

# СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.314-022-036.112/.12-07-08 (045)

## НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ОДОНТОГЕННЫХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ

**Т.А. Галанова<sup>1</sup>, В.М. Моргунова<sup>2</sup>, Ю.Л. Осипова<sup>2</sup>**

ГОУ ВПО «Смоленская ГМА Росздрава»<sup>1</sup>  
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»<sup>2</sup>

*В результате проведенного исследования авторами было установлено, что метод лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита на основе активной медикаментозной терапии с применением комбинаций препаратов “Мерасул” (Pierre Rolland) и “Найз” (нимесулид) позволяет быстро купировать воспалительные явления в периодонтите, сократить сроки лечения и уменьшить количество посещений. **Ключевые слова:** хронический периодонтит, лечение.*

## NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF EXACERBATIONS OF CHRONIC ODONTOGENETIC FOCI OF INFECTION

**T. A. Galanova<sup>1</sup>, V.M. Morgunova<sup>2</sup>, Ju .L. Osipova<sup>2</sup>**

Smolensk State Medical Academy<sup>1</sup>  
Saratov State Medical University<sup>2</sup>

*As the result of carried out investigation it was revealed by the authors that the method of treatment of exacerbations of destructive form of chronic periodontitis based on active medicinal therapy with the use of combination of “Mepacyl” (Pierre Rolland) and “Nise” (nimesulide) allows to control inflammatory signs quickly and to reduce the number of visits to the dentist. **Key words:** chronic periodontitis, treatment.*

Разработка эффективных методов лечения больных с одонтогенными очагами инфекции и их воспалительными осложнениями является весьма актуальной проблемой терапевтической стоматологии (Максимовский Ю.М., Митронин А.В., 2003). Одним из основных путей решения этой задачи представляется повышение эффективности консервативного лечения деструктивных форм хронического периодонтита. Данная проблема является одной из наиболее сложных и противоречивых в современной практике эндодонтии.

Наличие хронического периодонтита сопровождается нарушением функциональной ценности «причинного» зуба, инфильтрацией дентина стенок корневого канала бактериями, их токсинами, продуктами распада тканей пульпы, проникновением патогенной микрофлоры и ее токсинов за верхушку корня, что приводит к развитию воспаления периодонта и деструкции костной ткани в периапикальной области. Периапикальные очаги хронического воспаления и де-

струкции костной ткани понижают неспецифическую резистентность организма, нарушают иммунологический статус, способствуют формированию соматической патологии, патогенетически связанной с одонтогенным очагом хронической инфекции (Горбачева И.А., Кирсанов А.И., 2001; Робустова Т.Г., Митронин А.В., 2007; Шелковский В.Н. и соавт., 2001; Caplan D.J. et al., 2006; Dorfer C.E. et al., 2001).

В то же время основной причиной широкой распространенности хронических апикальных периодонитов, по данным ряда исследователей, является неудовлетворительное качество эндодонтического лечения (Боровский Е.В., 2003; Вещева Ю.Г., 2005; Иорданишвили А.К. и соавт., 2006; Hommez G. et al., 2001; Kirkevang L.L. et al., 2007; Wermcke A., Koscan C., 2001).

Принципы лечения деструктивных форм хронического периодонтита (по МКБ соответствует шифру К04.5 – хронический апикальный периодонтит, апикальная гранулема) тесно связаны с представлениями о причинах и механизме развития воспаления,

особенностях взаимодействия организма и патологического очага.

Лечение деструктивных форм хронического периодонтита в стадии обострения (по МКБ соответствует шифру K04.7 - периапикальный абсцесс без свища) схематически можно разделить на три взаимосвязанных этапа:

1 этап – купирование воспалительных явлений в периапикальных тканях;

2 этап – обеспечение условий регенерации костной ткани в периапикальной области;

3 этап – герметичное пломбирование корневого канала, реставрация коронковой части зуба.

В настоящее время в российской стоматологии в большинстве случаев лечение обострения хронического периодонтита проводится традиционно: зуб оставляется «открытым» на несколько суток, до купирования острых воспалительных явлений, а затем применяется тот или иной метод дальнейшего лечения.

