

УДК 616.31:615.849.19:615.85

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИРУДОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ**Фирсова И.В., Федотова Ю.М., Михальченко В.Ф., Медведева Е.А.***Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,**e-mail: honey5_9@bk.ru*

Частым и наиболее неприятным для больного осложнением эндодонтического лечения зубов является боль после пломбирования корневых каналов. Поэтому обязательным элементом оценки ближайших результатов лечения, должно быть выявление послеоперационной боли. Определяющими факторами в развитии постпломбировочной боли являются используемые способы препарирования корневых каналов, характер их медикаментозной обработки, уровень пломбирования каналов и материал корневых пломб. Исследований в этой области много, но они не носят комплексного характера. Для профилактики и борьбы с постпломбировочной болью врачи используют разные доступные в каждом конкретном случае методы. В литературе имеются противоречивые данные об их эффективности. Данная статья основана на результатах клинического исследования лечения болей после пломбирования корневых каналов и посвящена проблеме назначения гирудотерапии и лазеротерапии пациентам после эндодонтического лечения.

Ключевые слова: постпломбировочная боль, гирудотерапия, лазеротерапия.

EFFECTIVE TREATMENT POSTPLOMBIROVOCHNOY PAIN USING LASER AND HIRUDOTHERAPY**Firsova I.V., Fedotova Yu.M., Mikhailchenko V.F., Medvedeva E.A.***Volgograd State Medical University, Volgograd, e-mail: honey5_9@bk.ru*

Frequent and most unpleasant for the patient complication of endodontic treatment of teeth is a pain after root canal filling. Therefore, a mandatory element in assessing the immediate results of treatment, should be the identification of post-operative pain. Determining factors in the development of pain postplombirovochnoy are used methods of preparation of root canals, the nature of their medical treatment, the level of canal filling material and root fillings. Research in this area a lot, but they are not comprehensive. For the prevention and control of postplombirovochnoy pain doctors use different available in each case methods. In the literature there are conflicting data on their effectiveness. This Article is based on the results of clinical studies lecheniyaboley after root canal filling, and is devoted to the purpose of hirudotherapy and laser therapy in patients after endodontic treatment.

Keywords: post-filling pain, hirudoterapiya, laser.

Введение

Наиболее неприятным для больного осложнением эндодонтического лечения зубов является боль после пломбирования корневых каналов. Многие авторы утверждают, что определяющими факторами в развитии постпломбировочной боли являются используемые способы препарирования корневых каналов, характер их медикаментозной обработки, уровень пломбирования каналов и материал корневых пломб [8,9]. Исследований в этой области много, но они не носят комплексного характера [1,2].

На сегодняшний день ещё не определена окончательно сила влияния возможных причинных факторов на развитие постпломбировочной боли, трудно прогнозировать ее появление [6,7]. Для профилактики и борьбы с постпломбировочной болью врачи используют разные доступные в каждом конкретном случае методы. В литературе имеются противоречивые данные об их эффективности [1].

В ближайшие сроки после лечения врач может оценивать эффективность лечения

по жалобам больного, данным анамнеза и объективным критериям при осмотре.

Согласно стандартам качества эндодонтического лечения, критериями оценки ближайших результатов лечения являются соблюдение требований, предъявляемых к эндодонтической обработке. Оценка качества эндодонтической обработки на этапе лечения основана на следующих критериях: отсутствие болей и свища, сохранение функции, а также рентгенологических критериях: обработка и пломбирование корневого канала должны быть проведены до дентино-цементной границы (физиологического апикального сужения), т.е. на 0,5 – 1,5 мм от рентгенологической верхушки корня; заполнение системы корневого канала должно быть гомогенным, без пустот между пломбировочным материалом и стенкой канала, в материале или в апикальной части канала [1,2,5].

Для оценки ближайших и отдалённых результатов лечения врач-стоматолог должен проинформировать пациента о том, что исход эндодонтического лечения определя-

ется только спустя несколько месяцев, поэтому существует необходимость повторных посещений в сроки от 6 до 12 месяцев и далее по необходимости наблюдения продлеваются [5].

