

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ

*Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО
Кубанского государственного медицинского университета*

Внедрение в практику новых препаратов для витального лечения пульпита расширяют современные представления о морфофункциональном состоянии пульпы в период воспаления [3]. Низкая эффективность известных лечебных комплексов обусловлена отсутствием препаратов, сочетающих в себе воздействие на воспалительный процесс в пульпе зуба и восстановление ее функциональной активности [5].

Используемые после витальной ампутации пульпы препараты должны обеспечивать гемостатический, обезболивающий и противомикробный эффекты, а также купировать воспаление в пульпе на первом этапе лечения. На втором этапе запускать процесс метаплазии корневой части пульпы в дентиноподобную ткань. Такой тип воздействия могут оказывать средства с прямым дентинстимулирующим, а также слабо (дозированно) раздражающим одонтобласты механизмом [4].

Цель исследования — сравнить клинические данные применения современных препаратов для лечения пульпитов методом витальной ампутации.

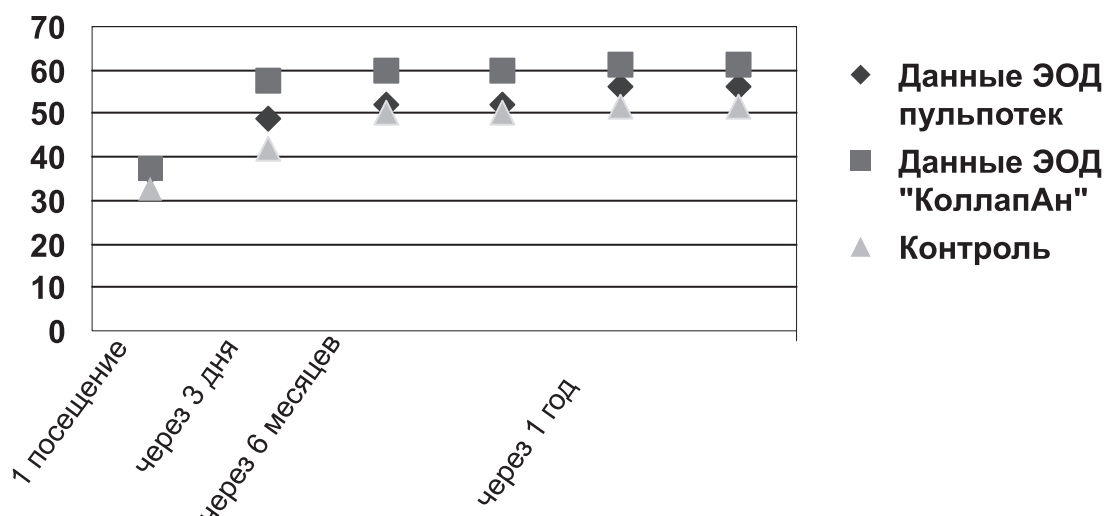
Материалы и методы

Исследовались лечебные препараты пульпотек (PD, Швейцария) и «КоллапАн-К» («Интермедапатит», Россия). Для контроля применялась цинк-оксид-эвгеноловая паста, воздействие которой на пульпу уже изучено [5, 6]. В настоящем исследовании клинические наблюдения проводили за 36 молярами 36 пациентов обоего пола в возрасте от 17 до 54 лет. 27 моляров с

различными видами пульпита, вылеченного методом витальной ампутации с использованием препарата «Пульпотек», 4 моляра с использованием геля «КоллапАн-К», 4 моляра с использованием цинк-оксидэвгеноловой пасты. Определены контрольные сроки наблюдения: день проведения витальной ампутации, через 3 дня, через 6 месяцев, через 1 год. Определены критерии для оценки состояния пульпопериодонтального комплекса. Общеклинический: перкуссия; инструментальные методы: рентгенологическое исследование и электроодонтодиагностика (ЭОД).

Результаты исследований

В динамические сроки прослежены изменения показателей ЭОД. До проведения лечения показатель ЭОД составлял в среднем 35,4 мкА. Во второе посещение показатель ЭОД снижался до уровня 48,8 мкА у препарата пульпотек, 57,4 мкА у препарата «КоллапАн» и 42,1 мкА у контрольного препарата — цинк-оксидэвгеноловой пасты. Через 3 дня ЭОД составляло 48,8 мкА — пульпотек, 57,4 мкА — «КоллапАн», 42,1 мкА — контроль. На контрольных осмотрах через 6 месяцев ЭОД в среднем составляло 52,2 мкА — пульпотек, 59,7 мкА — «КоллапАн», 50,1 мкА — контроль. Через 1 год регистрировался средний показатель ЭОД 56,1 мкА у пульпотек, 61,1 мкА у «КоллапАна», 51,8 мкА у контрольного препарата. При дальнейших исследованиях значение ЭОД фиксировалось в пределах этих величин на всем сроке наблюдения (рисунок). Эти данные



