

Тактика лечения радикулярной кисты, расположенной в области зуба, имеющего сложное анатомическое строение (зуб в зубе)

А.М. ПАНИН, зав. кафедрой

Г.В. МКРТЧЯН, асп. кафедры

И.Н. ВЬЮЧНОВ, асп. и старший лаборант кафедры

Е.А. САНИСАЛОВ, студент

Кафедра факультетской хирургической стоматологии и имплантологии
Московский государственный медико-стоматологический университет

Treatment approach of the radicular cyst located at the apex of the tooth with adifficult anatomical structure (dens in dente)

A.M. PANIN, G.V. MKRTCHYAN, I.N. VYUCHNOV, E.A. SANISALOV

Резюме

Хирургическое вмешательство является приоритетным в лечении корневых кист. Однако данное лечение неэффективно в случаях, когда радикулярная киста расположена в области зуба со сложной анатомической структурой – «зуб в зубе».

Внутреннее врастание структур зуба (dens invaginatus) или присутствие зубного органа внутри зуба (dens in dente) редко встречаются в практике врача-стоматолога.

Зубы с данным анатомическим строением содержат участки эмали, врастающие внутрь пульпарной камеры и иногда – в область корневого канала. Основная проблема заключена в нехватке информации о лечении патологии. Атипичное строение корневых каналов нередко ставит барьеры перед качественным эндодонтическим лечением.

Качество хирургического лечения в основном зависит от консервативной терапии корневых каналов. Для наиболее оптимального лечения данной патологии были разработаны наилучшие методы диагностики и лечения. Этап диагностики состоял из визиографического исследования и конусно-лучевой томографии. Этап лечения состоял из консервативного лечения (с применением операционного микроскопа) и хирургического (с резекцией верхушки корня, ретроградным препарированием и пломбированием).

Ключевые слова: радикулярная киста, зуб в зубе, сложное анатомическое строение каналов, операционный микроскоп, ретроградное препарирование и пломбирование.

Abstract

Radicular cyst treatment mostly requires surgical approach. But there are cases where this method is not effective for example when the radicular cyst is present at the apex of the anatomically difficult configuration of the «dens in dente» tooth.

Ingrowths of the tooth structures (Dens Invaginatus) or the anatomical type of the «tooth inside the tooth» («dens in dente») is the tooth organ development disorder and rarely met on the daily basis.

Teeth with such anatomical structure have parts of dentin and enamel that grow into the pulp chamber and sometimes into the apical part of the tooth. The main problem in treating this pathology is the lack of the information about. Atypical anatomical variety of root canal configuration creates difficulties for a quality endodontic treatment.

Quality of the surgical treatment mostly depends on the quality of the endodontic treatment. In order to solve the problem in treating this pathology, new approach of treatment and diagnostics were developed. The diagnostics was carried out using digital radiography and cone beam computer tomography.

Treatment consisted of two parts: conventional (using dental operating microscope) and surgical with apical tip resection and retrograde preparation and obturation.

Key words: radicular cyst, dens in dente, difficult anatomical root canal configuration, operating microscope, retrograde preparation and obturation.

Лечение радикулярных кист в основном заключается в хирургических методах. Но бывают случаи, когда подобный

подход не является эффективным, например при радикулярной кисте, расположенной в области зуба, имеющего сложное анатомическое

строение («зуб в зубе»). Внутреннее врастание зуба (dens invaginatus), или анатомическое строение «зуб в зубе» (dens in dente), является

патологией развития зубного органа и редко встречается в практике врача-стоматолога. Зубы с данным анатомическим строением содержат участки дентина и эмали, врастающие внутрь пульпарной камеры, корень зуба и иногда в апикальную часть. Кардинальной проблемой в лечении данной патологии является нехватка достаточной информации о патологии «зуб в зубе». Сложность также заключается в качественном эндодонтическом лечении, по причине наличия нескольких каналов, имеющих атипичное положение, что создает проблемы в визуализации. От качественного эндодонтического лечения зависит результат хирургического лечения. Для решения данной проблемы была разработана тактика диагностики и лечения данной патологии. Диагностика производилась при помощи прицельной рентгенографии и применении 3D-томографии. Осуществлялось консервативное (с применением операционного микроскопа) и хирургическое лечение (цистэктомия с резекцией верхушки корня 2.2 зуба).

