

Повторное эндодонтическое лечение апикального периодонтита, осложненного перфорацией зуба

Л.П. ГЕРАСИМОВА*, д.м.н., проф., зав. кафедрой
А.П. СОРОКИН*, асп.

Э.Р. ЛАТЫПОВА**, врач стоматолог-терапевт, зав. лечебно-хирургическим отделением

*Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

**МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», г. Уфа

Endodontic retreatment of apical periodontitis complicated with tooth perforation

L.P. GERASIMOVA, A.P. SOROKIN, E.R. LATYPOVA



А.П. СОРОКИН



Л.П. ГЕРАСИМОВА



Э.Р. ЛАТЫПОВА

Резюме: Перфорации зубов считаются второй по значимости причиной неудач эндодонтического лечения. Предложена методика повторного эндодонтического вмешательства с использованием препарата «Остеопласт». Методика предназначена для повторного лечения хронических деструктивных форм периодонтита, осложненных перфорацией. Нами были пролечены 25 человек с хроническим деструктивным периодонтитом в возрасте 25-35 лет, имеющих эндодонтическое вмешательство в анамнезе. Определена эффективность применения предложенного комплексного лечения.

Ключевые слова: хронический деструктивный периодонтит, повторное эндодонтическое вмешательство, перфорация зуба, инструментальная и медикаментозная обработка области перфорации, закрытие перфорационного отверстия.

Abstract: Perforation teeth are considered the second most important cause of failure of endodontic treatment. The article puts forward a method of repeated endodontic treatment with «Osteoplast» material application for retreatment of chronic destructive forms of periodontitis, complicated with tooth perforation. We have treated 25 people with chronic destructive periodontal disease at the age of 25-35 years of age with a history of endodontic intervention. The efficiency of application of the proposed comprehensive treatment.

Key words: chronic destructive periodontitis, repeated endodontic treatment, tooth perforation, instrumental and medicamentous treatment of the perforation area, perforation holes filling.

Наибольшую потенциальную опасность для организма представляют деструктивные формы хронического периодонтита, так как они могут стать причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области и сенсibilизации организма.

Качество результатов лечения деструктивных форм периодонтита зависит от качественной не только медикаментозной, но и инструментальной

обработки систем корневых каналов зубов. По данным Американской ассоциации эндодонтистов, число операций эндодонтического лечения составляет около 50 млн. При этом доля осложнений при их проведении достигает 47% [1].

Данных по эпидемиологии осложнений эндодонтического лечения в России очень мало [2].

Перфорации зубов считаются второй по значимости причиной неудач эндодонтического лече-

ния, их доля среди ошибок и осложнений лечения составляет 9-12% случаев [3].

В основном перфорации корня зуба различной локализации сопутствуют хроническим деструктивным периодонтитам, так как диагностируются в поздние сроки после эндодонтического лечения. По данным анамнеза и диагностики, более половины составляют старые перфорационные дефекты (68,8%) [1].

Диагностика и лечение пациентов с хроническим деструктивным периодонтитом, осложненным перфорацией, составляют значительные трудности. Это связано с невозможностью точно определить размеры, форму перфорации и структуру повреждения тканей, окружающих перфорационный дефект [4].

Большинство стоматологов при обнаружении перфорационного дефекта во время повторного эндодонтического вмешательства предпочитают вообще удалить зуб [1].

Успех устранения перфорации твердых тканей корней зуба также во многом зависит от физических, химических и биологических свойств материалов, применяемых для восстановления костных дефектов [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить эффективность предложенного комплексного лечения при повторном эндодонтическом вмешательстве пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, осложненным перфорацией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего нами были пролечены 25 человек с хроническим деструктивным периодонтитом в возрасте 25-35 лет, имеющие эндодонтическое вмешательство в анамнезе, с выявленной перфорацией в процессе обследования. У 17 пациентов перфорация была выявлена в фуркационной зоне, у восьми перфорация находилась в устьевой части корневого канала.

Всем пациентам была применена методика с использованием отечественных препаратов «Остеопласт» и «Кальсепт Йодо». На область перфорации дополнительно проводилось воздействие лазером с помощью аппарата «Оптодан» (патент №2393850, 10.07.2010 г.):

- в первое посещение осуществлялась инструментальная и медикаментозная обработка области перфорации, закрытие перфорационного отверстия препаратом «Кальсепт Йодо» под временную пломбу. Дополнительно назначался лазер на область перфорационного отверстия, время воздействия – 8 минут, режим II;
- во второе посещение удаляли временную пломбу, обновляли препарат «Кальсепт Йодо», повторно воздействовали лазером (как описано выше);
- в третье посещение удаляли препарат «Кальсепт Йодо», заполняли костный дефект препаратом «Остеопласт», закрывали перфорационное отверстие материалом Pro Root и восстанавливали коронковую часть зуба по общепринятой методике.

