

су, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу в порівнянні з показниками, одержаними безпосередньо після лікування. На рентгенограмах підтверджувалась ремісія процесу в міжзубних альвеолярних перетин-

ках. В контрольних підгрупах рецидування генералізованого пародонтиту зареєстровано у 8 та 9 пацієнтів відповідно (табл. 2.)

Таблиця 2

**Віддалені результати клінічних спостережень перебігу генералізованого пародонтиту у ВІЛ-інфікованих на різних стадіях захворювання**

Термін спостереження	Ремісія (абс.ч/%)			
	1 група		2 група	
	основна n=32	контрольна n=32	основна n=27	контрольна n=28
6 місяців	28 / 87,50±5,85%	22 / 68,75±8,19%	23 / 88,89±6,05%	19 / 67,86±8,83%
12 місяців	23 / 71,88±7,95% <sup>1</sup>	15 / 46,88±8,82%	20 / 74,07±8,43% <sup>1</sup>	13 / 46,43±9,42%

*Примітки:* 1. <sup>1</sup> – достовірна відмінність в порівнянні з контрольною підгрупою (p<0,05); 2.п – кількість хворих в в групах.

**Висновки.** Отримані результати оцінки безпосередніх клінічних і параклінічних показників вказують на більш високу ефективність запропонованої схеми в комплексній терапії у ВІЛ-інфікованих хворих з генералізованим пародонтитом, незалежно від рівня CD4-лімфоцитів. Підтвердженням ефективності запропонованої схеми місцевої медикаментозної терапії в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у ВІЛ-інфікованих є віддалені результати (12 місяців), які свідчать про стабілізацію процесу в 84 % хворих, що на 21 % вище в порівнянні з відповідним показником у контрольній групі.

**Список літератури**

1. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД): проявления в полости рта/ Данилевский Н. Ф., Борисенко А. В., Несин А. Ф. [та ін.] // Стоматолог.- 2000.- №12.- С. 33-36
2. Максимовская Л. Н., Шатохин А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта у лиц, живущих с ВИЧ // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. М., апрель 2004.- С. 302-303.
3. Суржанский С. К. Распространенность заболеваний пародонта у ВИЧ- инфицированных пациентов/ С. К Суржанский., Е. К. Трофимец, О. Ю. Воскресенская // Вісник стоматології. – 2003. -№4. – С. 30-32
4. Ярова С. П Прояви ВІЛ-інфекції в порожнині рота: епідеміологія, клініка, лікування / Ярова С. П., Бугорков І. В - Донецьк: "ВІК",2004. – 117с.
5. Greenstein G. Changing periodontal concepts: treatment considerations / G. Greenstein // Compend. Contin. Educ. Dent. – 2005. - Vol. 26, № 2. - P. 81-82, 84-86, 88, 98, 127.
6. Keller D. Management of periodontitis for HIV-AIDS patients: case study / D. Keller // Dent. Today. – 2006. - Vol. 25, № 6. – P. 110, 112-113.
7. Mataftsi M. HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era / M. Mataftsi, L. Skoura, D. Sakellari // Oral. Dis. – 2011. – Vol. 17, № 1. - P. 13-25.

Надійшла 17.10.11

УДК616.314-002.4+615.869

**М. В. Анисимов**

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»

**ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Приведены результаты двухлетнего клинического наблюдения лечения кариеса и пульпита в зависимости от вида обезболивания. Минимальное количество осложнений отмечалось при лечении зубов с применением местной анестезии. Это свидетельствует о наличии взаимосвязи между выбором метода обезболивания и качеством стоматологического лечения.*

**Ключевые слова:** кариес, пульпит, местная анестезия, электроанальгезия, общее обезболивание.

**М. В. Анисімов**

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

**ВПЛИВ МЕТОДУ ЗНЕБОЛЮВАННЯ НА ЯКІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

*Наведені результати дворічного клінічного спостереження лікування карієсу й пульпіту залежно від виду знеболювання. Мінімальна кількість ускладнень відзначалася при лікуванні зубів із застосуванням місцевої анестезії. Це свідчить про наявність взаємозв'язку між вибором методу знеболювання і якістю стоматологічного лікування.*

