

Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении

А.В. СЕВБИТОВ*, д.м.н., проф., зав. кафедрой

А.С. БРАГО*, к.м.н., доц.

Ю.Л. ВАСИЛЬЕВ*, к.м.н., доц.

Е.В. ЗОЛотоВА*, к.м.н., доц.

М.Ю. АГАРКОВА**, врач-стоматолог, главный врач

*ГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

**Клиника доктора Агарковой, г. Москва

Root canals retreatment: in some cases it is necessary to insist on its conduct

A.B. SEVBITOV, A.S. BRAGO, Yu.L. VASILYEV, E.V. ZOLOTOVA, M.Yu. AGARKOVA

Резюме: Были обследованы 215 пациентов, которым была проведена процедура перелечивания корневых каналов вне обострения (115) и в период обострения или острого периапикального процесса (100). Через один, два, три года проводился повторный рентгенологический контроль эндодонтического лечения. В каждом клиническом случае оценивались: состояние периапикальных тканей на момент обращения (исходная рентгенограмма), вид пломбировочной массы в канале, результат лечения после постоянной obturации и через один, два, три года. Наглядно показано, что наличие хотя бы одного из перечисленных признаков является показанием для проведения процедуры перелечивания корневого канала, без обострения, в особенности перед протезированием.

Ключевые слова: корневые каналы, obturация, эндодонтия, повторное эндодонтическое лечение, апикальный периодонтит.

Abstract: Were examined 215 patients where were retreated root canals without exacerbation (115) and in acute or acute periapical process (100). After 1, 2, 3 years conducted repeated radiological control of endodontic treatment. In each clinical case were assessed: the state of the periapical tissues at the time of treatment (the original X-ray), the type of sealing mass in the channel, the result of treatment after constant obstruction and after 1, 2, 3 year. It demonstrates that the presence of at least one of these symptoms is an indication for the procedure of root canal retreatment without exacerbation, especially in front of prosthetics.

Key words: root canal, obturation, endodontics, endodontic retreatment, apical periodontitis.

По частоте обращаемости в лечебные учреждения данная патология занимает третье место после кариеса зубов и пульпита (Гуревич Н. В., 2004). Проблема совершенствования качества эндодонтического лечения остается актуальной и важной задачей стоматологии (Соловьева А. М., 2000). Во многом это связано с индивидуальными, конституциональными особенностями строения, в том числе и челюстно-лицевой области (Рабинович С. А., 2014). Низкое качество эндодонтического лечения в нашей стране является серьезной проблемой. С ней связана ранняя потеря зубов, рост частоты одонтогенных воспалительных осложнений, сокращение сроков службы протезов (Абрамович А. М., 2003). Эффективность консервативного лечения зависит от формы периодонтита, применяемых средств и методов, резистентности организма, наличия соматических заболеваний (Митронин А. В., 2012).

Повторное лечение (перелечивание) корневых каналов в эндодонтической практике всегда рассматривается с позиции протокола проведения механической и медикаментозной обработки, возможных технических трудностей и процента успеха или неуспеха проводимой процедуры.

Использование гидроксида кальция с пролонгированным антисептическим действием на систему корневых каналов в течение шесть недель приводило

к улучшению отдаленных результатов лечения при деструктивных формах хронического периодонтита и сопровождалось эффективным восстановлением костной ткани (Токмакова С. И., 2010). На материале стерильных зубов, запломбированных кальцийсодержащей пастой, определена продолжительность активного действия пасты в патологическом околокорневом очаге при хронических формах периодонтита (Дадова А. Т., 2010).

Показанием к проведению процедуры перелечивания корневого канала всегда с клинической точки зрения является обострение хронического периапикального процесса. При наличии клинического показания рассматриваются условия проведения эндодонтической процедуры: техническая возможность распломбировки канала, открывание рта, состояние тканей пародонта, функциональная ценность зуба и т.п.

