



Терапевтическая стоматология

Противовоспалительная и противомикробная терапия в комплексном лечении верхушечных периодонтитов

Е.Н. Силантьева, к.м.н., доц. кафедры
С.М. Кривonos, к.м.н., доц. кафедры
Н.В. Березина, к.м.н., доц. кафедры
Кафедра терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО "КГМА"

Резюме

Приведены результаты наблюдения за 62 больными с острым и обострившимся хроническим верхушечным периодонтитом (78 зубов), получавшими при лечении для обработки корневых каналов препарат Мирамистин. Показана эффективность препарата Мирамистин как средства противовоспалительной, противомикробной, противоотечной и симптоматической терапии при лечении различных форм верхушечного периодонтита.

Ключевые слова: препарат Мирамистин, верхушечный периодонтит.

Antiphlogistic and antimicrobial therapy in complex treatment of apical periodontitis

E.N. Silant'eva, S.M. Krivonos, N.V. Berezina

Summary

The results of the monitoring to 62 patients with tangy and intensify chronic apical periodontitis (78 of teeth), received of treatment for preparation of root-canals Miramistin are contained. It was demonstrated the efficacy of Miramistin as method antiphlogistic, antimicrobial, antidropsical and symptomatic therapy of treatment of different forms of the apical periodontitis.

Keywords: Miramistin, apical periodontitis.

Верхушечный периодонтит — это воспалительный процесс в околоверхушечных тканях периодонта, вызванный действием факторов инфекционного, травматического и медикаментозного характера.

Число больных, которым ставится диагноз "верхушечный периодонтит" — около 30%, что позволяет отнести заболевание к одному из самых распространенных. Существующий периапикальный очаг инфекции и интоксикации является потенциальной опасностью для организма в целом [4]. Он может стать причиной развития одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и удаления зубов, а также сенсibilизировать организм больного, привести к значительным изменениям иммунитета, способствовать развитию и осложнять течение различных соматических заболеваний [4, 7].

В среднем в 85% случаев периодонтит лечится консервативно, однако этот процент может меняться, что зависит от формы заболевания, использованных методик лечения и

других факторов. Длительный процесс регенерации очагов деструкции в периапикальных тканях обуславливает трудности лечения хронических периодонтитов. Только спустя 6–12 месяцев и более после окончания эндодонтического лечения можно судить о его результатах [1].

Особенности анатомического строения корневых каналов зубов очень часто затрудняют или даже исключают прямое воздействие на периодонт, и это также является сложной проблемой при лечении.

Развитие и прогрессирование верхушечного периодонтита и его устойчивость к лечению непосредственно зависят от микрофлоры кариозной полости и дентина корневых каналов, в связи с чем при лечении данного заболевания особое значение необходимо придавать эндодонтической или внутривидовой терапии. Многообещающим является применение иммуностимулирующих лекарственных препаратов, регулирующих иммунный статус, а также механизмы саногенеза и процессы физиологической репарации. При этом до сих пор пристальное внимание исследователей привлекает проблема выбора антисептика, эффективно воздействующего на патогенно значимые микроорганизмы, и создания его достаточной концентрации в корневом канале на продолжительное время [2, 6, 8, 9, 10]. Одним из таких антисептиков является препарат Мирамистин-иммунокорректор, который оказывает выраженное антимикробное действие на грамположительные и грамотрицательные, аэробные и анаэробные, спорообразующие и аспорогенные бактерии и различные грибы. Мирамистин стимулирует местные защитные реакции и регенераторные процессы за счет модуляции клеточного и местного гуморального иммунного ответа [10]. В терапевтических концентрациях препарат не обладает местным раздражающим действием и не оказывает вредного воздействия на организм в целом. Мирамистин разработан в рамках программ по "Космической биотехнологии", выпускается ООО "Инфамед" (регистрационный PN 001926/01 от 13.12.2007 г.).

Цель исследования — оценка результатов лечения хронических периодонтитов с применением в составе комплексной терапии 0,01% раствора Мирамистина.

Материалы и методы исследования. Клиническое изучение эффективности препарата Мирамистин проводилось в ГБОУ ДПО "КГМА Минздрава России" на кафедре терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии с октября 2013 по сентябрь 2015 года. Работа основана на результатах стоматологического обследования 62 пациентов (32 мужчины и 30 женщин) в возрасте 18–45 лет, которым было вылечено



78 зубов с диагнозом "верхушечный периодонтит". С острым серозным и острым гнойным периодонтитом было по 9 зубов, с обострившимся хроническим гранулирующим периодонтитом — 38 зубов и хроническим гранулематозным периодонтитом — 22 зуба.

