

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИРАМИСТИНА, ИММОБИЛИЗОВАННОГО НА КОМПОЗИЦИОННОМ ПОЛИСОРБЕ

Будзинский Н. Э., Сирак С. В.

¹ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия (355000, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: stgma@br.ru

В представленной статье проводится анализ эндодонтического лечения верхушечного периодонтита с использованием мирамистина иммобилизованного на композиционном полисорбе для медикаментозной обработки корневых каналов зубов и в составе пасты, как в сочетании с гидроксиапатитом, так и без него. Клинические наблюдения подтвердили, что использование предложенного способа лечения способствует быстрому купированию воспаления в периодонте и ликвидации болевого синдрома в ближайшие и отдаленные сроки. Применение пасты содержащей иммобилизованный мирамистин в сочетании с гидроксиапатитом заапикально оказывает выраженный терапевтический эффект: активно воздействует на микрофлору околоверхушечного очага, повышает местный иммунитет и стимулирует регенерацию околоверхушечных тканей. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения геля, содержащего мирамистин, иммобилизованного на композиционном полисорбе эндоканально и в виде аппликаций на слизистую оболочку, при лечении хронического верхушечного периодонтита.

Ключевые слова: мирамистин, периодонт, периодонтит, полисорб, лечение.

FEATURES OF THE TREATMENT OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS USING MIRAMISTIN IMMOBILIZED ON COMPOSITION POLYSORBITOL

Budzinskiy N. E., Sirak S.V.

¹Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia (355000, Stavropol, street Peace, 310), e-mail: stgma@br.ru

In the present article analyzes the endodontic treatment of apical periodontitis using miramistina immobilized on a compositional polysorbitol for medical treatment of root canals and the paste is combined with hydroxyapatite and without it. Clinical observations have confirmed that the use of the method of treatment promotes rapid relief of inflammation in periodontal and elimination of pain in the short and long terms. Applying a paste containing immobilized miramistin combined with hydroxyapatite zaapikalno has a pronounced therapeutic effect: an active effect on the microflora okoloverhushechnyh hearth, improves local immunity and stimulates the regeneration of okoloverhushechnyh tkaney. Poluchennye data indicate the feasibility of applying a gel containing miramistin, immobilizovannyu na composite polysorbitol endokanalno in the form of applications_the mucous membrane in the treatment of chronic apical periodontitis

Key words: miramistin, periodontitis, periodontitis, polisorb, treatment.

Введение. В структуре стоматологической заболеваемости периодонтит занимает одно из первых мест, так как больные с различными формами периодонтита от общего числа пациентов, обращающихся за помощью к стоматологу, составляют около 30 % [2, 6]. Как очаг инфекции и интоксикации периодонтит представляет потенциальную опасность для организма. Они могут служить причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области, сенсibilизировать организм и способствовать неблагоприятному течению заболеваний внутренних органов [2, 3, 4, 5]. Несмотря на то, что в последние годы достигнуты определенные успехи как в изыскании новых, так и в совершенствовании известных способов лечения периодонтита, эта проблема по-прежнему привлекает пристальное внимание исследователей. Это обусловлено некоторыми нераскрытыми механизмами этиологии и патогенеза данного заболевания, трудоемкостью лечения, достаточно высоким процентом

ближайших и отдаленных осложнений. Среди причин, вызывающих воспаление периапикальных тканей, наряду с особенностями анатомо-топографического строения челюстей и периапикальных тканей, одно из первых мест отводится микроорганизмам и их токсинам, поступающим из корневых каналов в периодонт [7, 9, 10, 11].

В зависимости от характера воспалительного процесса и патогенеза лечение должно проводиться с индивидуальным подходом к каждому больному и всегда носить комплексный характер. Одной из важных задач современной стоматологии является устранение причины, поддерживающей воспаление в периодонте, микроорганизмов, а также поиск новых иммуностимулирующих препаратов для профилактики и коррекции вторичных иммунодефицитных состояний и регенерации костных структур в периодонте.

Этим требованиям отвечает мирамистин – адьювантный иммунокорректор, обладающий выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных, спорообразующих и аспорогенных бактерий, оказывающих противогрибковое действие [1]. Мирамистин усиливает местные защитные реакции, регенераторные процессы вследствие модуляции клеточного и местного гуморального иммунного ответа [1, 3, 9].

