

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

Данная работа является фрагментом НИР кафедры пропедевтической стоматологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького «Клинико-лабораторные обоснования квалитологических подходов в реставрационной стоматологии», № гос. регистрации 0109U008735.

Вступление. Полноценная очистка, формирование и особенно стерилизация корневых каналов зачастую представляют достаточно трудную задачу. Это связано, в известной степени, с отсутствием единого мнения относительно эндодонтического происхождения инфекции в периапикальных очагах и возможности воздействия на него. Такое положение можно объяснить высокой вероятностью контаминации в ходе получения образцов из-за сложности строгого соблюдения протокола забора материала [5]. В свою очередь противоречивость мнений формирует противоположные терапевтические подходы. Если считать, как некоторые авторы, что гранулема может быть первично инфицирована при стерильности верхушки корня, то возможно назначение пациенту курса антибиотиков на несколько недель с уверенностью, что это приведет к ликвидации гранулемы [3]. Напротив, если первичным источником инфицирования является система корневых каналов, то достаточно механически хорошо очистить и дезинфицировать эти каналы [7].

Система корневых каналов может иметь очень сложную морфологическую структуру, которая часто характеризуется наличием боковых каналов и анастомозов, рассыпным строением в апикальной части [8]. Число и ориентация дентинных канальцев в стенке каналов может варьировать в зависимости от физиологических особенностей или патологических изменений [1]. В витальных зубах защита пульпы обеспечивается наличием в просвете дентинных канальцев отростков одонтобластов и дентального ликвора. При гибели пульпы происходит дегидратация, в просвете дентинных канальцев остается лишь тканевая распад. По просвету канальцев легко происходит миграция микроорганизмов и их токсинов [4]. В целом, дентинные канальцы могут содержать бактерии, проникающие в них как из полости рта, так и из системы корневых каналов. Поскольку наличие бактерий приводит к неэффективности эндодонтического лечения, они должны быть устранены [6].

В ходе механической обработки корневых каналов образуется смазанный слой, содержащий большое количество органических компонентов в виде фрагментов пульпы, одонтобластов, слабоминерализованного преддентина. В то же время, имеются и неорганические компоненты, источником которых является дентин. Смазанный слой в корневом канале плотно соединяется со стенкой канала через «смазанные пробки», погружающиеся в дентинные канальцы. Толщина поверхностного смазанного слоя составляет от 1 до 6 мкм, в то время, как глубина его проникновения в дентинные канальцы может достигать 50 мкм [2].

Существует мнение, что смазанный слой корневого канала не следует удалять, так как он уменьшает проницаемость дентинных канальцев для микроорганизмов и их токсинов за счет запечатывания дентинных трубочек. Но на микрофотографии поверхности дентина корневого канала, покрытой смазанным слоем, видно, что данный слой не имеет равномерной гомогенной плотной консистенции, а, напротив, во многих участках прерывается, то есть не создает герметичного барьера [2]. Более того, смазанный слой содержит микроорганизмы и является для них питательной средой. Поэтому полноценная механическая обработка корневого канала и придание ему конусности уменьшит вероятность осложнений после проведения эндодонтического лечения.

Цель исследования – повышение эффективности эндодонтического лечения хронических форм периодонтитов путем минимизации концентрации микроорганизмов и их токсинов в системе корневых каналов и подбора оптимальной техники инструментальной обработки корневых каналов.

Объект и методы исследования. Нами обследовано 78 пациентов в возрасте от 18 до 58 лет (42 женщины и 36 мужчин), из которых 56 лиц практически здоровы и 22 человека с соматическими заболеваниями, находящимися в стадии стойкой ремиссии, с хроническими формами периодонтитов с разным клиническим течением. Всем пациентам проводили стоматологическое обследование по единой установленной схеме с использованием компьютерной томографии, по результатам которой определяли наличие и выраженность очагов деструкции в области верхушек корней, а также угол изгиба каналов. Все пациенты были распределены

