

Эндодонтическое лечение хронического апикального деструктивного периодонтита после резекции вершины корня зуба в анамнезе

А.П. СОРОКИН*, асп.

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

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 treatment of destructive chronic apical periodontitis after apicectomy in the medical history

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



А.П. СОРОКИН



Л.П. ГЕРАСИМОВА



Э.Р. ЛАТЫПОВА

Резюме: Описана методика повторного эндодонтического лечения хронического апикального деструктивного периодонтита после резекции вершины корня зуба. Были пролечены 20 человек, в возрасте 25-35 лет с диагнозом «хронический апикальный деструктивный периодонтит». Все пациенты имели в анамнезе оперативное вмешательство – резекция вершины корня зуба. На клиническом примере показана эффективность предложенной методики. Для лечения использовался препарат «Биоимплант» совместно с гелем «Коллапан».

Ключевые слова: хронический апикальный деструктивный периодонтит, эндодонтическое лечение, резекция вершины корня зуба, распломбирование корневого канала, оптическая плотность, рентгенологический контроль, динамическое наблюдение.

Abstract: The article describes the methods of repeated endodontic treatment of destructive chronic apical periodontitis after apicectomy. 20 patients aged 25 - 35 years with a diagnosis of chronic apical destructive periodontitis were treated. All patients had a history of surgical apicectomy. A clinical example proves the efficiency of the proposed technique. The drug of «Bioimplant» together with the gel of «Collapan» were used in the treatment.

Key words: destructive chronic apical periodontitis, endodontic treatment, apicectomy, unsealing of the root canal, optical density, radiological control, follow-up monitoring.

Длительное воспаление верхушечного периодонта является наиболее частой причиной потери зубов и формирования очагов одонтогенной инфекции, что связано с большой распространенностью данного заболевания, сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций, большим числом осложнений [1].

Несмотря на высокий уровень материально-технической оснащенности в стоматологии, пациенты с различными формами периодонтита составляют 30-40% от общего числа обратившихся в клинику. Среди хронических форм периодонтита преобладают де-

структивные формы (гранулематозный, гранулирующий, кистогранулемы, радикулярные кисты) [1, 2].

В последнее время предложено большое количество методик и материалов для лечения деструктивных форм хронического периодонтита, однако до сих пор эта задача остается до конца не решенной.

Существуют различные методики терапевтического и хирургического лечения деструктивных форм периодонтита.

Из хирургических известны:

- резекция вершины корня зуба, цистэктомия, цистотомия;

- гемисекция корня зуба, ампутация корня зуба, коронно-радикулярная сепарация;
- реплантация зуба;
- операция удаления зуба.

При оперативном лечении могут возникнуть общие и местные осложнения. Местные осложнения могут возникать как во время операции, так и в ближайшие и отдаленные сроки после проведенного лечения.

Наиболее часто в последнее время применяется методика резекции верхушки корня зуба с цистэктомией. Из осложнений в ближайшие и отдаленные сроки встречаются такие как: подвижность оперированных зубов, боли в оперированной области, абсцедирование в месте оперативного вмешательства, формирование свищевого хода, прогрессирующая деструкция костной ткани в области операции, а также прогрессирующая резорбция корня оперированного зуба, рассасывание пломбировочного материала из корневого канала, обострение хронического периодонтита.

Так, Балин В. Н. и Иорданишвили А. К. провели оценку результатов через пять лет после проведенной операции резекции верхушки корня зуба. Оперативное вмешательство было выполнено на 195 зубах (152 – с хроническим гранулирующим или гранулематозным периодонтитом и 43 – с околокорневыми кистами). Исследование показало, что 11 зубов были удалены в сроки до двух лет после хирургического лечения. Пять зубов были удалены из-за их значительной подвижности (II-III степени), четыре – вследствие разрушения зубов, два зуба – из-за рецидива заболевания. Кроме того, пять пациентов предъявляли жалобы на периодическое появление свищевых ходов в области оперированных зубов, два – на незначительное нарушение чувствительности слизистой оболочки альвеолярного отростка на уровне оперированных зубов и в области иннервации нижнего альвеолярного нерва. У трех пациентов после резекции верхушек корней моляров отсутствовали ретроградные пломбы из серебряной амальгамы, которые выпали в процессе операции и впоследствии инкапсулировались [5].

Резекция верхушек корней зачастую не только делает зубы неполноценными в функциональном отношении, но и может приводить к ранней их потере [4].

