

УДК 616.311.2-002-055.23:618.172

Клінічна ефективність лікування гострого глибокого карієсу у пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом з використанням матеріалу Biodentine

*Анісімов М.В., Анісімова Л.В., к.мед.н.,
Дєньга О.В., д.мед.н., проф.
Інститут стоматології Національної
академії медичних наук України, Одеса
Anisimov M.V., Anisimova L.V., PhD,
Denga O.V., DMD, Prof.
Institute of Dentistry National Academy of
Medical Sciences of Ukraine, Odesa*

Запропонований алгоритм лікування гострого глибокого карієсу у пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом з використанням матеріалу Biodentine («Septodont»). Проводили клінічні спостереження 40 пацієнтів, лікували по 30 молярів нижньої щелепи в кожній групі. Клініко-рентгенологічні та спектроколориметричні спостереження підтвердили переваги обраного методу лікування в цього контингенту стоматологічних пацієнтів.

Вступ

Проведені раніше дослідження показали, що 22,5% стоматологічних пацієнтів мають обтяжений алергоанамнез [1]. Водночас у пацієнтів з алергічними захворюваннями відзначається висока інтенсивність карієсу і низький рівень неспецифічної резистентності [2, 3]. Пацієнти з медикаментозною алергією становлять основну групу ризику при використанні місцевих анестетиків, у багатьох з них спостерігається непереносність латексного кофердаму [2, 4]. Це ускладнює завдання стоматолога при лікуванні карієсу у такого контингенту пацієнтів. Метою дослідження є визначення та оцінка клінічної ефективності запропонованого алгоритму лікування гострого глибокого карієсу у пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом з використанням матеріалу Biodentine («Septodont»).

Матеріал і методи

Для оцінки порівняльної ефективності лікування карієсу у пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом сформуливали дві групи: основну, 21 пацієнт, та групу

порівняння, 19 пацієнтів. У кожній групі лікували по 30 молярів нижньої щелепи.

Лікування проводив один лікар. У групі порівняння лікування карієсу виконували оперативно-відновним методом, відповідно до протоколу. Як лікувальну прокладку використали матеріали Calcimol LC («VOCO»), ізолюючу прокладку – склоіономерний цемент Vitrebond («3M»), відновлення коронки зуба проводили з використанням композиту Grandio («VOCO») та адгезивної системи Futurabond NR («VOCO»).

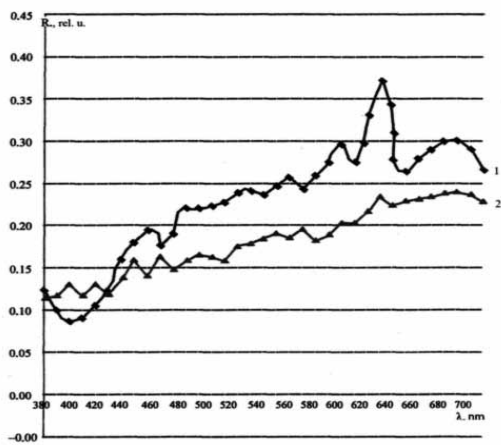
Лікування гострого глибокого карієсу в основній групі було двоетапним. Під час першого відвідування пацієнтові (без знеболення) препарували каріозну порожнину відповідно до принципу профілактичного пломбування. Після зрошення дистильованою водою і висушування ватним тампоном у порожнину вносили Biodentine («Septodont») не менше, ніж на 48 годин. Під час другого відвідування верхній шар Biodentine усували (2-3 мм) і зуб остаточно реставрували композитом Grandio («VOCO»), розташовані поряд фісури і сліпі ямки заповнювали гермети-

ком Fissurit («VOCO»). Ускладнення та дефекти пломб визначали на підставі скарг пацієнтів, інструментального огляду і контактної рентгенограми зуба.

Для оцінки зміни ступеня мінералізації твердих тканин зуба при лікуванні гострого глибокого карієсу із застосуванням Biodentine використали спектроколориметричний метод Дєньги О.В. [5]. Усі оптичні та колірні параметри фіксували в координатах кольору у вигляді спектрального розподілу коефіцієнтів відображення світла твердими тканинами зуба.

Результати та їх обговорення

Під час стоматологічного лікування пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом у своїй практиці ми неодноразово спостерігали випадки непереносності латексних кофердамів, розчину гіпохлориту натрію, тимолу, фармокрезолу та інших препаратів. Найбільше незадовільних результатів виявляли при лікуванні карієсу без знеболення [6], тому такі випадки потребують удосконалення загальноприйнятих алгоритмів лікування.



Мал. 1. Спектральний розподіл коефіцієнта відображення світла зубом 46 (крива 1 — до лікування, крива 2 — через 1 рік після лікування)



Мал. 2. Гострий глибокий карієс зуба 46



Мал. 3. Зуб 46 запломбований Biodentine



Мал. 5. Рентгенограма зуба 46 через 8 місяців: видно «дентинний місток» на дні відновленої порожнини зуба



Мал. 5. Усунули верхній шар Biodentine



Мал. 6. Вигляд зуба 46 після лікування

При лікуванні карієсу у пацієнтів з медикаментозною алергією запропонували алгоритм, що передбачає два відвідування з профілактичним пломбуванням фісур, під час якого проводиться щадне препарування твердих

тканин зуба в межах очевидно змінених тканин емалі і дентину з подальшою герметизацією фісур і сліпих ямок. Цей момент для нас особливо важливий, оскільки багато пацієнтів з алергією мають протипоказання до

використання місцевих анестетиків, а застосування загального знеболення не завжди клінічно виправдане.

