

Клинический случай лечения сочетанного эндодонто-пародонтального поражения

В.И. МИТРОФАНОВ, к.м.н.,
главный врач. Стоматологическая
клиника «Митрадент», г. Москва

The clinical case of treatment of combined endo-perio lesion

V.I. MITROFANOV

Резюме: В данной работе представлен сложный клинический случай повторного лечения зубов 3.5 и 3.6 с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением. Воспалительный процесс в пародонте был инициирован ошибками при первичном эндодонтическом лечении – перфорацией корня при установке металлических штифтов, а также наличием тесной анатомо-топографической связи между пульпой зуба и тканями пародонта. При некрозе пульпы происходит инфицирование тканей периодонта и пародонта. Некачественное первичное эндодонтическое лечение зубов 3.5 и 3.6 привело к развитию апикального периодонтита и воспалительному процессу в пародонте. Представлен успешный результат повторного эндодонтического лечения.

Ключевые слова: эндодонто-пародонтальное поражение, резорбция альвеолярной кости, апикальное отверстие, апикальная гранулема, апикальный периодонтит, перфорация корня, металлический штифт.

Abstract: This paper presents a complex clinical case of retreatment of teeth 3.5 and 3.6 with combined endodontic-periodontal lesion. The inflammatory process in periodontium was initiated by errors in primary endodontic treatment - root was perforated when installing metal posts, and because of a close anatomical and topographic relationship between the dental pulp and periodontal tissues. Necrosis of the pulp leads to the development of the infection in periodontal tissue and the periodontal disease. Poor quality primary endodontic treatment of 3.5 and 3.6 led to the development of apical periodontitis and the inflammatory process in the periodontium. The successful result of recurrent endodontic treatment is presented.

Key words: endodontic-periodontal lesion, alveolar bone resorption, the apical foramen, apical granuloma, apical periodontitis, root perforation, metal post.

Клиническая ситуация

Пациентка N обратилась в клинику с жалобами на боли в нижней челюсти, локализованные в зоне жевательной группы зубов 3-го квадранта. После сбора анамнеза, клинического осмотра и анализа рентгенограммы пациентки N (рис. 1) выяснилось: в области зубов 3.5 и 3.6 наблюдается сочетанное эндодонто-пародонтальное поражение с выраженными апикальными очагами воспаления периодонта (гранулемами). Ранее проведенное эндодонтическое лечение нижних второго премоляра и первого моляра осуществлялось с использованием металлических штифтов, проходило пять лет назад. От удаления причинных зубов и дальнейшей реабилитации методом дентальной имплантации или методом условно съемного протезирования (рекомендаций, полученных в других клиниках) пациентка отказывается. О результатах обследования паци-

ентка была осведомлена. Получено информированное добровольное согласие на обследование и повторное эндодонтическое лечение зубов 3.5 и 3.6.

Результаты клинического осмотра и принятия решения о проведении лечения

Результаты клинического осмотра пациентки и рентгенологического анализа ситуации (рис. 1) позволили предположить: причиной апикальных поражений зубов 3.5 и 3.6 могло стать некачественное первичное эндодонтическое лечение. На рисунке видно, что оба зуба имеют неблагоприятный вид культевого восстановления и анатомического рельефа окклюзионной поверхности: установленные штифты могут ухудшать качество прилегания реставрационных материалов пломб, нарушая герметичность восстановленных коронок зубов 3.5 и 3.6, способствуя проникновению инфекции из по-

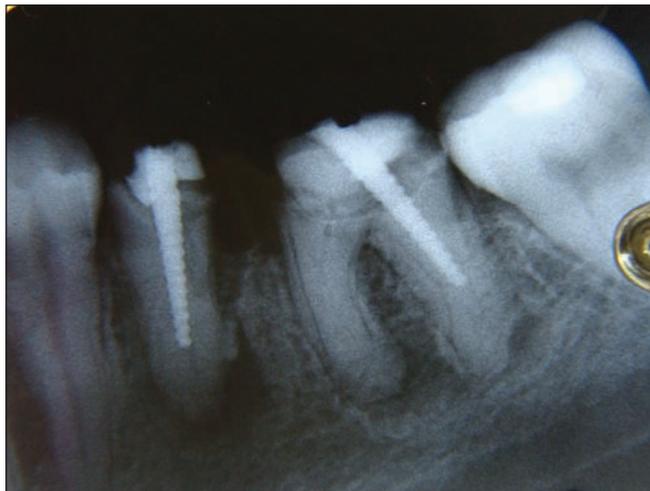


Рис. 1. Рентгенограмма зубов 3.5 и 3.6 пациентки N на момент обращения

лости рта, инфицируя периодонт и пародонт с развитием резорбции альвеолярной кости. В зоне бифуркации моляра, а также вдоль прикрепления зубов к альвеоле – области повышенной резорбции. Подвижности зубов не наблюдается, но имеются узкие и глубокие пародонтальные карманы.