Для устранения причин неудачного оперативного лечения (резекции верхушки корня зуба) необходимо усовершенствовать технологии самого хирургического вмешательства и создать оптимальные условия для регенерации костной ткани. Это особенно важно при больших размерах костного дефекта, остающегося после резекции верхушки корня зуба. Известно, что процент неудовлетворительных результатов прямо пропорционален размеру возникшего костного дефекта, так как в его окружении репаративные процессы угнетены вследствие частого развития в них воспалительных изменений. Кроме того, окружающие ткани в зоне дефекта кости сами являются очагами инфекции. Кровяной сгусток, образующийся в зоне костного дефекта после цистэктомии, особенно при выраженном воспалении в деструктивном очаге, часто инфицируется. Образовавшаяся после оперативного лечения костная полость не всегда заполняется созревшей новообразованной костной тканью. Нередко процесс восстановления не идет дальше формирования соединительнотканых рубцов и затягивается на годы. По данным литературы, в 5% случаев костный дефект вообще ничем не восполняется [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать методику повторного эндодонтического лечения хронического апикального деструктивного периодонтита после резекции верхушки корня зуба и показать ее эффективность.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего нами были пролечены 20 человек в возрасте 25-35 лет с диагнозом «хронический апикальный деструктивный периодонтит», имеющих в анамнезе оперативное вмешательство – резекцию верхушки корня зуба.

Из 20 человек девять обратились с обострением хронического апикального деструктивного периодонтита, 11 – с хроническим апикальным периодонтитом вне обострения.

Всем пациентам были проведены клинические и рентгенологические (прицельная радиовизиография) методы обследования.

При повторном эндодонтическом лечении проводилось распломбирование корневого канала с удалением старого пломбировочного материала из корневого канала, химико-механическая и медикаментозная обработка канала, введение в очаг деструкции периапикальной области через корневой канал препарата «Биоимплант» (ООО «Конектбиофарм», Москва) совместно с гелем «Коллапан» (ООО «Интермедапатит», Москва), в смеси 1:1 на 30 дней и далее с последующим постоянным пломбированием корневого канала по общепринятой методике (патент № 2416373, 20.04.2011 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обращении 11 пациентов с обострением хронического периодонтита с резекцией верхушки корня более двух лет назад предъявляли жалобы на подвижность зуба, боль ноющего характера в области причинного зуба, боль при жевании.

В процессе клинического осмотра выявлено изменение цвета коронковой части причинного зуба, подвижность I-II степени, болезненность при пальпации в области проекции верхушки корня зуба, отечность по переходной складке, болезненность при перкуссии зуба. Рентгенологически определялось нарушение целостности (длины) корня зуба, деструкция костной ткани округлой формы различных размеров в апикальной области, рентгеноконтрастное вещество в канале. Оптическая плотность в очаге деструкции снижена более чем в два раза.

Девять пациентов с хроническим апикальным периодонтитом вне обострения предъявляли жалобы на периодическое гнойное отделяемое из свищевого хода, подвижность зуба, дискомфорт при пальпации в области проекции корня зуба. В анамнезе – операция резекции верхушки корня зуба более двух лет назад. При клиническом обследовании: подвижность оперированных зубов I-II степени, положительный симптом вазопареза, наличие свищевого хода. Рентгенологическая картина сходна с описанной выше.

Всем 20 пациентам при повторном эндодонтическом вмешательстве была применена предложенная нами методика. Рентгенологический контроль проводился через три месяца, шесть месяцев и один год в процессе динамического наблюдения.

Все 20 пациентов на протяжении всего периода наблюдений жалоб не предъявляли, при клиническом осмотре наблюдалось рубцевание свищевого хода, пальпация по переходной складке безболезненна, пер-



Рис. 1. Зуб 1.2, до начала повторного эндодонтического вмешательства

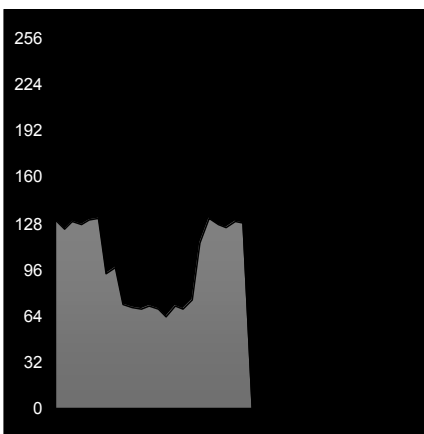


Рис. 2. Оптическая денситометрия очага деструкции до лечения



Рис. 3. Контрольная RVG зуба 1.2. На третьи сутки после начала лечения. Срок 3 месяца. РЭМ

куссия безболезненна. Восстановление оптической плотности костной ткани в очаге деструкции отмечалось через месяц в полтора раза, а через шесть месяцев – в два раза. Через один год оптическая плотность была в пределах нормы.