Однако высокий антисептический иммуномоделирующий потенциал препарата невозможно реализовать для полной длительной стерильности корневых каналов в силу анатомических особенностей их строения. Для увеличения времени действия мирамистина особый интерес вызывает использование средств, обладающих большой сорбиционной емкостью, к числу которых относятся кремнеземы. Кроме того, отмечая важность медикаментозной обработки корневых каналов в процессе лечения верхушечного периодонтита, необходимо подчеркнуть, что наиболее существенную роль в ускорении репаративных процессов в очаге поражения играют свойства иммобилизованного мирамистина в основе эндодонтической пасты [1, 9].

Как в нашей стране, так и за рубежом проводятся разработки по созданию новых материалов, которые ускорили бы репаративные процессы в периодонте за счет содержания в своем составе стимуляторов остеогенеза. Особое внимание среди предлагаемых материалов заслуживают препараты на основе гидроксиапатита, которые являются структурным компонентом костной ткани и твердых тканей зуба [8, 9, 10].

Цель исследования. Повышение эффективности лечения острого и обострившегося хронического верхушечного периодонтита с использованием мирамистина, иммобилизованного на полисорбе, в сочетании с гидроксиапатитом и без него.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах стоматологического обследования 120 пациентов с верхушечным периодонтитом (68 мужчин

и 52 женщины) в возрасте 18–45 лет. С острым серозным и острым гнойным периодонтитом вылечено по 12 зубов, по поводу обострившегося хронического гранулирующего периодонтита – 47 зубов и хронического гранулематозного периодонтита – 37 зубов (табл. 1)

Таблица 1

Распределение клинического материала в зависимости от формы
верхушечного периодонтита

Форма периодонтита	Количество зубов (в %)	
Острый серозный	12	10,0
Острый гнойный	12	10,0
Обострившийся хронический фиброзный	12	10,0
Обострившийся хронический гранулирующий	47	39,17
Обострившийся хронический гранулематозный	37	30,83
ИТОГО:	120	100

Больные были разделены на две группы: первую и вторую. В первой группе больных с учетом лекарственных средств, использованных для медикаментозной обработки корневых каналов, были выделены четыре подгруппы: первая – 0,1%-ный раствор мирамистина, вторая – гель мирамистина, иммобилизованного на композиционном полисорбе; третья – композиционный полисорб; четвертая – применяли одновременно эндоканально иммобилизованный мирамистин и аппликации этого препарата на переходную складку в области проекции верхушки корня зуба (табл. 2)

Таблица 2

Распределение больных первой группы в зависимости от метода медикаментозной
обработки корневых каналов

Под группы	Лекарственные препараты	Количество обследованных больных	Апикальный периодонтит				
			острый		Обострившийся хронический		
			серозный	гнойный	фиброзный	гранулирующий	гранулематозный
1	Водный 0,01% раствор мирамистина (эндоканально)	22	3	3	–	9	7
2	Мирамистин, иммобилизованный на полисорбе (гель) (эндоканально)	34	3	3	3	14	11
3	Полисорб (гель) (эндоканально)	28	3	3	2	11	9
4	Мирамистин иммобилизованный на	36	4	3	3	14	12

	полисорбе (гель) (эндоканально + на слиз. оболочку десны)						
ИТОГО		120	13	12	8	48	39

Клинический материал второй группы в зависимости от состава пломбирочного материала и степени пломбирования корневых каналов был разделен на шесть подгрупп. В пятой подгруппе для пломбирования корневых каналов зубов использовали пасту, содержащую мирамистин, иммобилизованный на композиционном полисорбе, пломбирование проводилось до апикального отверстия (МПП-1), в шестой подгруппе каналы заполняли этой же пастой, выводили ее за апикальное отверстие (МПП-1). В седьмой подгруппе применялась лечебная паста, содержащая иммобилизованный мирамистин и гидроксиапатит, корневые каналы пломбировались до апикального отверстия (МПГАП-1); в восьмой подгруппе использовалась эта же паста, но пломбирование каналов проводилось заапикально (МПГАП-2). Девятую и десятую подгруппы составили пациенты, у которых корневые каналы заполнялись цинкэвгеноловой пастой, соответственно, до апикального отверстия (ЦЭП-1) и с выводением ее заапикально (ЦЭП-2) (табл. 3)

Таблица 3

Распределение больных второй группы в зависимости от состава паст, применяемых для пломбирования корневых каналов зубов, и методики их применения

№ п/п	Лекарственные препараты	Количество	Апикальный периодонтит				
			острый		хронический		
			серозный	гнойный	фиброзный	гранулирующий	гранулематозный
5	МПП-1	12	2	2	2	3	3
6	МПП-2	26	2	2	2	10	10
7	МПГАП-1	12	2	2	2	3	3
8	МПГАП-2	46	2	2	2	25	15
9	ЦЭП-1	12	2	2	2	3	3
10	ЦЭП-2	12	2	2	2	3	3
ИТОГО		120	12	12	12	47	37

