

А.К. Николишин,
Т.Д. Бублий,
В.П. Чув

Украинская медицинская стоматологическая академия

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЕРХУШЕЧНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ МАТЕРИАЛАМИ ФИРМЫ «ВЛАДМИВА»

Резюме. В статье особое внимание уделено постпломбировочной боли как реакции периапикальных тканей на эндодонтические вмешательства. Проанализировано влияние силеров разных химических групп на частоту и выраженность болезненной реакции. На основании клинических исследований доказана наилучшая переносимость периапикальными тканями кальцийсодержащих материалов.

Ключевые слова: хронический верхушечный периодонтит, лечение, силеры, постпломбировочная боль.

**НАЙБЛИЖЧІ РЕЗУЛЬТАТИ
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ВЕРХІВКОВИЙ ПЕРІОДОНТИТ
З ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛІВ
ФІРМИ «ВЛАДМІВА»**

А.К. Ніколішин, Т.Д. Бублій, В.П. Чув

Резюме

У статті особлива увага приділяється постпломбувальній болю як реакції періапикальних тканин на ендодонтичні втручання. Проаналізовано вплив силерів різних хімічних груп на частоту і вираженість больової реакції. На підставі клінічних досліджень доведено найкраще сприйняття періапикальними тканинами кальціймісних матеріалів.

Ключові слова: хронічний верхівковий періодонтит, лікування, силери, постпломбувальний біль.

**THE NEAREST RESULTS
OF THE TREATMENT OF THE PATIENTS
WITH THE CHRONICAL APICAL
PERIODONTITIS**

A.K. Nicolishyn, T.D. Bubliy, W.P. Chuev

Summary

This article pays special attention to the postoperative pain as the reaction of the periapical tissues on the endodontical intervention. We have analysed the influence of the sealers of different chemical groups on the frequency and the expression of the painful reaction. The best endurance of the calcium containing materials by the periapical tissues is proved on the base of the clinical researches.

Key words: chronic apical periodontitis, treatment, sealers, post-filling pain.

Ближайшим, а нередко главным неприятным последствием эндодонтического лечения является боль, возникающая после пломбирования корневого канала [1]. В последнее время определенные успехи в разрешении этой проблемы достигнуты, но все же процент осложнений остается весьма высоким [2, 3, 4]. Многочисленными работами доказана зависимость постобтурационной боли от качества проведения медикаментозно-инструментальной обработки и obturation корневых каналов [5, 6, 7]. Весьма важную роль в решении этого вопроса играет выбор силера [7].

На данный момент еще не создан идеальный пломбировочный материал, который бы соответствовал всем требованиям: стимулировал остеогенез, имел противовоспалительное действие, был биологически инертным, обеспечивал надежное разобщение полости зуба и периодонта. Тем не менее правильный выбор материала для конкретного клинического случая повысит качество лечения и снизит процент ближайших осложнений.

Цель нашего исследования заключалась в оценке характера постпломбировочной боли в зависимости от выбранного силера и степени obturation корневых каналов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обследовано 159 больных с различными формами хронического верхушечного периодонтита в возрасте от 16 до 60 лет. Преобладающий возраст 22–35 лет, из них 102 (62,4 %) женщины и 57 (35,8 %) мужчин, у которых проведено лечение 193 зубов, в том числе 128 зубов верхней челюсти и 65 зубов нижней челюсти. У больных, которые обращались в клинику, в 35 случаях (18,13 %) диагностирован хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулирующий – в 101 (52,3 %), хронический гранулематозный – в 57 (29,53 %).

Для наблюдения клинической эффективности эндодонтических силеров пациенты рандомизированно были разделены на 6 групп в зависимости от материала, примененного для obturation корневых каналов. В первой группе использовался Виодент, во второй – АН-26, в третьей – Тиодент, в четвертой – Эндометазон, в пятой – Фосфадент-био, в шестой – Биопульп. Перечень и характеристики силантов приведены в табл. 1.

Консервативное эндодонтическое лечение во всех случаях включало обработку корневых каналов в технике «step-back» при использовании ручного эндодонтического инструмента и геля для расширения каналов «Канал-Д» («ВладМиВа», Россия) под строгим апикальным контролем апекс-локатора. Obturation корневых каналов проводили методом латеральной конденсации с использованием вышеуказанных силеров.

Рентгенологическое исследование осуществляли с целью диагностики и контроля качества obturation корневых каналов.

