

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ В ДИНАМИКЕ

Проф. О. В. Любченко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведена клиническая оценка результатов лечения различных форм верхушечного периодонтита при использовании для пломбирования корневого канала отечественного композиционного материала цитофил F (La Tus). Эффективность лечения оценивали по клиническим и рентгенологическим критериям в различные сроки наблюдения (непосредственно после лечения, через год, 2 и 4 года после лечения). Проведен сравнительный анализ полученных результатов с применением зарубежного аналога Endo Rez (Ultradent). Определена возможность создания трехмерной, герметичной, стабильной во времени корневой реставрации при лечении верхушечного периодонтита с высоким уровнем успеха лечения (87,5 %).

Ключевые слова: корневой канал, пломбирование, периодонтит.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ У ДИНАМІЦІ

Проф. О. В. Любченко

Проведено клінічну оцінку результатів лікування різних форм верхівкового періодонтиту в разі використання для пломбування корневих каналів вітчизняного композиційного матеріалу цитофил F (La Tus). Ефективність лікування оцінювали за клінічними та рентгенологічними критеріями в різні терміни спостереження (безпосередньо після лікування, через рік, 2 та 4 роки після лікування). Проведено порівняльний аналіз отриманих результатів із використанням закордонного аналога Endo Rez (Ultradent). Визначено можливість створення тривимірної, герметичної, стабільної в часі кореневої реставрації під час лікування верхівкового періодонтиту з високим рівнем успіху лікування (87,5 %).

Ключові слова: корневий канал, пломбування, періодонтит.

CLINICAL EVALUATION OF TREATMENT FOR CHRONIC APICAL PERIODONTITIS USING COMPOSITE MATERIALS IN DYNAMICS

O. V. Lubchenko

Clinical evaluation of the results of treatment for different forms of apical periodontitis using domestic composite Tsitofil F (La Tus) for root canal filling has been made. The effectiveness of the treatment has been assessed by clinical and radiological criteria in different periods of observation (immediately after the treatment, after 1, 2 and 4 years after treatment). The comparative analysis of the results with the use of foreign analogue Endo Rez (Ultradent) has been made. The possibility of creating a three-dimensional, sealed, stable in time root restoration in the treatment for apical periodontitis has been predetermined with high rate of successful treatment (87,5 %).

Keywords: root canal, filling, periodontitis.

Количество пациентов с верхушечным периодонтитом остается высоким. Деструктивные процессы в периодонте чаще всего развиваются при безуспешном проведении первичного эндодонтического лечения или несвоевременном лечении кариеса. Затрудненность прогнозирования результата эндодонтического лечения связана с анатомической сложностью системы корневых каналов, трудоемкостью современных технологий, непредсказуемостью индивидуальных особенностей организма [4, 5].

Длительно существующие периапикальные очаги, как правило, поддерживаются поступающей из системы корневого канала

микрофлорой, поэтому лечение периодонтита направлено на максимальную стерилизацию системы корневого канала и создание герметичной трехмерной, стабильной во времени корневой реставрации.

В современной эндодонтии происходит постоянный поиск новых эффективных материалов для пломбирования корневых каналов. Последней совместной разработкой компании «La Tus» (г. Харьков) и кафедры стоматологии и терапевтической стоматологии ХМАПО стал Материал пломбировочный эндодонтический цитофил F [1, 2, 3]. Цитофил F представляет собой текучий композит двойного отверждения.

Цель исследования — оценить клиническую эффективность применения нового композиционного материала цитофил F при лечении хронического верхушечного периодонтита и сравнить с результатами применения зарубежного аналога Endo Rez (Ultradent, США) в динамике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем исследовании мы отбирали пациентов с бессимптомным течением воспалительного процесса, или с незначительными признаками воспаления без гноетечения. Всего на лечение было взято 52 пациента различного пола и возраста с хроническими формами верхушечного периодонтита. Все пациенты были разделены на две подгруппы — основную, для лечения которой использовали разработанный нами материал цитофил F, и группу сравнения, где использован импортный аналог — Endo Rez (США). Основную группу составили 32 человека. В группу сравнения вошли 20 человек. Возраст пациентов — от 18 до 60 лет.

