эвакуацией содержимого корневых каналов. Механическая обработка проводилась никель-титановым вращающимися инструментами с орошением антисептическими растворами в сочетании с ЭДТА. Корневые каналы высушены бумажными пинами и obturированы Iodoform Paste (PD), не выводя пасту за апикальное отверстие.

Пациентка была назначена на повторное посещение через три дня. Пациентка отметила значительное улучшение состояния. При объективном обследовании пальпация по переходной складке в области 4.7 зуба безболезненная, перкуссия слабopоложительная.

При повторном посещении пациентки через один месяц жалобы отсутствовали. На визиограмме (рис. 3) отмечалось значительное улучшение состояния периапикальных тканей.

Пациентке была удалена из корневых каналов Iodoform Paste и проведена их obturация методом латеральной конденсации с использованием Endofill (PD).

Через три месяца жалобы отсутствовали, на визиограмме отмечена нормализация структуры костной ткани (рис. 4).

Клинический случай 2

Пациентка Л., 63 года, обратилась с жалобами на неприятные ощущения в зубе 2.5, периодически возникающую болезненность при накусывании, подвижность зуба. Неприятные ощущения в зубе появились больше тех лет назад. К врачу не обращалась.

При осмотре зуб 2.5 изменен в цвете, на окклюзионной поверхности имеется пломба с нарушением краевого прилегания, пальпация по переходной складке в проекции верхушки корня безболезненная, перкуссия слабopоложительная, подвижность зуба 1 степени. На визиограмме отмечается очаг деструкции костной ткани с четкими границами (рис. 5). Проведенное лечение. Под инфильтрационной анестезией 4% раствором артикаинсодержащего местного анестетика с вазоконстриктором 1:200 000 (Ультракаин D-S) было проведено снятие пломбы, раскрыта полость зуба с



Рис. 1. Iodoform Paste (PD)



Рис. 2. Визиограмма зуба 4.7 пациентки Е., 48 лет



Рис. 3. Визиограмма зуба 4.7 пациентки Е., 48 лет. Через 1 месяц



Рис. 4. Визиограмма зуба 4.7 пациентки Е., 48 лет. Через 3 месяца. Корневые каналы obturированы постоянно



Рис. 5. Диагностическая визиограмма



Рис. 6. Корневые каналы обтурированы Iodoform Paste (PD). Через 1 месяц



Рис. 7. Корневые каналы обтурированы Iodoform Paste (PD). Через 3 месяца



Рис. 8. Корневые каналы обтурированы Iodoform Paste (PD). Через 6 месяцев

последующей эвакуацией содержимого корневых каналов. Механическая обработка проводилась никель-титановым вращающимся инструментом с орошением антисептическими растворами в сочетании с ЭДТА. Корневые каналы высушены бумажными пинами и обтурированы Iodoform Paste (PD), не выводя пасту за апикальное отверстие.

Пациентка была назначена на повторное посещение через три дня и отметила улучшение состояния. При объективном обследовании пальпация по переходной складке в области 2.5 зуба безболезненная, перкуссия слабоположительная, подвижность зуба сохраняется.

При повторном посещении пациентки через один месяц жалобы отсутствовали. На визиограмме (рис. 6) отмечалось незначительное улучшение состояния периапикальных тканей.

При осмотре через три месяца пациентка отметила отсутствие жалоб, уменьшение подвижности зуба. При осмотре – перкуссия отрицательная, пальпация по переходной складке безболезненная. На визиограмме (рис. 7) отмечаются положительные изменения очага деструкции.

Диагноз: периапикальный абсцесс без свища.

Последующее обследование через шесть месяцев (рис. 8) выявило отсутствие жалоб у пациентки. Перкуссия отрицательная, пальпация отрицательная. Подвижность зуба отсутствует. На визиограмме отмечается незначительное расширение периодонтальной щели.

