

На правах рукописи

СОРОКИН АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННОГО ПЕРИОДОНТИТА**

14.01.14- СТОМАТОЛОГИЯ

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Уфа - 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель - доктор медицинских наук, профессор
Герасимова Лариса Павловна

Официальные оппоненты:

Блашкова Светлана Львовна - доктор медицинских наук, доцент Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии

Леонова Людмила Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой стоматологии факультета усовершенствования врачей

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «__» _____ 2014 г. В __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.06. при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте: <http://www.bashgmu.ru/dissertatsii>.

Автореферат разослан «__» _____ 2014

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

М.М. Валеев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Несмотря на высокий уровень стоматологической помощи населению, пациенты, с различными формами периодонтита составляют 30 – 40 % от общего числа обратившихся в клинику. Среди хронических форм периодонтита преобладают в основном деструктивные формы (Максимовский Ю.М., 2003; Барер Г.М., 2001; Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д., 2003).

Несмотря на внедрение новых технологий в эндодонтическую практику, тем не менее, осложнения после эндодонтического лечения встречаются довольно часто. Данных по эпидемиологии осложнений эндодонтического лечения в России очень мало. По данным исследования Е.В. Боровского (2003), неудовлетворительное качество первичного пломбирования корневых каналов однокорневых зубов составляет от 61,3 до 76,1%, многокорневых - 96,1%. Более 70% эндодонтически леченых зубов подлежат повторной терапии (Боровский Е.В., 2003). Высокий показатель неудачных результатов эндодонтического лечения - 51-60% по исследованиям Максимовского Ю.М., Митрониной А.В. (2006). Причиной неудачных исходов лечения в оперативной эндодонтии могут быть анатомо – топографические особенности строения корневых каналов зубов: наличия дополнительных каналов к основному, ответвления от основного; погрешности врача – стоматолога при выполнении эндодонтических манипуляций (перфорации корневых каналов, создание ложных каналов).

Перелечивание зубов с хроническим деструктивным периодонтитом является актуальной проблемой в практической стоматологии. Предложено и изучено большое количество разнообразных схем лечения верхушечных периодонтитов, тем не менее, многие из них недостаточно эффективны и не обеспечивают полного выздоровления. Наибольшую потенциальную опасность для организма представляют деструктивные формы хронического периодонтита, поскольку хронические очаги воспаления в области верхушки

корня зуба могут быть причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Выявлен высокий процент осложнений после лечения хронических периодонтитов, вероятность развития которых, характер клинических проявлений и исход заболевания, во многом зависят от патоморфологического состояния периапикальных тканей и уровня неспецифической резистентности организма больного. Остается актуальной проблема, связанная с восстановлением структуры и функции периапикальных тканей в отдаленные сроки (И.С. Мащенко, А.В. Скотаренко, 2005).

В условиях практического лечебного учреждения, при неоправданно расширенных показаниях к применению хирургических методов лечения деструктивных форм периодонтита, нередко забывают о неоперативном лечении данного заболевания. Накопленный опыт свидетельствует о том, что деструктивные формы периодонтита излечимы и без оперативного вмешательства.

Современная эндодонтия диктует необходимость переоценки взгляда терапевта-стоматолога на эндодонтическое лечение. Необходимо не только хорошо знать анатомию каждого зуба, но и быть готовым к любым индивидуальным отклонениям от его нормального строения. Использование в диагностике и лечении современного цифрового рентгенологического оборудования, новых компьютерных технологий на основе цифрового анализа изображений, позволяют стоматологам получить новую и дополнительную информацию о характере патологического процесса, объективно оценить результаты проводимого лечения. Применяя современное оборудование, необходимо руководствоваться определенным алгоритмом комплексного клинико-рентгенологического обследования и лечения пациентов с хроническим деструктивным периодонтитом с эндодонтическим вмешательством в анамнезе.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что исследования, направленные на выявление, поиск, разработку методов диагностики и

комплексного повторного эндодонтического лечения хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита с применением различных препаратов являются актуальной задачей в стоматологии.

Цель работы. Повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с хроническим деструктивным периодонтитом с эндодонтическим вмешательством в анамнезе.

Задачи исследования:

1. Провести клинико–рентгенологическую оценку у пациентов с хроническими деструктивными формами инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе, определить топографию патологического очага деструкции.
2. Разработать параметры нормы относительной оптической плотности костной ткани в периапикальной области по данным радиовизиографии и денальной компьютерной томографии.
3. Определить оптическую плотность очагов деструкции костной ткани при хронических деструктивных периодонтитах с эндодонтическим вмешательством в анамнезе и дать характеристику очага деструкции.
4. Разработать алгоритм диагностики и лечения хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе с различной локализацией очага деструкции и оценить эффективность проведенного лечения.

