

Соблюдение классических стандартов эндодонтии – залог успешного консервативного лечения деструктивных форм апикальных периодонтитов

М.Р. КАРАММАЕВА*, к.м.н., асс.

А.К. АДЖИЕВА**, к.м.н., асс.

*Кафедра терапевтической стоматологии

**Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала

Classical standards observance of endodontics – pledge of successful medical treatment of destructive forms of apical periodontitis

M.R. KARAMMAEVA, A.K. ADZHIEVA

Резюме: Некачественное лечение воспалительного процесса в периодонте является причиной удаления зубов. Большая часть зубов, леченных эндодонтически, в дальнейшем подлежат перелечиванию. Успех консервативного лечения апикальных периодонтитов в значительной мере зависит от соблюдения классических стандартов эндодонтии.

В данной статье приводятся три клинических случая повторного эндодонтического лечения деструктивных форм верхушечных периодонтитов; отмечена положительная динамика.

Ключевые слова: апикальный периодонтит, периапикальный абсцесс, классические стандарты эндодонтии, корневые каналы, гидроксид кальция.

Abstract: Poor quality treatment of periodontal inflammation is the cause of tooth extraction. Most of the teeth treated endodontically in the future are subject to retreatment. The success of conservative treatment of apical periodontitis appreciably depends from compliance with the standards of classical endodontics. This article summarizes three clinical cases of endodontic retreatment of destructive forms of apical periodontitis, where noted positive dynamics.

Key words: apical periodontitis, periapical abscess, classic standards of endodontics, root canals, calcium hydroxide.

Актуальность

Проблема сохранения зуба при консервативном лечении деструктивных форм апикальных периодонтитов остается одной из основных задач эндодонтии. Тем более что исследования последних лет свидетельствуют о высокой распространенности указанной патологии у лиц среднего и старшего возраста [5, 6]. В половине случаев некачественное лечение воспалительного процесса в периодонте является причиной удаления зубов, а большую часть зубов, леченных эндодонтически, впоследствии приходится перелечивать [2]. Хорошо известно, что успех консервативного лечения верхушечных периодонтитов достигается тщательной санацией и obturацией системы каналов и дентинных трубочек. Последующее качественное пломбирование макроканала должно предотвращать развитие в нем инфекции и предупреждать реинфицирование. Поэтому возрастает значимость практического выполнения следующих классических стандартов эндодонтического лечения [1, 10]:

1. Адекватная диагностика.
2. Полное препарирование каналов.
3. Плотная obturация.
4. Динамическое наблюдение.

Адекватная диагностика предполагает применение оптических систем (бинокулярные линзы, операцион-

ные микроскопы), а также рентгенографию в цифровом и трехмерном форматах.

Успех эндодонтического лечения во многом зависит от создания адекватного доступа в корневые каналы. Предлагаются различные инструменты и технологии для обеспечения прямолинейного введения инструментов в корневые каналы и сохранения топографии дна полости зуба; никель-титановые инструменты постоянной и перемной конусности для расширения и формирования корневых каналов. Однако даже самые совершенные инструменты могут быть эффективными только лишь при соблюдении правил их эксплуатации. Для дезинфекции корневых каналов и очищения их от биопленки применяется ирригация с помощью ультразвука и антисептических растворов. Немаловажен тот факт, что ультразвук улучшает адсорбцию лекарственных препаратов в корневых каналах и периодонте [8, 9]. В настоящее время основным этапом лечения деструктивных форм периодонтитов является введение паст на основе гидроксида и гидроксипатита кальция [3, 4]. Плотная obturация достигается методами латеральной и вертикальной конденсации гуттаперчей с силером и трехмерным заполнением системы корневых каналов термафилами.

Эффективность консервативного лечения периодонтитов в среднем составляет 85%, и этот показатель

варьирует в зависимости от клинической формы заболевания, средств и методов лечения, резистентности организма больного и многих других факторов [7, 11]. Трудности лечения периодонтитов обусловлены длительностью регенерации очага деструкции периапикальной области. Результаты эндодонтического лечения становятся очевидными спустя 6-12 месяцев и в последующие периоды динамического наблюдения.

