

ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТОВ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Х.Х. Хожиев, Н.Н. Хабибова.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

По данным исследований заболевания периодонта встречаются у пациентов всех возрастных групп. При этом апикальный периодонтит наиболее часто встречается среди лиц трудоспособного возраста с тенденцией к увеличению числа пациентов молодого возраста и старшей возрастной категории: 45-50% - в возрасте 39-44 года и более 50% у лиц старше 50 лет. Увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста способствует росту встречаемости разных форм хронического периодонтита.

Ключевые слова: периодонтит, лечение, пациенты, апикальный, возраст.

ПЕРИОДОНТИТНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Х.Х. Хожиев, Н.Н. Хабибова.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Тадқиқотларга кўра, периодонт касаллиги барча ёш гуруҳларидаги беморларда учрайди. Шу билан бирга, апикал периодонтит энг кўп ҳисобланади. Кўпинча кўпинча касаллик мойиллиги бўлган меҳнатга лаёқатли одамлар орасида учрайди ёш ва катта ёшдаги беморлар сонининг кўпайишии тоифалар: 45-50% - 39-44 ёшда ва 50 ёшдан ошган одамларда 50% дан ортиқ. Қариялар ва қарилик ёши турли хил сурункали периодонтит шакллариининг кўпайишига ёрдам беради.

Калит сўзлар: периодонтит, даволаш, беморлар, апикал, ёши, усуллари

TREATMENT OF PERIODONTITIS WITH MODERN METHODS

Khozhiyev Kh.Kh. Khabibova N.N.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

According to research, periodontal disease occurs in patients of all age groups. At the same time, apical periodontitis is the most often occurs among people of working age with a tendency to an increase in the number of patients of young age and older age categories: 45-50% - at the age of 39-44 and more than 50% in persons over 50. Increase in the proportion of person's elderly and senile age contributes to the increase in the incidence of different forms of chronic periodontitis.

Key words: periodontitis, treatment, patients, apical, age, methods.

Актуальность

Вопросы лечения хронического верхушечного периодонтита (ХВП) являются одним из важных и не полностью решенных задач терапевтической стоматологии. Это, прежде всего, связано со значительной распространенностью этого заболевания, сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций, большим процентом неудач и

осложнений при лечении, а также отсутствием стабильности результатов, полученных при использовании известных методов лечения. Несмотря на многочисленные исследования, проблема лечения ХВП остается актуальной, что обусловлено распространенностью заболевания, достаточно высокой частотой

обострений, как в ранние, так и отдаленные сроки наблюдения [1,2,3,4].

Лечение ХВП направлено на санацию корневых каналов, удаление патогенной микрофлоры, активацию процессов регенерации в периапикальной области и качественную obturацию для предупреждения реинфекции СКК и тканей периодонта [5,6,7].

Учитывая, что патогенные микроорганизмы в СКК недоступны действию системных антимикробных препаратов, механизмам иммунной защиты, необходимость своевременного эндодонтического лечения не вызывает сомнения [8,9,10,11].

Серьезной проблемой в нашей стране остается низкая эффективность эндодонтического лечения ХВП, что влечет за собой потерю зубов, развитие воспалительных одонтогенных осложнений, результатом чего является значительное снижение качества жизни пациентов [12,13,14].

При ХВП основным принципом лечения является выявление причин, заболевания и их устранение.

При затруднении проведения эффективной инструментальной и медикаментозной обработки СКК при хроническом АП возможно использование депофореза гидроокиси меди-кальция [5,6,7]. Это метод дозированного электрофореза комплексного ионного метастабильного соединения – гидроксида меди-кальция, который содержит заряженные наночастицы гидроксидулата, OH^- – ионы и ионы коллоидной гидроокиси меди.

Метод депофореза гидроокиси меди-кальция обеспечивает перманентную стерилизацию недоступных для механической обработки ответвлений и отверстий СКК [5,6,7].

