

Применяемое в нашей работе устройство для удаления экссудата из зуба при лечении сочетанных эндодонтически – пародонтальных патологий, представляет собой эластичную каппу, выполненную на весь зубной ряд, к которой закреплен полый эластичный баллончик, для создания перманентного вакуума, имеющая впускной и выпускной клапаны на основаниях, к впускному клапану подведена эластичная трубка – отсос, второй конец которой вводят в корневой канал зуба, причём на горизонтальном изгибе трубки – отсоса с её нижней стороны выполнен заодно с трубкой резервуар для сбора экссудата.

Лечение осуществлялось следующим образом: после трепанации, экстирпации остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм) канал, как обычно, промывают, очищают, а затем высушивают, на сколько это возможно. Затем пациенту одевают, на 40 – 60 минут, ранее изготовленную каппу с эластичным баллоном, так, что бы конец дренажной трубки плотно входил в подготовленный канал. После этого производят нажатие на эластичный баллончик. При нажатии на баллончик, из него выходит воздух через выпускной клапан (который действует аналогично ниппелю), в связи с этим внутри него создаётся отрицательное давление. Воздух в баллончик будет поступать через впускной клапан, откачивая экссудат из зуба по дренажной эластичной трубке. Количество посещений 3 – 5 с интервалом в 1 сутки. В ткани пародонта препарат виферон вводится с помощью этого же устройства, путём размещения его в капке, непосредственно перед введением. После лечения канал пломбируется по общепринятой методике, предпочтительно с применением гутаперчевых штифтов и метода латеральной конденсации.

Результаты исследования: При лечении сочетанных эндодонтически – пародонтальных патологий применение предложенного устройства с препаратом виферон было апробировано у 200 пациентов, 100 больных составили контрольную группу, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000.

У 52% пациентов контрольной группы, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000, в течении 4-5 дней ощущалась боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с заболеваниями пародонта средней и тяжелой степени – и дольше.

Пациенты, которым лечение осуществляли с помощью предложенного устройства, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. У 4 пациентов неудобства возникали лишь при приёме твёрдой пищи, в течение первых 2-3 дней.

При контрольном осмотре через 12 месяцев после пломбирования каналов у 5 (10%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. У 8 (16%) больных на контрольных рентгеновских снимках отмечено увеличение ширины периодонтальной щели, и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы, при контрольном осмотре через 1 год, после лечения с применением предложенного способа, клиническая картина была

более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

Применение предложенного устройства и препарата виферон позволяет: за короткие сроки (3 - 5 дней) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития периодонтита и пародонтита; получить стойкий лечебный эффект. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, устройство для удаления экссудата из зуба с применением перманентного вакуума удобно для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. При применении предложенного устройства экссудат эффективно удаляется не только из канала и многочисленных его разветвлений, но и из тканей периодонта. Полученные данные позволяют рекомендовать предложенное устройство, как в техническом исполнении, так и по времени его воздействия.

Нами установлено, что комплексное лечение сочетанных эндодонтически – пародонтальных патологий, с применением перманентного вакуума и препарата виферон, с помощью предложенного устройства, является принципиально новым, патогенетически обоснованным подходом к лечению данной патологии, демонстрирует выраженный терапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ

Маланьин И.В.

*Кафедра пропедевтики и профилактики
стоматологических заболеваний,
Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Функция зуба зависит от состояния пародонта: десны, цемента, периодонтальной связки и альвеолярной кости. Заболевания тканей пародонта обычно являются следствием или непосредственным распространением инфекции из корневого канала или прогрессированием воспаления десны в направлении верхушки корня и могут поражать цемент, периодонтальную связку и альвеолярную кость.

Установлено, что латеральные (дополнительные) каналы являются нормальным анатомическим образованием многих зубов, особенно в апикальной трети корня и в области разделения корней моляров. Поэтому в периодонтальной связке в местах выходов латеральных каналов развивается такая же воспалительная реакция, как и в области верхушки корня. Апикальная область при этом может поражаться или оставаться невовлеченной. Воспаление в области верхушки и местах выхода латеральных каналов может также распространяться вдоль латеральных поверхностей корня к верхушке альвеолярного отростка и в конечном счете поражать область разделения корней,

связочный аппарат или все вместе (Иванов В.С., 1998; Bork K., 1984; Domingues R.V., 1993).

Влияние заболевания пародонта на пульпу и апикальный периодонт на сегодняшний день не достаточно изучено. Воспаление пародонта может оказывать прямое влияние на пульпу через латеральные каналы и дентинные каналы. При удалении зубов с патологией пародонта без кариеса и пломб Seltzer (1994) выявил, что 37% из них имели воспаление пульпы различной интенсивности, ее некроз или и то и другое. Bork K., Domingues R.V., (1993) также установили прямое распространение воспаления пародонта на пульпу через латеральные каналы. Однако они не смогли показать, что причиной тотального некроза пульпы может быть распространение воспаления по латеральным каналам. Некоторые авторы утверждают, что если основной канал поврежден незначительно, то пульпа может сохранять жизнеспособность.

