

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИРОДНОГО БИОКОМПЗИТА «ПЕРУГЕНОЛ»
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА
В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ**

О.Э. Турсуналиев, К.Б. Куттубаева, Н.Ю. Сушко
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Деструктивные формы хронических периодонтитов занимают ведущее место в структуре стоматологической заболеваемости. Апробированный фитопрепарат “Перугенол” для внутриканальной терапии улучшает клинические и рентгенологические показатели в ближайшие и отдаленные сроки лечения.

Ключевые слова: верхушечный периодонтит, внутриканальная терапия, фитопрепарат.

**ӨНӨКӨТКӨ АЙЛАНГАН ПЕРИОДОНТИТ ООРУСУН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛОДО
“ПЕРУГЕНОЛ” ТАБИГЫЙ БИОКОМПЗИТТИ КОЛДОНУУНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ**

О.Э. Турсуналиев, К.Б. Куттубаева, Н.Ю. Сушко
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Стоматологиялык оорулардын катарында өнөкөт периодонтиттин деструктивдүү формасы негизги орунду ээлейт. Ички каналдык дарылоо үчүн сынактан өткөн “Перугенол” фитопрепараты дарылоонун жакынкы жана алыскы мөөнөттөрүндө клиникалык жана рентгенологиялык көрсөткүчтөрдү жакшыртты.

Негизги сөздөр: тиш учундагы периодонтит, ички каналдык дарылоо, фитопрепарат.

**EFFECTIVENESS OF NATURAL BIOCOPPOSITIS “PERUGENOL” USE IN THE COMPLEX
THERAPY OF CHRONIC PERIODONTITIS IN THE STAGE OF AGGRAVATION**

O.E. Tursunaliyev, K.B. Kuttubayeva, N.Yu. Sushko
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Destructive forms of chronic periodontitis take a leading role in the structure of stomatological illnesses. Phytopreparation “Perugenol” which used for intracanal therapy improves clinical and roentgenographic evidences in the early and long-term dates of treatment.

Key words: apical periodontitis, intracanal therapy, phytopreparatus.

Актуальность

Периодонтит остается распространенным заболеванием, являясь одной из более частых причин удаления зубов и развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Представляя собой хронический одонтогенный воспалительный очаг, периодонтит служит источником сенсибилизации организма больного, что приводит к значительным изменениям иммунного статуса, снижению уровня неспецифической резистентности, развитию и осложнению течения различных соматических заболеваний [1, 2].

Эффективность консервативного лечения периодонтитов в среднем равна 85%, и этот показатель варьирует в зависимости от клинической формы заболевания, средств и методов лечения, резистентности организма больного и многих

других факторов. Трудности лечения периодонтита обусловлены длительностью процессов регенерации очага деструкции периапикальной области, отмечающихся в основном спустя 6-12 мес. и более после завершения эндодонтического лечения. Другой проблемой, затрудняющей или даже исключаящей возможность прямого эндодонтического лечебного воздействия на периодонт является особенность анатомического строения корневых каналов зубов [3, 4].

Принципы лечения деструктивных форм хронического периодонтита (по МКБ соответствует шифру K04.5 – хронический апикальный периодонтит, апикальная гранулема) тесно связаны с представлениями о причинах и механизме развития воспаления, особенностях взаимодействия организма и патологического очага.

Одной из наиболее важных причин возможных затруднений лечения периодонтита может служить также выраженность механизмов неспецифической резистентности организма и активность процессов регенерации тканей. В связи с этим перспективно использование медикаментозных средств и физиотерапевтических факторов, оказывающих иммуностимулирующее действие, корректирующих иммунный статус, активизирующих механизмы саногенеза и процессы физиологической репарации.

Учитывая важную роль микробного фактора в этиологии и патогенезе обострений хронического периодонтита, особое место в данной ситуации принадлежит антисептическим повязкам, которые накладывают в полость зуба под временную пломбу. Медикаменты, входящие в состав антисептической повязки, диффундируют в корневой канал, дентинные каналы, дельтовидные ответвления и периапикальные ткани, оказывая лечебное воздействие.

Исходя из особенностей течения обострений хронических периодонтитов, внутриканальное медикаментозное воздействие целесообразно сочетать с общим лечением, включающим назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), а при наличии показаний – антибиотиков. Это общепринятые принципы лечения, которые, к сожалению, не лишены недостатков и побочных воздействий [5].

Так, традиционно и давно в стоматологии в качестве бактерицидных средств применяется масло гвоздичного дерева – эвгенол, масло чайного дерева, тогда, как эфирноносных растений в природе известно, более 100 видов и все они обладают в той или иной степени бактерицидными свойствами.

В связи с этим возникает необходимость в более широком использовании в стоматологии эфирных масел, например, перуанского бальзама, эвкалиптового, шалфейного, лимонного, тимьянового, можжевельного, анисового и других масел.

