

УДК 616.314.19.-08-089

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ (Огляд літератури)

*Вищий державний
навчальний заклад України
"Українська медична
стоматологічна академія"*

О.В. Митченко, М.Д. Король

Незважаючи на те, що новітні технології ведення лікувальних операційних заходів стають досконалішими, з'явилася велика кількість сучасних медикаментозних речовин і технологій (схем) проведення лікування, захворювання на хронічний періодонтит залишається актуальною проблемою сучасної стоматології.

Багато авторів [2; 6; 22; 25] стверджують, що це можна пов'язати з тим, що питома вага хронічних періодонтитів складає 15-30%, а прикореневих кіст - 7-12% серед усіх стоматологічних захворювань щелепно-лицевої ділянки, та з незадовільними результатами лікування цього контингенту населення як безпосередньо після операції, так і у віддаленіші терміни.

На підставі проаналізованої літератури та після проведення численних клінічних і статистичних досліджень можна поставити захворювання тканин періодонта на третє місце за частотою звернень після карієсу та пульпіту. Як стверджує Боровский Е.В. [4], після обробки й аналізу статистичних даних можна дійти висновку про те, що в стоматологічних клініках було зареєстровано 15-30% пацієнтів, яким був установлений діагноз різних форм хронічного періодонтиту. Актуальність проблеми, на думку авторів, обумовлена значним поширенням ускладненого карієсу, недбалим ставленням до лікування цього контингенту населення та відсутністю систематизації лікувальних заходів, спрямованих на збереження зубів із великою формою деструкції, особливо у фронтальній ділянці.

Максимовский Ю.М. [15, 16] зазначає, що є пряма тенденція до підвищення захворюваності на періодонтит, особливо в працездатного населення молодшого віку (від 25 до 40 років), а в пацієнтів старшого віку (після 40 років) запальний процес у періодонті стає основною причиною видалення зубів більш ніж у 50%.

Найшкідливіші для організму людини деструктивні форми хронічного періодонтиту, здатні викликати одонтогенні запалення щелепно-лицевої ділянки, знижувати імунологічний статус усього організму в цілому та бути причиною тяжкості перебігу хвороб внутрішніх органів і систем [7, 9, 13].

Періодонтит – це найнебезпечніший вид ускладнення, яке виникає при ускладненому карієсі: запальний процес, розповсюджуючись, діє не тільки на тканини зуба, а і на прилеглу кісткову тканину поблизу кореня ураженого зуба [5, 10, 12, 14].

Ефективність консервативного лікування періодонтитів у середньому становить близько 75%, але цей показник варіює і залежить від багатьох факторів, а саме: клінічної форми захворюваності, резистентності організму, методів та медикаментозних препаратів, якими лікували пацієнтів, та ін.

Труднощі лікування періодонтиту полягають у тому, що регенерація деструкції вогнища періапикальної ділянки відбувається після 6-12 місяців ендодонтичного лікування. Через особливості анатомічної будови кореневих каналів зубів ендодонтичне лікування стає малоефективним. Тому деякі автори віддають перевагу медикаментозним засобам та фізіотерапевтичним методам, які діють на імунну систему, що активізує й процеси фізіологічної репарації.

Ендодонтичне лікування зубів займає особливе місце серед усіх втручань, які проводить лікар-терапевт, це обумовлено, як стверджує Яловий Л.М. [26], значним зростанням ендодонтичної патології (пульпітів та особливо періодонтитів), яка має виражену тенденцію до зростання.

Ендодонтичні наукові дослідження, які проводяться при лікуванні хворих на хронічний періодонтит, поділяються на такі основні групи: методика вдосконалення методів медикаментозної та інструментальної обробки кореневого каналу, створення новітніх медикаментозних засобів для лікування та пломбування кореневих каналів, вивчення можливого впливу таких матеріалів на макро- та мікроорганізми, а також на клітини і тканини періодонта. Ендодонтичне лікування має три основні послідовності лікування: механічну підготовку кореневого каналу зуба (очищення та розширення), антисептичну обробку та кінцеве пломбування кореневого каналу [4, 8, 16].

Механічну обробку проводять із метою повного видалення кореневої пульпи, що почала розпадатися та стала носієм інфекції, і шару інфікованого дентину зі стінок каналу. Для правильного виконання цього етапу необхідно створити повноцінний доступ до кореневих каналів із таким розрахунком, щоби поздовжня вісь робочої частини ендодонтичного інструмента збігалася з напрямком ходу каналу, але цього не завжди вдається досягти через анатомічну будову кореневого каналу [17, 18]. При ендодонтичному лікуванні періодонтитів інструментальну обробку кореневих каналів чергують із медикаментозною дією антисептиків.

