ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПУЛЬПЫ ЗУБА

¹Кафедра стоматологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Кубанская Набережная, 52/1, оф. 5, тел. (861) 2623896;

²кафедра стоматологии НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт»,

Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красная, 52, тел. (861) 267-31-22

Проведено исследование характера, сроков и частоты развития осложнений после лечения пульпита витальными и девитальными методами у 130 пациентов. Установлено, что назначение индивидуальных схем восстановительной терапии на этапе эндодонтического лечения пульпита, а также проведение реабилитационных мероприятий после его завершения в рамках диспансерного наблюдения способствуют уменьшению числа осложнений в ближайшие и отдаленные сроки в 2 раза. Описанный подход к curaции пациентов с воспалительной патологией пульпы изменяет также структуру осложнений в отдаленные сроки после лечения за счет редукции развития периапикальной патологии, патологии пародонта и перелома корня зуба.

Ключевые слова: пульпит, осложнения после лечения пульпита, восстановительное лечение, диспансерное наблюдение.

T. V. AKSENOVA¹, A. N. BONDARENKO²

REASONING OF THE TECHNIQUE OF FORMATION OF THE INDIVIDUALIZED COMPLEXES OF RECOVERY TREATMENT OF PATIENTS WITH PULPITIS

¹Stomatology department FPT and PRS SBEI HPE

«Kuban state medical university» Ministry of public health of Russia,

Russia, 350063, Krasnodar, 52/1, Kubanskaya Naberezhnaya str., of. 5, tel. (861) 2623896;

²stomatology department, NEPI HPE «Kuban medical institute» Ministry of education and science of Russia,

Russia, 350000, Krasnodar, 52, Krasnaya str., tel. (861) 267-31-22

The research of character, terms and frequency of complications development after pulpitis treatment was carried out in 130 patients by vital and devital methods. It was established, that the purpose of individual schemes of recovery therapy at the stage of endodontic treatment of pulpitis, and also carrying out of rehabilitation measures after its finishing within dispensary observation promote reduction of number of complications in the nearest and remote terms twice. The described approach to a curation of patients with inflammatory pathology of pulp changes also a structure of complications in the remote terms after treatment owing to the reduction of development of periapical pathology, periodontal pathology and tooth root fracture.

Key words: pulpitis, complications after pulpitis treatment, recovery treatment, dispensary observation.

Введение

Больные с воспалением пульпы зуба (пульпитом) составляют наибольший удельный вес в практической деятельности врача-стоматолога – до 30%. Методы его лечения, несмотря на внедрение новейших эндодонтических технологий, сопровождаются достаточно большим количеством осложнений [6]. Причина кроется, на наш взгляд, прежде всего в неоправданном отождествлении понятий «эндодонтическое лечение» и «эндодонтическое вмешательство». Любая эндодонтическая технология имеет отношение к проведению того или иного этапа эндодонтического вмешательства, конечной целью которого является создание оптимальных условий для полноценной obturации системы корневого канала зуба после удаления из него ткани пульпы. При развитии же воспалительного процесса в пульпе и/или периодонте требуется не только корректное выполнение эндодонтических манипуляций, но и соответствующая curaция пациента с локальным воспалительным процессом.

Вызываемый этим процессом диссонанс со стороны органов и систем организма может быть достаточно выраженным и пролонгированным, усугубляя, с одной стороны, уже имеющиеся нарушения, а с другой – создавая неблагоприятные условия для течения репаративных процессов в зоне вмешательства [5, 13].

Это обстоятельство требует обязательного построения индивидуализированной схемы лечебно-реабилитационных мероприятий при воспалении пульпы. Проблематичность исхода лечения данного патологического процесса диктует также необходимость проведения динамического наблюдения за пациентами в течение 1,5–2 лет [9], то есть, по сути, диспансерного наблюдения. Однако обоснование сроков наблюдения базируется на клиническом опыте врачей-стоматологов [1, 4] и установленном факте наиболее частых осложнений через год после лечения: 26–30%.

Цель исследования – обосновать методику проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с воспалением пульпы зуба.

Материалы и методы исследования

Очевидно, что основу методики временной организации проведения реабилитационных мероприятий по индивидуализированным схемам необходимо строить с учетом характера и частоты развития осложнений в различные сроки после проведенного лечения пульпита.

