

Клинический случай повторного эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита зубов 4.7 и 4.8 у пациента 73 лет

С.Н. ГРОМОВА, к.м.н, врач-стоматолог стоматологической клиники «Идеал», г. Кирово-Чепецк

Clinical case retreatment of teeth 4.7 and 4.8 in a patient of 73 years for chronic granulomatous periodontitis

S.N. GROMOVA

Резюме

В статье рассматривается случай лечения хронического периодонтита у пациента 73 лет. После обследования был поставлен диагноз «хронический апикальный периодонтит зубов 4.7 и 4.8». План лечения был согласован с пациентом. Описан весь ход проводимого лечения. Получен положительный результат через три года после проведенного лечения, что подтверждено рентгенологически.

Ключевые слова: повторное эндодонтическое лечение, хронический периодонтит, визиограмма, гипохлорит натрия.

Abstract

In this paper we consider the case of treatment of chronic periodontitis in a patient of 73 years. After the examination the diagnosis was «chronic apical periodontitis of teeth 4.7 and 4.8». The treatment plan was agreed with the patient. The entire course of treatment is described. A positive result after three years of treatment was confirmed radiographically.

Key words: repeated endodontic treatment, chronic periodontitis, repeated canal filling, radiogram, sodium hypochlorite.



С.Н. ГРОМОВА

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинику обратился пациент 73 лет с жалобами на разрушение жевательной группы зубов 4.7, 4.8. Болей и жалоб на данные зубы нет. Пациент пользуется частично съемным протезом. Учитывая, что у него много зубов отсутствуют, в данный момент пациент желал сохранить оставшиеся зубы 4.7, 4.8. Пациент обращался по многим клиникам, но ему предложили удалить данные зубы и изменить конструкцию протеза. При обращении в нашу клинику: на основании жалоб, осмотра, анамнеза, дополнительных методов обследования, поставленного диагноза пациенту был предложен план и мотивации на необходимые этапы лечения; после получения информированного утвердительного согласия

пациенту оказано адекватное лечение.

Первое обращение в клинику пациента (27.09.2007) и первичная консультация.

Из анамнеза со слов пациента: данные зубы неоднократно были пролечены. Но через определенный промежуток времени пломбы выпадали. Пациент же хотел бы сохранить данные зубы.

1. При осмотре пациента было выявлено следующее:

Коронки зубов 4.7 и 4.8 розово-грязного цвета, что соответствует предположению о проведенном ранее лечении с использованием резорцин-формалинового метода; остатки старого пломбировочного материала, кариозные полости, выполненные размягченным пигментированным дентином. Зон-

дирование дна полости зубов и в области проекции устьев каналов безболезненно. Перкуссии вертикальная и горизонтальная – отрицательны. Зубы – неподвижны. Слизистая оболочка вокруг зубов – бледно-розового цвета. Корни зуба оголены на 1-1,5 мм, но область фуркации не видна.

2. Пациенту была сделана визиограмма.

По результатам анализа визиограмм (рис. 1, 2) от 27.09.2007 определяются:

- Расширение периодонтальной щели у верхушек корней зубов 4.7 и 4.8.

- Наличие рентгеноконтрастного пломбировочного материала в дистальных корнях названных зубов, каналы запломбированы не на всю длину. В нижней апикальной



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

трети корней канал не прослеживается, что может говорить об облитерации. В медиальных каналах пломбировочный материал отсутствует.

- Вокруг медиального и дистального корней зуба 4.7 очаги разрежения кости с нечеткими границами.

- На зубе 4.8 у медиальных корней также очаг разрежения кости с неровными краями.

3. Постановка диагноза.

На основании анамнеза, осмотра и анализа визиограмм был поставлен диагноз «хронический апикальный периодонтит зубов 4.7; 4.8».

4. Предложенный пациенту план лечения.

- Снятие остатков пломбировочного материала с зубов 4.7 и 4.8.

- Снятие пломбы с зубов 4.7 и 4.8; распломбировка каналов зубов 4.7 и 4.8; механическая и медикаментозная обработка каналов с их последующим заполнением препаратом гидроксида кальция на две-три недели.

- Пломбирование каналов зубов 4.7 и 4.8 с восстановлением коронковой части с помощью металлических штифтов «Юниметрик» и композитным пломбировочным материалом.

- Анализ контрольных рентгенограмм через два-три месяца, год и два года после эндодонтического лечения. В случае положительной рентгенологической динамики – покрытие зубов литыми металлическими коронками и замена частично съемного протеза.

5. Обсуждение плана лечения с пациентом.

После консультации и предложенного плана лечения, оценки его приблизительной стоимости, пациент принял решение о проведении данного метода. Альтернатива была в удалении зубов и продлении базиса существующего протеза с добавлением на нем двух зубов.

