4. *Коротько Г.Ф.* Физиология органов пищеварения. – Краснодар, 2009. – 607 с.

Korot'ko G.F. Fiziologija organov pishhevarenija. – Krasnodar, 2009. – 607 s.

5. *Коротько Г.Ф.* Рециркуляция ферментов пищеварительных желез. – Краснодар, 2011. – 143 с.

Korot'ko G.F. Recirkuljacija fermentov pishhevaritel'nyh zhelez. – Krasnodar, 2011. – 143 s.

6. *Курилов Н.В., Короткова А.П.* Физиология и биохимия пищеварения жвачных. – М.: Колос, 1971. – 482 с.

Kurilov N.V., Korotkova A.P. Fiziologija i biohimija pishhevarenija zhvachnyh. – M.: Kolos, 1971. – 482 s.

7. *Пивняк И.Г., Тараканов Б.В.* Микробиология пищеварения жвачных. – М.: Колос, 1982. – 246 с.

Pivnjak I.G., Tarakanov B.V. Mikrobiologija pishhevarenija zhvachnyh. – M.: Kolos, 1982. – 246 s.

8. *Бондаренко В.М., Мацулевич Т.В.* Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2007. – 308 с.

Bondarenko V.M., Maculevich T.V. Disbakterioz kishechnika kak kliniko-laboratornyj sindrom: sovremennoe sostojanie problemy. – M.: GJeOTAR-media, 2007. – 308 s.

9. *Парфенов А.И.* Энтерология: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2009. – 880 с.

Parfenov A.I. Jenterologija: Rukovodstvo dlja vrachej. 2-e izd. pererab. i dop. – M.: MIA, 2009. – 880 s.

10. *Qin J., Li R., Raes J. et al*. A human gut microbial gene catalogue established by metagenomic sequencing // Nature. – 2010. – V. 464. – P. 59–65.

11. *Yatsunenko T., Rey F.E., Manary M.J. et al*. Human gut microbiome viewed across age and geography //Nature. – 2012. – V. 486. – P. 222–227.

12. *O'Hara A.M., Shanahan F*. The gut flora as a forgotten organ. EMBO. – 2006. – № 7. – P. 688–693.

13. *Popat R., Crusz S., Doggle S.* The social behaviour of bacterial pathogens // Brit. Med. Bullet. – 2008. – V. 87. – P. 63–75.

14. *Рыбальченко О.В., Бондаренко В.М., Орлова О.Г.* Структура и функции бактериальных биопленок симбиотических и условно-патогенных бактерий // Верхневолжский мед. журн. – 2013. – № 4. – С. 37–42.

Rybal'chenko O.V., Bondarenko V.M., Orlova O.G. Struktura i funkcii bakterial'nyh bioplenok simbioticheskih i uslovno-patogennyh bakterij // Verhnevolzhskij med. zhurn. – 2013. – № 4. – S. 37–42.

15. *Чернин В.В., Бондаренко В.М., Червинец В.М., Базлов С.Н.* Дисбактериоз мукозной микрофлоры эзофагогастродуоденальной зоны, его диагностика и лечение. – М.: МИА, 2011. – 144 с.

Chernin V.V., Bondarenko V.M., Chervinec V.M., Bazlov S.N. Disbakterioz mukoznoj mikroflory jezofagogastroduodenal'noj zony, ego diagnostika i lechenie. – M.: MIA, 2011. – 144 s.

16. *Парфенов А.И., Бондаренко В.М.* Что нам дал вековой опыт познания симбионтной кишечной микрофлоры // Архив патологии. – 2012. – № 2. – С. 21–25.

Parfenov A.I., Bondarenko V.M. Chto nam dal vekovoj opyt poznanija simbiontnoj kishechnoj mikroflory // Arhiv patologii. – 2012. – № 2. – S. 21–25.

17. *Simren M., Barbara G., Flint H.J. et al*. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: A Rome foundation report // Gut. – 2013. – V. 62. – P. 159–176.