С целью выявления динамических изменений в области деструкции костной ткани рентгенологический контроль у всех пациентов проводили через 3, 6, 12 месяцев после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованы 25 пациентов. У всех обследованных эндодонтическое вмешательство в анамнезе более двух лет назад. 12 пациентов предъявляли жалобы на наличие свищевого хода в области причинного зуба, периодическое появление припухлости десны. При клиническом обследовании выявлено наличие свищевого хода, гиперемия десны по переходной складке. Рентгенологическое исследование показало очаг деструкции костной ткани в области фуркации корней у семи пациентов, а в устьевой части корневого канала – у пяти человек.

Остальные 13 человек жалоб не предъявляли. Перфорации были выявлены в ходе клинического и рентгенологического обследования после обращения за ортопедической помощью.

Все больные согласились на повторное эндодонтическое лечение с последующим динамическим наблюдением. После проведенного лечения положительная динамика наблюдалась через три месяца. Восстановление оптической плотности костной ткани было отмечено в 94% случаях за период от 6 до 12 месяцев, частичное восстановление костной ткани наблюдалось в 6% случаев, что выражалось в уменьшении очага воспалительной деструкции в фуркационной области.

Клинический пример

Пациентка Т., 28 лет. Обратилась с жалобами на периодическое появление припухлости десны зуба нижней челюсти справа, гнойное отделяемое из свищевого хода. Из анамнеза – эндодонтическое лечение более двух лет назад. При клиническом обследовании выявлено: 4.6 зуб ранее лечен по поводу осложнения кариеса, коронковая часть в цвете изменена, переходная складка отечна, гиперемирована, имеется свищевой ход с гнойным отделяемым в области проекции корней 4.6 зуба. Перкуссия зуба безболезненна. На прицельной рентгенограмме: очаг деструкции в фуркационной области 4.6 зуба, в корневых каналах пломбировочный материал на всем протяжении (рис. 1).

После удаления старого пломбировочного материала обнаружено перфорационное отверстие в области дна полости зуба. В процессе лечения в первое посещение была проведена инструментальная и медикаментозная обработка области перфорации, на дно наложен препарат «Кальсепт Йодо», назначен лазер «Оптодан» II режим, на область перфорационного отверстия, время воздействия – 8 минут, наложена временная пломба. Во второе посещение временная пломба удалена, смена препарата «Кальсепт Йодо», также был назначен лазер «Оптодан» II режим, на область перфорационного отверстия, время воздействия – 8 минут, наложена временная пломба.

В третье посещение удалена временная пломба и ранее наложенный препарат «Кальсепт Йодо», заполнение костного дефекта в фуркационной области препаратом «Остеопласт», закрытие перфорационного отверстия материалом Pro Root, восстановление коронковой части зуба 4.6 было осуществлено по общепринятой методике.

Контрольный осмотр осуществлялся через три месяца (рис. 2а), шесть месяцев (рис. 2б), 12 месяцев (рис. 2в).

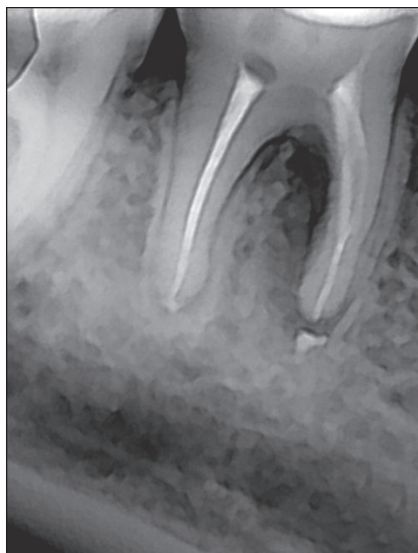


Рис. 1. Прицельная радиовизиография зуба 4.6, очаг деструкции в области фуркации корней

По результатам лечения положительная динамика наблюдалась уже через неделю. Жалобы отсутствовали. Клинически: уменьшение отека слизистой оболочки десны в области леченного зуба, гиперемии не наблюдалось. Через три месяца после проведенной контрольной прицельной радиовизиографии наблюдалось уменьшение очага деструкции костной ткани в области фуркации (рис. 2). Через 6 и 12 месяцев жалобы отсутствовали, клиническая картина без патологических изменений, рентгенологически отмечалось восстановление костной ткани (рис. 3, 4).

Выводы

Предложенная методика комплексного лечения позволяет восстановить костную ткань в очаге деструкции перфорационной области при повторном эндодонтическом вмешательстве деструктивных форм хронического периодонтита. Полученные результаты демонстрируют сохранение функциональной эффективности пролеченных зубов, а также возможность использования их при ортопедическом лечении.