Выводы

В приведенных клинических ситуациях была выбрана методика лечения хронического периодонтита с использованием материалов для временной obturации корневого канала. Obturация корневых каналов проводилась после механической и медикаментозной обработки по указанной выше схеме с последующей временной obturацией Iodoform Paste (PD). Отдаленные результаты проведенного лечения, подтвержденные визиографическим исследованием, наглядно показывают восстановление очагов деструкции костной ткани в периапикальной области зубов через три-шесть месяцев.

Таким образом, можно констатировать, что использование Iodoform Paste (PD) для временной obturации корневых каналов способствует уменьшению

очага деструкции костной ткани и говорить об эффективности данного препарата при лечении хронического периодонтита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Боровский Е. В. Проблемы эндодонтического лечения // Клиническая стоматология. 1997. №1. С. 5-8.
Borovskij E. V. Problemy ehndodonticheskogo lecheniya // Klinicheskaya stomatologiya. 1997. №1. S. 5-8.
- Булавко Р. А. Стратегия и тактика комплексного лечения периодонтита в нестандартной клинической ситуации // Эндодонтия today. 2011. №3. С. 23-30.
Bulavko R. A. Strategiya i taktika kompleksnogo lecheniya periodontita v nestandartnoj klinicheskoy situacii // Endodontiya today. 2011. №3. S. 23-30.
- Бутаева Н. Т., Макеева И. М., Туркина А. Ю. Антисептическая обработка корневых каналов с применением диодного лазера // Стоматология для всех. 2008. №2. С. 60-63.
Butaeva N. T., Makeeva I. M., Turkina A. Yu. Antisepticheskaya obrabotka kornevyh kanalov s primeneniem diodnogo lazera // Stomatologiya dlya vseh. 2008. №2. S. 60-63.
- Гречишников В. В. Эндодонтическое лечение деструктивных форм локального пародонтита с полостным очагом // Эндодонтия today. 2004. №3-4. С. 18-22.
Grechishnikov V. V. Endodonticheskoe lechenie destruktivnyh form lokal'nogo parodontita s polostnym ochagom // Endodontiya today. 2004. №3-4. S. 18-22.
- Гречишников В. В. Комплексное лечение хронических деструктивных форм пародонтитов зубов человека: Клинико-экспериментальное исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Кубан. гос. мед. акад. — Краснодар, 2000. — 19 с.
Grechishnikov V. V. Kompleksnoe lechenie hronicheskikh destruktivnyh periodontitov zubov cheloveka: Kliniko-ehksperimental'noe issledovanie: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. / Kuban. gos. med. akad. — Krasnodar, 2000. — 19 s.
- Журочко Е. И., Дегтярева Л. А. Комплексный метод оценки состояния околоверхушечных тканей зуба при хроническом верхушечном периодонтите // Эндодонтия today. 2008. №2. С. 27-31.
Zhurochko E. I., Degtyareva L. A. Kompleksnyj metod ocenki sostoyaniya okoloverhushhechnyh tkanej zuba pri hronicheskom verhushhechnom periodontite // Endodontiya today. 2008. №2. S. 27-31.
- Косолапова Е. Ю. Оптимизация методов лечения хронических форм апикального периодонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2010. — 21 с.
Kosolapova E. Yu. Optimizaciya metodov lecheniya hronicheskikh form apikal'nogo periodontita: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — Perm', 2010 — 21 s.
- Лукиных Л. М., Егорова Л. И. Апикальный периодонтит. — Н. Новгород, 2010. — 119 с.
Lukinyh L. M., Egorova L. I. Apikal'nyj periodontit. — N. Novgorod, 2010. — 119 s.

9. Митронин А. В., Герасимова М. М. Эндодонтическое лечение болевой пульпы и периодонта. Часть 2. Применение гидроксида кальция в эндодонтии // Эндодонтия today. 2012. №4. С. 3-8.

Mitronin A. V., Gerasimova M. M. Endodonticheskoe lechenie boleznij pul'py i periodonta. Chast' 2. Primenenie gidroksida kal'ciya v ehndodontii // Endodontiya today. 2012. №4. S. 3-8.