Природные соединения, в отличие от синтетических, имеют большее сродство с живым организмом, менее аллергены, не обладают кумулирующим эффектом и могут применяться в течение длительного времени, что особенно важно при лечении хронических заболеваний.

В результате был получен препарат «Перугенол», обладающий выраженными бактерицидными свойствами. В его состав входят: перуанский бальзам в количестве 6%, эвгенол – 5%, эвкалиптовое масло – 42%, шалфейное масло – 45% и кедровый бальзам – 2%, играющий роль пролонгатора. Препарат разработан на кафедре терапевтической стоматологии на основе природных соединений и защищенный патентом Кыргызской Республики №1294 2010 г. «Состав пролонгированного действия для лечения периодонтита – «Перугенол» [6].

В этой связи, целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения обострений деструктивных форм хронического периодонтита путем оптимизации медикаментозного воздействия на систему корневых каналов и периапикальные ткани.

Материалы и методы

Нами проведено обследование и лечение 52 пациентов без сопутствующей соматической патологии с обострением деструктивных форм хронического периодонтита: 19 мужчин и 33 женщины в возрасте от 18 до 50 лет. Всего вылечено 61 зуб. По поводу обострения хронического гранулематозного периодонтита было пролечено 47 зубов, хронического гранулирующего периодонтита – 14 зубов. Все пациенты в зависимости от способа медикаментозной обработки корневого канала были разделены на 2 группы. Первую группу наблюдения составили 28 пациентов, у которых для медикаментозной обработки применяли «Перугенол» без разведения в качестве антисептической повязки при проверке на герметизм. 24 пациентам для медикаментозной обработки применяли 30% раствор димексида, они составили вторую группу наблюдения (табл. 1, 2).

Таблица 1

Распределение больных деструктивным хроническим периодонтитом в стадии обострения в зависимости от возраста

Группа наблюдения	Возраст					
	18-29 лет		30-39 лет		40-50 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа	9	32,1	8	28,6	11	39,3
II группа	7	29,2	9	37,5	8	33,3
Всего	16	30,7	17	32,6	19	36,5

Для постановки диагноза использованы основные (осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация, термодиагностика) и дополнительные

методы исследования (электроодонтометрия, дентальная рентгенография).

Таблица 2

Распределение больных деструктивным хроническим периодонтитом в стадии обострения в зависимости от способа лечения

Группы	Количество больных	Способы медикаментозной обработки
1 группа	28	Медикаментозная обработка корневых каналов с использованием “Перугенола”
2 группа	24	Медикаментозная обработка корневых каналов с использованием 30% димексида

В первое посещение под анестезией проводили раскрытие полости зуба, прохождение, расширение корневого канала, определение рабочей длины, медикаментозную обработку корневых каналов, вскрытие апикального отверстия. Все перечисленные манипуляции проводились в соответствии с общепринятыми правилами и рекомендациями [7].

Затем зуб оставляли открытым на 3-5 дней, на дом назначали гипертонические полоскания, по показаниям назначали антибиотик, комбинированный препарат “Ибуклин” или “Дикловит” по схеме, давали рекомендации. Во второе, третье посещение при стихании обострения у пациентов первой группы зуб герметично закрывали антисептической повязкой, в качестве которой использовали препарат «Перугенол». Повязку накладывали на срок от 1 до 3 суток. Пациентам второй группы наблюдения для повязки использовали 30% димексид. После купирования воспалительных явлений (через 3-4 дня) проводили консервативное лечение деструктивного хронического периодонтита, осуществляли постоянную obturацию корневого канала до физиологического сужения гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации с использованием твердеющего эндогерметика «Эндометазон» с последующей реставрацией коронки зуба.

Эффективность лечения в ближайшие сроки наблюдения оценивали на основании отсутствия у пациента жалоб, исчезновения болезненности при перкуссии зуба, отсутствия инфильтрации мягких тканей и болезненности при пальпации переходной складки в области проекции околоверхушечного патологического очага, отсутствия экссудата в просвете корневых каналов, нормализации общего состояния,

температуры тела и состояния регионарных лимфатических узлов. В отдаленные сроки, через 12 месяцев, на основании данных рентгенографии оценивали изменения околоверхушечного очага разряжения и степень оссификации костного дефекта.

Результаты и обсуждение

Анализ ближайших результатов наблюдения предложенного метода с использованием «Перугенола» показал высокую клиническую эффективность. В 92,9% (26 пациентов) наблюдений в первой исследовательской группе отмечалось купирование воспалительных явлений: отсутствие у пациентов жалоб, нормализация состояния десны в области проекции верхушек корней «причинного» зуба, безболезненная перкуссия, отсутствие экссудата в просвете корневых каналов. У 2 пациентов (7,1%) наблюдалось прогрессирование воспалительного процесса: усиление болей при перкуссии и накусывании на зуб, нарастание отека и инфильтрации тканей в области переходной складки. У одного из этих пациентов сформировался субпериостальный абсцесс. Было проведено дальнейшее лечение, включающее периостотомию с дренированием абсцесса. Во второй группе наблюдения положительная динамика наблюдалась в 88,5% – у 23 пациентов. У 3 пациентов (11,5%) сформировался периостит, который купировали с помощью разреза и также общей патогенетической терапией (рисунок 1).

