

Клинический случай консервативного лечения зуба с периапикальным очагом больших размеров

Г.Т. САЛЕЕВА, д.м.н., профессор, зав. кафедрой
Р.Ф. МУСТАКИМОВА, к.м.н., ассистент
М.И. ШАМСУТДИНОВ, к.м.н., доцент
Д.К. САБИРОВА, ассистент
Л.Р. САЛЕЕВА, ассистент
Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава РФ

Clinical case of conservative treatment on the tooth with large periapical destruction

G.T. SALEEVA, R.F. MUSTAKIMOVA, M.I. SHAMSUTDINOV, D.K. SABIROVA, L.R. SALEEVA

Резюме

На сегодняшний день зубы с воспалительными заболеваниями периапикальных тканей иногда необоснованно подвергаются хирургическому лечению. В статье рассмотрен клинический случай консервативного лечения зуба со значительной периапикальной деструкцией и результаты динамического наблюдения.

Ключевые слова: периапикальная деструкция, эндодонтическое лечение, хирургическое лечение.

Abstract

Nowadays, sometime, the dentists unreasonably preferred surgical treatment instead of endodontic treatment. The article considers the clinical case of conservative treatment of a tooth with large periapical destruction and the results of dynamic observation.

Key words: periapical destruction, endodontic treatment, surgical treatment.

Несмотря на то что однозначным показанием для хирургического лечения деструктивных заболеваний периапикальных тканей является лишь невозможность проведения эндодонтического лечения, в клинической практике выбор между оперативным и консервативным вмешательством не всегда однозначен [1, 3, 4, 7, 9].

При больших очагах поражения пациентам зачастую выставляется предварительный диагноз «корневая киста» и рекомендуется хирургическое лечение [2, 5]. На более часто в последнее время применяется методика резекции верхушки корня зуба с цистэктомией. Однако данное вмешательство может сопровождаться осложнениями, среди них: подвижность оперированных зубов, боли в оперированной области, абсцедирование в месте оперативного вмешательства, формирование свищевого хода, прогрессирующая деструкция костной ткани в области операции, а также прогрессирующая резорбция корня оперированного зуба, рассасывание пломбирочного материала из корневого канала, обострение хронического периодонтита [6, 8, 10, 11].

Мы бы хотели представить случай консервативного лечения периапикального абсцесса, со значительной степенью деструкции альвеолярной кости.

В клинику обратился пациент 20 лет, направленный челюстно-лицевыми хирургами для проведения эндодонтического лечения зубов 1.1, 1.2 и 1.3, расположенных в очаге деструкции, перед операцией цистэктомии с резекцией верхушки корня зуба 1.2.

При сборе анамнеза выяснено, что три дня назад пациент впервые обратился в другую клинику с обострением периапикального абсцесса от зуба 1.2, где ему была оказана неотложная помощь в объеме раскрытия полости зуба 1.2, медикаментозной обработки канала и временного пломбирования с применением гидроксида кальция под временную пломбу. Ранее зуб не беспокоил.

При объективном обследовании определяется: зуб 1.2 под временной пломбой (предположительно Septopac), перкуссия слабоболезненная, подвижность зуба 2 степени. Альвеолярная десна по вестибулярной поверхности незначительно гиперемирована, выбухает, при пальпации слабоболезненная, определяется податливость кортикальной пластины.

Сравнительная электроодонтодиагностика зубов 1.3 и 1.1, с применением аппарата Gentlepulse свидетельствовала о витальности зубов (6 мкА и 8 мкА).

При рентгенографическом исследовании методом КЛКТ обнаружен очаг деструкции в области 1.2, с нечеткими краями, распространяющийся на зубы 1.1 и 1.3 (рис. 1). Костный рисунок не прослеживается, на срезах определяется частичное разрушение кортикальной пластины по вестибулярной поверхности (рис. 2).

Поставлен диагноз: зуб 1.2 «K04.7 Периапикальный абсцесс без свища».

С учетом отсутствияотягощающих факторов (зуб не лечен, нет резорбции корня, пациент без соматических заболеваний и вредных привычек) и длительного периода асимптоматичности заболевания, пациенту предложено проведение консервативного лечения зуба 1.2.

Пациент был предупрежден о возможных осложнениях и рисках, получено добровольное информированное согласие.

Эндодонтическое лечение проводили в два этапа. При первом посещении под контролем апекслокатора Propex pixi (Dentsply) проведено прохождение канала до апекса (рис. 3) и последовательное механическое расширение с использованием XSmart (Dentsply) и Mtwo (VDW). Медикаментозная обработка канала проведена ЭДТА и 3,25% раствора гипохлорита натрия с активацией растворов ультразвуком. Канал временно запломбирован гидроокисью кальция (Кальсепт) под стеклоиономерный цемент.

Через 14 дней с учетом положительной динамики (отсутствие жалоб и перкуторной боли) провели очистку канала от временного материала, под контролем микроскопа Leуса. Для удаления материала использовали роторные файлы, ирригант (3,25% раствор гипохлорита) с активацией ультразвуком. Провели медикаментозную обработку ЭДТА и 3,25% раствора гипохлорита натрия и obturацию канала гуттаперчевым штифтом Thermafil №40/0.4 и силером AN+ (Dentsply) (рис. 4). Временная пломба из стеклоиономерного цемента заменена на фотокомпозит Filtek Ultimate (3M) через две недели.