Научная новизна

1. Впервые разработан алгоритм комплексного клинико – рентгенологического обследования и лечения пациентов с хроническими формами деструктивного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе с различной локализацией очага деструкции.
2. Впервые для повторного эндодонтического лечения хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита, в том числе с резекцией верхушки корня предложена методика заапикальной терапии, с

использованием биоматериала «Биоимплант». (Патент РФ на изобретение № 2416373).

3. Впервые для повторного эндодонтического лечения хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита с локализацией очага деструкции в фуркационной области предложена методика лечения с использованием биоматериала «Остеопласт». (Патент РФ на изобретение № 2393850).

4. Впервые объективно доказана эффективность предложенных методик терапии очагов деструкции при повторном эндодонтическом лечении хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита с использованием метода оптической денситометрии.

Практическая значимость работы

1. Применение дентальной компьютерной томографии позволяет определить точную топографию очага деструкции и соответственно выбрать оптимальную тактику повторного эндодонтического лечения.

2. Оптическая денситометрия позволяет определить структуру костной ткани очага деструкции при хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита, выбрать правильную тактику лечения, объективно оценить результаты проводимого лечения в динамике.

3. Для эффективной диагностики и лечения хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе предложен алгоритм комплексного клинико – рентгенологического исследования при повторных эндодонтических вмешательствах у пациентов с данной патологией.

4. Использование авторских методик повторного эндодонтического лечения с применением биоматериалов, содержащих коллаген, гидроксиапатит и сульфатированные гликозаминогликаны («Биоимплант», «Остеопласт К») при хронических деструктивных формах инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе позволяет

добиться восстановления структуры костной ткани в очагах деструкции, сохраняя зуб как функциональный орган, предотвращая его потерю.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Применение метода оптической денситометрии при хронических деструктивных формах инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе позволяет определить структуру костной ткани в очаге деструкции, объективно оценить динамику восстановления костной ткани в патологическом очаге в процессе лечения.
2. Использование алгоритма комплексного клинико-рентгенологического обследования при повторных эндодонтических вмешательствах у лиц с хроническими деструктивными формами инфекционного периодонтита позволяет эффективно проводить диагностику данного заболевания.
3. Предложенные авторские методики по повторному эндодонтическому лечению в зависимости от локализации деструктивного процесса хронических деструктивных форм инфекционных периодонтитов позволяют ликвидировать очаг хронической одонтогенной инфекции.

Внедрение результатов исследования в практику.

Работа выполнена в плане научных исследований Башкирского государственного медицинского университета. Результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедре терапевтической стоматологии с курсом института последипломного образования и кафедры стоматологии общей практики Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. Метод лечения используется в АУЗ Республиканская стоматологическая поликлиника г. Уфы, в стоматологической клинике «Дина Медсервис» (г. Уфа), в МБУЗ Стоматологическая поликлиника №1 г. Уфы.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены: на республиканской научно-практической конференции стоматологов (Уфа, 2005, 2006, 2012), на IV-й Российской научно-практической конференции

(Казань, 2011), на XXVII-XXVIII Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 2012). Основные положения диссертации доложены и обсуждены на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ, на заседании проблемной комиссии по стоматологии ГБОУ ВПО БГМУ РФ 27.03.2014 г. (протокол № 3).

Личный вклад автора. Автором самостоятельно проведено клиническое исследование 148 пациентов с деструктивными формами хронического инфекционного периодонтита в возрасте от 25 до 35 лет. Проведен набор клинического материала и анализ рентгенологических исследований, определены показатели нормы оптической плотности в периапикальной области различных групп зубов с помощью радиовизиографии и дентальной компьютерной томографии. Изучены показатели оптической плотности в очаге деструкции при хронических формах инфекционного периодонтита различной локализации. Разработаны и обоснованы методики лечения хронических деструктивных форм периодонтита при повторном эндодонтическом лечении.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 14 работ, из них 5 в научных журналах и изданиях, включенных в Перечень, рекомендованный ВАК РФ. Новизна разработанных методик лечения подтверждена патентами РФ на изобретение – 2.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 117 страницах компьютерной верстки, иллюстрирована 30 рисунками и 5 таблицами. Диссертация состоит из введения, глав «Обзор литературы», «Материал и методы исследования», «Анализ результатов повторного эндодонтического лечения пациентов с деструктивными формами хронического периодонтита», «Заключение», выводов, практических рекомендаций, библиографического списка, включающего 207 источника, из них 137 отечественных и 70 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных целей и задач, были запланированы и проведены исследования, представленные в таблице 1.

