

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ

В.В. Гречишников

Ставропольская государственная медицинская академия

Наиболее тяжелой патологией, составляющей одну из 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 каналоукомплектователями 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

растворами гипохлорита натрия и иммобилизованным на силард-геле зубеталом, антибактериальным препаратом нового поколения. В сформированных каналах оставляли турунды с указанным гелевым составом на 1 сутки.

Во второе посещение турунды удаляли, а сформированные полости и деструктивные очаги заполняли двумя видами разработанных композиций.

В первой подгруппе в 30 зубах пациентов применяли композицию в виде геля, содержащего гексорал, зубетал, глицерин, мелкодисперсную пористую гидроксиапатитную керамику и окись цинка путем введения под давлением из шприца. В области 30 зубов второй подгруппы пациентов туннельные каналы запечатывали цилиндрической формы блоками из пористой гидроксиапатитной керамики, предварительно обработав их в растворе глицерина с зубеталом. Блоки необходимых размеров изготавливали перед началом лечения. На слизистую оболочку во всех случаях накладывали по одному шву и покрывали биологическим клеем.

Процедуры проводили под местным обезболиванием. Всем пациентам основной группы назначали антибиотики широкого спектра действия по схеме.

Качество лечебной работы контролировали общепринятыми клиническими и рентгено-рентгенографическими методами в течение 1 года. Цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента (И. Ойвин, 1964).

Результаты исследования. Эффективность проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий определяли путем сопоставления 2 основных критериев: клинического и рентгено-рентгенографического благополучия.

В ближайшие сроки после лечения клинические проявления характеризовались различной степенью выраженности симптомов "раздражения периодонта".

При анализе лечения на 3-е сутки в контрольной группе у 6 (30,00 %) пациентов, периодонт зубов которых поражен по 3-му типу, выявлена резко болезненная перкуссия. В 4 (20,00 %) из этих 6 случаев явления болезненности сопровождались гиперемией и незначительным, но плотным инфильтратом слизистой оболочки причинных зубов. Кроме этого, болевой симптом определен еще у 5 пациентов, что в совокупности составило 55,00 %. На 7–14-е сутки у большинства пациентов болевой симптом снижался до умеренной степени, за исключением 3 (15 %), у которых реактивные проявления усилились. К 14-м суткам им были выполнены послабляющие разрезы по переходной складке и назначена противовоспалительная терапия.

В основной группе пациентов, непосредственно после проведенного лечения и через 1 сутки, отмечалось появление умеренно выражен-

ного болевого симптома, но напряженного характера, который в большей степени соответствовал объему вмешательства. На 3-е сутки в первой подгруппе у 8 ($26,66 \pm 1,33$ %) появилась средней интенсивности болезненная перкуссия, ($P < 0,05$), а во второй подгруппе число подобных случаев было несколько ниже 5 ($16,67 \pm 1,18$ %), ($P < 0,05$). На 7–14-е сутки болевой симптом у 7 ($23,33 \pm 1,02$ %) пациентов первой подгруппы сочетался с сосудистой реакцией и умеренным отеком в области причинных зубов, ($P < 0,01$). Во второй подгруппе эти явления были установлены у 4 ($13,33 \pm 1,23$ %) пациентов, ($P < 0,05$). В более поздние сроки реактивный процесс достаточно интенсивно снижался под влиянием противовоспалительной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Следует отметить, что при анализе результатов лечения в ближайшие сроки существенных различий, как в клиническом плане, так и в статистическом, у пациентов контрольной и основной группы не установлено. Клинические проявления, в основном, соответствовали объему вмешательств. Вместе с тем, наблюдались случаи быстро протекающих обострений хронических воспалительных процессов в периодонте, в связи с чем возникла необходимость интенсивной терапии.

Сравнительная оценка результатов лечения в отдаленные сроки, до года, выявила существенные различия в основной и контрольной группах.

Критерии состояния такие, как дискомфорт, периодически появляющаяся болезненность отмечены у 12 (60,00 %) пациентов контрольной группы. Через 4–6 месяцев, возникшие осложнения повлекли за собой удаление 4 причинных зубов (20,00 %), а в 2 (10,00 %) случаях развилась подвижность зубов 1–2 степени. Рентгено-рентгенографическая оценка позволила установить в динамике положительную тенденцию к регенерации околокорневых тканей у 11 пациентов (55,00 %). В 2 (10,00 %) случаях выявлена стабилизация с уменьшением площади реактивных изменений вокруг деструктивного очага на $14,46 \pm 1,02$ %, ($P < 0,05$).

У 5 (25,00 %) пациентов в течение года отмечались обострения, которые были купированы соответствующей, адекватной состоянию терапии. Площадь реактивных изменений у этих зубов не увеличивалась и не уменьшалась.

Результаты лечения у данной группы пациентов были отнесены к неблагоприятным.

Следовательно, положительные результаты лечения в контрольной группе установлены у 13 (65,00 %) пациентов, а неблагоприятные исходы – у 7 (35,00 %) ($P < 0,05$).

Лечение в основной группе пациентов сочетанных хронических деструктивных периодонти-

тов 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 ($13,33 \pm 1,66$ %) пациентов из второй подгруппы, у которых сохранялось чувство тяжести и незначительной болезненности при горизонтальной перкуссии.

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

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

Только у 4 пациентов ($13,33 \pm 1,66$ %) 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 $22,12 \pm 1,64$ % – $26,14 \pm 1,32$ % ($P < 0,05$). На этом фоне четко прослеживалось уменьшение деструктивных очагов на $16,69 \pm 1,30$ ($P < 0,05$) 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 ($49,81,67 \pm 1,72$ %) 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 ($13,33 \pm 1,66$ %), характеризовалась уменьшением зоны реактивных сдвигов почти до границ деструктивных очагов, центральная часть которых выполнена фрагментированным имплантационным материалом и нерегулярного типа костными балочками ($P < 0,05$).

Появление симптомов "раздражения", дискомфорта и периодической боли отмечали 3 пациента ($5,00 \pm 1,05$ %) 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, двухэтапным 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 $81,67 \pm 1,72$, 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. // Квинтэссенция. – 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.