**Ключові слова:** карієс зубів, пульпіт, місцева анестезія, електрознеболення, загальне знечування.

**М. V. Anisimov**

SE "the Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine"

**INFLUENCE OF A METHOD OF ANAESTHESIA ON QUALITY OF STOMATOLOGIC TREATMENT**

*Results of two-year clinical supervision of treatment of caries and pulpitis depending on an anaesthesia kind are resulted. The minimum quantity of complications was marked at treatment of teeth with application of local anaesthesia. It testifies to interre-*

*lation presence between a choice of a method of anaesthesia and quality of stomatologic treatment.*

**Key words:** *caries, pulpitis, local anaesthesia, electroanalgesia, the general anaesthesia.*

Местная инъекционная анестезия является наиболее распространенным видом обезболивания в стоматологии. Однако в случае с компрометированными к местным анестетикам пациентами актуальность альтернативных методов обезболивания значительно возрастает. При выборе анестезии стоматолог должен руководствоваться не только показаниями и противопоказаниями к конкретному методу анальгезии, но также исходить из принципа клинической целесообразности. Очевидно, что качество стоматологического лечения напрямую зависит от эффективности обезболивания, однако мы не нашли в литературе данных, которые свидетельствовали бы о влиянии выбранного метода обезболивания на качество лечения кариеса и его осложнений, подтвержденных данными клинических наблюдений. Поэтому целью данного исследования явился анализ клинических критериев качества лечения кариеса и пульпита при использовании разных методов обезболивания.

**Материалы и методы исследования.** Для сравнительной оценки качества лечения кариеса при использовании разных методов обезболивания было сформировано четыре группы пациентов с диагнозом: острый средний кариес; острый глубокий кариес; хронический средний кариес; хронический глубокий кариес. Количество зубов с вышеперечисленными формами кариеса было одинаковым в каждой группе. В группу № 1 вошли 39 пациентов, которые отказались от обезболивания при лечении кариеса. Во второй группе лечение кариеса проводилось 47 пациентам с применением электроанальгезии [1]. В третью группу вошли 69 человек, лечение кариеса которым проводилось под местной анестезией и группу № 4 составили 36 пациентов, стоматологическое лечение которым проводилось в условиях общего обезболивания.

Лечение кариеса проводилось оперативно-восстановительным путем одним врачом согласно протоколам лечения [2]. Во всех случаях использовались одинаковые материалы и медикаменты. В качестве лечебной прокладки применяли «Calcimol LC» (VOCO) – светоотверждаемая прокладочная паста, содержащая гидроксид кальция, для изолирующей прокладки – композит «Ionosit», восстановление коронки зуба проводили с помощью светоотверждаемого нанопополненного микрогибридного композита «Grandio» (VOCO) и самопротравливающейся адгезивной системы «Futura bond NR» (VOCO). Клиническими критериями служили: нарушение краевого прилегания пломбы, изменение цвета тканей зуба вокруг пломбы, образование дефекта пломбы, подвижность пломбы, полное выпадение пломбы, болезненная перкуссия, зондирование. При наличии вышеперечисленных симптомов пациентам проводилось рентгенологическое исследование.

Для изучения эффективности лечения пульпита в зависимости от метода обезболивания были сформированы три группы пациентов: группа №1 -32 пациента, которым лечение проводилось девитальным мето-

дом; группа № 2- 44 пациента лечение пульпита с применением местной анестезии группа № 3 -29 пациентов, лечение которых проводилось под общим обезболиванием.

В группы вошли пациенты с диагнозами: острый серозный диффузный пульпит и хронический фиброзный пульпит. Количество острых и хронических форм пульпита одинаково распределялось по группам.