Также пациент был проинформирован о том, что он никак не ограничен в праве проконсультироваться у нескольких врачей в различных клиниках и выбрать тот план лечения, который он считает оптимальным.

1. Второе обращение пациента в клинику (визит 09.10.2007). Начало этапа лечения.

Пациент принял решение о начале лечения, план которого был ему предложен ранее. (Учитывая возможные сложности при прохождении каналов ранее леченных зубов и их распломбировании прием был запланирован на два часа).

- Снятие ранее поставленной пломбы с зуба 4.7.

- Были обнаружены устья каналов и расширены ручными стальными К-файлами, промыты препаратом гипохлорит натрия 0,5% теплым раствором. Дистальный канал удалось распломбировать на верхнюю треть. Каналы были заполнены препаратом «Витапекс». Полость была закрыта временным пломбировочным материалом «Септопак». Пациент отпущен домой на 10 дней.

III. Третье обращение пациента в клинику (визит 19.10.2007) Этап лечения: второе посещение.

- Удалена временная повязка из «Септопак» с зуба 4.7.

- Каналы промыты раствором гипохлорита натрия и системой Sonic Air.

- Корневой канал запломбирован АН+ с гуттаперчевыми штифтами, методом латеральной конденсации, и сделан контрольный снимок (рис. 3).

- Наложена временная повязка из материала «Септопак».

IV. Четвертое обращение пациента в клинику (визит 21.10.2007). Этап лечения: третье посещение.

- Удалена временная повязка из «Септопак» с зуба 4.7.

- Дистальный канал зуба 4.7 распломбирован на глубину погружения металлического штифта «Юниметрик» (1/3 глубины канала), сделан контрольный снимок.

- Штифт укреплен на материал двойного отверждения «Максцем» (рис. 4).

- Проведена реставрация композитным материалом «Геркулайт».

V. Пятое обращение пациента в клинику (визит 23.10.2007). Этап лечения: четвертое посещение.

- Сняты остатки пломбировочного материала с зуба 4.8.

- Найдены устья каналов зуба.

- Расширены каналы с помощью ручного К- и Н-файлов.

- Каналы промыты 0,5% теплым раствором гипохлорита натрия и системой SONIC AIR.

- Запломбированы АН+ с гуттаперчевыми штифтами, методом латеральной конденсации и сделан контрольный снимок (рис. 5).



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

VI. Шестое обращение пациента в клинику (визит 25.10.2007). Этап лечения: пятое посещение.

- Удалена временная повязка из «Септопак» с зуба 4.7.
- Дистальный канал зуба 4.8 распломбирован на глубину погружения металлического штифта «Юниметрик» (1/3 глубины канала), сделан контрольный снимок.
- Штифт укреплен на материал двойного отверждения «Максцем»
- Проведена реставрация композитным материалом «Геркулайт».

После этого пациент в нашу клинику не обращался. Мы надеялись, что у него нет проблем. Он приводил в нашу клинику на лечение свою дочь, но сам не обращался с жалобами или на осмотр. На телефонные звонки администратора не отвечал.

VII. Новый визит пациента в клинику. Август 2010 года.

Пациент появился с очередными проблемами вновь, но на этот раз он не пошел в другие клиники на консультации. А был уже август 2010 года.

Конечно, сделаны контрольные снимки и были приятно удивлены. Представляем визиографию, проведенную в 2010-м и в 2011 годах (рис. 6, 7). Пациент жалоб не имеет. И теперь с удовольствием приводит всю свою семью на лечение в нашу клинику.

Анализ клинического случая и выводы о причинах развития осложнений лечения и протезирования

- В течение многих лет с момента первого обращения пациента к стоматологу предыдущее

лечение проводилось резорцин-формалиновым методом, что не привело к хорошей мумификации девитализированной пульпы, а только инфицировало периапикальные ткани продуктами распада.

- Следует отметить, что желая сохранить зубы, пациент обошел не одну клинику – как частную, так и государственную. И везде ему предлагали зуб удалить, больше ориентируясь на его возраст.

– В ходе лечения, проведенного в нашей клинике, степень доверия пациента к доктору повышалась, а оценка предыдущего лечения снижалась.

- Перед лечением мы проанализировали ситуацию. Установили все причины неудачи предыдущего лечения. Только при устранении всех причинных факторов возможно успешное повторное лечение.

– На основании клинической картины, анамнеза и данных рентгенографического (визиографического) обследования причинами апикального периодонтита зубов 4.7 и 4.8 можно было посчитать следующие: недостаточная медикаментозная и инструментальная обработка каналов, недостаточно плотное пломбирование корневых каналов.