Таблица 1.

Этапы, методы и объем исследований

№ п/п	Этапы исследования	Методы исследования	Объем исследований
1.	Клинические исследования	Комплекс клинико-инструментального обследования пациентов включал: выявление жалоб, сбор анамнеза заболевания, объективный осмотр области лица и шеи, осмотр полости рта, тканей пародонта, зубных рядов. Выявление причинного зуба.	148 человек (159 зубов)
2.	Рентгенологические методы исследования (основная группа)	1. Ортопантомография. 2. Радиовизиография. 3. Дентальная компьютерная томография. 4. Оптическая денситометрия с помощью радиовизиографии и дентальной компьютерной томографии	148 человек, изучено 560 результатов рентгенологических исследований
3.	Определение параметров нормы оптической плотности костной ткани	1) радиовизиография 2) дентальная конусная компьютерная томография	Исследовано 75 рентгенологических снимков, 50 из них с помощью радиовизиографии, 25 с помощью дентальной конусной томографии
4.	Статистическая обработка	Компьютерная программа MSOffice2007. При сравнении вариационных рядов о достоверности количественных различий судили по вероятности возможной ошибки, которая определялась с помощью таблиц Стьюдента. Достоверными принимали различия с уровнем вероятности менее 5% ($p < 0,05$).	

Подбор и обследование пациентов, проведение лечения и дальнейшее динамическое наблюдение осуществлялись на базе кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИПОГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России (заведующая кафедрой, проф. Герасимова Л.П.), в стоматологической клинике «Дина Медсервис», г.Уфа (гл. врач, к.м.н. Гадиуллин А.М.). Период

лечения и наблюдения с 2003 по 2013 год. Распределение пациентов с деструктивными формами хронического периодонтита по полу составило: 82(57,2%) женщин, 66(42,8%) мужчин.

Методы лечения хронических деструктивных форм периодонтита при повторном эндодонтическом лечении

Методы лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Методы лечения хронических деструктивных форм периодонтита при повторном эндодонтическом лечении в зависимости от локализации очага деструкции

Посещение	Локализация очага деструкции		
	В периапикальной области, в том числе с прогрессирующей деструкцией после перенесенной операции резекции верхушки корня зуба	В боковом отделе (латеральный периодонтит)	В фуркационной области (после перфораций)
1	2	3	4
1	Препарирование, распломбирование корневых каналов, инструментальная обработка, медикаментозная обработка 3% раствором гипохлорита натрия. Временная obturation корневого канала материалом «Кальсепт-Йодо» (3 суток). Временная пломба.	Препарирование, распломбирование корневых каналов, инструментальная обработка методом «сбалансированной силы», медикаментозная обработка 3% раствором гипохлорита натрия. Временная obturation корневого канала материалом «Кальсепт-Йодо» (3 суток). Временная пломба.	Инструментальная и медикаментозная обработка области перфорации, закрытие перфорационного отверстия препаратом «Кальсепт-Йодо», лазеротерапия на область перфорационного отверстия, время воздействия 8 минут, режим II. Зуб закрывался под временную пломбу
2	Удаление временного пломбировочного материала из канала. Запикальное введение в очаг деструкции препаратов «Биоимплант» совместно с препаратом «КоллапАн –гель» (в соотношении 1:1).	Удаление временного пломбировочного материала из канала и повторное введение материала «Кальсепт - Йодо». Временная пломба.	Удаление временной пломбы, введение свежей порции препарата «Кальсепт-Йодо», повторная лазеротерапия

	Корневой канал временно obtурируется «Кальсепт-Йодо» на 1 - 3 месяца в зависимости от размеров очага поражения.		
3	При необходимости повторное введение препаратов «Биоимплант» совместно с препаратом «КоллапАн –гель». Корневой канал временно obtурируется «Кальсепт-Йодо».	Удаление временного пломбировочного материала из канала, постоянное пломбирование корневого канала	Удаление препарата «Кальсепт-Йодо», заполнение костного дефекта препаратом «Остеопласт-К», закрытие перфорационного отверстия материалом «ProRoot»
4	Постоянное пломбирование корневого канала и восстановление анатомической формы коронковой части зуба	Восстановление анатомической формы коронковой части зуба	Восстановление анатомической формы коронковой части зуба

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении клинического обследования 82 человека предъявляли жалобы на боли в зубе, припухлость десны в области причинного зуба, изменение цвета коронки зуба, выпадение пломб (18 чел.), подвижность зуба той или иной степени. У 16 человек в анамнезе - резекция верхушки корня, 40 человек предъявляли жалобы на периодическое отделяемое из свищевого хода, 26 больных жаловались на разрушенность коронковой части зуба, изменение цвета коронки и были направлены на перелечивание зуба врачом-ортопедом.

