

УДК 616.314.19.-08-089

О.В. Митченко, А.Д. Лазар, Л.В. Житарюк

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КОНСЕРВАТИВНИЙ ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Хвороби тканин періодонта займають чільне місце серед усіх стоматологічних захворювань, що зумовлено високою поширеністю, складністю діагностики та іноді - відсутністю довгострокових позитивних результатів лікування [1].

Поширеність захворювань тканин пародонта, зокрема хронічних періодонтитів, починається у пацієнтів від 30 років, які зверталися по стоматологічну допомогу, і, за даними деяких авторів, сягає до 30%, підвищуючись у пацієнтів старших вікових груп [3, 5, 7].

На сучасному етапі розвитку комплексне лікування хронічного періодонтиту різних ступенів резорбції кісткової тканини має кілька методик лікування, які поєднують у собі застосування найсучасніших фармацевтичних препаратів у поєднанні з терапевтичними і хірургічними методами, що надалі дозволяє отримати досить добрий і стійкий результат [9, 10].

При змінах у періапикальних тканинах із деструктивними формами хронічних періодонтитів, незважаючи на те, що сучасні технології ведення лікувальних операційних заходів стають досконалішими, з'явилася велика кількість сучасних медикаментозних речовин і новітніх технологій (схем) лікування, захворювання на хронічний періодонтит залишається актуальною проблемою сучасної стоматології [14, 16, 18].

За даними авторів [2, 16, 15], це можна пов'язати з тим, що велика питома вага хронічних періодонтитів складає від 15 до 30%, а прикореневих кіст - від 7 до 12% серед усіх стоматологічних захворювань, та з незадовільними результатами лікування цього контингенту населення, як безпосередньо в післяопераційний термін, так і у віддаленіші терміни спостереження.

Проаналізовані нами дані літератури свідчать, що після численних клінічних і статистичних досліджень науковці ставлять захворювання тканин періодонта на третє місце за частотою звернень пацієнтів після карієсу і пульпіту. Як стверджує Боровский Е.В. [3], після статистичної обробки й аналізу даних статистичних відділів можна зробити висновок про те, що до стоматологічних клінік було зареєстровано 15-30% пацієнтів, яким було встановлено діагноз хронічного періодонтиту різних форм. Актуальність проблеми, на думку авторів, зумовлена значним поширенням ускладненого карієсу, недбалим ставленням до лікування цього контингенту населення і відсутністю систематизації лікувальних заходів, спрямованих на збереження

зубів, особливо у фронтальній ділянці.

За даними Максимовського Ю.М. [11], помітна пряма тенденція до підвищення захворюваності на періодонтит, особливо в працездатного населення молодого віку (від 25 до 40 років), а в пацієнтів старшого віку (від 40 років) запальний процес у періодонті стає основною причиною видалення зубів більш ніж у 50%.

Найзагрозливіші для організму людини деструктивні форми хронічного періодонтиту, які здатні викликати одонтогенні запалення щелепно-лицевої ділянки, знижувати імунологічний статус усього організму і спричинити тяжкий перебіг хвороб внутрішніх органів і систем [16].

Періодонтит - це найнебезпечніший вид ускладнення, яке виникає при ускладненому карієсі: запальний процес, розповсюджуючись, діє не тільки на тканини зуба, а і на прилеглу кісткову тканину поблизу кореня ураженого зуба [17, 19].

Ефективність консервативного лікування періодонтитів у середньому дорівнює близько 75%, але цей показник варіює і залежить від багатьох факторів: клінічної форми захворюваності, резистентності організму, якими методами і медикаментозними препаратами лікували пацієнтів та ін. Успіх лікування залежить від удалого поєднання ортопедичних та хірургічних методів і зокрема препаратів, які застосовуються для терапевтичного лікування.

Труднощі лікування періодонтиту полягають у тому, що регенерація деструкції вогнища періапикальної ділянки відбувається після 6-12 місяців ендодонтичного лікування. Через особливості анатомічної будови кореневих каналів зубів ендодонтичне лікування стає малоефективним. Тому деякі автори віддають перевагу використанню медикаментозних засобів і фізіотерапевтичних методів, які діють на імунну систему, що коригує імунний статус та активізує процеси фізіологічної репарації.

Ендодонтичне лікування зубів займає особливе місце серед усіх втручань, які проводить лікар-терапевт, це зумовлено, як стверджує [19], значним зростанням ендодонтичної патології (пульпітів та особливо періодонтитів), що має виражену тенденцію до зростання.

Ендодонтичні наукові дослідження, які проводяться при лікуванні хворих на хронічний періодонтит, поділяються на такі основні групи: методика вдосконалення методів медикаментозної та інструментальної обробки кореневого каналу; ство-

рення новітніх медикаментозних засобів для лікування і пломбування кореневих каналів; вивчення можливого впливу таких матеріалів на макро- і мікроорганізми, а також на клітини і тканини періодонта. Ендодонтичне лікування має три основні послідовності лікування: механічну підготовку кореневого каналу зуба (очищення і розширення), антисептичну обробку і завершальне пломбування кореневого каналу [12, 13].

