

Клинические случаи завершенного эндодонтического лечения нижних моляров, осложненных внутренней резорбцией. Роль операционного микроскопа и КЛКТ в диагностике и составлении лечебного плана



Е.В. ЛИПАТОВА, врач-стоматолог
Клиника «Приор-М» (г. Екатеринбург)

Clinical cases completed endodontic treatment lower molars complicated internal resorption. The role of the surgical microscope and CBCT in the diagnosis and the preparation of the treatment plan

E.V. LIPATOVA

В ежедневной практике врача-стоматолога большинство нозологических форм составляют кариес и его осложнения, пульпит и периодонтит. Относительно небольшой процент диагностированных и задокументированных случаев составляют осложнения эндодонтического лечения в виде внутренних резорбций.

В практике для дополнения к стандартным методам диагностики (осмотр, перкуссия, пальпация, периодонтальный пробинг, рентгенография) мы широко используем метод конусной компьютерно-лучевой томографии (КЛКТ), магнификации при помощи операционного микроскопа и фотодокументирование в процессе лечения.

Для механической обработки, в дополнение к врашающимся никель-титановым инструментам, используем систему SAF (самоадаптирующийся файл). Для обтурации — метод гибридной компакции гуттаперчи (латеральная компакция в апикальной и средней части канала с дополнением теплового компонента в устьевой и средней трети).

В представленных клинических случаях наглядно показаны сравнительные возможности методов диагностики, лечения и динамического наблюдения.

Клинический случай 1

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на боль при жевании, подвижность зуба 3.7. Наличие гноетечения с язычной стороны 3.7.

Семь лет назад зуб 3.7 был пролечен по поводу гиперемии пульпы (обратимого пульпита) с композитной реставрацией (2 класс по Блэку мезиально).

Объективно: при первичном визуальном осмотре композитная реставрация в удовлетворительном состоянии. Без видимых дефектов: сколов, трещин. Десна с язычной поверхности отечна, цианотична. Сравнительная перкуссия положительна. Вертикальная и горизонтальная болезненна. Зуб имеет третью степень подвижности. Тест с DDM отрицательный.

При пальпации с язычной стороны в области десневого края выделение гнойного экссудата.

Карман широкий 12 мм язычно и мезиально, 3 мм дистально и вестибулярно.

При проведении снимка с введением гуттаперчевого штифта в карман с язычной поверхности он ведет в область межальвеолярной перегородки.

Предварительный диагноз: апикальный абсцесс 3.7 со свищом. Пациентке было предложено для уточнения диагноза проведение дополнительного исследования — конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). Прогноз зуба обозначен как сомнительный. Наиболее вероятным вариантом лечения в данной ситуации нам представлялось удаление зуба с последующей имплантацией.

Однако наша пациентка, уже имевшая удачный опыт имплантации в области удаленного зуба 3.6, настаивала на любом консервативном способе лечения и от удаления категорически отказывалась.

При анализе КЛКТ на аксиальном срезе мы обнаружили сквозной дефект, открывающийся в область фуркации со стороны мезиального корня, обширный дефект костной ткани и источник кортикальной пластики язычно.

Уточненный диагноз: хронический апикальный периодонтит 3.7 со свищом. Внутренняя перфорирующая резорбция 3.7.

Пациентке, после разъяснения всех особенностей клинической ситуации, вновь предложено удаление. Однако она вновь предложила применить альтернативный план лечения, с закрытием перфорации, и приняла ответственность за риски неудачи вмешательства.

Альтернативным планом лечения было предусмотрено: создание доступа к каналам, обнаружение перфорации, механическая обработка SAF, ирригация раствором хлоргексидина биглюконата 2% с целью профилактики агрессивного воздействия гипохлорита натрия на ткани, граничащие с перфорацией и наложе-

ние гидроксида кальция на две недели с последующей оценкой результатов.

