

Опыт лечения различных форм периодонтита в одно посещение. Серия клинических случаев

М.Ю. АКИМОВА, врач-стоматолог, Клиника спортивной медицины, Москва
А.Ю. ТУРКИНА, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГАО ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Г.Н. ШЕЛЕМЕТЬЕВА, к.м.н., врач-стоматолог, частная практика, г. Благовещенск

Single-visit root canal treatment of teeth with different forms of apical periodontitis. Clinical cases

M. Yu. AKIMOVA, A. Yu. TURKINA, G.N. SHELEMETIEVA

Резюме

Лечение периодонтита, являющегося осложнением пульпита или некачественного эндодонтического лечения, – важная проблема терапевтической стоматологии. Наличие очага хронического воспаления в области верхушки корня зуба может стать фактором риска развития серьезных системных заболеваний. Ранее основным методом консервативного лечения периодонтита являлось временное пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция, однако эффективность этого метода сегодня ставится учеными под сомнение. Постоянная obturация корневых каналов материалом с пролонгированным антимикробным и противовоспалительным действием способствует элиминации воспалительного очага и восстановлению костной ткани в области верхушки корня зуба. В статье представлены клинические случаи, подтверждающие эффективность лечения периодонтита в одно посещение с применением материала для постоянной obturации каналов Granulotec.

Ключевые слова: консервативное лечение хронического периодонтита в одно посещение, апикальная гранулема, Гранулотек.

Abstract

Apical periodontitis is a frequent complication of pulpitis and failed endodontic treatment. Apical granuloma is a risk factor of serious system diseases. Temporary root canal filling with calcium hydroxide paste was the most popular way of non-surgical treatment of periodontitis, however its therapeutic effect is questioned by scientists nowadays. Permanent root canal obturation using material with prolonged antimicrobial and antiinflammatory action provides granuloma elimination and apical bone healing. This article contains clinical case reports confirming the effect of using Granulotec for single-visit permanent canal obturation in teeth with apical periodontitis.

Key words: non-surgical single-visit treatment of periodontitis, apical granuloma, Granulotec.

Эндодонтическое лечение является одной из самых сложных процедур в терапевтической стоматологии. Практически каждый год на рынке появляются новые материалы и инструменты, призванные помочь практикующим врачам успешно решать трудные задачи в этой области. Однако процент осложнений по-прежнему остается высоким [2, 6]. Ошибки и недочеты эндодонтического лечения могут привести как к возникновению острой воспалительной реакции, так и к отсроченным проблемам: формированию гранулемы и вовлечению в воспалительный процесс смежных зон челюстно-лицевой области (рис. 1, 2). При этом даже единичные очаги деструкции костной ткани в области верхушек корней зубов ассоциируют с развитием сердечно-сосудистых заболеваний [9, 12], а множественные апикальные гранулемы приводят к значимым изменениям иммунного статуса пациента [4]. Высокий процент осложнений эндодонтического лечения связывают в первую очередь со сложной анатомией корневых каналов: апикальной дельтой, искривлением или облитерацией канала. В таких случаях необходимо детальное планирование предстоящего эндодонтического лечения [8], использование гибких никель-титановых инструментов, эндодонтического операционно-

го микроскопа, ультразвуковых файлов для активации ирриганта. Все это значительно увеличивает временные и финансовые затраты, не обеспечивая при этом 100% гарантию эффективности лечения.

Плотная obturация корневого канала – залог успеха эндодонтического лечения [3], однако в некоторых случаях качественная обработка каналов невозможна по причине отсутствия адекватного доступа (например, затрудненное открывание рта). Иногда пациент не в состоянии долго находиться в стоматологическом кресле с широко открытым ртом по причине дисфункции ВНЧС или соматической патологии. Например, эндодонтическое лечение затруднено у пациентов с тяжелой формой болезни Паркинсона. Болезнь проявляется сильным тремором конечностей и дрожанием головы. При работе с такими пациентами приходится полностью исключить применение ротационных эндодонтических инструментов и минимизировать временные затраты, так как длительное пребывание в стоматологическом кресле ухудшало клинические проявления основного заболевания [5]. В этом и во многих других случаях сокращение времени работы в полости рта и уменьшение числа посещений является объективной необходимостью.

