

Неделковска М., Матовска Љ.

ФЕНИКС АПСЦЕС - ПРЕДИЗВИК ЗА ЕДНОСЕАНСНА ТЕРАПИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје: Клиника за дентална патологија и терапија

Емпириската подлога на овој труд ја дадоа примената и контролата на едносеансната терапевтска процедура на примерок од 20 пациенти со егзацерибиран хроничен пародонтит во четвртиот субмукозен стадиум, со изразита флукуација на апсцесот.

Беа третираны заби во фронтот и премоларите.

По спроведената едносеансна терапевтска процедура, што се состои од биомеханичката обработка, иригација, дефинитивна оптурација на коренскиот канал и инцизија на апсцесот, кај третираните пациенти исчезнаа субјективните тегоби, а забите беа вратени во функцијата.

Клучни зборови: одонтогени инфекции; оптурација на коренските канали; ендодонција; периапикален периодонтитис, хроничен

Во последните години им се посветува сè поголемо внимание на одонтогените инфекции. Тоа се должи на зголемувањето на тежината на нивниот тек, како и на сè посериозните компликации што тие ги предизвикуваат. Кон овие причини можат да се додадат и високата резистентност спрема применетите антибиотици, пролонгирањето и тежината на лекувањето, како и долготрајното намалување на работоспособноста на пациентите.

Клиничките и експерименталните проучувања покажаа дека при одонтогените инфекции настануваат и општи нарушувања во организмот: натрупување на метаболити, интоксикација, нарушување на електролитниот и белковинскиот баланс, автоимунни нарушувања и друго.

Во американската стручна литература се користи изразот "феникс апсцес" што означува егзацерибација на хроничното воспаление во акутен стадиум. Во европската литера-

тура активацијата на процесот се нарекува *parodontitis apicalis chronica exacerbans*. Секое хронично воспаление може да премине во акутен стадиум поради промена на рамнотежата меѓу етиолошкиот агенс и организмот. Основна причина е промената на условите што постојат во каналниот систем или нарушувањето на општите имунолошки сили на организмот (5). Освен наведените акцесорни фактори од локална и општа природа, во настанувањето на одонтогените инфекции важна улога имаат и присутните микроорганизми. Од нивниот вид и вируленција зависи клиничката слика, тежината на инфекцијата, а во потешките случаи и изборот на антибактериските средства.

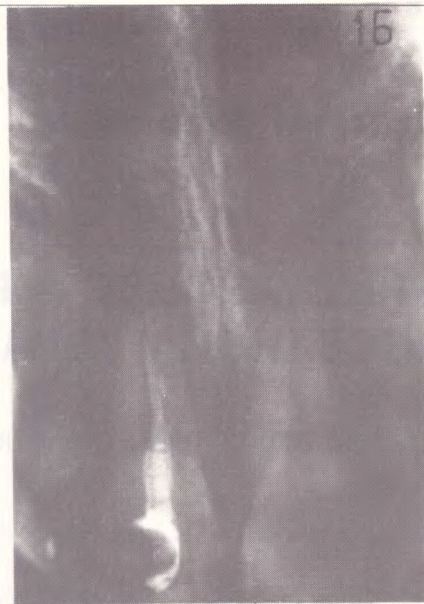
Со интензивирање на клиничките симптоми текот на хроничното заболување станува акутен, а со тоа станува неопходна и интервенцијата.

