



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62750

(13) A

(51) 7 A61C13/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ

1

2

(21) 2003054413

(22) 16 05 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Хоменко Лариса Олександрівна, Плиська Олена Миколаївна

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб лікування радикальних кіст, що включає інструментальну та медикаментозну обробку кореневих каналів та їх пломбування, який відрізняється тим, що після інструментальної та медикаментозної обробки кореневих каналів проводять їх тимчасове пломбування м'якою пастою на основі біологічного гідроксіапатиту з метронідазолом і виведення матеріалу за верхівку кореня, пломбування каріозної порожнини з наступним клінічним та рентгенологічним контролем через 1, 3, 6, 9, 12 місяців, а після стабілізації патологічного процесу та значного зменшення об'єму кісткової порожнини чи відновлення структури кістки проводять постійне пломбування кореневого каналу та зуба

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до стоматології, і призначений для лікування радикальних кіст неоперативним методом у осіб молодого віку.

Радикальні кісти складають 90-96% від всіх випадків кістоутворень щелеп (1, 2). Наслідком несвоєчасної діагностики і лікування радикальних кіст, можуть бути гнійно-запальні захворювання щелеп і навколо щелепних м'яких тканин, розвиток яких обумовлює зниження загальної імунологічної реактивності, неспецифічної резистентності і підвищення сенситивізації організму людини.

Періапикальні осередки інфекції в фазі загострення є основною причиною видалення постійних зубів та вторинної адентії, яка приводить до виникнення зубощелепних деформацій. Навколокореневі кісти можуть ускладнюватися патологічним переломом щелеп (3, 4), в окремих випадках перероджуватися в злоякісні новоутворення (4, 5, 6). Доведена роль хронічних періапикальних осередків одонтогенної інфекції у виникненні осередкобудовлених захворювань внутрішніх органів і систем організму людини (7, 8). Саме цьому, проблема вдосконалення лікування зубів з осередками періапикальної одонтогенної інфекції залишається одним з актуальних завдань стоматології.

Питання неоперативного лікування кіст до теперішнього часу недостатньо висвітлено у вітчизняній і зарубіжній літературі. Проте, з впевненістю можна стверджувати, що консервативне лікування радикальних кіст можливе і доцільне (4), особливо в осіб молодого віку. Відомо, що відновлення

структури наколоверхівкового кісткового дефекту в осіб молодого віку відбувається швидше, ніж у людей середнього та похилого віку, що зумовлено високими репаративними можливостями кісткової тканини.

Відомий спосіб лікування радикальних кіст шляхом проведення інструментальної і медикаментозної обробки кореневих каналів і пломбування постійною кореневою пломбою з подальшою цистектомією з одночасною резекцією верхівки кореня причинного зуба (1).

Однак даному методу присутні недоліки: в післяопераційній кістковій порожнині згусток крові поступово фібротизується, перетворюючись в сполучну, а потім в кісткову тканину, цей процес протікає досить повільно і продовжується на протязі 1-3 років. Для оптимізації репаративного остеогенезу кісткову порожнину заповнюють різноманітними матеріалами: шматочками аутокістки, ліофілізованими аллотрансплантатами, гемостатичною губкою та її модифікаціями, гіпсом, аллогенною плацентарною тканиною та інш. Крім того, при оперативному втручанні порушується психічна рівновага і працездатність хворого, нерідко виникає необхідність його госпіталізації, операція досить часто пов'язана з втратою зубів чи ендодонтичним втручанням в сусідні здорові зуби, крім цього, функція резецираних зубів знижується, а можливість реінфекції з боку зрізаних мікроканалів досить велика.

Задача, яку вирішує спосіб, що заявляється, полягає у створенні методики неоперативного ме-

(13) A

(11) 62750

(19) UA

тоду лікування радикальних кіст у осіб молодого віку з використанням вітчизняного препарату - "Остеоапатит керамічний"

Технічний результат впровадженого способу лікування радикальних кіст — відновлення структури кісткової тканини щелеп, збереження зуба, відсутність ускладнень

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування радикальних кіст, що передбачає інструментальну та медикаментозну обробку кореневих каналів та їх пломбування, згідно винаходу, після інструментальної та медикаментозної обробки кореневих каналів проводять їх тимчасове пломбування м'якою пастою на основі біологічного гідроксиапатиту з метронідазолом і виведенням матеріалу за верхівку кореня, пломбування каріозної порожнини з наступним клінічним та рентгенологічним контролем через 1, 3, 6, 9, 12 місяців. Після стабілізації патологічного процесу та значного зменшенні об'єму кісткової порожнини чи відновленні структури кістки, проводять постійне пломбування кореневого каналу та зуба

