

Степень эффективности назначения кальцийсодержащих препаратов системного действия при лечении деструктивных форм хронического периодонтита

Т.Л. РЕДИНОВА, д.м.н., проф., зав. кафедрой
Н.А. ПРИЛУКОВА, асп. кафедры

Кафедра терапевтической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии

The efficacy degree of systemic action drugs containing calcium in the treatment of chronic periodontitis destructive forms

T.L. REDINOVA, N.A. PRILUKOVA



Т.Л. РЕДИНОВА



Н.А. ПРИЛУКОВА

Резюме

Были пролечены 105 зубов с хроническим деструктивным периодонтитом у 86 пациентов. Установлено, что в ближайшие сроки наблюдения (до шести месяцев) успешность лечения периодонтита зависит от качественно проведенных эндодонтических этапов, в то время как пероральное назначение кальцийсодержащих препаратов не влияет на сроки ремоделирования кости в очагах деструкции.

Ключевые слова: очаги деструкции, эндодонтическое лечение, кальцийсодержащие препараты.

Abstract

105 teeth with chronic destructive periodontitis have been treated in 86 patients. The follow-up of patients (till 6 months) showed that the effectiveness of periodontal treatment depended on the quality of endodontic stages carrying out, while peroral administration of drugs containing calcium didn't influence the terms of bone remodeling in the foci of destruction.

Key words: foci of destruction, endodontic treatment, drugs containing calcium.

Известны данные о лечебно-профилактическом действии остеогенных препаратов, применяемых при воспалительно-деструктивных изменениях в костной ткани пародонта [7, 8]. В большинстве этих работ отмечается, что такие препараты работают достаточно эффективно, если у пациентов диагностируются кальцийдефицитные заболевания, к которым относят: остеопороз, атеросклероз, гипер-

тоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, частые переломы конечностей и др. [1-4].

Вместе с тем Корляков Д. В. (2007) и Максимова Н. В. (2008) установили, что кальцийсодержащие препараты достаточно эффективны и у пациентов, которым были ранее проведены оперативные вмешательства на кости челюстей в виде удаления зубов и цистэктомии. По их данным, назна-

чение наноактивированного глюко-ната кальция в течение 30 дней по 1 г способствует уже спустя три месяца после оперативного вмешательства в области дефекта увеличению плотности кости по ультразвуковой диагностике и восстановлению костной структуры по рентгенологическим данным, в то время как в группе сравнения это отмечается только через восемь месяцев.

На сегодняшний день на рынке лекарственных препаратов имеется



Рис. 1а. Хронический апикальный периодонтит 1.1 (до лечения)

большой спектр кальцийсодержащих средств как наиболее доступных для пациентов в качестве профилактических. Причем установлено, что препараты кальция первого поколения (глюконат кальция, глицерофосфат кальция, карбонат кальция и др.) снижают риск переломов и развитие остеопорозных состояний на 10%, второго поколения (кальцитвит, идеос, кальций D3 никомед и др.) – на 30%, а третьего поколения (витрум остеомег, кальцецин, кальцецин адванс) – на 45% [10].

Можно предположить, что лечебно-профилактический эффект от применения вышеперечисленных средств при деструктивных изменениях в тканях перио- и пародонта будет различным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить степень эффективности кальцийсодержащих препаратов, особенно разного поколения, в ближайшие сроки постэндодонтического лечения у больных с деструктивными формами хронического периодонтита.



Рис. 1б. Хронический апикальный периодонтит 1.1 (после лечения)

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пролечены 105 зубов у 86 больных в возрасте от 18 до 69 лет без тяжелой соматической патологии и пародонтита III степени с хроническим деструктивным периодонтитом. Всего проведено эндодонтическое лечение в 60 однокорневых и 45 многокорневых зубах. Механохимическую обработку корневых каналов проводили ручными эндодонтическими инструментами конусностью 2% по методу Step Down и Step Back с лубрикантом ЭДТА и ирригацией 1,25% раствором гипохлорита натрия. На этапе окончательной медикаментозной обработки использовали 1,25% раствор гипохлорита натрия в объеме 10 мл струйно из шприца с эндодонтической иглой на каждый канал. Данный метод окончательной медикаментозной обработки выбран как наиболее простой и экономичный на приеме врача-стоматолога и в то же время, по нашим данным [11], имеющий такую же высокую эффективность в достижении микробной стерильности каналов, как и метод

ультразвуковой ирригации и последовательной струйной обработки антибактериальными препаратами. Корневые каналы obturировали гуттаперчей методом латеральной конденсации, в качестве силера применяли эндометазон.

