

## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ В ОДНО ПОСЕЩЕНИЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

*Е.В. Честных, Л.А. Горева, Ю.Н. Карташева, А.Н. Петрова, А.О. Колосова,*

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет  
Минздрава России

## **CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS PER ONE VISIT (LITERATURE REVIEW)**

*E.V. Chestnykh, L.A. Goreva, J.N. Kartasheva, A.N. Petrova, A.O. Kolosova*  
Tver State Medical University

*Аннотация. В обзоре литературы рассмотрены методы одномоментного консервативного лечения хронических форм периодонтитов и их эффективность.*

*Ключевые слова: лечение хронического периодонтита, одномоментное лечение.*

*Summary. The review of the literature discusses the most common methods of conservative treatment of chronic periodontitis in one visit.*

*Keywords: treatment of apical periodontitis, one stage treatment*

По данным всемирной организации здравоохранения кариес и его осложнения являются самой распространенной патологией среди взрослого населения. Длительный воспалительный процесс в области периапикальных тканей является причиной возникновения острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области, становится очагом хронической инфекции и может вызывать соматические заболевания. По данным исследований последних лет из 900 человек у 715 (79,4%) были выявлены деструктивные изменения у верхушки корня и/или наблюдалось пломбирование корневых каналов. То есть из 29 724 зубов 13,8% были либо лечены эндодонтически, либо имели верхушечный периодонтит [1]. Также, например, в исследовании, проведенном в 2019 году в Индии, приняли участие 74 414 пациентов, из которых 67 236 (90,35%) имели хронический периодонтит [2]. В 2015 году в г. Казани было установлено, что апикальный периодонтит занимает первое место среди всех хронических форм болезней пародонта (от 58,2 до 87,9%), а распространенность хронического апикального периодонтита у взрослого населения составила 100% [3].

Из вышеупомянутых фактов можно сделать вывод о том, что в современном мире хронический периодонтит является широко распространенным заболеванием, о способах лечения которого до сих пор ведутся споры. Основной целью эндодонтического лечения хронических форм периодонтита является устранение инфекционного очага из периапикальных тканей, что достигается с помощью медикаментозной обработки в одно или

несколько посещений. Большинство врачей отдают предпочтение хирургическому протоколу лечения [4,5]. Но современная концепция терапии деструктивных процессов периапикального пространства предлагает проведение сначала ортоградного эндодонтического лечения апикального периодонтита и только при отсутствии положительной динамики применять хирургическое вмешательство [6,7,8,9]. Консервативная терапия, в первую очередь, направлена на уничтожение источника инфекции и уменьшение воспаления в периапикальных тканях [10,11,12,13,14]. Но в то же время консервативная терапия обладает высокой сложностью и низкой эффективностью, поэтому от 48% до 80% зубов с периодонтитом подлежат удалению. К таким последствиям может привести несоблюдение пациентом режима посещений и игнорирование рекомендаций врача-стоматолога, в результате чего риск возникновения осложнений резко возрастает [15]. Лечение данной патологии является успешным при однократной или повторной временной obturации только в 50%-70% случаев [16]. По одним современным клиническим исследованиям через 3 месяца 90% обследованных каналов дезинфицированы, а по другим, что через 4 недели 97% каналов дезинфицированы. Помимо этого, есть результаты исследований, в которых говорится о том, что через 1 неделю 92% каналов дезинфицированы, и через 1 неделю 99% каналов дезинфицированы.

И. В. Маланьин, О. А. Павлович в своем исследовании в 2006 году предложили вносить в очаг поражения на 10-15 дней смесь триакорта, клотримазола, доксициклина и гидроксида кальция в соотношении 1:1:1:2 в дозе 0,1-0,5 г, не выводя ее за апикальное отверстие [17]. После этого предложено пломбирование канала по стандартной методике с использованием гуттаперчевых штифтов и метода латеральной конденсации. Данный способ был использован для лечения 100 пациентов, из которых у 3 возникали неприятные ощущения при приеме твердой пищи в течение 2-3 дней после пломбирования, жалобы на боль никто не предъявлял. У 50 пациентов, которых лечили традиционным способом, 54% пациентов в течение 4-5 дней ощущали боль при накусывании. При повторном осмотре через год пациентов контрольной группы у 6 человек выявлена слабо болезненная перкуссия, у 9 больных на рентгеновских снимках отмечалось расширение периодонтальной щели и очаги разрежения костной ткани в области периапикальных тканей. У пациентов, которых лечили смесью препаратов, через год не отмечалось дискомфорта и жалоб на боль, на рентгеновских снимках очагов разрежения было не обнаружено. По результатам исследования можно сделать вывод о том, что смесь препаратов триакорта, клотримазола, доксициклина и гидроксида кальция хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. Данный метод лечения имеет ряд преимуществ таких, как быстрое исчезновение боли, противоточное и противовоспалительное действие, антибактериальный эффект, а также обеспечивает регенерацию периодонта [17].