„Остеоапатит керамічний“ використовується в якості стимулятора репаративного остеогенезу в ділянці деструкції кісткової тканини. Він має більш високу біологічну активність, ніж синтетичний (9, 10). Біологічний гідроксиапатит є структурним аналогом мінерального компонента кісткової тканини, індукуює проліферацію клітин кістки і стимулює їх диференціювання, чинить мінералостабілізуючу і остеоіндуктивну дію

При вивченні мікробної флори періапикальних осередків інфекції в 42-70% (11, 12) був підтверджений факт наявності анаеробної інфекції. Тому при лікуванні радикальних кіст неоперативним методом доцільно використовувати метронідазол. Він має широкий спектр дії стосовно анаеробів та найпростіших (13, 14, 15, 16). Антисептичну обробку кореневих каналів проводили гіпохлоридом натрію 3%, який розчиняє органічну основу дентину, очищує кореневий канал, чинить бактерицидну дію на грампозитивні та грамнегативні бактерії, гриби, віруси (15, 16)

Спосіб здійснюється в два етапи. На першому етапі, після огляду хворого та встановлення діагнозу радикальної кістки, якщо іде процес загострення, використовували звичайну тактику як при гострому періодонтиті: давали відтік ексудату через кореневий канал, проводили його інструментальну та антисептичну обробку (гіпохлорид натрію 3%, перекис водню), зуб залишали відкритим та рекомендували водно-сольове полоскання. Після зняття загострення проводили повну ендодонтичну обробку кореневого каналу і закривали зуб на герметизм, залишивши турунду з метронідазолом під герметичною пов'язкою. В наступне відвідування, при відсутності скарг, кореневий канал пломбували пастою на основі гідроксиапатиту та метронідазолу з виведенням матеріалу за верхівку кореня, проводили рентгенологічний контроль якості пломбування, ставили пломбу з "діоксифосфат цементу бактерицидного". При відсутності загострення, після інструментальної та медикаментозної обробки, кореневий канал пломбували у перше відвідування. Лікувальну пасту готували

шляхом змішування порошку „Остеоапатит керамічний“ на метронідазолі до сметаноподібної консистенції з додаванням вісмуту чи сульфату барія для рентгеноконтрастності з розрахунку 1/8 від маси пасти

Контроль лікування проводили на наступний день, через два тижні, 1, 3, 6, 9, 12 місяців. Рентгенологічний контроль — обов'язково здійснювали через 1, 3, 6, 9, 12 місяців. Під час контролю оцінювали якість заповнення кореневого каналу пастою, її стан та динаміку рентгенологічних показників. В разі розсмоктування пасти проводили повторне заповнення каналу

Другий етап — постійне пломбування кореневого каналу — виконувався при значному зменшенні об'єму дефекту кістки чи відновленні кісткової тканини

Приклади конкретного використання

Приклад №1

Хвора Б., 12 років. Клінічний діагноз: радикальна кіста верхньої щелепи від 12 зуба в стадії загострення

Лікування: трепанація коронки 12 зуба, видалення гнилого розпаду із кореневого каналу, відкрита верхівка кореня зуба, дано відтік ексудату. Рекомендовано полоскання 1% сольовим розчином

2-е відвідування: інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу, в кореновому каналі залишена турунда з метроплом під герметичною пов'язкою

3-є відвідування: медикаментозна обробка кореневого каналу, пломбування кореневого каналу біологічним гідроксиапатитом, змішаним на метроплі з виведенням матеріалу за верхівку кореня. Поставлена тимчасова пломба з "діоксифосфат цементу". Рентгенологічний контроль

Наступного дня клінічних ознак загострення патологічного процесу не виявлено

Через 1 місяць скарг немає, за даними рентгенологічного обстеження помітно відновлення структури кістки по периферії кісткового дефекту, пломбувальна маса просліджується на всьому протязі кореневого каналу і незначна її кількість виведена за верхівковий отвір

Через 3 місяці скарг немає, рентгенологічне відзначається майже повне відновлення структури кісткової тканини, в кореновому каналі - рентгенконтрастна маса

Через 6 місяців скарг немає, рентгенологічно виявляється повне відновлення структури кісткової тканини. Лікування: пломбування кореневого каналу пастою "Caryosan", постійна пломба

Приклад №2

Хворий В., 11 років. Клінічний діагноз: радикальна кіста нижньої щелепи від 31 зуба в стадії загострення

Лікування: трепанація коронки 31 зуба, видалення гнилого розпаду із кореневого каналу, розкриття верхівки кореня. Рекомендовано полоскання 1% сольовим розчином

2-є відвідування: інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу, в кореновому каналі залишена турунда з метроплом під герметичною пов'язкою

3-є відвідування медикаментозна обробка кореневого каналу, пломбування кореневого каналу пастою на основі біологічного гідроксиапатиту та метрогілу з виведенням матеріалу за верхівку кореня, постановка тимчасової пломби. Рентгенологічний контроль.

