

# Клинический случай лечения периапикального абсцесса

Р.А. БУЛАВКО, главный врач клиники «Денто-Гранд Альянс»

## Clinical case of periapical abscess' treatment

R.A. BULAVKO



Р.А. БУЛАВКО

### Жалобы, осмотр, анамнез

11.02.2011 в клинику обратился пациент мужского пола 1967 года рождения с жалобами на постоянную интенсивную боль в области 3.3 зуба, усиливающуюся при накусывании.

При осмотре обнаружено кариозное поражение режущего края 3.3 зуба с глубокой полостью, заполненной размягченными пигментированными твердыми тканями. На фронтальных зубах нижней челюсти большое количество пигментированного плотного зубного налета и камня (рис. 1).

Перкуссия 3.3 зуба резко болезненная. Подвижность 3.3 зуба в пределах физиологической. У 3.3 зуба определяются патологические карманы на апроксимальных поверхностях корня до 4 мм. Также определяются патологические пародонтальные карманы в области фронтальных зубов нижней челюсти. При пальпации патологических пародонтальных карманов получено гнойное отделяемое. Состояние зубов

пациента было оценено как «плохое» в целом. Отмечается отсутствие коронковых частей зубов на верхней челюсти, отсутствие зубов жевательной группы на нижней челюсти справа, множественные кариозные поражения, зубные отложения, пародонтальные карманы, деформации зубных рядов.

На прицельной визиограмме 3.3 зуба разрежение костной ткани у верхушки корня до 3 мм, распространяющееся практически до костных перегородок (рис. 2).

Пациент не может с уверенностью сказать, насколько давно 3.3 зуб был поражен кариесом. Никаких попыток лечения каких-либо зубов за последние 10 лет не предпринимал.



Рис. 1. Исходное состояние зуба 3.3



Рис. 2. Визиограмма 3.3 зуба до начала лечения



Рис. 3. Наложение коффердама



Рис. 4. Корневой канал запломбирован лечебной пастой Calasept



Рис. 5. Постоянная obtурация корневого канала зуба 3.3

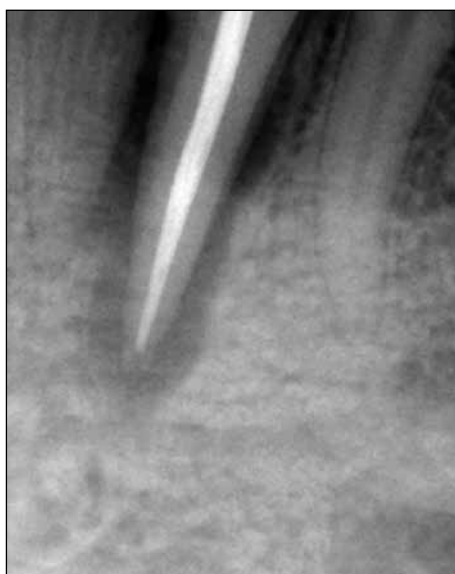


Рис. 6. Рентгенологический контроль постоянного пломбирования корневого канала зуба 3.3



Рис. 7. Восстановление коронковой части зуба 3.3 композитным материалом Filtek Supreme Superior



Рис. 8. Состояние зуба 3.3 через год



Рис. 9. Язычная поверхность зубов нижней челюсти



Рис. 10. Диагностическая рентгенограмма зуба 3.3 через год

### Диагноз

На основании жалоб, осмотра, данных визиографического исследования был поставлен диагноз по МКБ-10: «K045 – периапикальный абсцесс зуба 3.3, K053 хронический пародонтит. Обострение».

Локализация и конфигурация очага разрежения костной ткани у 3.3 зуба дают основания считать, что воспалительный процесс имеет сочетанное апикально-пародонтальное происхождение.

### Лечение

#### Первое посещение 11.02.2011

План лечения составлялся исходя из предположения о сочетанном апикально-пародонтальном происхождении воспалительного процесса.

В день обращения была произведена инфильтрационная анестезия (Ultracain DC – 1,8 мл), снятие зубных отложений (налета и камня) с 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 и 3.5 зубов, наложение коффердама (рис. 3), удаление некротизированных твердых тканей из кариозной полости 3.3 зуба, расширение корневого канала 3.3 зуба с обильным промыванием канала зуба 3% раствором натрия гипохлорита в течение 30 минут. В ходе промывания отмечалось выделение из канала сукровично-гнойного содержимого. В ходе промывания канала удалось добиться полного исчезновения отделяемого. Результатом промывания было получение «чистого» раствора из канала по субъективной оценке.

