

Неделковска М., Матовска Љ., Кипровски М.

ЕДНОСЕАНСНА КОНЗЕРВАТИВНА ТЕРАПИЈА НА ФИСТУЛОЗНИ ХРОНИЧНИ ПАРОДОНТИТИ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за дентална патологија
и терапија

Терапијата на пародонтитите има цел да ја зачува, одржи и поттикне реституцијата на пародонталното ткиво во апикалната регија. Затоа биолошкото тежиште во терапијата на пародонтитите се става врз добрата биомеханичка обработка и брзата дефинитивна оптурација на коренскиот канал со што, преку редукација на периапикалните лезии, се стимулираат репараторните процеси.

Преку рендгенографски проценки на резултатите од едносеансната ендодонтска терапија, презентирани во овој труд, го следевме текот на санацијата на фистулозните хронични пародонтити. Оваа ендодонтска процедура ја спроведовме на 20 пациенти. Периодичните клинички и рендгенолошки контроли покажаа дека по дефинитивната оптурација на коренските канали, субјективните тегоби исчезнаа, фистулата инволуира, а кај ниеден пациент не се појави постоптурациона болка.

Клучни зборови: ендодонција; рендгенологија, дентална; оптурација на коренскиот канал; пародонтитис

Ендодонтската терапија во една посета не е нов, непознат концепт во клиничката практика. Применувана е пред повеќе од 100 години, но со оглед на посложените и поегзактни барања што се поставувани пред ендодонтистот, а за чие исполнување е потребно повеќе време, таа своевреме била заменета со ендодонтската терапија во повеќе посети што овозможувала покомплексен и покоректен третман. Поради тоа, едносеансниот метод се сметал за радикален, а според квалитетот - супстандарден.

Во стоматолошката литература првите податоци за едносеансната терапија датираат од пред 100 години. Мeфy авторите што ја практикувале и опишувале спаѓаат: Борнс, Тралеро, Енглс, Филипс и други. Но, без оглед на бројноста на авторите и зачестеноста на примената, изгледа дека било прерано за таква сложена ендодонтска процедура која во тоа време не била доволно научно и стручно образложена (1).

Во последно време постои тенденција на рапидно зголемување на бројот на ендодонтистите што практикуваат едносеансна ендодонтска терапија. Тоа секако, се должи на поновите сознанија за патогенезата на пулпародонталните заболувања, а уште повеќе на развојот на ендодонтскиот инструментариум.

Бидејќи во нашата стоматолошка практика недоволно се применува едносеансната ендодонтска терапија, а не постојат ни егзактни, емпириски верифицирани податоци за резултатот на ваквиот третман, во овој труд ги изложуваме сознанијата од систематската примена на овој метод, укажувајќи на предностите што ги има во однос на досегашните повеќесеансни ендодонтски процедури, особено во скратувањето на времетраењето на третманот и изоставувањето на медикаментите.

Цел на нашите испитувања беше да се следи, од клинички и рендгенолошки аспект, текот на санацијата на фистулозните хронични пародонтити третирани едносеансно, исклучувајќи ја фазата на периапикална или канална медикација.

Периапикалните процеси претставуваат динамичка адаптација на апексниот пародонциум на изменетата средина поради

присуство на нокси од коренскиот канал. Хроничните пародонтити претставуваат одбрамбена бариера против ширењето на инфективните агенси, нивните продукти и другите имуногени компоненти од каналот на коренот (5). Ткивото на периапикалната лезија што притоа се формира е динамична творба, настаната како последица на интеракција меѓу клетките што учествуваат во неспецифичниот и специфичниот имунитет. Тоа е изразито одбрамбено ткиво - во него бактериите не растат туку се разоруваат (3). Затоа Боасон инсистира да не се меша инфекцијата на каналот и периапикалната лезија. Според него, тоа се два различни света (3).

Материјал и метод

Испитувањето беше спроведено кај 20 пациенти со фистулозни хронични пародонтити. Притоа е земена исцрпна анамнеза, вршен е детален клинички преглед и е направена ретроалвеоларна снимка.