Материјал и метод

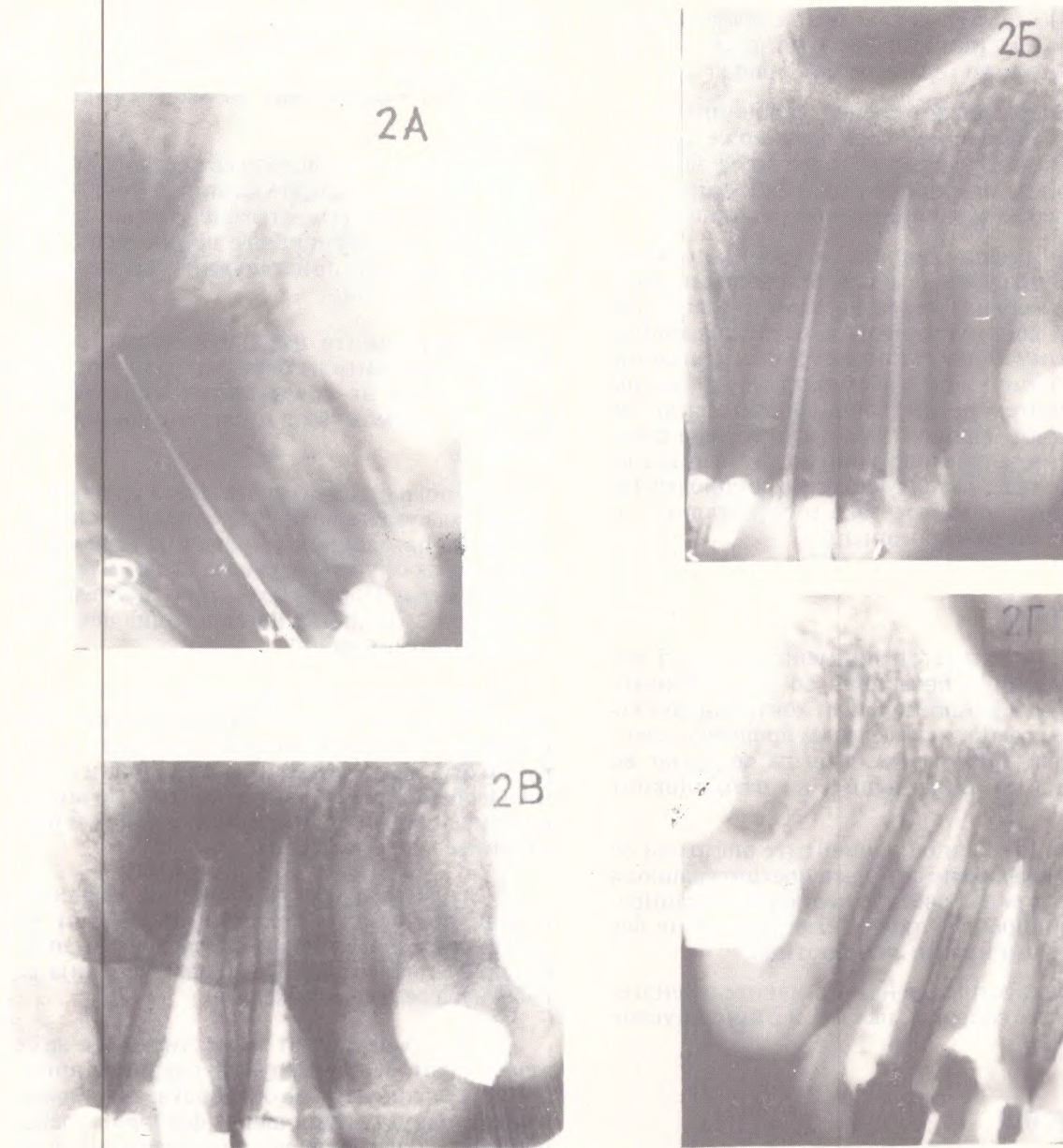
Емпириска основа на овој труд претставуваат примената и контролата на терапевтската процедура врз примерок составен од 20 пациенти со егзацерибиран хроничен пародонтит во четвртиот субмукозен стадиум, со изразита флукуација на апсцесот. Беа третираны заби во фронтот и премолари.

При феникс апсцесот, изборот на терапевтскиот метод зависи од клиничката слика, стадиумот во кој се наоѓа развојот на пародонтитот, како и од причините што го предизвикале.