Метод депофореза гидроокиси меди-кальция позволяет достичь положительный результат при первичном лечении хронического АП в 95% случаев [5]. При использовании метода депофореза отмечается меньшая потеря зубных тканей, а, следовательно, сохраняется механическая стабильность корня, что облегчает проведение ортопедического лечения при его необходимости.

Кроме того, депофорез гидроокиси меди-кальция повышает активность остеобластов в периапикальных тканях [7].

Так же, благодаря воздействию ионов меди наблюдается восстановление деструктивного очага уже через 6 – 12 месяцев, в то время как при традиционном эндодонтическом лечении восстановление костной ткани затягивается часто до 2-3 лет [5].

Однако проведение депофореза по общепринятой методике при повторном лечении хронического периодонтита обеспечивает элиминацию не более 33% патогенной микрофлоры СКК [6].

Федоровой Ф.М. [6] предложено проведение депофореза с предварительной ультразвуковой обработкой СКК и дополнительным местным применением комплекса антимикробных препаратов (леворин, ципрофлоксацин, метронидазол). Использование этого лечебного алгоритма позволяет удалить до 85% микрофлоры, высеваемой из СКК [6]. Другим широко применяемым физиотерапевтическим методом лечения АП является лекарственный электрофорез. При применении внутриканального электрофореза обеспечивается лучшее проникновение в ткани периодонта диссоциированных ионов лекарственных препаратов (антимикробные средства, антисептики, ферменты и др.), что повышает их эффективность [6]. Таким образом, учитывая высокую распространенность и рост заболеваемости ХАП, сложности проведения эффективного лечения, низкая его результативность, высокий риск развития осложнений и рецидивов заболевания, проблема повышения эффективности лечения ХАП сохраняет свою актуальность.

Целью работы было эффективность лечения хронического верхушечного периодонтита комбинированным использованием новых методов депо-, апекс – фореза и метода флюктуризации.

Материал и методы

Проведены обследования и лечение 81 больных в возрасте от 18 до 55 лет с гранулирующим и гранулематозным формами хронического верхушечного периодонтита (в 108 многокорневых зубах).

Зубы первой группы больных лечили традиционным способом, то есть эндодонтическую обработку каналов зубов проводили по методике Craun-Daun, каналы промывали антисептическими – 1% раствор хлорамина, 2% раствор гипохлорида натрия. Расширение верхушечного отверстия

осуществляли при помощи бурава поворотом его вокруг оси зуба не более чем на 45°. Уровень верхушечного отверстия определяли с помощью корневой иглы, (введенных в корневой канал до ощущения большим легкого укола и подверженного контрольной рентгенограммой с последующим пломбировкой проходимых корневых каналов методами холодной и горячей конденсации гуттаперчи с силерами (без использования депо- и апекс – фореза). В не пройденных инструментально каналах зубов применяли резорцин-формалиновый способ.

Больным второй группы зубы лечили с депофорезом при помощи аппарата «Original II» (Германия). Методика проведения депофореза гидроксида меди-кальция заключалась в следующем. Сначала препарировали кариозную полость, раскрывали полость зуба и создавали эндодонтический доступ. Считается, что для обеспечения, гарантированного, стойкого эффекта достаточно трех сеансов депофореза с интервалом в 8-14 дней. В первое посещение корневые каналы проходил и расширяли примерно на 2/3 длины, затем промывали суспензией гидроксида меди-кальция. Зуб изолировали от слюны и высушивали. При этом пациент должен располагаться таким образом, чтобы препарат не вытекал из канала. Затем в обработанную часть канала при помощи каналоуполнителя вводили суспензию гидроксида меди-кальция. Потом в канал на глубину 4-8 мм вводили отрицательный игольчатый электрод (катод), а полость зуба закрывали липким воском.

Положительный пассивный электрод (анод) размещали за щекой с противоположной стороны через ватный валик, смоченный водопроводной водой. Ток медленно увеличивали до появления в области зуба легкого ощущения тепла или покалывания. Время процедуры 10 минут. После окончания процедуры всё снимают, в каналах оставляют суспензию гидроксида меди-кальция и полость зуба герметично закрывают повязкой из искусственного дентина.