В случаях, когда практически невозможно обеспечить стерильность системы корневых каналов и периапикальных тканей перед obturацией, для постоянного пломбирования каналов целесообразно использовать материалы, обладающие пролонгированным антисептическим действием [1]. Примером такого препарата является материал Granulotec швейцарской компании PD. Он поставляется в Россию с 2013 года. За годы практики Granulotec зарекомендовал себя как надежный материал для постоянной obturации каналов с выраженным антисептическим эффектом.

В состав этого препарата входят следующие активные действующие вещества:

- Фенол – антисептическое и дезинфицирующее средство, обладающее выраженным бактерицидным действием преимущественно на вегетативные формы микробов. Его соединения блокируют ферментную активность дегидрогеназ.
- Формальдегид – антисептическое лекарственное средство из группы альдегидов. Механизм противомикробного действия формальдегида объясняют его присоединением к аминогруппам белков, вследствие чего происходит их денатурация.
- Йодоформ – антисептик ряда галоидов, оказывающий бактерицидное и дубящее действие за счет коагуляции белков с образованием йодаминов.
- Гваякол – вещество, получаемое из букового крезота и обладающее мягким местноанестезирующим и антисептическим действием.
- Дексаметазон – глюкокортикостероидный препарат с выраженным противовоспалительным и антиаллергическим эффектом.

Наличие в составе материала противовоспалительных и антисептических компонентов позволяет проводить постоянную obturацию каналов в одно посещение даже при наличии очага разрежения костной ткани в периапикальной области.

ное посещение, в ходе которого проводится обработка и временная obturация каналов, существенно увеличивает риск фрактуры инструмента. При нарушении герметизма временной пломбы может произойти повторная контаминация системы корневых каналов микроорганизмами ротовой жидкости, что полностью нивелирует положительный эффект лечения. Кроме того, эффективность терапии гранулем с временным пломбированием каналов пастой на основе гидроокси кальция в последнее время ставится под сомнение. Так, по результатам ряда исследований, не выявлено достоверного различия эффективности консервативного лечения хронического периодонтита в одно или несколько посещений [7, 11].

Однако при терапии периапикального абсцесса без свища, при наличии болевого синдрома и гнойной экссудации из корневого канала постоянная obturация может привести к развитию осложнений [2]. Противопоказанием к применению материала Granulotec, также, как и любого другого материала для постоянной obturации каналов, является выраженная экссудация или кровотечение. Если после механической и медикаментозной обработки корневые каналы удастся полностью высушить, Granulotec использовать можно, однако при наличии интенсивных жалоб рекомендуется

Таблица 1. Антибиотики и антимикробные препараты для лечения острого периодонтита

Фармакологическая группа	Дозировка	Длительность приема
Цефалоспорины	400 мг 1 раз в сутки	7–10 дней
Пенициллин + клавулановая кислота	500 + 125 мг 2 раза в сутки	5–14 дней
Азитромицин	500 мг 1 раз в день	3 дня
Метронидазол	250 мг 3 раза в сутки	3–7 дней

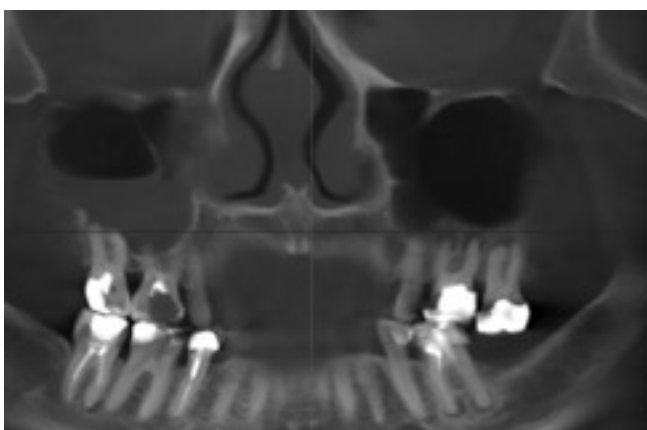


Рис. 1. Срез КТ. Одонтогенный гайморит справа, множественные воспалительные очаги в области корней зубов

Лечение хронического апикального периодонтита и obturация труднопроходимых каналов в одно посещение имеет ряд преимуществ. Каждое дополнитель-



Рис. 2. Разрушение кортикальной пластинки альвеолярного отростка верхней челюсти в области апекса зуба 2.6

назначить комплекс антимикробных и противовоспалительных препаратов и проинформировать пациента о необходимости хирургического вмешательства при ухудшении состояния. При выборе антибиотика следует учитывать не только аллергологический, но и общий анамнез пациента, чтобы исключить назначение препарата, который пациент недавно принимал. С целью профилактики возникновения устойчивых штаммов микроорганизмов рекомендуется поочередное назначение антибиотиков и антимикробных препаратов различных групп (табл. 1).