Лечение также проводилось одним врачом согласно протоколам лечения данных нозологических форм пульпита [2], с использованием одинаковых медикаментов и материалов. Обтурация корневого канала проводилась методом латеральной конденсации гуттаперчевыми штифтами. В качестве корневого силера использовался «Эндофил» (Septadont), изолирующая прокладка – светоотверждаемый СИЦ «Vitrebond» (3M).

Восстановление коронки проводилось в зависимости от клинической ситуации с помощью фотополимерной реставрации или искусственной коронкой.

Лечение считалось неэффективным, если пациенты предъявляли жалобы на болевые ощущения в области пролеченных зубов. Главным объективным критерием успешного лечения зуба служили данные контактной рентгенографии.

В качестве рентгенологической характеристики признаков мы использовали схему Т. Г. Скрипниковой, В. К. Югова и др. [3]. Если на рентгенограмме изменения в периодонте и костной ткани соответствовали 2-5 баллам, это оценивалось как осложнение эндодонтического лечения.

Выбор метода обезболивания зависел от желания пациента и наличия показаний и противопоказаний к данному виду обезболивания.

Местное обезболивание проводилось с помощью методики инфильтрационной или проводниковой анестезии. Были использованы местные анестетики: «Артифрин-здоровье», «Ультракаин Д-С», «Ультракаин Д-С форте», «Убестезин Д-С форте», «Мепивастезин», «Лидокаин».

Общее обезболивание проводилось пациентам, которые имели абсолютные противопоказания к местной анестезии и не имеющих альтернативы наркозу. Большинство пациентов этих групп составили пациенты-аллергики с высоким титром специфических реактивных антител.

Анестезиологическое пособие проводилось в институте стоматологии штатной анестезиолого-реанимационной бригадой после обязательного предварительного обследования пациента, включая лабораторный контроль (клинический анализ крови, биохимические показатели) и электрокардиографии.

Выбор внутривенной анестезии осуществлялся врачом-анестезиологом. Во время наркоза проводился постоянный мониторинг состояния пациента (АД, ЧСС, ЧД, пульсовая оксиметрия).

Наблюдение пациента анестезиологом продолжалось в посленаркозном периоде.

После восстановления адекватного сознания, ориентации во времени и пространстве, восстановление устойчивости в позе Ромберга.

При этом обязательным условием было наличие сопровождающего лица.

Таблица 1

**Сравнительная оценка дефектов пломб и осложнений при лечении кариеса  
с использованием разных методов обезболивания**

Группа	Кол-во зубов	Через полгода						Через 1 год						Через 2 года					
		нарушение краевого прилегания	кол-во выпавших пломб	вторичный кариес	осложн в виде		% дефектуры пломб и осложнений	нарушение краевого прилегания	кол-во выпавших пломб	вторичный кариес	осложн в виде		% дефектуры пломб и осложнений	нарушение краевого прилегания	кол-во выпавших пломб	вторичный кариес	осложн в виде		% дефектуры пломб и осложнений
					Пульпит (P)	Периодонтит (P+)					Пульпит (P)	Периодонтит (P+)					Пульпит (P)	Периодонтит (P+)	
Группа № 1	$n_1=10$ 7	3	3	1	0	0	6,5	3	2	2	1	1	14,9	3	3	2	1	1	24,2
Группа № 2	$n_2=12$ 4	3	2	1	0	0	4,8	2	3	2	0	0	10,4	2	2	2	1		16,1
Группа № 3	$n_3=17$ 5	2	1	1	0	0	2,2	2	2	1	1		5,7	1	2	1		1	8,5
Группа № 4	$n_4=11$ 8	2	1	2	1	0	5,0	2	2	1		2	11,0	2	2	3	1	1	18,6

**Результаты и их обсуждение.** Результаты наблюдений лечения кариеса с использованием разных методов обезболивания представлены в табл. 1.

Анализ двухлетних клинических наблюдений показал, что количество несостоятельных пломб и осложнений было выше у пациентов первой группы, которым лечение кариеса проводилось без обезболивания.

