

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ**Баженова Н.П.***ГБОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, e-mail: prst_23@mail.ru*

Лечение пульпита методом витальной ампутации пульпы проводилось 35 пациентам различного возраста. Анестезия выполнялась анестетиком без вазоконстриктора. После пульпотомии на культю пульпы накладывали пасту, содержащую гидроксид кальция, обладающую противовоспалительным и дентинстимулирующим эффектами. Положительные результаты лечения через два года получены в 94% случаев.

Ключевые слова: витальная ампутация пульпы, пульпотомия, гидроксид кальция**CLINICAL RESULTS OF VITAL PULP AMPUTATION****Bazhenova N.P.***Kuban State Medical University, Krasnodar, e-mail: prst_23@mail.ru*

35 patients of different age received pulpitis treatment using vital pulp amputation method. Pulpotomy was carried out under anesthesia by anesthetic agent without vasoconstrictive agent. After pulpotomy calcium-hydroxide paste was applied on root canal pulp, it which has non-inflammatory effect and stimulates dentinogenesis. Examination carried out in two years gave 94% results.

Keywords: vital pulp amputation, pulpotomy, calcium-hydroxide

Несмотря на значительные достижения в области медицинской науки и внедрение в практику прогрессивных методов диагностики и лечения, проблема эффективной терапии различных форм пульпита остается весьма актуальной [2]. В лечении пульпита доминируют методы девитальной экстирпации, направленные на уничтожение и полное удаление пульпы. К недостаткам эндодонтических вмешательств следует отнести и тот факт, что после депульпирования оставшиеся твердые ткани зуба приобретают ряд отрицательных характеристик. Этот процесс сопровождается активной дезорганизацией и деминерализацией твердых тканей зуба, повышается хрупкость и снижается устойчивость зуба к обычным жевательным нагрузкам [1].

В настоящее время получены подробные данные о морфологических особенностях корневой пульпы, что позволяет в перспективе рассчитывать на ее сохранение

и восстановление [4]. Рационально в практику внедрять витальные методы, в частности ампутирующий, дающий высокий процент положительных результатов [3,5]. Теоретически существует описание данного метода, но в практике врач сталкивается со значительным рядом технических сложностей.

Цель исследования: изучить в клинике отдаленные результаты лечения пульпита методом витальной ампутации и предложить рекомендации к практическому выполнению витальной пульпотомии.

Материалы и методы исследования

Витальная ампутация выполнялась в многокорневых зубах. Обязательным условием успешного лечения пациентов служит точная постановка диагноза, поскольку не все нозологические формы пульпита могут быть излечены витальной ампутацией. Достижение этой цели связано с тщательным обследованием, которое проводится согласно общепринятым правилам. Субъективное обследование начиналось с детального

выяснения жалоб и данных анамнеза, в том числе аллергологического. Обращалось особое внимание на болевой синдром, характер, продолжительность, интенсивность, время появления, локализацию, иррадиацию боли, влияние различных видов раздражителей на ее возникновение или изменение. Объективное обследование включало осмотр, зондирование, термопробы, перкуссию, электроодонтометрию, рентгенографию. Зондирование кариозной полости интересующего зуба выявляло болезненность, возможное сообщение с полостью зуба. Температурные пробы определяли реакцию пульпы на холодовой и тепловой раздражители. При перкуссии обращали внимание на наличие или отсутствие болезненности и степень ее выраженности. Электроодонтометрия позволяла определить порог электровозбудимости пульпы, в исследование включались зубы, показатель ЭОМ которых не превышал 45 мкА. Рентгенологическое исследование периапикальных тканей проводилось обязательно до лечения, а также для контроля лечения спустя 6 месяцев и 2 года после его завершения.

Известно, что показаниями к витальной ампутации служат следующие формы пульпита: травматический, острый частичный, острый общий (с отрицательной перкуссией), хронический простой (I стадия) и хронический гипертрофический пульпит. Руководствуясь вышеперечисленными показаниями, было сделано дополнение их еще некоторыми формами: острый общий (с незначительно выраженной перкуторной реакцией), хронический простой (2 стадия), обострение хронического пульпита.

Лечение витальной ампутацией, позволившей сохранить жизнеспособность корневой пульпы, ее активное функционирование, проведено 39 пациентам в возрасте от 16 до 56 лет. Среди пациентов было 15 мужчин и 24 женщин. По данным клинического обследования у 2 больных был острый частичный, у 11 - острый общий (в том числе в 5 случаях отмечалась незначительно выраженная перкуторная реакция), у 23 - хронический простой, у 3 - обострение хронического пульпита. Проведенное до лечения рентгенологическое исследование показало, что в 34 зубах не было каких-либо изменений со стороны периапикальных тканей, а в 5 случаях наблюдалось расширение периодонтальной щели.