Через три месяца отмечалась положительная динамика с отсутствием жалоб и уменьшением подвижности зуба до 1 степени. Сравнительная ЭОД

зубов 1.1 и 1.3, свидетельствовала о сохранении витальности (бмКА и ЗмКА).

Через 6 месяцев на контрольном КЛКТ отмечается значительное уменьшение очага деструкции и восстановление кортикальной пластины (рис. 5). Клинически определяется физиологическая подвижность зуба.

Через 12 месяцев костные балки прослеживаются по всему объему очага деструкции (рис. 6). Таким образом, мы можем говорить о том, что большой размер периапикального очага не является однозначным показанием для хирургического лечения. При планировании лечения целесообразно принимать во внимание иные факторы, такие как ранее проведенное эндолечение, отягощенность анамнеза и т.д.



Рис. 1. Срез КЛКТ. Исходная ситуация до начала лечения



Рис. 2. Срез КЛКТ. Исходная ситуация до начала лечения. Частичная деструкция кортикальной пластины



Рис. 3. Контрольный снимок прохождения канала



Рис. 4. Контрольный снимок после пломбирования канала



Рис. 5. Срез КЛКТ через 6 месяцев после эндодонтического лечения



Рис. 6. Срез КЛКТ через 12 месяцев после эндодонтического лечения

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безруков В. М., Григорьянц Л. А., Рабухина Е. А. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы: Рук-во для врачей, 2-е изд., стер. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 108 с. Bezrukov V. M., Grigor'yanc L. A., Rabuhina E. A. Ambulatornaya hirurgicheskaya stomatologiya. Sovremennye metody: Ruk-vo dlya vrachej, 2-e izd., ster. – М.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2004. – 108 s.
2. Вьючнов И. Н., Чувилкин В. И., Панин А. М., Вышлова А. В. Клиническая оценка эффективности применения метода интраоперационной микроскопии в хирургическом лечении деструктивных форм хронического периодонтита // Эндодонтия today. 2010. №2. С. 37-42. V'yuchnov I. N., Chuvilkin V. I., Panin A. M., Vyshlova A. V. Klinicheskaya ocenka ehffektivnosti primeneniya metoda intraoperacionnoj mikroskopii v hirurgicheskom lechenii destruktivnyh form hronicheskogo periodontita // Endodontiya today. 2010. №2. S. 37-42.
3. Максимовский Ю. М., Дмитриева Л. А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2015. Maksimovskij Ju. M., Dmitrieva L. A. Terapevticheskaja stomatologija. Nacional'noe rukovodstvo. – М.: Izd-vo «GEO-TAR-Media», 2015.
4. Мацелуро К. А., Митронин А. В. Клинический случай лечения хронического апикального периодонтита (апикальной гранулемы) // Эндодонтия today. 2014. №1 (29). С. 60-62. Macepuro K. A., Mitronin A. V. Klinicheskij sluchaj lechenija hronicheskogo apikal'nogo periodontita (apikal'noj granulemy) // Endodontiya today. 2014. №1 (29). S. 60-62.
5. Митронин А. В. Комплексное лечение и реабилитация больных с деструктивными формами хронического периодонтита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – С. 39-41. Mitronin A.V. Kompleksnoe lechenie i reabilitacija bol'nyh s destruktivnymi formami hronicheskogo periodontita: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – М., 2004. – S. 39-41.
6. Мороз П. В., Проходная В. А., Ломова А. С., Добринский А. Е. Ампутиация и резекция верхушки корня зубов в комплексном лечении эндодонтопароанталного синдрома // Журнал фундаментальной медицины и биологии. 2013. №1. С. 55-56. Moroz P. V., Prohodnaya V. A., Lomova A. S., Dobrinskij A. E. Amputacija i rezekcija verhushki kornya zubov v kompleksnom lechenii ehndodontoparoantal'nogo sindroma // Zhurnal fundamental'noj mediciny i biologii. 2013. №1. S. 55-56.
7. Севбитов А. В., Браго А. С., Васильев Ю. Л., Золотова Е. В., Агаркова М. Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении // Эндодонтия today. 2016. №2. С. 30-32. Sevbitov A. V., Brago A. S., Vasilev Yu. L., Zolotova E. V., Agarkova M. Yu. Povtornoje endodonticheskoe lechenie: v kakich sluchajach nughno nastojat' na ego provedenii // Endodontiya today. 2016. №2. S. 30-32.
8. Сорокин А. П., Герасимова Л. П., Латыпова Э. Р. Эндодонтическое лечение хронического апикального деструктивного периодонтита после резекции верхушки корня зуба в анамнезе // Эндодонтия today. 2013. №3. С. 63-66. Sorokin A. P., Gerasimova L. P., Latypova E. R. Endodonticheskoe lechenie hronicheskogo apikal'nogo destruktivnogo periodontita posle rezekcii verhushki kornya zuba v anamneze // Endodontiya today. 2013. №3. S. 63-66.
9. Balvedi R. P., Versiani M. A., Manna F. F. A comparison of two techniques for the removal of calcium hydroxide from root canals // Int. Endod. J. 2010. Sept. №43 (9). P. 763-768.
10. Schatzle M., Loe H., Lang N. P. The clinical course of chronic periodontitis // J. Clin. Periodontol. 2004. Vol. 31. №12. P. 1122-1128.
11. Wagenberg B. D. Considerations in treatment planning of the periodontal patient // Dent. Today. 2005. Vol. 24. №3. P. 108, 110-114.

Поступила 22.11.2018

Координаты для связи с авторами:
420012, г. Казань, ул. Бултерова, д. 49