В зависимости от вида кальцийсодержащего препарата, назначаемого перорально, все пациенты были поделены на четыре группы. Первую группу составили 34 больных, у которых проведено только эндодонтическое лечение 41 зуба (24 однокорневых и 17 многокорневых), препараты кальция не назначались. Данная группа явилась группой сравнения в настоящем наблюдении. Во вторую группу вошел 21 человек, у которых пролечены 24 зуба (10 однокорневых и 14 однокорневых), а в качестве общего лечения назначали внутрь наноактивированный глюконат кальция по 0,5 г три раза в день в течение 10 дней. Третью группу составили 16 человек, у которых пролечены 18 зубов (8 однокорневых и 10 многокорневых), внутрь назначали «Кальцецин Адванс» по 0,5 г два раза в день в течение месяца. В четвертую группу вошли 15 пациентов, у которых пролечены 22 зуба (14 однокорневых и 8 многокорневых), «Кальцецин Адванс» рекомендовали принимать по 0,5г два раза в день в течение трех месяцев.

Качество лечения и его эффективность оценивали клиническими (осмотр, выявление жалоб, перкуссия) и рентгенологическими методами. Рентгенологическое исследование проводили с помощью радиовизиографа Evolution 3000-2С и программы Schick Technologies CDR на этапе диагностики, после наложения корневой пломбы и спустя шесть месяцев после лечения. В наблюдение включали только пациентов, у которых корневая пломба на контрольном радиовизиографическом снимке была на уровне рентгенологической верхушки (рис. 1а, б; 2а, б).

Площадь очага деструкции в периапикальной области каждого кор-

Таблица 1. Изменение рентгенологических показателей очагов деструкции при хроническом периодонтите у пациентов различного возраста

Возраст пациентов	S очага деструкции до лечения (мм ²)	S очага деструкции спустя 6 месяцев (мм ²)	P	РАI до лечения (баллы)	РАI спустя 6 месяцев (баллы)	P
18-38 лет (n = 43)	93,2 ± 11,7	39,4 ± 7,1	<0,05	4,5 ± 0,2	3,2 ± 0,2	<0,05
39-69 лет (n = 43)	80,7 ± 9,1	33,5 ± 5,2	<0,05	4,3 ± 0,2	3,2 ± 0,2	<0,05
P	>0,05	>0,05	—	>0,05	>0,05	—

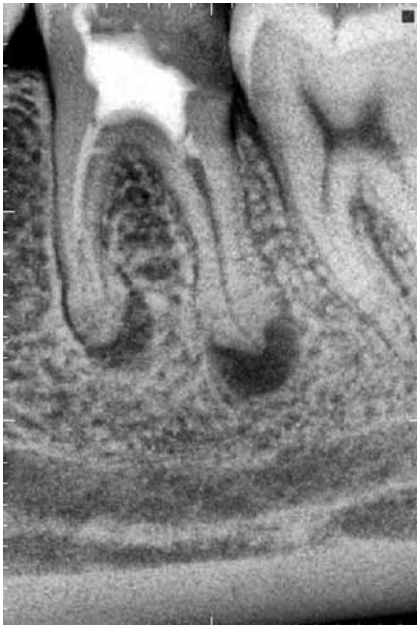


Рис. 2а. Хронический апикальный периодонтит 3.6 (до лечения)

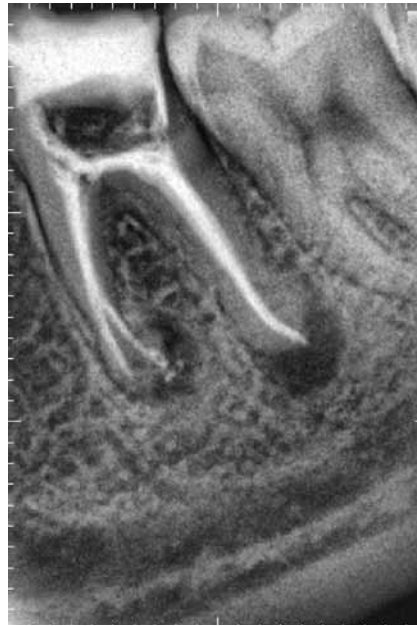


Рис. 2б. Хронический апикальный периодонтит 3.6 (после лечения)

ня на всех этапах динамического наблюдения рассчитывали по формуле определения площади правильного круга ($S = \pi \times \alpha \times \beta$) в мм^2 . Всего оценены 113 очагов деструкции в динамике наблюдения через шесть месяцев. Кроме того, рентгенологическую оценку состояния околоверхушечных тканей проводили с помощью модифицированного периапикального индекса PAI по Соловьевой А. М. [5].

