ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГНОЗА ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Маланьин И.В.

Кубанский медицинский институт

Краснодар, Россия

Среди наиболее сложных и трудоемких вопросов практической стоматологии - лечение больных с эндодонтическими патологиями и заболеваниями пародонта, которые занимают одно из первых мест. Это объясняется прежде всего сочетанием и распространенностью этих заболеваний. Кроме того, воспалительные периапикальные и пародонтальные процессы сопровождаются формированием стоматогенных очагов инфекции, интоксикации и сенсибилизации, а также являются этиологическими факторами возникновения и развития многих, так называемых очаговых заболеваний внутренних органов и систем организма человека.

Высокая частота распространения осложнённого кариеса и пародонтита, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря больным зубов и как результат снижение работоспособности, нарушение психологического состояния больных - все это позволяет считать данные заболевания не только медицинской, но и важной социальной проблемой. В связи с этим проблема лечения комбинированных эндо - пародонтологических поражений представляет собой важную общегосударственную задачу.

Почти полное отсутствие в отечественной литературе данных о взаимосвязи между заболеваниями пародонта и эндодонтической патологией, а так же прогнозе лечения комбинированных эндо - пародонтологических поражений подтверждает актуальность продолжения исследований в этом направлении, что и определило цель и задачи настоящего исследования.

Целью данной работы явилось повышение эффективности лечения комбинированных эндо – пародонтологических поражений.

Задачей данного исследования явилось этиопатогенетическое обоснование прогноза лечения комбинированных эндо – пародонтологических поражений.

Материалы и методы: Нами проведено обследование и лечение 200 больных (110 мужчин и 90 женщин в возрасте от 25 до 55 лет), имеющих комбинированные эндо - пародонтологические поражения. Данным пациентам проводили сочетанное эндодонтическое и пародонтологическое лечение.

Основная группа была разделена на 2 подгруппы. В первую подгруппу (100 больных) были включены пациенты с первичными эндодонтическими поражениями с вторичным вовлечением пародонта. Во вторую подгруппу (100 больных) были включены пациенты, имеющие первичные поражения пародонта с вторичным эндодонтическим поражением.

Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным заболеванием, получавших лечение пульпита и апикального периодонтита по традиционной методике без лечения заболеваний пародонта (50 больных).

В основной группе всем больным до начала лечения были даны рекомендации по специальной гигиене полости рта. После предварительной антисептической обработки осуществляли снятие над- и поддесневых отложений пьезоэлектрическим склером (P-5 BOOSTER SUPRASSON) и предложенным нами устройством для снятия зубных отложений: патент на изобретение № 2187280. «Устройство для удаления зубных отложений» (Бондаренко А.Н., Маланьин И.В., Бондаренко Н.А., Рисованный С.И., 2003г.). По показаниям проводили кюретаж. Затем в течение 15 – 25 минут в индивидуально изготовленной каппе в слизистую дёсен на очаг поражения вводили различные препараты: Виферон, Метрогил Дента, Гепарин и масло "Озонид". Курс лечения составлял 5 - 9 процедур, в зависимости от степени тяжести – по одной процедуре через день: патент на изобретение № 2143258 от 27.07.98 г. «Способ лечения пародонтита» (Маланьин И.В., Нестерова И.В., Рисованный С.И., Рисованная О.Н., 1998г.), свидетельство на полезную модель № 10342 «Приспособление для введения медикаментов в ткани пародонта» (Маланьин И.В., Рисованный С.И., Рисованная О.Н., 1998г.). Так же применялось предложенное нами устройство для вакуум-электрофореза дёсен: патент на изобретение №2185204. «Устройство для вакуум-электрофореза дёсен» (Бондаренко А.Н., Маланьин И.В., Рисованный С.И., 2002г.).

Эндодонтическое лечение исследуемых зубов осуществляли следующим образом: после трепанации, экстирпации пульпы или остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневой канал расширяли до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 нм). Эксудат из зубов удаляли с помощью перманентного вакуума. Вакуум создавался с помощью предложенного нами устройства

для удаления экссудата из зуба. После этого канал, как обычно, промывали, очищали и высушивали. Затем с помощью каналонаполнителя вводили в корневой канал смесь: Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1. При введении лекарственной смеси в корневой канал её незначительно выводили за апикальное отверстие. Препараты оставляли в канале на 10 – 15 дней. При необходимости через две недели после промывания каналов повторяли введение препаратов. После этого канал пломбировали с применением гутаперчивых штифтов и комбинирования методов латеральной и вертикальной конденсации: патент на изобретение №2216303 «Способ лечения периодонтита» (Маланьин И.В., Голуб Ю.Н. 2003г.).

В контрольной группе пациенты получали только эндодонтическое лечение, без лечения заболеваний пародонта.

В результате лечения комбинированных эндо – пародонтологических поражений была получена положительная динамика у основной группы больных, однако наилучшие клинико-функциональные показатели наблюдались в первой подгруппе основной группы, в которую были включены пациенты с первичными эндодонтическими поражениями со вторичным вовлечением пародонта, получавших комбинированное эндодонтическое и пародонтологическое лечение. У пациентов второй подгруппы основной группы клинико-функциональные показатели были хуже, но значительно лучше, чем в контрольной группе.

Пациенты, которым проводили комбинированное эндодонтическое и пародонтологическое лечение, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. Лишь у 5 пациентов в течение первых 2-3 дней неудобства возникали при приёме твёрдой пищи.

У 65% пациентов контрольной группы, получавших эндодонтическое моно лечение, в течении длительного времени ощущалась боль при накусывании в области лечённого зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с заболеваниями пародонта средней степени – и дольше.

Анализируя результаты исследования можно утверждать, что при лечении сочетанных эндо - пародонтологических поражений, чем сильнее поражен пародонт, тем хуже прогноз. И наоборот, чем в большей мере поражение вызвано патологией пульпы, тем прогноз благоприятнее. В данном случае лечение определяется потенциалом заживления.

На основании проведённого исследования можно рекомендовать следующее: при комбинированных эндо - пародонтологических поражениях необходимо как эндодонтическое, так и пародонтологическое лечение. Если эндодонтическое лечение адекватно, то прогноз зависит от тяжести поражения пародонта и эффективности пародонтологического лечения. При выполнении только эндодонтического лечения можно ожидать лишь частичного и временного восстановления дефекта