

Клинический случай эндодонтического лечения корневой кисты зуба

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

Clinical case of therapeutic treatment of a tooth cyst

V.I. MITROFANOV

Резюме: Хронический апикальный периодонтит может приводить к образованию значительных дефектов костной ткани. Зуб, ставший причиной образования апикальной гранулемы или кисты, нередко приходится удалять. Нагноившаяся киста может стать причиной развития абсцесса или флегмоны тканей челюстно-лицевой области и влияет на здоровье всего организма. Своевременное эндодонтическое лечение помогает избежать осложнений.

Нередко корневая киста обнаруживается при диагностике на обзорной рентгенографии (на панорамном снимке). В данной статье приводится клинический случай эндодонтического лечения корневой кисты зуба.

Ключевые слова: апикальная гранулема, корневая киста, гидроксид кальция, антимикробная резистентность, Эндофлас.

Abstract: Chronic apical periodontitis can lead to the formation of large bone defects. The tooth, which became the cause of apical granuloma or cysts, often, have to be removed. Festering cyst can cause the development of an abscess or phlegmon of tissues in maxillofacial area and affect the health of the body. Timely endodontic treatment helps to avoid complications.

The root cyst is often found in the diagnosis on the panoramic radiographs. This article provides a clinical case of endodontic treatment of a radicular cyst of the tooth.

Key words: apical granuloma, radicular cyst, calcium hydroxide, antimicrobial resistance, Endoflas.

Актуальность

Корневая киста зуба – одно из образований воспалительного характера, представляющее собой плотную соединительнотканную капсулу, изолирующую инфекционный очаг от здоровой кости. Название «киста» происходит от греческого слова *kystis* – «пузырь, капсула». Наиболее частая локализация кисты зуба – область верхушки корня. Наличие кисты определяет заболевание, при котором в организме образуется патологическая полость с плотными стенками, заполненная чаще всего жидким или кашицеобразным содержимым (погибшими клетками, бактериями и т. п.). Стенка кисты состоит из тонкого слоя клеток эпителиального происхождения. Образование кисты зуба является защитной реакцией организма на размножение бактерий в системе корневого канала зуба. Из кровеносных сосудов костной ткани к оболочке кисты поступают иммунные клетки организма, которые пытаются бороться с бактериями, поступающими из корневого канала.

Если очаг инфекции не лечить, то вокруг верхушки корня зуба продолжается воспалительный процесс.

Хронический очаг инфекции влияет на весь организм человека, вызывая не только общую слабость, головные боли, повышение температуры, воспаление лимфатических узлов, но и влияя на работу различных систем человека – сердца, почек, ЖКТ и др. Нередко общее болезненное состояние человека сопровождается ринитом, хроническим гаймо-

ритом; развивается периостит (флюс), при котором краснеет и сильно распухает десна; наблюдается припухлость щеки со стороны больного зуба. Обострение воспалительного процесса может вызвать переохлаждение, стресс, простуда, тяжелая физическая или умственная работа. В условиях ослабления организма (а, следовательно – и иммунитета) источник хронической инфекции в корневом канале зуба и периодонте становится главной, а порой и единственной причиной неконтролируемого размножения микроорганизмов, обострения воспалительного процесса. Нагноившаяся киста может стать причиной развития абсцесса или флегмоны тканей челюстно-лицевой области. Своевременное эндодонтическое лечение помогает избежать осложнений. Основными причинами образования кисты являются травма и инфекция. Очень часто инфекция проникает внутрь корневого канала при некачественном первичном эндодонтическом лечении зубов. Диагностический рентгенографический снимок способствует своевременной постановке диагноза и адекватного лечения.

В представленном клиническом случае описывается повторное эндодонтическое лечение выявленной у пациентки корневой кисты в области верхушки корня зуба 4.6.

Клинический случай

Пациентка N обратилась в клинику с жалобами на припухлость и болезненность при накусывании на жевательные зубы в области четвертого квадранта.

