

Klinika za bolesti zuba
Stomatološki fakultet Beograd

AKTUELNI KONCEPT LEČENJA HRONIČNIH APEKSNIH PARODONTITA

Prof.dr Slavoljub Živković

Hronični apeksni parodontiti predstavljaju ograničeno zapaljenje apeksnog parodonticijuma, tj. tkiva oko vrha korena zuba. U najvećem broju slučajeva predstavljaju komplikacije septičnih ili gangrenoznih oboljenja pulpe, a retko nastaju kao samostalno oboljenje, odnosno kao posledica traume.

Ovo oboljenje se karakteriše produktivnim zapaljenjem, tj. proliferacijom granulomatoznog tkiva koje ima pre svega odbrambenu ulogu. Zbog toga po mišljenju brojnih endodontista hronični apeksni parodontiti predstavljaju odbrambenu reakciju periapeksnog tkiva na dejstvo štetnih nadražaja koji najčešće potiču iz kanala korena zuba. Dakle, osnovni uzročnik periapeksnih promena je polimikrobna flora aerobnih i anaerobnih mikroorganizama iz kanala korena, a manje značajni etiološki faktori su jatrogena oštećenja (mehanička i hemijska) ovog tkiva koja nastaju u toku endodontskog zahvata.

Danas se smatra da terapija hroničnih apeksnih parodontita bez sumnje predstavlja najznačajniji problem u endodontskoj praksi. Endodontska terapija HAP je u stvari terapija inficiranog kanala korena, a u osnovi ima biološki pristup u lečenju.

Šta znači biološki pristup u tretmanu ovih oboljenja?

Biološki pristup podrazumeva da se efekat kanalskih instrumenata, iriganasa i materijala za opturaciju u toku endodontske intervencije mora ograničiti na unutrašnjost kanala, kako bi se sprečila mehanička i hemijska iritacija periapeksnog tkiva.

Dobro planiranje terapije HAP predstavlja osnovni uslov za pozitivan ishod lečenja. Zato je neophodno svaki slučaj pažljivo analizirati i napraviti adekvatan plan koji bazira na:

- pravilno postavljenoj dijagnozi (anamneza i klinički pregled)
- adekvatno analiziranim indikacijama (opšte i lokalne) i
- pažljivom izboru metode lečenja.

Dakle, terapiji HAP se pristupa nakon dobro postavljene dijagnoze i pravilno analiziranih indikacija.

Pravilno sprovedena endodontska intervencija predstavlja složen i delikatan kompleks radnji koje obuhvataju kako pripremu, tako i aktivnu fazu obrade inficiranog endodontskog prostora i stoga zahteva visoku stručnost i kvalifikovanost terapeuta endodontiste.

Protokol rada svake endodontske intervencije (odgovara jednom mikrohirurškom zahvatu) i sadržan je u trijasu:

- ukloniti uzrok iz kanala

- očistiti i oblikovati kanal (preparacija)
- ispuniti obrađeni deo kanala (opturacija).

Endodontska terapija HAP je pre svega kauzalna i podrazumeva brzo i efikasno uklanjanje uzroka iz kanala (eliminisanje septičnog sadržaja), pravilnu preparaciju (čišćenje, oblikovanje) i adekvatnu trodimenzionalnu hermetičnu opturaciju kanala.

Moderna endodontcija danas insistira prevashodno na mehaničkoj kanalskoj obradi, koja mora da se završi u tom prostoru, a pri tome periapeks ne sme biti iritiran, niti mehanički endodontskim instrumentima, niti hemijski medikamentima. Kod inficiranih kanala, ovakvim pristupom se teži da se iritacije iz kanala što pre uklone ili bar svedu u okvire individualne podnošljivosti, a nakon preparacije i opturacije sa intenziviranjem imunobiološkog odgovora dolazi do reparacije oštećenog periapeksnog tkiva.

Uobičajeni protokol svake endodontske intervencije, pa i inficiranih kanala obuhvata nekoliko faza:

- ispitivanje inicijalne prohodnosti
- uklanjanje sadržaja iz kanala
- određivanje radne dužine preparacije (odontometrija)
- preparacija kanala sa obilnom irigacijom
- medikacija kanala
- opturacija kanala.

Nakon otvaranja pulpne komore (trepanacija), provere prohodnosti i brzog i efikasnog uklanjanja sadržaja iz kanala neophodno je odrediti granicu preparacije, kako bi se sprečilo mehaničko oštećenje periapeksa instrumentima i hemijska alteracija medikamentima, odnosno odredila granica materijala za opturaciju.