В среднем у 24 пациентов первой группы (85,7%) лечение заканчивали во второе посещение, тогда как во второй группе в два посещения было пролечено всего 15 пациентов (62,5%), в три посещения – 6 человек (25%), в четыре посещения – 3 пациента (12,5%) (таб. 3).

Таблица 3

Количество посещений больных деструктивным хроническим периодонтитом в стадии обострения

Количество посещений	I посещение	II посещения	III посещения	IV посещения
Первая группа	-	24 (85,7%)	4 (14,3%)	-
Вторая группа	-	15 (62,5%)	6 (25%)	3 (12,5%)



Рис. 1. Ближайшие результаты исследования больных I и II группы наблюдения.

В отдаленные сроки наблюдения из 20 пациентов первой группы, явившихся на повторное обследование, у 17 пациентов (85%) отмечалась положительная клиническая динамика, у 3 больных в течение года наблюдались обострения (15%). Во второй группе через год у 11 пациентов (61,1%) из 18, явившихся на повторный прием, не было жалоб. У двоих (11,1%) были обострения в течении срока наблюдения, которое снималось назначением противовоспалительных препаратов. Пятерым пациентам (27,8%) пролеченные зубы удалили.

Полного восстановления костной ткани не наблюдалось ни в одной группе исследования, частичное восстановление костной ткани отмечалось у 12 пациентов (60%) первой группы, в остальных случаях можно отметить лишь тенденцию к восстановлению очага разряжения, у 6 пациентов (33,3%) второй группы исследования частично наблюдались признаки начавшейся оссификации очага деструкции, в остальных случаях, у 12 пациентов (66,7%) не наблюдалось рентгенологических изменений (таб. 4).

Таблица 4

Отдаленные результаты рентгенологического исследования больных I и II группы наблюдения

	Полное восстановление костной ткани	Частичное восстановление костной ткани	Начальные признаки оссификации	Без изменений
Первая группа	-	12(60%)	8(40%)	-
Вторая группа	-	6(33,3%)	-	12(66,7%)

На основании полученных данных можно сделать следующие **выводы**:

1. Деструктивные формы хронических периодонтитов нуждаются в длительном динамическом наблюдении, об этом свидетельствуют незначительные изменения со стороны костной ткани через 12 месяцев после лечения.
2. Полиэтиологичность заболевания, наличие иммунодефицитного состояния макроорганизма, трудность доступа к корневой системе зуба обуславливают применение комплексного подхода к лечению деструктивного периодонтита.

3. Медикаментозная обработка, включающая в себя обработку корневого канала, дентинных канальцев, дельтовидных ответвлений и периапикальных тканей, оказывает лечебное воздействие на периодонт и является ключевым звеном в лечении деструктивного периодонтита в стадии обострения.
4. Проведенное исследование показало возможность, эффективность и целесообразность применения в качестве медикаментозной обработки биокompозит "Перугенол". Данная схема лечения позволяет значительно сократить сроки лечения обострившихся деструктивных форм хронического периодон-

тата и может быть рекомендована в качестве метода выбора в практической деятельности стоматолога.

Литература

1. Арушкевич, В.Г. Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных препаратов Кеторол и Найз в пародонтологической практике // В.Г. Арушкевич, У.А. Пихлак // *Клин. стоматология*. - 2005. - №1. - С. 34-36.
2. Балабанова, Р.М. Нимесулид – противовоспалительный препарат с селективным ингибированием ЦОГ-2 // Р.М. Балабанова // *РМЖ*. - 2001. - №9. - С. 291-292.
3. Барер, Г.М. Влияние местного применения комплекса антибактериальных препаратов на течение хронического периодонтита // Г.М. Барер, В.В. Кочержинский, И.А. Овчинникова // *Клин. стоматология*. - 1997. - № 3. - С. 12-14
4. Клиническая эндодонтия /под ред. Е.В. Боровского. - М.: АО «Стоматология», 2003. - 2-е изд., доп. и испр. - 176 с.
5. Кондукова, А. Периодонтиты // А. Кондукова, П. Величкова, Б. Дачев. - М.: Медицина, 1989. - 255 с.
6. Патент №1294 / Е.П. Зотов, О.Э. Турсуналиев. - Бишкек, 2010.
7. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология. - 2-е изд., перераб. и доп. // А.И. Николаев, Л.М., Цепов. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 560 с.