Методологијата на едносеансната ендодонтска процедура се состои во следново:

- се врши соодветна препарација, трепанација и се проверува проодноста на коренскиот канал;
- евакуација на содржината од коренскиот канал, односно отстранување на некротизираното и инфицираното ткиво на пулпата по пат на биомеханичка обработка;
- визуелизација на интервенцијата со рендгенолошка проценка на претходно внесената гутаперка во коренскиот канал заради одредување нивото на *foramen apicale externum* (7);
- егзактна дефинитивна оптурација на коренскиот канал.

По дефинитивната оптурација на коренскиот канал беа следени репараторните процеси преку клинички и рендгенолошки преглед. Со компаративна анализа на рендгенографиите, направени пред ендодонтскиот третман, веднаш по оптурацијата на коренскиот канал, а потоа и периодично, на 2, 4 и 6 месеци по завршувањето на терапијата, беше проверуван нејзиниот успех.

Резултати

Заради илустрација на клиничките и рендгенолошките состојби на сликите 1, 2 и 3 ги прикажуваме следниве случаи:

- фистулозна формација во *formix* (сл. 1а), рендгенолошки приказ на дифузен пародонтит на 22 (сл. 1б), одредување нивото на *foramen apicale externum* со маркирање на гутаперка (с. 1в), егзактна оптурација до *foramen apicale externum* (сл. 1г) и инволуција на фистулата за 3-4 дена (сл. 1д);
- фистулозен хроничен пародонтит со трауматска етиологија на 31 (сл. 2а), рендгенолошка контрола по 6 месеци (сл. 2б);
- оптуриран коренски канал кај фистулозен, дифузен, хроничен пародонтит на 42 (сл. 3а), целосно редуцирање на периапикалната лезија, според контролната снимка направена 4 месеци подоцна (сл. 3б).

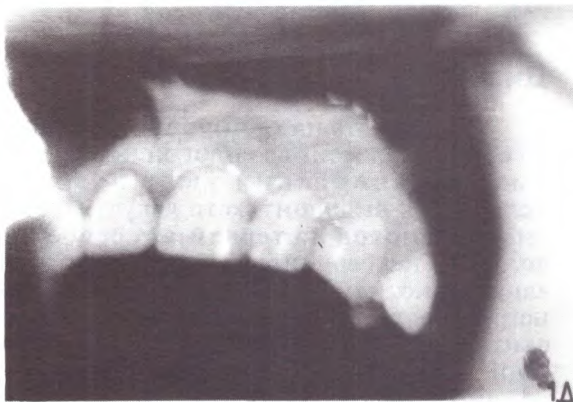
Непосредните, а и подоцните периодични клинички и рендгенолошки контроли покажаа дека пациентите немаат никакви тегоби, а при мастикација не се забележани негативни промени во функционална смисла.

По оптурацијата на коренскиот канал фистулата перзистира уште 3-4 дена, а подоцна инволуира.

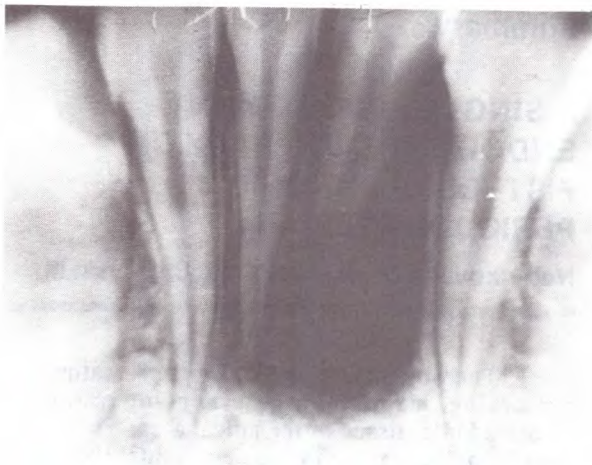
За поволен исход на едносеансната терапија неопходна е егзактна оптурација на коренскиот канал до *foramen apicale externum*. За да се постигне таква прецизност, со што е условен успехот на презентираниите резултати, применивме модифициран метод за одредување на должината на каналот.

