



УКРАЇНА

(19) UA (11) 6227 (13) U

(51) 7 A61C5/04, A61K6/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ПЕРІОДОНТИТІВ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

1

2

(21) 20041210305

(22) 15.12.2004

(24) 15.04.2005

(46) 15.04.2005, Бюл. № 4, 2005 р.

(72) Хоменко Лариса Олександрівна, Плиська Олена Миколаївна

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

(57) Спосіб лікування деструктивних форм періодонтитів постійних зубів у дітей, 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 біоматеріалу "Остеоапатит керамічний" з метронідазолом із виведенням матеріалу за верхівку кореня та каріозної порожнини з наступним клінічним та рентгенологічним контролем через 1, 3, 6, 9, 12 місяців і при значному зменшенні площі деструкції кісткової тканини в періапікальній ділянці чи відновленні структури кістки проводять постійне пломбування кореневого каналу та зуба.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до стоматології, і призначена для лікування деструктивних форм періодонтитів у дітей на етапі сформованого кореня зуба.

У загальному обсязі ускладнень карієсу питома вага періодонтитів становить в середньому більше третини [1]. У 90-99% він є причиною одонтогенної інфекції [2, 3, 4].

Відомо, що переапікальні осередки інфекції можуть бути не тільки причиною одонтогенних запальних процесів щелепно-лицьової ділянки, але і здатні також порушувати імунологічний статус організму, зменшувати неспецифічну резистентність, ускладнювати протікання різних захворювань внутрішніх органів і систем [3, 5, 6, 7]. В фазі загострення періапікального вогнища інфекції є основною причиною видалення постійних зубів та вторинної адентії, яка приводить до виникнення зубощелепних деформацій.

Патоморфологічні особливості протікання запального процесу в тканинах періодонту в дитячому віці характеризуються швидко прогресуючою деструкцією кісткової тканини, що часто приводить до незворотних наслідків, таких, як резорбція кореня як причинного, так і сусідніх зубів [8]. Це, в переважній більшості, обумовлено особливостями дитячого організму, станом імунної та ендокринної систем [4, 8].

Аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел свідчить, що при деструктивних формах періодонтиту ендоканальні лікувальні процедури направлені на ліквідацію запального процесу в навколоверхівкових тканинах та відновлення кіст-

кової тканини і функції періодонта. Для досягнення цієї, нетрадиційна ендодонтія звертає увагу на рішення трьох основних задач: 1) якісна механічна обробка кореневих каналів, 2) адекватна медикаментозна обробка кореневих каналів, 3) герметичне пломбування кореневих каналів.

Однак, відомі на теперішній час техніка інструментальної обробки, дезінфекції і obturaції кореневого каналу, не дивлячись на їх постійне вдосконалення, залишаються не достатньо ефективними і особливо при лікуванні деструктивних форм періодонтиту. При цьому повного відновлення кісткової тканини не відбувається взагалі чи цей процес протікає дуже повільно.

Тому, проблема вдосконалення лікування зубів з осередками періапікальної одонтогенної інфекції залишається одним з актуальних завдань стоматології.

Відомий спосіб лікування деструктивних форм періодонтитів шляхом проведення інструментальної і медикаментозної обробки кореневих каналів і пломбування постійною кореневою пломбою з одночасною резекцією верхівки кореня причинного зуба [2, 4, 9]. Однак даному способу присутні недоліки: в післяопераційній кістковій порожнині згусток крові поступово фібротизується, перетворюючись в сполучну, а потім в кісткову тканину, цей процес протікає досить повільно, можливе інфікування кровного згустку, що приводить до підтримки запального процесу. Для оптимізації репаративного остеогенезу кісткову порожнину заповнюють різноманітними матеріалами: шматочками аутокістки, ліофілізованими аллотрансплантатами, ге-

(19) UA (11) 6227 (13) U

мостатичною губкою та її модифікаціями, гіпсом, аллогенною плацентарною тканиною та інш. 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 резецируваних зубів знижується, а можливість реінфекції з боку зрізаних мікроканалів досить велика [2, 10].

Найближчим аналогом способу, що з'являється є спосіб лікування деструктивних форм періодонтитів, який полягає в багатоетапності з використанням для тимчасового пломбування кореневих каналів препаратів на основі гідроксиду кальцію [11, 12]. Однак, спосіб має кілька недоліків: високе лужне середовище гідроксиду кальцію може суттєво сповільнювати репаративні процеси в ділянці деструкції кісткової тканини, сприяти загостренню патологічного процесу [13, 14, 15].