Механічну обробку проводять для повного видалення кореневої пульпи, що почала розпадатися і стала носієм інфекції, та шару інфікованого дентину зі стінок каналу. Для отримання позитивного виконання цього етапу необхідно створити повноцінний доступ до кореневих каналів із таким розрахунком, щоби поздовжня вісь робочої частини ендодонтичного інструмента збігалася з напрямком ходу каналу, але це не завжди вдається зробити за рахунок анатомічної будови кореневого каналу [10]. При ендодонтичному лікуванні періодонтитів, особливо при інструментальній обробці кореневих каналів, використовують медикаментозну дію антисептиків.

Дезінфекцію кореневого каналу, як свідчать літературні джерела, бажано завершувати в більшості випадків із застосуванням ультразвуку внутрішньоканально за допомогою ендодонтичного голчастого хвилевода-випромінювача, введеного в канал через розчин антисептика [14], який діє на мікроканальці дентину за рахунок нагнітання розчину під дією вібрації та кавітації. Але при значних дефектах кісткової тканини ці методи мало ефективні.

Для лікування хронічних форм періодонтитів часто застосовують хірургічні методи, але ефективність їх застосування не завжди висока.

Вибір хірургічного методу лікування зубів із хронічними періапикальними вогнищами одонтогенної інфекції залежить від багатьох факторів: особливостей анатомічної будови форми зуба, загального стану пацієнта, характеристики та розповсюдженості періапикального процесу, стану твердих тканин зуба і пародонта в цілому, взаємозв'язків верхівок коренів зуба і близько розташованих анатомічних утворів щелеп та анатомічних особливостей будови альвеолярних дуг щелеп.

Вибираючи схему лікування, треба враховувати індивідуальність кожного зуба, та, безперечно, метод лікування цього контингенту хворих має реалізовуватися індивідуально для кожного пацієнта.

У лікуванні періодонтитів однокорневих зубів хірургічним методом найпоширеніша резекція верхівки кореня зуба, інколи застосовують реплантацію. Операція резекції верхівки кореня зуба була запропонована в 1899 році. Методику цієї операції з кожним роком удосконалювали, отримували позитивні відгуки і позитивні віддалені результати лікування як у вітчизняних, так і в іноземних клініках [2, 16].

Операція резекції верхівки кореня полягає у відтинанні чи видаленні верхівки кореня з па-

тологічними тканинами. Як указують Безруков В.М. [2] і Чукаєва Н.А. [18], цю операцію показано проводити на всіх зубах, але найчастіше її проводять на різцях та іклах обох щелеп і премолярах верхньої щелепи.

Операцію резекції верхівки кореня розподіляють на 6 основних етапів: підготовка і відшарування слизово-окісного клаптя; відшарування слизово-окісного клаптя; на альвеолярному відростку проводять трепанацію кістки до повного оголення верхівки кореня і патологічного вогнища; резекція верхівки кореня зуба; видалення грануляційної тканини, оболонки кістки, патологічно змінених тканин; ретроградне пломбування.

Після виконання перерахованих етапів рану треба промити 2% розчином перекису водню і трепанаційний отвір заповнити за необхідності кровоспинними засобами та засобами, які покращують оптимізацію репаративного остеогенезу.

Але успіх цієї операції залежить загалом не від техніки її виконання, а від правильності визначення показань і протипоказань. Основні протипоказання до проведення операції резекції верхівки кореня такі: гострий і загострений хронічний періодонтит, рухомість зуба, оголення анатомічної шийки зуба, включення в патологічний процес понад 1/3 верхівки кореня, апіколатеральні та латеральні гранульоми, зміни кольору кореня зуба, відсутність частини передньої стінки альвеоли, а також похилий вік хворого [2, 10], а тому резекція малоефективна при великих деформаціях (понад 1/3 верхівки кореня) через ризик втрати зуба.

Реплантація зуба буває первинна і відтермінована. Реплантацією називають хірургічну маніпуляцію, яка передбачає видалення зуба з лунки з подальшим його лікуванням ендодонтичним методом та кюретажем періапикальних тканин і поверненням його в лунку. Показання до реплантації - це коли консервативні методи лікування не дали позитивних результатів у лікуванні хронічних періодонтитів. До протипоказань належать ті ж самі, що і до резекції верхівки кореня. Реплантація протипоказана при різних кісткових дефектах, а також вона може призводити до анкілозації пародонта.

Отже, актуальність проблеми полягає в індивідуальному диференційованому виборі методу лікування та порівнянні між собою методів лікування хронічних періодонтитів.