Клинический случай 1

Пациентка Ф. обратилась с жалобами на постоянную боль, усиливающуюся при накусывании на зубы верхней челюсти справа, на взбухание слизистой оболочки в области проекции верхушки корня причинного зуба, на его подвижность. Одновременно отмечалось нарушение общего состояния – повышение температуры тела, головная и мышечная боль. Из анамнеза выяснилось, что в зубе ранее проводилось эндодонтическое лечение с целью последующей реставрации вестибулярной поверхности виниром. Данные объективного исследования выявили дисколорит коронки зуба 1.2 (серый оттенок), подвижность зуба, гиперемию и отечность прилегающей десны, а в области проекции верхушки корня зуба 1.2 – взбухание и наличие отверстия свища с гнойным отделяемым. На рентгенограмме обозначилась четко отграниченная деструкция костной ткани диаметром до 10 мм в области верхушки корня зуба 1.2 (рис. 1). Вместе с тем, визуализировался корневой канал, фрагментарно заполненный, вероятно, фосфат-цементом, до половины длины корня, что свидетельствовало о ранее некачественно проведенном эндодонтическом лечении. На основании данных обследования выставлен диагноз «радикулярная киста зуба 1.2; периапикальный абсцесс со свищем (K04.62)». Приняв во внимание то, что зуб 1.2 имеет один прямой канал, наличие свищевого хода на десне, было решено провести повторное эндодонтическое лечение и попытаться сохранить зуб. После инфильтрационной анестезии и изоляции зуба от слюны обнаружен, распломбирован и пройден корневой канал до верхушки с эвакуацией путридных масс под ванночкой антисептика. Ультразвуковая ирригация 3% раствором гипохлорита натрия проведена с помощью аппарата Pieson Master-400 (EMS).

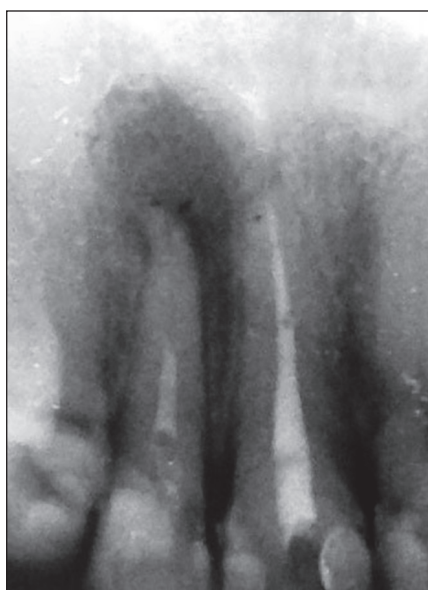


Рис. 1. Диагностическая рентгенограмма зуба 1.2 пациентки Ф. В канале – фрагменты пломбировочного материала



Рис. 2. На этапе лечения препаратом «Каласепт»

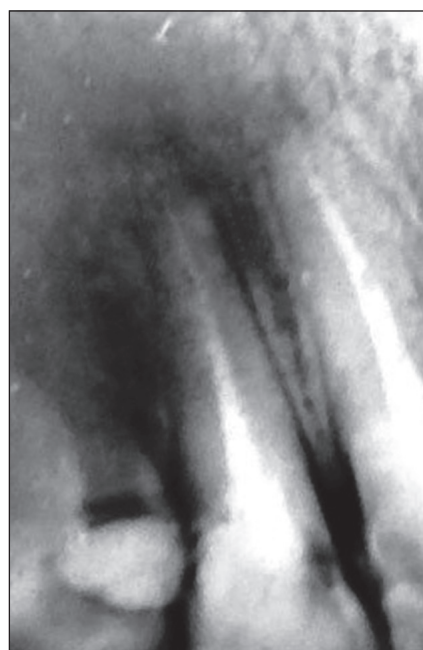


Рис. 3. Контрольный снимок через 12 месяцев после лечения

Механически обработан корневой канал инструментами ProTaper Universal Treatment (Dentsply). Далее проведена долгосрочная терапия кальцийсодержащим препаратом «Каласепт», которым заполнен корневой канал и область деструкции костной ткани (рис. 2). Зуб закрыт временной пломбой. Учитывая общее состояние пациентки, ей был назначен курс антибиотикотерапии. Через две недели из канала извлечен «Каласепт». После медикаментозной обработки корневой канал запломбирован до верхушечного отверстия методом вертикальной компакции гуттаперчей с силером. В дальнейшем болевых ощущений и других жалоб у пациентки не наблюдалось. Спустя один год на рентгенограмме зуба 1.2 нами обнаружено практически полное восстановление костной ткани в периапикальной области и полное рассасывание выведенного за верхушку корня препарата «Каласепт» (рис. 3).