- В ходе повторного лечения не все предполагаемые причины неудачи ранее проведенного лечения нашли подтверждение:

- По всей видимости, дезинфекция каналов во время предыдущего лечения была проведена не достаточно тщательно.

- В остальном предположения о причинах неудачи предыдущего лечения подтвердились.

Выводы

1. Лечение удалось провести, практически не отклоняясь от первоначального плана. Манипуляции и сроки не отличались от предложенных пациенту.

2. Результат лечения подтвердил правильность выводов о неудачах предыдущего лечения. Негативный опыт предыдущего лечения несколько повлиял на отношение пациента к лечению как таковому. Некоторая настороженность в оценках и ожиданиях прослеживалась на протяжении всего срока лечения. Однако пациент практически полностью был удовлетворен результатом лечения.

3. С профессиональной же точки зрения, эффективно вылечить хронический апикальный периодонтит в плохо проходимых каналах довольно сложно, учитывая возраст пациента.

4. Повторное эндодонтическое лечение и протезирование в случаях, подобных рассматриваемому, требует высокой степени согласованности в действиях терапевта-стоматолога и ортопеда-стоматолога, поскольку многие ортопедические и терапевтические манипуляции проводятся последовательно.

5. Важна роль практического опыта специалиста, участвующего в лечении, в постановке диагноза, анализе причин неудачи прошлого лечения и разработке плана повторного лечения.



Рис. 7

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Н. Е., Леонова Е. В. Опыт повторного эндодонтического лечения зубов с плохим прогнозом на успех // Эндодонтия Today. 2003. №1-2.

Abramova N. E., Leonova E. V. Opyt povtornogo jendodonticheskogo lechenija zubov s plohim prognozom na uspeh // Endodontija Today. 2003. №1-2.

2. Боровский Е. В. Клиническая эндодонтия. – М., 1999. – 175 с.
Borovskij E. V. Klinicheskaja jendodontija. – М., 1999. – 175 с.

3. Иоффе Е. Краткое руководство по клинической эндодонтии // Новое в эндодонтии. 1997. №3. С. 72-98.

Ioffe E. Kratkoe rukovodstvo po klinicheskoy jendodontii // Novoe v endodontii. 1997. №3. S. 72-98.

4. Мамедова Л. А. Искусство эндодонтии. – М., 2005. – 120 с.

Mamedova L. A. Iskusstvo endodontii. – М., 2005. – 120 с.

5. Петрикас А. Ж. Пульпэктомия. – Тверь, 2000 – 368 с.

Petrikas A. Zh. Pul'pjektomija. – Tver', 2000 – 368 s.

Поступила 26. 10. 2011

Координаты для связи с автором:
613044, Кировская обл.,
г. Кирово-Чепецк,
ул. А. Некрасова, д. 29/3

**XXVI Всероссийская научно-практическая конференция
«Совершенствование стоматологической помощи населению Российской Федерации». Радиологический симпозиум «Возможности цифровых методов лучевой диагностики в повышении качества лечения и профилактики стоматологических заболеваний»**

Фрагменты выступлений по теме «Возможности цифровых методов лучевой диагностики в повышении качества эндодонтического лечения»



28 сентября 2011 года в Москве в рамках XXVI Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование стоматологической помощи населению Российской Федерации» в «Крокус Экспо» состоялся симпозиум «Возможности цифровых методов лучевой диагностики в повышении качества лечения и профилактики стоматологических заболеваний». Руководители – д.м.н., проф. Чибисова М. А., соруководители – проф. Фадеев Р. А., проф. Трутьев В. П., проф. Аржанцев А. П.

Представляем фрагменты нескольких выступлений, темы которых напрямую связаны с возможностями циф-

ровых методов лучевой диагностики в повышении качества эндодонтического лечения.

1. Рогацкий Д. В. «Конусно-лучевая компьютерная томография – артефакты, искажения, ошибки интерпретации». (В тексте здесь и ниже используется аббревиатура КЛКТ)

Термином «артефакт» обозначают видимые на томограмме фиктивные объекты или структуры, не существующие в действительности или не имеющие отношения к исследуемой области.

– Динамические искажения, возникающие из-за движения пациента в процессе съемки, – наиболее частая

причина нерезкости конечного изображения на томограмме. В тяжелых случаях, когда имеется значительное смещение объекта съемки, на томограмме наблюдается удвоение структур; их контуры выглядят размазанными, нечеткими, что лишает исследование достоверности.

– Зона повышенного контрастирования. В зоне сканирования оказываются металлические предметы, такие как искусственные коронки, мостовидные протезы, внутрикостные имплантаты и др. При прохождении луча через исследуемую область они не только ослабляют излучение, но и играют роль отражающего экрана –