Многих клиницистов интересует вопрос, как скоро после применения материала Granulotec зуб с апикальной гранулемой можно с уверенностью использовать как опорный элемент ортопедической конструкции, и от чего это зависит. Эффективная антисептическая обработка основного канала и апикальной дельты в значительной степени способствует элиминации воспалительного очага, но не стоит забывать, что в этот процесс вовлечены также факторы тканевого иммунитета пациента, клетки соединительной и костной ткани, поэтому активность процесса восстановления кости у каждого пациента индивидуальна. По данным ультразвукового исследования, первые признаки восстановления костной ткани наблюдаются уже через шесть недель после эндодонтического лечения, однако рентгенологические изменения становятся заметны не ранее, чем через три месяца [10]. Поэтому контрольное посещение с выполнением прицельной рентгенограммы назначается через 3–6 месяцев после лечения. Во избежание обострения воспалительного процесса после восстановления полноценной окклюзионной нагрузки, наиболее надежным вариантом представляется выполнить временную реставрацию или зафиксировать временную коронку до появления первых рентгенологических признаков ремоделирования костной ткани. Если речь идет о повторном ор-

топедическом лечении, рекомендуется по возможности сохранить старый протез до появления уверенности в эффективности проведенного лечения гранулемы. В дальнейшем возможна замена ортопедической конструкции.

Рассмотрим серию клинических случаев лечения апикального периодонтита в одно посещение с использованием материала Granulotec.

Клинический пример № 1

Пациент К., 31 год, обратился с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании и ноющие боли в области зуба 3.6. Последнее обострение наблюдалось более месяца назад. Зуб 3.6 ранее лечен, обширная реставрация на жевательной и дистальной поверхности. Термопроба и перкуссия отрицательны. На рентгенограмме выявлены очаги разрежения костной ткани с нечеткими контурами диаметром до 7 мм в области верхушек корней зуба 3.6. Диагноз: зуб 3.6 – апикальная гранулема K04.5 (рис. 3а). В первое посещение проведена механическая и медикаментозная обработка каналов (раствор ЭДТА 17%, раствор гипохлорита натрия 3%, дистиллированная вода, раствор хлоргексидина биглюконата 2%), а также постоянная obturation каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи с материалом Granulotec. Во второе посещение (через сутки после постоянной obturation каналов) в дистальном корне был зафиксирован анкерный штифт, выполнена постоянная реставрация (рис. 3б). Пациент не предъявлял жалоб после obturation каналов. Через год после лечения выполнена контрольная рентгенограмма. Костная ткань в области верхушек корней зуба 3.6 полностью восстановлена (рис. 3в).

Клинический пример № 2

Пациентка С., 43 года, обратилась с жалобами на припухлость десны в области зуба 2.7 и неприятный привкус во рту. При осмотре выявлен свищевой ход



Рис. 3а. Зуб 3.6 – хронический апикальный периодонтит. Апикальная гранулема K04.5



Рис. 3б. Зуб 3.6 сразу после реставрации. Каналы obturated полностью, в дистальном корне установлен анкерный штифт

в области зуба 2.7 (рис. 4а). Зуб ранее депульпирован, покрыт металлической цельнолитой коронкой, включенной в мостовидный протез. На рентгенограмме: корневые каналы obturированы не полностью, очаги разрежения костной ткани в области верхушек корней зуба 2.7. Диагноз: зуб 2.7 – периапикальный абсцесс со свищом K04.6 (рис. 4б). В день обращения проведено повторное эндодонтическое лечение зуба через коронку. Корневые каналы полностью дезобтурированы, проведена механическая и медикаментозная обработка (раствор ЭДТА 17%, раствор гипохлорита натрия 3%, дистиллированная вода, раствор хлоргексидина биглюконата 2%) и obturация корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи с герметиком Granulotec. Устья каналов изолированы стеклоиономерным цементом. Трепанационное отверстие в искусственной коронке запломбировано композитным материалом двойного отверждения. Контрольное посещение через 7 дней после лечения: свищевой ход закрыт, жалоб пациентка не предъявляет (рис. 4в).