Mittermayer C., Sandritter W., (1992) показали, что лечение пародонта может увеличивать воспалительное влияние на пульпу и ткани апикального периодонта. При наружной обработке корней моляров в ходе кюретажа и введении в каналы красителей некоторые авторы установили, что 59% моляров имеют открытые дентинные каналы. Открытые каналы в коронковой и средней частях имели 55% верхних моляров и 63% - нижних моляров. В необработанных корнях их значительно меньше. Другие исследователи выявили подобные изменения пульпы при сглаживании цемента на мезиальной поверхности корня первого верхнечелюстного моляра у крыс. Через различные промежутки времени в течение 1 года крыс выводили из эксперимента. У 32 из 35 животных происходило формирование репаративного или вторичного дентина.

С другой стороны, исследователи утверждают, что патологические изменения пульпы и апикального периодонта встречаются одинаково часто как при явлениях пародонтита, так и при их отсутствии. У одного и того же пациента не выявлено различий в состоянии пульпы в зависимости от выраженности патологии пародонта. По существу, исследователи пришли к выводу, что заболевания пародонта не влияют на пульпу.

Воспаление пульпы не является непосредственным результатом воспаления тканей пародонта. При исследованиях влияния повреждений десен на состояние пульпы у крыс выявлено, что в пульпе напротив места повреждения образуется вторичный дентин. Это обусловлено раздражением отростков одонтобластов. Образованию иррегулярного дентина может способствовать резорбция цемента при воспалении пародонта (Feldman R. и др., 1983; Nell A. и др., 1995). Эти данные подтверждены другими исследователями (Jalonpoika J. и др., 1989; Melloning J.T., 1992). Первым следствием влияния пародонтита на пульпу может быть ее дегенерация. При некоторой резорбции дентина выявлено формирование иррегулярного или репаративного дентина. Было показано, что при нарушении кровоснабжения пульпы усиливаются дистрофическая кальцификация, фиброз, резорбция коллагена и воспаление. Исследования показали, что

влияние патологии пародонта на пульпу проявляется позже и реже, чем влияние пульпы на пародонт.

Исходя из вышесказанного, очевидно, что на сегодняшний день мнения ученых о влиянии заболевания пародонта на пульпу зуба и ткани апикального периодонта противоречивы, что и определило цель и задачи настоящего исследования.

Целью данной работы явилось выявление закономерности влияния заболеваний пародонта на прогноз лечения эндодонтических патологий.

Задача исследования: На основании выявленной закономерности влияния заболеваний пародонта на прогноз лечения эндодонтических патологий определить патогенетическое лечение сочетанной патологии пародонта и апикального периодонта.

Материалы и методы: Нами проведено обследование и лечение 300 больных (179 мужчин и 121 женщин в возрасте от 25 до 55 лет) апикальным периодонтитом и пульпитом, протекающих на фоне хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести. Данным пациентам проводили сочетанное эндодонтическое и пародонтологическое лечение. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным заболеванием, получавших лечение пульпита и апикального периодонтита по традиционной методике без лечения заболеваний пародонта (100 больных).

В основной группе всем больным до начала лечения были даны рекомендации по специальной гигиене полости рта. После предварительной антисептической обработки осуществляли снятие над- и поддесневых отложений пьезоэлектрическим склером (P-5 BOOSTER SUPRASSON) и предложенным нами устройством для снятия зубных отложений: патент на изобретение № 2187280. «Устройство для удаления зубных отложений» (Бондаренко А.Н., Маланьин И.В., Бондаренко Н.А., Рисованный С.И., 2003г.). По показаниям проводили кюретаж. Затем в течение 15 – 25 минут в индивидуально изготовленной капле в слизистую десен на очаг поражения вводили различные препараты: Виферон, Метрогил Дента, Гепарин и масло "Озонид". Курс лечения составлял 5 - 9 процедур через в зависимости от степени тяжести – по одной процедуре через день: патент на изобретение № 2143258 от 27.07.98 г. «Способ лечения пародонтита» (Маланьин И.В., Нестерова И.В., Рисованный С.И., Рисованная О.Н., 1998г.), свидетельство на полезную модель № 10342 «Приспособление для введения медикаментов в ткани пародонта» (Маланьин И.В., Рисованный С.И., Рисованная О.Н., 1998г.). Так же применялось предложенное нами устройство для вакуум-электрофореза десен: патент на изобретение №2185204. «Устройство для вакуум-электрофореза десен» (Бондаренко А.Н., Маланьин И.В., Рисованный С.И., 2002г.).

