

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ

В.В. Гречишников

Ставропольская государственная медицинская академия

Наиболее тяжелой патологией, составляющей одну актуальных проблем теоретической и практической стоматологии, являются сочетанные поражения периодонта, характеризующиеся развитием деструктивного процесса в области верхушек корней, на боковых поверхностях и в межкорневой зоне [2, 5, 6, 10].

Длительный бессимптомный период формирования деструктивных очагов в периодонте существенно изменяет свойства окружающих тканей, в дальнейшем неспособных к полноценной регенерации [3, 4, 11]. Наличие в зубодесневой системе данных очагов не только значительно снижает иммунные свойства организма, но и в ряде случаев создает проблемы для консервативного вмешательства [1, 3, 8].

В научно-медицинской литературе обширные деструктивные поражения периодонта причисляются к абсолютным показаниям к удалению причинных зубов [2, 8]. Вместе с тем, в последние годы сформировалось научное направление, в основе которого заложен принцип применения органосохраняющих подходов и методов терапии. Среди них все более глубокое признание получает метод направленной регенерации [3, 7, 8, 9, 10].

Учитывая значительный потенциал теоретических и прикладных исследований в данном направлении, авторами настоящей статьи на основе выполненных собственных клинико-экспериментальных исследований разработан метод лечения сочетанных хронических деструктивных периодонтитов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить комплексный метод сочетанных хронических деструктивных периодонтитов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническое обследование и лечение проведено у 80 пациентов с сочетанными хроническими деструктивными периодонтитами и 80 зубов. Из указанного числа 20 пациентов составили контрольную группу, лечение 20 зубов которых выполнено по общепринятой схеме с полноценным выполнением эндодонтических этапов, включая пломбирование корневых каналов эндометазоновой пастой с мелкодисперсной гидроксиапатитной керамикой и выведением лечебной композиции за верхушки корней в деструктивные очаги.

В контрольной группе с сочетанными поражениями периодонта по 1-му типу вылечено 5 зубов, по 2-му типу – 6 зубов, по 3–9 зубов.

В основной группе были сформированы 2 подгруппы по 30 пациентов, лечение 60 зубов которых с сочетанными хроническими деструктивными периодонтитами осуществлено по разработанным методам.

В первой подгруппе вылечено 5 зубов с 1 типом поражения периодонта, 10 зубов – со 2 типом и 15 зубов – с 3 типом поражения.

Во второй подгруппе пациентов пропорция была несколько иной: с 1 типом поражения периодонта – 6, со 2 – 4, с 3 типом – 20. Классификационные признаки поражения периодонта описаны ранее в научных работах, изданных в 2000 году [6]. Суть разработанных методов лечения сочетанных хронических деструктивных периодонтитов заключается в 3 принципиально важных этапах: выполнении эндодонтии, активной заапикальной терапии, экстрадентальном туннельном доступе к очагу поражения.

Эндодонтический этап выполняли по общепринятой схеме с тщательной инструментальной подготовкой и обработкой корневых каналов, последовательной медикаментозной подогретыми до 40–45 градусов растворами: 3 % гипохлоритом натрия и стерильным физиологическим раствором.

С целью окклюзии микробной флоры тканевых субстратов деструктивных очагов и активизации репаративных процессов завершительно каналоуплотнителями выводили взвесь, содержащую гексорал, зубетал, глицерин и мелкодисперсную пористую гидроксиапатитную керамику до заполнения полостного дефекта. Затем корневые каналы по типу “сэндвича” пломбировали эндометазоновой пастой с добавлением окиси цинка и мелкодисперсной биокерамики до верхушечного отверстия или с небольшим выведением за апекс.

Для санации деструктивных очагов в межкорневых и околокорневых участках периодонта экстрадентально через слизистую оболочку и костные структуры альвеолярных отростков твердосплавными борами и фрезами формировали туннельные доступы с индивидуальным наклоном относительно оси зуба и с возможностью создания максимальной длины туннеля. Тканевые детриты из туннельных каналов удаляли струей подогретого физиологического раствора с помощью игл для карпульного шприца. Деструктивные очаги обрабатывали подогретыми

Лечение в основной группе пациентов сочетанных хронических деструктивных периодонтитов новыми методами на основе 2 видов композиций клеточно-остеопротективного действия имело существенное различие по сравнению с контрольной. Как следует из данных сравнительного анализа, в течение первого месяца реактивные изменения стихали почти у всех пациентов, за исключением 4 (13,33±1,66 %) пациентов из второй подгруппы, у которых сохранялось чувство тяжести и незначительной болезненности при горизонтальной перкуссии.