Однако широкое применение вышеуказанного метода лечения представляется недостаточно обоснованным. Имеется большое количество аргументов против того, чтобы оставлять зуб «открытым» на длительный период времени: корневые каналы подвергаются дополнительной бактериальной контаминации со стороны микрофлоры полости рта.

По данным литературы, в 1 мл некротизированного содержимого корневого канала обнаруживается до  $10^8$  бактерий, микроорганизмы инфицируют не только мягкие ткани пульпы, но и, главным образом, пристеночный преддентин корневого канала на глубину до 1,2 мм (Барер Г.М. и соавт., 1997; Максимова О.П., Петлев С.А., 2002; Тронстад Л., 2006). Таким образом, даже после инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов в глубоких слоях дентина и периапикальных тканях остаются жизнеспособные бактерии (Овчинникова И.А., 1998; Симоненко Р.В., 2004; Кабак Ю.С., 2005; Бонсор С.Дж. и соавт., 2006; Kishen A. et al., 2006).

Установлено, что если между посещениями пациента канал корня зуба не заполняют дезинфицирующим веществом, в нем размножаются бактерии, и их количество может достигнуть уровня, наблюдавшегося перед началом лечения, что может стать причиной обострения воспалительного процесса (Bystrom A., Sundqvist G., 1981). В некоторых случаях при «открытой» полости зуба отмечается уплотнение остатков пищи в корневом канале, что приводит к нарушению оттока экссудата из периапикальной области. Кроме того, такая пассивная, выжидательная тактика удлиняет сроки лечения, увеличивает число посещений, нередко приводит к различным осложнениям, а иногда и к удалению зуба (Кодукова А. и соавт., 1989; Беер Р. и соавт., 2006; Тронстад Л., 2006).

Более рациональным в лечении обострений хронического периодонтита представляется метод, который исключает «стадию открытого зуба», препятствует проникновению вторичной инфекции из полости рта в корневой канал, предполагает активную тактику и динамическое наблюдение.

Благодаря появлению в арсенале стоматологов высокоэффективных препаратов как общего воздействия на организм (включающее назначение нестероидных противовоспалительных средств – НПВС), так и местного - на периапикальный очаг воспаления и на содержимое корневых каналов, стало возмож-

ным применение иного подхода к лечению обострений хронического апикального периодонтита.

Учитывая важную роль микробного фактора в этиологии и патогенезе обострений хронического периодонтита, особое место в данной ситуации принадлежит антисептическим повязкам, которые накладывают в полость зуба под временную пломбу. Медикаменты, входящие в состав антисептической повязки, диффундируют в корневой канал, дентинные каналы, дельтовидные ответвления и периапикальные ткани, оказывая лечебное воздействие.

Исходя из особенностей течения обострений хронических периодонтитов, внутриканальное медикаментозное воздействие целесообразно сочетать с общим лечением, включающим назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), а при наличии показаний – антибиотиков.

Избранный нами для лечения обострений препарат нимесулид («Найз»), в отличие от большинства НПВС, селективно ингибирует «противовоспалительную» изоформу ЦОГ-2 и не влияет на «физиологическую» ЦОГ-1. Преимуществом является его не кислотное происхождение (в молекуле нимесулида карбоксильная группа заменена сульфанилидом), что обеспечивает дополнительное защитное действие на слизистую оболочку ЖКТ (Балабанова Р.М., 2001; Атрушкевич В.Г., Пихлак У.А., 2005; Чичасова Н.В., 2006).

**Цель исследования** - повышение эффективности лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита путем оптимизации медикаментозного воздействия на систему корневых каналов и периапикальные ткани.

#### **Материалы и методы**

Нами проведено обследование и лечение 52 пациентов без сопутствующей соматической патологии с обострением деструктивных форм хронического периодонтита (по МКБ соответствует шифру K04.7 - периапикальный абсцесс без свища): 17 мужчин и 35 женщины в возрасте от 18 до 50 лет. Всего вылечено 61 зуб (табл.1).

Для постановки диагноза использованы основные (осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация, термодиагностика) и дополнительные методы исследования (электроодонтометрия, дентальная рентгенография или радиовизиография).