Пред почетокот на терапијата треба да се провери и утврди: (1) дали општата состојба на организмот со неговите реактивни можности дозволува лекување; (2) кои се причините за апсцесот; (3) постои ли можност пародонтитот да биде лекуван по терапевтски пат; (4) какви се условите и можностите за отстранување на ексудатот; (5) дали е потребно ординирање на терапевтски средства (доколку е потребно кои од нив?) за да му се помогне на



Слика 1. (а) Апсцесна формација во форникс; (б) рендгенолошки приказ на дифузен пародонтит на 11, како резултат на лоша оптурација на коренскиот канал; (в) одредување на foramen apicale externum, со маркирање на гутаперка; (г) инцизија со поставување дрен; (д) санација на инцидираното ткиво



Слика 2. (а) Рендгенолошки приказ на периапикална лезија на 11. и 12. причина за феникс апсцес; (б) маркирање на гутаперка до foramen apicale externum; (в) оптурација до foramen apicale externum; (г) редукција на периапикалната лезија според контролната снимка направена 3,5 месеци по завршениот третман.

организмот успешно да ја совлада воспалителната состојба.

Методологијата на едносеансната терапевтска процедура се состои од неколку фази и постапки:

- трепанација и се проверува проодноста на коренскиот канал;
- евакуација на содржината на коренскиот канал со наизменична иригација и механичка обработка;

- визуелизација на интервенцијата со рендгенолошка проценка на претходно внесена гутаперка во коренскиот канал заради одредување нивото на foramen apicale externum;
- дефинитивна оптурација на коренскиот канал.

При лекувањето на феникс апсцесот, основна задача е да се отстрани ексудатот кој во голема мера го одредува исходот на патолошкиот процес.

ДЕНТАЛНА ПАТОЛОГИЈА И ТЕРАПИЈА

Уважувајќи ја класичната препорака *ubi pus ibi evasio*, инцидирањето на апсцесот е наредната фаза во терапевтската процедура.

Испразнетиот апсцес се дренира со гумен или јодоформен дрен за да може да истекува гнојниот секрет и за да не се затворат рабовите на инцидираното ткиво зашто, инаку, би можел да се предизвика рецидив (1).

По дефинитивната оптурација на каналот и инцизијата на апсцесот, последни терапевтски мерки во терапијата на феникс апсцесот, натамошниот развој - до целосна ликвидација на патолошкиот процес и реосификација на изгубениот дел од коскената структура - им е препуштен на имунобиолошките сили на организмот. Процесот на дефинитивна санација може да трае покус или подолг период, во зависност од трај колку егзактно се спроведени терапевтските мерки, како и од локалните и општите сили на организмот.

Резултати

Резултатите од примената на овој метод, следени и потврдени со периодичните клинички и рендгенолошки контроли, укажуваат на високиот успех на оваа процедура, овозможувајќи третираните заби да се вратат во функција по елиминација на патолошкиот процес.

Кај ниеден од пациентите опфатени со ова испитување не се појави постоптурациона болка, а за релативно кус период беше санирано инцидираното ткиво, иако притоа не беа ординирани никакви антибиотици.

За илустрација на клиничките и рендгенолошките состојби, на сл. 1 и 2 прикажуваме два случаи.

Дискусија

Веќе е надминат оној период и приод кога егзацерираните хронични пародонтити беа објект само на хируршката стоматологија. Правило беше најнапред да се инцидира апсцесот, а потоа да се екстрахира забот-причинител (1).

Можност за спонтанa санација не постои бидејќи комплексниот макро и микроканален систем со инфицирана пулпа овозможува непрекинатa администрација на токсини, бактерии или распадни продукти на пулпата. Овој систем е изолиран, односно исклучен од циркулацијата на крвта и останува надвор од одбранбениот систем на организмот.