Пародонтальные нарушения в данной области могли стать следствием инфицирования каналов – некачественной очистки и неполного obturирования анатомических структур корневой системы (латеральных или дополнительных каналов зуба); через некачественное прилегание пломбы или инициировано вторичными факторами: возможны перфорации в стенках корня при установке штифтов. Факторы поражения могут быть и сочетанными, каждый из них способен вызвать резорбцию мягких тканей вокруг причинной области поражения, увеличить карманы и просветы между твердыми и мягкими тканями, усилить очаги воспаления и деструкции.

Планируя процесс лечения, были учтены следующие факторы: пациентке 46 лет, сопутствующих общесоматических заболеваний не имеет.

Для успешного достижения цели:

- процесс лечения проведен под операционным микроскопом (что является стандартом эндодонтического лечения) – это позволяет минимизировать потери жизнеспособных тканей зубов;
- учитываем топографические особенности строения корней причинных зубов (архитектонику моляров и премоляров нижней челюсти);
- используем адекватную анестезию; УЗВ для извлечения штифтов, современные инструменты и средства очистки и стерилизации каналов, восстановления перфораций в корне.

Процесс лечения

1. Лечение зуба 3.5 в первое посещение.

Удаление несостоятельной пломбы, некротических масс, опилок, штифта; ирригация канала антибактериальными препаратами.

После визуального осмотра культи зуба (рис. 2) и извлечения штифта (рис. 3) в боковой стенке корня была выявлена обширная перфорация (рис. 4) во время первичного эндодонтического лечения, то есть нарушена его анатомическая целостность. Штифт был установлен под углом к стенке зуба, а не вдоль оси его полости, соответственно – неправильно использована его рабочая

длина. Определяем рабочую длину корневого канала зуба (рис. 5).

Закрытие перфорации проведено препаратом «Триоксидент» («Владмива», Россия) (рис. 6). Проведено контрольное рентгенологическое исследование (рис. 7).

Канал закрыт временным пломбировочным материалом «Парасепт» («Владмива», Россия), применяемым и рекомендуемым также в качестве лечебно-защитного компресса при локальной форме пародонтита (при язвенно-некротическом гингивите, хроническом пародонтите, при пародонтальных абсцессах, после хирургических вмешательств на пародонте), а также для временного пломбирования зубов. Масса приготовлена на основе порошка цинксульфатного цемента, не содержит эвгенола, обладает антибактериальными и противовоспалительными свойствами. Лечебное действие ее определяют тетрациклин и метронидазол – два антимикробных агента-синергиста, активные в отношении грамположительных, грамотрицательных и анаэробных бактерий. «Парасепт» действует на патогенную флору, останавливает воспалительный процесс. Пациентке назначено второе посещение для лечения премоляра через 14 дней.

2. Первое посещение для лечения зуба 3.6.

С интервалом семь дней (после первого посещения и лечения зуба 3.5) проведена ревизия каналов зуба 3.6. Удален штифт. Каналы после инструментальной и