10. Митронин А. В., Царев В. В. Анализ микробной флоры системы корневых каналов при остром апикальном периодонтите // Стоматология. 2007. №8. С. 11-15.

Mitronin A. V., Carev V. V. Analiz mikrobnaj flory sistemy kornevyh kanalov pri ostrom apikal'nom periodontite // Stomatologiya. 2007. №8. S. 11-15.

11. Максимовский Ю. М., Митронин А. В., Робустова Т. Г. Периодонтит / Одонтогенные воспалительные заболевания / под ред. проф. Т.Г. Робустовой. – М.: ОАО «Издательство „Медицина“», 2006. – С. 191-275.

Maksimovskij Yu. M., Mitronin A. V., Robustova T. G. Periodontit / Odontogennye vospalitel'nye zabolevaniya / pod red. prof. T.G. Robustovoj. – M.: OAO «Izdatel'stvo „Medicina“», 2006. – S. 191-275.

12. Соловьева А. М. Применение модифицированного периапикального индекса PAI для оценки результатов эндодонтического лечения постоянных зубов с незавершенным формированием корней // Пародонтология. 1999. №3 (13). С. 48-50.

Solov'eva A. M. Primenenie modifitsirovannogo periapikal'nogo indeksa PAI dlya ocenki rezul'tatov ehndodonticheskogo lecheniya postoyannyh zubov s nezavershenym formirovaniem kornej // Parodontologiya. 1999. №3 (13). S. 48-50.

13. Amauri F., Fabiana G., Luis C. C. Root canal therapy of maxillary first molar with five root canals: case report // Braz. Dent. J. 2006. Vol. 17. №1. P. 75-78, 153

14. Furusawa M., Hayakawa H., Ida I. Effectiveness of Calvital, a calcium hydroxide formulation, on persistent apical periodontitis caused by over-enlargement of apical foramen // Bull. Tokyo Dent.Coll. 2011. Vol. 52. №4. P. 209-221.

15. Malkhassian G., Manzur A. J., Legner M. Antibacterial efficacy of MTAD final rinse and two percent chlorhexidine gel medication in teeth with apical periodontitis: a randomized double-blinded clinical trial // J. Endod. 2009. Vol. 35. №11. P. 1483-1490.

16. Ostravik D., Kerekes K. et al. The periapical index: a scoring system for radiographic assessment of apical periodontitis // Endod. Dent. Traumatol. 1986. №2 (1). P. 20-34.

17. Robazza C. R., Alves e Motta J. C., de Carli M. L. et al. Endodontic retreatment of dens invaginatus presenting with gutta-percha overfilling at the attached gingiva and chronic apical periodontitis: unusual clinical report // J. Contemp. Dent. Pract. [Electronic Resource]. 2013. Vol. 14. №3. P. 556-559.

18. Rossi-Fedele G., Dogramac E. J., Guastalli A. R. et al. Antagonistic interactions between sodium hypochlorite, chlorhexidine, EDTA, and citric acid // JOE. 2012. Vol. 38. Issue 4. P. 426-431.

19. Wang J., Jiang Y., Chen W. et.al. Bacterial flora and extraradicular biofilm associated with the apical segment of teeth with post-treatment apical periodontitis // J. Endod. 2012. Vol. 38. №7. P. 954-959.

Поступила 24.06.2017

**Координаты для связи с авторами:
119048, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8**



**АСПИРАЦИОННО-
РЕТРАКЦИОННАЯ
СИСТЕМА
FREESTOM**



Незаменимый помощник врача-стоматолога при работе на нижних жевательных зубах. Аспирационно-ретракционная система Freestom (APC Freestom) не имеет аналогов в мире. С ее помощью вы получите легкий, удобный и свободный от слюны доступ к жевательным зубам нижней челюсти

www.stomprom.ru

e-mail: sale@stomprom.ru

8 800 200 6131

(звонок по России бесплатный)