Таблица 1

Материал	Фирма, страна	Характеристика материала, основные ингредиенты, химическая природа
Виэдент	«ВладМива», Россия	2-компонентный материал типа «порошок-жидкость» на основе эпоксидного аминополимера. В состав входят эпоксидная смола, пластификатор, отвердитель, рентгенконтрастный наполнитель
АН-26	«Dentsply», США	2-компонентный материал типа «порошок-жидкость». Состав порошка: оксид висмута, порошок серебра, гексаметиленetetрамин, оксид титана. Жидкость: фенолдигмциловый эфир
Тиэдент	«ВладМива», Россия	2-компонентный материал типа «порошок-жидкость» на основе эвгенола. Состав: окисел цинка, дексаметазон, тимолйодид, рентгенконтрастный наполнитель
Эндометазон	«Septodont», Франция	2-компонентный материал типа «порошок-жидкость» на основе эвгенола. Состав: оксид цинка, оксид свинца, нитрат висмута, дексаметазон, гидрокортизон, йодид тимолола, параформальдегид
Фосфадент-био	«ВладМива», Россия	2-компонентный материал типа «порошок-жидкость» на основе гидроксида кальция. Состав порошка: оксид цинка, оксид кальция, гидроксид кальция, рентгенконтрастная добавка. Жидкость: дистиллированная вода, этиленгликолевая основа
Биопульп	«Chema», Польша	2-компонентный материал типа «порошок-жидкость». Состав порошка: гидроксид кальция, двухосновной фосфат кальция, оксид магния, хлорид кальция, хлорид калия. Жидкость: дистиллированная вода

Постпломбировочную боль оценивали в баллах согласно анкете (табл. 2) в течение 1–6 суток после лечения. Ближайшие результаты терапии оценивали согласно общепринятым клиническим признакам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Опрос пациентов показал, что существовала разница в восприятии эндодонтических материалов (рис. 1).

Таблица 2

Дата	Ф.И.О.	№ карточки	Баллы
1. зуб болел в покое? Да/Нет			2 / 0
2. Если да, сила боли: слабая, умеренная, сильная			1 / 2 / 3
3. Есть ли боль при накусывании? Да/Нет			1 / 0
4. Если да, то сила боли: слабая, умеренная, сильная			1 / 2 / 3
5. Принимал (принимала) анальгетики? Да/Нет			2 / 0
6. Сколько таблеток? 1–3 / 4–9 / 10 и больше			1 / 2 / 3
7. Анальгетики снимали боль полностью, на 6–8 час, 2–4 час			1 / 2 / 3
8. Сколько дней длилась боль? 1–3 / 4–5 / 6 и больше			1 / 2 / 3
Примечание:		максимум	20

Интерпретация результатов

Количество баллов	Интенсивность болевой реакции
1–5	Слабая
6–10	Умеренная
11–15	Сильная
15–20	Очень сильная

Наиболее благоприятные ближайшие результаты лечения получены в 5-й и 6-й группах, где для obturation каналов были использованы временные герметики Фосфадент-био и Биопульп. Частота болевой реакции на введение данных препаратов была наименьшей по сравнению с другими видами силеров и составляла $4,5 \pm 4,41\%$ и $5,26 \pm 5,12\%$ соответственно. В то же время в 3-й и 4-й группах при использовании цинк-оксидэвгенольных цемента Тиэдента и Эндометазона данные показатели были в 2 раза выше и достоверно не отличались между собой. Наибольшая реакция со стороны пе-

риапикальных тканей регистрировалась на материалы на основе эпоксидного аминополимера Виэдент и АН-26. Количество пациентов, которые жаловались на наличие боли, в 1-й и 2-й группах было в 2 и 6 раз выше в сравнении с аналогичными показателями 3, 4-й и 5, 6-й групп соответственно.

Проведенный статистический анализ с вычислением критерия Пирсона подтвердил, что разница в частоте постпломбировочной боли не случайна, с надежностью, которая превышала 99 %.

Таким образом, зафиксированная разница в восприятии периапикальными тканями эндодонтических материалов прежде всего связана с составом химической композиции силеров, то есть реакция периапикальных тканей на материалы фирмы «ВладМива» и их зарубежных аналогов существенно не отличалась.

В дальнейшем исследовании мы обратили внимание на выраженность болевой реакции на разные виды силеров (табл. 3).