Для проведения апекс - фореза больным третьей группы использовали одножильный серебряно-медный электрод в тефлоновой изоляции, который помещали в предварительно расширенный по проходимости (на 2/3 – 1/2 длины корня до 20-го размера файла) в смоченный физиологическим раствором корневой канал.

Серебряно-медный электрод являлся анодом. Второй электрод располагали на предплечье правой руки. При отсутствии периапикальных изменений назначали 2 процедуры в день продолжительностью 5 мин, деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита курс лечения состоял из 3 процедур по 5 мин, проводимых ежедневно. При лечении сила тока во время процедур колебалась в пределах 1-0,5 мА. Количество электричества за 1 процедуру составляло 2,5-5 мА × мин.

В зубах четвертой группы больных после традиционной инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов проводили сеанс депофореза в дозе 5 мА с гидроксидом меди-кальция. Затем вместо второго сеанса депофореза (через 7 дней) проводили апекс-форез с серебряно-медным проводником. Через час проводили повторный сеанс депофореза в той же дозе и метод флюктуризации. На 14 день вновь проводили апекс-форез и депофорез зубов. В конечном итоге на курс комбинированного лечения зубов больные получали 3 сеанса депофореза и 2 сеанса апекс-фореза. После этого проходимые каналы зубов сразу же пломбировали методами холодной и горячей конденсации гуттаперчи с силерами (АН-plus, кортизонол, виздент и др.). Не пройденные инструментально корневые каналы в пределах их проходимой части пломбировали атацамитом. Коронки зуба восстанавливали с помощью пломб и вкладок.

Результат и обсуждение

Анализ результатов лечения хронического верхушечного периодонтита с применением различных видов терапии показал, что у 6 (28,5%) больных, получивших традиционное лечение, на 7-14 день наблюдались осложнения в виде болевого ощущения, и гиперемия десен в области минного зуба. А при применении депофореза корневого канала зубов аналогичные осложнения отмечались у 2 (10%) больных, при апекс-форезе - у 1 (5,5%) больных, а при комбинированном применении депо-, апекс – фореза и метода флюктуризации осложнений вовсе не наблюдались. При выявлении осложнений больным назначали анальгетики и противовоспалительные средства (анальгин, аспирин, парацетамол).

Как показали результаты повторных рентгенологических обследований через 6 и 12 мес, что при традиционном лечении число

положительной рентгенологической картины составляет в 6 (28,5%) случаев на 6 мес и 4 (19%) случаев на 12 мес исследования. При депофорезе эти показатели соответственно равняются 8(40%), 9(45%) случаев, а при апекс-форезе – 12(66,6%) и 15(83,3%), и они достоверно ($P<0,05-0,001$) отличаются от традиционного лечения. При комбинированном применении депо-, апекс – фореза и метода флюктуризации через 6 и 12 мес была выявлена положительная рентгенологическая картина соответственно 20(90,9%) и 22(100%) случаев. Эти показатели 1,3-2,2 раза превышают аналогичные данные при применении депо- и апекс - фореза в отдельности.