На прицельной радиовизиографии у 120 зубов были обнаружены очаги деструкции костной ткани в периапикальной области, в том числе в 16 зубах отмечалось отсутствие апикальной части корня (после резекции верхушки корня). В 14 зубах очаг деструкции находился в боковых отделах корней, в 25 зубах - в фуркационной области. На двухмерных снимках визуализировали и отмечали различную форму деструкции, размеры очага, дефекты и качество obtурации, наличие инородных тел и степень искривления корневых каналов.

Для уточнения локализации патологических очагов, подозрения на перфорации, выявления дополнительных каналов, ответвлений от основного канала 66 пациентам была назначена объемная дентальная компьютерная томография.

После проведенного рентгенологического исследования пациенты были разделены на 3 группы (таблица 3) согласно локализации очагов деструкции:

1 группа (120 зубов) – пациенты с апикальным хроническим деструктивным периодонтитом, в том числе с резекцией верхушки корня в анамнезе;

2 группа (14 зубов)– пациенты с латеральным хроническим деструктивным периодонтитом;

3 группа (25 зубов)– пациенты с хроническим деструктивным периодонтитом с очагом деструкции в фуркационной области после перфорации дна полости зуба, а также перфорации в устьевой части корневого канала.

Таблица 3

Распределение деструктивных форм хронического периодонтита по расположению очага деструкции

Зубы однокорневые/ многокорневые	1 группа	2 группа	3 группа
Однокорневой зуб	62	13	-
Многокорневой зуб	58	1	25
Всего	120	14	25

По результатам рентгенологического исследования латеральный хронический деструктивный периодонтит составил 5,8%, хронический деструктивный периодонтит с очагом деструкции в фуркационной области после перфорации дна полости зуба -7,2%, апикальный хронический деструктивный периодонтит преобладал и составил 87% (в том числе с резекцией верхушки корня в анамнезе – 11,6%).

Разработка параметров нормы оптической плотности по данным радиовизиографии и дентальной компьютерной томографии

Для сравнительного анализа степени минерализации костной ткани в очаге деструкции в процессе лечения необходимы параметры средних значений нормы костной ткани клинически здорового пародонта. Определение нормы оптической плотности костной ткани в здоровом пародонте позволит объективизировать результаты лечения. Для этого нами было обследовано 75 человек в возрасте 25 – 35 лет, с низким уровнем КПУ, не имеющих осложненных форм кариеса и хронических заболеваний в анамнезе, обратившихся по ортодонтическим показаниям – 52 человека и с дисфункцией ВНЧС – 23. Определение оптической денситометрии проводили по данным радиовизиографии (50 снимков) и дентальной компьютерной томографии (25 томограмм). Данные результатов анализа денситограмм по определению относительной нормы оптической плотности костной ткани в периапикальной области интактных зубов приведены в таблице 4 (измерения с помощью радиовизиографии) и таблице 5 (измерения с помощью дентальной компьютерной томографии). Программами выдавались данные в условных единицах.

Таблица 4

Оптическая денситометрия периапикальной области различных групп зубов по данным радиовизиографии

	Max. 1	Max. 2	Min. 1	Min. 2	Ср. значение
Жеват. н/ч	150,0	132,0	122,0	96,0	125,0±8,2
Фронт. н/ч	160,0	145,0	125,0	114,0	140,0±4,4
Жеват. в/ч	144,0	123,0	115,0	92,0	115,0±6,2
Фронт. в/ч	158,0	132,0	130,0	98,0	138,0±6,4

Таблица 5

**Оптическая денситометрия периапикальной области различных групп зубов
по данным дентальной компьютерной томографии**

	Max. 1	Max. 2	Min. 1	Min. 2	Ср. значение
Жеват. н/ч	1880,0	1750,0	1420,0	1350,0	1610,0±200,4
Фронт. н/ч	1960,0	1920,0	1455,0	1380,0	1687,5±220,3
Жеват. в/ч	1650,0	1540,0	1520,0	1500,0	1570,0±100,4
Фронт. в/ч	1940,0	1860,0	1650,0	1580,0	1720,0±200,2

**Оптическая денситометрия в очагах деструкции по данным
радиовизиографии и дентальной компьютерной томографии**

Во всех трех группах, при первоначальных измерениях, плотность костной ткани в очагах деструкции была снижена по сравнению с нормой более чем в 2 раза от 30-90 ед по данным радиовизиографии и от 600-1100 ед по данным ДКТ.