Полученные цифровые данные обрабатывали с помощью программы Biostat для статистической обработки медицинских исследований с использованием t – критерия Стьюдента, а на малых выборках применяли непараметрический критерий Уилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После эндодонтического лечения 105 зубов у 86 пациентов толь-

ко в 30,5% случаях (32 из 105) в ближайшие трое суток отмечался дискомфорт и незначительная болезненность. Чаще такие жалобы предъявляли пациенты, у которых лечили многокорневые зубы. Спустя шесть месяцев ни в одном случае жалоб на боль или другие ощущения в леченом зубе не было.

Учитывая, что пациенты, у которых проведено эндодонтическое лечение, были в различных возрастных категориях, то корректно было в начале оценки результатов провести анализ данных в зависимости от возраста обследованных (табл. 1). Из табл. 1 видно, что существенное уменьшение рентгенологических показателей – площади очага деструкции и периапикального индекса – произошло как у лиц молодого возраста (18-38 лет), так и у пациентов старшей возрастной группы (39-69 лет), причем существенного различия в

исследованных показателях по возрасту не отмечено. Оценка рентгенологических показателей в целом по группам (без приема кальцийсодержащих препаратов и у принимающих эти препараты) без учета вида и дозы кальцийсодержащих средств, но в зависимости от возраста обследованных, сведена в табл. 2 и 3.

Из табл. 2 и 3 видно, что между условно выделенными группами, где принимали препараты и где не принимали, как среди лиц молодого возраста, так и среди старшего поколения, различия в средних рентгенологических показателях, отражающих процессы ремоделирования очагов деструкции при периодонтите, в динамике наблюдения не наблюдалось.

Более детальная оценка рентгенологических показателей пациентов в зависимости от принимаемого кальцийсодержащего препарата и его дозы проведена в основных группах исследования (табл. 4). Из табл. 4 видно, что в ближайшие шесть месяцев после комплексного лечения периодонтита, включающего эндодонтическое лечение и пероральное назначение кальцийсодержащих препаратов, существенного различия в динамике изменения очагов деструкции в периапикальных тканях в зависимости от приема и вида препарата, а также дозы его (кальцецин в течение одного месяца – в третьей группе или – трех месяцев, в четвертой группе) или исключения из лечения, не наблюдалось. Хотя у всех пациентов существенно уменьшилась площадь очага деструкции и достоверно в благоприятную сторону изменился периодонтальный апикальный индекс.

Таким образом, установлено, что успешность лечения деструктивных

Таблица 2. Изменение рентгенологических показателей очагов деструкции у пациентов молодого возраста в зависимости от назначения или исключения кальцийсодержащих препаратов в комплексном лечении периодонтита

Назначение кальцийсодержащих препаратов	S очага деструкции до лечения (мм^2)	S очага деструкции спустя 6 месяцев (мм^2)	P	PAI до лечения (баллы)	PAI спустя 6 месяцев (баллы)	P
Не назначали (15 пациентов с 18 очагами деструкции)	$107,3 \pm 27,3$	$45,1 \pm 19,7$	$<0,02$	$4,6 \pm 0,3$	$3,2 \pm 0,3$	$<0,02$
Назначали (28 пациентов с 42 очагами деструкции)	$93,2 \pm 14,1$	$34,9 \pm 7,37$	$<0,05$	$4,4 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,2$	$<0,05$
P	$>0,05$	$>0,05$	—	$>0,05$	$>0,05$	—

Таблица 3. Изменение рентгенологических показателей очагов деструкции у пациентов зрелого возраста в зависимости от назначения или исключения кальцийсодержащих препаратов в комплексном лечении периодонтита

