

Обоснование радикальных методов лечения при хронических периодонтитах постоянных зубов у пациентов различных групп здоровья

М. С. Иванова, С. Д. Лапшин

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Значимость проблемы одонтогенной инфекции определяется большой распространенностью кариеса и его осложнений у детей с различными соматическими заболеваниями (Тельчаров, 1968; Баталова с соавт., 1986; Шамсиев, 1987). Одонтогенные очаги инфекции служат постоянным источником микробных и тканевых токсинов, которые вызывают интоксикацию и сенсибилизацию организма, способствуют развитию аутоаллергических процессов, инфицированию внутренних органов, осложняют течение основного заболевания и обуславливают появление рецидивов (Чепулис, Наймене, 1973; Смоляр, 1978; Емельяненко, 1984). По мнению Г. Д. Овруцкого (1987), одонтогенный очаг может вызвать развитие вторичного иммунодефицитного состояния, предопределяющего неограниченный круг заболеваний. Таким образом, исследования многих авторов свидетельствуют о взаимозависимости состояния органов полости рта и всего организма в целом. Учитывая, что осложненный кариес составляет 35—50 % от общего числа стоматологических заболеваний у детей, можно говорить о влиянии хронической одонтогенной инфекции на возникновение и течение соматических заболеваний (Рыбаков, Челидзе, 1976; Ермошенко, 1986; Kirck, 1986). В свете различных теорий, объясняющих этиологию очаговообусловленных заболеваний, периодонтит рассматривается как одна из наиболее частых причин (Рыбаков, Челидзе, 1976; Овруцкий, 1987; Нуурра, Koivikko, Rauncok, 1979; Kirck, 1986). По данным И. Б. Беляева (1974), среди лиц, обращающихся за стоматологической помощью, больные с различными формами периодонтита составляют от 15 до 30 %.

Общепризнанно, что консервативные методы лечения не всегда позволяют добиться полной стерилизации одонтогенного очага, вследствие чего возникает необходимость хирургического вмешательства с удалением или сохранением зуба для ликвидации очага инфекции в периапикальных тканях. При санации хронических одонтогенных очагов используется три метода: консервативный, консервативно-хи-

рургический и хирургический. Возможность применения консервативной терапии определяется прежде всего общим состоянием организма пациента. Проблемы профилактики и лечения детей с воспалительными заболеваниями имеют важное значение, так как повреждение тканей в результате воспаления может привести к нарушениям формирования и прорезывания постоянных зубов, патологическому развитию и росту челюстных костей и т. д. В конечном итоге, в результате воспаления произойдет неправильное формирование зубочелюстного аппарата, обуславливающее функциональные, а в последующем и органические изменения на уровне всего организма (Воложин, Маянский, 1996). В. С. Иванов (1969) отмечает, что консервативные методы лечения хронического периодонтита противопоказаны при наличии тяжелых форм поражения внутренних органов (почек, сердца, печени и др.). В таких случаях следует проводить радикальную санацию, при которой зубы с воспаленным периодонтом должны быть удалены. Однако такой метод лечения при современном уровне развития эндодонтии служит крайней мерой. Т. Ф. Виноградова (1987), Н. А. Жильцова с соавт. (1987) утверждают, что при возможной связи соматических заболеваний с очагами одонтогенной инфекции более оправдано радикальное устранение очага. По мнению Т. Ф. Виноградовой (1987), консервативно-хирургические методы лечения должны широко использоваться для сохранения зуба при периодонтите в случае невозможности полноценной инструментальной обработки корней с каналами.

Наблюдаемую группу составили 205 детей и 186 взрослых пациентов, которых лечили по поводу хронического периодонтита постоянных зубов консервативными, консервативно-хирургическими или хирургическими методами. Консервативно-хирургическое лечение было проведено детям и подросткам младшего школьного возраста (от 7 до 12 лет) — в 21 из 57 случаев, школьникам старшего возраста (от 12 до 18 лет) — в 71 из 148 случаев и взрос-

лым пациентам — в 94 из 186 случаев. В итоге число прооперированных пациентов составило 186, или 47 %.

Было выделено 3 группы показаний к радикальному лечению постоянных зубов с хроническим периодонтитом у детей и подростков различных групп здоровья.