Для получения научных данных был проведен ретроспективный анализ 130 медицинских карт больных с различными формами пульпита, лечение которых проводилось на базе стоматологической поликлиники КубГМУ в 2002–2011 годах, и дана экспертно-аналитическая оценка результатов проведенного лечения. В группы наблюдения было включено 130 больных обоего пола в возрасте 22–59 лет с острыми и хроническими формами пульпита. Все методы обследования и лечения назначались исключительно на основании информированного добровольного согласия пациентов.

Для проведения сравнительного анализа больные пульпитом были распределены на 4 группы наблюдения в зависимости от вида проводимого лечения.

В первую основную группу (37 человек) были включены пациенты, у которых лечение пульпита проводилось методом витальной экстирпации. Дополнительно назначались индивидуализированные схемы восстановительного лечения, включающие физиотерапевтические факторы, гомеопатические препараты, цветочные эссенции Баха, кинезиологические упражнения [11]. После завершения этапа активного эндодонтического лечения пациентам данной группы дополнительно, с учетом наличия факторов риска развития осложнений, назначался хронологически организованный индивидуальный курс восстановительного лечения – через 1–2, 6, 9, 12, 18, 24, 36 месяцев.

Во вторую основную группу вошло 30 человек, у которых лечение пульпита проводилось методом девитальной экстирпации также с дополнительным назначением индивидуализированной схемы восстановительного лечения. По окончании этапа активного лечения им назначался хронологически организованный индивидуальный курс восстановительного лечения (по аналогии с первой основной группой).

В первую группу сравнения было включено 35 больных, у которых лечение пульпита проводилось по традиционной методике витальной экстирпации, в качестве которой нами использована схема лечения, изложенная в моделях медицинских услуг Краснодарского края [7].

Во вторую группу сравнения из 28 человек были включены больные, лечение пульпита у которых проводилось по традиционной методике девитальной экстирпации [7].

В ходе исследования были изучены частота и виды осложнений, возникавших в различные сроки после завершения активного лечения.

Все полученные данные были обработаны на персональном компьютере методами вариационной статистики по Стьюденту [8].

Результаты исследования и их обсуждение

Сведения о частоте осложнений, возникающих в различные сроки после завершения фазы активной терапии пульпита различными методами, представлены в таблице 1.

Исследование показало, что при проведении лечения методом витальной экстирпации первые случаи осложнений возникли у одного больного из

Таблица 1

Частота развития осложнений в различные сроки после лечения пульпита различными методами (абсолютные значения)

Сроки наблюдения	Количество случаев осложнений			
	Витальная экстирпация пульпы		Девитальная экстирпация пульпы	
	1-я основная группа, n=37	1-я группа сравнения, n=35	2-я основная группа, n=30	2-я группа сравнения, n=28
1 месяц				
2 месяца				1
3 месяца		1		1
4 месяца		1	1	
5 месяцев				
6 месяцев	1	1	1	1
7 месяцев		1	1	2
8 месяцев		1		
9 месяцев	1			
10 месяцев		1		
11 месяцев				
12 месяцев	1	3	1	3
15 месяцев				1
18 месяцев	1	1	1	1
21 месяц		1		1
24 месяца	1	1	1	2
36 месяцев	1	2	2	
Всего	6	14	8	13

1-й группы сравнения (2,8% при $p < 0,05$) через 3 месяца после завершения активной фазы лечения. В то же время у больных 1-й основной группы первый единичный случай осложнения (2,7% при $p < 0,05$) был выявлен только через 6 месяцев.

В последующие сроки наблюдения темпы развития осложнений в 1-й группе сравнения были почти в 3 раза выше, чем в 1-й основной группе. Так, если в 1-й основной группе они регистрировались эпизодически со значительными интервалами, то в 1-й группе сравнения они возникали регулярно, а в сроки наблюдения 12, 18 и 36 месяцев носили более интенсивный характер.

Анализ суммарного количества случаев осложнений также показал их более высокую частоту у больных 1-й группы сравнения (40,0% при $p < 0,05$), в то время как у больных 1-й основной группы она была в 2,4 раза ниже и составила 16,2% ($p < 0,05$).

При изучении сведений, полученных в группе больных пульпитом после проведения лечения девитальным методом, было установлено, что возникновение осложнений происходило в более ранние сроки наблюдения, чем в соответствующих группах больных, лечение которых проводилось витальным методом. Так, у больных 2-й основной группы первый случай (3,3% при $p < 0,05$) осложнений был выявлен через 4 месяца наблюдения, а во 2-й подгруппе сравнения – уже через 2 месяца.