В первое посещение под анестезией проводили раскрытие полости зуба, прохождение, определение рабочей длины, инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов, вскрытие апикального отверстия. Все перечисленные манипуляции проводились в соответствии с общепринятыми правилами и рекомендациями (Боровский Е.В., 2003; Николаев А.И., Цепов Л.М., 2003).

Затем зуб герметично закрывали антисептической повязкой, в качестве которой использовали препарат «Мерасул» (Pierre Rolland). В состав его входят антисептики метакрезила ацетат и камфорный парахлорфенол, а также стероидный противовоспалительный препарат дексаметазон. Повязку накладывали на срок от 1 до 3 суток. Внутрь пациенту назначали нестероидный противовоспалительный препарат нимесулид («Найз») по 1 таблетке (100 мг) 2 раза в день в течение 5-7 дней. После купирования воспалительных явлений проводили консервативное лечение деструктивного хронического периодонтита с использованием трансканального метода активного терапевтического воздействия на периапикальный очаг. С

этой целью за верхушку корня в очаг деструкции при помощи каналонаполнителя выводили препарат «Metapex». Полость зуба герметично закрывали временным пломбирочным материалом. При повторном посещении (через 1-2 суток) остатки пасты удаляли из просвета корневого канала и проводили постоянную obturацию его до физиологического сужения гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации с использованием твердеющего эндогерметика «Sealite Ultra» (Pierre Rolland) с последующей реставрацией коронки зуба.

Эффективность лечения оценивали на основании отсутствия у пациента жалоб, исчезновения болезненности при перкуссии зуба, отсутствия инфильтрации мягких тканей и болезненности при пальпации переходной складки в области проекции околоверхушечного патологического очага, отсутствия экссудата в просвете корневого канала, нормализации общего состояния, температуры тела и состояния регионарных лимфатических узлов.

### Результаты и обсуждение

Анализ результатов предложенной нами методики лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита показал высокую клиническую эффективность (рис. 1.). В 95,8% наблюдений отмечалось купирование воспалительных явлений: отсутствие у пациентов жалоб, нормализация состояния десны в области проекции верхушек корней «причинного» зуба, безболезненная перкуссия, отсутствие экссудата в просвете корневого канала. У 2 пациентов (4,2 %) наблюдалось прогрессирование воспалительного процесса: усиление болей при перкуссии и накусывании на зуб, нарастание отека и инфильтрации тканей в области переходной складки. У одного из этих пациентов сформировался субпериостальный абсцесс. Этим пациентам дальнейшее лечение проводилось «открытым» методом, а пациенту с острым гнойным периоститом была сделана периостотомия с дренированием абсцесса.

Таким образом, проведенное нами исследование показало возможность, эффективность и целесообразность предложенного метода лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита на основе активной медикаментозной терапии с применением комбинации препаратов «Мерасул» (Pierre Rolland) и нимесулида («Найз»). Данная схема лечения позволяет оставлять зуб «закрытым», что предотвращает дополнительное инфицирование периодон-

та, т.к. в этом случае не происходит «смешивания» микрофлоры корневого канала и полости рта. Кроме того, применение предложенного метода позволяет сократить сроки лечения и число посещений.

В то же время при проведении такого метода лечения не исключается опасность прогрессирования воспалительного процесса из-за отсутствия оттока экссудата, поэтому применение предложенного метода не должно быть шаблонным. При выборе между традиционным и предложенным методами лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита следует учитывать целый комплекс факторов: наличие у пациента сопутствующей общесоматической патологии, активность воспалительного процесса, а также личностные характеристики пациента, его готовность к сотрудничеству с врачом-стоматологом.

Применение предложенного метода лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита, по нашему мнению, целесообразно при следующих условиях:

- отсутствие у пациента сопутствующей общесоматической патологии;
- адекватное поведение пациента (выполняет рекомендации врача, имеет место взаимопонимание и готовность пациента к сотрудничеству с врачом);
- отсутствие выраженной воспалительной реакции со стороны мягких тканей;
- объективная необходимость сокращения сроков лечения.

