

## ВЕРХУШЕЧНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

### APICAL PERIODONTITIS: CURRENT APPROACHES AND INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF DISEASE

*Yu. Sergeev*

*Summary.* The article considers modern approaches and innovative technologies in the treatment of apical periodontitis. The author comes to the conclusion that the bone tissue of the tooth is most intensively restored when light therapy is applied. At the same time, there is a reduction in the period of regeneration of bone tissue, as well as improvement of long-term results of treatment. The lowest effect was obtained as a result of the use of traditional drug therapy without combining it with additional physical impact on the periapical focus.

*Keywords:* periapical lesion, apical periodontitis, therapy, electrophoresis, pharmacological and physical methods of influence.

**Сергеев Юрий Андреевич**

ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

*Аннотация.* В статье рассмотрены современные подходы и инновационные технологии в лечении верхушечного периодонтита. Автор приходит к выводу, что костная ткань зуба наиболее интенсивно восстанавливается тогда, когда применяется светолечение. При этом, имеет место сокращение срока регенерации костной ткани, а также улучшение отдаленных результатов лечения. Наименьший эффект был получен в результате применения традиционной медикаментозной терапии без сочетания ее с дополнительным физическим воздействием на периапикальный очаг.

*Ключевые слова:* периапикальный очаг, верхушечный периодонтит, светолечение, электрофорез, медикаментозные и физические методы воздействия.

**Н**а сегодняшний день хронический верхушечный периодонтит получил достаточно широкое распространение, и с учетом того, что он может стать причиной развития ряда других системных заболеваний, необходим поиск индивидуального диагностического и активного лечебного воздействия на патологический очаг в околоверхушечных тканях. Известно, что длительное бессимптомное течение хронического воспалительного процесса в околоверхушечных тканях способствует формированию неполноценной соединительной ткани, вследствие чего имеет место нарушение восстановительных процессов и опорно-удерживающей функции зубов [8,11].

Для диагностики хронического верхушечного периодонтита сегодня применяется радиовизиография, ортопантограммная рентгенография [11], определяют порог возбудимости периодонта [6]. После проведения диагностики пациенту назначают соответствующее лечение, как правило, медикаментозное. Цель работы — сравнить эффективность традиционных методов лечения хронического верхушечного периодонтита и комплексного подхода к лечению, включающего физические методы и медикаментозное лечение.

С целью проведения диагностического обследования поражений, имеющих локализацию в области одного или двух зубов, а также для контроля процесса лечения нами была использована дентальная рентгенография с использованием аппарата 5D2/EUOLUTION

X3000–2С, а также радиовизиография использованием аппарата CDR Schick № 24988. Также, чтобы повысить эффективность диагностики и выявить периапикальные деструктивные изменения, мы использовали модификацию аппарата SCORPION DENTAL OPTIMA, разработанную авторами В.В. Мироновой, Г.Г. Физюковой, Н.Н. Соломатиной, которыми было предложено, наряду с приставкой к такому аппарату, использовать устройство со специально разработанным ими активным электродом: данный электрод вводится в канал корня, подводится непосредственно к верхушечному периодонту, после чего проводятся замеры порога возбудимости [10].

Мы обследовали 120 пациентов, которые входили в три группы (основная группа и две контрольных). Пациентам первой группы была проведена традиционная обработка корневых каналов, а также осуществлено светолечение 61 зуба с хроническим верхушечным периодонтитом (50 пациентов). Пациенты второй группы получали как медикаментозное традиционное лечение, так и электрофорез 10% раствора йодида калия (такое лечение получали 34 пациента, всего было проведено лечение 36 зубов). В третью группу вошли 22 пациента (44 зуба), к данным пациентам при лечении хронического верхушечного периодонтита применялись традиционные методы лечения.

Светотерапию хронического верхушечного периодонтита мы проводили с использованием све-

тодиодного устройства, разработанного автором Мисником А. В. (патент на полезную модель № 91871 от 10.03.2010) [8]. Данное устройство облучает воспаленные околоверхушечные ткани зуба и предназначено для лечения хронического верхушечного периодонтита, эффективность которого повышается за счет введения оптического излучения в канал корня зуба непосредственно направлено на воспаленный периодонт.

Электрофорез 10% раствора йодида калия проводился по стандартной методике: производилось удаление распада пульпы, медикаментозная обработка каналов. Далее в проходимую часть канала вводились ватные турунды, которые были пропитаны раствором вводимого вещества. После активный электрод вводился в зуб и фиксировался липким воском, а пассивный закреплялся на предплечье пациента. Процедура проходила в течение 20 минут, после чего активный электрод извлекался из полости зуба, а сам зуб закрывался временной пломбой. В случае, если имел место фиброзный периодонтит, то проводилось 2 процедуры, если же был диагностирован хронический гранулирующий, то 3–4. Процедуры проводились с использованием аппарата ГЭ-5-03.

В результате исследования были получены следующие результаты. Первичная диагностика показала, что у всех пациентов хронического фиброзного периодонтита порог возбудимости периодонта составлял 150–160 мкА. Если традиционный метод лечения позволил снизить указанный порог до 140 мкА, то после электрофореза йодида калия порог снизился до 130 мкА. Светолечение же способствовало снижению порога до 100–120 мкА.