После получения гноя сукровично-содержимого содержимого из канала 3.3 зуба представилась возможность поставить уточненный диагноз: «3.3 Периапикальный абсцесс с полостью. Хронический пародонтит».

В ходе расширения корневого канала 3.3 зуба было установлено, что апикальное сужение сохранено, корень не подвергся резорбции. Это обстоятельство позволило оценить прогноз лечения как благоприятный.

По окончании препарирования и промывания канала дезинфицирующим раствором он был заполнен препаратом кальция гидроксида (Calasept). Зуб был восстановлен временной пломбой из стеклоиономерного цемента Chemfil Superior (рис. 4).

Учитывая график сменной работы пациента и возможности клиники, следующий прием был назначен на 04.03.2011 при условии отсутствия боли. В случае появления или продолжения боли в зубе пациенту было предложено прийти в клинику на повторное промывание канала зуба. Никакой antimicrobial и противовоспалительной терапии назначено не было, однако при появлении боли пациент должен был начать прием нестероидных противовоспалительных препаратов до прихода в клинику.

#### Второе посещение 04.03.2011

Между первым и вторым посещением было сделано несколько контрольных телефонных звонков пациенту, во время которых он совершенно уверенно сказал, что никаких болей он не испытывает.

На повторном приеме 04.03.2011 под инфильтрационной анестезией (Ultracain DC – 1,8 мл) была удалена временная пломба и содержимое канала, канал был промыт, высушен и запломбирован методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов с герметиком AN+ (рис. 5, 6).

Зуб восстановлен пломбой из композитного материала Filtek Supreme Superior (рис. 7). На этом пер-

вый этап лечения был окончен. Пациенту было предложено провести контрольные визиограммы через 3, 6 и 10 месяцев для оценки состояния периодонта, что бы можно было сделать вывод об эффективности проведенного лечения.

Пациент был поставлен в известность о многочисленных кариозных полостях, большом количестве зубных отложений, деформациях зубных рядов, опасности отказа от удаления корней разрушенных зубов. Была предложена консультация ортопеда-стоматолога и пародонтолога.

### Отдаленные результаты

Через 3, 6 и 10 месяцев пациент на контрольные визиограммы не приходил, невзирая на попытки его вызвать. Иногда он ссылаясь на нехватку времени, иногда с ним попросту не было связи. Однако примерно через год после проведенного лечения он откликнулся на вызов в клинику.

#### 27.04.2012

Никаких жалоб пациент не предъявлял. На повторном осмотре реставрация выглядела в целом satisfactory, но обнаружены признаки нарушения краевого прилегания (рис. 8).

На нижних зубах фронтальной группы большое количество твердых отложений – налета и камней (рис. 9).

Патологические карманы до 4 мм. Перкуссия 3.3 зуба безболезненная. На визиограмме канал 3.3 зуба заполнен контрастным материалом на всем протяжении, разрежения костной ткани у корня 3.3 зуба не обнаруживается (рис. 10).

Периодонтальная щель четко определяется на всем протяжении корня 3.3 зуба. Результат лечения хронического периодонтита оценен как положительный. Никаких признаков хронического воспалительного процесса у верхушки корня 3.3 зуба нет.

### Выводы

В течение года общее состояние полости рта пациента не улучшилось. Качество личной гигиены не повысилось. Жевательная функция по-прежнему остается сниженной из-за отсутствия лечения и протезирования зубов. Хронический пародонтит продолжает присутствовать, хотя состояние тканей, окружающих нижние фронтальные зубы, несколько улучшилось. Однако правильно проведенное лечение хронического периодонтита 3.3 зуба оказалось эффективным и очаг воспаления полностью ликвидирован. Успех лечения достигается тщательной дезинфекцией и герметизацией корневого канала, а также, в не меньшей степени, герметичной реставрацией зуба. Полное подавление микрофлоры корневого канала и последующая надежная герметичная реставрация позволяют с высокой долей вероятности достичь стойкого положительного результата даже при лечении обострений периодонтитов. Осложняющие факторы, такие как низкий уровень гигиены и сниженная жевательная функция, не оказывают существенного влияния на результат лечения хронических периодонтитов.

**Поступила 02.10.2014**

Координаты для связи с автором:  
129336, Москва, ул. Малыгина, д. 20