Клинический пример

Пациентка Д. обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли в зубе на верхней челюсти, припухлость десны в области проекции корня зуба, подвижность зуба. Из анамнеза – 1.2 зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, операция резекции верхушки корня зуба более двух лет назад.

При клиническом осмотре выявлено: слизистая оболочка в области проекции корня 1.2 зуба отека, гиперемирована, болезненна при пальпации, свищевой ход с гнойным отделяемым, зуб подвижен I-II степени, перкуссия болезненна.

Рентгенологическое исследование (радиовизиография): отсутствие апикальной части корня 1.2 зуба, деструкция костной ткани в апикальной области округлой формы размером 0,4 x 0,8 см, рентгеноконтрастный пломбировочный материал в корневом канале (рис. 1). Оптическая плотность в очаге деструкции снижена в среднем более чем в 2,5 раза (рис. 2).

Эндодонтическое лечение зуба 1.2 в первое посещение включало распломбировку корневого канала, инструмен-

тальную и медикаментозную обработку с помощью 3% раствора гипохлорита натрия, в корневом

канале был оставлен препарат «Крезофен» (Septodont, Франция) под временную пломбу на двое суток.

Далее, во второе посещение, введение в очаг деструкции препарата «Биоимплант», совместно с гелем «Коллапан» 1:1 (под рентгенологическим контролем – рис. 3).

Через месяц был проведен также рентгенологический контроль (рис. 4), повторное введение в очаг деструкции препарата «Биоимплант», совместно с гелем «Коллапан» 1:1, далее было проведено постоянное пломбирование корневого канала по общепринятой методике, с постановкой постоянной пломбы.

Через неделю после начала лечения пациентка жалобы не предъявляла, при клиническом осмотре выявлено рубцевание свищевого хода, пальпация по переходной складке слабо болезненна, подвижность зуба сохранена, перкуссия безболезненна. При контрольном осмотре через месяц после начала лечения жалоб нет, подвижность зуба сохраняется, пальпация в области проекции корня безболезненна, перкуссия безболезненна. Про-



Рис. 4. Контрольная RVG зуба 1.2. Через месяц после начала лечения

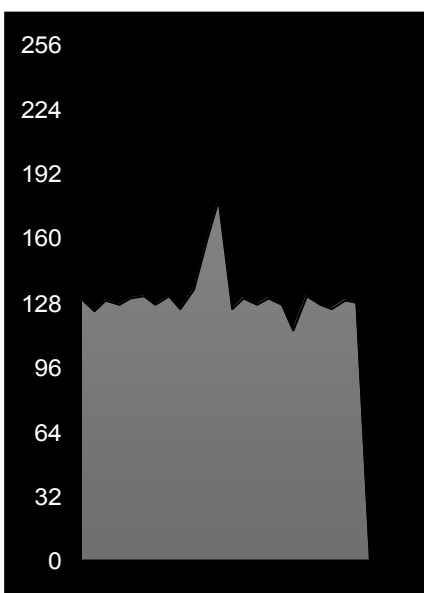


Рис. 5. Контрольная RVG зуба 1.2. Через год после лечения



Рис. 6. Контрольная оптическая денситометрия через год после лечения



Рис. 7. Контрольная RVG Зуба 1.2.
Через два года

цесс восстановления костной ткани в очаге деструкции отмечался через месяц после начала лечения, оптическая плотность костной ткани в очаге деструкции увеличилась в полтора раза. Оптическая денситометрия через год после начала лечения (рис. 5) выявила восстановление оптической плотности (124-135) в месте прежнего костного дефек-

та, а увеличение вольтажа до 180 связано с плотностью пломбировочного материала, находящегося в апикальной области, где и осуществлялось измерение.