Диагноз "верхушечный периодонтит" ставился на основании жалоб, данных объективного и рентгенологического исследования. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе 28 пациентам было вылечено 34 зуба (4 с диагнозом острый серозный и 4 — острый гнойный периодонтит, 16 — с диагнозом обострение хронического гранулирующего периодонтита и 10 — с диагнозом обострение хронического гранулематозного периодонтита). Во второй группе (34 пациента) проведено лечение 44 зубов (с диагнозами острый серозный — 5, острый гнойный периодонтит — 5, обострение хронического гранулирующего периодонтита — 22 и 12 с диагнозом обострение хронического гранулематозного периодонтита).

Как известно, основная цель лечения периодонтита — устранить воспаление в периапикальной области, тем самым одонтогенный воспалительный очаг не оказывает патогенного влияния на организм, достигается регенерация тканей периодонта и восстанавливается функция зуба. Ликвидации воспаления и восстановлению костной ткани в очаге деструкции способствуют антисептическое воздействие на микроорганизмы и прекращение их доступа за верхушечное отверстие.

В нашем исследовании лечение острого и обострения хронического верхушечного периодонтита мы проводили по показаниям в 1–2, реже 3 посещения.

Первым этапом было препарирование зуба. Основные задачи данного этапа — удалить омертвевшие твердые ткани, вскрыть и раскрыть полость зуба, обнаружить устья корневых каналов. Для препарирования используются алмазные боры (на длинной ножке) разных размеров, для обнаружения устьев — эндодонтические зонды.

Эндодонтическое лечение включало обработку корневых каналов в технике "Step back" ("Шаг назад") с применением эндодонтического инструментария по стандартизации ISO, антисептическую обработку (для основной группы использовался 0,01% раствор Мирамистина, для контрольной группы — 3% раствор гипохлорита натрия) и пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации.

После раскрытия полости зуба и ее медикаментозной обработки раствором антисептика мы расширяли устья корневых каналов инструментами Largo и Gates Glidden, эвакуировали пульпэкстракторами распад пульпы и гнойный экссудат. Затем приступали к инструментальной обработке корневых каналов, раскрывая по показаниям верхушечное отверстие. Стоит отметить, что на данном этапе часто применяются различные химические вещества на основе ЭДТА, которые способствуют как прохождению, так и расширению узких каналов.

Техника "Step back". При данной методике проводится расширение каналов от апикальной трети до коронковой,

используя сначала инструменты меньшего, а затем большего размера. Суть методики заключается в формировании воронкообразной (телескопической) формы канала.

Сначала необходимо определить основной размер файла, который должен быть на 3 размера больше первоначального (к примеру, если самый маленький файл, которым удалось полностью пройти канал — № 10, то основной файл будет № 25). Далее канал обрабатывается файлом, на один размер большим основного, но не на всю длину, а на 1 мм меньше. Каждый последующий файл должен быть на размер больше, а канал должен проходить на 1 мм меньше. Перед каждым увеличением размера инструмента канал рекомендуется обрабатывать основным файлом и промывать раствором антисептика для того, чтобы удалить из канала дентинные опилки.

В нашей работе мы применяли ирригацию как основной способ медикаментозной обработки корневого канала с целью освобождения канала от остатков распада пульпы, дентинных опилок и "смазанного слоя".

Следует отметить, что ирригация раствора антисептика должна быть непрерывной и объемной. В среднем для промывания канала требуется около 2 мл ирригационной жидкости. Мы осуществляли подачу раствора антисептика, используя эндодонтические ирригационные шприцы.

Существует множество методик пломбирования корневых каналов, но наибольшее распространение получил метод латеральной конденсации, который мы и применяли в нашей работе.

Техника выполнения:

- сначала в канал погружают основной штифт (соответствует размеру основного файла, использовавшегося в технике расширения канала "Step back") с нанесенной на него пастой (или силером) и продвигают его, не доходя до апекса на 1 мм;
- затем в канале уплотняют (конденсируют) штифт специальным инструментом без насечек — спредером;
- после извлечения спредера в появившееся пространство погружают дополнительный штифт. Данные действия повторяют до полного заполнения корневого канала штифтами (спредер должен продвигаться в канал не более чем на 2 мм);
- после плотной obturation раскаленным инструментом (экскаватором или гладилкой) обрезают штифты до устья.

