



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **18544** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61C 5/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПОЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ З НЕСФОРМОВАНИМИ КОРЕНЯМИ

1

2

(21) u200604958

(22) 04.05.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Цевух Людмила Борисівна, Деньга Оксана Василівна

(73) Цевух Людмила Борисівна, Деньга Оксана Василівна

(57) Спосіб поетапного лікування періодонтиту у зубах з несформованими коренями, що полягає у проведенні за загальноприйнятою методикою механічної обробки кореневого каналу зуба і медикаментозної обробки каналу розчином антисептика, введенні кальцієвмісного препарату, який **від-**

відрізняється тим, що додатково на першому етапі проводять обробку каналу зуба періодонтальною рідиною протягом усього гострого періоду, на другому етапі в кореневий канал зуба на дві доби вводять АУТ-М-сорбент, змочений у періодонтальній рідині, закривають зуб дентин-пастою, на третьому етапі знімають тимчасову пломбу, промивають і висушують канал, видаляють сорбент і у кореневий канал вводять суміш остеотропних препаратів, що містить остеомег - 10 частин, цинктерал - 1 частина, біотрит (ампульований розчин) - до quantum satis, та закривають зуб дентин-пастою.

Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до стоматології, і може бути використана для лікування періодонтиту постійних зубів з несформованими коренями. Серед дітей, які звертаються за стоматологічною допомогою, хворі з різними формами періодонтиту складають від 17,8% до 39,3%. Швидкий розвиток ускладнень карієса, а також наслідки, що мають місце після травми зубів, обумовлені анатомо-топографічними і структурними особливостями постійних зубів у дітей, які знаходяться у різних стадіях формування кореня. Лікування періодонтитів постійних зубів з несформованими коренями завжди є складним завданням для стоматолога. До проблем, що виникають при ендодонтичному лікуванні постійних зубів з несформованим коренем, відносяться поширений апікальний отвір, відсутність апікального звуження, тонкі стінки кореневого каналу. Шлях рішення цього завдання у формуванні щільного бар'єру верхівки кореня, що має назву апексифікація (arexification). Бар'єр рідко буває повним, частіше зберігається сполучення між порожниною зуба і періапікальними тканинами. Ріст кореня у довжину, що спостерігається у випадку збереження функціональної "зони росту", має назву - апексогенез (arexogenesis). З метою апексифікації використовують різні матеріали: пасти на основі антисептиків і антибіотиків, трикальційфос-

фат, коллаген-кальцій-фосфатний гель, резорбувальний трикальційфосфат, кераміку.

Найбільш близьким до пропонуемого нами способу є спосіб лікування періодонтиту з використанням гідроксиду кальцію (суміш на воді, ізотонічному розчині натрію хлориду, іноді на місцевому анестетику) ["Практическая эндодонтия: инструменты материалы и методы. Л.А.Хоменко, Н.В.Биденко, Киев 1998], за яким проводять механічну і медикаментозну обробку кореневого каналу зуба розчинами антисептика за загальноприйнятою методикою, потім у канал вводять гідроксид кальцію, порожнину в зубі заповнюють дентин-пастою. Якщо через 3-6 місяців не спостерігається формування щільного бар'єру верхівки кореня, то вдруге вводиться гідроксид кальцію. Якщо і надалі не спостерігається апексифікація, знов вводять гідроксид кальцію і пломбують. Однак цей спосіб має недоліки:

- відомо, що препарати кальцію мають виражену протимікробну дію, а проти запальна дія цих препаратів незначна;

- з мікроелементів присутній тільки один кальцій, який має недостатню одонтотропну дію;

Таким чином, ми бачимо, що використовуючи цей спосіб лікування не завжди можливо досягти позитивного результату.