Результаты исследования пациентов с хроническим гранулирующим периодонтитом были следующие: первичная диагностика — 180–190 мкА, при традиционном методе произошло снижение до 160 мкА, после электрофореза — до 110 мкА, после светолечения — до 100 мкА. Анализ полученных результатов позволяет заключить, что проведенное лечение, независимо от методов, свидетельствует о благополучном результате первого этапа. При этом, наибольший эффект был получен при применении светолечения.

Согласно стандартам ВОЗ, окончательный исход эндодонтического лечения можно определить через 24 месяца после его проведения, так как именно по окончании указанного срока становится ясной динамика процесса восстановления костной ткани в очаге деструкции. Так как околоверхушечная ткань восстанавливается в течение 1,5–2 лет, необходимо наблюдать указанный процесс.

Посредством проведения динамического рентгенологического наблюдения пациентов и определения порога возбудимости периодонта было выявлено, что имело место снижения цифровых показателей, а также уменьшение патологических очагов в околоверхушечных тканях зубов, при этом, последние в некоторых случаях после проведения светотерапии даже не проявлялись. Указанные изменения были менее выражены после электрофореза и традиционного метода лечения.

По истечении шести месяцев после лечения было проведено обследование в основной группе пациентов. Результаты обследования показали отсутствие патологического очага на рентгенограмме (18 зубов), также было отмечено уменьшение такого очага в области 21 зуба, в области же 6 зубов такой очаг остался без изменений.

По истечении года обследование показало, что при общем уменьшении патологических очагов позитивные изменения не обнаружены в области только 1 зуба.

Исследование группы пациентов, получавших лечение электрофорезом, через 6 месяцев от начала лечения, показало, что костная ткань после проведения лечения восстановилась у 4 (6 зубов) пациентов, имело место уменьшение патологического очага в области 5 зубов, не измененным остался патологический очаг в области 7 зубов. Результаты обследования, проведенного по истечении года, свидетельствовали об отсутствии патологического очага в области 5 зубов, уменьшении — в области 6 зубов, отсутствии изменений — в области 3 зубов. По истечении двух лет у 19 пациентов патологический очаг отсутствовал в области 9 зубов, сократился в области 5 зубов и остался таким же в области 3 зубов.

Традиционный метод лечения дал более скромные результаты: по истечении 6 месяцев от начала лечения у 16 пациентов (22 зуба) отмечено сокращение очага в 2 случаях, неизменным он остался у 14 пациентов. Через год патологический очаг отсутствовал в области 4 зубов, сократился — в области 8 зубов и остался неизменным в области 2 зубов. По истечении двух лет у 13 пациентов (21 зуб) патологический очаг отсутствовал в области 15 зубов и без изменения сохранился в области 6 зубов.

Таким образом, можно заключить, что костная ткань зуба наиболее интенсивно восстанавливается тогда, когда применяется светолечение. При этом, имеет место сокращение срока регенерации костной ткани, а также улучшение отдаленных результатов лечения. Наименьший эффект был получен в результате применения традиционной медикаментозной терапии без сочетания ее с дополнительным физическим воздействием на периапикальный очаг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян, В. А. Динамика заживления пери- апикальных деструктивных поражений в рентгенологическом изображении / В. А. Бадалян, Н. А. Рабухина, Л. А. Григорьянц // Стоматология. — 2000. — № 2. — С. 12–16.
2. Григорьянц, Л. А. Клиника, диагностика и лечение больных с выведенным пломбировочным материалом за пределы корня зуба / Л. А. Григорьянц, В. А. Бадалян, М. Тамазов // Клиническая стоматология. — 2001. — № 1. — С. 29–31.
3. Дмитриева Л.А., Селезнёва Л. А. Новые тенденции в лечении верхушечного периодонтита // Эндодонтия Today. — 2004. — № 1. — С. 15–19.
4. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / Под ред. А. К. Иорданишвили. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 344 с.
5. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия: Пер. с англ. — СПб.: Интерлайн, 2000. — 691 с.
6. Лукиных Л.М., Лившиц Ю. Н. Верхушечный периодонтит: Учебное пособие. — Н. Новгород: НГМА, 2004. — 92 с.
7. Лучевая диагностика в стоматологии: Учебное пособие / Васильев А. Ю., Воробьёв Ю. И., Серова Н. С. и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 176 с.
8. Мисник, А. В. Лечение хронического верхушечного периодонтита с использованием технологий отсроченного пломбирования: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А. В. Мисник. — М., 2009. — 23 с
9. Мозговая Л.А., Косолапова Е. Ю., Задорина И. И. Оптимизация методов лечения хронических форм апикального периодонтита // Стоматология. — 2012. — № 5. — С. 14–17.
10. Николаев А.И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 928 с.
11. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Под ред. Г. М. Барера, Е. В. Зорян. — М.: Литтера, 2006. — 564 с. 9. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / Под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 912 с

© Сергеев Юрий Андреевич.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Ставропольский государственный медицинский университет