Чернин Вячеслав Васильевич (контактное лицо) – профессор кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, д.м.н., проф., заслуженный врач РФ. Тел. (4822) 44-47-67; e-mail: elvasek@mail.ru.

УДК 616.314.17-008.1-085

М.В. Липунова, Г.Л. Саввиди, К.Г. Саввиди, И.Я. Пиекалнитс, Ю.В. Иванова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСКОРЕННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПЕРЕД ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Кафедра стоматологии ФПДО ГБОУ ВПО ТГМА Минздрава России

Приводятся результаты ускоренного лечения апикального периодонтита 47 зубов (15 резцов, 6 клыков, 10 премоляров и 16 моляров) верхней и нижней челюстей у 35 пациентов (17 мужчин и 18 женщин) в возрасте 62–70 лет с применением дозированного электрофореза гидроксида меди-кальция. Отдаленные результаты у 30 пациентов, явившихся на контрольный осмотр после протезирования искусственными коронками в сроки 2–3 года, показали стабилизацию патологического процесса, а иногда наблюдалось обратное развитие гранулем у верхушек корней.

Ключевые слова*: эндодонтическое лечение, апикальный периодонтит, депофорез, гидроксид меди-кальция.*

EXPERIENCE OF USE ACCELERATED METHOD OF TREATMENT OF APICAL PERIODONTITIS BEFORE PROSTHETICS WITH FIXED DENTURES

M.V. Lipunova, G.L. Savvidi, K.G. Savvidi, I.Ya. Piekalnits, Yu.V. Ivanova

Department of Dentistry of FPGE of Tver State Medical Academy

The results of accelerated treatment of apical periodontitis of 47 teeth (15 incisors, 6 canines, 10 premolars and 16 molars) of upper and lower jaws in 35 patients (17 males and 18 females) aged 62–70 years are presented. The treatment was carried out with using electrophoresis of hydroxide of copper-calcium. Long-term results in 30 patients coming

for control examination after prosthetics in 2–3 years had shown stabilization of pathological process and sometimes reserved granulema development at the roots apices was found.

Key words: *endodontic treatment, apical periodontitis, depophoresis, hydroxide of copper-calcium.*

Введение

Наиважнейшим этапом подготовки полости рта к протезированию несъемными металлокерамическими и металлопластмассовыми протезами является эндодонтическое лечение опорных зубов, включающее как депульпирование при интактных коронках, так и лечение зубов с гранулемами у верхушек корней. Деструктивные очаги воспаления тканей в области верхушек корней способны понижать неспецифическую резистентность, нарушать иммунный статус организма, а также вызывать сенсибилизацию к микробным антигенам [1]. Однако благодаря современным подходам к эндодонтическому лечению зубы, разрушенные, с некротизированной пульпой и изменениями в периапикальных тканях возможно сохранить и использовать в качестве опорных при протезировании. Появление новых технологий позволяет улучшить качество эндодонтического лечения корневой системы каналов и сократить число посещений [2–4]. При ускоренном методе лечения апикального периодонтита возможно исключить этап, при котором зуб оставляется открытым на несколько суток, и тем самым избежать дополнительного инфицирования системы каналов и ухудшения течения апикального периодонтита. Преимуществом ускоренного метода является также значительная экономия времени врача и пациента.

Необходимым условием успешного лечения апикального периодонтита является использование средств, обладающих мощным антибактериальным действием, а также стимулирующих репаративную регенерацию тканей и оссификацию зоны периапикального очага деструкции [5]. Не менее важным при этом является и достижение плотной обтурации системы корневых каналов. Применение нетвердеющих рассасывающихся медикаментозных паст на основе гидроксида кальция и йодоформа, широко применяемых в стоматологии, способствует быстрому купированию воспалительного процесса, однако их антибактериальное действие недостаточно для стерилизации боковых ответвлений корневых каналов и дентинных трубочек. Временные корневые пломбы, оказывая эффективное противовоспалительное действие на очаг деструкции в периапикальных тканях, не проникают в микроканалы, которые остаются инфицированными.