Лечение острого и хронического верхушечного периодонтита проводилось поэтапно. После раскрытия полости зуба и ее медикаментозной обработки 0,01 %-ым раствором мирамистина расширяли устья корневых каналов, удаляли из них распад пульпы и гнойный экссудат, проводили инструментальную обработку корневых каналов и раскрывали по показаниям верхушечное отверстие. В корневых каналах, в зависимости от группы больных, оставляли турунду с соответствующими антисептиком под временную пломбу. Во второе посещение после медикаментозной обработки и снятия острых явлений каналы пломбировали соответствующей эндодонтической пастой.

Ближайшие результаты лечения оценивали как благоприятные, если на следующие сутки после лечения пациенты не предъявляли жалоб, перкуссия зубов была слабо болезненной. Неблагоприятными считали результаты лечения, когда спустя сутки больные жаловались на боли при накусывании на причинный зуб. Отдаленные результаты оценивались на основании клинико-рентгенологических исследований спустя шесть, девять, двенадцать месяцев после окончания лечения. Кроме того, у больных с различными формами периодонтита проводилась денситометрия 135 рентгенограмм.

Результаты исследования. Иммобилизация мирамистина на композиционном полисорбе позволяет добиться большей стерильности корневых каналов при лечении верхушечного периодонтита (через сутки в 94,12 % случаев) по сравнению с результатами использования не иммобилизованного мирамистина (86,36 % случаев).

Клинические наблюдения подтвердили целесообразность клинического применения иммобилизованного на композиционном полисорбе мирамистина, который способствует быстрому купированию воспалительных явлений в периапикальных тканях и ликвидации болевого синдрома в ближайшие (91,6 % случаев) и отдаленные сроки (100 % случаев) (табл. 4)

Таблица 4

Динамика клинических признаков острого воспаления в периапикальных тканях после медикаментозной обработки корневых каналов различными лекарственными средствами

Группа	Купирование симптомов острого воспаления																	
	Прекращение боли			Уменьшение асимметрии лица			Исчезновение гиперемии и сглаженности переходной складки			Безболезненная перкуссия						Прекращение явлений экссудации		
										причинного зуба			соседних зубов					
	До		После	До		После	До		После	До		После	До		После			
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%			
Первая	22	19	86,36± 7,49	10	6	60,00± 16,33	20	10	50,00± 11,47	22	18	81,82± 8,42	7	6	85,71± 14,29	17	14	82,35± 9,53
Вторая	34	31	91,18± 4,94	14	10	71,43± 12,53	32	20	62,50± 8,70	34	29	85,29± 6,17	10	10	100,00	26	24	92,31± 5,33
Третья	28	22	78,57± 7,90	11	6	54,55± 15,75	27	11	40,74± 9,64	28	22	78,57± 7,90	7	5	71,43± 18,44	22	17	77,27± 9,14
Четвертая	36	33	91,67± 4,67	10	8	80,00± 13,33	35	24	68,57± 7,96	36	32	94,44± 3,87	9	9	100,00	27	25	92,59± 5,14

Проведенные клинико-рентгенологические исследования позволили установить, что при лечении деструктивных форм верхушечного периодонтита наибольшая эффективность отмечалась при использовании пасты, содержащей мирамистин, иммобилизованный на композиционном полисорбе, в сочетании с гидроксипатитом. После obturации корневых

каналов на уровне апикального отверстия полное восстановление костной ткани в очаге деструкции через 12 месяцев отмечалось в 92 % случаев, при заапикальном выведении этой пасты через 12 месяцев наблюдений – в 97,56 % случаев, тогда как при применении в качестве эндодонтического материала цинк-эвгенеловой пасты положительные результаты были получены только в 45,45 и 50,0 % случаев соответственно (табл. 5).