В то же время расширение показаний к применению предложенного нами подхода к лечению обострений хронического гранулирующего периодонтита возможно при назначении остеотропных антибиотиков.

### Выводы

Проведенное нами исследование позволяет рекомендовать к более широкому клиническому применению предложенный метод лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита на основе активной медикаментозной терапии с применением комбинации препаратов «Мерасул» (Pierre Rolland) и «Найз» (нимесулид). Данные препараты имеют минимальные ограничения к клиническому применению.

Использование данной методики позволяет быстро купировать воспалительные явления в периодонте, сократить сроки лечения и уменьшить количество посещений.

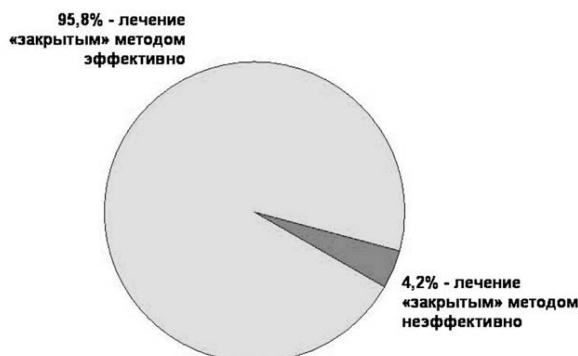


Рис. 1. Результаты лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита предложенным методом с применением препаратов «Мерасул» и «Найз» - секторная диаграмма

**Распределение исследованных зубов с хроническим деструктивным периодонтитом по локализации и анатомической принадлежности**

Локализация	Групповая принадлежность зубов				Всего	%
	резцы	клыки	премоляры	моляры		
Верхняя челюсть	15	1	9	9	34	55,74
Нижняя челюсть	5	1	2	19	27	44,26
Всего	20	2	11	28	61	100
Структура в %	32,79	3,28	18,03	45,9		