Наиболее перспективной, с нашей точки зрения, является терапия апикального периодонтита с применением гидроксида меди-кальция. Материал отечественного производства «Купродент» («Владмива») содержит гидроксид меди-кальция и обладает поливалентным бактерицидным действием. Антимикробная активность суспензии материала обусловлена сочетанием высокой щелочности, протеолитического действия и длительной «перманентной» стерилизации тканей за счет химической реакции. Гидроксид меди-кальция стимулирует образование костной ткани в периапикальной области, а слаборастворимые соединения меди, образующиеся в результате химической реакции, обтурируют дентинные трубочки и ответвления корневых каналов [6].

Целью настоящего исследования явилась оценка результатов ускоренного метода лечения апикального периодонтита с применением отечественного материала «Купродент» («Владмива») при подготовке к протезированию.

Материалы и методы исследования

В клинику кафедры стоматологии ФПДО ТГМА обратились 35 пациентов (17 мужчин и 18 женщин) в возрасте 62–70 лет для подготовки полости рта к протезированию металлопластмассовыми и металлокерамическими несъемными протезами, включенных в клиническое исследование, одобренное этическим комитетом Тверской государственной медицинской академии.

Пациенты предъявляли жалобы на боли при накусывании на зубы, самопроизвольные ноющие боли. Требовалось провести лечение 47 зубов (15 резцов, 6 клыков, 10 премоляров и 16 моляров верхней и нижней челюстей). После осмотра и сбора анамнеза изучали прицельные рентгенограммы зубов, оценивали характер изменений в периапикальных тканях, изгиб корней и толщину стенок, степень облитерации каналов корней зубов. Учитывая пожилой возраст пациентов, для анестезии использовали анестетики амидной группы без вазоконстрикторов (на основе мепивакаина) и 4% артикаин с адреналином в разведении 1:200 000. Количество вводимого анестетика составляло не более 0,6–0,7 мл (1/2 карпулы). Коронки зубов трепанировали, создавали прямолинейный доступ к устьям корневых каналов и приступали к эндодонтической обработке. Из-за неравномерной облитерации просвета корневых каналов заместительным дентином, наличия дентиклей, эндодонтическое лечение осуществлялось вручную с использованием гибких инструментов, лубрикантов и раствора гипохлорита натрия. После расширения апикального отверстия нередко выделялось небольшое количество серозно-геморрагического экссудата. В этих случаях проводили дополнительную инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов, подсушивали и проводили дозированный электрофорез (депофорез) гидроксида меди-кальция. Применение депофореза при расширенных апикальных отверстиях каналов корней может сопровождаться выведением большого количества активных ионов в периодонт, вызывать избыточное ощелачивание тканей, их раздражение и усиление воспаления, что приводит к появлению резких болей. В этой связи для минимизации проникновения ионов гидроксида меди-кальция за апикальное отверстие верхушечную часть канала обтурировали быстротвердеющим материалом на основе гидроксида кальция «Кальципульпин-Плюс»

(«Омега-Дент», Россия). В свободную часть канала вводили взвесь высокодисперсного гидроксида кальция на дистиллированной воде, после чего каналы заполняли суспензией гидроксида меди-кальция «Купродент». Небольшое количество суспензии распределяли по дну полости и проводили сеанс депофореза (Д = 7,5мА×мин) с помощью отечественного аппарата для проведения дозированного электрофореза «EndoEst» фирмы «Геософт». Силу тока подбирали индивидуально, она составляла 0,7–1,0 мА.