В основу нашої корисної моделі поставлено

(19) **UA** (11) **18544** (13) **U**

завдання удосконалення способу поетапного лікування періодонтиту зубів з несформованими коренями, за яким лікування проводять з використанням сорбенту у комплексі з остеотропними препаратами, що забезпечує збереження і активне функціонування зони росту, апексифікацію і формування періодонтальної щілини і за рахунок цього значно підвищує ефективність лікування, що підтверджується скороченням терміну лікування, зменшенням ускладнень, позитивними рентгенологічними показниками у дітей.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування періодонтиту, у якому за загальноприйнятою методикою проводять механічну обробку кореневого каналу зуба і медикаментозну обробку каналу розчином антисептика, введення кальцієвмісного препарату, згідно корисній моделі додатково:

- на першому етапі проводять обробку каналу зуба періодонтальною рідиною протягом усього гострого періоду;

- на другому етапі в кореневий канал зуба на дві доби вводять АУТ-М-сорбент, змочений у періодонтальній рідині, закривають зуб дентин-пастою;

- на третьому етапі знімають тимчасову пломбу, промивають і висушують канал, видаляють сорбент і у кореневий канал вводять суміш остеотропних препаратів: остеомег - 10 частин, цинктерал - 1 частина, біотрит (ампульований розчин) - до quantum satis, закривають зуб дентин-пастою.

Причинно-наслідкові зв'язки.

1. Обробка кореневого каналу періодонтальною рідиною дозволяє максимально скоротити час гострого запалення, утворює умови для регенерації тканин, а надалі для репаративного генезу;

2. Введення сорбенту АУТ-М, змоченого періодонтальною рідиною прискорює згасання запального процесу в періодонті, за рахунок чого скорочується термін дії мікробів і їх токсинів на "зону росту";

3. Введення суміші остеотропних препаратів:

- стимулює активність остеобластів за рахунок наявності кальцію;

- сприяє накопиченню кальцію у кістковій тканині за рахунок наявності цинку;

- забезпечує високу бактерицидну дію, протеполітичну дію;

- стимулює репаративні процеси опорних тканин шляхом утворення колагенових волокон;

- запобігає гематогенній реінфекції при неповній obturaції каналу.

- препарат "Біотрит-Дента" є адаптогеном, підвищує неспецифічну резистентність організму і підвищує протизапальну дію суміші.

Опис корисної моделі.

Нами було досліджено 44 дитини у віці 7-13 років, які були взяті на лікування. У всіх дітей спостерігалась яскраво виражена клінічна картина гострого періодонтиту у постійних зубах, які були на різних стадіях росту і формування коренів. Частіше лікування було потрібне молярам верхньої і нижньої щелепи, особливо перші, потім центральні і бокові різці у щелепі і премоляри. На лікування були взяті тільки ті зуби, корені яких досягали у довжину 2/3 і більше. Обстеження дітей проводилось за єдиною схемою: ретельно зібраний анам-

нез (відомості про давність наявності каріозної порожнини у хворому зубі, травм і ін.). Об'єктивно оцінювали колір і ступінь ураження твердих тканин коронки зуба, зондування дна каріозної порожнини, реакцію зуба на вертикальну і горизонтальну перкусію, визначали окрас і рельєф слизової оболонки альвеолярного паростка і перехідної складки у області проекції кореня зуба, наявність свищового ходу, біль у яснах при пальпації. З метою оцінки активності запального процесу у періодонті досліджували стан м'яких тканин колощелепної області і регіонарних лімфатичних вузлів. Робили рентгенограму з метою визначення стану періапикальних тканин і стадії формування верхівки кореня.

Всі діти були поділені на 2 групи. У 1 - контрольну групу увійшли 19 дітей (10 хлопчиків і 9 дівчаток), у 2 - основну групу увійшли 25 дітей (13 хлопчиків і 12 дівчаток).