Как уже было сказано, одним из важных аспектов лечения является хорошая медикаментозная обработка каналов. Антимикробную эффективность

эндодонтических процедур, выполняемых за одно посещение (10-минутная повязка с назначением 5% йод-калий-йодидом), сравнивали с лечением в два и более посещения (повязка с назначением пасты из гидроксида кальция). В процессе исследования проводили отбор проб и культивирование корневых каналов до и сразу после инструментальной и медикаментозной обработок. Первоначально было выявлено наличие микроорганизмов в 98% зубов. Дальнейшая инструментальная обработка показала уменьшение количества микрофлоры в канале. Антибактериальная повязка еще больше сократила количество зубов с микроорганизмами. После лечения остаточная микрофлора была обнаружена в 29% зубов, вылеченных в одно посещение и в 36% зубов, обработанных за два посещения [18]. Соответственно, с антибактериальной точки зрения лечение зубов с апикальным периодонтитом в два и более посещения не было более эффективным по сравнению с однократной процедурой.

Это же доказали врачи-исследователи Peters и Wesselink в 2002 году. Они получили результаты хуже при применении гидроксида кальция при лечении зубов с некротизированной пульпой и периапикальным светлым участком на рентгенограмме, чем при пломбировании в первое посещение. При лечении пациентов, которым корневой канал был запломбирован сразу на первом приеме без оставления внутриканальных препаратов, в 81% случаев произошла полная ремиссия периапикального очага деструкции. В отличие от этого у пациентов, которым на 1 месяц оставляли гидроксид кальция, лечение оказалось успешным только в 71% случаев. В данных случаях не был удален смазанный слой в корневом канале. Но по данным Holland (2003) если же в канале, до внесения гидроксида кальция будет удален смазанный слой, то эффективность лечения будет значительно выше при более долгой экспозиции временной повязки. У пациентов, которым после удаления смазанного слоя производили постоянное пломбирование в первое посещение, результаты лечения были значительно хуже.

При лечении зубов с неудовлетворительным предшествующим эндодонтическим лечением, но без признаков апикального периодонтита возможно два варианта лечения: в первом случае после инструментальной обработки каналов проводится ирригация подогретым 2-3% гипохлоритом натрия, и проводят постоянное пломбирование, во втором случае после инструментальной обработки проводится удаление смазанного слоя, ирригация и временное пломбирование корневых каналов препаратами на основе гидроксида кальция сроком на 2 недели. Если у зубов с неудовлетворительным предшествующим эндодонтическим лечением присутствуют признаки апикального периодонтита, то здесь лечение будет зависеть от проходимости корневых каналов. Если их удастся пройти, то лечение проводится в одно посещение. Если же зуб имеет сложную конфигурацию корневых каналов или же каналы непроходимы, то проводится временное пломбирование препаратами кальция. Если причиной возникновения инфекции явилось отсутствие коронарной герметизации, то лечение проводится в одно посещение.

Так как гидроксид кальция неэффективен против *Enterococcus faecalis*, который обладает способностью выживать даже в сильно щелочной среде, то наилучший антибактериальный эффект будет обеспечивать смесь гидроксида кальция и камфора-парамонохлорфенола с хлоргексидином. Лечение в таких случаях проводится в 2-3 посещения. В первое посещение после удаления смазанного слоя и длительной ирригации подогретым 2-3% гипохлоритом натрия и 2% хлоргексидином производится временное пломбирование гидроксидом кальция сроком на 2 недели. Во второе посещение, после ирригации, производится временное пломбирование гидроксидом кальция в смеси с йодоформом. Постоянное пломбирование проводится в 3 посещение.

Однако, для долгосрочной терапии (до 18 месяцев), стимулирующей костеобразование, рассматривается несколько смен пломбировочного материала и большого количества посещений, что уже снижает мотивацию пациента к применению в повседневной практике. Эффективность лечения с малыми сроками или в одно посещение доказана лишь единичными исследованиями [19].

Стоит заметить, что со временем стоматологические технологии существенно меняются и все больше появляются инновации в достижении антибактериальной терапии в процессе лечения. Так профессор Умберто Ромео и доктора Гаспаре Палайя, Роли Корнблит, Гианлука Теноре, Алессандро дел Веккчио в 2017 году провели исследование в ходе которого было проведено консервативное лечение хронических форм периодонтита у трех пациентов с использованием лазера. В результате было достигнуто качественная эндодонтическая дезинфекция корневых каналов. Было доказано, что данный вид терапии считается безопасным как для тканей пародонта, так и для тканей зуба.

Наши отечественные врачи-стоматологи (Кариков К. Г., Гандулян К. С., Хачатурян Е. Е., Власова Т. Н., Органян А. В, Еременко А. В) также провели исследование с использованием лазера в процессе лечения. Было обнаружено, что применение антимицробной фотодинамической терапии приводит к уменьшению количества случаев заболевания, сопровождающихся болевым синдромом после одностадийного лечения хронического периодонтита, по сравнению с данными пациентов, получавших препарат гидроксида кальция. Лазерное излучение в процессе подготовки корневого канала пломбированию позволяет сократить количество осложнений почти в 1,5 раза, ускоряя процесс регенерации кости, что позволяет проводить все этапы эндодонтического лечения в одно посещение.