1. Соматические показания — среди 186 больных, которым было проведено консервативно-хирургическое лечение, 69 пациентов нуждались в радикальном лечении для предотвращения частых обострений соматических заболеваний. У этих больных после радикальной санации одонтогенных очагов в 70 % случаев отмечалось улучшение общего состояния организма, уменьшение частоты обострений основного заболевания, в том числе и у 2 больных, страдающих аллергией (отсутствие зуда и сыпи на коже).

2. Неэффективность консервативного лечения, что выявляется в ходе динамического наблюдения после проведения терапевтического лечения. У 39 больных, находившихся под нашим наблюдением, показания к операциям возникли в срок от 3 до 13 мес после окончания консервативного лечения в связи с его неэффективностью. В таких случаях мы отмечали клиническое и (или) рентгенологическое неблагополучие, что выражалось в отсутствии восстановления костной ткани в области периапикальных очагов, увеличении очага, обострении периодонтита после проведения адекватного терапевтического лечения.

3. Сложность или невозможность консервативного лечения, что было выявлено у 143 больных в процессе обследования и эндодонти-

ческого лечения и проявлялось в разрушении твердой ткани зуба в области расхождения корней (9), перфорации дна полости зуба (7), перфорации корней (5), недостаточном заполнении каналов твердеющим пломбирочным материалом (41), облитерации канала (3), возникновении дентиклей (3), дентинных мостов (4), наличии в канале отломка эндодонтического инструмента (15), добавочных каналов (5) и недоступных для пломбирования каналов (с углом изгиба более 50°) (19), горизонтальных переломов корней, осложненных периодонтитом (1), чрезмерном выведении пломбирочного материала за верхушечную область (7), поражении кариесом коронки моляра, при котором дальнейшее лечение невозможно (10), случаях ретроградного инфицирования соседних зубов (1), обширных периапикальных очагах резорбции костной ткани (13).

В ходе консервативно-хирургического лечения нами проведено 39 гемисекций, 42 резекции верхушки корня, 31 ампутация одного корня (в 4 случаях — 2 корней), 9 гранулэктомий, 19 реплантаций, 1 короно-радикулярная ампутация, 1 короно-радикулярная сепарация и 1 гемиреплантация.

Гранулэктомию применяли в случаях, когда канал удавалось запломбировать до апикального отверстия, т. е. имелась возможность произвести удаление гранулемы или кисты без нарушения анатомической целостности зуба.

Межкорневую гранулэктомию (рис. 1) применяли при локализации патологического очага в области расхождения корней верхних или нижних моляров, в некоторых случаях — при незначительных перфорациях дна полости зуба.

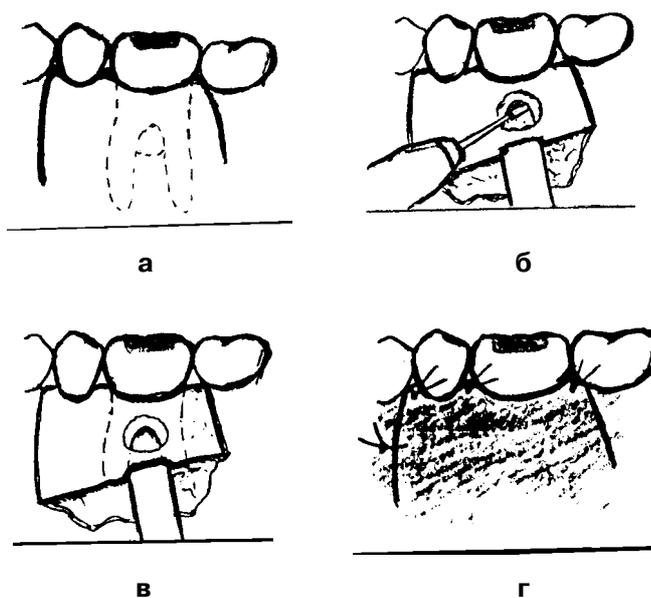


Рис. 1. Межкорневая гранулэктомия (схема): а — линия разреза; б — откинут лоскут, обнажена бифуркация; в — удален очаг, бифуркация обработана бором; г — рана ушита.