Назначение кальцийсодержащих препаратов	S очага деструкции до лечения (мм ²)	S очага деструкции спустя 6 месяцев (мм ²)	P	РАI до лечения (баллы)	РАI спустя 6 месяцев (баллы)	P
Не назначали (19 пациентов с 24 очагами деструкции)	69,8 ± 12,1	29,7 ± 6,5	<0,05	4,3 ± 0,3	2,9 ± 0,2	<0,05
Назначали (24 пациента с 29 очагами деструкции)	92,9 ± 13,6	36,7 ± 8,3	<0,05	4,2 ± 0,2	3,4 ± 0,3	<0,05
P	>0,05	>0,05	—	>0,05	>0,05	—

форм апикального хронического периодонтита в ближайшие шесть месяцев после восстановления функции зуба определяется качеством проведения эндодонтических этапов. Вместе с тем нами не обнаружено влияния кальцийсодержащих препаратов на сроки ремоделирования костной ткани в очагах деструкции в этот период постэндодонтического лечения хронического периодонтита, что, по-видимому, требует более продолжительной динамики наблюдения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов С. Д., Плескановская Н. В., Наумов А. В., Кутушева Д. Р. и др. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее // Пародонтология. 2009. №1. Т. 50. С. 3-6.
2. Атрушкевич В. Г. Остеопороз в клинике болезней пародонта. Часть 3. Применение некоторых препаратов, регулирующих метаболизм костной ткани, в комплексном лечении генерализованного пародонтита // Российский стоматологический журнал. 2008. №1. С. 51-54.

3. Гиниятуллин И. И., Мухаметжанова Л. Р. Антиостеопоретическая терапия в клинической пародонтологии. Учебное пособие. – Казань: Арт-Кафе, 2005. – 98 с.

4. Грудянов А. И., Титова О. С. Динамика показателей минерального и кальциевого обмена у женщин с постменопаузальным остеопорозом при включении корректоров минерального обмена в комплексное лечение пародонтита // Пародонтология. 2010. №3. Т. 56. С. 9-13.
5. Журочко Е. И., Дегтярева Л. А. Комплексный метод оценки состояния околоверхушечных тканей зуба при хроническом верхушечном периодонтите // Эндодонтия today. 2008. №2. С. 27-31.

6. Корляков Д. В. Профилактика атрофии альвеолярного отростка челюсти после удаления зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2007. – 18 с.

7. Мазур И. П. Применение миакальцика в комплексном лечении заболеваний пародонта // Современная стоматология. 2003. №1. Т. 21. С. 35-40.

8. Максимовская Л. Н., Акулович А. В. Эффективность клинического

применения «Инсадола» в пародонтологической практике // Новое в стоматологии. 2000. №4. С. 13-20.

9. Максимова Н. В. Пути оптимизации хирургического лечения деструктивных форм хронического периодонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2009. – 18 с.

10. Михайлов И. Б. Профилактика дефицита кальция: Методическое пособие для врачей. – СПб., 2006. – 16 с.

11. Рединова Т. Л., Прилукова Н. А., Чередникова Л. А., Мартюшева О. В., Чередникова А. Б. Микробиологическая оценка эффективности медикаментозной обработки корневых каналов при периодонтите // Институт стоматологии. 2010. №2. С. 58-61.

Поступила 28.12.2010

Координаты для связи с авторами:
stom.fac@mail.ru
Рединовой Т. Л.
nprilukova@gmail.com
Прилуковой Н. А.

Таблица 4. Динамика изменений рентгенологических показателей очагов деструкции при хроническом периодонтите у пациентов основных лечебных групп

Группы обследования	S очага деструкции до лечения (мм ²)	S очага деструкции спустя 6 месяцев (мм ²)	P	РАI до лечения (баллы)	РАI спустя 6 месяцев (баллы)	P
Первая (n = 41)	83,1 ± 12,4	34,4 ± 8,2	<0,05	4,4 ± 0,2	2,9 ± 0,2	<0,05
Вторая (n = 24)	88,3 ± 14,3	29,1 ± 6,5	<0,05	4,6 ± 0,2	3,4 ± 0,3	<0,05
Третья (n = 18)	76,1 ± 17,1	39,9 ± 14,9	<0,02	3,6 ± 0,3	2,8 ± 0,2	<0,02
Четвертая (n = 22)	112,6 ± 21,5	41,4 ± 9,3	<0,02	4,7 ± 0,2	3,6 ± 0,4	<0,02
P ₁₋₂	>0,05	>0,05	—	>0,05	>0,05	—
P ₁₋₃	>0,05	>0,05	—	<0,05	>0,05	—
P ₁₋₄	>0,05	>0,05	—	>0,05	>0,05	—