на две группы. Первую группу составили 42 пациента (60 зубов), вторую 36 обследованных (58 зубов). В 33 зубах 24 пациентов первой группы, были определены легкодоступные каналы (угол изгиба до 25°), в 21 зубе 12 пациентов – труднодоступные (26° – 50°), в 6 зубах 6 пациентов – недоступные корневые каналы (угол изгиба более 50°). Во второй группе соответственно ситуация была следующая: в 29 зубах 20 пациентов были легкодоступные корневые каналы, в 24 зубах 11 пациентов – труднодоступные и в 5 зубах 5 пациентов – недоступные. В первой группе у 42 пациентов пролечено 9 моляров, 14 – премоляров, 37 зубов фронтальной группы; во второй группе у 36 пациентов – 8, 18 и 34, соответственно.

У пациентов первой группы механическую обработку всех каналов проводили традиционным методом (ручными файлами), изготовленными по международным стандартам ISO 3630, которые регламентируют все его параметры: длину, толщину, размер, форму, прочность. Стандартный набор файлов состоял из приспособлений шести основных размеров от 15 до 40. После окончания механической обработки канала придавали конусность 0,2. У пациентов второй группы механическую обработку корневых каналов проводили предлагаемым нами методом: систему корневых каналов обрабатывали Mtwo файлами при помощи эндомотора с приданием конусности, в соответствии с анатомо-топографическими особенностями. В качестве ирригата у пациентов обеих групп использовали 17% раствор ЭДТА, 3% раствор гипохлорита натрия, дистиллированную воду. Обтурацию проводили разогретой гуттаперчей системой Beefill-Веераск, в качестве силера использовали AN-plus. Контрольные исследования проводили через 1 месяц, 6 месяцев и 2 года.

Результаты исследований и их обсуждение.

Через 1 месяц у пациентов первой группы болевой синдром (постоянная симптоматика) наблюдали в 7,2% случаев, отек, гиперемия слизистой в области проекции верхушек запломбированных корней – в 8% случаев, подвижность зубов – в 6,4%, наличие рубца или свищевого хода – в 4,8% случаев клинических наблюдений. Осмотр через 6 месяцев показал, что по всем критериям показатели несколько уменьшились: болевой синдром (постоянная симптоматика) зарегистрирован в 6,4% случаев, отек и гиперемия слизистой в – 7,2%, подвижность – в 5,6%, наличие рубца или свищевого хода – в 4,0% случаев. Через 12 месяцев динамика показателей была не существенной: болевой синдром – в 4,8% случаев, отек и гиперемия слизистой – 5,6%, подвижность – 4,0%, наличие рубца или свищевого

хода – 3,2%. У пациентов второй группы по всем клиническим критериям все показатели во все сроки наблюдения были значительно ниже. Так, через 1 месяц после проведенного лечения болевой синдром был выявлен в 4,0% случаев, отек и гиперемия слизистой лишь в 4,8% случаев, подвижность зубов 3,2%, наличие рубца или свищевого хода – в 2,4% случаев. Соответствующие показатели через 6 месяцев составили: 3,2%, 4,0%, 2,4% и 1,6% случаев. Через 12 месяцев все показатели были в пределах 3% случаев от общего количества наблюдений: 2,4%, 3,2%, 1,6% и 0,8%.

Рентгенологическое исследование проводили через 12 месяцев. Результаты этого исследования убедительно показывают преимущество предложенного нами метода эндодонтического вмешательства. Неизмененный, увеличенный или вновь образованный очаг деструкции периапикально или латерально у пациентов первой группы выявлен в 5,6% случаев, у пациентов второй группы – в 2,4% случаев, глубина обтурации корневого канала в 7,2% случаев и 3,2% недостаточно качественная обработка корневого канала (наличие уступов, искусственно созданные параллельные каналы, не создана достаточная конусность), наличие перфорации в 2,4% случаев у пациентов первой группы и ни одного случая у пациентов второй группы.