**Анализ результатов повторного эндодонтического лечения
пациентов с апикальным хроническим деструктивным периодонтитом**

Объективность оценки результатов проведенного лечения было подтверждено данными денситометрии. Показатели плотности костной ткани в очаге деструкции повышались через месяц после проведенного лечения на 20-30ед по данным радиовизиографии в 89 зубах (74,2%), в 31 зубах (25,8%) положительная динамика показателей плотности костной ткани наблюдалась спустя 3 месяца. Окончательное пломбирование зубов проводилось в сроки от 1,5 до 4-х месяцев от начала лечения. Через 6 месяцев после начала лечения пациенты 1 группы жалоб не предъявляли. При клиническом осмотре слизистая оболочка десны в области леченого зуба бледно-розового цвета, пальпация в области проекции корней безболезненна, перкуссия причинных зубов безболезненна. Рентгенологически, по данным денситометрии, наблюдалось полное восстановление плотности костной ткани в очаге деструкции в 64,2% случаев (77зубов), частичное восстановление - в 35,8% случаев (43 зуба). Через 12 месяцев полная регенерация костной ткани отмечена в 90% случаев (108 зубов), частичная- в 10% случаев (12 зубов) по

данным оптической денситометрии. Анализ отдаленных результатов (24 месяца) лечения хронических апикальных деструктивных форм периодонтита с применением препаратов «Биоимплант» и «КоллапАн-гель» показал эффективность проводимой терапии в 92,5% случаев (111 зубов). Рентгенологические показатели оптической плотности костной ткани у этих зубов соответствовали среднему значению нормы. В 7,5% случаев (9 зубов) наблюдалось частичное восстановление структуры костной ткани, оптическая плотность приближалась к среднему значению нормы.

Анализ результатов повторного эндодонтического лечения пациентов с латеральным хроническим деструктивным периодонтитом