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

- Атрушкевич, В.Г. Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных препаратов КЕТОРОЛ И НАЙЗ в пародонтологической практике / В.Г. Атрушкевич, У.А. Пихлак // *Клин. стоматология.*- № 1.- 2005.- С. 34-36.
- Балабанова, Р.М. Нимесулид – противовоспалительный препарат с селективным ингибированием ЦОГ-2 / Р.М. Балабанова // *РМЖ.*- 2001.- № 9.- С. 291-292.
- Барер, Г.М. Влияние местного применения комплекса антибактериальных препаратов на течение хронического периодонтита / Г.М. Барер, В.В. Кочержинский, И.А. Овчинникова // *Клин. стоматология.*- 1997.- № 3.- С. 12-14.
- Беер, Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса / Пер. с нем. / Под ред. Е.А. Волкова.- М.: МЕДпресс-информ, 2006.- 240 с.
- Микробиологическая оценка фотоактивируемой дезинфекции в эндодонтии / С.Дж. Бонсор, Р. Ничол, Т.М.С. Рейд, Г.Дж. Пирсон // *Клин. стоматология.*- 2006.- № 3 (39).- С. 8-13.
- Вещева, Ю.Г. Экспертный анализ ошибок и осложненный эндодонтического лечения (медико-правовые аспекты): Автореф. дис. ...канд. мед. наук / Ю.Г. Вещева. - М., 2005.- 23 с.
- Горбачева, И.А. Хроническая одонтогенная очаговая инфекция и соматические заболевания / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов // *Пародонтология.*- 2001.- № 4(22).- С. 35-39.
- Иорданишвили, А.К. Сравнительная оценка эффективности пломбирования корневых каналов зубов в различных лечебно-профилактических учреждениях / А.К. Иорданишвили, И.А. Толмачев, М.Е. Горбатенков // *Материалы V Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 15-летию стоматологического факультета РязГМУ им. акад. И.П. Павлова.*- Рязань, 2006.- С. 121-125.
- Кабак, Ю.С. Распространенность, рентгенологические и морфологические проявления хронического апикального периодонтита и отдаленные результаты его консервативного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.С. Кабак. - Минск, 2005.- 20 с.
- Клиническая эндодонтия / Е.В. Боровский.- М.: АО «Стоматология», 2003.- 2-е изд., доп. и испр.- 176 с.
- Кондукова, А. Периодонтиты / А. Кондукова, П. Величкова, Б. Дачев. - М.: Медицина, 1989.-255 с.
- Максимова, О.П. Клинические размышления о биологических основах и путях развития эндодонтии сегодня / О.П. Максимова, С.А. Петлев // *Клин. стоматология.*- 2002.- № 3.- С. 22-26.
- Максимовский, Ю.М. Внутриканальная obturation кальцийсодержащим препаратом «Calciject» / Ю.М. Максимовский, А.В. Митронин // *Институт стоматологии.*- 2003.- №1.- С. 70-70.
- Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология.- 2-е изд., перераб. и доп. / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. - М.: МЕДпресс-информ, 2003.- 560 с.
- Овчинникова, И.А. Оценка эффективности комбинации антибактериальных препаратов в лечении периодонтита (эксперим.-клинич. исследование): Автореф. дис. ...канд. мед.наук / И.А. Овчинникова. - М., 1998.- 22 с.
- Робустова, Т.Г. Хронический апикальный периодонтит, причинно-следственная связь очагов инфекции с сопутствующими заболеваниями / Т.Г. Робустова, А.В. Митронин // *Российский стоматологический журнал.*- 2007.- № 1.- С. 38-41.
- Симоненко, Р.В. Изучение адгезивных свойств мирамистиновой пасты в корневых каналах зубов / Р.В. Симоненко // *Современная стоматология.*- 2004.- № 3.- С. 30-32.
- Тронстад, Л. Клиническая эндодонтия / Лейф Тронстад / Пер. с англ./ Под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой.- М.: МЕДпресс-информ, 2006.- 288 с.
- Чичасова, Н.В. Основные вопросы применения нестероидных противовоспалительных препаратов, волнующие практических врачей / Н.В. Чичасова // *Русский медицинский журнал.*- 2006.- Т. 14. - № 2 (254).- С. 81-86.
- Шелковский, В.Н. Одонтогенные очаги инфекции и хирургическое лечение инфекционного эндокардита / В.Н. Шелковский, В.Н. Балин, Г.Г. Хубулава // *Материалы российской науч. форума с международным участием «Стоматология 2001» «Стоматология на пороге третьего тысячелетия».* - М.: Авиаиздат, 2001. - С. 514-515.
- Bystrom, A. Bacteriological evaluation of the efficacy of mechanical root canal instrumentation in endodontic therapy / A. Bystrom, G. Sundqvist // *Scand. J. Dent. Res.*- 1981.- Aug.- Vol. 89 (4).- P. 321-328.
- Lesions of endodontic origin and risk of coronary heart disease / D.J. Caplan, J.B. Chasen, E.A Krall et al. // *J Dent Res.*- 2006.- Nov;85(11).- P. 996-1000.
- Association between periapical lesions and stroke: a case-control study / C.E. Dorfer, R. Lutz, F. Buggle et al. // *International Endodontic Journal. European Society of Endodontology 10<sup>th</sup> biennial Congress.* - Munich, Germany, 4-6 October, 2001.- P. 33-33.
- Hommez, G.M.G. Periapical health related to the quality of coronal restorations and root fillings / G.M.G. Hommez, Coppens, R.J. De Moor // *Эндодонтия today.* - X Конгресс (4-6 октября 2001). - Мюнхен, 2001. - С. 7-7.
- Risk factors for developing apical periodontitis in general population / L.L. Kirkevang, M .Vaeth, P. Hursted-Bindslev et al.// *Int Endod J.*- 2007.- Mar 20;40(4).- P. 290-299.
- Enterococcus faecalis-mediated biomineralized biofilm formation on root canal dentine in vitro / A. Kishen, S. George, R. Kumar et al. // *J Biomed Mater Res A.*- 2006.- May;77(2).- P. 406-415.
- Wermcke, A. The prevalence and quality of endodontic treatment in recruits of Bundeswehr / A. Wermcke, C. Kocapan // *International Endodontic Journal. European Society of Endodontology 10<sup>th</sup> biennial Congress.* - Munich, Germany, 4-6 October, 2001.- P. 34-34.