Задача, яку вирішує спосіб, що заявляється, полягає у підвищенні ефективності лікування деструктивних форм періодонтитів постійних зубів у дітей за рахунок використання вітчизняного препарату на основі біологічного гідроксипатиту - "Остеопатит керамічний" марки "OK015".

Технічний результат впровадженого способу лікування деструктивних форм періодонтитів — відновлення структури кісткової тканини щелеп, збереження зуба, відсутність ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування деструктивних форм періодонтитів, що передбачає інструментальну та медикаментозну обробку кореневих каналів та їх пломбування, згідно корисної моделі, після інструментальної та медикаментозної обробки кореневих каналів проводять їх тимчасове пломбування м'якою пастою на основі біоматеріалу "Остеопатит керамічний" з метронідазолом із виведенням матеріалу за верхівку кореня, пломбування каріозної порожнини з наступним клінічним та рентгенологічним контролем через 1, 3, 6, 9, 12 місяців, і при значному зменшенні площі деструкції кісткової тканини в періапикальній ділянці чи відновленні структури кістки, проводять постійне пломбування кореневого каналу та зуба.

Спосіб здійснюється наступним чином. На першому етапі, після огляду хворого та встановлення діагнозу, якщо іде процес загострення, використовується тактика лікування гострого періодонтита: здійснюється відтік ексудату через кореневий канал, проводиться його інструментальна та антисептична обробка (гіпохлорид натрію 3%, перекинь водню), зуб залишається відкритим та рекомендується водно-сольове полоскання. Після зняття загострення проводиться повна ендодонтична обробка кореневого каналу і закривається зуб на герметизм, під герметичною пов'язкою залишається турунда з метронідазолом. В наступне відвідування, при відсутності скарг, кореневий канал пломбується пастою на основі "OK015" та метронідазолу з виведенням матеріалу за верхівку кореня, проводиться рентгенологічний контроль якості пломбування, ставиться пломба із склюйомерного цементу. При відсутності загострення, після інструментальної та медикаментозної

обробки, кореневий канал пломбується лікувальною композицією у перше відвідування. Лікувальна паста готується шляхом замішування порошку "Остеопатит керамічний" на метронідазолі до сметаноподібної консистенції з додаванням вісму-ту чи сульфату барія для рентгенконтрастності з розрахунку 1/8 від маси пасту.

Контроль лікування проводиться на наступний день, через два тижні, 1, 3, 6, 9, 12 місяців. Рентгенологічний контроль - обов'язково здійснюється через 1, 3, 6, 9, 12 місяців. Під час контролю оцінюються якість заповнення кореневого каналу пастою, її стан та динаміку рентгенологічних показників. Рішення про повторне заповнення каналу лікувальною пастою приймається відповідно динаміці рентгенологічних показників та наявності матеріалу в кореновому каналі.

Другий етап - постійне пломбування кореневого каналу - виконується при значному зменшенні площі дефекту кістки чи відновленні кісткової тканини.

Приклади конкретного використання:

Приклад №1

Хвора Р., 15 років. Клінічний діагноз: загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 12 зуба.

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 метрогілом під герметичною пов'язкою.

3-є відвідування: медикаментозна обробка кореневого каналу, пломбування кореневого каналу OK015, замішаного на метрогілі з виведенням матеріалу за верхівку кореня. Поставлена тимчасова пломба з "CAVITAN" цементу. Рентгенологічний контроль.

Наступного дня клінічних ознак загострення патологічного процесу не виявлено.

Через 1 місяць: скарг немає, на базі даних рентгенологічного обстеження помітно відновлення структури кістки на периферії кисти, пломбувальна маса просліджується на всьому протязі кореневого каналу і незначна кількість за верхівковим отвором.

Через 3 місяці: скарг немає, рентгенологічне відзначається майже повне відновлення структури кісткової тканини.

Через 6 місяців: скарг немає, рентгенологічно помітно відновлення структури кісткової тканини. Лікування: пломбування кореневого каналу пастою "Caryosan" з гутаперчевим штифтом, постійна пломба.