Поступила 20.09.2013

Координаты для связи с авторами:

450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИПО

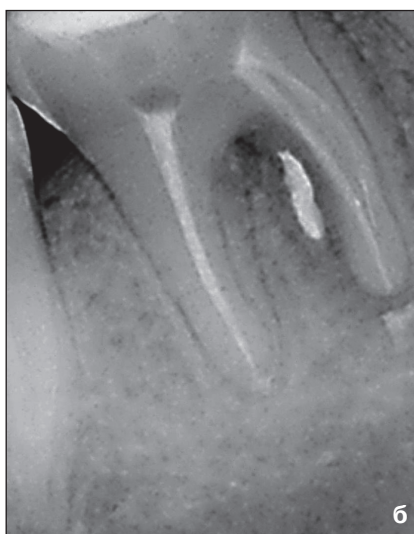


Рис. 2. Контрольная радиовизиография зуба 4.6
а – спустя 3 месяца после лечения, б – спустя 6 месяцев после лечения, в – спустя 12 месяцев после лечения

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Романова Т. В. Сравнительный анализ уровня распространенности перфораций зубов / Аспирантские чтения. – Самара, 2011. – С. 267-270.
Romanova T. V. Sravnitel'nyj analiz urovnja rasprostranennosti perforacij zubov // Aspirantskie chtenija. – Samara, 2011. – S. 267-270.
2. Кукушкин В. Л., Кукушкина Е. А., Смирницкая М. В. Осложнения в эндодонтии (по результатам анкетирования врачей-стоматологов) // Эндодонтия today. 2011. №1. С. 64-66.
Kukushkin V. L., Kukushkina E. A., Smirnickaja M. V. Oslozhnenija v endodontii (po rezul'tatam anketirovanija vrachej-stomatologov) // Endodontija today. 2011. №1. S. 64-66.
3. Митронин А. В., Воронина К. Ю. Опыт эндодонтического лечения хронического периодонтита при наличии перфораций в области фуркаций корней // Эндодонтия today. 2010. №4. С. 3-5.
Mitronin A. V., Voronina K. Ju. Opyt endodonticheskogo lechenija hronicheskogo periodontita pri nalichii perforacij v oblasti furkacij kornej // Endodontija today. 2010. №4. S. 3-5.
4. Романова Т. В. Роль 3D компьютерной томографии в диагностике перфораций корней зубов // Аспирантский вестник Поволжья. 2010. №7-8. С. 204-206.
Romanova T. V. Rol' 3D komp'juternoj tomografii v diagnostike perforacij kornej zubov // Aspirantskij vestnik povolzh'ja. 2010. №7-8. S. 204-206.
5. Способ лечения зубов с деструктивными изменениями в фуркационной области моляров I-II класса после перфорации дна полости зуба. Патент на изобретение №2393850 / Герасимова Л. П., Сорокин А. П. // Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели». №19. Опубликовано 10.07.2010.

Sposob lechenija zubov s destruktivnymi izmenenijami v furkacionnoj oblasti moljarov I-II klassa posle perforacii dna polosti zuba. Patent na izobretenie №2393850 / Gerasimova L. P., Sorokin A. P. // Oficial'nyj bjulleten' «Izobretenija. Poleznye modeli». №19. Opublikovan 10.07.2010.

6. Алетдинова С. М., Герасимова Л. П., Валеева Г. Р. Эффективность методики комплексного лечения препаратом кальцилан хронических апикальных периодонтитов в стадии обострения // Медицинский вестник Башкортостана 2012. №5. С. 29-32.

Aletdinova S. M., Gerasimova L. P., Valeeva G. R. Effektivnost' metodiki kompleksnogo lechenija preparatom kal'cilan hronicheskikh apikal'nyh periodontitov v stadii obostrenija // Medicinskij vestnik Bashkortostana 2012. №5. S. 29-32.

7. Алетдинова С. М., Герасимова Л. П., Валеева Г. Р. Применение препарата полиоксидоний при лечении хронических апикальных периодонтитов в стадии обострения. Медицинский вестник Башкортостана 2012. №6. С. 29-32.

Aletdinova S. M., Gerasimova L. P., Valeeva G. R. Primenenie preparata polioksidonij pri lechenii hronicheskikh apikal'nyh periodontitov v stadii obostrenija. Medicinskij vestnik Bashkortostana 2012. №6. S. 29-32.

8. 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.

9. Hosoya N., Kurayama H., Lino F. Effects of calcium hydroxide on physical and sealing properties of canal sealers // Int Endod J. 2004. Vol. 37. P. 178-184.

10. Oliveira D. P., Barbizam J. V., Trope M., Teixeira F. V. In vitro antibacterial efficacy of endodontic irrigants against Enterococcus faecalis // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007. Vol. 103 (5). P. 702-706.

11. Persson R. E. The elderly at risk for periodontitis and systematic diseases // Dent Clin North Am. 2005. Vol. 49 (2). P. 279-292.