Всім дітям на 1 етапі лікування проводились наступні терапевтичні заходи: на першому етапі зуб з гострим періодонтитом був відкритий за загальноприйнятою методикою, виконаний відток ексудату, виконана механічна обробка (з урахуванням ступеня несформованого кореня) і медикаментозна обробка кореневого каналу слабким розчином антисептика, а також періодонтальною рідиною. У склад її входить 100мл димексиду, 10 капсул рімфаніцину, 30мг. преднізолону, розчин фурациліну 1:5000 до об'єму 250мл водного розчину. Вказану медикаментозну обробку здійснювали протягом всього гострого періоду. На другому етапі (після зняття гострого запалення і при відсутності ексудату) у кореновому каналі на 2 доби залишали сорбент АУТ-М тканинний вуглецевий, змочений періодонтальною рідиною і порожнину зуба заповнювали дентин-пастою. На третьому етапі після розпломбування каналу його промивали, висушували, видаляли сорбент. Після цього дітям 1-ої групи вводили у канал кальцієвмісний препарат і закривали зуб дентин-пастою. Дітям другої групи вводили суміш остеотропних препаратів: остеомег, цинктерал, біотрит і закривали зуб дентин-пастою.

Всім дітям проводилась рентгенографія через 3, 6, 9, 12 місяців з метою визначення стану кореня, що формується, "зони росту", кортикальної пластинки.

У випадку позитивної динаміки (подальше формування верхівки кореня і періодонта) через 3 і 6 місяців вдруге вводили ту ж суміш лікарських препаратів у кореневий канал. У зубах, що знаходились на 1-ій стадії росту кореня у довжину, на рентгенограмі проходили наступні зміни: через 3-6міс., стінки кореня, які трошки розходилися і утворювали розтруб, зараз витягнулися і стали паралельні, закінчуються двома остріями. Довжина кореня вже нормальна або наближається до неї. Розтруб зменшився у розмірах і закінчується напівовалом, по цілісності якого можна судити про збереження "зони росту". Це вже відповідає 2-ій стадії несформованої верхівки.

У наступні 3-6міс. корінь повністю нормальної довжини, стінки кореневого каналу товщі і звужуються у напрямку до майбутньої верхівки, але не з'єднуються, що добре бачимо на рентгенограмах.

Кореневий канал широкий, але з меншим діаметром у області верхівки, ніж у шийці зуба. Періодонтальна щілина ширша у цій області.

Результати спостережень: найближчі результати лікування гострих періодонтитів - на першому етапі лікування оцінювали клінічний стан пацієнтів за 5-бальною шкалою (через 2 доби: 0 балів - ускладнень нема, перкусія негативна; 1 бал - скарг нема, незначний перкуторний біль; 2 бали - скарги на біль при навантаженні, перкусія позитивна; 3 бали - сильний біль і незначний набряк м'яких тканин; 4 бали - набряк по перехідній складці, зростання запальних явищ. Наші дослідження показали, що у контрольній групі не було ускладнень у 76% випадків, з них 70% відповідали 0 балів, 6% - 1 балу, у останніх 24% випадках спостерігалось 2 бали і тільки у 2 випадках - 3 бали. У основній групі позитивна динаміка спостерігалась у 77% випадків, з них 0 балів у 71%, 1 бал - у 6%, 2 бали у останніх 23% випадках. Більш серйозних ускладнень (3 і 4 бали) не спостерігалось. Аналізуючи в цілому найближчі результати лікування гострих періодонтитів, необхідно помітити, що запропонована нами методика лікування мала позитивний

ефект.

Віддаленні результати лікування гострих періодонтитів: рентгенологічні дані свідчать, що у 65% випадків у основній групі дітей спостерігалась апексифікація, у 25% спостерігався тільки апексогенез. Ускладнення відсутні. Незмінна рентгенологічна картина у 10% випадків. У той час, як у контрольній групі апексифікація відбулася тільки у 15% випадків, апексогенез у 50%, ускладнення склали 5% незмінна рентгенологічна картина при нормальній клінічній течії - 20%.

Результати спостережень свідчать про ефективність запропонованого способу поетапного лікування періодонтитів.

Таким чином, використання для медикаментозної обробки кореневих каналів способу поетапного лікування періодонтитів постійних зубів з несформованими коренями дозволяє отримати високий процент позитивних результатів лікування та скоротити термін лікування і кількість відвідувань. Це створює умови для подальшого формування кореня, оскільки зменшується тривалість впливу патологічного процесу на "зону росту".