Клинический пример № 3

Пациент Х., 55 лет обратился с целью профилактического осмотра. В связи с большим количеством ортопедических конструкций и реставраций в полости рта пациента было принято решение выполнить ортопантограмму. На рентгенограмме обнаружен очаг разрежения костной ткани с четкими контурами диаметром до 8 мм в области верхушки корня зуба 2.2. Диагноз: зуб 2.2 – апикальная гранулема K04.5 (рис. 5а). Было принято решение провести лечение через коронку, сохранив мостовидный протез до появления рентгенологических признаков восстановления костной ткани. Была трепанирована искусственная коронка, обеспечен эндодонтический доступ (рис. 5б). Проведена механическая и медикаментозная обработка корневого канала (раствор ЭДТА 17%, раствор

гипохлорита натрия 3%, дистиллированная вода, раствор хлоргексидина биглюконата 2%), и obturация методом латеральной конденсации гуттаперчи с материалом Granulotec. Трепанационное отверстие в коронке закрыто стеклоиономерным цементом. Через 3 месяца



Рис. 4а. Свищевой ход в области зуба 2.7

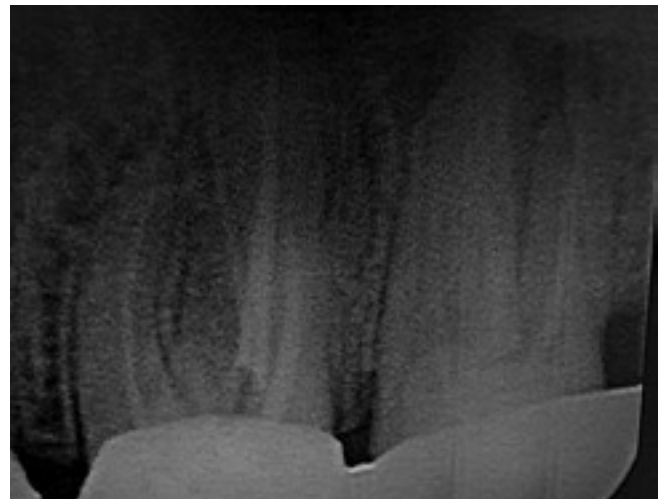


Рис. 4б. На рентгенограмме очаги разрежения костной ткани в области верхушек корней зуба 2.7. Диагноз: периапикальный абсцесс со свищом K04.6

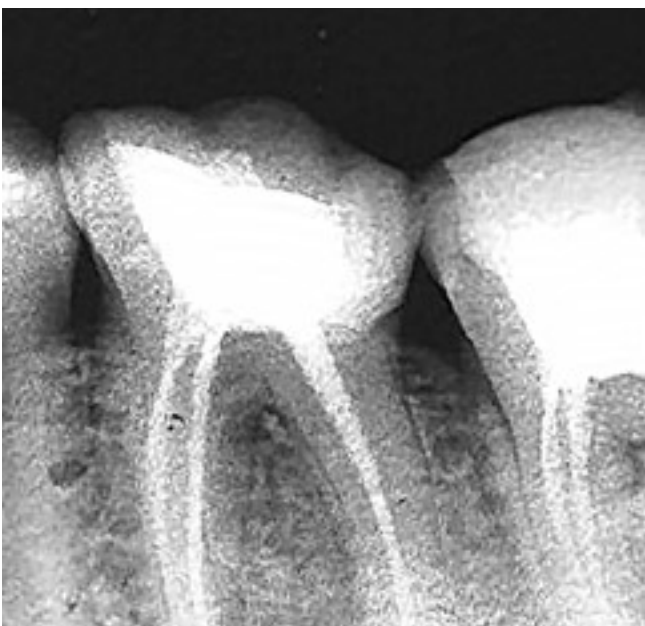


Рис. 3в. Контрольная рентгенограмма через год после лечения. Костная ткань в области верхушек корней зуба 3.6 полностью восстановлена



Рис. 4в. Контрольное посещение через 7 дней после obturации каналов. Свищевой ход закрыт

ца мостовидный протез заменен на временный, выполнена контрольная рентгенограмма. Наблюдается значительное увеличение плотности и восстановление рисунка костной ткани в области воспалительного очага (рис. 5в). Перкуссия отрицательна, жалоб пациент не предъявляет. Принято решение об изготовлении постоянного мостовидного протеза.