Таблица 5

Отдаленные результаты лечения острого и обострившегося хронического периодонтита после пломбирования корневых каналов зубов больных второй группы различными эндодонтическими пастами

Подгруппа	Эндодонтическая паста	Количество наблюдений	Сроки наблюдения (мес.)	Результаты лечения					
				полное восстановление костной ткани		частичное восстановление Костной ткани		очаг деструкции без изменений	
				Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
5	МПП-1	12	6	6	50,00±15,08	6	50,00±15,08	-	-
			9	7	58,33±14,86	5	41,67±14,86	-	-
			12	9	75,00±13,06	3	25,00±13,06	-	-
6	МПП-2	23	6	9	39,13±10,41	14	60,87±10,41	-	-
			9	13	56,52±10,57	10	43,48±10,57	-	-
			12	19	82,61±8,08	4	17,39±8,08	-	-
7	МПАП-1	12	6	6	50,00±15,08	6	50,00±15,08	-	-
			9	8	66,67±14,21	4	33,33±14,21	-	-
			12	11	91,67±8,33	1	8,33±8,33	-	-
8	МПАП-2	41	6	32	78,05±6,54	9	21,95±6,54	-	-
			9	35	85,37±5,59	6	14,63±5,59	-	-
			12	40	97,56±2,44	1	2,44±2,44	-	-
9	ЦЭП-1	11	6	5	45,45±15,75	-	-	6	54,55±15,75
			9	5	45,45±15,75	1	9,09±9,09	4	36,36±15,21
			12	5	45,45±15,75	4	36,36±15,21	1	9,09±9,09
10	ЦЭП-2	12	6	6	50,00±15,08	2	16,67±11,24	4	33,33±14,24
			9	6	50,00±15,08	4	33,33±14,21	2	25,00±11,24
			12	6	50,00±15,08	5	41,67±14,86	1	8,33±8,33

Выводы. На основании результатов проведенного исследования установлено, что применение при лечении деструктивных форм верхушечного периодонтита пасты, содержащей мирамистин, иммобилизованный на композиционном полисорбе, в сочетании с гидроксипатитом, следует признать целесообразным. При выведении через заапикальное отверстие данная паста оказывает выраженный терапевтический эффект: активно воздействует на микрофлору околоверхушечного очага, повышает местные защитные реакции и стимулирует регенераторные процессы в периапикальных тканях.

Список сокращений

МПП-1 – мирамистин, иммобилизованный на полисорбе (до верхушки корня);

МПП-2 - мирамистин, иммобилизованный на полисорбе (за верхушку корня);

МПГАП-1 – мирамистин, иммобилизованный на полисорбе с гидроксиапатитом (до верхушки корня);

МПГАП-2 – мирамистин, иммобилизованный на полисорбе с гидроксиапатитом (за верхушку корня);

ЦЭП-1 – цинк-эвгеноловая паста (до верхушки корня);

ЦЭП-2 – цинк-эвгеноловая паста (за верхушку корня).

Список литературы

1. Сирак С. В. Особенности выбора антимикробных препаратов для местного лечения воспалительных заболеваний пародонта у детей и подростков / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, Ю. Н. Пугина [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – Т. 7. – № 4. – С. 61–63.
2. Сирак С. В. Осложнения, возникающие на этапе пломбирования корневых каналов зубов, их прогнозирование и профилактика / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, И. А. Копылова // Эндодонтия Today. – 2009. – № 1. – С. 23–25.
3. Сирак С. В. Изучение морфологических изменений в пульпе зубов экспериментальных животных при лечении глубокого кариеса и острого очагового пульпита / С. В. Сирак, А. Г. Сирак, И. А. Копылова, А. К. Бирагова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – Т. 23. – № 3. – С. 29–33.
4. Сирак С. В. Диагностика, лечение и профилактика верхнечелюстного синусита, возникающего после эндодонтических вмешательств / С. В. Сирак, А. А. Слетов, М. В. Локтионова [и др.] // Пародонтология. – 2008. – № 3. – С. 14–18.
5. Коробкеев А. А. Изучение особенностей анатомо-топографического строения нижней челюсти для планирования эндодонтического и имплантологического лечения / А. А. Коробкеев, С. В. Сирак, И. А. Копылова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – Т. 17. – № 1. – С. 1–22.
6. Сирак С. В. Вопросы повышения качества эндодонтических вмешательств по данным анкетирования врачей-стоматологов / С. В. Сирак, И. А. Копылова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2010. – № 2. – С. 127–129.
7. Григорьянц Л. А. Некоторые особенности топографии нижнечелюстного канала / Л. А. Григорьянц, С. В. Сирак, Н. Э. Будзинский // Клиническая стоматология. – 2006. – № 1. – С. 46–51.
8. Патент на изобретение RUS 2366377 от 07.04.2008.
9. Патент на изобретение RUS 2366378 от 07.04.2008.
10. Патент на изобретение RUS 2373873 от 14.02.2008.

11. Патент на изобретение RUS 2378997 от 13.10.2008.

Рецензенты:

Порфириадис Михаил Павлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии общей практики СтГМУ, главный врач МБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника», г. Ставрополь.

Слетов Александр Анатольевич, доктор медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Ставрополь.