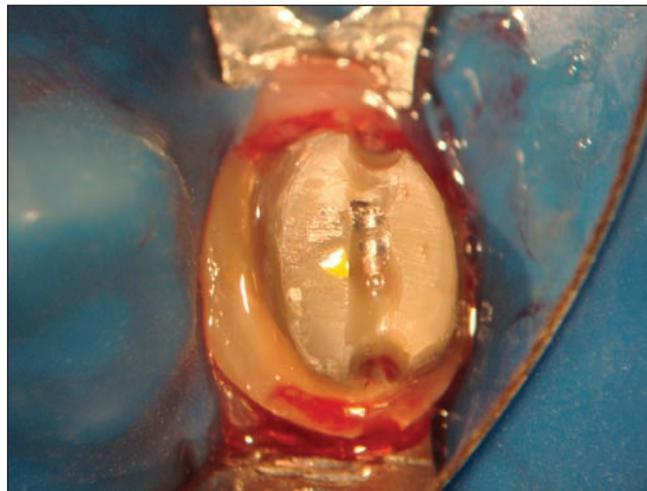


Рис. 2. Внешний вид культи зуба

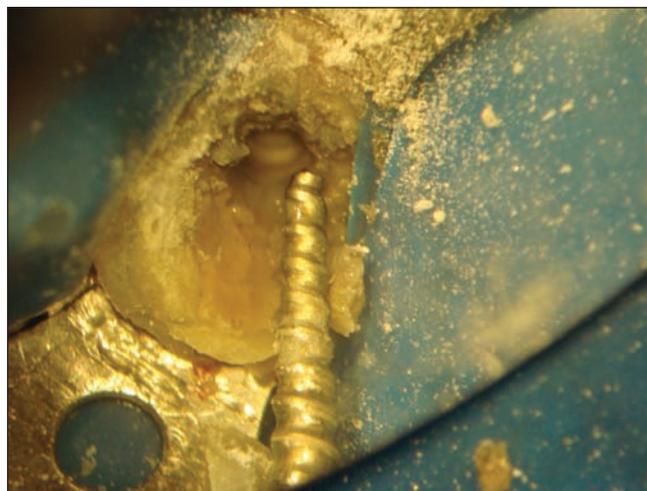


Рис. 3. Металлический штифт успешно извлечен

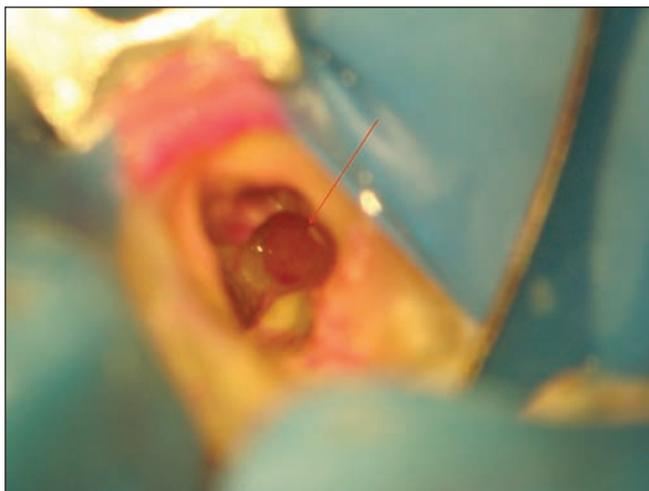


Рис. 4. После извлечения штифта на снимке операционного микроскопа видна обширная перфорация стенки канала

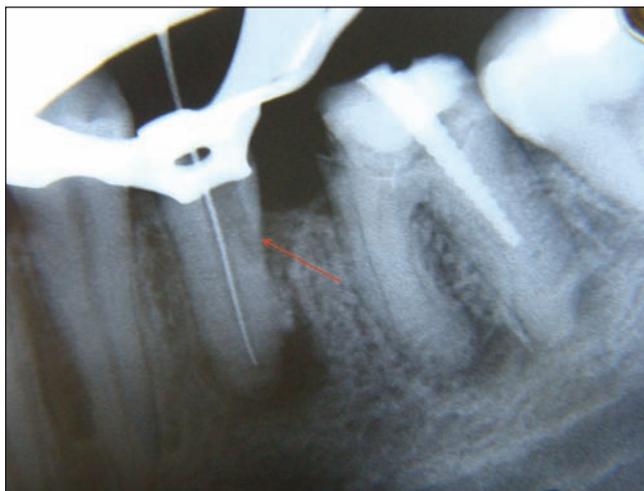


Рис. 5. Определение рабочей длины корневого канала (стрелкой указана зона перфорации)

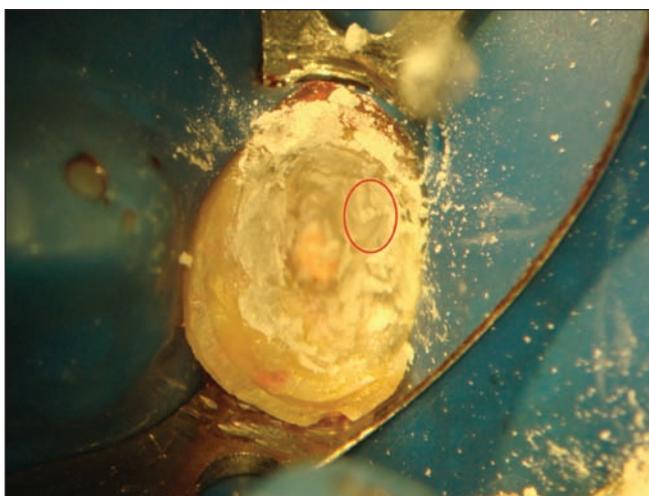


Рис. 6. Перфорация закрыта препаратом «Триоксидент» (красным цветом очерчена зона закрытия перфорации)