Кривая изменений значения электроодонтодиагностики в динамике

Сравнительная характеристика данных объективного обследования в динамике наблюдения после лечения пульпита методом витальной ампутации с использованием пульпотека, «КоллапАн» и контрольного препарата (в абсолютных цифрах и процентах)

Сроки наблюдения		1-е посещение		Через 3 дня		Через 6 месяцев		Через 1 год	
Признаки		Норма	Пат.	Норма	Пат.	Норма	Пат.	Норма	Пат.
Перкуссия (норма — перкуссия безболезненная, патология — перкуссия болезненная)	Пульпотек	27 (100%)	0	24 (88,8%)	3 (11,2%)	27 (100%)	0	26 (96,3%)	1 (3,7%)
	«КоллапАн»	4 (100%)	0	0	4 (100%)	3 (75%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)
	Контроль	4 (100%)	0	4 (100%)	0	4 (100%)	0	4 (100%)	0
Данные рентгенографии (норма — нет изменений в периодонте, патология — есть изменения в верхушечном периодонте)	Пульпотек	27 (100%)	0	27 (100%)	0	26 (96,3%)	1 (3,7%)	26 (96,3%)	1 (3,7%)
	«КоллапАн»	4 (100%)	0	4 (100%)	0	3 (75%)	1 (25%)	3 (75%)	1 (25%)
	Контроль	4 (100%)	0	4 (100%)	0	4 (100%)	0	4 (100%)	0

позволяют говорить о витальности корневой пульпы, способной выполнять свои функции.

Явления болезненной перкуссии сразу после проведения ампутационного лечения пульпита у исследуемых следует расценивать как ответную реакцию тканей пульпопериодонтального комплекса на травму и незначительное раздражение препаратом для покрытия культы пульпы. В день проведения лечения (1-е посещение) безболезненная перкуссия была у 27 пациентов (100%) при применении всех препаратов. На 3-й день болезненная перкуссия отмечалась у 3 пациентов (11,2%) (таблица) при применении препарата пульпотек, у 4 пациентов (100%) при применении «КоллапАн» и не отмечалась у контрольного препарата. В течение 6 месяцев у 27 пациентов (100%) с пульпотексом, 3 пациентов (75%) с препаратом «КоллапАн» и 4 пациентов (100%) с контрольным препаратом реакции со стороны периодонта не отмечалось. Через 1 год после проведения лечения 1 пациент (3,7%) обратился с жалобами на боли при накусывании на зуб, пролеченный препаратом пульпотек, 2 пациента (50%), пролеченных препаратом «КоллапАн».

Рентгенологическое исследование проводилось до лечения, патологических изменений не выявлено у 36 пациентов (100%). Данные, полученные на сроках 6 месяцев и 1 год: у 26 пациентов (96,3%) изменений в периапикальных тканях не выявлено. У 1 пациента (3,7%) изменения в рентгенологической картине выявлены после обращения с жалобами на болезненное накусывание на вылеченный зуб пос-

ле применения препарата пульпотек. Характерно, что этот пациент входил в 11,2% пациентов с явлениями болезненной перкуссии на 3-й день. Через 6 месяцев и 1 год после применения «КоллапАн» у 1 пациента (25%) наблюдались изменения в области верхушки корневого канала. Изменений в периапикальных тканях после применения контрольного препарата не выявлено.

Анализируя полученные данные, следует сделать следующие выводы. Все представленные препараты отвечают требованиям, предъявляемым к препаратам для покрытия культы пульпы, при проведении витальной ампутации. Степень выраженности гемостатического, обезболивающего и противомикробного эффекта неодинакова у представленных препаратов. Раздражающее воздействие на культу пульпы у исследуемых отличается от слабого до сильного.

Проведенный анализ осложнений в различные сроки показал, что результаты совпадают с данными ряда авторов, предлагавших различные лечебные комплексы для проведения витальной ампутации и отмечавших достаточную эффективность различных комплексов и положительные результаты в 80–94% [1, 2, 4, 5].

Поступила 24.04.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин А. С. Лечение пульпита методом витальной ампутации с применением лизоцима: Автореф. дис. к. м. н. М., 1988. 20 с.

2. Баженова Н. П. Клинико-морфологическая оценка витальной ампутации пульпы // Кубанский научный медицинский вестник. 2001. № 3 (57). С. 30–31.