Далее апикальную часть освобождали от кальций-содержащего материала для оттока экссудата, образование которого значительно усиливается после депофореза «Купродентом». С этой же целью нарушали герметичность временной пломбы. Инфицирование канала исключалось благодаря высокой бактерицидности гидроксида меди-кальция. Суспензию «Купродент» оставляли в канале корня. Повторный сеанс депофореза назначали через 7–8 дней. После его завершения канал обрабатывали, высушивали и пломбировали гуттаперчевыми штифтами с силером «АН-Plus» («Dentsply») методом латеральной конденсации. В тех случаях, когда лечение апикального периодонтита необходимо было провести при наличии труднопроходимых корневых каналов (выраженный изгиб корня, облитерация), канал расширяли на ½ длины, затем проводили два сеанса депофореза гидроксида меди-кальция. Интервалы между сеансами составляли 7–8 дней, а суммарное количество электричества – 15мА×мин при лечении каждого канала. Проходимые части каналов рыхло заполняли аналогом атацамита – отечественным материалом «Купродент» («Владмива»). После проведения эндодонтического лечения коронки зубов восстанавливали упроченным стеклоиономерным цементом и протезировали искусственными коронками.

Результаты и их обсуждение

Изучение результатов лечения зубов проводили в процессе подготовки полости рта к протезированию. Отдаленные результаты лечения оценивали через 2 года и более. Спустя сутки после проведения депофореза гидроксида меди-кальция (Д = 7,5 мА×мин) больные отмечали стихание самопроизвольных ноющих болей, перкуссия зубов была слабоболезненной. Через 6–7 дней перкуторная реакция отсутствовала. После повторного сеанса депофореза и после завершения эндодонтического лечения больные жалоб не предъявляли.

На повторные осмотры явилось 30 приглашенных пациентов. При осмотре пациенты жалоб не предъявляли, перкуссия зубов была безболезненной. У всех больных зубы протезированы искусственными коронками, слизистая оболочка в области опорных зубов не имела видимых патологических изменений. На рентгенограммах вылеченных зубов отмечалось частичное замещение периапикальных очагов костной тканью, границы очагов были четкими. В трех случаях (4 зуба) замещение периапикальных очагов костной тканью было хорошо выражено (рис. 1, 2).



Рис. 1. Очаг разрежения у верхушки корня зуба 2.1



Рис. 2. Замещение деструктивного очага у верхушки корня зуба 2.1 костной тканью спустя 1,5 года

Заключение

Таким образом, полученный опыт лечения деструктивных форм апикального периодонтита ускоренным методом свидетельствует о целесообразности проведения депофореза гидроксида меди-кальция по А. Кнаппвосту. Метод позволяет купировать воспалительный процесс в короткие сроки. Высокая антимикробная активность гидроксида меди-кальция, а также его выраженное остеотропное действие способствуют восстановлению костной ткани в очагах деструкции даже у лиц пожилого возраста. Депофорез гидроксида меди-кальция позволяет импрегнировать дентин корня сульфидом меди, обеспечить длительную стерильность в системе корневых каналов и тем самым повысить качество эндодонтического лечения, что особенно важно при подготовке к протезированию.

Литература / References

1. *Гайдукова М.В*. Совершенствование методов лечения хронических деструктивных верхушечных периодонтитов / Автореф. дис. … к. м. н. – Воронеж, 2002. – С. 20–21.

Gajdukova M.V. Sovershenstvovanie metodov lechenija hronicheskih destruktivnyh verhushechnyh periodontitov / Avtoref. dis. … k. m. n. – Voronezh, 2002. – S. 20–21.

2. *Антонян А.А*. Эндодонтическое лечение в одно посещение. Современные стандарты. Части VI–VII. Лечение апикального периодонтита в одно посещение // Эндодонтия Today. – 2011. – № 2. – С. 58.

Antonjan A.A. Jendodonticheskoe lechenie v odno poseshhenie. Sovremennye standarty. Chasti VI–VII. Lechenie apikal'nogo periodontita v odno poseshhenie // Jendodontija Today. – 2011. – № 2. – S. 58.