Эндодонтическое лечение исследуемых зубов осуществляли следующим образом: после трепанации, экстирпации пульпы или остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм) канал, как обычно, промывали, очищали, а затем высушивали. Затем с помощью каналонаполнителя вводили в корневой канал смесь: Цефазолин натрия, Виферон и

Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1. При введении лекарственной смеси в корневой канал её незначительно выводили за апикальное отверстие. Препараты оставляли в канале на 10 – 15 дней. При необходимости через две недели после промывания каналов повторяли введение препаратов. После этого канал пломбировали с применением гутаперчевых штифтов и комбинирования методов латеральной и вертикальной конденсации: патент на изобретение №2216303 «Способ лечения периодонтита» (Маланьин И.В., Голуб Ю.Н. 2003г.).

В контрольной группе пациенты получали только эндодонтическое лечение, без лечения заболеваний пародонта.

Оценка клинической эффективности проводимой терапии основывалась на сопоставлении субъективных данных, полученных в результате опроса пациентов, результатах объективного исследования, показателях лазерной доплеровской флуометрии, проведенных до и после лечения.

Состояние микроциркуляции сосудов в области исследуемых зубов определялось методом лазерной доплеровской флуометрии с помощью аппарата ЛАКК – 01. Для повышения качества диагностики применялось устройство удержания торца световода лазерного анализатора кровотока в области лица и полости рта: патент на изобретение № 2161016 «Устройство для удержания торца световода лазера в области лица и полости рта» (Рисованный С.И., Маланьин И.В., Рисованная О.Н., 1999г.).

Статистическая обработка полученных материалов и их графическое изображение были произведены на компьютере Pentium IV. Данные проведенных исследований обрабатывали методом вариационной статистики с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей (Р), средних величин (М), их ошибок ($\pm m$), достоверности различий с помощью критерия Стьюдента (р) (Каминский Л.С., 1964).

Различие результатов оценивалось как статистически достоверное лишь в тех случаях, когда показатель р был $< 0,05$, то есть ошибка репрезентативности составляла не более 5%. В остальных случаях различие сопоставляемых результатов расценивалось как статистически недостоверное.

Результаты исследования: У пациентов основной группы при контрольном осмотре через 12 месяцев, после комбинированного эндодонтического и пародонтологического лечения клиническая картина была благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

У 65% пациентов контрольной группы, получавших эндодонтическое моно лечение, в течении 5-6 дней ощущалась боль при накусывании в области лечённого зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с заболеваниями пародонта средней степени – и дольше.

Пациенты, которым проводили комбинированное эндодонтическое и пародонтологическое лечение, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. Лишь у 5 (1,67%) пациентов в течение первых 2-

3 дней неудобства возникали при приёме твёрдой пищи.

При контрольном осмотре через 1 год после пломбирования каналов у 9 (9%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. На контрольных рентгеновских снимках у 23 (23%) больных отмечено увеличение ширины периодонтальной щели и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

Анализируя результаты исследования можно сделать вывод, что имеется чёткая закономерность влияния заболеваний пародонта на пульпу и апикальный периодонт через дентинные каналы, латеральные каналы или посредством обоих, а так же через поверхность зуба.

Учитывая это, при диагностике пародонтита должны проводиться эндодонтические тесты. Если зуб не реагирует на лечение пародонта, то причиной этого может быть некроз пульпы. При вторичном вовлечении пульпы она, в свою очередь, может влиять на первичное поражение пародонта. Это поражение становится похожим на первичное эндодонтическое поражение, которое вторично развилось на фоне заболевания пародонта. Разница заключается только в последовательности развития патологических изменений.

Выявленная закономерность влияния заболеваний пародонта на пульпу и апикальный периодонт является основанием патогенетического подхода к лечению данной патологии.

На основании выявленной закономерности можно рекомендовать следующее: если в ходе диагностического исследования при зондировании или рентгенографии выявляются некроз пульпы и зубной налет или камень, или и то и другое, то в таком случае необходимо как эндодонтическое, так и пародонтологическое лечение. Если эндодонтическое лечение адекватно, то прогноз зависит от тяжести поражения пародонта и эффективности пародонтологического лечения. При выполнении только эндодонтического лечения можно ожидать лишь частичного восстановления дефекта.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Маланьин И.В., Ю-Со-Син М.А.

*Кафедра пропедевтики и профилактики
стоматологических заболеваний,*

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Вопросам этиологии и изучению патогенетических механизмов воспалительных заболеваний пародонта посвящено значительное число исследований теоретического и клинического плана, благодаря которым были сформулированы основные положения современной пародонтологии.

По данным доклада научной группы ВОЗ (1990), основанного на обследовании населения 53 стран, в мире имеет место очень высокий уровень распростра-