3. Иванов В. С., Урбанович Л. И., Бережной В. П. Воспаление пульпы зуба. М.: Медицина, 1990. 208 с.

4. Мелехов С. В., Капирулина О. В. Лечение пульпитов многокорневых зубов ампутиационным методом с применением препарата Pulpotec // Стоматология сегодня. 2004. № 1. С. 29.

5. Севастьянова И. К. Витальные методы лечения пульпита временных зубов: Автореф. дис. к. м. н. Краснодар, 1999. 19 с.

6. Fotos P. G., Woolvert C. J., Mokas M. J., Mermigas M. E. Effect of eugenol on prostaglandin E levels polymorphonuclear cell and serum // Ann. Dent. 1988. Vol. 47. P. 19–22.

V. V. TAIROV, A. A. EVGLEVSKY,
S. V. MELEKHOV

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF MODERN PREPARATIONS FOR TREATMENT OF THE PULPITIS BY VITAL PULP AMPUTATION

The comparative characteristic of preparations for carrying out vital amputations has shown high efficiency of treatment of patients by a method vital amputations a pulp of a tooth. Preparations for a direct covering, possess various force of influence on a pulp.

С. К. ШАФРАНОВА, Т. В. ГАЙВОРОНСКАЯ

КОРРЕКЦИЯ ПРО-/АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО КГМУ,
г. Краснодар*

Актуальной задачей современной хирургической стоматологии остаются профилактика и лечение гнойной инфекции, что обусловлено высоким процентом острых воспалительных процессов в общей структуре стоматологических заболеваний [2, 5].

Развитие гнойных процессов сопровождается интенсификацией процессов свободнорадикального окисления (СРО) и напряжением антиоксидантной системы [1]. Генерируемые в условиях окислительного стресса (ОС) активные формы кислорода (АФК) оказывают повреждающее действие на все биологические структуры [9, 10]. Индукция свободнорадикальных реакций сопровождается усилением образования продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и других маркеров, отражающих сдвиг про- и антиоксидантного баланса организма. Значительные повреждения клеток АФК при процессах ПОЛ возможно предупредить, используя препараты антиоксидантного и антигипоксанта типа действия. Однако имеется лишь небольшое количество исследований, отражающих состояние системы про-/антиоксидантов у больных флегмонами челюстно-лицевой области (ЧЛО) [3, 4], и практически отсутствуют сведения об использовании антиоксиданта рексод при общем и местном применении и антигипоксанта мафусол в комплексной терапии флегмон ЧЛО.

Цель исследования — изучить состояние системы про-/антиоксидантов крови при комплексном лечении больных одонтогенными флегмонами ЧЛО препаратами супероксиддисмутазы (СОД) — рексод, мазь содерм и антигипоксантом мафусол.

Материалы и методы

Объектом исследования послужили 20 больных с флегмонами ЧЛО в возрасте от 18 до 50 лет и 10 добровольцев, сопоставимых по возрасту и полу, составивших контрольную группу. В группу сравнения вошли

10 больных, которым проводилось базисное лечение. Основную группу составили 10 больных, при лечении которых использовалась базисная терапия с включением антиоксиданта рексод (препарат вводили до оперативного вмешательства и на следующие сутки после операции по 16 мг внутривенно капельно, затем, в последующие 3 суток, — по 8 мг) и антигипоксанта мафусол (препарат вводили до оперативного вмешательства и в течение последующих 4 суток по 400 мл внутривенно капельно — через 2 часа после введения рексода). Местное лечение гнойной раны включало: в первой фазе раневого процесса — у всех групп больных ежедневную санацию гнойной раны 0,06%-ным раствором натрия гипохлорита; во второй фазе — у больных основной группы накладывались повязки с мазью содерм, а у больных группы сравнения — с метилурациловой мазью. После купирования экссудативных явлений и появления молодых грануляций края раны сближались и накладывались ранние вторичные швы у всех групп больных. В третьей фазе на рубцовую ткань наносили гель контратубекс. В обе клинические группы вошли пациенты без соматической патологии, в компенсированном клиническом состоянии, со среднетяжелым течением гнойно-воспалительного процесса в ЧЛО одонтогенного происхождения, локализующегося в 3–4 клетчаточных пространствах, сопоставимых по анатомо-топографической локализации гнойных очагов, характеру, объему и тяжести заболевания. Базисное лечение включало в себя радикальное вскрытие и адекватное дренирование интересующих клетчаточных пространств под общим обезболиванием, удаление причинного зуба, проведение антибактериальной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей терапии, а также местное противовоспалительное лечение гнойной раны.

Состояние системы про-/антиоксиданты в крови и плазме оценивали по количеству веществ, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-реактивные