Выводы

Наши исследования показали, что предложенная методика эффективна и может быть рекомендована при повторном эндодонтическом лечении хронического апикального деструктивного периодонтита после резекции верхушки корня зуба. Использование методики позволяет значительно повысить эффективность эндодонтической терапии, что будет способствовать сохранению зуба.

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*

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Журченко Е. И. Комплексный метод оценки состояния околоверхушечных тканей зуба при хроническом верхушечном периодонтите // Эндодонтия today. 2008. №2. С. 27-31.
2. Zhurochko E. I. Kompleksnyy metod ocenki sostojaniya okoloverhushhechnykh tkanej zuba pri hronicheskom verhushechnom periodontite // Endodontia today. 2008. №2. С. 27-31.
3. Буляков Р. Т., Саляхова Г. А., Гуляева О. А., Чемикосова Т. С. Консервативное лечение деструктивных форм периодонтитов и радикулярных кист. – Уфа, 2005. – С. 4-22.
4. Buljakov R. T., Saljahova G. A., Guljaeva O. A., Chemikosova T. S. Konservativnoe lechenie destruktivnyh form periodontitov i radikuljarnykh kist. – Ufa, 2005. – С. 4-22.
5. Безруков В. М., Григорьянц Л. А., Рабухина Е. А. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы: Рук-во для врачей, 2-е изд., стер. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 108 с.
6. Bezrukov V. M., Grigor'janc L. A., Rabuhina E. A. Ambulatojnaja hirurgicheskaja stomatologija. Sovremennye metody: Ruk-vo dlja vrachej, 2-e izd., ster. – M.: Medicinskoje informacionnoje agentstvo, 2004. – 108 s.
7. Митронин А. В., Робустова Т. Г., Максимовский Ю. М., Лебедев К. А. Клинико-иммунологическая характеристика деструктивных форм хронического периодонтита // Российский стоматологический журнал. 2005. № 1. С. 29-34.
8. Mitronin A. V., Robustova T. G., Maksimovskij Ju. M., Lebedev K. A. Kliniko-immunologicheskaja harakteristika destruktivnyh form hronicheskogo periodontita // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2005. № 1. С. 29-34.
9. Балин В. Н., Иорданишвили А. К. Операция резекции верхушки корня зуба. Оценка результатов через 5 лет // Клиническая имплантология и стоматология. Международный научно-практический журнал. Электронное представительство, электронная версия журнала. – URL: <http://www.orthodont.spb.ru/stomvest/implant/article17.shtml>.

Balin V. N., Iordanishvili A. K. Operacija rezekcii verhushki kornja zuba. Ocenka rezul'tatov cherez 5 let // Klinicheskaja implantologija i stomatologija. Mezhdunarodnyj nauchno-prakticheskij zhurnal. Elektronnoe predstavitel'stvo, jelektronnaja versija zhurnala. – URL: <http://www.orthodont.spb.ru/stomvest/implant/article17.shtml>.

6. Способ лечения хронического периодонтита зубов. Патент на изобретение №2416373 / Герасимова Л.П., Сорокин А.П. // Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели». №11. Опубликовано 20.04.2011.

Sposob lechenija hronicheskogo periodontita zubov. Patent na izobretenie №2416373 / Gerasimova L.P., Sorokin A.P. // Oficial'nyj bjulleten' «Izobretenija. Poleznye modeli». №11. Opublikovan 20.04.2011.

7. 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. С. 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.



Международная академия эндодонтии и ее встречи

Международная академия эндодонтии IAE – общественная некоммерческая организация, не связанная с коммерческим присоединением. Она была сформирована группой клиницистов, передающих высочайшие стандарты дальнейшего образования. IAE стремится к достижению превосходства своего клинического обучения. Ищутся лучшие спикеры во многих областях биологии, медицины, в том числе стоматологии. Цель проводимых IAE встреч – распространение передовых знаний и пониманий, через фундаментальную науку и клиническое лидерство вдохновить участников встречи, а также создание окружающей

среды, где успешно развиваются и работают высокие эндодонтические стандарты.

В IAE 125 участников. Остальные на встречах присутствуют в качестве приглашенных. Программы включают устные доклады и представления клинических случаев, которые служат цели объединения основной (фундаментальных и прикладных) и клинической наук по темам, прямо или косвенно связанным с эндодонтией. Встречи IAE проводятся каждый год в конце января в Далласе (США). В рамках этих форумов проходят рабочие и консультационные встречи, на заседаниях идут обсуждения в формате вопрос-ответ.