Дискусија

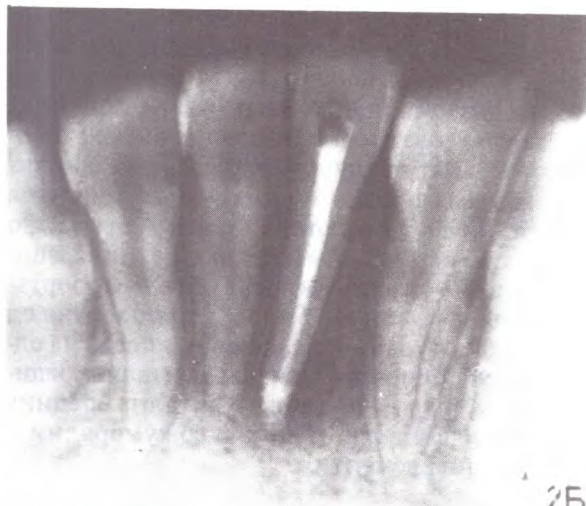
Терапијата на хроничните пародонтити е најкомплексна во ендодонцијата, а нивните егзацербации уште повеќе го усложуваат ендодонтското лекување. Негативниот исход на терапијата особено се должи на неповолните анатоомо-морфолошки карактеристики, какви што се грацилноста, искривеноста, честите облитерации на коренските канали, како и присуството на голем број латерални и акцесорни апексни каналчиња. Но, пред почетокот на терапијата



Слика 1. (а) фистулозна формација во fornix;
(б) рендгенолошки приказ на дифузен пародонтит на 22;
(в) одредување нивото на foramen apicale externum со маркирање на гутаперка;
(г) егзактна оптурација до foramen apicale externum и
(д) инволуција на фистулата за 3-4 дена

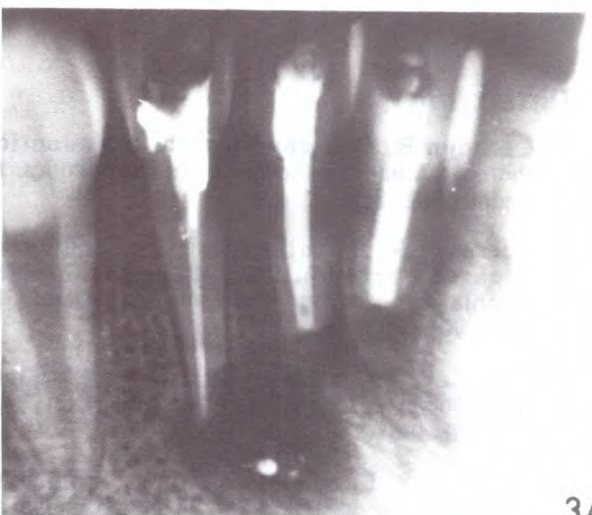


2A



2B

Слика 2. (а) фистулозен хроничен пародонтит со трауматска етиологија на 31;
(б) рендгенолошка контрола по 6 месеци



3A



3B

Слика 3. (а) Оптуриран коренски канал кај фистулозен, дифузен, хроничен пародонтит на 42
б) целосно редуцирање на периапикалната лезија, според контролната снимка направена 4 месеци подоцна.

треба да се има предвид и општата здравствена состојба на пациентот, односно да се води сметка за општите имуно-биолошки потенцијали на организмот.

Според класичната концепција и терапија, основен услов за излекување на хроничните пародонтити е целосното уништување на инфекцијата во ендодонциумот и апексниот пародонциум. Тоа се постигнува со примена на силни антисептици што го "стерилизираат" каналот и апексниот пародонт. Ваквата терапија е во согласност со тогашното верување дека секој лекуван заб е прикриен фокус, односно дека претставува опасност за целиот организам.