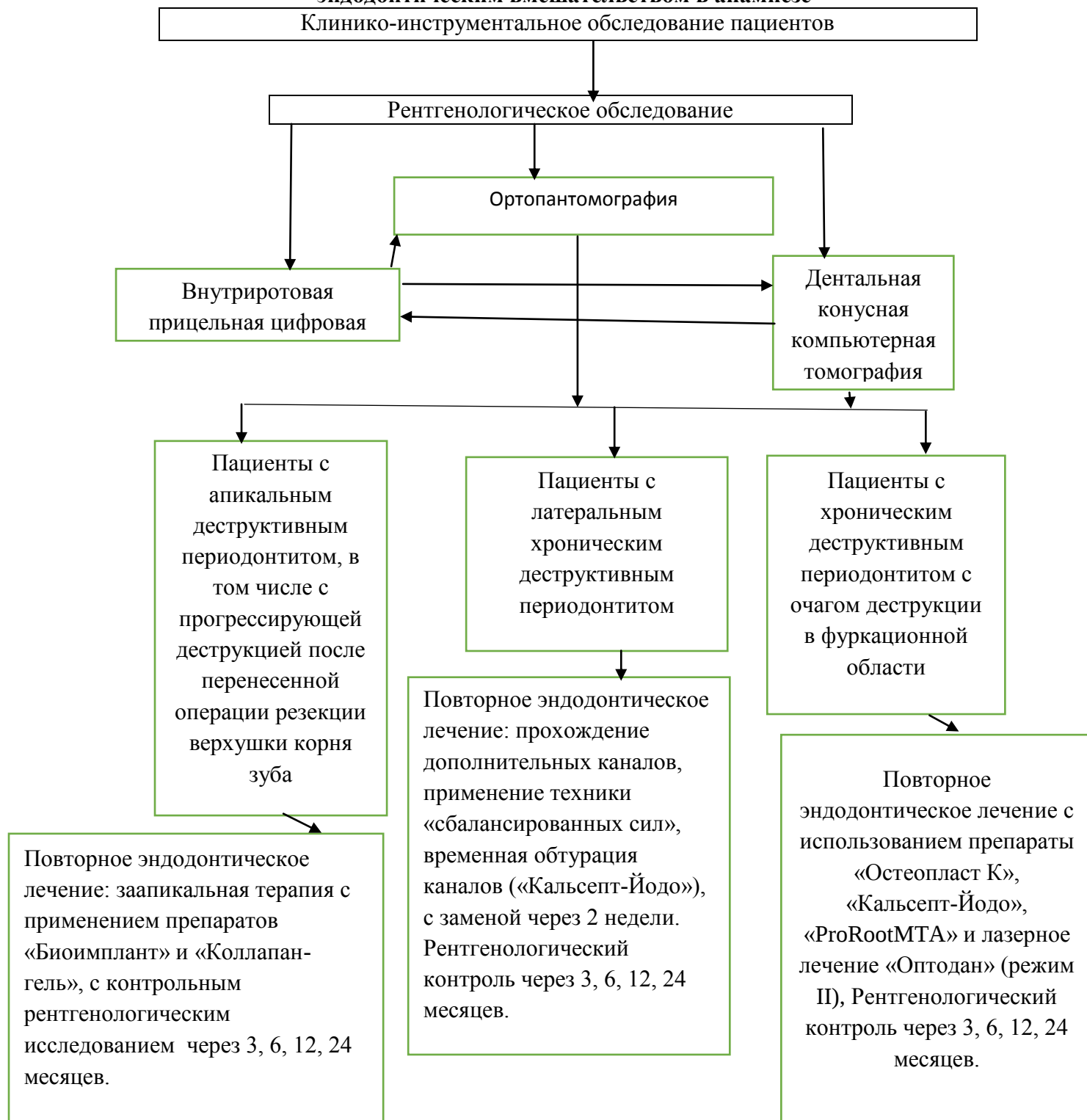
Во второй группе пациентов с латеральным хроническим деструктивным периодонтитом было пролечено 14 зубов. После лечения у 13 пациентов (92,8%) оптическая плотность костной ткани была приближена к средним показателям нормы и составила 115-120 ед., у 1 пациента (7,2%) показатели плотности костной ткани увеличились на 40 ед. и составила 90ед. Через 6, 12 месяцев наблюдалось полное восстановление очага деструкции костной ткани в 92,8% случаев и составила в среднем 120-128 ед, частичное восстановление оптической плотности костной ткани – в 7,2% случаев, показатели составили 110-115 ед.

Анализ результатов повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим деструктивным периодонтитом с очагом деструкции в фуркационной области

Лечению в 3 группе пациентов подвергались многокорневые зубы. Всего было пролечено 25 зубов. Объективность оценки результатов проведенного лечения было подтверждено данными денситометрии. Показатели плотности костной ткани в очаге деструкции с частичным разрушением костно-трабекулярного аппарата нормализовались от 1 до 3 месяцев, в зависимости от размера очага, с полным разрушением костно-трабекулярного аппарата - от 3 до 6 месяцев, соответственно в 84% и 16% случаев. Через 12 и 24 месяцев полная регенерация костной ткани отмечена в 84% случаев (21 зуб), частичная- в 16% случаев (4 зуба) по данным оптической денситометрии.

Таким образом, проведенное лечение хронических деструктивных форм периодонтита в зависимости от локализации очага деструкции костной ткани, позволило достоверно повысить показатели оптической плотности костной ткани в очаге деструкции ($p < 0,001$), а эффективность предложенного алгоритма лечения в среднем составила $89,8 \pm 5,8\%$.

Алгоритм комплексного клинико-рентгенологического обследования и лечения пациентов с хроническими деструктивными формами периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе



Выводы

1. При клиническом обследовании 148 пациентов с хроническим деструктивным инфекционным периодонтитом с эндодонтическим вмешательством в анамнезе обострение воспалительного процесса было выявлено у 82 человек (55,4%), у 66 пациентов (44,6%) воспалительный процесс находился в стадии ремиссии. По результатам рентгенологических методов обследования выявлено, что латеральный хронический деструктивный периодонтит составил 5,8%, хронический деструктивный периодонтит с очагом деструкции в фуркационной области – 7,2%, апикальный хронический деструктивный периодонтит составил 87%, в том числе апикальный хронический деструктивный периодонтит с резекцией верхушки корня в анамнезе – 11,6%.