После эндодонтического лечения необходимо провести рентгенологическое исследование данного зуба. Рентгенологические признаки успешного лечения:

- канал запломбирован до самого апекса;
- отсутствие выведения пломбировочного материала за пределы апикального отверстия;
- плотное заполнение канала материалом на всем протяжении без просветов.

Результаты эндодонтического лечения оценивали клинически и рентгенологически, учитывали диагноз, первоначальные изменения в тканях зуба и степень заполнения корневого канала. Эффективность лечения определяли в ближайшее время после лечения и в отдаленные сроки.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Клиническими критериями оценки результатов эндодонтического лечения служат болевая чувствительность зуба, состояние слизистой оболочки, подвижность зуба, перкуссия зуба, пальпация слизистой оболочки и альвеолярного отростка.

Рентгенологическими критериями оценки результатов эндодонтического лечения являются оценка состояния тканей периодонта, рентгенологические признаки восстановления костной ткани, определение сохранности пломбировочного материала в корневом канале.

После окончания лечения периодонтитов результат считали благоприятным, если на следующие сутки после лечения больной не жаловался на боль, и перкуссия зубов была безболезненной. Результаты лечения рассматривались как неблагоприятные, если спустя сутки пациенты предъявляли жалобы на боли при накусывании на леченный зуб и перкуссия зубов была болезненной.

На основании клинко-рентгенологических исследований спустя 6, 9 и 12 месяцев после окончания лечения оценивали отдаленные результаты.

Результаты исследования. У всех 62 пациентов была изучена микробная флора корневых каналов и проведено сравнительное изучение антимикробного действия на нее 0,01% раствора Мирамистина и 3% раствора гипохлорита натрия. Материал для исследования забирали из корневых каналов после их тщательной инструментальной и медикаментозной обработки одним из антисептиков (0,01% раствор Мирамистина в основной группе, 3% гипохлорит натрия в контрольной группе) с последующей идентификацией культур микроорганизмов. Данные посева содержимого корневых каналов после 10-минутного воздействия антисептиками показали, что оба антисептика оказывают бактерицидное действие на микробную флору корневых каналов. Но все же была установлена более высокая эффективность применения в качестве антисептика для обработки корневых каналов 0,01% раствора Мирамистина: после обработки 3% гипохлоритом натрия микрофлора из корневых каналов высевалась в 19 посевах из 44 (43%), после обработки 0,01% раствором Мирамистина — в 6 посевах из 34 (18%).

При первичном обращении у 53 пациентов из 62 страдало общее состояние, перкуссия в области 47 зубов из 78 сопровождалась сильной болезненностью, в области 31 зуба выявлены воспалительные изменения в виде гиперемии и отека десны по переходной складке, а в области 20 зубов на слизистой оболочке десны обнаружен свищевой ход.

Сопоставление клинического состояния пациентов основной и контрольной групп показало, что у больных основной группы клинические проявления, характерные для острого и обострения хронического периодонтита, уже в первые дни после лечения практически полностью купировались (буквально на второй день после использования для медикаментозной обработки 0,01% раствора Мирамистина). Отмечалось уменьшение болезненности зуба при накусывании и перкуссии, отека десны и гиперемии по переходной складке. В контрольной группе на фоне применения 3% гипохлорита натрия

для уменьшения воспалительных явлений требовалось большее время — порядка трех—пяти дней и более.

В отдаленные сроки (через 6—12 месяцев) после проведенного лечения клинически у всех пациентов основной группы отмечалось выздоровление, никто из пациентов не отмечал рецидива заболевания. При анализе клинко-рентгенологической картины в целом через 6—12 месяцев после проведенного лечения у пациентов основной группы отмечалось отсутствие жалоб и незначительное восстановление костной ткани.

Клинические наблюдения подтвердили целесообразность клинического применения в качестве антисептика 0,01% раствора Мирамистина. Мирамистин быстро ликвидировал воспалительные явления в периапикальных тканях и болевой синдром в ближайшие (91,6% случаев) и отдаленные сроки (100% случаев). Проведенные клинко-рентгенологические исследования определили, что при терапии острых и деструктивных форм верхушечного периодонтита наибольшая эффективность отмечалась при использовании 0,01% раствора Мирамистина, нежели 3% раствора гипохлорита натрия, что позволяет говорить о более выраженном антибактериальном, противовоспалительном и иммуностимулирующем воздействии 0,01% раствора Мирамистина. Через 12 месяцев после obturации корневых каналов в 92% случаев на уровне апикального отверстия в очаге деструкции происходило восстановление костной ткани.