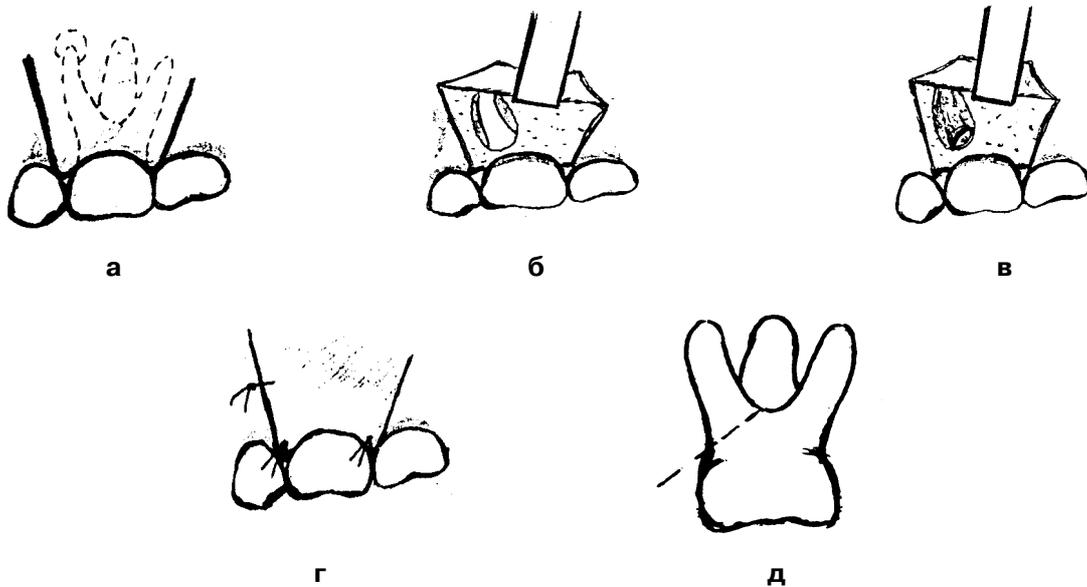


Рис. 2. Ампутация корня (схема): а — линия разреза; б — откинут лоскут, обнажен медиальный корень; в — корень отсечен и удален; г — рана ушита; д — линия распила при ампутации корня.

Ампутацию 1 или 2 корней (**рис. 2**) производили при наличии обширных очагов деструкции костной ткани в области корней с недоступными для пломбирования каналами (с углом изгиба более 50°), в случаях перфорации корня, при недостаточном заполнении канала твердеющим пломбировочным материалом, наличии в канале дентиклей, дентинных мостов, добавочных каналов, а также отломка эндодонтического инструмента в канале.

Гемисекцию производили в случаях, когда имелся пораженный и неподдающийся консервативным мероприятиям корень. Этот вид операции использовали для лечения нижних моляров и верхних премоляров. При проведении простой гемисекции (**рис. 3**) после поперечного распиливания коронки до бифуркации пораженную половину зуба удаляли щипцами. Сложная гемисекция (**рис. 4**) сопровождалась гингивотомией и откидыванием слизисто-надкостничного лоскута.

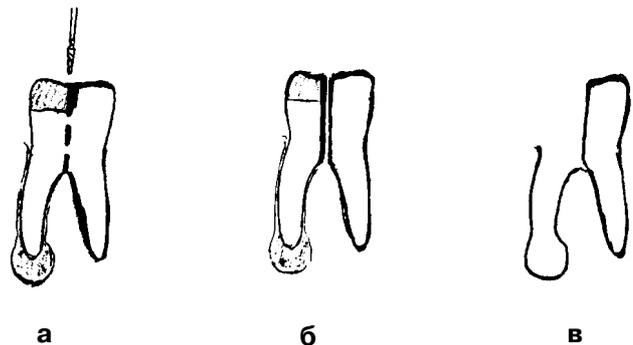


Рис. 3. Гемисекция простая (схема): а — линия распила; б — зуб разделен; в — медиальная часть зуба удалена.