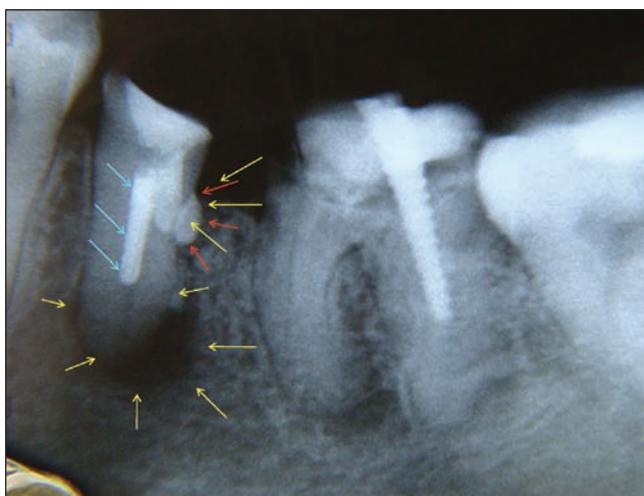


Рис. 7. Рентгенологическая ситуация зуба 3.5 после закрытия перфорации и установки гуттаперчевого маркер-штифта. Цветными стрелками отмечены: голубыми стрелками – штифт-маркер; желтыми – очаги деструкции в периодонте и близлежащих мягких тканях; красными – зона закрытия перфорации

медикаментозной обработки заполнены препаратом гидроксида кальция (calcium hydroxide, Ca(OH)₂) – для внутрикорневой антибактериальной терапии (препарат эффективен при лечении различных форм периодонтитов): за две недели происходит полное разрушение органической ткани в канале зуба, удаляются все микроорганизмы, в том числе их невегетативные формы, а также ядовитые белковые соединения. (По различным источникам, механическая обработка каналов, ирригация 3% раствором гипохлорита натрия и однократное временное пломбирование гидроксидом кальция повышают частоту стерильности корневых каналов до 97%). Назначено следующее посещение через две недели.

3. Второе посещение в лечении зуба 3.5. (через 14 дней после завершения лечения в первое посещение).

После удаления временной пломбы удаляется маркер-штифт; контролируется рабочая длина (рис. 8). Проводим медикаментозную обработку и пломбирование канала термогуттаперчей, временная пломба. Назначаем пациентке динамическое наблюдение.

4. Второе посещение в лечении зуба 3.6.

Проводим контроль длины, медикаментозную обработку, пломбуем термогуттаперчей, временная пломба (рис. 9).

5. Рентгенологическая картина зубов 3.5 и 3.6. через 11 месяцев после начала лечения (рис. 10)

Очаги деструкции существенно уменьшились. Пациентка не отмечает болевых ощущений. Проведена реставрация зубов с применением культевых штифтовых вкладок и ортопедического лечения.

6. Рентгенологическая картина зубов 3.5 и 3.6 Пациентка довольна и жалоб не предъявляет. Результаты осмотра и рентгенологическая ситуация – благоприятны, что позволяет предположить долгосрочный позитивный результат. Динамический контроль продолжается.

Вывод

Качественная диагностика и эндодонтическое лечение под операционным микроскопом с использованием современных инструментов, эндодонтических

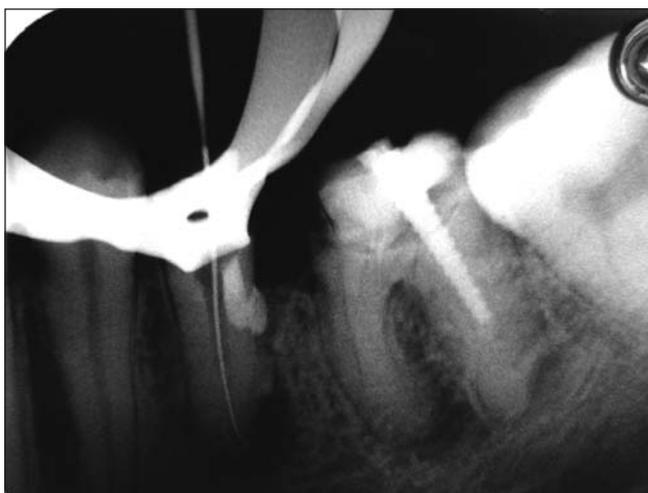


Рис. 8. На этапе лечения зуба 3.5



Рис. 9. Снимок после лечения зуба 3.6



Рис. 10. Рентгенологическая ситуация зубов 3.5 и 3.6 через 11 месяцев после начала лечения