Следует заметить, что интенсивность боли во всех группах была небольшой. Средний показатель колебался в пределах 3–4,8 балла, что соответствовало незначительной выраженности болевых ощущений. Боль, возникавшая после obturации корневых каналов, не требовала лечения и самостоятельно утихала в течение 1–2 дней. Но характер постпломбировочной боли в разных группах больных существенно различался. Так, пациенты 1-й и 2-й групп отмечали постоянную ноющую боль разной степени выраженности на протяжении 1–2 дней, в 3-й и 4-й группах чаще регистрировалась боль при накусывании на зуб, а в 5-й и 6-й группах боль носила быстротекущий характер на протяжении 1–2 часов после непосредственной obturации корневых каналов.

Таким образом, по нашему мнению, практически врачу необходимо учитывать зарегистрированные особенности реакции периапикальных тканей на предложенные виды силеров. При выборе того или иного материала необходимо предупредить пациента о возможных болевых ощущениях.

Результаты рентгенологического исследования показали, что из 193 зубов корневые каналы 52-х были запломбированы с незначительным выведением материала за верхушку корня. Нас особенно интересовала ре-

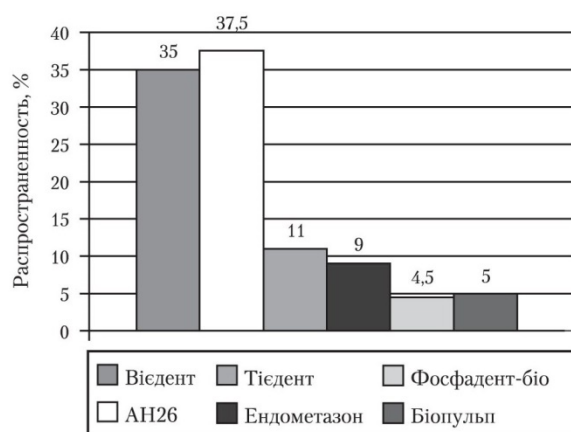


Рис. 1. Распространенность постпломбировочной боли в зависимости от вида силера.

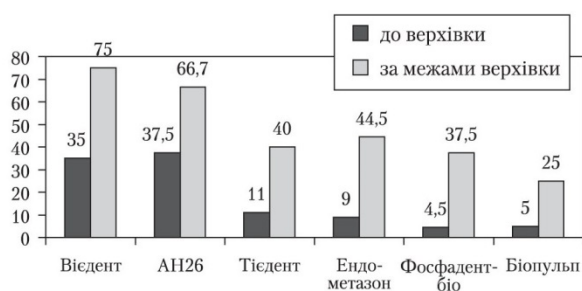


Рис. 2. Распространенность постпломбировочной боли в зависимости от выбранного силера и уровня obturации корневых каналов.

акция периапикальных тканей на присутствие силера, поэтому мы провели анализ частоты возникновения болевой реакции в зависимости от уровня obturации корневых каналов (рис. 2).

Таблица 3

Интенсивность болевой реакции на разные виды силеров

Статистические показатели	Группы наблюдения					
	Виэдент	АН-26	Тієдент	Эндометазон	Фосфадент-біо	Біопульп
M±m	4,8±0,31	4,5±0,28	3,1±0,05	3,2±0,1	3,0±0	3,0±0
p1		> 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01
p2			<0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01
p3				> 0,05	> 0,05	> 0,05
p4					> 0,05	> 0,05
p5						> 0,05

Примечания:

p1 – вероятность отличий с показателями 1-й группы (Виэдент);

p2 – вероятность отличий с показателями 2-й группы (АН-26);

p3 – вероятность отличий с показателями 3-й группы (Тієдент);

p4 – вероятность отличий с показателями 4-й группы (Эндометазон);

p5 – вероятность отличий с показателями 5-й группы (Фосфадент-біо).

Следует отметить, что выведение материалов за пределы верхушки корня способствовало увеличению распространенности боли во всех группах. Но наибольшая реакция со стороны периапикальных тканей регистрировалась на материалы на основе эпоксидного аминополимера. Пациенты 1-й и 2-й групп при заапикальном выведении материалов отмечали наличие боли в $75,0 \pm 15,3$ % и $66,7 \pm 15,7$ % случаев соответственно. Причем в 1-й группе у одного пациента ($12,5 \pm 11,6$ %), а во 2-й группе у двух ($22,2 \pm 13,8$ %) на фоне гиперемии слизистой оболочки появились инфильтрат и сглаженность переходной складки в области «причинного» зуба; значительная боль при вертикальной и горизонтальной перкуссии, что вынудило прибегнуть к хирургическим методам лечения (разрез по переходной складке). После проведенной терапии воспалительные процессы исчезли на 5–6 сутки, а функция зубов восстановилась. У двух пациентов ($25,0 \pm 15,3$ %) 1-й группы и у одного пациента ($13,8 \pm 11,4$ %) 2-й группы симптомы воспаления купировались после назначения противовоспалительных препаратов на 2–3 день. У других боль утихала сама по себе.