Выводы. Проведенное исследование показало, что использование при лечении острых и деструктивных форм верхушечного периодонтита 0,01% раствора Мирамистина следует признать целесообразным. Данный антисептик оказывает выраженный лечебный эффект, воздействуя на микрофлору околоверхушечного очага, повышая местные защитные реакции и стимулируя регенераторные процессы в периапикальных тканях.

Литература

1. Дмитриева Л.А., Селезнёва Л.А. Новые тенденции в лечении верхушечного периодонтита // Эндодонтия Today. — 2004. — № 1. — С. 15—19.
2. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.К. Иорданишвили. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 344 с.
3. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия: Пер. с англ. — СПб.: Интерлайн, 2000. — 691 с.
4. Лукиных Л.М., Лившиц Ю.Н. Верхушечный периодонтит: Учебное пособие. — Н. Новгород: НГМА, 2004. — 92 с.
5. Лучевая диагностика в стоматологии: Учебное пособие / Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 176 с.
6. Мозговая Л.А., Косолапова Е.Ю., Задорина И.И. Оптимизация методов лечения хронических форм апикального периодонтита // Стоматология. — 2012. — № 5. — С. 14—17.
7. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 928 с.
8. 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.
10. www.miramistin.ru

МИРАМИСТИН®

для лечения и профилактики

БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ
В ОТНОШЕНИИ G+ И G-
БАКТЕРИЙ, ВКЛЮЧАЯ
УСТОЙЧИВЫЕ ГОСПИТАЛЬНЫЕ
ШТАММЫ

ПРОТИВОВИРУСНОЕ
ДЕЙСТВИЕ (ВИРУСЫ ГЕРПЕСА,
АДЕНОВИРУСЫ)

ДЕЙСТВУЕТ ПРОТИВ
ХЛАМИДИЙ И
ПРОСТЕЙШИХ

ПОВЫШАЕТ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
БАКТЕРИЙ, ГРИБОВ
И ПРОСТЕЙШИХ
К ДЕЙСТВИЮ
АНТИБИОТИКОВ

ПРОТИВОГРИБКОВОЕ ДЕЙСТВИЕ НА ДРОЖЖЕВЫЕ
И ДРОЖЖЕПОДОБНЫЕ ГРИБЫ (CANDIDA ALBICANS, CANDIDA
TROPICALIS, CANDIDA KRUSEI И Т.Д.), ДЕРМАТОФИТЫ (TRICHOPHYTON
VERRUCOSUM, EPIDERMOPHYTON FLOCCOSUM, MICROSPORUM
CANIS И Т.Д.), ВКЛЮЧАЯ ФЛОРУ С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ
К ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ

НЕ ВСАСЫВАЕТСЯ
И НЕ ОБЛАДАЕТ
МЕСТНО РАЗДРАЖАЮЩИМ
И АЛЛЕРГИЗИРУЮЩИМ
ДЕЙСТВИЕМ НА СЛИЗЫСТЫЕ
ОБОЛОЧКИ И КОЖНЫЕ
ПОКРОВЫ

СТИМУЛИРУЕТ
ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ
И РЕПАРАТИВНЫЕ
ПРОЦЕССЫ В РАНЕ,
УСКОРЯЕТ
ЗАЖИВЛЕНИЕ



ПОКАЗАНИЯ

Стоматология

- ✓ Воспалительные заболевания полости рта: стоматит, гингивит, пародонтит, периодонтит
- ✓ Обработка корневых каналов и кариозных полостей
- ✓ Санация полости рта перед лечебными процедурами

Хирургия, травматология, комбустиология, челюстно-лицевая хирургия

- ✓ Первичная хирургическая обработка ран
- ✓ Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей и опорно-двигательного аппарата
- ✓ Трофические язвы, пролежни
- ✓ Лечение ожогов I-IV степени

Оториноларингология

- ✓ Гнойно-воспалительные заболевания среднего уха, придаточных пазух носа, гортаноглотки, трахеи в монотерапии и комплексном лечении
- ✓ Острые и хронические тонзиллиты, фарингиты, ларингиты, синуситы, отиты, в том числе осложненные перфорацией барабанной перепонки

Терапия, педиатрия, пульмонология, фтизиатрия

- ✓ Лечение и профилактика воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей
- ✓ Профилактика и лечение заболеваний вирусной этиологии (грипп, ОРВИ, герпес и др.)

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