

Мониторинг микробиологического пейзажа корневых каналов при лечении пациентов с хроническими формами апикального периодонтита

Т. А. Карпунина, Е. Ю. Косолапова

Кафедры терапевтической стоматологии и микробиологии, ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера» Росздзрва, г. Пермь

Резюме

Цель исследования — оценить эффективность методов лечения апикальных форм хронического периодонтита.

Проведено лабораторное исследование состава микрофлоры 27 корневых каналов многокорневых зубов у 11 пациентов в возрасте 22-54 лет с диагнозом хронический апикальный периодонтит (фиброзный и гранулирующий) в динамике лечения.

Результаты исследования показали отсутствие принципиальных различий при терапии апикальных форм хронического периодонтита в одно или несколько посещений.

Ключевые слова: *корневой канал, периодонтит, микрофлора, ирригация.*

Лечение апикальных форм хронического периодонтита до настоящего времени остается одной из самых актуальных проблем в области эндодонтии. Современный уровень знаний об этиологии воспалительных заболеваний периодонта позволяет считать микробиологический фактор их главной причиной [2, 5]. Особые условия среды корневого канала избирательно стимулируют рост определенных видов микроорганизмов. Известно, что почти 90% встречающихся в инфицированном корневом канале бактерий, являются анаэробными [4]. Вместе с тем, исследователи отмечают полимикробный характер инфекции [2, 6]. В начальных стадиях воспаления преобладают факультативно-анаэробные бактерии, при переходе в хроническую форму микрофлора состоит из облигатных анаэробов, включая бактероиды, фузобактерии, грамположительные палочки, а также актиномицеты и дрожжевые грибы.

Исследования последних лет указывают на локализацию микроорганизмов исключительно в просвете корневого канала [1, 3]. Следовательно, залогом успешного лечения апикальных форм хронического периодонтита является снижение до минимума концентрации инфекции в канале посредством использования стандартных эндодонтических мероприятий.

Цель исследования — изучить микрофлору корневого канала при одно- и многоэтапном методах лечения апикальных форм хронического периодонтита.

Т. А. Карпунина — проф.; Е. Ю. Косолапова — аспирант.

Материал и методы исследования

Проведено клинко-микробиологическое исследование состава микрофлоры 27 корневых каналов многокорневых зубов у 11 пациентов в возрасте 22-54 лет с диагнозом хронический апикальный периодонтит (фиброзный и гранулирующий). Материал для микробиологического исследования забирали стерильным бумажным штифтом из корневого канала до лечения и перед его пломбированием. Область изучаемого зуба изолировали коффердамом; стерильным инструментом препарировали кариозную полость (удаление старых пломб, некротических тканей, нависающих краев эмали); с помощью ультразвуковых эндодонтических насадок раскрывали устья каналов и затем паппером проводили забор содержимого канала в жидкую транспортную среду СКК 199; материал в течение двух часов доставляли в бактериологическую лабораторию, где выполняли посев на питательные среды. Так, для анаэробов питательными средами являлись: 199-я среда с канамицином и желчью, 199-я среда с налидиксовой кислотой; для аэробов — кровяной агар, шоколадный агар и среда обогащения (сахарный бульон). Идентификацию возбудителей проводили на основе изучения морфологических, культуральных и биохимических свойств по общепринятым методикам.

После прохождения, калибровки корневого канала и определения рабочей длины, ему придавали конусность от 7% до 9% с помощью вращающихся никель-титановых инструментов Pro-Taper; дополнительно корневой

Рисунок 1. Динамика лечения хронический гранулирующий периодонтита 3,6 зуба



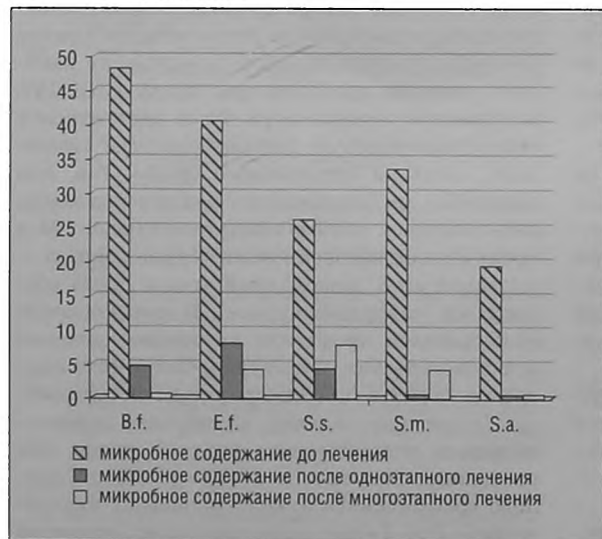
Таблица Микрофлора корневых каналов у пациентов с хроническим апикальным периодонтитом

Вид бактерий	Сроки лечения					
	до		перед obturацией в одно посещен.		на 2-3-е посещение	
	м%	п	м%	п	м%	п
<i>Bacteroides fragilis</i> (B.f.)	48,1	13	3,7	1	0	0
<i>Enterococcus faecalis</i> (E.f.)	40,7	11	7,4	2	3,7	1
<i>Streptococcus sanguis</i> (S.s.)	25,9	7	3,7	1	7,4	2
<i>Streptococcus mitis</i> (S.m.)	33,3	9	0	0	3,7	1
<i>Streptococcus agalactiae</i> (S.a.)	18,5	5	0	0	0	0
<i>Proteus mirabilis</i> (P.m.)	7,4	2	0	0	0	0

канал обрабатывали ультразвуковыми файлами с помощью наконечника Sonic-Air. На всех этапах эндодонтического лечения соблюдали протокол ирригации, который предусматривает использование 3% раствора гипохлорида натрия после каждого файла. Финишная же ирригация проводилась в следующей последовательности: 3%-й раствор гипохлорида натрия (5-7 мл), ЭДТА (1-2 мл), 3%-й раствор гипох-

лорида натрия (5-7 мл), дистиллированная вода. При одноэтапном методе лечения перед пломбированием корневого канала гуттаперчевыми штифтами с силером ah-plus методом латеральной конденсации вновь забирали материал для микробиологического исследования. При многоэтапном — в канале оставляли антисептический препарат (Rocle ф. Septodont) под повязкой. В последующее посещение пациента после инструментальной и медикаментозной обработки канала вновь забирали материал для посева; эндодонтическое лечение заканчивали obturацией канала.