Выводы. На основе анализа и сравнения полученных данных с учетом результатов контрольных, клинических и рентгенологических исследований можно сделать следующие выводы: существенные различия в качестве лечения являются результатом применения новых подходов к механической обработке в системе корневых каналов, созданию конусности с максимальным удалением инфицированного дентина и некротизированной ткани, с обеспечением максимальной обработки труднодоступных участков корневого канала.

Таким образом, успешная механическая обработка системы корневых каналов, с учетом анатомо-топографических особенностей и обязательным созданием соответствующей конусности обеспечивает минимальный риск развития осложнений после эндодонтического лечения.

Перспективы дальнейшего исследования.

Представляется необходимым продолжение поиска наиболее эффективного метода лечения хронических форм периодонтитов, с учетом анатомо-топографических особенностей, вирулентности микрофлоры в системе корневых каналов и дифференцированного подхода к эндодонтическому лечению при различных формах этого заболевания.

Литература

1. Винниченко Ю. А. Влияние строения корневых каналов моляров на качество их пломбирования / Ю. А. Винниченко, Н. А. Рабухина // Стоматология. – 1987. – № 4. – С. 19–20.
2. Макеева И. М. Смазанный слой корневого канала и его удаление / И. М. Макеева, А. Б. Пименов // Эндодонтия today. – 2002. – № 2. – С. 5–10.
3. Максимовский Ю. М. Современный взгляд на оценку качества и результативность лечения хронического периодонтита / Ю. М. Максимовский, В. М. Гринин // Эндодонтия today. – 2004. – № 1. – С. 16–18.

-
-
4. Максимовский Ю. М. Влияние антисептической обработки системы корневых каналов на видовой состав микрофлоры при хроническом верхушечном периодонтите / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин, В. Н. Царев, А. В. Радчик // Журнал «Dental forum». – 2008. – № 2. – С. 16–20
 5. Митронин А. В. Особенности контаминации эко системы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита / А. В. Митронин, В. Н. Царев, Е. Я. Ясникова, Д. А. Черджиева // Эндодонтия today. – 2008. – № 1. – С. 26–32.
 6. Николишин А. К. Современная эндодонтия практического врача / А. К. Николишин. – Полтава, 2003. – 208 с.
 7. Пименов А. Б. Участки корневых каналов, недоступные для инструментальной обработки / А. Б. Пименов // Эндодонтия today. – 2003. – Т. 3, № 1–2. – С. 23–25.
 8. Политун А. М. Повторное эндодонтическое лечение: причины, показания, современная стратегия / А. М. Политун // Эндодонтист. – 2010. – № 2 (4). – С. 21–22.

УДК 616.314.17-008.1-036.12-06:616.31-036.17-085

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ФОРМ ПЕРІОДОНТИТІВ

Ісаков С. В., Ісакова Т. І.

Резюме. В статті наведені клініко-рентгенологічні дані ендодонтичного лікування хронічних форм періодонтитів з використанням традиційного методу та запропонованого нами. У цій роботі показано важливу роль механічної обробки системи корневих каналів, та надання їм певної конусності в залежності від анатомо-топографічних особливостей каналів. За результатами спостережень через 1 та 6 і 1 рік кількість ускладнень, а саме: больовий синдром, набряк і гіперемія слизової в області проекції верхівок запломбованих коренів, рухливість зубів та наявність рубця або нориці, була значно меншою у пацієнтів у яких ендодонтичне лікування проводили за запропонованими підходами, ніж у пацієнтів, яких лікували за традиційною схемою.

Ключові слова: хронічний періодонтит, сучасний метод, інфікований дентин, змащений шар, гістологічне дослідження.

УДК 616.314.17-008.1-036.12-06:616.31-036.17-085

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Ісаков С. В., Ісакова Т. І.