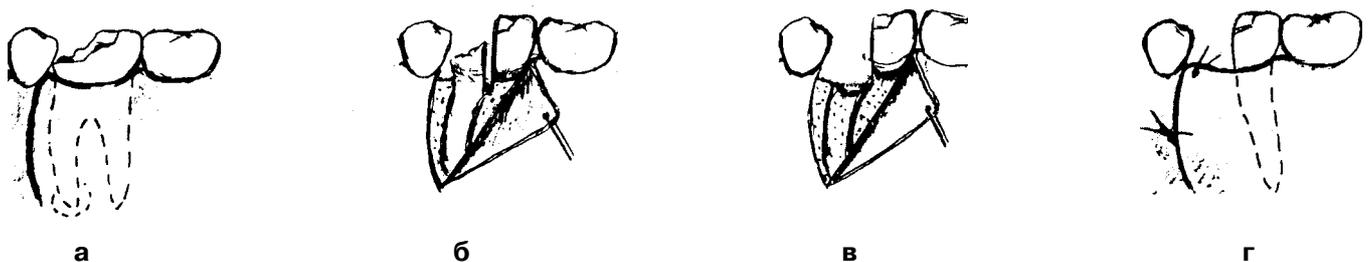


Рис. 4. Гемисекция сложная (схема): а — линия разреза; б — откинут лоскут, зуб разделен бором; в — медиальная часть зуба удалена; г — рана ушита.

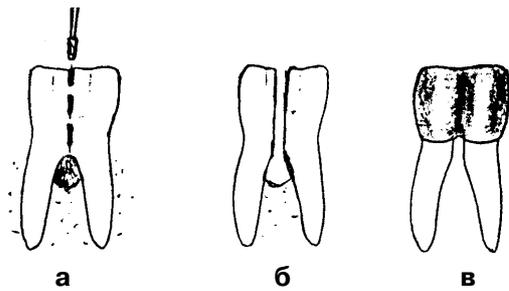


Рис. 5. Корона-радикулярная сепарация (схема):
а — линия распила; б — зуб разделен, удален очаг;
в — ортопедическое восстановление.

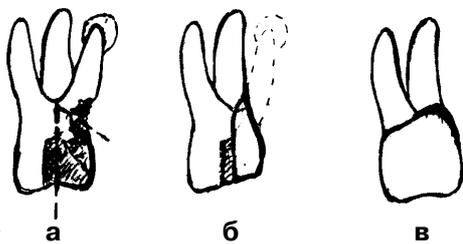


Рис. 6. Корона-радикулярная ампутация (схема):
а — линия распила; б — пораженный корень с частью
коронки удален; в — ортопедическое восстановление.

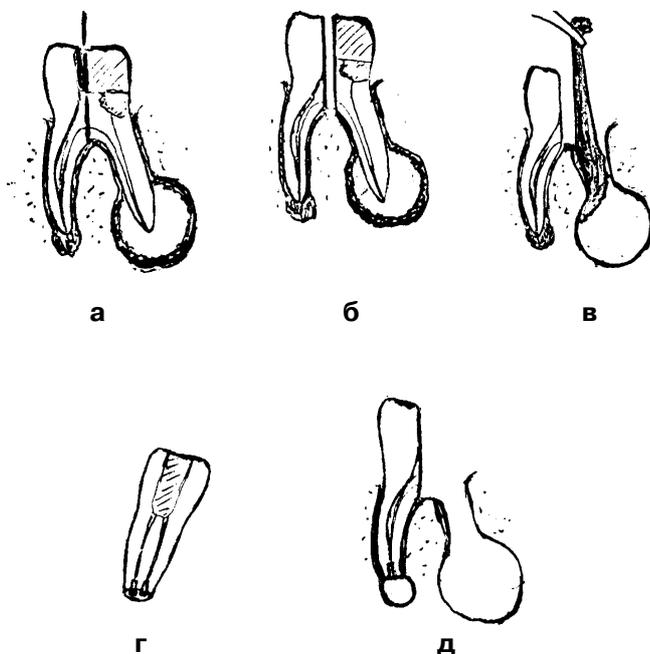


Рис. 7. Гемиреплантация (схема):
а — линия распила; б — зуб разделен по бифуркации;
в — дистальная часть зуба и киста удалены;
г — медиальная часть зуба удалена и подготовлена к
реплантации;
д — медиальная часть зуба реплантирована.

Корона-радикулярную сепарацию (рис. 5) производили на молярах с удовлетворительно запломбированными корнями, но поражением костной ткани в области расхождения корней, при обширных перфорациях, разрушении кариесом твердых тканей дна полости зуба. Операция заключалась в разделении в области расхождения корня нижнего моляра на две и верхнего моляра на три части, каждая из которых приобретала вид премоляра. Патологическая ткань выскабливалась.