Для заміщення дентину ми використали гіпоалергенний і високотехнологічний матеріал Biodentine («Septodont»).

Такий вибір ґрунтувався на властивостях матеріалу, що містить мінеральні інгредієнти без мономерів. Враховуючи інформацію фірми-виробника, Biodentine можна наносити безпосередньо на зуб без попереднього усунення з поверхні кальцифікованих тканин, його використання забезпечує оптимальні умови для збереження вітальності пульпи завдяки щільному запечатуванню поверхні дентину.

Оцінку клінічної ефективності проводили протягом року. Клініко-рентгенологічні спостереження підтвердили переваги вибраного методу лікування у зазначеного контингенту стоматологічних пацієнтів. В основній групі не зареєстрували жодного випадку неефективного лікування карієсу.

У групі порівняння вторинний карієс спостерігали у трьох випадках, як і порушення крайового прилягання пломби, випадання пломби – в одному випадку. Пульпіту та періодонтиту не спостерігали.

Початковий стан мінералізації твердих тканин зубів становив $(10 \pm 1) \times 10^{-4} \text{ grad R, nm}^{-1}$. Аналіз спектрального розподілу коефіцієнта відображення

світла у досліджуваних зубах показав, що мінералізація твердих тканин значно зросла і через 12 місяців становила $(3,8 \pm 2) \times 10^{-4} \text{ grad R, nm}^{-1}$. Коефіцієнт градієнта відображення світла при довжині хвилі $(\text{grad R} = \frac{\Delta R}{\Delta \lambda})$ у ділянці 450-580 нм зменшився в 2,6 рази (мал. 1).

Випуска з історії хвороби

Пацієнтка Н., 28 років, звернулася із скаргами на швидкоминучий біль внаслідок дії хімічних і термічних подразників. Зуб турбує більше місяця.

В анамнезі наявний анафілактичний шок у кабінеті стоматолога близько 5 років тому з вираженою другою стадією. Провели лабораторну діагностику: ІФА спец. – Артикаїн 2,16 МЕ/мл, Мепівакаїн – 3,23 МЕ/мл, Лідокаїн – 1,16 МЕ/мл. Використання місцевих анестетиків протипоказане.

Об'єктивно: на жувальній поверхні зуба 46 наявна каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину з вузьким вхідним отвором з малощільного слабкопігментованого дентину. Реакція на холододовий подразник швидкоминуча, зондування та перкусія безболісні. ЕОД: 5,8 мкА (апарат PULPEST). Діагноз: Гострий глибокий карієс зуба 46.

Лікування: без анестезії провели щадне препарування каріозної порожнини (мал. 2). Порожнину промоли дистильованою водою, висушили ватним тампоном та внесли Biodentine (мал. 3). На повторне відвідування пацієнтка з'явилася тільки через вісім місяців. Скарг не було. На контрольній рентгенограмі виразно видно «дентинний місток» на дні відновленої порожнини (мал. 4). Далі – видалений верхній шар «штучного дентину» в межах товщини емалі (мал. 5) і остаточно реставрація коронки зуба 46 композитом Grandio («VOCO») (мал. 6).

Висновки

Клініко-рентгенологічні та спектроколориметричні спостереження підтвердили переваги обраного методу лікування у певного контингенту стоматологічних пацієнтів. Упродовж року не спостерігали жодного випадку неефективного лікування, а мінералізація твердих тканин зуба значно збільшилася: з $(10 \pm 1) \times 10^{-4} \text{ grad R, nm}^{-1}$ до $(3,8 \pm 2) \times 10^{-4} \text{ grad R, nm}^{-1}$ для коефіцієнта градієнта відображення світла при довжині хвилі $(\text{grad R} = \frac{\Delta R}{\Delta \lambda})$ в ділянці 450-580 нм.

Список використаної літератури

1. Анісімов М.В. Розповсюдженість алергічних реакцій при використанні місцевих анестетиків / М.В. Анісімов, Л.В. Анісімова // Матер. конф. «Наукові та практичні аспекти індивідуальної та професійної гігієни порожнини рота у дітей та дорослих». — Одеса, 2009. — С. 9–10.
2. Адмакин О.И. Состояние полости рта у детей и подростков с аллергической патологией / О.И. Адмакин, Н.А. Генне, Ад. А. Мамедов, Д.А. Байсангурова // Dental forum. — 2005. — № 4. — С. 30–35.
3. Ахмерова А.Ф. Особенности клинического течения и профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей с аллергиями: дис. канд. / А.Ф. Ахмерова. — Казань, 2001. — 133 с.
4. Вебер В.Р. Местная анестезия у стоматологических пациентов с сопутствующей патологией: учебное пособие / В.Р. Вебер, Б.Т. Мороз. — СПб.: Человек, 2004. — 80 с.
5. Деньга О.В. Адаптогенні профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.В. Деньга. — К., 2001. — 32 с.
6. Анісімов М.В. Ефективність лікування кариеса и пульпита у пациентов с отягощенным аллергоанамнезом в зависимости от метода обезболивания / М.В. Анісімов // Вісник стоматології. — 2011. — № 4.