Обследование пациентов для постановки диагноза проводили путем сбора анамнеза, осмотра, проводили клинические методы (перкуссия, пальпация), также проводили диагностическую рентгенографию. Из анамнеза выяснили, что у половины всех пациентов ранее уже было проведено эндодонтическое лечение причинных зубов.

Мы проводили лечение хронического периодонтита в одно посещение. При этом препаратов кариозной полости и раскрытие полости зуба осуществляют, орошая ее 5 % гипохлоритом натрия. Препаровку корневых каналов проводили с применением тримгеля и тримлата («La Tus», г. Харьков) системой Endo-Express® Safe-Siders (США). Ирригацию осуществляли 5 % гипохлоритом натрия с активацией ультразвуком в конце обработки в течение 20 с. Ирригацию гипохлоритом натрия с активацией повторяли трижды. Корневые каналы основной группы пломбировали цитофилом F («La Tus», г. Харьков), а в группе сравнения — Endo Rez (Ultradent) методом центрального штифта. Коронковую реставрацию проводили лателюксом («La Tus», г. Харьков).

Как клинические критерии качества удовлетворительного эндодонтического лечения использовали характер жалоб пациента, боль при перкуссии, восстановление функции зуба.

Рентгенологически оценивали состояние корневой реставрации и большое внимание уделяли индексу СДВП (степени выраженности деструкции верхушечного периодонтита) [6]. При определении индекса СДВП, учитывая возможность искажения радиовизиограмм, в сомнительных случаях предпочтение отдавали более высокому баллу.

Результативность лечения оценивали непосредственно после лечения, через год, 2 и 4 года после лечения. Клинически обращали внимание на отсутствие признаков обострения воспалительного процесса, характер реакции на перкуссию и пальпацию, сохранение функции зуба. Рентгенологически оценивали наличие процессов регенерации в периапикальных тканях при деструктивных формах периодонтита, сохранение объемной obturации корневого канала в его пределах, уменьшение значения индекса СДВП.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клинических критериев лечения хронического верхушечного периодонтита показал, что непосредственно после лечения в течение первых трех суток жалобы на незначительную боль при накусывании в основной группе предъявляли 31,3 ± 6,0 % пациентов (10 человек), а болезненность при перкуссии определялась у 15,6 ± 6,0 % пациентов (5 человек). У остальных пациентов жалоб и болезненности при перкуссии не выявлено. В течение недели все признаки воспаления у этих пациентов были купированы без назначения дополнительной терапии.

Через год наблюдалось дальнейшее улучшение клинических критериев лечения верхушечного периодонтита в основной группе. Жалобы на незначительные периодические боли при накусывании отмечались у 5 (15,6 ± 6,0 %) пациентов. На втором и четвертом году исследования данный критерий демонстрировал дальнейшее улучшение — жалобы отмечали 3 (9,4 ± 6,0 %) пациента.

Боль при перкуссии через год сохранялась у 2 (6,3 ± 4,2 %) пациентов и больше не изменялась в остальные сроки наблюдения.

Через год после проведенного лечения прошло достаточно времени для определения динамики восстановительных процессов в периодонте. Проведенное рентгенологическое исследование продемонстрировало полную ликвидацию деструктивных изменений в периодонте у 28 (87,5 ± 5,3 %) пациентов, что свидетельствует об эффективности эндодонтического лечения. Аналогичное состояние периодонта у этих пациентов отмечалось и в дальнейшие сроки наблюдения (через 2 и через 4 года).

Возможность пользоваться зубом, т. е. отсутствие жалоб при жевании расценивается как восстановление функции причинного зуба, потому в нашем исследовании восстановление функции значительно повышалось от момента лечения и составило 68,7 ± 6,0 % через год, 84,4 ± 5,3 % — через 2 года и 90,6 ± 5,3 % через 4 года после лечения (табл. 1).