Odontometrijski postupak se može izvesti rengengrafskim ili elektroodontometrijskim tehnikama i predstavlja jedan od važnih preduslova za uspešan ishod endodontskog lečenja. Određivanje radne dužine (granice dokle obrađujemo kanal) kod HAP predstavlja dodatni problem, jer apeksno suženje najčešće ne postoji, a česte su i resorpcije apeksnog dela kanala korena.

Preparacija je najvažnija faza u terapiji inficiranih kanala korena zuba. Pravilno odabranim endodontskim instrumentima se sa zidova temeljno uklanjaju ostaci kanalskog sadržaja i inficirani sloj dentina. Posebna pažnja se pridaje obradi apeksnog dela kanala, naročito ukoliko postoje apeksne resorpcije. Ovaj deo se mora obraditi uz respektovanje biološke periapeksne strukture i formiranjem "endoapeksne matrice" kako bi se ograničila instrumentacija i sprečilo prebacivanje materijala tokom opturacije kanala. Kao sredstvo za irigaciju najčešće se koristi 2,5-3% rastvor NaOCl, ili 2% rastvor hlorheksidin glukonata.

Medikacija inficiranih kanala ima zadatak da obezbedi antiseptične uslove u kanalu i da deluje na zaostale mikroorganizme u parakanalnom sloju, obzirom da je potvrđeno da je efekat medikamenta samo u površnom sloju dentina zidova kanala, aktuelni pristup lečenja insistira prevashodno na blagim antiseptičkim rastvorima (1-3% NaOCl) kako bi se sprečilo eventualno štetno hemijsko delovanje na periapeks.

U posebnim indikacijama, kada postoje velike PA lezije, kao medikacija se može koristiti kalcijum hidroksid (pasta, štapić), koji značajno utiče na zaostale mikroorganizme i ubrzanje reparacijskih procesa u periapeksu.

Obturacija kanala predstavlja krunu endodontskog zahvata i može se izvesti tek nakon pravilno obrađenog kanalskog sistema. Pravilna opturacija mora da spreči komunikaciju između usne duplje i periapeksne lezije, a sredstvo za opturaciju mora dobro da zaptiva krunično, bočno i apeksno.

Tok izlječenja periapeksnih lezija nakon endodontske terapije zavisi od: opšteg i lokalnog imunobiološkog stanja individue, etiologije periapeksnih oboljenja veličine periapeksne lezije i kvaliteta endodontske intervencije.

Evolucija reparacije oštećenih tkiva u periapeksu započinje posle završene endodontske terapije inficiranog kanala, to jest posle definitivne opturacije kada je potpuno savladana infekcija iz kanala.

Treba takođe istaći da se suština endodontskog lečenja nije izmenila poslednjih 50-tak godina, ali se znatno izmenio način razmišljanja u pristupu i shvatanju i realizaciji pojedinih faza endodontske intervencije. Osnovni razlog za to su bogat istraživački rad i klinička iskustva praćena brojnim inovacijama u domenu tehnoloških mogućnosti i izradi pre svega, sve kvalitetnijih i efikasnijih kanalskih instrumenata.

Danas je u svetu i Evropi opšte prihvaćen stav među endodontistima da suština endodontske terapije leži u pravilnoj preparaciji kanala sa obilnom irigacijom, čime se najefikasnije uklanja uzrok oboljenja, a nakon dobre opturacije obezbeđuju uslovi za izlječenje periapeksne lezije.

Pozitivan ishod terapije HAP zavisi dakle od odbrambenih snaga pacijenta, veličine periapeksne lezije i kvaliteta endodontskog zahvata. Pravilno sproveden endodontski tretman inficiranog kanala, dakle podrazumeva besprekornu higijenu radnog mesta, apsolutno suvo polje rada (koferdam) pravilan izbor endodontskih instrumenata, izvanrednu terapeutsku tehniku i poznavanje osnovnih principa čišćenja i oblikovanja kanalskog prostora, odnosno tehnika opturacije adekvatno obrađenog kanala.

Literatura

1. Cohen S, Burns RC. Pathways of the pulp, Mosby, Seventh edition, 1998.
2. Ingle JI, Bakland LK. Endodontics, A Lea & Febiger Book, fourth edition, 1994.
3. Saunders WP, Saunders EM. Effect of noncutting tipped instruments on the quality of root canal preparation using a modified double-flared technique: J Endodont 1992;18:32.
4. Foreman PC, Barnes IE. A review of calcium hydroxide, International Endodont J 1990;23:283.
5. Sjogren U, JFigdor D, Peksson S, Sundquist G: Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical perionitis International Endodont J, 1997;3=297.
6. Gutierrez JH, Brizuela C, Villota C. Human teeth with periapical pathosis after overinstrumentation and overfilling of the root canals: International endodontic J 1999;32:40.