Клиническая картина

Пациентка М., 25 лет, была направлена в клинику кафедры факультетской хирургической стоматологии и имплантологии с диагнозом «радикулярная киста 2.2 зуба». Жалоб нет, киста в области верхушки корня 2.2 зуба обнаружена случайно при рентгенологическом исследовании. Общее состояние удовлетворительное.

Местный статус: при осмотре полости рта незначительная деформация челюсти в проекции корня 2.2 зуба, при надавливании на нее прогибается (симптом Рунге-Дююитрена – податливость кортикальной пластинки), слизистая оболочка в проекции кисты не изменена в цвете (рис. 4).

Дополнительные методы обследования

Ортопантомограмма (рис. 5).

Определяется разрежение костной ткани в области верхушки корня зуба 2.2 с четкими границами округлой формы.

Прицельная рентгенография зуба 2.2 (рис. 6). Коронка зуба 2.2 интактна. Пульповая ка-

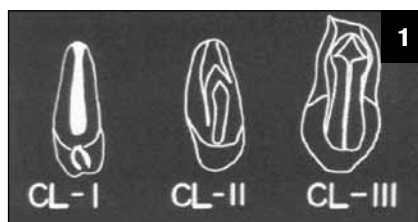


Рис. 1. Классификация аномалии «зуба в зубе»

I – врастание эпителиальных клеток эмалевого органа с образованием перфорирующего канала до эмалево-дентинной границы;

II – врастание эпителиальных клеток эмалевого органа с образованием перфорирующего канала с разрушением эмалево-дентинной границы, но без сообщения с полостью пульпы;

III – врастание эпителиальных клеток эмалевого органа с образованием перфорирующего канала, сообщающегося с полостью пульпы.

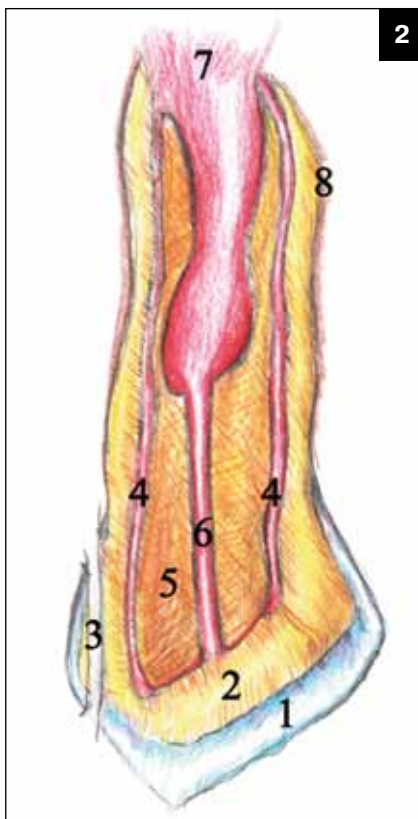


Рис. 2. Схема строения «зуба в зубе»

- 1 – эмаль зуба 2.2
- 2 – дентин зуба 2.2
- 3 – перфорирующий канал
- 4 – латеральные каналы зуба 2.2 с витальной пульпой
- 5 – внутренний зуб
- 6 – канал внутреннего зуба
- 7 – верхушка зуба 2.2
- 8 – цемент зуба 2.2



Рис. 3. Гистологический микропрепарат «зуба в зубе»

1 – дентин зуба содержащего внутренний зуб

2 – дентин инвагинированного зуба

3 – ткань пульпы

4 – коллагеновые волокна

5 – капилляры

6 – клетки пульпы (одонтобласты, фибробласты, макрофаги, плазмоциты, недифференцированные клетки)



Рис. 4. Местный статус



Рис. 5. Ортопантомограмма



Рис. 6. Прицельная рентгенография

мера почти вся заполнена образованием, по рентгеноконтрастности идентичным дентину зуба. В центре образования имеется канал. В области верхней трети корня имеется разрезание дентина с четкими границами округлой формы, сообщающейся с тремя каналами зуба 2.2. У верхушки корня зуба 2.2 имеется разрезание костной ткани с четкими границами округлой формы в диаметре 12,8 мм.