Таблиця 1

Клинические критерии эффективности лечения хронического верхушечного периодонтита в динамике (основная группа n = 32), абс. (%)

Срок наблюдения	Жалобы	Боль при перкуссии	Восстановление в периодонте	Восстановление функции
До лечения	23 (71,8 ± 6,0)	19 (59,4 ± 6,0)	0	0
Непосредственно после лечения	10 (31,3 ± 6,0) p < 0,001	5 (15,6 ± 6,0) p < 0,001	0	22 (68,7 ± 6,0) p < 0,001
Через 1 год после лечения	5 (15,6 ± 6,0) p < 0,05	2 (6,3 ± 4,2) p < 0,05	28 (87,5 ± 5,3) p < 0,05	27 (84,4 ± 5,3) p < 0,05
Через 2 года после лечения	3 (9,4 ± 6,0) p > 0,05	2 (6,3 ± 4,2) p > 0,05	28 (87,5 ± 5,3) p > 0,05	29 (90,6) p > 0,05
Через 4 года после лечения	3 (9,4 ± 6,0) p > 0,05	2 (6,3 ± 4,2) p > 0,05	28 (87,5 ± 5,3) p > 0,05	29 (90,6 ± 5,3) p > 0,05

Таблиця 2

Клинические критерии эффективности лечения хронического верхушечного периодонтита в динамике (группа сравнения, n = 20), абс. (%)

Срок наблюдения	Жалобы	Боль при перкуссии	Восстановление в периодонте	Восстановление функции
До лечения	15 (75 ± 6,7)	12 (60 ± 6,7)	0	0
Непосредственно после лечения	8 (40 ± 6,7) p < 0,001	4 (20 ± 6,7) p < 0,001	0	12 (60 ± 6,7) p < 0,001
Через 1 год после лечения	4 (20 ± 6,7) p > 0,05	2 (10 ± 6,7) p > 0,05	16 (80 ± 9,0) p > 0,05	16 (80 ± 9,0) p > 0,05
Через 2 года после лечения	2 (15 ± 6,7) p > 0,05	2 (10 ± 6,7) p > 0,05	16 (80 ± 9,0) p > 0,05	17 (85 ± 9,0) p > 0,05
Через 4 года после лечения	2 (15 ± 6,7) p > 0,05	2 (10 ± 6,7) p > 0,05	16 (80 ± 9,0) p > 0,05	17 (85 ± 9,0) p > 0,05

В группе сравнения результаты лечения верхушечного периодонтита аналогичны основной группе (табл. 2). Жалобы на боли при накусывании уменьшались в каждом сроке наблюдения: от 75 ± 6,7 % до лечения до 15 ± 6,7 % на втором и четвертом годах исследования. Редукция критерия «боль при перкуссии» достигла максимального результата к первому году исследования и сохранялась на этом уровне до конца исследования — 10 ± 6,7 %. Восстановление функции происходило аналогично редукции жалоб пациентов в группе сравнения.

Рентгенологически динамику изменений в периапикальных тканях оценивали по индексу СДВП, а качество корневой реставрации — по сохранности ее объемности и равномерности.

Хронический верхушечный периодонтит проявляется развитием различного рода деструктивных процессов в периодонте. Рентгенологически деструкция проявляется очагами разрежения костной ткани с четкими или нечеткими контурами, наличием зоны остеосклероза вокруг дефекта и т. д. Рентгенологическое исследование позволяет определить форму хронического верхушечного периодонтита и проследить динамику восстановительных процессов костной ткани после лечения. Наиболее проблемными в плане прогноза исхода лечения являются хронический

гранулирующий и гранулематозный периодонтит с обширными очагами деструкции. В нашем исследовании подавляющее количество пациентов было с длительно существующими деструктивными формами верхушечного периодонтита: в основной группе и группе сравнения хронический гранулирующий периодонтит составил, соответственно, 21,9 ± 7,3 и 40 ± 11,0 %, а хронический гранулематозный периодонтит, соответственно, 78,1 ± 7,3 и 50 ± 11,2 % (табл. 3).

Возможность восстановления костной ткани в очаге деструкции и скорость репарации зависит от ряда факторов: качество обработки и obturации корневого канала, агрессивность микрофлоры в очаге поражения, состояние иммунной системы и возраст пациента и т. д.