Через 9 місяців: скарги відсутні, постійна пломба має гарне краєве прилягання, перкусія 12 зуба безболісна. Рентгенологічно: патологічного процесу в періапикальній області немає.

Приклад №2

Хвора П., 13 років. Клінічний діагноз: загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 36 зуба.

Лікування трепанція коронки 36 зуба, видалення пухликових мас із кореневих каналів, розкриття верхівок кореневих каналів. Рекомендовано полоскання 1% сольовим розчином.

2-е відвідування інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів, в кореневих каналах залишена туруна з метроплом під герметичною пов'язкою.

3-є відвідування медикаментозна обробка кореневих каналів, пломбування кореневих каналів пастою на основі ОК015 та метрргілу з виведенням матеріалу за верхівку коренів, постановка тимчасової пломби. Рентгенологічний контроль.

Через 1 місяць скарг немає, рентгенологічно в кореневих каналах просліджуються залишки пломбувальної маси. Об'єктивно тимчасова пломба збережена, перкусія 36 зуба безболісна, слизова оболонка перехідної складки в проекції коренів 36 зуба без патології, після зняття тимчасової пломби в кореневих каналах виявлена сметаноподібної консистенції пломбувальна маса.

Лікування антисептична обробка кореневих каналів та їх повторне пломбування пастою на основі ОК015 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 і незначно за верхівкою кореня.

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

Через 9 місяців загострення патологічного процесу ні клінічно, ні рентгенологічно не відмічається.

Таким чином, використання композиції біокераміки на основі біологічного гідроксиапатиту - „Остеоапатит керамічний“ 015 з метронідазолом благотворно впливає на відновлення структури кістки в ділянці деструкції, при їх використанні алергічних реакцій та ускладнень не спостерігалось. Запропонований метод лікування деструктивних форм періодонтиту постійних зубів у дітей підтвердив свою ефективність та може бути рекомендований для застосування. Він забезпечує ліквідування хронічного осередку інфекції, дозволяє відновити тканини, які його оточують.

Цей спосіб лікування деструктивних форм періодонтиту постійних зубів у дітей 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 Яловий ЛМ Оптимізація ефективності та контролю обробки і пломбування кореневих каналів Дис канд мед наук 14 01 22 - Дніпропетровськ, 2001 - 156с

2 Иорданишвили А К Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей - СПб Нормедиздат, 2000 - 224с

3 Супиев Т К Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области - М Издательство «МЕДпресс», 2001 - 160с

4 Харьков Л В, Яковенко Л М, Чехова І Л Хирургічна стоматологія дитячого віку - К Книга плюс, 2003 - 480с Іл

5 Dorfer C E, R Luts, F Buggle, C Lichy et al Association between periapical lesions and stroke a case-control study//Эндодонтия today X Конгресс Мюнхен 4-6 октября 2001 С 44

6 Лукиных Л М, Лившиц Ю Н Верхушечный периодонтит Учебное пособие - Н Новгород Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 1999 - 92с

7 Абдалов Х Б Повышение эффективности при лечении деструктивных форм периодонтита Автореф дис канд мед наук 14 01 22 //Моск мед стомат ин-т -М, 1999 -24 с

8 Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей Под ред В В Рогинского - М, 1998 - 272с

9 Бернадський Ю І Основи челюстно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології - 3-є изд., перераб і доп - Вітебськ Белмедкніга, 1998 - 416с

10 Л В Львова В поисках панацеи // Стоматолог - 2002 - №6 - С 19-22

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

12 Хоменко Л О, Остапко О І, Кононович О Ф, Шматко В І Терапевтична стоматологія дитячого віку - К Книга плюс, 2001 - 525с

13 Murrau P E, Lumley P J, Smith F J, Ross H F The influence of Sample Dimensions on Hydroxyl Ion Release From Calcium Hydroxide Products //Эндодонтия Today - 2002 - Т №2, № 1-2 - С 93

14 C H J Hauman, R M Biocompatibility of Dental Materials Used in Contemporary Endodontic Therapy a Review Part 1 Intracanal Drugs and Substances // Эндодонтия Today - 2003 - Т №3, №1-2 - С 78-88

15 Кнаппвост А Новые экспериментальные и клинические данные подтверждают необходимость применения купрал-депофореза для лечения эндодонтической патологии // Маэстро стоматологии - 2003 - №1 (10) - С.101-106