Поради оправданите критики што ги претрпе примената на силни антисептици во лекувањето на апексните хронични пародонтити, се прибегна кон нови средства кои во својот состав содржат хемотерапеутици, антибиотици, кортикостероиди и нивна комбинација со антисептици. Иако ова значеше модификација на класичната терапија, сепак не беше решен основниот проблем. Ниеден антисептик и ниедна паста, без оглед на составот, не може самостојно, без биомеханичка обработка на каналот, да доведе до стерилизација на коренските канали (6).

Еволуцијата на третманот на хроничните апексни пародонтити оди во правец

на редуцирање на медикаментозната апликација која, во современата концепција и терапија, е сведена на интраканална примена на благи антисептици, со настојување причините за настанатите реакции во периапексот да се отстранат исклучително со биомеханичка обработка на каналот, зачувувајќи ја притоа апексната и периапексната структура. Со оваа, таканаречена "механичка" стерилизација, иако не се елиминираат сите микроорганизми, се олеснува биолошката одбрана од нив. Со оптурација на каналот, полето на одбрана се пренесува, од една невитална средина каква што е каналот, во витална средина богата со васкуларизација и со хуморални и целуларни елементи.

Меѓутоа, предностите на современата концепција и терапија на хроничните апексни пародонтити можат да бидат доведени во прашање поради доминантната примена на повеќесеансниот третман. Ваквиот третман бара не само повеќе време, труд и материјал туку, поради повеќекратното привремено отворање и затворање на каналот, постои и висок ризик од инфекција. До неа може да доведе и брзото ресорбирање на медикаментозните пасти што се аплицираат во повеќесеансниот третман (2).

Според тоа, кај фистулозните хронични пародонтити може, без дилема и без ризик, да се примени едносеансна терапија бидејќи кај нив преку фистулозниот отвор се врши дренажа на воспалителниот ексудат и на формираните гасови при зголемена активност на анаеробната бактеријална флора. При оптурација на коренот во една посета не постои ризик од егзацербација затоа што за дренажа е доволен фистулозниот отвор.

Оптурацијата на коренскиот канал е биолошка постапка која има цел целосно да го затвори коренскиот систем. На тој начин се оневозможува контакт меѓу внатрешната и надворешната средина, а тоа значи дека се спречува пробивањето на содржината од каналот во периапексот, и обратно. Мармас заклучува дека периапикалните лезии перзистираат додека постои иритација од коренскиот канал. Со оптурација на каналот и со уништување на инфектот, гранулацијата инволуира.

Summary

A SINGLE APPOINTMENT ENDODONTIC THERAPY OF FISTULOUS CHRONIC PERIODONTITIS

Nedelkovska M., Matovska Lj. Ćiprovski M.

The objective in periodontitis treatment is preserving, maintaining and inducing restitution of periodontal tissue in the apical area. Therefore, the biological target in the periodontal therapy is thorough biomechanical trimming and immediate final obturation of the tooth root which, by the reduction of the periapical lesion stimulate reparatory processes.

Литература

1. Carhoun R. One appointment endodontic therapy: A nationwide survey of endodontics. *J Endod* 1982; 8(1): 35-40.
2. Petrović V. Rezultati terapije hroničnih apeksnih parodontita godinu dana posle lečenja jednoseansnom metodom. *Stomatol Gl Srb* 1990; 37(2): 183-8.
3. Petrović V. Hronični apikalni cirkumskriptni parodontit (granulom). (monografija), Beograd, 1981:71.
4. Živković S. Endodontska terapija hroničnih apeksnih parodontita bez primene periapeksne medikacije. *Stomatol Gl Srb* 1989; 36(4): 339-49.
5. Lukić A. Imunohistohemijska analiza imunokompetentnih i akcesornih ćelija u periapikalnom granulomu (disertacija). *Stomatološki fakultet, Beograd*, 1987: 126.
6. Filipović i sar. Endodonticija. *Dečje novine, Gornji Milanovac*, 1987: 315-29.
7. Неделковска М, Матовска Лј. Канална оптурација на заби со периапикални лезии. 6. Собр на стоматолозите на Македонија (Апстракти). Дојран: Стоматолошка секција при СЗЛМ, 1991: 38.