Рентгенологически признаки репаративных процессов возможно определить через 4–6 мес., а достоверно оценить их можно через 1 год. После проведенного нами лечения хронического верхушечного периодонтита в обеих исследуемых группах репаративные процессы в периодонте через год отмечены у 87,5 ± 6,8 % пациентов основной группы и у 80 ± 9,0 % пациентов группы сравнения. У части этих пациентов за исследуемый период произошло полное восстановление тканевой периодонта в очаге деструкции. Однако у некоторых пациентов положительных изменений

Таблица 3

Распределение пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом в зависимости от формы заболевания

Диагноз	Основная группа, n = 32		Группа сравнения, n = 20	
	абс.	%	абс.	%
Хронический гранулирующий периодонтит	7	21,9 ± 7,3	8	40,0 ± 11,0
Хронический гранулематозный периодонтит	25	78,1 ± 7,3* p < 0,00001	10	50,0 ± 11,2
Хронический фиброзный периодонтит	—	—	2	10,0 ± 6,7** p < 0,001

Примечание: * — различия в частоте встречаемости хронического гранулирующего периодонтита и хронического гранулематозного периодонтита в основной группе достоверны; ** — различия в частоте встречаемости хронического гранулематозного периодонтита и хронического фиброзного периодонтита в контрольной группе достоверны.

в очаге деструкции после лечения не произошло. Неудовлетворительный исход составил 12,5 ± 6,8 % у пациентов основной группы и у 20 ± 9,0 % пациентов группы сравнения. Причем не у каждого из этих больных были клинические признаки обострения воспалительного процесса, т. е. сохранялась тенденция к хроническому бессимптомному течению заболевания.

Следует обратить внимание, что, несмотря на часть неудач при лечении, объемность и структура obturации была сохранена у всех пациентов исследуемых групп.

Динамика индекса СДВП также отразила состояние периапикальных тканей у наших пациентов (табл. 4). На этапе постановки диагноза индекс СДВП составил 4,22 ± 0,4 балла в основной группе и 4,3 ± 0,7 балла в группе сравнения, что указывает на тяжесть деструктивных процессов в периодонте. Уже через год индекс СДВП уменьшился на треть и составил 2,9 ± 0,2 балла и 3,0 ± 0,3 балла в основной группе и группе сравнения, соответственно. Через год произошло уже значимое восстановление костной ткани в деструктивных очагах у наших пациентов. Далее сохранялась тенденция к уменьшению индекса СДВП

в обеих группах: снижение до 2,04 ± 0,09 балла в основной группе через 4 года и снижение до 2,10 ± 0,2 балла в группе сравнения в аналогичные сроки. Поскольку у части пациентов восстановительных изменений в периодонте не произошло, значение их индекса СДВП осталось на высоком уровне и повлекло увеличение среднegrupпового показателя СДВП через год.

Подобная закономерность отмечена и в отношении динамики показателя в группе сравнения. Через 1 год от начала лечения он снизился до 3,0 ± 0,3 балла (p < 0,05), через 2 года — до 2,15 ± 0,2 балла (p < 0,001) и через 4 года — до 2,10 ± 0,2 балла (p < 0,001).

В результате изучения динамики индекса СДВП (табл. 4.) достоверно определяется снижение индекса в обеих исследуемых группах, а эффективность лечения хронического верхушечного периодонтита с применением цитофила F и с применением Endo Rez полностью идентична.

ВЫВОДЫ

При лечении больных с различными формами хронического верхушечного периодонтита

Таблица 4

Динамика индекса СДВП после лечения хронического верхушечного периодонтита у больных основной и контрольной групп

Группы	Индекс СДВП, баллы (M ± m)			
	До лечения	Через 1 год	Через 2 года	Через 4 года
Основная группа, n = 32	4,22 ± 0,4	2,9 ± 0,2 p < 0,001	2,06 ± 0,1 p < 0,001 p ₁ < 0,001	2,04 ± 0,09 p < 0,001 p ₁ < 0,001 p ₂ > 0,05
Группа сравнения, n = 20	4,30 ± 0,5	3,0 ± 0,3 p < 0,05	2,15 ± 0,2 p < 0,001 p ₁ < 0,05	2,10 ± 0,2 p < 0,001 p ₁ < 0,05 p ₂ > 0,05
p ₃	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Примечания: p — по отношению к состоянию до лечения; p₁ — по отношению к состоянию после лечения; p₂ — по отношению к состоянию через 1 год после лечения; p₃ — по отношению к состоянию через 2 года после лечения.