Клинический случай 2

В клинику обратился пациент З. с жалобами на постоянную ноющую боль, усиливающуюся при накусывании в области зуба 3.6, на наличие в зубе полости. Из опроса пациента установлено, что зуб ранее подвергался эндодонтическому лечению, был восстановлен пломбой, которая впоследствии выпала. Данные объективного исследования свидетельствуют о наличии глубокой полости в зубе 3.6, гиперемии, отека десны, сглаженности переходной складки. Перкуссия резко болезненна. На прицельной рентгенограмме визуализируются очаги резорбции костной ткани в области корней зуба 3.6 (рис. 4). В корневых каналах определяются фрагменты корневых пломб. Диагноз «периапикальный абсцесс без свища зуба 3.6 (K04.7)». Оценив степень проходимости корневых каналов, отсутствие трещин и перфораций, было принято решение провести повторное эндодонтическое лечение зуба 3.6. После мандибулярной анестезии (альфакаин Н 4% с эпинефрином 1: 200 000, 1,8 мл), изоляции зуба от слюны, при помощи бинокулярной лупы обнаружены, распломбированы и пройдены четыре корневых канала. После механической обработки и ультразвуковой ирригации корневых каналов зуб оставлен открытым на сутки для лучшего оттока экссудата. Пациенту назначены антисептические ванночки и



Рис. 4. Диагностическая рентгенограмма зуба 3.6 пациента 3.

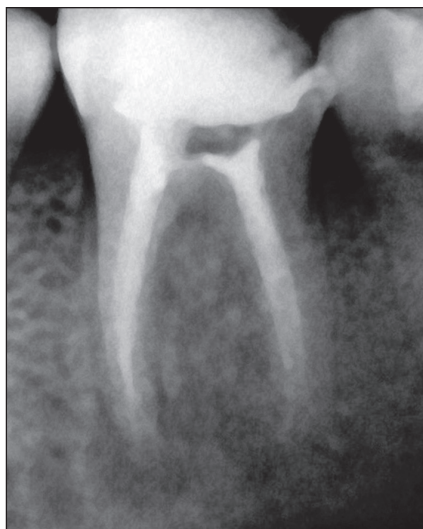


Рис. 5. Корневые каналы запломбированы гуттаперчей с силером



Рис. 6. Контрольный снимок через 6 месяцев после лечения

полоскания. Во второе посещение у пациента выявлена положительная динамика: уменьшение болевых ощущений и воспалительных явлений. В корневые каналы был введен Metapex (Meta Biomed, Корея), полость зуба закрыта временной пломбой. Через две недели отмечены отсутствие жалоб и признаков воспаления. Из каналов

извлекли Metapex и после медикаментозной обработки их запломбировали методом вертикальной компакции гуттаперчей с силером (рис. 5). В динамике наблюдения (через шесть месяцев) на рентгенограмме зуба 3.6 выявлено восстановление костной ткани в периапикальной области дистального и медиального корней (рис. 6).

Клинический случай 3

В клинику обратилась пациентка К. с жалобами на моральную неудовлетворенность от проведенного ранее эндодонтического лечения. После клинического обследования (сбор анамнеза, объективный осмотр, рентгенография) был выставлен диагноз «хронический апикальный периодонтит зуба 3.4 (K04.5)». Рентгенологически имела место деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба 3.4, которая, по всей видимости, была результатом неполной obturации корневого канала (рис. 7). При повторном эндодонтическом лечении обнаружен, распломбирован и пройден один корневой канал. После соответствующей механической и медикаментозной обработки с применением ультразвуковых насадок и раствора гипохлорита натрия 3%, канал был заполнен кальцийсодержащим препаратом «Каласепт» с выведением в завершечную область. Через две недели временная пломба удалена, корневой канал obturирован методом латеральной компакции гуттаперчей до уровня апикального отверстия. Рентгенологическое исследование, проведенное спустя 12 месяцев, свидетельствовало о благоприятном исходе повторного консервативного лечения, отмечалось практически полное восстановление костной ткани в области верхушки корня зуба 3.4 (рис. 8).