Исследуя все данные, можно сказать, что вышеописанные подходы к решению проблемы имеют свои достоинства и недостатки. Постоянное совершенствование уже имеющихся методов и разработка новых позволяют добиться положительной динамики в лечении хронических форм периодонтитов. Но результаты исследований одномоментного пломбирования уже доказали свой терапевтический эффект, что дает возможность использовать его в широкой практике.

## Литература.

1. Распространенность осложнений кариеса зубов / А.Ж. Петрикас, Е.Л. Захарова, Е.Б. Ольховская, Е.В. Честных // *Стоматология* – 2014 г. – №1(93) – С. 19-20.
2. Prevalence of different forms of periodontitis in patients visiting Government Dental College and Hospital, Hyderabad, since last decade: A retrospective study / Manasa Akula, Arundhati Darapla, Manasa Dhulipala, Chiranjeevi Vedula // *J Indian Soc Periodontol* – 2019 Jul-Aug; 23(4)-С. 367–370
3. Статистические аспекты изучения распространенности хронического апикального периодонтита у взрослого / Березин К. А., Греков А. Х., Зарипова Э. М., Старцева Е. Ю. // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 2-1;
4. Булавко Р. А. Лечение хронического периодонтита нижних правого клыка и первого премоляра / *Эндодонтия today* – 2014; 2: С. 28-31
5. Влияние нагрузки на прочностные характеристики комплекса: дентин-фиксирующий цемент-стекловолоконный пост (экспериментальное исследование) / Недосеко В. Б., Маршалок О. И., Золотов А. Н., Соловьев С. И., Логунов В. В. // *Эндодонтия today* – 2016; 2: С.16-18
6. Chercoles-Ruiz A. Endodontic Retreatment and Apical Surgery Versus Tooth Extraction and Implant Placement: A Systematic Review / Chercoles-Ruiz A., Sanchez-Torres A., Gay-Escoda C. // *Journal of endodontics* – 2017; 43(5): С.679-686
7. Wang N, Knight K. Treatment outcome in endodontics / Wang N, Knight K., Dao T., Friedman S., // *The Toronto Study. Phases 1 and 2: apical surgery. J Endod.* – 2004; 30: С. 751-761
8. Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative treatment / Sundvist G, Figdor D., Persson S., Sjogren U. // *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* – 1998, 85: С. 86-93
9. Comparison of clinical outcome of periapical surgery in endodontic and oral surgery units of a teaching dental hospital: a retrospective study / Rahbaran S., Gilthorpe M.S., Harrison S.D, Gulabivala K. // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Endod* – 2001; 91:700-709
10. Воложин А. И., Иммунологические механизмы в патогенезе хронического периодонтита и новые подходы к лечению / Воложин А. И., Кундзиня Р. С., Зырянский А. И., – М.: Метод. Рекомендации, 1992-21с.
11. Митронин А. В. Комплексное лечение и реабилитация больных с деструктивными формами хронического периодонтита / Митронин А. В – Москва, 2004. – 35с
12. Последовательное применение антибактериальных и детоксицирующих препаратов при эндодонтическом лечении хронического апикального периодонтита (клинико-экспериментальное исследование) / Царев В. Н., Дмитриева Л. А., Ипполитов Е. В., Нисанова С. Е. // *Эндодонтия today* – 2013; 1:8-14

13. Caliskan MK. Prognosis of large cyst-like periapical lesions following nonsurgical root canal treatment: a clinical review / Caliskan MK. *IntEndod J.* – 2004; 37:408-16
14. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory cyst / Lin L.M., Ricud D., Lin G., Rosenberg P.A. // *J Endod* – 2009; 35: 607-615
15. Митронин А. В. Комплексное лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом на фоне сопутствующих заболеваний / Митронин А. В., Понякина И. Д. // *Эндодонтия today* – 2009. №3. С. 32-37
16. Ахмедова З. Р. Совершенствование метода инструментальной обработки и рентгенологического исследования корневых каналов различных групп зубов / Ахмедова З. Р. – М., 2008. – 28 с.
17. Новый способ лечения периодонтита / И.В. Маланьин, О.А. Павлович, Ю.Н. Голуб, А.П. Сумелиди. – Текст : непосредственный // *Кубанский научный медицинский вестник* – 2006
18. Microbiological evaluation of one- and two-visit endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: a randomized, clinical trial / Kvist T., Molander A., Dahlén G., Reit C. // *J Endod* – 2004 Aug
19. Клиническая эндодонтия / Лейф Тронстад ; Пер. с англ.; Под ред. проф. Т. Ф. Виноградовой. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 288 с. : ил. ISBN 5-98322-477-8