Корона-радикулярную ампутацию (рис. 6) проводили в случаях необходимости удаления одного из корней верхнего моляра из-за невозможности его лечения и значительного поражения кариесом и разрушения прилежащей к нему части коронки. Операция заключалась в удалении вместе с корнем прилежащей к нему части коронки.

Гемиреплантация (рис. 7) показана для моляров нижней челюсти, которые не поддаются традиционным методам обработки канала корня или периапикальной хирургии, и одновременно наблюдается полное разрушение одной половины коронки зуба. Операция заключалась в рассечении зуба на 2 части с последующей реплантацией одной из них в лунку. Эта методика операции рекомендуется только для зубов с достаточным расстоянием между корнями.

Все операции были выполнены в условиях амбулаторного приема, среднее затраченное время на 1 больного при проведении хирургических манипуляций не превышало 30 мин, что свидетельствует об их нетрудоемкости и возможности проведения в условиях хирургического кабинета стоматологической поликлиники.

Критериями выздоровления мы считали отсутствие жалоб, клиническое и рентгенологическое благополучие, т. е. полное восстановление костной ткани в области периапикального очага деструкции. В 40 случаях после проведения гемисекции и корона-радикулярной ампутации на 4—5-й неделе после завершения лечения коронку восстанавливали протезиро-

ванием, а оставшиеся фрагменты зубов — литыми вкладками, после чего покрывали их металлическими коронками.

Среди наблюдаемых нами 186 больных, которым было проведено консервативно-хирургическое лечение, восстановление костной ткани наступило в сроки: через 3—4 мес — у 18 пациентов, через 5—6 мес — у 121, через 11—12 мес — у 47. У большинства больных, прошедших консервативный курс лечения, выздоровление наступало в сроки после 11—12 мес, в то время как при использовании консервативно-хирургических методов выздоровления достигали, в большинстве случаев, через 5—6 мес. Анализ контрольных рентгенограмм свидетельствует о том, что восстановление костной ткани после проведенной операции заканчивается на верхней челюсти через 5—6, на нижней — через 8 мес. Следует отметить, что восстановление костной ткани у детей после проведенного как консервативного, так и консервативно-хирургического лечения происходит в 1,5—2 раза быстрее, чем у взрослых.

В 160 случаях после оперативного вмешательства больным проводили физиотерапевтическое лечение, которое предусматривало оказание воздействия на очаг воспаления в периапикальных тканях.

Таким образом, **консервативно-хирургические методы лечения** включали в себя следующие **этапы**.

1. Терапевтический курс, которому следует уделять большое внимание, так как погрешности в его проведении могут послужить причиной неэффективности лечения.

2. Хирургическое лечение, которое включает проведение одной из зубосохраняющих операций, а при необходимости — шинирование.

3. Ортопедическое лечение, которое включает протезирование и осуществляется на 4—5-й неделе после проведения операций.

4. Динамическое наблюдение до наступления полного восстановления костной ткани в области операции.

Мы не рекомендуем проводить консервативно-хирургическое лечение по поводу периодонтита при тяжелых сопутствующих заболеваниях у детей (4-я и 5-я группы здоровья), при гемофилии, болезнях сердца с явлениями декомпенсации, при хроническо-септических состояниях, у пациентов с психическими заболеваниями. Нецелесообразно проведение зубосохраняющих операций при значительном разрушении коронки зуба, аномальном его положении (в случае, когда зуб не имеет косметической и функциональной ценности).

При проведении зубосохраняющих операций отмечены следующие **осложнения**. В 4

случаях при проведении ампутации корней моляров верхней челюсти была вскрыта верхнечелюстная пазуха, при этом операция заканчивалась наложением швов. Рана заживала первичным натяжением в обычные сроки. При определении показаний к радикальному лечению зубов с периодонтитом необходимо учитывать состояние верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала при локализации одонтогенных очагов деструкции в области моляров верхней и премоляров нижней челюсти.