Без клинических проявлений ни пациент, ни доктор не настаивают на проведении процедуры перелечивания корневого канала. Если у пациента нет жалоб, он не желает нести траты на лечение «без необходимости», в страховом случае не все страховые компании оплачивают лечение периапикального процесса вне обострения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить показания для проведения процедуры повторного эндодонтического лечения вне обострения,

определить рентгенологические и клинические критерии для проведения перелечивания корневого канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были обследованы 215 пациентов, которым была проведена процедура перелечивания корневых каналов вне обострения (115) и в период обострения или острого периапикального процесса (100). Через один, два, три года проводился повторный рентгенологический контроль эндодонтического лечения. В каждом клиническом случае оценивались: состояние периапикальных тканей на момент обращения (исходная рентгенограмма), вид пломбировочной массы в канале, результат лечения после постоянной obturации и через один, два, три года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе пациентов, обратившихся с обострением или острым периапикальным процессом, процедура перелечивания проходила в три этапа:

1. Распломбирование корневого канала, его медикаментозная обработка в сочетании с УЗ.
2. Временное пломбирование корневого канала гидроксидом кальция на срок 7–14 дней.
3. Постоянная obturация и реставрация.

В данной группе были удалены 27 зубов (27%), из них 13 зубов были удалены по причине не удавшейся распломбировки корневого канала, леченного резорцин-формалиновым методом; 14 зубов были удалены по

другим показаниям — функциональная ценность зуба, состояние тканей пародонта, вертикальные переломы корня и коронки зуба.

Все пациенты группы вне обострения готовились к протезированию и им была предложена плановая ревизия всех ранее леченных эндодонтически зубов. Процедура ревизии проводилась после рентгенологического исследования во всех зубах. В группе пациентов, которым проводилось лечение вне обострения, были удалены 14 зубов (12%). Все удаленные зубы имели периапикальные изменения и обработать корневой канал технически не удалось (отломок инструмента в канале, импрегнация резорцин-формалиновой жидкостью, пломбирование фосфат-цементом).

Проводя анализ рентгенологической картины исходной ситуации, нами были выделены признаки клинические и рентгенологические для проведения процедуры повторного эндодонтического лечения:

1. Наличие деструктивного периапикального процесса, подтвержденного рентгенограммой.
2. Наличие жалоб в анамнезе.
3. Изменение цвета зуба.
4. Слабоконтрастная масса в корневом канале и не на всем протяжении канала.

В зависимости от рентгенологической картины и контрастности пломбировочной массы можно предположить способ obturации и принять решение о процедуре перелечивания корневого канала.

Высококонтрастные рентгенологические массы в корневых каналах (рис. 1а, б) обычно диагностируются при obturации цементами, содержащими барий, окись цинка, стронция.

Контрастность корневого канала, запломбированного гуттаперчей в сочетании с силером, будет ниже рентгенконтрастности цемента (рис. 2).