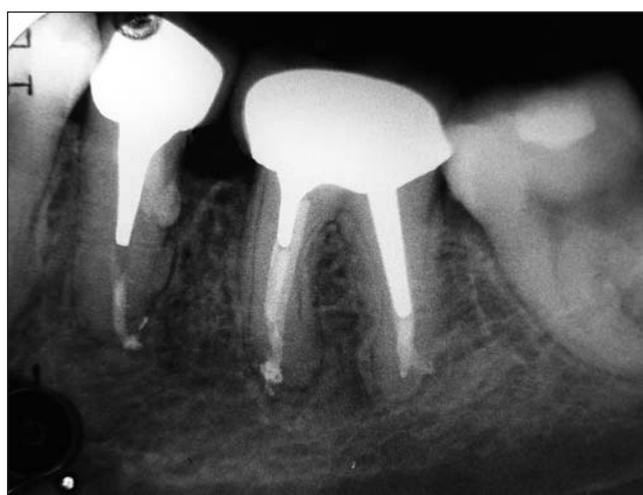


Рис. 11. Состояние зубов 3.5 и 3.6 через 26 месяцев после начала лечения

средств, позволили устранить воспалительные сочетанные реакции со стороны эндодонта, периодонта, пародонта и стимулировать репаративные процессы. Прогноз лечения благоприятный.

Поступила 27.02.2013

Координаты для связи с автором:
127083, Москва, ул. Земляной вал, д. 52/16, стр. 3
Стоматологическая клиника «Митрадент»

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Young Bui. Endodontic-Periodontal Relations // <http://www.endomail.com/articles/yb07endoperio.html>.
2. Shenoy N., Shenoy A. Endo-перипоражения: диагностика и клинические соображения // Индийский J Dent Res. 2010. №21. P. 579-585.
3. Shenoy N., Shenoy A. Endo-periporazheniya: diagnostika i klinicheskie soobrazheniya // Indijskij J Dent Res. 2010. №21. R. 579-585.
4. Schulz M., Arx von T. Histology of periapical lesions obtained during apical surgery // Journal of Endodontics. 2009. №5. P. 634-642.
5. Антанян А. Эндодонтическое лечение в одно посещение: современные стандарты. Части VI-VII. Лечение апикальных периодонтитов в одно посещение // Эндодонтия today. 2011. №2. С. 58-65.
6. Antanjan A. Endodonticheskoe lechenie v odno poseshhenie: sovremennye standarty. Chasti VI-VII. Lechenie apikal'nyh periodontitov v odno poseshhenie // Endodontija today. 2011. №2. S. 58-65.
7. Цепов Л. М., Сорокина Н. В. Эндопародонгальный синдром / Л.М. Цепов. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 60-64.
8. Cepov L. M., Sorokina N. V. Endoparodongal'nyj sindrom / L.M. Cepov. Zabolevaniya parodonta: vzgljad na problemu. – М.: MEDpress-inform, 2006. – С. 60-64.
9. Singh P. Endo-perio dilemma: a brief review // Dent Res J (Isfahan). 2011. Winter. №8 (1). P. 39-47.
10. Gandhi A., Kathuria A., Gandhi T. Endodontic-periodontal management of two rooted maxillary lateral incisor associated with complex radicular lingual groove by using spiral computed tomography as a diagnostic aid: a case report // Int Endod J. 2011. Jun. №44 (6). P. 574-582.
11. Abbott P. Endodontic management of combined endodontic-periodontal lesions // J N Z Soc Periodontol. 1998. №83. P. 15-28.
12. Nehme W. B. Elimination of intracanal metallic obstructions by abrasion using an operational microscope and ultrasonics // J Endod. 2001. May. №27 (5). P. 365-367.
13. Ling J. Q., Wei X. Nonsurgical micro-endodontics and its outcome // Shanghai Kou Qiang Yi Xue. 2006. Feb. №15 (1). P. 1-6.