Витальная пульпотомия пациентам технически выполнялась согласно общераспространенной методике, с предварительной анестезией. Была применена методика местной проводниковой и инфильтрационной анестезии 3% раствором изокаина (без вазоконстриктора) или мепивакаина. Анестетики с добавлением сосудосуживающих средств для усиления эффекта анестезии не использовались, учитывая, что подобная комбинация препаратов может вызывать ишемию пульпы, и как следствие - увеличение отрицательных результатов при лечении пульпита с сохранением ее жизнеспособности. Более полное обезболивание достигалось двухэтапной

анестезией по В.И. Лукьяненко. У всех пациентов удалось добиться полного обезболивания и выполнить технические манипуляции по ампутации пульпы в полном объеме.

После наступления анестезии приступали к собственно выполнению пульпотомии в условиях максимально допустимой в полости рта асептики, для чего больному предлагали несколько раз прополоскать полость рта слабым раствором перманганата калия, а зубные ряды протирали тампонами, смоченными 3% раствором перекиси водорода. Далее из кариозной полости убирали некротизированный дентин острым экскаватором и шаровидным бором, одновременно расширяя ее. По мере выполнения этого этапа полость также периодически обрабатывали 3% раствором перекиси водорода. Если полость зуба была не вскрыта, то после расширения кариозной полости до необходимых размеров стерильным шаровидным бором ее вскрывали, стерильным фиссурным бором расширяли перфорационное отверстие и удаляли нависающие края свода полости зуба. Если пульпа была вскрыта, то соответственно проводили расширение входа и удаление нависающих участков. Коронковую и устьевую пульпу удаляли острым экскаватором и шаровидным бором. При правильно выполненной ампутации обильное кровотечение из культи пульпы отсутствовало. Затем проводилась антисептическая обработка полости зуба и устьевой части корневой пульпы слабыми растворами антисептиков (0,5% раствор хлорамина, 0,02% раствор хлоргексидина и др.), гемостаз 3% раствором перекиси водорода, высушивание стерильными тампонами. В первое посещение в полости оставляли тампон с суспензией гидрокортизона под повязку из водного дентина.

Второе посещение назначалось пациентам на следующий день. При отсутствии жалоб и отрицательной реакции на перкуссию удаляли повязку, на культю пульпы накладывали пасту, содержащую гидроксид кальция с противовоспалительным и дентинстимулирующим эффектами "Кальцимол", затем изолирующую прокладку и постоянную пломбу из светоотверждаемого композита "Унирест".

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническое наблюдение за больными осуществляли непосредственно после лечения, а также спустя 2 года. До лечения и в отдаленные сроки пациентам проводилась рентгенография.

Ближайшие результаты лечения витальной ампутацией выявили следующую картину. 33 пациента сразу же после лечения

не отмечали каких-либо болевых ощущений. У 6 больных наблюдалась слабая болевая реакция на холод, которая самоликвидировалась без дополнительного лечения в течение первых 1-14 дней и в дальнейшем не возобновлялась.

Через 2 года после лечения было обследовано 33 пациента. 32 из них жалоб не предъявляли. При клиническом осмотре слизистая оболочка десны в проекции верхушек корней была без видимых патологических изменений, пломбы сохранены, перкуссия безболезненная. У одного пациента периодически возникали боли от горячего в излеченном зубе, а вертикальная перкуссия была слабо болезненной. Зуб перелечен витальной экстирпацией. При рентгенологическом обследовании 5 пациентов с первоначальными незначительными изменениями в периодонте у 2 пациентов выявлены эти изменения. Они остались не увеличенными. В 3 случаях изменения в периапикальных тканях имели тенденцию к замещению склерозированной костной тканью. Таким образом, во всех 33 случаях наблюдалось клиническое благополучие, в 31 случае – рентгенологическое. Положительные результаты лечения через два года получены в 94% случаев.

Таким образом, обобщая результаты клинико - рентгенологических наблюдений за больными с различными формами пульпита, следует отметить, что витальная ампутация дает высокий процент положительных результатов. Хотя в ближайшие сроки после лечения иногда

возникла реакция на пломбирование, проявляющаяся в виде чувствительности зубов к холодному раздражителю, как осложнение ее не рассматривали, поскольку она в течение нескольких суток после лечения исчезала и в дальнейшем не возобновлялась.

Данные клинических исследований подтверждают целесообразность лечения пульпита у практически здоровых пациентов методом витальной ампутации и возможность его внедрения в практическую стоматологию. Данный метод возможен при лечении острого общего (с незначительно выраженной перкуторной реакцией) и обострения хронического пульпита (при наличии интактного периодонта до лечения). При наличии первоначальных очагов в периодонте витальная ампутация возможна, но ее следует выполнять по строгим показаниям.

Список литературы

1. Гречишников В.И. Изменения эмали и дентина при пульпите и в депульпированных зубах // Стоматология. – 1990. – № 4. – С. 91-93.
2. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М., 2008. – 228 с.
3. Хоменко Л.А., Чайковский Ю.Б., Савичук А.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. – Киев: Книга плюс, 2007. – 813 с.
4. Hodosh M., Hodosh S.H., Hodosh A.J. Maintenance of pulpal vitality using potassium nitrate-polycarboxylate cement cavity liner // Quintessence Int. – 1991. – Vol. 22, № 6. – P. 495-502.
5. Teeuwen R. Vital amputation of permanent teeth // Dental Tribune. – 2012. – Vol. 10, № 1. – P. 12-14.