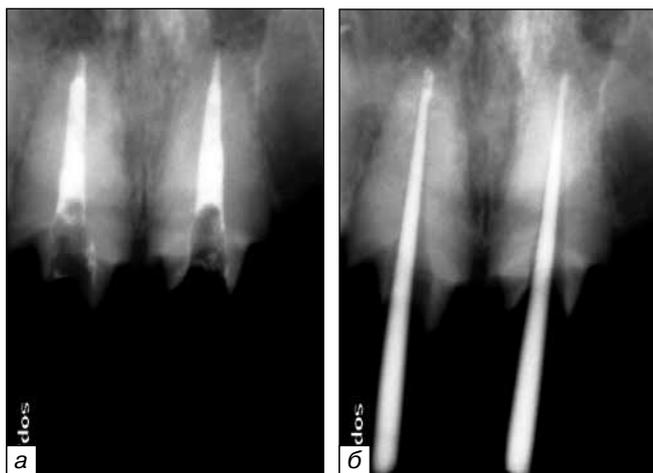


Рис. 1. Канал, obturированный фосфат-цементом: а) до лечения, б) после лечения



Рис. 2. Канал obturированный гуттаперчевыми штифтами

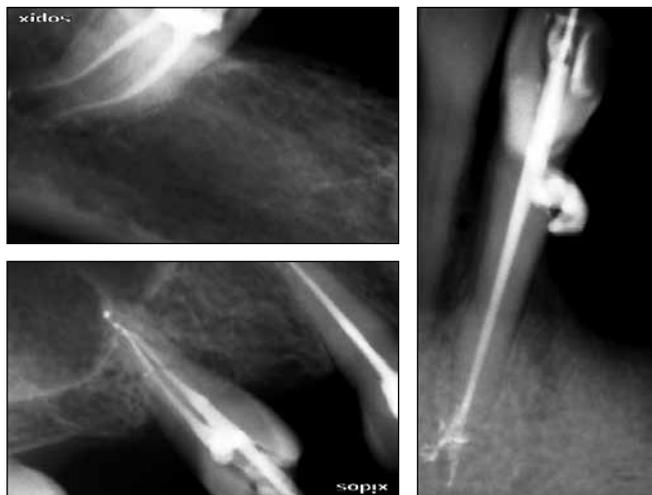


Рис. 3. Канал, obturированный термопластифицированной гуттаперчей на носителе

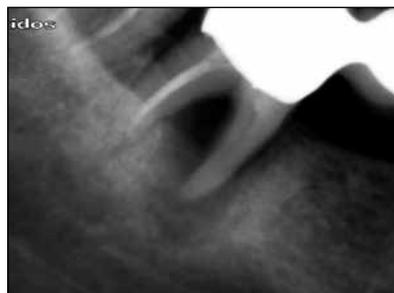


Рис. 4. Корневой канал, obturированный резорцин-формалиновой пастой

Косвенным признаком пломбировки корневого канала термопластифицированной гуттаперчей на носителе может быть наличие капель силера за апексом, выдвинутых давлением воздуха при введении гуттаперчи на носителе.

Канал с прерывающейся пломбировочной массой либо слабоконтрастной массой obturирован резорцин-формалиновой либо цинкэвгеноловой пастой (рис. 4).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамович А. М., Стеценко Е. Г., Николаев С. Е., Гончар В. В., Каченко В. В. Ошибки в эндодонтической практике // Эндодонтия today. 2003. Т. 4. №3–4. С. 38–41.
2. Abramovich A. M., Stecenko E. G., Nikolaev S. E., Gonchar V. V., Tkachenko V. V. Oshibki v endodonticheskoj praktike // Endodontija today. 2003. Т. 4. №3–4. С. 38–41.
3. Гуревич Н. В., Болонкин В. П., Решетникова В. П. Состояние микробной флоры при воспалительных заболеваниях пародонта постоянных зубов у детей // Институт стоматологии. 2004. №3. С. 34.
4. Gurevich N. V., Bolonkin V. P., Reshetnikova V. P. Sostojanie mikrobnj flory pri vospalitel'nyh zabolevanijah periodonta postojannyh zubov u detej // Institut stomatologii. 2004. №3. С. 34.
5. Дадова А. Т., Сероваткина И. В., Хабадзе З. С., Даурова Ф. Ю. Гидроксид кальция. Две стороны одной медали // Эндодонтия today. 2010. №3. С. 58–60.
6. Dadova A. T., Serovatkina I. V., Habadze Z. S., Daurova F. Ju. Gidrok-sid kal'cija. Dve storony odnoj medali // Endodontija today. 2010. №3. С. 58–60.
7. Митронин А. В., Герасимова М. М. Эндодонтическое лечение болезней пульпы и пародонта (часть 2). Применение гидроксида кальция в эндодонтии // Эндодонтия today. 2012. №4. С. 3–8.
8. Mitronin A. V., Gerasimova M. M. Endodonticheskoe lechenie boleznej pul'py i periodonta (chast' 2). Primenenie gidroksida kal'cija v endodontii // Endodontija today. 2012. №4. С. 3–8.
9. Рабинович С. А., Васильев Ю. Л. Индивидуальный подход к пациенту в стоматологии как звено персонализированной медицины // Российская стоматология. 2014. Т. 7. №3. С. 12–14.
10. Rabinovich S. A., Vasil'ev Ju. L. Individual'nyj podhod k pacijentu v stomatologii kak zveno personalizirovannoj mediciny // Rossijskaja stomatologija. 2014. Т. 7. №3. С. 12–14.
11. Соловьева А. М. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической одонтогенной очаговой инфекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2000.
12. Solov'eva A. M. Sovershenstvovanie metodov profilaktiki i lechenija hronicheskoj odontogennoj ochagovoj infekcii: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. — SPb., 2000.