Резюме. В статье приведены клинико-рентгенологические данные эндодонтического лечения хронических форм периодонтитов с использованием традиционного метода и предлагаемого нами. В данной работе показана важная роль механической обработки системы корневых каналов, с приданием им определенной конусности в зависимости от анатомо-топографических особенностей каналов. По результатам наблюдений через 1, 6 месяцев и 1 год количество осложнений, а именно: болевой синдром, отек и гиперемия слизистой в области проекции верхушек запломбированных корней, подвижность зубов и наличие рубца или свищевого хода, было значительно меньше у пациентов, которым эндодонтическое лечение проводили предлагаемым нами методом, нежели у пациентов которых лечили по традиционной схеме.

Ключевые слова: хронический периодонтит, современный метод, инфицированный дентин, смазанный слой, гистологическое исследование.

UDC 616.314.17-008.1-036.12-0.6:616.31-036.17-0.85

Modern Treatment of Chronic Forms of Periodontitis

Isakov S. V., Isakova T. I.

Abstract. Introduction. Full cleaning, shaping and sterilization of root canals is often a very difficult task in the execution plan. Origin and localization of the microflora, associated with closed centers, often remains a mystery and still stays one of the most contentious issues in the scientific community.

During mechanical treatment of the root canals, formed smear layer containing a high amount of organic components in the form of pulp fragments, odontoblasts, poorly mineralized predentin. At the same time, there are inorganic compounds, the source of which is dentin. Smear layer of root canal tightly connected to the wall of the canal through the "smear plug" sinking in the dentinal tubules.

Aim. Improving the efficiency of endodontical treatment of chronic periodontitis by minimizing the concentration of microorganisms and their toxins in the root canal system, and selection of the most appropriate technology of mechanical root canal treatment, while not thinning and weakening this canal.

Materials and methods. We investigated 78 patients in age from 18 to 58 years, (42 woman and 36 men) with chronic periodontitis with different clinical forms. Patients with periodontal pathology were not among the surveyed. In diagnosis of all patients we used one dentistry prescribed uniform scheme, and CT scan.

First group consist of – 42 patients 60 teeth, second – 36 patients 58 teeth. In thirist group easily accessible canals (bend angle till 25 degrees) was fouled at 24 patients 33 teeth, hard accessible (26-50 degrees) fouled at 21 teeth 12 patients, and not available canals (bend angle more than 50 degrees) – at 6 teeth 6 patients. In second group: At 29 teeth 20 patients have easy accessible, 11 patients 24 teeth – hard accessible, and 5 patients 5 teeth have unavailable canals.

In first group mechanical treatment of all canals was made by traditional method (manual files), manufactured according to international standards ISO 3630. In second group the mechanical treatment of root canals performed by our method, namely the system of root canals treated with latest histological studies, with which found untouched area infected dentin and necrotic tissue Mtwo files, with using of endomotor with tapering in accordance with the anatomical and topographical features.

Results and discussion. First monitoring group after 1 month: constant pain syndrome symptoms – 7,2%, edema, hyperemia of the gingival margin the projection of the root filled teeth – 8,0%, mobility – 6,4%, presence of scar or fistulous – 4,8%.

Observations at six month: constant pain syndrome symptoms – 6,4%, edema, hyperemia of the gingival margin the projection of the root filled teeth – 7,2%, mobility – 5,6%, presence of scar or fistulous – 4,0%. Observations at twelve month: constant pain syndrome symptoms – 4,8%, edema, hyperemia of the gingival margin the projection of the root filled teeth – 5,6%, mobility – 4,0%, presence of scar or fistulous – 3,2%. At second group after month: – 4,0%, 4,8%, 3,2%, 2,4%. After six month: 3,2%, 4,0%, 2,4%, 4,6%. After twelve month: 2,4%, 3,2%, 1,6%, 0,8%.

Conclusions. Thus, the manifestation of complications after endodontic treatment, taking into account our investigations, including clinic and ex-Ray findings, directly correlate with successful mechanical treatment of root canal system, knowledge of anatomical and topographical features of canals and obligatory creating of appropriate taper.

Key words: Chronical periodontitis, modern method, infected dentin, smear layer, latest histological studies.

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 14. 02. 2014 р.