К 6 месяцам отмечалось клиническое благополучие у 56 пациентов (93,33 % ± 1,13 %), ($P < 0,01$). В 4 (6,67±1,23 %) случаях состояние дискомфорта сочеталось с периодически возникающей болезненностью. У 2 (3,33±1,06 %) пациентов осуществлено повторное вмешательство, в связи с обострением.

Реакция тканевых компонентов на лечебную композицию у пациентов первой подгруппы характеризовалась уменьшением площади реактивных изменений на 34,64±1,82 % ($P < 0,01$), а деструктивного очага на 14, 18±1,8 % ($P < 0,05$ %), при повышении рентгенологической плотности на 18,14±1,12 % ($P < 0,05$).

Только у 4 пациентов (13,33±1,66 %) на фоне уменьшения зоны реактивных изменений размеры и рентгенологические характеристики деструктивных очагов не претерпели изменений.

У пациентов второй подгруппы в окружающих туннельные каналы тканях отмечалось некоторое увеличение площади реактивных изменений.

Непосредственно вокруг деструктивных очагов зоны реактивных изменений уменьшились на 22,12±1,64 % – 26, 14±1,32 % ($P < 0,05$). На этом фоне четко прослеживалось уменьшение деструктивных очагов на 16,69±1,30 ($P < 0,05$) с изменением конфигурации за счет формирующихся инвагинатов костных структур из костных краев дефектов. Явлений дестабилизации патологического процесса не установлено.

В интервале от 6 до 12 месяцев показатели регенерации тканевых компонентов в полном объеме установлены у (49 81,67±1,72 %) пациентов ($P < 0,05$). Об этом свидетельствовало стирание границ зоны реактивных сдвигов, краев костных дефектов, организованной костной структуры регулярного типа и повышенной рентгенологической плотности с наличием фрагментов имплантационного материала. Стабилизация процесса, обнаруженная у 8 пациентов (13,33±1,66 %), характеризовалась уменьшением зоны реактивных сдвигов почти до границ деструктивных очагов, центральная часть которых выполнена фрагментированным имплантационным материалом и нерегулярного типа костными балочка-

ми ($P < 0,05$).

Появление симптомов "раздражения", дискомфорта и периодической боли отмечали 3 пациента (5,00±1,05 %) при функциональной нагрузке.

Статистические показатели, отражающие результаты лечения в отдаленные сроки, не имели существенных различий в первой и второй подгруппах основной группы пациентов.

Выполненный сравнительный анализ позволяет утверждать, что лечение сочетанных хронических деструктивных периодонтитов со значительным объемом деструкции околокорневых тканей должно выполняться комплексным, двух-трех этапным методом, с обязательной медикаментозной санацией деструктивного очага, последующим его заполнением полипотентными лекарственными композициями клеточно-остеопротективного действия, что позволяет обеспечить принцип пролонгированной терапии. Весьма эффективным способом, обеспечивающим эти условия, является предлагаемый туннельный доступ к деструктивному очагу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексный метод сочетанных хронических деструктивных периодонтитов обеспечивает анатомо-функциональную полноценность зубов в 81,67±1,72, ранее подлежащих удалению ($P < 0,01$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдалов Х.Б. Повышение эффективности лечения деструктивных форм периодонтита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1990. – 18 с.
2. Боровский Е.В. // Стоматология. – Специальный выпуск. – 1996. – С. 38–39.
3. Будурли М.А. Роль стимуляции репаративного остеогенеза в комплексном лечении хронического периодонтита: автореф. дисс. канд. мед. наук. – Тбилиси. – 1990. – 24 с.
4. Воложин А.И. // Актуальные вопросы эндодонтии. – М., 1990. – С. 11–14.
5. Гречишников В.И., Новиков С.В. Лечение межкорневых деструктивных периодонтитов зубов: метод. рекоменд. – Ставрополь. – 1996. – 11 с.
6. Гречишников В.В. Комплексное лечение хронических деструктивных периодонтитов зубов человека: дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар. – 2000. – 220 с.
7. Развитие и применение вмешательств с целью направленной тканевой регенерации // Новое в стоматологии. – 1999. – № 4. – С. 57–63.
8. Frenstzen M., Osborn J.F., Nolden R. // Квинт-эссенция. – М., 1992. – Т. 153. – С. 11–29.
9. Holmes R.E., Hegltz H. // J. Oral maxillofac Surg. – 1987. – Vol. 45.5. – 421–429.
10. Meloning J.T. // Intern. J. Periodont. Restor. Dent. – 1990. – Vol. 11.3. – P. 216–223.
11. Oliveira D.T., Grangeiro J.M., Maede S. // Rev. Odontol. UNESP. – 1993. – Vol. 22(2). – P. – 197–208.