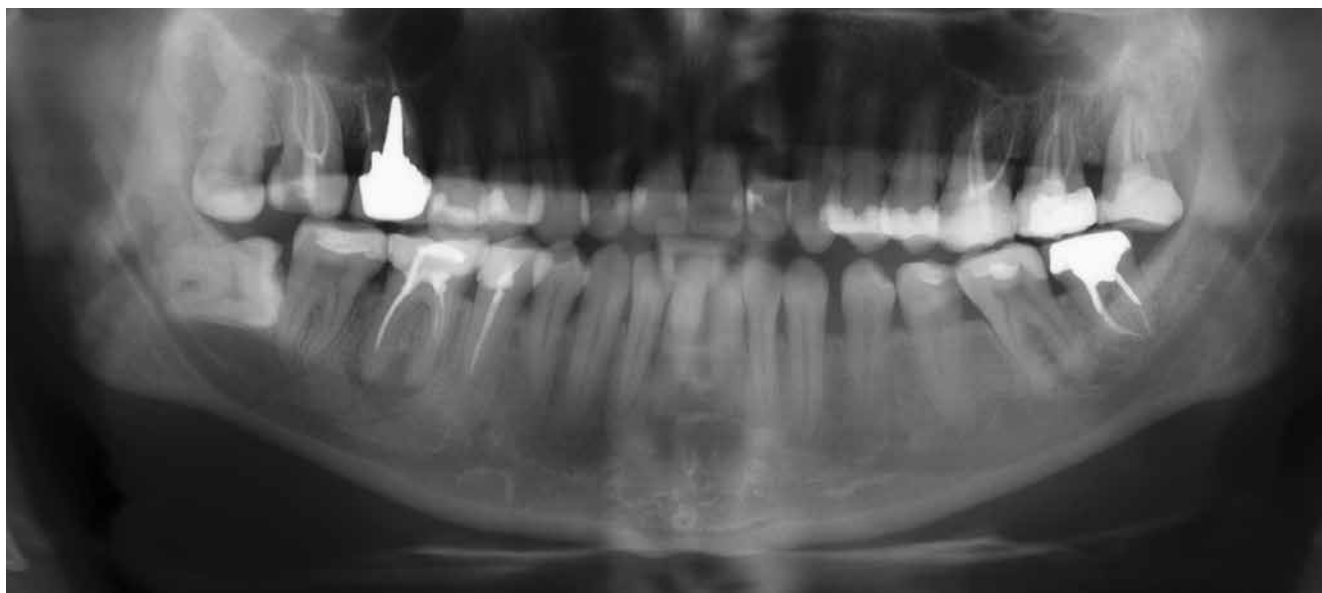


Рис. 1. Ортопантомограмма пациентки N

Дата осмотра – апрель 2010 года. При рентгенографической диагностике на ортопантомограмме пациентки (рис. 1) четко обнаруживалась достаточно значительная деструкция костной ткани в области корней зуба 4.6. Поставлен диагноз «периапикальный абсцесс с полостью зуба 4.6».

Была оценена степень проходимости корневых каналов, учтено отсутствие трещин корня зуба и принято решение провести повторное эндодонтическое лечение, попытаться сохранить зуб 4.6.

При эндодонтическом лечении произвели антибактериальную обработку системы каналов, определили рабочую длину (рис. 5).

Произвели инструментальную и ирригационную антибактериальную очистку корневой системы каналов с применением УЗВ и гипохлорида натрия.

Для пролонгированной антибактериальной обработки инфицированной системы каналов корней использовали временное их заполнение биосовместимым нетоксичным противомикробным средством на основе водного раствора гидроксида кальция на две недели, закрывая препарируемую полость временной пломбой. Известен широкий спектр бактерицидной активности гидроксида кальция (повреждение цитоплазматической мембраны бактериальной клетки, денатурация белков, повреждение микробной ДНК и др.), препарат обладает тканевой растворимостью, кровоостанавливающим действием, тормозит резорбцию тканей зуба, стимулирует процессы репарации кости. Препарат гидроксида кальция благодаря слабой водорастворимости и диффузии, высокому pH уничтожает бактерии, локализующиеся в дентинных канальцах, труднодоступных анатомических образованиях, в том числе в полости кисты.

Через две недели удалена временная пломба зуба, произведена замена гидроксида кальция материалом «Эндофлас», обладающим выраженным антибактериальным эффектом. Материал оставили в каналах на четыре недели, зуб покрыли временной коронкой.

В состав лекарственного препарата для пломбирования каналов «Эндофлас» (Endoflas FS, лабора-

тория Sanlor, Колумбия, создатель – доктор Флавио Сантандер, 1965 г.) входят оксид цинка (56,5%), сульфат бария (1,63%), йодоформ (40,6%), гидроксид кальция (1,07%), эвгенол и пентахлорфенол. Цемент «Эндофлас» является лечебным материалом для пломбирования корневых каналов и антибактериальной терапии в области периодонта (при хронических периодонтитах, при кистах и гранулемах). В комплект «Эндофлас» входят порошок, жидкость и акселератор.