Рис. 7. Диагностическая рентгенограмма зуба 3.4 пациентки К.



Рис. 8. Контрольный снимок через 12 месяцев

Таким образом, строгое следование классическим стандартам эндодонтии позволило нам (в описанных клинических ситуациях) добиться успешного завершения повторного эндодонтического лечения. Благодаря ультразвуковой ирригации и антибактериальной обработке инфицированных каналов с использованием кальцийсодержащих препаратов удалось не только избежать реинфицирования, но и достичь положительной динамики репаративных процессов в костной ткани. На наш взгляд, успех консервативной терапии деструктивных форм апикальных периодонтитов во многом определяется применением рентгенографии (как диагностического приема и контроля лечения) и использованием увеличительных приспособлений для создания адекватного доступа в корневые каналы. В целом, такой подход позволил значительно повысить эффективность эндодонтического лечения и снизить вероятность развития возможных осложнений, сопровождающихся потерей зубов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горячев Н. А. Консервативная эндодонтия: Практическое руководство. – Казань: Медицина, 2002. – 140 с.
Gorjachev N. A. Konservativnaja endodontija: Prakticheskoe rukovodstvo. – Kazan': Medicina, 2002. – 140 s.
2. Клиническое исследование эффективности лечения хронических апикальных периодонтитов / О.Н. Иванченко и др. // Российский стоматологический журнал. 2008. №5. С. 33-36.
Klinicheskoe issledovanie effektivnosti lechenija hronicheskikh apikal'nyh periodontitov / O.N. Ivanchenko i dr. // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2008. №5. S. 33-36.
3. Комашко К. В. Повторное эндодонтическое лечение хронического апикального периодонтита методом отсроченного пломбирования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 24 с.
Komashko K. V. Povtornoje endodonticheskoe lechenie hronicheskogo apikal'nogo periodontita metodom otsrochennogo plombirovaniya: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2010. – 24 s.
4. Косолапова Е. Ю. Оптимизация методов лечения хронических форм апикальных периодонтитов (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2010. – 22 с.
Kosolapova E. Ju. Optimizacija metodov lechenija hronicheskikh form apikal'nyh periodontitov (eksperimental'no-klinicheskoe issledovanie): Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Perm', 2010. – 22 s.
5. Максимова О. П. Повторное эндодонтическое лечение – реальность современной стоматологической практики // Клиническая стоматология. 2005. №5. С. 12.
Maksimova O. P. Povtornoje endodonticheskoe lechenie – real'nost' segodnjashnej stomatologicheskoy praktiki // Klinicheskaja stomatologija. 2005. №5. S. 12.
6. Митронин А. В., Понякина И. Д. Изучение влияния хронического апикального периодонтита на состояние организма пациента // Стоматология. 2007. №6. С. 26-29.
Mitronin A. V., Ponjakina I. D. Izuchenie vlijaniya hronicheskogo apikal'nogo periodontita na sostojanie organizma pacienta // Stomatologija. 2007. №6. S. 26-29.
7. Оценка эффективности лечения деструктивных периодонтитов остеопластическим материалом ТрАпекс-гель / В.М. Дуров и др. // Стоматология. 2011. №1. С. 30-33.
Ocenka effektivnosti lechenija destruktivnyh periodontitov osteoplasticheskim materialom TrApeks-gel' / V.M. Durov i dr. // Stomatologija. 2011. №1. S. 30-33.