После создания доступа к каналам мы обнаружили в полости зуба грануляционную ткань, которая вросла в перфорационное отверстие из периодонта. Путем механической обработки SAF 2.0 с ирригацией раствором хлоргексидина биглюконата грануляции были полностью убраны, посредством операционного микроскопа визуализировано перфорационное отверстие. В каналы помещен пастообразный гидроксид кальция на две недели.

На повторном осмотре пациентка отмечала уменьшение жалоб на боль и подвижность зуба, возможность жевать на нем, отсутствие гноетечения.

Объективно было отмечено закрытие свищевого хода, нормализация состояния маргинальной десны с язычной поверхности. В полости зуба сохранный гидроксид кальция.

После удаления и повторной обработки SAF дистальный канал был запломбирован гибридной компакцией гуттаперчи с силиром AH plus, в мезиальной системе проведено пломбирование каналов и закрытие перфорации IRM.

Через девять месяцев пациентка жалоб не предъявляла, обратилась для замены временной реставрации. Перкуссия, пальпация безболезненны. Подвижность физиологическая. Язычно десна бледно-розовая. Карман язычно, мезиально, дистально и вестибулярно 3 мм.

Назначена КЛКТ. Контрольное исследование показало признаки восстановления альвеолярной кости

и кортикальной пластинки с язычной поверхности альвеолярного отростка. Принято решение о постоянном восстановлении композитной вкладкой.

Клинический случай 2

Мужчина, 30 лет. Обратился с жалобами на наличие припухлости десны в проекции зуба 4.7, ноющую боль, слабый дискомфорт при накусывании. Высокая степень дентофобии. Последний раз был у нас на приеме два года назад, с острой болью зуба 3.5. Лечение зуза 4.7. Для продолжения лечения не явился.

Панорамная томограмма от 2013 года. Зуб 4.7 ранее не лечен.

Status lokalis: зуб 4.7 имеет кариозное поражение со стороны фиссур и дистального края коронковой части зуба, в проекции межзубного промежутка 4.6–4.7 с вестибулярной стороны десна гиперемирована, цианотична, припухлость маргинальной десны и десневого сосочка, определяется разросшаяся грануляционная ткань, которая кровоточит при дотрагивании.

Перкуссия вертикальная болезненна, горизонтальная чувствительна, сравнительная положительная. Тест с DDM (дихлор-дифтор-метан $t = 40^{\circ}\text{C}$) дает слабоположительный сомнительный результат.

На прицельной рентгенограмме определяется объемная кариозная полость с дистальной поверхности, а также очаг



Рис. 1.4. Снимок после лечения



Рис. 1.1. Панорамная томограмма

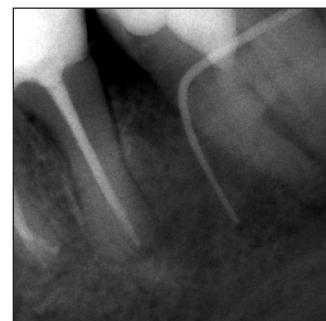


Рис. 1.2. Снимок зуба 3.7 с гуттаперчевым штифтом, введенным с язычной поверхности