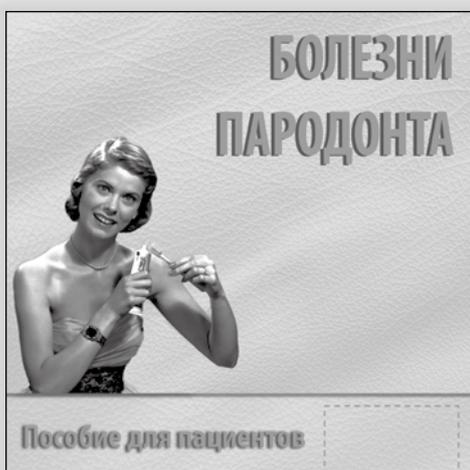
Вывод

Наличие хотя бы одного из перечисленных признаков является показанием для проведения процедуры перелечивания корневого канала, без обострения, в особенности перед протезированием.

Поступила 02.04.2016

Координаты для связи с авторами:
Москва, Нахимовский пр-т, д. 49

7. Севбитов А. В., Кузнецова М. Ю., Васильев Ю. Л., Браго А. С., Матвеева Е. А. Влияние методов предстерилизационной очистки и стерилизации на функциональные свойства эндодонтического инструментария // Эндодонтия today. 2016. №1. С. 14–16.
8. Sevbitov A. V., Kuznecova M. Ju., Vasil'ev Ju. L., Brago A. S., Matveeva E. A. Vlijanie metodov predsterilizacionnoj oчитки i sterilizacii na funkcional'nye svojstva jendodonticheskogo instrumentarija // Endodontija today. 2016. №1. С. 14–16.
9. Севбитов А. В., Яблокова Н. А., Кузнецова М. Ю., Браго А. С., Канукова Е. Ю. Заболевания полости рта у пациентов, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения // Dental Forum. 2014. №4. С. 87–88.
10. Sevbitov A. V., Jablokova N. A., Kuznecova M. Ju., Brago A. S., Kanukoeva E. Ju. Zabolevanija polosti rta u pacientov, prozhivajushih v zonah radioaktivnogo zagraznenija // Dental Forum. 2014. №4. С. 87–88.
11. Токмакова С. И., Жукова Е. С., Бондаренко О. В., Сысоева О. В. Оптимизация лечения деструктивных форм хронического пародонтита с применением препаратов гидроксида кальция // Эндодонтия today. 2010. №4. С. 61–64.
12. Tokmakova S. I., Zhukova E. S., Bondarenko O. V., Sysoeva O. V. Optimizacija lechenija destruktivnyh form hronicheskogo periodontita s primeneniem preparatov gidroksida kal'cija // Endodontija today. 2010. №4. С. 61–64.
13. Al Halabi M. Management of ectopically erupted first permanent molars // Dental Tribune Middle East & Africa Edition. 2014. P. 33.
14. Cheung G. Survival analysis of root canal treatment performed in a dental tease hang hospital // Эндодонтия today. 2001. Vol. I. №2. P. 42.
15. Glassman G. Raising the bar for endodontic success: Where we were, where we are and where we are going // Roots. 2013. №2. P. 18–21.
16. Vidal F. T., Nunes E., Horta M. C., Freitas M. R., Silveira F. F. Evaluation of three different rotary systems during endodontic retreatment — analysis by scanning electron microscopy // J Clin Exp Dent. 2016. Apr 1. №8 (2).
17. Kfir A., Blau-Venezia N., Tsesis I., Goldberger T., Metzger Z. Does root canal treatment in necrotic pulp or retreatment cases with periapical lesions require anaesthesia? An in vivo clinical study // Int Endod J. 2016. Mar 19. — doi: 10.1111/iej.12632



«Болезни пародонта»
(пособие для пациентов)

Автор: А.Ю. Февралева

ООО «Поли Медиа Пресс» КНИЖНАЯ ПОЛКА

представляет брошюру в помощь врачу при работе с пациентом
(издание четвертое)

48 страниц,
более 50 фотографий.

Брошюра содержит страницу пациента, где размещаются график посещений, рекомендации и назначения врача. Врач наглядно может объяснить причины возникновения, профилактику и этапы лечения заболеваний пародонта.

**Издание максимально
повысит знания вашего пациента
о заболеваниях пародонта.**

Заказ: (495) 781-2830, 956-93-70, (499) 678-26-58,
(903)-969-0725, dostavka@stomgazeta.ru