8. Пастухов О. Г., Шефтелович Т. К., Ермошенко Л. С., Маркаров Х. А. Физиотерапия в стоматологии: Учебно-методич. пособие. – Краснодар: КГМА, 2002. – 103 с.
Pastuhov O. G., Sheftelovich T. K., Ermoshenko L. S., Markarov H. A. Fizioterapija v stomatologii: Uchebno-metodich. posobie. – Krasnodar: KGMA, 2002. – 103 s.
9. Рабинович И. М., Корнетова И. В. Клиническое применение ультразвука при эндодонтическом лечении // Клиническая стоматология. 2012. №4 (64). С. 10-14.
Rabinovich I. M., Kornetova I. V. Klinicheskoe primenenie ultrazvuka pri endodonticheskom lechenii // Klinicheskaja stomatologija. 2012. №4 (64). S. 10-14.
10. Филиппова О. И. Некоторые клинко-рентгенологические примеры применения технологий и пломбировочных материалов в эндодонтии // Клиническая стоматология. 2013. №1 (65). С. 38-40.
Filippova O. I. Nekotorye kliniko-rentgenologicheskie primery primeneniya tehnologij i plombirovochnyh materialov v endodontii // Klinicheskaja stomatologija. 2013. №1 (65). S. 38-40.
11. 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.
12. Hernandez M., Dutzan N., Garcia-Sesnich J., Abusleme L., Dezerega A., Silva N., Gonzalez F. E., Vemal R., Sorsa T., Jamonal J. Host-pathogen interactions in progressive chronic periodontitis // J Dent Res. 2011. №90. P. 1164-1170.
13. Johnson W. T., Noblett W. C. Cleaning and shaping in endodontics: principles and practice. 4th ed. – Saunders: Philadelphia, PA, 2009.
14. Ostavik D., Pitt-Ford T. R. Essential endodontology. Prevention and treatment of apical periodontitis, 2nd ed. – Blackwell Sciences, Hamilton-London, 2008.
15. Trope M., Debelian G. Endodontic treatment of apical periodontitis. In: Ostavik D., Pitt-Ford T. eds. Essential endodontology. 2nd ed. – Oxford: Blackwell Munksgaard Ltd., 2008. – P. 347-380.
16. Waltimo T., Trope M., Haapasalo M., Ostavik D. Clinical efficacy of treatment procedures in endodontic infection control and one year follow-up of periapical healing // J Endod. 2005. №31. P. 863-866.
17. Zehnder M. Root canal irrigants // J Endod. 2006. №32. P. 389-398.

Поступила 03.02.2014

Координаты для связи с авторами:
357002, г. Махачкала, ул. Горького, д. 22
Дагестанская государственная медицинская академия
Кафедра терапевтической стоматологии

Издательство «Поли Медиа Пресс» представляет новую книгу – «Эволюция медицинского шприца: от волынки до цифровых технологий»

**С.А. Рабинович,
Ю.Л. Васильев,
С.Т. Сохов**

*От Гиппократа
до Луэра.*

*Развитие инъекционных
систем в XX веке.*

*Инъекционные
иглы.*

*Методы
стерилизации.*

*Современный
инструментарий.*

*Цифровые технологии
в стоматологии.*

*Обеспечение
комфорта*



Соломон Абрамович Рабинович – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, избранный президент EFAAD (Европейской федерации по развитию анестезиологии в стоматологии), руководитель российской секции IFDAS (Всемирной ассоциации стоматологических анестезиологических обществ).



Юрий Леонидович Васильев – кандидат медицинских наук, врач-стоматолог ФБЛПУ «Политалика №2» Минэкономразвития РФ, преподаватель кафедры анатомии человека МГМСУ им. А.И. Евдокимова, член EFAAD и IFDAS, автор и соавтор 35 научных работ, одной монографии, автор четырех патентов на изобретение, обозреватель профессиональной газеты «Стоматология Сегодня».



Сергей Талустанович Сохов – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, проректор по учебной работе МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Президент российской группы EFAAD, автор более 40 авторских свидетельств и патентов на изобретения, автор и соавтор более 400 научных статей, в том числе 14 монографий, национальных руководств и учебников.

С.А. Рабинович, Ю.Л. Васильев, С.Т. Сохов



**Эволюция медицинского шприца:
от волынки до цифровых технологий**



Москва
2013

www.dentoday.ru; e-mail: dostavka@stomgazeta.ru

Тел.: (495) 781-28-30, 956-93-70, (499) 678-26-58 (Москва); (812) 579-40-95 (Санкт-Петербург)