После внесения препарата ни болевых ощущений, ни осложнений у пациентки не наблюдалось.

Через четыре недели принято решение о пломбировании корневого канала термопластифицированной гуттаперчей.

Ситуация через два года оптимистична (рис. 8.). Пациентке рекомендовано продолжить динамический рентгенологический контроль.

Таким образом, успешное повторное эндодонтическое лечение зуба 4.6 стало возможным благодаря комплексному диагностическому обследованию (рентгенологическому контролю и обнаружению патологического очага); работе с электронным микроскопом; возможности доступа в корневые каналы для лечебных манипуляций; тщательной антибактериальной обработке инфицированных каналов с использованием высокоэффективных антибактериальных средств гидроксида кальция и «Эндофласа», обладающих стимулирующими свойствами в отношении репаративных процессов в костной ткани.

Поступила 07.02.2012

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



Рис. 2. Зуб 4.6 подготовлен к лечению – зафиксирован коффердам (09.04.2010)

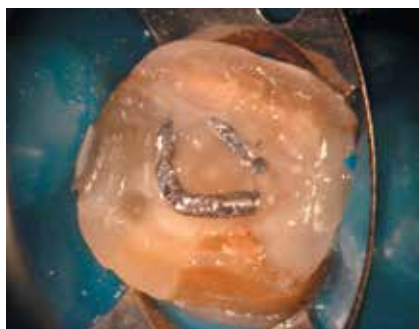


Рис. 3. После горизонтального сошлифовывания верхней поверхности коронки зуба была обнаружена «толстая металлическая скрепка»

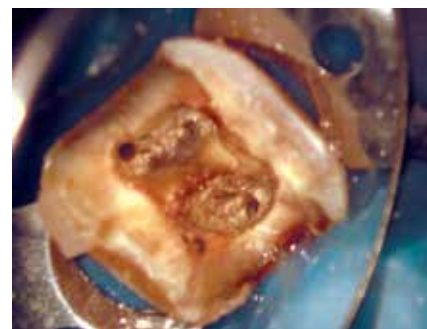


Рис. 4. После препарирования зуба извлекли металлические составляющие, удалили пломбировочный материал



Рис. 5. На этапе определения рабочей длины



Рис. 6. Внесен препарат «Эндофлас» (06.05.2010)



Рис. 7. Корневые каналы зуба 4.6 запломбированы термопластифицированной гуттаперчей, для восстановления зуба будет применена культевая вкладка



Рис. 8. Контрольный снимок через два года после лечения

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Петрикас А. Ж. Пульпэктомия. – М.: АльфаПресс, 2006. – 300 с.
Petrikas A. Zh. Pul'pjektomija. – M.: Al'faPress, 2006. – 300 s.
- Abdullah M., Yuan-Ling N., Moles D., Spratt D. Susceptibilities of two Enterococcus faecalis phenotypes to root canal medications // J Endod. 2005. №31 (1). P. 30-36.
- Basrani B., Santos J.M., Tjäderhane L. et al. Substantive antimicrobial activity in chlorhexidine-treated human root dentin // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002. Aug. №94 (2). P. 240-245.
- Cwikla S., Belanger M., Giguere S., Vertucci F. Dentinal tubule disinfection using three calcium hydroxide formulations // J Endod. 2005. V. 31. №1. P. 50-52.
- Ercan E., Ozekinci T., Atakul F., Gül K. Antibacterial activity of 2% chlorhexidine gluconate and 5,25% sodium hypochlorite in infected root canal: in vivo study // J Endod. 2004. Feb. №30 (2). P. 84-87.
- Ramar K., Mungara J. Clinical and radiographic evaluation of pulpectomies using three root canal filling materials: an in-vivo study // J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2010. Jan-Mar. №28 (1). P. 25-29.
- Sathorn C., Parashos P., Messer H. Antibacterial efficacy of calcium hydroxide intracanal dressing: a systematic review and meta-analysis // Int Endod J. 2007. Jan. №40 (1). P. 2-10.
- Shuping G. B., Orstavik D., Sigurdsson A., Trope M. Reduction of intracanal bacteria using nickel-titanium rotary instrumentation and various medications // J Endod. 2000. Dec. №26 (12). P. 751-755.
- Siqueira J. F., Paiva S. S., Rôças I. N. Reduction in the cultivable bacterial populations in infected root canals by a chlorhexidine-based antimicrobial protocol // J Endod. 2007. May. №33 (5). P. 541-547.