Через 1 місяць скарг немає, рентгенологічне в кореновому каналі просліджується залишки пломбувальної маси, зменшення об'єму деструкції кісткової тканини за рахунок утворення кісткових балочок по периферії кісткового дефекту. Об'єктивно тимчасова пломба збережена, перкусія 31 зуба безболісна, слизова оболонка перехідної складки в проекції кореня 31 зуба без патологічних змін. Після видалення тимчасової пломби в кореновому каналі виявлена пломбувальна маса сметаноподібної консистенції.

Лікування антисептична обробка кореневого каналу та його повторне пломбування пастою на основі гідроксиапатиту з накладанням тимчасової пломби. Рентгенологічний контроль якості пломбування.

Через 3 місяці скарг немає, рентгенологічно відмічається майже повне відновлення структури кістки, пломбувальний матеріал просліджується на всьому протязі кореневого каналу, незначна килькість — за верхівкою кореня.

Через 6 місяців скарг немає, рентгенологічно в ділянці деструкції кісткової тканини спостерігається майже повне відновлення її структури. Лікування постійне пломбування кореневого каналу, рентгенологічний контроль якості пломбування.

Через 9 місяців загострення патологічного процесу не виявлено.

Таким чином, запропонований метод лікування радикальних кіст у пацієнтів молодого віку підтвердив свою ефективність та може бути рекомендований для застосування. Він забезпечує ліквідування хронічного осередку інфекції, дозволяє зберегти причинний зуб і відновити тканини, які його оточують.

Спосіб неоперативного лікування радикальних кіст у осіб молодого віку був апробований на кафедрі дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань, що дозволяє рекомендувати його для застосування в практичній роботі лікарів-стоматологів.

Список літератури

1 Бернадський Ю.І. Основи челюстно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. - 3-є изд., перераб. і доп. - Витебск: Белмедкніга, 1998. - 416с.

2 Рабухіна Н.А., Чупрыніна Н.М. Рентгендіагностика захворювань челюстно-лицевої області. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1991. - 368с.

3 Корытний Д.Л. Зубные кисты. - Алма-Ата: Издательство «Казахстан», 1972. - 141с.

4 Овруцкий Г.Д., Лившиц Ю.Н., Лукиных Л.М. Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей. - М.: Медицина, 2001. - 120с.

5 Забокрицкая О.М. О злокачественном перерождении зубных кист. // Стоматология. - 1966. - №3. - С.94.

6 Рождественская М.Ф., Ермолаев И.И., Плотников Н.А. К проблеме злокачественного превращения эпителиальной выстилки одонтогенных кист. // Стоматология. - 1966. - №2. - С.49.

7 Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. - СПб.: Нормед-издат, 2000. - 224с.

8 Рабинович А.С. Хроническая очаговая инфекция полости рта. - Москва: Медгиз, 1960. - 166с.

9 Подрушняк Е.П., Иванченко Л.А., Бруско А.Т. Перспективы использования стеклокерамики, содержащей биологический гидроксиапатит, для восстановления костной ткани. // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2000. - №2. - С.129-130.

10 Подрушняк С.П., Иванченко Л.А., Фалысовська Т.І. та інші. Нові біокompatibili на основі кісткового гідроксиапатиту та можливості їх використання в біології та медицині. // Проблеми остеології. - 1998. - т.1, №2-3. - С.98-100.

11 Molander A., Reit C., Dahlen G., Kvist T. Microbiological status of root-filled teeth with apical periodontitis. // Int Endod J. - 1998. - №31. - P.1-7.

12 Moller A.J.R. Microbiological examination of root canals and periapical tissues of human teeth. // Odontol Tidskr. - 1966. - №74. - P.1-380.

13 Марченко А.И., Кононович Е.Ф., Солнцева Т.А. Фармакотерапия в стоматологии. - К.: Здоров'я, 1986. - 200с.

14 Рабинович И.М., Лукичева Л.С., Дмитриева Н.А. Возможность использования гидроксиапатита ультравысокой дисперсности «Остим-100» при лечении хронического периодонтита. // Клиническая стоматология. - 1999. - №4. - С.28-31.

15 Хоменко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия. Инструменты, материалы и методы. - К.: Книга плюс, 2002. - 216с.

16 Хоменко Л.О., Остапко О.І., Кононович О.Ф. та інші. Терапевтична стоматологія дитячого віку. - К.: Книга плюс, 2001. - 525.