3. *Липунова М.В., Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л.* Особенности повторного эндодонтического лечения зубов перед протезированием несъемными протезами. Материалы XV Конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов / Новые технологии в стоматологии. – Спб. – 2010. – С. 17–19.

Lipunova M.V., Savvidi K.G., Savvidi G.L. Osobennosti povtornogo jendodonticheskogo lechenija zubov pered protezirovaniem nesemnymi protezami. Materialy XV Konferencii cheljustno-licevyh hirurgov i stomatologov / Novye tehnologii v stomatologii. – Spb. – 2010. – S. 17–19.

4. *Липунова М.В., Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л.* Особенности эндодонтического лечения зубов у пожилых пациентов перед протезированием // Эндодонтия Today. – 2012. – № 2. – С. 54–55.

Lipunova M.V., Savvidi K.G., Savvidi G.L. Osobennosti jendodonticheskogo lechenija zubov u pozhilyh pacientov pered protezirovaniem // Jendodontija Today. – 2012. – № 2. – S. 54–55.

5. *Митронин А.В., Максимовский Ю.М.* Мониторинг лечения хронического апикального периодонтита у пациентов разных возрастных групп // Медицинский алфавит стоматологии. – 2006. – № 4 (66). – С. 22–25.

Mitronin A.V., Maksimovskij Ju.M. Monitoring lechenija hronicheskogo apikal'nogo periodontita u pacientov raznyh vozrastnyh grupp // Medicinskij alfavit stomatologii. – 2006. – № 4 (66). – S. 22–25.

6. Румянцев В.А. Наностоматология. – М.: М.И.А., 2010. – С. 133–135.

Rumjancev V.A. Nanostomatologija. – M.: M.I.A., 2010. – S. 133–135.

Липунова Мария Владимировна (контактное лицо) – канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии ФПДО ГБОУ ВПО ТГМА Минздрава РФ. Тел. 42-46-78; 8-910-939-87-83; e-mail: stomfpdo@mail.ru

УДК 616.314-089.5

А.А. Нечаева, А.Ж. Петрикас

ОЦЕНКА ТОПИКАЛЬНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЛИДОКАИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ И ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЗУБОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

В рандомизированном перекрестном исследовании с использованием визуальной аналоговой шкалы у 80 пациентов испытана эффективность топикального обезболивания места вкола 10% спреем лидокаина и 15% гелем при инфильтрационной и интралигаментарной инъекции. Через 2 мин оба препарата показали одинаковую максимальную эффективность, но у спрея она возникла уже через 1 мин. Полного топикального обезболивания указанными препаратами при рабочей инфильтрационной и интралигаментарной инъекции достигнуто не было.

Ключевые слова: *топикальная анестезия, лидокаин-спрей, лидокаин-гель.*

RATING TOPICAL ANESTHESIA OF LIDOCAINE DURING INFILTRATIVE AND INTRALIGAMENTARY ANESTHESIA OF TEETH

A.A. Nechaeva, A.Z. Petrikas

Department of Therapeutic Dentistry of Tver State Medical Academy

In a randomized crossover study in 80 patients the effectiveness of topical anesthesia of puncture sites with 10% lidocaine spray and 15% gel for infiltrative and intraligamentary injection was tested by means of Visual Analog Scale. Both drugs after 2 min showed the same maximum efficiency, but it came into being in 1 min after spray anesthesia. Full topical anesthesia of working infiltrative and intraligamentary injection was not reached.

Key wods: *topical anesthesia, lidocaine spray, lidocaine gel.*

Введение

Местные анестетики весьма широко используются в медицине в разных лекарственных формах. Две трети пациентов оценивают ощущения от уколов как неприятные и предпочли бы их избежать [1]. В последние годы в стоматологии возродился интерес к топикальной (терминальной, аппликационной) анестезии. Топикальная анестезия в детской