Результаты клинического применения препарата «Гранулотек» в течение пяти лет позволяют характеризовать его как надежный и эффективный материал для лечения различных форм периодонтита. Обтурация корневых каналов в одно посещение позволяет успешно купировать воспалительный процесс в периапикальной области и добиться положительного результата даже при работе в сложных условиях.



Рис. 5а. Зуб 2.2 до лечения: разрежение костной ткани с четкими контурами в области верхушки корня 2.2



Рис. 5б. На рентгенограмме: создан эндодонтический доступ через коронку. В корневом канале K File



Рис. 5в. Контрольная рентгенограмма через 3 месяца. Наблюдается восстановление рисунка костной ткани в области верхушки корня зуба 2.2

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володина Е. В. Клинические аспекты использования безэвгенольного материала для постоянной обтурации инфицированных каналов // Эндодонтия today. 2017. № 2. С. 18–20.
2. Герасимова Л. П. Комплексное лечение хронического периодонтита в стадии обострения // Эндодонтия today. 2013. № 2. С. 17–21.
3. Герасимова Л. П. Комплексное лечение хронического периодонтита в стадии обострения // Эндодонтия today. 2013. № 2. С. 17–21.
4. Максимовский Ю. М., Гринин В. М. Современный взгляд на оценку качества и результативность лечения хронического периодонтита // Эндодонтия today. 2004. № 1–2. С. 16–20.
5. Максимовский Ю. М., Гринин В. М. Современный взгляд на оценку качества и результативность лечения хронического периодонтита // Эндодонтия today. 2004. № 1–2. С. 16–20.
6. Митронин А. В., Понякина И. Д. Комплексное лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом на фоне сопутствующих заболеваний // Эндодонтия today. 2009. № 3. С. 57–64.
7. Митронин А. В., Понякина И. Д. Комплексное лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом на фоне сопутствующих заболеваний // Эндодонтия today. 2009. № 3. С. 57–64.
8. Al-Omari F. A., Al Moaleem M. M., Al-Qahtani S. S., Al Garni A. S., Sadatullah S., Luqman M. Oral rehabilitation of Parkinson's disease patient: a review and case report // Case Reports in Dentistry. 2014;2014:432475. – doi:10.1155/2014/4324751.
9. Bergenholtz G., Horsted-Bindslev P., Reit C. Textbook of endodontology. 2nd ed. – Wiley-Blackwell, 2010. – 386 p.

10. Bharuka SB, Mandroli PS Single- versus two-visit pulpectomy treatment in primary teeth with apical periodontitis: A double-blind, parallel group, randomized controlled trial. // J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2016 Oct-Dec;34(4):383–90. doi: 10.4103/0970-4388.191429.
11. Darcey J., Taylor C., Roudsari R. V., Jawad S., Hunter M. Modern endodontic planning. Part 2: access and strategy // Dent Update. 2015. Oct. № 42 (8). P. 709–710, 712–714, 717–718 passim PMID: 26685470 DOI:10.12968/denu.2015.42.8.709.
12. Hernández-Ríos P., Pussinen PJ., Vernal R., Hernández M. Oxidative Stress in the Local and Systemic Events of Apical Periodontitis // Front Physiol. 2017 Nov 1;8:869. doi: 10.3389/fphys.2017.00869. eCollection 2017.
13. Maity I., Kumari A., Shukla A. K., Usha H., Naveen D. Monitoring of healing by ultrasound with color power doppler after root canal treatment of maxillary anterior teeth with periapical lesions // Journal of Conservative Dentistry: JCD. 2011. № 14 (3). P. 252–257. – doi:10.4103/0972-0707.85804.
14. Paredes-Vieyra J., Enriquez F. J. Success rate of single- versus two-visit root canal treatment of teeth with apical periodontitis: a randomized controlled trial // J Endod. 2012. Sep. № 38 (9). P. 1164–1169. – doi: 10.1016/j.joen.2012.05.021.
15. Virtanen E., Nurmi T., Söder PÖ., Airila-Månsson S., Söder B., Meurman J. H. Apical periodontitis associates with cardiovascular diseases: a cross-sectional study from Sweden // BMC Oral Health. 2017. Jul. 11. № 17 (1). P. 107. – doi: 10.1186/s12903-017-0401-6.

Поступила 28.05.2018

**Координаты для связи с авторами:
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2**