В 1 наблюдении при проведении гемисекции зуб был разделен не по бифуркации, в результате чего при удалении медиального фрагмента была повреждена дистальная коронковая часть зуба (для предупреждения этого осложнения рекомендуем производить рентгенологический контроль непосредственно после разделения зуба на фрагменты).

В 1 наблюдении при резекции верхушки корня зуб удалили во время операции, так как его корень был погружен в полость кисты на большую часть длины, и зуб был резко подвижен. В этом случае было отмечено несоответствие рентгенологической и клинической картин (на рентгенограмме периапикальный очаг выглядел значительно меньше, чем было выявлено в ходе операции).

В 1 наблюдении во время резекции верхушки корня произошел отлом коронки из-за обширного поражения твердых тканей кариесом. В данном случае в канале был фиксирован штифт, и в дальнейшем изготовлена штифтовая конструкция.

После проведения операций были отмечены следующие осложнения: прогрессирующая резорбция корня зуба после операции по поводу травмы, в 1 случае наблюдался значительный отек после проведения частичной ампутации медиального корня 6 зуба (из-за травматичности операции).

В результате проведенного исследования были сделаны следующие **выводы**.

1. Консервативно-хирургические методы лечения больных с постоянными зубами, пораженными хроническим периодонтитом, показаны чаще всего в случаях, когда неблагоприятные условия для обработки каналов корней сочетаются с отягощенным соматическим статусом.

2. Консервативно-хирургическое лечение больных с хроническим периодонтитом постоянных зубов можно осуществлять в условиях поликлиники. При этом его эффективность превышает терапевтические методы примерно в 2 раза, что подтверждается клинико-рентгенологическими методами исследования.

3. Радикальные методы лечения позволяют полностью ликвидировать хронические очаги

инфекции одонтогенного происхождения, а также служат профилактической мерой для поддержания оптимального уровня здоровья и являются одним из мероприятий по профилактике обострений соматических заболеваний.

Литература

- Баталова В. Д., Гооге Л. А., Егорова И. А.* Стоматологическая диспансеризация детей школьного возраста // Актуальные вопросы диспансеризации населения. — Алма-ата, 1986.
- Беляев И. Б.* Хронические периодонтиты многокорневых зубов. — Минск, 1974.
- Виноградова Т. Ф.* Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 1987.
- Воспаление* (этиология, патогенез, принципы лечения) / Под ред. А. И. Воложина, Д. Н. Маянского. — М.: ММСИ, 1996.
- Емельяненко Н. В.* Состояние зубов, тканей пародонта и организация стоматологической помощи у детей с хроническими заболеваниями почек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Львов, 1984.
- Ермошенко Л. С.* Динамика показателей неспецифической резистентности организма детей, при лечении осложненного кариеса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Краснодар, 1986.
- Иванов В. С.* Разработка и экспериментально-клиническое изучение эпоксидных материалов для лечения пульпитов и периодонтитов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1969.
- Овруцкий Г. Д.* Стоматогенный очаг и очаговообусловленные заболевания: Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных процессов челюстно-лицевой области. — Свердловск, 1987.
- Рогинский В. В.* Оценка соматического и стоматологического статуса детей с периодонтитом временных зубов, с учетом клинико-рентгенологических и гематологических показателей // Стоматология. — 1988.
- Рыбаков А. И., Челидзе Л. Н.* Стоматологические заболевания и их взаимосвязь с внутренними органами. — Тбилиси, 1976.
- Смоляр Н. И.* Гигиена полости рта и распространенность кариеса зубов у больных ревматизмом // Терапевтическая стоматология. — Киев, 1978.
- Тельчаров Д. И.* Зависимость кариеса зубов у школьников от некоторых общих заболеваний: Тр. стомат. ф-та. — Волгоград, 1968.
- Чепулис С. П., Наймене Ю. И.* Взаимосвязь кариеса зубов и пародонтоза с функциональным состоянием внутренних органов и систем организма // Стоматология. — 1973.
- Шамсиев Х. Н.* Диспансеризация детского населения стоматологами: метод, рекомендации для детских врачей-стоматологов. — Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1987.
- Нуура Т., Koikko A., Pauncok.* Studies on periodontal conditions in asthmatic // Acta. Odont. scand. — 1979.
- Kirck W.* Innere medizien und Zahnkeilkunde // Der Piskopatien in der Zahnarztlichen Praxis. — Munchen, 1986.