Овие околности наложуваат специфичен начин на терапија. Постојат повеќе методи што овозможуваат помал или поголем успех. Проблемот на лекувањето егзацерирани

хронични пародонтити сè уште не е дефинитивно решен. Тоа доведува до егзодонтизам што има за последица губење на забниот орган и можни компликации на мастикаторниот апарат.

Досега во терапијата се постапуваше пасивно. По трепанацијата на апикалниот отвор, коренскиот канал се оставаше отворен заради постепено хронифицирање на процесот, а по извесен период се пристапуваше кон лекување на заболениот заб.

Современите патофизиолошки сознанија за причините на овие пародонтити, како и примената на современите терапевтски средства овозможуваат нивно поуспешно лекување.

И покрај тоа што има доста трудови во кои се укажува на можноста за целосна ликвидација на патолошкиот процес на апексот на забот, сепак сè уште со скепса се примаат ваквите тврдења. Поради тоа многу терапевти се одлучуваат за крајната, најнеповолна постапка - екстракција на забот.

Лекувањето на коренскиот канал во основа е хируршка интервенција и се заснова врз истите општи принципи што важат за хируршкото згрижување на инфицираните рани. Особено се настојува да се избегне внесување нови микроорганизми во каналот и настанување суперинфекција (3).

Зголемувањето на бројот на сеансите, поради повторното отворање на каналот на забот, претставува можност за реинфекција. Со примената на едносеансната терапија се избегнува оваа компликација.

Со терапевтскиот зафат, чија цел е да се зачува забот, се спроведуваат следниве принципи: (1) пациентот се ослободува од болката и се отстранува етиолошкиот фактор на воспалението; (2) се спречува дисеминацијата на бактерии во организмот.

Антибиотици се применуваат само кога состојбата на пациентот го наложува тоа, на пример, кога пациентот е предиспониран на бактериски ендокардит. Инаку, пожелно е антибиотиците да бидат изоставени во терапијата. Дури и кога температурата на пациентот е зголемена антибиотиците не се нужни, доколку дренажата е добра. Но, ако и покрај добрата дренажа се влошува општата состојба на пациентот, во таков случај можат да се дадат антибиотици (2).

Според тоа, во принцип, треба да се избегнува рутинска примена на антибиотици кои, за жал, сè повеќе се ординираат. Антибиотиците не можат да ја поправат, а уште помалку можат да ја заменат нестручната работа.

Summary

PHOENIX ABSCESS: A CHALLENGE FOR ONE-APPOINTMENT THERAPY

Nedelkovska M., Matovska Lj.

This investigation was inspired by our experience in practicing one-appointment therapy procedures on a case material comprising 20 individuals with exacerbated chronic periodontitis in the fourth sub-mucous stage, with an emphasised fluctuation of the abscess.

Frontal teeth and premolars were treated. After the one-appointment therapy procedures, comprising biomechanical obturation, irrigaton and final obturation of the root canal and incision of the abscess., subjective symptoms withdrew, and the teeth were in function again.

Key words: endodontics; root canal obturation; periapical periodontitis, chronic

Литература

1. MIŠE I. Oralna kirurgija. JUMENA, Zagreb, 1983: 233-51.
2. NJEMIROVSKIJ Z i sur. Klinička endodoncija. Globus, Zagreb, 1987: 251-92.
3. LEKOVIĆ V, LEKIĆ P, PETROVIĆ V. Antibiotici u stomatološkoj praksi. Naučna knjiga, Beograd, 1992: 95-141.
4. TODOROVIĆ S i sar. Naša iskustva u lečenju akutnog apeksnog, purulentnog paradontitisa fokalmin-jodoform pastom. Stomatol Gl Srb 1985; 4-5.
5. PAVLOVIĆ V. Parodontitis chronica granulomatosa kao reakcija lokalnog imunološkog odgovara organizma, (doktorska distertacija). Niš 1978:107.
6. LUKIĆ A. Imunohistohemijska analiza imunokompetentnih i akcesornih ćelija u periapikalnom granulomu (doktorska disertacija). Beograd 1987: 126.