Дезінфекцію кореневого каналу, як свідчать літературні джерела, бажано завершувати в більшості випадків із застосуванням ультразвуку внутрішньо-канально за допомогою ендодонтичного голчастого хвилевода-випромінювача, уведеного в канал через розчин антисептика [20, 21], який діє на мікроканалці дентину за рахунок нагнітання розчину при дії вібрації та

ОГЛЯДИ

кавітації. Але за значних дефектів кісткової тканини ці методи малоефективні.

Для лікування хронічних форм періодонтитів часто застосовують хірургічні методи, але їхня ефективність не завжди висока. Вибір хірургічного методу лікування зубів із хронічними періапикальними вогнищами одонтогенної інфекції залежить від багатьох факторів: особливостей анатомічної будови форми зуба, загального стану пацієнта, характеристики та розповсюдженості періапикального процесу, стану твердих тканин зуба і пародонта в цілому, взаємозв'язку верхівок коренів зуба та близько розташованих анатомічних утворів щелеп і анатомічних особливостей будови альвеолярних дуг щелеп.

Вибираючи схему лікування, треба враховувати індивідуальність кожного зуба, а метод лікування застосовувати індивідуально стосовно кожного пацієнта.

У лікуванні періодонтитів однокореневих зубів хірургічним методом найпоширенішою стала резекція верхівки кореня зуба, інколи застосовують реплантацію. Операція резекції верхівки кореня зуба була запропонована в 1899 році. Її методику з кожним роком удосконалювали, отримували позитивні відзиви та позитивні віддалені результати лікування як у вітчизняних, так і в іноземних клініках [11, 19, 22].

Операцію резекції верхівки кореня розуміють як відрізання чи видалення верхівки кореня зуба з патологічними тканинами. Як указують Безруков В.М. [3] і Чукаєва Н.А. [23], цю операцію показано проводити на всіх зубах, але найчастіше її проводять на різцях та іклах обох щелеп і премалярах верхньої щелепи.

Операцію резекції верхівки кореня розподіляють на 6 основних етапів: підготовка та відшарування слизово-окісного клаптя; відшарування слизово-окісного клаптя; на альвеолярному відростку - трепанація кістки до повного оголення верхівки кореня і патологічного вогнища; резекція верхівки кореня зуба; видалення грануляційної тканини, оболонки кістки, патологічно змінених тканин; ретроградне пломбування.

Після виконання всіх етапів рану треба промити 2% розчином перекису водню, а трепанаційний отвір заповнити за необхідності кровоспинними засобами та засобами, які оптимізують репаративний остеогенез.

Але успіх цього втручання залежить в основному не від техніки його виконання, а від помилок у показаннях та протипоказаннях. Основні протипоказання до проведення операції резекції верхівки кореня – це гострий та загострений хронічний періодонтит, рухомість зуба, оголення анатомічної шийки зуба, охоплення патологічним процесом понад однієї третини верхівки кореня, апіко-латеральні та латеральні гранульоми, зміни кольору кореня зуба, відсутність частини передньої стінки альвеоли, а також похилий вік хворого [1, 22, 24], а тому резекція малоефективна за великих деформацій (понад однієї третини верхівки кореня) через високий ризик втрати зуба.

Реплантація зуба буває первинна та віддалена. Реплантація - це хірургічна маніпуляція, яка передбачає видалення зуба із лунки з подальшим його лікуванням ендодонтичним методом, кюретажем періапикальних тканин та поверненням його в лунку. Показанням до реплантації є стан, коли консервативні методи лікування не дали позитивних результатів у лікуванні хронічного періодонтиту. Протипоказання ті ж самі, що і для резекції

верхівки кореня. Реплантація протипоказана при різних кісткових дефектах, також вона може призводити до анкілозації пародонта.

Тому пошук сучасних методик спонукав до застосування ендодонто-ендоосальних імплантатів. Ця методика дозволяє видалити осередок хроніосепсису, в окремих випадках зі значною частиною кореня, одночасно зберегти зуб і досягти адекватного терапевтичного і косметичного ефекту.