мы добились высокого результата лечения с использованием предложенного нами алгоритма применения материалов компании «La Tus» (г. Харьков). Использование тримгеля, тримлата и 5 % гипохлорита натрия позволило качественно обработать инфицированную стенку корневого канала на всех этапах подготовки к пломбированию. Композиционный эндодонтический герметик цитофил F в сочетании с гуттаперчивым штифтом позволил создать объемную, герметичную, стабильную во времени корневую

реставрацию, что подтверждается достижением успеха эндодонтического лечения у 87,5 % пациентов основной группы, сохраняющегося в динамике.

Полученные результаты применения Цитофила F для пломбирования корневых каналов при лечении хронического верхушечного периодонтита полностью идентичны применению импортного аналога Endo Rez и подтверждают перспективность внедрения в практику врачей-стоматологов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Любченко О. В. Использование материалов компании La Tus в практической эндодонтии / О. В. Любченко // Стоматолог. — 2011. — № 7–8 (157–158). — С. 4–6.
2. Любченко О. В. Особенности применения фторвыделяющего композита для пломбирования корневых каналов / О. В. Любченко // Вісник стоматології. — 2012. — № 2. — С. 32–34.
3. Любченко О. В. Оптимизация obturation корневых каналов с использованием композиционных силеров / О. В. Любченко // Міжнародний мед. журнал. — 2011. — № 1 (65). — С. 111–113.
4. Митронин А. В. Оценка герметичности корневых пломб и их клинической эффективности / А. В. Митронин, Д. С. Нехорошева // Эндодонтия today. — 2004. — № 1–2. — С. 36–41.
5. Петрикас А. Ж. Эпидемиологические данные по изучению эндодонтических поражений зубов / А. Ж. Петрикас, Е. Л. Захарова, Ю. Н. Образцова // Эндодонтия today. — 2002. — С. 35–37.
6. Скрипникова Т. П. Систематизация дефектов корней зубов, их клиничко-рентгенологическая характеристика / Т. П. Скрипникова, С. В. Билоус // Методи поліпшення стоматологічної допомоги на Полтавщині: матеріали доповідей обласної наук.-практ. конф. (Полтава–Лубни, 23–24 березня 2007 р.). — Полтава: Инарт, 2007. — С. 129–131.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2015 РІК

КАФЕДРА ТЕРАПІЇ

Зав. кафедри проф. Березняков І. Г. тел. 95-59-47; 95-59-40

Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	27.05–26.06
Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	02.09–01.10
Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	23.11–22.12

КАФЕДРА ФІЗИОТЕРАПІЇ, КУРОРТОЛОГІЇ ТА ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Зав. кафедри д-р мед. наук Корж В. П. тел. 349-44-15; 349-44-28

Фізичні чинники в лікуванні, реабілітації та профілактиці (для лікарів лікувального профілю, фізіотерапевтів)	13.06–12.07
Вибрані питання фізіотерапії (для лікарів лікувального профілю, фізіотерапевтів)	08.09–07.10

КАФЕДРА ОНКОЛОГІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Зав. кафедри проф. Вінник Ю. О. тел. 311-80-22; 315-11-73

Первинна діагностика та основні принципи лікування злоякісних пухлин (для хірургів, онкохірургів, сімейних лікарів, терапевтів)	22.05–22.06
Первинна діагностика та основні принципи лікування злоякісних пухлин (для хірургів, онкохірургів, сімейних лікарів, терапевтів)	12.10–10.11
Паліативна та симптоматична допомога онкологічним хворим (для хірургів, онкохірургів, сімейних лікарів, терапевтів)	16.11–15.12