Количество пломб, подлежащих замене и число осложнений через 2 года составило 24,2 % в первой группе (без анестезии); 18,6 % – у пациентов четвертой группы (общее обезболивание); 16,1 % – у пациентов с электроанальгезией (группа № 2) и минимальное – 8,5 % – у пациентов группы № 3 (лечение кариеса под местной анестезией). Симптомы хронического пульпита были отмечены у 3 человек, по одному из группы № 1, группы № 2, группы № 3. Хронический фиброзный периодонтит был выявлен у одного пациента первой и третьей группы, хронический гранулирующий периодонтит – у одного пациента четвертой группы.

Наибольшее количество выпавших, несостоятельных пломб и развитие вторичного кариеса наблюдалось у пациентов первой группы, у которых обезболивание при лечении не проводилось.

Наилучший результат отмечался в третьей группе, где лечение кариеса проводилось с применением местной анестезии.

Такая ситуация может быть объяснена тем, что залогом успешного стоматологического лечения яв-

ляется качественное обезболивание достаточное время работы и хорошая изоляция операционного поля.

Поэтому число неудач чаще встречалось в первой группе в виду отсутствия обезболивания как такового. Во второй группе дефектура пломб также была значительной (16,1 %), практически в два раза выше, чем у пациентов третьей группы. Это может быть связано с тем, что метод электроанальгезии не исключает полной чувствительности зуба, а только повышает его болевой порог.

Во время работы в условиях общего обезболивания, несмотря на полную анальгезию, имеется ряд негативных факторов, которые значительно снижают качество стоматологического лечения. Прежде всего, пациенты, нуждающиеся в стоматологическом лечении под общим обезболиванием, как правило, имеют большой объем запланированного вмешательства, что в сочетании с недостатком времени, риском развития опасных для жизни пациента осложнений, сложностью оперативного доступа и психо-эмоциональным напряжением врача приводит к снижению качества лечения.

Вторым этапом данного исследования было изучение зависимости между видом обезболивания и качеством лечения пульпита. Рентгенологический контроль проводился каждые полгода. Результаты наблюдений представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Сравнительная характеристика осложнений при лечении пульпита с использованием разных методов обезболивания по результатам анализа внутритротоковых рентгенограмм**

Группа Кол-во ос-ложн.	Через 0,5 года						Через 1 год						Через 2 года					
	Рентгенологические признаки					Ос-ложн. %	Рентгенологические признаки					Ос-ложн. %	Рентгенологические признаки					Ос-ложн. %
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
№ 1 n <sub>1</sub> =53	48	3	2	0	0	9,4	33	3	1	1	0	18,8	26	3	2	1	1	32
№ 2 n <sub>1</sub> =62	61	1	0	0	0	1,6	59	2	0	0	0	4,8	56	2	1	0	0	9,6
№ 3 n <sub>3</sub> =59	56	2	1	0	0	5,08	53	1	1	1	0	10,1	48	2	1	1	1	18,6

*Примечание:* 1 – норма; 2 – расширение периодонтальной щели около верхушки корня. Снижение степени прозрачности губчатого вещества в периапикальной области (при гнойном периодонтите); 3 – расширение периодонтальной щели вокруг корня. Остеопороз кортикальной пластинки и губчатого вещества в периапикальной области; 4 – расширение периодонтальной щели вокруг корня. Отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня вследствие деструкции кортикальной пластинки. Начальные признаки деструкции губчатого вещества у верхушки зуба на фоне остеопороза в периапикальной области; 5 – расширение периодонтальной щели вокруг корня при отсутствии ее вокруг верхушки корня в связи с четко определяемым участком деструкции неправильной формы на фоне выраженного остеопороза

Через полгода количество зубов с рентгенологической нормой: в первой группе составило 90,6 % (48 из 53); во второй группе – 98,4 % (61 из 62 зубов); в третьей группе – 95 % (56 из 59 зубов). В большинстве случаев (6 из 9) на рентгенограмме отмечалось расширение периодонтальной щели около верхушки корня и снижение степени прозрачности губчатого вещества в периапикальной области. В остальных 3-х случаях: у двух пациентов после лечения девитальным методом и у одного пациента после лечения в условиях общего обезболивания, наблюдалось расширение периодонтальной щели вокруг корня с ос-

теопорозом кортикальной пластинки и губчатого вещества в периапикальной области.