Література

1. Абдалов Х.Б. Повышение эффективности при лечении деструктивных форм периодонтита: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 "Стоматология" / Х.Б. Абдалов. - М., 1999. - 24 с.
2. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы / [В.М.Безруков, Е.А. Рабухина, Л.А. Григорьянц, В.А. Бадалян]. - М., 2002. - 15 с.
3. Боровский Е.В. Лечение периодонтитов - состояние вопроса и перспективы совершенствования / Е.В. Боровский // Стоматология: Материалы III

- съезда Ассоциации стоматологов (Общерос.). – М., 1996. – Спец. вып. – С. 38-39.
4. Горева Л.А. Боли после эндодонтического лечения зубов: прогнозирование, профилактика и лечение: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 "Стоматология" / Л.А. Горева. – Тверь, 2009. – 23 с.
 5. Дубова М.А. Современные технологии в эндодонтии: учебное пособие / М.А. Дубова, Т.А. Шпак, И.В. Корнетова. – СПб., 2005. – 96 с.
 6. Жохова Н.С. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения и пути их устранения: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: спец. 14.01.21 "Стоматология" / Н.С. Жохова. – М., 2002. – 43 с.
 7. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение зубов с хроническими периапикальными очагами одонтогенной инфекции (анатомическое, экспериментальное и клиническое исследование): автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 "Стоматология" / А.К. Иорданишвили. – СПб., 1993. – 19 с.
 8. Клиническая эндодонтия. Рентгенологические признаки заболеваний пульпы и периодонта: пособие для врачей-стоматологов / [Т.П. Скрипникова, В.К. Югов, Г.Ф. Просандеева и др.]. – Полтава, 1999. – 28 с.
 9. Косенко К.М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.00.21 „Стоматологія” / К.М. Косенко. – К., 1994. – 45 с.
 10. Купреева И.В. Сравнительная характеристика эффективности консервативного лечения хронического верхушечного периодонтита у больных на фоне вторичной иммунной недостаточности и у соматически здоровых лиц / И.В. Купреева // Стоматология, 1998. – Т.77, № 3. – С.15-16.
 11. Максимовский Ю.М. Бактериологический аспект периодонтита / Ю.М. Максимовский // Новое в стоматологии. -2001.- № 6.- С.8-13.
 12. Педорез А.П. Предсказуемая эндодонтия / А.П. Педорез, А.Г. Пиляев, Н.А. Педорез. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – 364 с.
 13. Протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями "ортопедична стоматологія", "терапевтична стоматологія", "хірургічна стоматологія", "ортодонція", "дитяча терапевтична стоматологія", "дитяча хірургічна стоматологія": нормативне виробничо-практичне видання / К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ Медінформ, 2007. – 236 с.
 14. Симоненко Р.В. Клініко-експериментальне обґрунтування використання антисептиків в лікуванні періодонтиту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.21 „Стоматологія” / Р.В. Симоненко. —К., 2003.—18 с.
 15. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.]; за ред. А.К. Ніколішина. – Т.1. – [2-е вид.]. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 392 с.
 16. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: ООО «Червона Рута- Турс», 2000. – Т. III. – 360 с.
 17. Царев В.Н. Антимикробная терапия в стоматологии: руководство / В.Н. Царев, Р.В. Ушаков. – [2-е изд.]. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2006. – С.109-114.
 18. Чукаева Н.А. Выбор метода лечения больных острым и обострившимся хроническим периодонтитом на основании клинико-иммунологических показателей: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 „Стоматологія” / Н.А. Чукаева. - М., 1990.-19 с.
 19. Шевченко І.Б. Порівняльна характеристика консервативно-хірургічних методів лікування хронічних періодонтитів у хворих різних вікових груп: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.21 „Стоматологія” / І.Б. Шевченко.– Полтава, 1999. -17 с.

**Стаття надійшла
4.04.2013 р.**

Резюме

Анализ научной литературы показал, что в настоящее время увеличивается количество больных хроническими формами периодонтита. Но лечение хронической формы периодонтита общепринятыми методиками не дает желаемого результата. Все это обосновывает целесообразность поиска новых подходов к лечению хронического периодонтита с применением зубосохраняющих методов лечения с последующим сохранением зуба, и особенно во фронтальном участке зубного ряда.

Ключевые слова: хронический верхушечный периодонтит, гранулёма, хирургическое лечение, терапевтическое лечение.

Резюме

Аналіз наукової літератури показав, що нині збільшується кількість хворих на хронічні форми періодонтиту. Але лікування хронічної форми періодонтиту загальноприйнятими методиками не дає бажаного результату. Усе це обґрунтовує доцільність пошуку нових підходів до лікування хронічного періодонтиту із застосуванням зубозберігальних методів із подальшим збереженням зуба, й особливо у фронтальній ділянці зубного ряду.

Ключові слова: хронічний верхівковий періодонтит, гранульома, хірургічне лікування, терапевтичне лікування.

Summary

Analysis of the scientific literature shows that at present there is an increased number of patients with chronic forms of periodontitis. But the treatment of chronic forms of periodontitis by conventional methods does not produce good results. Therefore, it is very important to search the new approaches for treatment of chronic periodontitis using treatment with tooth retaining effect especially for frontal teeth.

Key words: chronic apical periodontitis, granuloma, surgical treatment, therapeutic treatment.