У пациентов 3-й и 4-й групп выраженность воспалительной реакции на выведение материала за пределы верхушки корня была значительно меньшей, чем в 1-й и 2-й группах. Болевая реакция проходила самостоя-

тельно или после назначения противовоспалительных препаратов или физиопроцедур (УВЧ 3–4 сеанса).

Наиболее благоприятные результаты были получены в 5-й и 6-й группах при использовании Фосфадента-био и Биопульпа. Наличие болевых ощущений после выведения данных материалов за верхушку корня регистрировали только $37,5 \pm 17,12$ % и $25,0 \pm 15,3$ % пациентов соответственно. При этом выраженность болевой реакции была незначительной и не требовала лечения.

Таким образом, проведенные клинические наблюдения свидетельствуют о наименьшем раздражающем действии Фосфадента-био и Биопульпа при выведении их за апекс. По нашему мнению, это связано с наличием в их составе соединений кальция, которым присущи такие качества, как биологическая совместимость, отсутствие токсичности, гипосенсибилизирующее действие и выраженный остеогенный эффект. При лечении деструктивных форм периодонтита, когда есть изменения со стороны корня, нет возможности создать апикальный упор и возникает угроза выведения материала за пределы верхушки корня, на наш взгляд, целесообразно использовать для временной obturation каналов материал фирмы «ВладМива» Фосфадент-био или его аналог – материал Биопульпа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боль после пломбирования корневых каналов зубов / А.К. Петрикас, А.П. Овсепян, Л.А. Горева и др. // *Новости Dentsply*. – 2002. – № 7. – С. 51–54.
2. Внутриканальная медикаментозная терапия при хронических и обостряющихся периодонтитах / А.П. Педоренко, С.И. Максютенко, В.Н. Шабанов и др. // *Вісник стоматології*. – 2002. – № 1. – С. 18–21.
3. Скотаренко А.В. Использование гидроксипапата ультравысокой дисперсности «Остим-100» и циклофосфата при лечении деструктивных форм хронического периодонтита // *Современная стоматология*. – 2002. – № 3. – С. 25–30.
4. Ивашкевич Л.Г. Некоторые аспекты современного подхода к лечению периодонтита // *Лікарська справа / Врачебное дело*. – 1993. – № 2–3. – С. 131–134.
5. Луцкая И.К. Обоснование выбора метода эндодонтического лечения // *Новое в стоматологии*. – 1997. – № 2. – С. 9–14.
6. Kane A.W., Toure B., Sasr M. Pain in intracanal treatment. A clinical study apropos of 150 cases // *Odontostomatol. Trop.* – 2000. – Vol. 23, № 90. – P. 5–10.
7. Fava L.R. Acute apical periodontitis: incidence of post-operative pain. Using two different root canal dressing // *Int. Endod. J.* – 1998. – Vol. 31, № 5. – P. 343–347.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА И ЧАЙ С ДОБАВЛЕНИЕМ КОРИЦЫ УНИЧТОЖАЮТ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА

Стоматолог из Чикаго Min Zhu установил, что корица уничтожает микроорганизмы, вызывающие неприятный запах из рта. Для того чтобы оптимально реализовать благотворное действие корицы, следует пользоваться жевательной резинкой, содержащей эту специю. Благотворно действует на ароматы, распространяемые нашим дыханием, коричный альдегид – основной ароматический компонент указанной пряности.

Следует отметить, что запах из нашего рта улучшает даже неароматизированный воск и любой другой субстрат, способствующий слюноотделению. По мнению заместителя декана стоматологической школы в Чикаго Christine D. Wu, потоки слюны, смывая микроорганизмы, очищают дыхание от зловония.

Наблюдения доктора Min Zhu показали, что жевательная резинка с корицей убивает до 40 % бактерий, которые отравляют выдыхаемый воздух. Непосредственно причастны к порче выдыхаемого воздуха бактерии *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia* и *Peptostreptococcus micros*. В том случае, если вы не любите корицу, альтернативным решением могут быть полоскания рта обычным чаем (или лучше чаем, ароматизированным корицей) несколько раз в сутки.

Источник: Medafarm.ru

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