Рисунок 2. Данные микрофлоры корневых каналов в динамике



Результаты исследования

Полученные данные, характеризующие изменение основных микробиологических показателей в процессе проводимого лечения, приведены в таблице и рис. 2.

Из данных табл. и рис. 2 следует, что в корневых каналах обнаружено высокое содержание грамотрицательных облигатных анаэробов, в частности *Bacteroides fragilis* (48,1%), а также грамположительных факультативно-анаэробных бактерий *Enterococcus faecalis* (40,7%). Одновременно выяснилось, что при одноэтапном методе лечения апикального периодонтита в одном случае из 13 выявлен *Bacteroides fragilis* (3,7%), в двух — *Enterococcus faecalis* (7,4%), в одном — *Streptococcus sanguis*

(3,7%); при многоэтапном методе в одном случае из 14 — *Enterococcus faecalis* (3,7%), в двух — *Streptococcus sanguis* (7,4%), в одном — *Streptococcus mitis* (3,7%).

Результаты предварительного микробиологического исследования позволяют сделать вывод, что при соблюдении соответствующих антисептических мер, использовании новых технологий и полной obturации системы корневого канала биосовместимым материалом принципиальных различий как в непосредственном, так и в отсроченном лечении хронического апикального периодонтита не обнаружено. Эндодонтическое лечение, проведенное по общепринятым стандартам, приводит к значительному снижению содержания микрофлоры корневых каналов, что клинически подтвер-

ждается стойким успехом терапии апикальных форм хронического периодонтита (рис. 1).

Литература

1. Бергенхольц Г. Разногласия в эндодонтии. Г. Бергенхольц. Dental IQ. 2007; 15: 17-39.
2. Боровский Е. В. Микробиология полости рта. Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. М.: Медицина, 1991; 299 с.
3. Барер Г. М. Ультразвук сквозь призму эндодонтии. Г. М. Барер, И. А. Овчинникова, В. А. Завьялова. Клиническая стоматология. 2002; 1: 32-34.
4. Козн С. Эндодонтия. Козн С., Бернс Р. С.-Петербург, 2000; 399 с.
5. Максимовский Ю. М. Современный взгляд на оценку качества и результативность лечения хронического периодонтита. Ю. М. Максимовский, В. М. Гринин. Эндодонтия today. 2004; 1-2: 16.
6. Царев В. Н. Местное антисептическое лечение в стоматологии. В. Н. Царев, Р. В. Ушаков. М.: МИА, 2004; 136 с.

Значение зоны прикрепленной кератинизированной десны для здоровых пациентов и имеющих воспалительные заболевания пародонта

Г. И. Ронь, С. С. Смирнова

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург.

Резюме

Целью работы является изучить влияние ширины прикрепленной десны на успех лечения пародонтальных пациентов. Были проанализированы результаты лечения 94 пациентов с диагнозом пародонтит от легкого до тяжелого. Комплексное лечение включало в себя следующие хирургические процедуры: закрытый кюретаж, резективные методики лоскутных операций, регенеративные методики лоскутных операций по показаниям. Было выявлено, что у всех пациентов с пародонтитом после хирургического лечения развивалась рецессия десны. Но величина рецессии десны зависела от ширины зоны прикрепленной десны. Например, для закрытого кюретажа при пародонтите средней степени тяжести от 0,5 мм при ширине зоны прикрепленной десны 2 мм до 1,6 мм при отсутствии прикрепленной десны; для резективных методов пародонтальной хирургии при тяжелом пародонтите от 2,0 мм при широкой зоне прикрепленной десны до 3,1 мм при ее отсутствии. На основании полученных данных рекомендуется проведение операций по увеличению зоны прикрепленной десны пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта перед хирургическим лечением карманов.

Ключевые слова: пародонтит, лечение пародонтита, рецессия десны.

Клинически можно различать свободную (краевую, маргинальную) десну шириной около 1,5 мм, прикрепленную десну, ширина которой варьирует и межзубную десну. Маргинальная десна ограничена десневым желобком.

Прикрепленная десна коронально переходит в свободную десну, апикально же ограничена мукогингивальным соединением, и за ней следует подвижная слизистая. Прикрепленная десна ороговеивает. Гистологически выявляется и различие в строении прикрепленной десны и подвижной слизистой. В частности и тем, что эпителий десны более мощный и содержит 5 клеточных слоев, а подвижная слизистая тоньше, всего 3 слоя клеток, но демонстрирует развитую собственно слизистую пластинку. Десна бледно-розового цвета, имеет зернистую

Г. И. Ронь — д. м. н., профессор, академик АЕН РФ, зав. кафедрой терапевтической стоматологии, декан стоматологического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава;

С. С. Смирнова — аспирант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, врач стоматолог ООО НПФ «Биодент».