2. По данным радиовизиографии средние значения параметров нормы оптической плотности костной ткани периапикальной области жевательных групп зубов на нижней челюсти составили – $125,0 \pm 8,2$ у.е., фронтальных групп зубов нижней челюсти – $140,0 \pm 4,4$ у.е., жевательных групп зубов на верхней челюсти составили $115,0 \pm 6,2$ у.е., фронтальных групп зубов на верхней челюсти – $138,0 \pm 6,4$ у.е.; по данным денальной компьютерной томографии: у жевательных групп зубов на нижней челюсти показатели составили $1610,0 \pm 200,4$ у.е., фронтальных групп зубов нижней челюсти – $1687,0 \pm 220,3$ у.е., жевательных групп зубов на верхней челюсти составили $1570,0 \pm 100,4$ у.е., фронтальных групп зубов на верхней челюсти – $1720,0 \pm 200,2$ у.е.

3. Во всех трех группах оптическая плотность костной ткани в очагах деструкции была снижена по сравнению с нормой более чем в 2 раза. Средние значения оптической денситометрии составили от $30 \pm 4,2$ до $90 \pm 4,8$ у.е. по данным радиовизиографии; от $600 \pm 120,4$ до $1100 \pm 120,6$ у.е. по данным компьютерной денальной томографии.

В I группе частичное разрушение костно – трабекулярного аппарата в очаге деструкции составило 75% случаев, полное – в 25% случаев.

Во II группе пациентов частичное разрушение костно - трабекулярного аппарата в очаге деструкции было в 64,3% случаев, полное – 35,7%.

В III группе пациентов частичное разрушение костно - трабекулярного аппарата в очаге деструкции было в 16 % случаев, полное – в 84% случаев.

4. Разработан алгоритм диагностики и лечения хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе с локализацией очага деструкции в периапикальной области (I группа), латеральной области (II группа) и фуркационной области (III группа).

В I группе пациентов в 92,5% случаев наблюдалось полное восстановление структуры костной ткани, в 7,5% случаев наблюдалось частичное восстановление структуры костной ткани (оптическая плотность приближалась к среднему значению нормы)($p < 0,001$).

Во II группе анализ результатов лечения показал полное восстановление оптической плотности костной ткани в 92,8 % случаев, частичное – в 7,2 % случаев($p < 0,001$).

В III группе анализ результатов лечения пациентов показал в 84 % случаев полное восстановление оптической плотности костной ткани в очаге деструкции, частичное – в 16 % случаев($p < 0,05$).

Данные методики являются эффективными при повторном эндодонтическом лечении хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита и позволяют ликвидировать очаг хронической одонтогенной инфекции в $89,8 \pm 5,8\%$ случаев.

Практические рекомендации

1. В комплекс рентгенологического обследования пациентов с хроническими деструктивными формами инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе рекомендовано включать денральную конусную компьютерную томографию, позволяющую с большей достоверностью выявить особенности строения полости зуба, системы корневых каналов, наличие дополнительных каналов, наличие перфораций,

изменения периапикальной области, более точного определения локализации костных деструкций и соответственно выбрать оптимальную тактику лечения.

2. В процессе диагностики, лечения и динамического наблюдения пациентов с хроническими деструктивными формами инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе рекомендуется определять оптическую плотность костной ткани в очаге деструкции для объективной оценки ее регенерации.

3. Рекомендуется использовать разработанный нами алгоритм комплексного клинико-рентгенологического обследования при диагностике пациентов с хроническими деструктивными формами инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе.

4. Для лечения пациентов с хроническими деструктивными формами инфекционного периодонтита с эндодонтическим вмешательством в анамнезе рекомендовано использовать, при локализации очага деструкции в периапикальной области, предложенный метод лечения с применением препаратов «Биоимплант» совместно с «КоллапАн-гель»; при локализации очага деструкции в боковом участке корня рекомендовано использовать методику «сбалансированной силы» и временную obturation корневого канала препаратом «КальсептЙодо»; при локализации очага деструкции в фуркационной области – препараты «Остеопласт К», «КальсептЙодо» с применением лазерного воздействия на патологический очаг, согласно предложенной методике.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