Следующие результаты свидетельствуют об «успехе»: отсутствие боли, отёка и свища, признаков изменений периапикальных тканей (на рентгенограмме); отсутствие признаков резорбции корня, сохранение функций зуба. «Неудачей» считается случай, когда по данным рентгенологического исследования установлено, что:

- поражение появилось после эндодонтического лечения или имевшееся до лечения рентгенологически определяемое изменение в периапикальной зоне увеличилось в размерах;
- имевшееся до лечения поражение осталось без изменений или частично уменьшилось в размерах в течение 4 лет наблюдения;
- клинические симптомы и данные рентгенографии находятся в противоречии;
- присутствуют признаки продолжающейся резорбции корня или гиперцементоза.

Цель исследования: повышение эффективности профилактики и лечения болей, возникающих после эндодонтического лечения зубов.

Материалы и методы

Группу исследования составили 134 пациента 76 женщин (56,7%) и 58 мужчин (43,3%) в возрасте от 18 до 65 лет, которым по показаниям проводили депульпирование зубов.

Лечение пульпы проводили методом витальной (44 зуба) и девитальной (90 зубов) экстирпации. При проведении метода витальной пульпэктомии применяли инфильтрационную или проводниковую анестезию с использованием современных карпульных анестетиков на основе артикаина и лидокаина. Для девитализации пульпы применяли девитализирующую пасту «Arsenic» («Омега»), которую накладывали на вскрытый рог пульпы: в одноканальные зубы – на 24 часа, в многоканальные — на 48 часов. Корневые каналы obturировали различными эндогерметиками: «Эндометазон», «Форедент».

Из числа всех больных, которые испытывали боль (51 случай) при накусывании на зуб различной интенсивности: в 21 случаях (41,2%) отмечали – слабую боль; в 23 случаях (45,1%) – умеренную; в 7 случаях (13,7%) – сильную боль. Самопроизвольных и ночных болей пациенты не отмечали.

В случае возникновения постпломбировочных болей рентгенологическая картина была различна: каналы запломбированы до апекса – 37 зубов (72,5%), с незначительным выведением материала за апекс – 8 зубов (15,7%), недопломбирование корневого канала – 6 зуба (11,8%).

Пациенты, у которых отмечалось осложнение в виде постпломбировочных болей, мы разделили на 3

группы. Контрольную группу составили 6 пациентов, которые отказались от проведения каких-либо дополнительных методов лечения. Данным пациентам мы назначили препарат Нимесил (1 пакетик – 100 мг порошка на 1 стакан воды – внутрь, после еды 2 раза в день в течение 5 дней). Пациентам 1-ой группы сравнения (22 случая) мы проводили лазеротерапию инфракрасным лазером. Курс составил 3 процедуры. Длительность процедуры 4 минуты, мощность 40 Вт, частота 80 Гц на 2 поля по 2 минуты. Пациентам 2-ой группы сравнения (23 случая) проводили курс гирудотерапии, который состоял из 3 сеансов. За одну процедуру мы ставили 1-2 пиявки. Сеансы проводили каждый день. Время процедуры составляло в среднем 2-4 минуты. Постановка пиявок осуществлялась по переходной складке в области причинного зуба.

Результаты исследования и их обсуждение

Нимесил – нестероидное противовоспалительное средство из класса сульфонамидов. Оказывает противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие. Нимесулид действует как ингибитор фермента циклооксигеназы, отвечающего за синтез простагландинов, и ингибирует, главным образом, циклооксигеназу-2.

Гирудотерапия – метод традиционной медицины, использующий медицинскую пиявку (*Hirudomedicinalis*) для лечения ряда заболеваний.

По мнению ряда авторов гирудотерапию можно рассматривать как этиопатогенетическое лечение, поскольку пиявка обладает тройным действием: рефлекторным (прокусывая кожу в точках акупунктуры, она исполняет роль иголки, применяемой в традиционной иглорефлексотерапии); механическим (происходит разгрузка регионального кровотока, налаживается кровообращение в области пораженного органа) и, наконец, биологическим (в секрете слюнных желез пиявки содержится свыше 100 биологически активных веществ). Медицинская пиявка способна оказывать многочисленные эффекты в различных системах организма: тромболитический, противоишемический, противовоспалительный, гипотензивный, дренирующий, восстанавливающий микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу импульсов, восстанавливающий проницаемость сосудистой стенки, иммуностимулирующий, анальгезирующий, нейритстимулирующий и психокорректирующий эффекты [3].