Вывод

Таким образом, применение депо-, апекс – фореза и метода флюктуризации в комплексном эндодонтическом лечении хронического верхушечного периодонтита приводит к значительно ($P<0,05-0,001$) быстрому ускорению процессов регенерации периапикальных тканей по сравнению с традиционным способом лечения. Резюмируя анализа данных, можно заключить, что применяемые новые методы лечения хронического верхушечного периодонтита с трудно- и непроходимыми корневыми каналами зубов – депофорез гидроксида меди-кальция, апекс-форез с серебряно-медным проводником и метода флюктуризации являются как наиболее эффективными методами локального апикального воздействия корневых каналов зубов по сравнению с традиционными методами лечения заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Эндодонтия. Стивен Коэн, Ричард Бернс. Сент-Луис. Вашингтон. Торонто, 1987.
2. Дмитриева Л. А, Селезнева Т.В. Новые тенденции в лечении верхушечного периодонтита // Эндодонтия today .- 2004.- № 1-2.- С. 15-19.
3. Khabibova N.N. The importance of adhesive molecules in the development of aftosis stomatitis // New day in medicine, 2019. № 4. P. 45-50.
4. Khabibova N.N., Akhmadaliev N.N. Diagnosis and prognosis of chronic recurrent aphthous stomatitis // 4th international eduindex multidiciplinary conference 2019. Special issue European Journal of Business and socal Sciencences, 2019. June. P. 52.
5. Радышевская, Т.Н. Комплексное лечение деструктивных форм хронического периодонтита / Т.Н. Радышевская, И.В. Линченко // Научный альманах. - 2016. - Т. 1, № 2 (15). - С. 404–406.
6. Федорова, Ф.М. Клинико-лабораторное обоснование повторного лечения хронических периодонтитов с применением метода депофореза: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Федорова Ф.М. - Самара, 2006. - 24 с.
7. Taylakova D.I., Kambarova Sh.A. "Analysis of medical anamnesis data and secondary prevention of systemic hypoplasia of dental hard tissues in children" // Central Asian Journal of Medicine Recommended Citation, 2020. P. 81-
8. Ширинова Х.Х., Хабибова Н.Н. Тана вазининг ортиши пародонт тўқимаси касалликлари ривожланишига таъсир қилувчи омил сифатида // Тиббиётда янги кун, 2020. № 2. Б. 463-465.
9. Taylakova D. I., Khabibova N.N. Determination Of The Immunological Status Of The Oral Cavity Of The Child Population With Congenital Lip And Palate In The Studied Areas // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - 2020, Volume 7, Issue 3. - Pages 3023-3026
10. Taylakova D.I., Kambarova, Sh.A. "Analysis of medical anamnesis data and secondary prevention of systemic hypoplasia of dental hard tissues in children" // Central Asian Journal of Medicine Recommended Citation.-2020.- P.81-98.
11. Тайлакова Д.И. Камилов Х.П. «Evaluation of the influence of harmful substances on the formation of the teeth of the fetus and newborn rats». // SCIENCE, RESEARCH, DEVELOPMENT #17. Belgrade (Serbia). 30-31.05, -2019, -P.123-127
12. Taylakova D.I, Kamilov Kh.P, Kasymov M.M. The prevalence of systemic hypoplasia in children depending on the adverse environmental conditions and their prevention // INTERNATIONAL JOURNAL FOR SOCIAL STUDIES. – 2019. - Vol 5 (4) - P. 25-33.
13. Taylakova D. I. secondary prevention of systemic hypoplasia of tooth enamel in children of the bukhara region // International scientific conference on challenging problems of children's dental. – May 2020. - P.1-3.

14. Хамраева Д.Ш., Хожиев Х.Х. Оценка способов лечения больных периодонтитов современными методами //Теория и практика современной науки. - 2018. - № 4. С 85-89.
15. D. Sh. Hamroeva. Factors affecting the dental status of the population.// Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS). Volume:4, Issue:3, Mar:2021 - P. 38-42.
16. Хожиев Х.Х. Способы лечения периодонтитов современными методами. //Новый день в медицине. - 2020. - 2 (30/2) – С. 300-303.
17. Хабибова Н.Н., Хожиев Х.Х. Improving endodontic treatment of chronic apical periodontitis with the use of depo of ipexpress and physiotherapy method fluctuorization International journal on integrated education. - 2020. September.- Vol.3-9. – P. 68-72.
18. Хабибова Н.Н., Хожиев Х.Х. Microbiological evalution of the effectiveness of depot, apex fluctuorization and electrophoresis incomplex treatment of chronic apical periodontitis //Middle European Scientific Bulletin. – 2020.
19. Хабибова Н.Н., Хожиев Х.Х. Methods for treating periodontitis modern methods //World Journal of Pharmaceutical Research. - 2020. April 12. – С. 50-54.

Поступила 09.04.2021