Рис. 1.5. Восстановление зуба вкладкой через 9 месяцев

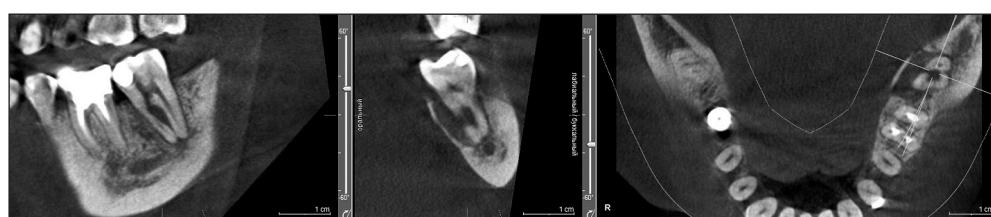


Рис. 1.3. КТ до лечения



Рис. 1.6. Вид с язычной поверхности

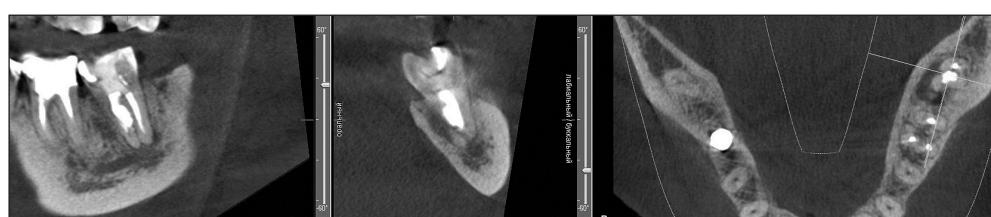


Рис. 1.7. КТ через 9 месяцев

люценции в костной ткани в проекции апекса дистального корня.

Была проведена попытка сделать свищ-трейсинг в области маргинального края, однако найти отверстие свищевого хода в массе грануляций не удалось. Периодонтальный пробинг показал дистально 3 мм, язычно 2 мм, мезиально 3 мм. Вестибулярно из-за отека и грануляционной ткани 4–5 мм результат оценен как сомнительный.

На основании объективных методов исследования и рентгеновского обследования был поставлен диагноз хронического апикального периодонтита 4.7. со свищом (учитывая предположение о наличии свищевого хода, открывающегося вестибулярно).

Для дифференциального диагноза мы использовали некроз пульпы (поскольку имели слабоположительный тест с DDM) и трещину зуба (учитывая наличие воспаления маргинального периодонта).

Пациенту были озвучены все диагнозы с прогнозом в каждом случае. Кроме того, наличие кариозной поло-

сти дистально могло повлиять на прогноз восстановления зуба, что тоже обсуждалось с пациентом.

Оптимистичный план лечения включал некрэктомию под инфильтрационной анестезией, предварительное восстановление дистальной стенки зуба, эндодонтическое лечение в одно посещение при отсутствии экссудации и возможности высушить каналы с постановкой временной пломбы. Определение постэндодонтического восстановления отложено до определения объективного размера поражения.

В процессе выполнения первого этапа плана лечения после некрэктомии кариозно измененных тканей в процессе препарирования обнаружена трещина дистальной стенки зуба, которая иссечена и доходила до уровня зубодесневого соединения, без вторжения в зону биологической ширины.

Проведено восстановление дистальной стенки стеклоиономерным цементом, модифицированным композитом «Витремер».



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

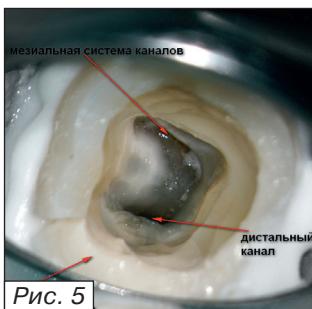


Рис. 5

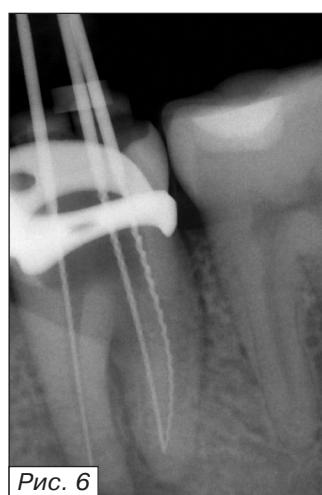


Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11

В дистальном канале пульпа полностью некротизирована, удалена одним тяжом, с объемным центральным дентиклем.

В процессе создания доступа к мезиальным каналам наблюдалась незначительная чувствительность в устьевой части. Пульпа анемичная. Была удалена в процессе механической обработки.

Протокол: ProFile 15 04 — 25 04 SAF диаметр 1.5 длина 31 в мезиальных каналах, SAF диаметр 2.0 длина 25 в дистальном канале по 4 минуты.