В последующие сроки наблюдения показатели частоты и интенсивности осложнений преобладали у пациентов 2-й группы сравнения; при этом они встречались чаще, а в сроки наблюдения 7, 12, 24 и 36 месяцев – у большего количества больных.

В итоге суммарная интенсивность осложнений у больных 2-й группы сравнения, которая составила 46,4% ($p < 0,05$), была в 1,7 раза выше, чем у больных 2-й основной группы (26,7% при $p < 0,05$).

Также было установлено, что количество осложнений после лечения пульпита методом девитальной экстирпации было в среднем в 1,3 раза больше, чем у

пациентов, получивших лечение пульпита витальным методом.

Сведения о характере отдельных видов осложнений представлены в таблице 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что суммарная интенсивность отдельных видов осложнений имела существенные различия у пациентов 1-й основной группы и 1-й группы сравнения. Так, боли в области пролеченного зуба в 1-й основной группе встречались в 1,9 раза реже, чем в 1-й группе сравнения. В 1-й основной группе возникновение болевого синдрома наблюдалось только во второй половине первого года наблюдения и в течение второго года, тогда как в 1-й подгруппе сравнения они были выявлены как в течение первого года наблюдения, так и через 2 и 3 года.

Болезненность при перкуссии пролеченного зуба выявлялась в 3,2 раза чаще среди пациентов 1-й группы сравнения, у которых эти явления встречались уже после 3 месяцев наблюдения и далее в течение всех трёх лет, тогда как у пациентов 1-й основной группы они выявлялись эпизодически через 1 и 2 года наблюдения.

Нарушение краевого прилегания пломб и повреждение реставраций наблюдались также чаще у больных 1-й группы сравнения (в 1,6 раза). При этом у пациентов 1-й основной группы подобные осложнения были выявлены, начиная со второй половины первого года и до конца второго года наблюдения, а в 1-й группе сравнения – в течение трех лет.

Перелом корня пролеченного зуба наблюдался у одного пациента из 1-й группы сравнения через 18 месяцев после завершения лечения пульпита.

Рецессия десны, наоборот, была выявлена только у одного пациента из 1-й основной группы через 18 месяцев после проведенного лечения.

Появление воспалительных изменений в пародонте зубов установлено с сопоставимой частотой в течение первого года после завершения лечения пульпита как в 1-й основной, так и в 1-й группе сравнения.

Таблица 2

Распространённость отдельных видов осложнений во все сроки наблюдения после лечения пульпита различными методами, %

Виды осложнений	Частота выявления			
	Витальная экстирпация пульпы		Девитальная экстирпация пульпы	
	1-я основная группа, n=37	1-я группа сравнения, n=35	2-я основная группа, n=30	2-я группа сравнения, n=28
Боли в области пролеченного зуба	10,8	20,0	13,3	32,1
Болезненность при перкуссии	5,4	17,1	10,0	28,6
Нарушение краевого прилегания и повреждение реставрации	10,8	17,1	20,0	21,4
Перелом корня зуба	0	2,9	6,7	10,7
Рецессия десны в области пролеченного зуба	2,7	0	10,0	14,3
Воспалительные изменения пародонта	5,4	8,6	3,3	10,7
Изменения в периапикальных тканях	5,4	11,4	6,7	21,4

Изменения в периапикальных тканях у пациентов 1-й группы сравнения возникали в 2,1 раза чаще и наблюдались начиная с 10 месяцев наблюдения и даже через 21, 24 и 36 месяцев, в то время как у пациентов 1-й основной группы также осложнения отмечены лишь через 12 и 18 месяцев.

При лечении пульпита девитальным методом в обеих группах наблюдения была выявлена более высокая распространённость всех видов осложнений, которая в 1,3–2,7 раза превосходила уровень аналогичных показателей у пациентов после лечения пульпита методом витальной экстирпации. Так, боли в области пролеченного зуба наблюдались в 2,4 раза чаще у пациентов 2-й группы сравнения и встречались у них в течение всего периода наблюдения, тогда как у пациентов 2-й основной группы такие осложнения были выявлены преимущественно в течение второго и третьего годов наблюдения.