Компьютерная томография (рис. 7, 8). У верхушки корня зуба 2.2 имеется разрезание костной ткани с четкими границами округлой формы с разрушением небной кортикальной пластинки альвеолярного отростка верхней челюсти. Деформация верхней челюсти с вестибулярной стороны в области 2.2 зуба.

Лечение состоит из двух этапов:

Консервативное лечение.

Под инфильтрационной анестезией Sol. Ultracain DS 4%, 1,7 мл произведено препарирование зуба с последующим эндодонтическим лечением. Каналы запломбированы препаратом ProRoot MTA (рис. 9-11).

Хирургическое лечение. Под инфильтрационной анестезией Sol. Ultracain DS 4%, 3 мл (рис. 12) произведен разрез слизистой (рис. 13) с последующим формированием лоскута по Ошейке-Любке (Ochsenbein-Luebke) (рис. 14). Произвели компактэктомию с резекцией верхушки корня зуба 2.2, цистэктомию (рис. 15, 16). Ретроградная обработка каналов ультразвуковыми насадками с алмазным напылением (рис. 17). Ретроградное пломбирование каналов препаратом ProRoot MTA. Костный дефект заполнен остеопластическим материалом нового поколения «Индостель+» (рис. 18).

Уже через два месяца во время рентгенологического исследования определялось новообразование костной ткани, преимущественно по периферии, а в центре дефекта структура костной ткани была неоднородна, с множественными включениями различной костной плотности. Через четыре месяца после операции на рентгенограмме определяется положительная динамиче-



Рис. 7-8. Компьютерная томография

ская картина по восстановлению костной ткани после цистэктомии в области 2.2 зуба. Через шесть месяцев после операции на рентгенограмме определяется полное восстановление костной ткани после цистэктомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hulsmann M. Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis and treatment considerations // *Int Endod J.* 1997. №30. P. 79-90.
2. Kronfeld R. Dens in dente // *J Dent Res.* 1934. №14. P. 49-66.
3. Oehlers P. A. Dens invaginatus I, variations of the invagination process and associated anterior crown forms, & II associated posterior crown forms and pathogenesis // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1957. №10. P. 1302-1316. №11. P. 1251-1260.
4. Fischer C. H. Zur Frage des Dens in dente // *Deutsche Zahn-, Mundund Kieferheilkunde.* 1936. №3. P. 621-634.
5. Gustaffson G., Sundberg S. Dens in dente // *Br Dent J.* 1950. №88. P. 83-88, 111-122, 144-116.
6. Hosey M. T., Bedi R. Multiple dens invaginatus in two brothers // *Endod Dent Traumatol.* 1996. №12. P. 44-47.
7. Hasselgren G., Olsson B., Cvek M. Effects of CaOH and NaOCl on the dissolution of necrotic porcine muscle tissue // *J Endodon.* 1988. №14. P. 125-127.
8. Ferguson F. S., Friedman S., Frazzetto V. Successful apexification technique in an immature tooth with dens in dente // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1980. №49. P. 356-359.
9. Cunningham W. T., Martin H., Pelleu G. B., Stoops D. E. A com-