Лазеротерапия – лечебное применение оптического излучения, источником которого является лазер. Применение лазеров в медицине основано на взаимодействии све-

та с биологическими тканями. **Аппарат низкоинтенсивной лазерной терапии «Мустанг-2000»** позволяет получать короткие световые импульсы с различной частотой следования импульсов и мощностью излучения. Луч лазера активизирует многие процессы в организме, повышая энергетический обмен, неспецифическую резистентность организма и иммунитет, оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, антиаллергическое действие, восстанавливает эластичность клеточных мембран, нормализует лимфо- и кровообращение в зоне воздействия, стимулирует функцию тканей и всего организма[3,4].

Основные лечебные эффекты лазеротерапии: нормализация обменных процессов (белкового, липидного, углеводного, энергетического обмена); нормализация и стимуляция регенераторных процессов; противовоспалительное действие; дезинтоксикационное действие; антиаллергическое действие; сосудорасширяющее действие и др.

Анализ результатов проводили в конце курса лечения и через 2-3 месяца после лечения. Ближайшие и отдаленные результаты оценивали по клиническим (безболезненная перкуссия и пальпация по переходной складке) и субъективным данным (отсутствие жалоб на боли при накусывании на зуб).

После полного курса приёма препарата Нимесил в контрольной группе положительная динамика, в виде исчезновения болей, наблюдалась в 4 случаях, у которых ранее отмечалась умеренная и слабовыраженная постпломбировочная боль. В 2-х случаях полного исчезновения болей не наблюдалось, в связи с этим, пациентам был проведён курс лазеро- и гирудотерапии. После чего боли полностью исчезали.

В 1-ой группе сравнения положительная динамика прослеживалась к концу курса лечения у 15 пациентов (68,2%). Оставшиеся 7 пациентов (31,8%) полного улучшения состояния не отмечали. Был проведён повторный курс лазеротерапии, после чего у 5 пациентов полностью исчезали боли при накусывании. Оставшимся 2 пациентам была проведена гирудотерапия. В результате чего, был достигнут положительный результат.

После 3 курсов гирудотерапии пациенты 2-ой группы сравнения отмечали исчезновение болей в 19 случаях (82,6%); 4 пациентам был дополнительно проведён повторный курс гирудотерапии, после которого во всех случаях пациенты отмечали полное исчезновение болей.

Выводы

В связи с несовершенством методов лечения осложнений кариеса, химического состава материалов для obturации каналов на стоматологическом приёме достаточно часто встречается осложнение в виде постпломбировочных болей.

По нашим наблюдениям гирудотерапия эффективна в 100 % случаях. Курс лечения лазеротерапией и гирудотерапией подбирается индивидуально.

Для достижения наиболее положительного результата лечения постпломбировочных болей целесообразно лазеротерапию сочетать с гирудотерапией.

Список литературы

1. Аксамит Л.А., Бабич Т.Д., Цветкова А.А. Особенности лечения пульпита зубов с проблемными каналами // Клиническая стоматология. – 2015. – № 3 (75). – С. 4-6.
2. Горева Л.А. Боли после эндодонтического лечения зубов: прогнозирование, профилактика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2009. – 117 с.: ил.
3. Горев С.М., Елохина Е.В., Веткова К.В. Выбор нестероидных противовоспалительных препаратов после эндодонтического лечения пациентам с различной саматической патологией // Омский научный вестник. – 2014. – № 2 (134). – С. 144-146.
4. Михальченко А.В., Михальченко Д.В., Гаврикова С.В., Дьяченко Д.Ю. Клинико-экономическое обоснование выбора односеансного метода лечения пульпита // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-3. – С. 560-563.
5. Михальченко В.Ф., Фирсова И.В., Федотова Ю.М., Михальченко Д.В. Эффективность консервативного лечения посттравматического одонтогенного неврита нижнечелюстного нерва // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2. – С. 130.
6. Петрухина Н.Б., Аймадинова Н.К. Медикаментозное сопровождение периода постэндодонтического лечения в стоматологии // Российская стоматология. – 2012. – Т. 5, № 4. – С. 51-56.
7. Тё Е.А., Киселева Е.А. Эффективное решение проблемы после эндодонтического лечения // Эндодонтия Today. – 2013. – № 2. – С. 21-23.
8. Шемонаев В.И., Климова Т.Н., Михальченко Д.В., Порошин А.В., Степанов В.А. Опыт клинического применения диодного лазера на этапах стоматологического лечения // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3.
9. Ягупова В.Т., Федотова Ю.М., Филук Е.А., Денисенко Л.Н. Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 11-3. – С. 22-26.