Література

1. Абдалов Х.Б. Повышение эффективности при лечении деструктивных форм периодонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. н. - М., 1999. - 24 с.
2. Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковальский А.М. Практическая периодонтология. - СПб., 1995. - 225 с.
3. Безруков В.М., Рабухина Е.А., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы. - М., 2002. - 15 с.
4. Боровский Е.В. Лечение осложненной кариеса зубов: проблемы и их решение // Стоматология. - 1999. - №1. - С. 21-24.
5. Боровский Е.В. Лечение периодонтитов - состояние вопроса и перспективы совершенствования // Стоматология: Матер. III съезда стоматологов. Ассоциации (Общерос.), 1996. - Спец. вып. - С. 38-39.
6. Гречишников В.В. Комплексное лечение хронического деструктивного периодонтита зубов человека: Автореф. дис. ... канд. мед. н. - Кубань, 2001. - 22 с.
7. Гречишников В.И., Федько М.Ю., Крашук В.И. Иммунологическая эффективность лечения хронических деструктивных верхушечных периодонтитов // Новое в теории и практике стоматологии. Сб. науч. трудов ученых-стоматологов Юга России. - Ставрополь, 2002. - С. 126-127.
8. Даммер П.М., Брайт С.Т., Питоны С. И. др. Исследование возможности обработки корневых каналов вращающимися никель-титановыми инструментами .04 и .06 Профайл на фантомных каналах // Новости Dentsply. - 1999. - №3. - С. 12-19.
9. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. - Одесса: АстроПринт, 1999. - 603 с.
10. Зубок Д.І. Особливості діагностики, клініки та підходи до хірургічного лікування хронічних періодонтитів та прикореневих кіст у дітей та дорослих: Автореф. дис. ... канд. мед. н. - Одеса, 2002. - 21 с.
11. Ивашкевич Л.Г. Некоторые аспекты современного подхода к лечению периодонтита // Лікарська справа. Врачебное дело. - 1993. - №2-3. - С. 131-134.
12. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение зубов с хроническими периапикальными очагами одонтогенной инфекции (анатомическое, экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. н. - СПб., 1993. - 19 с.
13. Купреева И.В. Сравнительная характеристика эффективности консервативного лечения хронического верхушечного периодонтита у больных на фоне вторичной иммунной недостаточности и у соматически здоровых лиц // Стоматология. - 1998. - Т.77, №3. - С. 15-16.
14. Курякина Н.В., Курякин В.В. Алитерапия апикального периодонтита // Стоматология. - 1996. - Спец. вып. - С. 63-64.
15. Максимовский Ю.М. Бактериологический аспект периодонтита // Новое в стоматологии. - 2001. - №6. - С. 8-13.
16. Максимовский Ю.М. Эндодонтия и сохранение функций зуба // Новое в стоматологии. - 2001. - №6 (96). - С. 3-6.
17. Москаленко О.А., Шелепанова О.А. Значение эндодонтии при лечении осложненного кариеса // Профилактика, диагностика и лечение заболеваний человека. - Кемерово, 1987. - С. 249-250.
18. Мылзенова Л.Ю. Критерии оценки качества эндодонтического лечения на этапах его проведения: Автореф. дис. ... канд. мед. н. - М., 2002. - 20 с.

ОГЛЯДИ

19. Пахомов Г.Н. Современные достижения стоматологии // Стоматология.-1993.-Т.72, №2.-С.4-10.
20. Политун А.М. Эндодонтическая практика: инструментальная обработка корневого канала // Современная стоматология.-1998.-№3.-С.30-36.
21. Симоненко Р.В. Клініко-експериментальне обґрунтування використання антисептиків у лікуванні періодонтиту: Автореф. дис. ... канд. мед. н.—К., 2003.—18с.
22. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — К.: ООО «Червона Рута-Турс», 2000. — Т. III. — 360 с.
23. Чукаева Н.А. Выбор метода лечения больных острым и обострившимся хроническим периодонтитом на основании клинико-иммунологических показателей // Автореф. дис. ... к. мед. н.—М., 1990.-19с.
24. Шевченко І.Б. Порівняльна характеристика консервативно-хірургічних методів лікування хронічних періодонтитів у хворих різних вікових груп: Автореф. дис. ... к. мед. н.—Полтава, 1999.-17с.
25. Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П., Просверняк Г.П. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. — Минск, 1994. — 494 с.
26. Яловий Л.М. Потреба в ендодонтичних втручаннях та стан її задоволення у населення Дніпропетровської області // Вісник стоматології.-1998.-№2.—С.163-164.

Стаття надійшла
12.02.2008 р.

Резюме

Анализ научной литературы показал, что в настоящее время увеличивается количество больных хроническими формами периодонтита. Но при лечении хронической формы периодонтита с вовлечением в патологический процесс более одной трети верхушки корня подвижность зуба, апико-латеральные и латеральные гранулемы лечатся хирургическим методом, то есть удалением причинного зуба. Это обосновывает целесообразность поиска новых подходов к лечению хронического периодонтита с сохранением зуба и особенно во фронтальном участке зубного ряда.

Ключевые слова: хронический верхушечный периодонтит, гранулёма, хирургическое лечение, эндодонто-эндооссальные имплантаты.

Summary

Scientific literature analysis has shown the increase in the number of patients with chronic periodontitis nowadays. But chronic periodontitis treatment is conducted involving into pathological process more than the third of the apex. Loose tooth, apex lateral and lateral granuloma are treated by surgical method in other words by extracting causal tooth. This fact explains the necessity of the search of new approaches to chronic periodontitis treatment preserving tooth especially in frontal part of the dentition.

Key words: chronic apex periodontitis, granuloma, surgical treatment, endodontic and endosseous implants.