Через год клинических наблюдений в первой группе пациентов количество зубов без патологических изменений на рентгенограмме составило 33, количество выявленных рентгенологических изменений – 5, из них расширение периодонтальной щели около верхушки зуба определено в 4 случаях и в одном зубе определялось расширение периодонтальной щели вокруг корня с отсутствием периодонтальной щели у верхушки корня вследствие деструкции кортикальной пластинки.

В группе пациентов, которые лечились под общим обезболиванием, через год добавилось еще три случая. Зубы, в периодонте которых были выявлены деструктивные изменения, рентгенологическая картина одного из них соответствовала диагнозу хронического гранулирующего периодонтита.

Через два года количество осложнений в группе с девитальным методом лечения составило 32 %, в группе пациентов, которые лечились под общим обезболиванием – 18,6 %. Меньше всего осложнений наблюдалось у пациентов при лечении пульпита витальным методом с использованием местной анестезией.

Важно отметить, что в группе № 2 по данным рентгенограмм не было зафиксировано ни одного случая деструктивных периодонтитов. Изменения в периодонте укладывались в рентгенологическую картину хронического фиброзного периодонтита. В то время как при лечении пульпита под общим обезболиванием и при лечении пульпита с применением девитализирующей пасты в трех случаях в каждой группе (№ 1, № 3) отмечались очаги деструкции губчатого вещества у верхушки корня.

Таким образом по результатам клинического и рентгенологического наблюдения минимальное количество осложнений (9,6 % за 2 года) отмечалось при лечении зубов с применением местной анестезии, что свидетельствует о наличии прямой зависимости между выбором метода обезбоживания и качеством эндодонтического лечения.

При девитальном методе лечения мы наблюдали самый большой процент осложнений, что может быть связано с болезненностью при механической и медикаментозной обработки корневого канала, а также болезненностью во время obturации канала. Осложнения могли быть вызваны и токсическим действием девитализирующей пасты.

Относительно большое количество осложнений при лечении пульпита в условиях общего обезболива-

ния, по сравнению с местным, может быть объяснено большим объемом стоматологического лечения, ограниченным временем, сложным доступом к корневым каналам, высоким психо-эмоциональным напряжением врача.

**Выводы.** По данным двухлетних клинических наблюдений было установлено, что лечение кариеса и пульпита наиболее эффективно при использовании местной инъекционной анестезии. По результатам рентгенологического наблюдения минимальное количество осложнений (9,6 % за 2 года) отмечалось при лечении зубов с применением местной анестезии. Это свидетельствует о наличии взаимосвязи между выбором метода обезбоживания и качеством стоматологического лечения.

Общее обезбоживание не всегда оправданно при лечении пациентов с отягощенным АА. Это связано с относительно высокой степенью опасности этого метода и тем фактом, что эффективность стоматологического лечения в условиях наркоза значительно уступает качеству лечения с применением местной анестезии.

#### Список литературы

1. **Анісімов М. В.** Застосування електрознеболення при лікуванні карієсу зубів / М. В. Анісімов, Д. Д. Жук, Л. В. Анісімова, О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 2011. – № 1. – С. 94-98.
2. **Терапевтическая стоматология:** Учебник / [Боровский Е. В., Иванов В. С., Максимовский Ю. М., Максимовская Л. Н.]; под ред. Е. В. Боровского, Ю. М. Максимовского. – М.: Медицина, 2002. – 736 с.: ил. – (учеб. лит. для студ. мед. вузов). – ISBN 5-225-02777-6.
3. **Клиническая эндодонтия.** Рентгенологические признаки заболеваний пульпы и периодонта. – пособие для врачей-стоматологов. / [Т. П. Скрипникова, В. К. Югов, Г. Ф. Просандеева и др.] Полтава: Легат, 1999. – 28 с.

Поступила 01.09.11