- 1. Герасимова Л.П., Сорокин А.П., Латыпова Э.Р. Повторное эндодонтическое лечение апикального периодонтита, осложненного перфорацией зуба //Эндодонтияtoday. – М. - 2013. - № 4. – С. 53-55.**
- 2. Сорокин А.П., Герасимова Л.П., Латыпова Э.Р. Эндодонтическое лечение хронического апикального деструктивного периодонтита после резекции верхушки корня зуба в анамнезе //Эндодонтияtoday. – М. - 2013. - № 3. – С. 63 – 66.**
- 3. Сорокин А.П., Герасимова Л.П. Оптическая денситометрия периапикальной области по данным радиовизиографии и дентальной компьютерной томографии // Практическая медицина. – Казань. - 2013. - № 5. – С. 150 – 154.**
- 4. Сорокин А.П., Герасимова Л.П. Возможность оптической денситометрии при динамическом наблюдении больных с деструктивными формами хронического периодонтита // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа. - 2013. – №1. – С. 64 – 67.**
- 5. Герасимова Л.П., Сорокин А.П. Применение дентальной компьютерной томографии при повторном эндодонтическом лечении хронических деструктивных форм периодонтита // Наука в центральной России. – Тамбов. - 2013. – С. 173 – 177.**
- 6. Герасимова Л.П., Сорокин А.П. Способ лечения зубов с деструктивными изменениями в фуркационной области моляров I – II класса после перфорации дна полости зуба //Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели». - М.- 2010.- № 19.**
- 7. Герасимова Л.П., Сорокин А.П. Способ лечения хронического периодонтита зубов //Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели». - М.-2011.- № 11.**
- 8. Алетдинова С.М., Герасимова Л.П., Сорокин А.П. Способ забора материала для бактериологического исследования из корневого канала и периапикальной области зуба при хронических апикальных**

периодонтитах//Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели». - М.-2013.- №6.

9. Сорокин А.П., Герасимова Л.П. Роль дентальной компьютерной томографии в диагностике и в ходе эндодонтического лечения хронических форм периодонтита // Материалы XXVII – XXVIII Всероссийских научно – практических конференций. – М.- 2012. – С. 175 – 176.

10. Герасимова Л.П., Сорокин А.П., Кабирова М.Ф., Усманова И.Н. Оптимизация диагностики и лечения вторичного хронического инфекционного периодонтита// Материалы Республиканской конференции стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии», посвященной 80– летию Башкирского Государственного медицинского университета. – Уфа.- 2012. – С. 107 – 109.

11. Сорокин А.П., Герасимова Л.П. Комплексное лечение хронического апикального периодонтита при наличии непроходимых корневых каналов и свищевого хода// Материалы IV-й Российской научно – практической конференции «Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта». – Казань. - 2011. – С. 43 – 47.

12. Сорокин А.П., Герасимова Л.П. Комбинированное лечение хронических деструктивных форм периодонтита со свищевым ходом// Сборник материалов Республиканской конференции стоматологов «Актуальные вопросы современной стоматологии». – Уфа. - 2010. – С. 13 – 17.

13. Сорокин А.П., Герасимова Л.П. Лечение вторичного хронического инфекционного периодонтита// Материалы Всероссийской научно – практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии». – Уфа.- 2009. – С. 125 – 126.

14. Сорокин А.П., Герасимова Л.П. Осложнения, возникающие у пациентов с хроническим периодонтитом после неудачного эндодонтического лечения// Материалы Всероссийской научно – практической конференции «Профилактика стоматологических заболеваний и их осложнений». – Уфа.- 2008. – С. 147 – 148.

15. Герасимова Л.П., Сорокин А.П. Применение препарата «Остеоматрикс» в практике врача-пародонтолога// Материалы Всероссийской конференции стоматологов «Актуальные проблемы стоматологии», Республиканской конференции стоматологов Башкортостана «Новые технологии в стоматологии». – Уфа.- 2005. – С.80-82.
16. Герасимова Л.П., Сорокин А.П. Применение остеотропногопреперата «Коллапан» в лечении пародонтита средней и тяжелой степени тяжести// Материалы Всероссийского симпозиума по проблеме «Актуальные проблемы стоматологии». – Уфа. - 2004. – С.74-76.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДККТ – денральная конусная компьютерная томография

СГА – сульфатированные гликозаминогликаны

ОПТГ - ортопантомограмма

RVG – радиовизиография

ХДИП - хронический деструктивный инфекционный периодонтит

ЭОД – электроодонтодиагностика

МТА –минеральный триоксидныйагреганта

СОРОКИН АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННОГО ПЕРИОДОНТИТА**

14.01.14- СТОМАТОЛОГИЯ

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Лицензия №0177 от 10.06.96 г.

Подписано к печати 30.04.2014 г.

Отпечатано на ризографе с готового оригинал-макета,
представленного автором.

Формат 60х84 1/16. Усл.-печ. л. 1,4

Тираж 100 экз. Заказ № 127

450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3,

Тел.: (347) 272-86-31

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России