Болезненность при перкуссии у пациентов 2-й группы сравнения встречалась в 2,9 раза чаще и наблюдалась примерно с одинаковой частотой в течение всех трёх лет наблюдения, тогда как у больных 2-й основной группы эти симптомы были выявлены только в течение первого года наблюдения.

Нарушение краевого прилегания пломб и повреждение реставрации зарегистрированы в обеих группах с одинаковой частотой и в равнозначные периоды наблюдения.

Распространённость случаев переломов коронки зуба наблюдалась в 1,6 раза чаще у пациентов 2-й группы сравнения, но была выявлена в аналогичные периоды наблюдения также у пациентов 2-й основной группы.

Явления рецессии десны в области пролеченного зуба, установленные в течение второго года наблюдения, отмечены в 1,4 раза чаще у больных 2-й группы сравнения, в то время как у пациентов 2-й основной группы подобные изменения были выявлены на протяжении второго и третьего годов наблюдения. Такие проявления у части пациентов обусловлены развитием у них патологии пародонта, которая также чаще (в 3,2 раза) встречалась у больных 2-й группы сравнения. Однако если у пациентов 2-й основной группы был зарегистрирован единичный случай этой патологии через 4 месяца наблюдения, то у пациентов 2-й группы сравнения данная патология была выявлена через 5, 18 и 24 месяца.

Изменения в периапикальных тканях были выявлены у пациентов 2-й группы сравнения в 3,2 раза чаще и встречались в течение всего второго и третьего годов наблюдения, а во 2-й основной группе они были зарегистрированы в период 12 и 18 месяцев после завершения лечения. Приведенные данные свидетельст-

вуют о том, что девитальная экстирпация воспаленной пульпы гораздо чаще – в среднем в 3,3 раза – приводит к развитию таких серьезных осложнений, как изменения в периапикальных тканях, повреждение пародонта и перелом корня в ближайшие и отдаленные сроки после лечения.

Таким образом, дополнение эндодонтических мероприятий индивидуализированной схемой восстановительной терапии в период активного лечения пульпита, а также проведение реабилитационных мероприятий в рамках хронологически организованного наблюдения после его завершения способствуют уменьшению числа осложнений в ближайшие и отдаленные сроки почти в 2 раза. Описанный подход к curaции пациентов по окончании лечения воспалительной патологии пульпы изменяет также структуру осложнений в отдаленные сроки за счет существенной редукции развития периапикальной патологии, патологии пародонта и перелома корня зуба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедова Э. А., Расулов К. М. К вопросу о мониторинге осложнений лечения кариеса, пульпита и периодонтита // Новые технологии и техника в медицине, биологии и экологии. Выпуск 2. ДГТУ. – Махачкала, 2010. – С. 98–99.
2. Гиниятуллин И. И., Шайхутдинова А. И., Гилязев В. В. К вопросу о стоматологической реабилитации при кариесе зубов и его осложнениях // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань, 2011. – № 4. – С. 47–51.
3. Гутман Дж. Л., Думша Т. С., Ловдэл П. Э. Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 592 с.
4. Иванов В. С., Винниченко Ю. А., Иванова Е. В. Воспаление пульпы зуба. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 264 с.
5. Модели медицинских услуг Краснодарского края по специальности «Стоматология. Стоматология ортопедическая. Челюстно-лицевая хирургия» (поликлиника: лечение взрослых) / Под технической редакцией В. И. Калиниченко. – Краснодар: КМИВЦ, 2006. – С. 104.
6. Петрин А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика: Перевод с англ. В. П. Леонова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 168 с.
7. Рекомендации по эндодонтическому лечению. Общее положение // Эндодонтия today. – 2004. – № 1–2. – С. 9–15.
8. Höller E.-M. Homöopathie für Zahnärzte // Stomatologie: Herausgegeben von österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde. – 2005. – № 4. – P. 4–14.
9. Thile L., Hickel R., Folwaczny M. Der endodontische Misserfolg – von der definition zur strategie // Deutsche zahnärztliche zeitschrift. – 2003. – № 3. – P. 144–150.

Поступила 13.05.2013

С. Н. АЛЕКСЕЕНКО, Ф. С. АЮПОВА, А. Р. ВОСКАНЯН

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ОРТОДОНТОМ ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС, кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО

Кубанского государственного медицинского университета,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 268-09-02. E-mail: farida.sag@mail.ru