После механической обработки основных каналов была попытка поиска срединного мезиального канала, однако при навигации ручными инструментами File 06–08–10 канала найдено не было, при попытке проверки апекслокатором мы получили сомнительный результат, который показывал падение периферического сопротивления на уровне 12–14 мм.

Аспирационная проба (процесс, при котором шприцем аспирируют ирригант из одного из мезиальных каналов, он может уходить из второго, что доказывает сообщение между ними) была положительной. Было принято решение о пломбировании в первое посещение.

Контрольный рентгеновский снимок подтвердил наличие слияния мезиальных каналов на уровне апекса, а также силер попал в перешеек между каналами.

Перед наложением временной повязки мы заметили в пространстве между устьями мезиальных каналов пульсацию прозрачной жидкости. Не по типу экссудации, а постоянный уровень с колебаниями в тон ударам сердца.

Сопоставив с полученными ранее данными апекслокатора, мы предположили наличие дополнительного канала либо перфорации. В проекции области экссудации оставлен $\text{Ca}(\text{OH})_2$ и временная повязка из водного дентина и IRM.

Во второе посещение через 14 дней пациент не предъявлял жалоб на зуб, отмечал, что свободно жует, наблюдалась положительная динамика со стороны десны.

Временная повязка сохранена. Герметична. После удаления повязки отмечается отсутствие признаков наличия экссудата в области между мезиальными каналами. При большом увеличении было обнаружено несколько перфорационных отверстий, ведущих в область инвагинации, обращенную в фуркацию.

Поскольку ятогенное повреждение мы исключили, ввиду использования исключительно навигационной методики файлами малого размера (06, 08, 10) и сопоставили это с предсуществующим воспалительным процессом в области маргинального периодонта, дан-

ное явление было квалифицировано как внутренняя перфорирующая резорбция, которая осложнила длительно существующее воспаление в пульпе.

Перфорация была закрыта цинк-оксид-эвгенольным цементом четвертого поколения, модифицированным композитом IRM.

После контрольного рентгеновского снимка зуба, на период наблюдения, восстановлен культевым композитом Core Flow (Bisco). Пациенту предложено изготавливать временную коронку на период наблюдения (шесть месяцев).

Через месяц пациент обратился на контрольный осмотр. Жалоб не предъявлял. Десна в месте предсуществующего поражения плотная, бледно-розовая. Состояние было квалифицировано как удовлетворительное. Пациент направлен к ортопеду для изготавливания временной коронки.

В данном клиническом случае значительную помощь при предварительной диагностике могла бы оказать конусно-лучевая компьютерная томография. К сожалению, пациент от проведения процедуры отказался. Без микроскопа было бы затруднительно проведение диагностических и лечебных манипуляций в области резорбтивного процесса.

Понимание этиологии и патогенеза резорбции в данной ситуации позволило нам дать пациенту прогноз на выздоровление в ближайший после лечения срок и мотивированный сомнительный прогноз в отдаленный срок. Так как герметизм закрытия перфорации при данной локализации находится в прямой зависимости от уровня гигиены, которая на момент обращения была неудовлетворительной и компенсации механической нагрузки (покрытие коронкой).

Мы надеемся, что данные клинические случаи наглядно показали возможности КЛКТ в диагностическом протоколе и динамическом наблюдении. А применение операционного микроскопа обеспечило возможность визуализации проблемы и ее решение на этапе лечения. Данные клинические случаи не являются рекомендацией подобного метода лечения осложненного карисса во всех случаях, сопровождаемых внутренней резорбцией. Они приведены для возможной помощи специалистам, которые столкнутся в практике с подобными клиническими ситуациями для расширения выбора метода диагностики и лечебной тактики.

Поступила 07.12.2015
Координаты для связи с автором:
620075, г. Екатеринбург, ул. Малышева, д. 84

ХОТИТЕ ЧИТАТЬ ЛЮБИМЫЕ ИЗДАНИЯ НА МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВАХ?

QR-коды для оформления подписки на электронную версию журнала
«Стоматология детского возраста и профилактика»