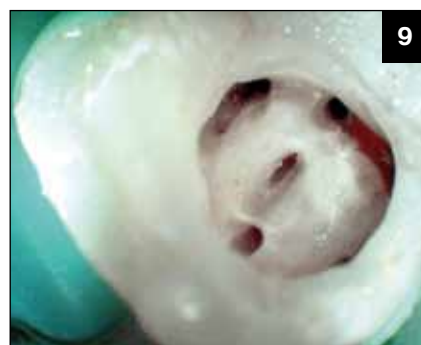


Рис. 9-11. Консервативное лечение

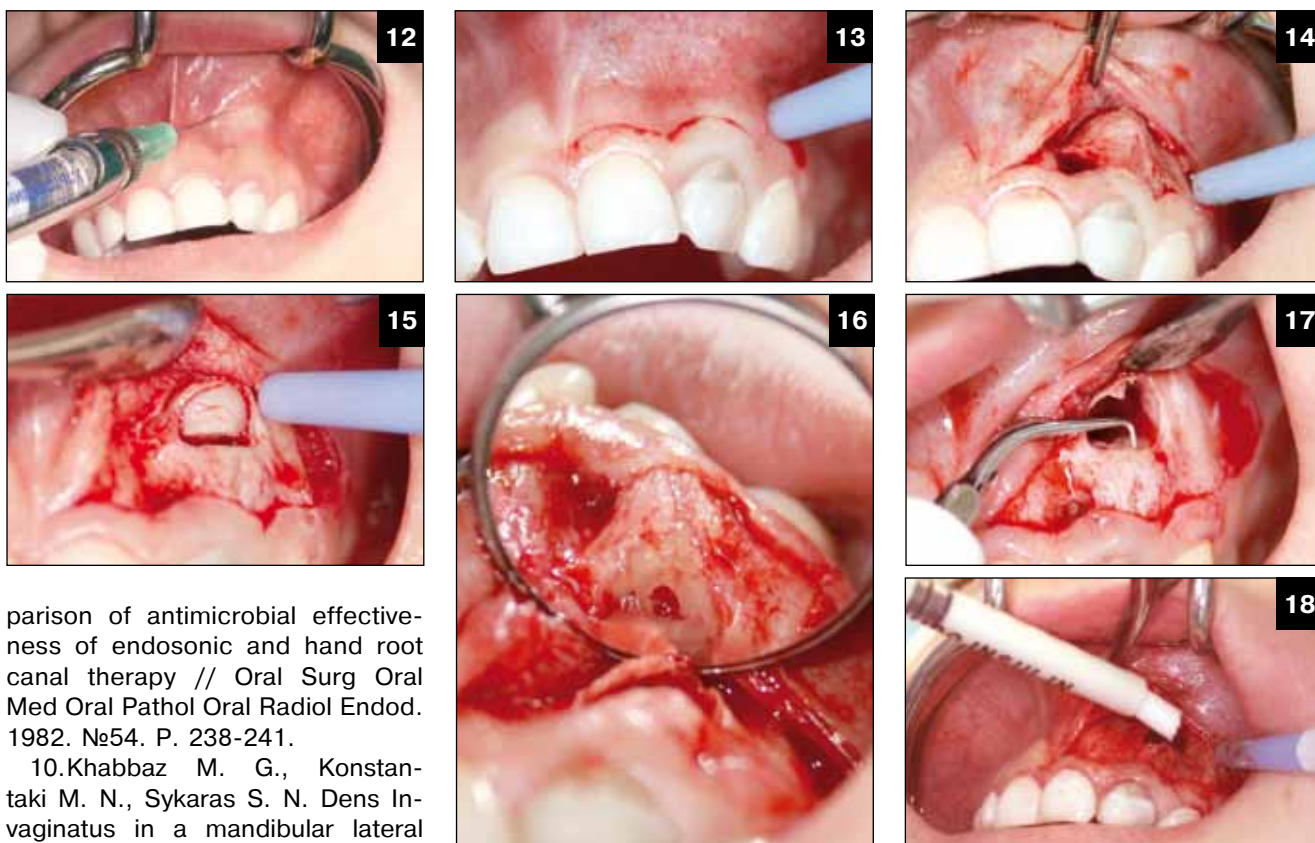


Рис. 12-18. Хирургическое лечение

parison of antimicrobial effectiveness of endosonic and hand root canal therapy // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1982. №54. P. 238-241.

10.Khabbaz M. G., Konstantaki M. N., Sykaras S. N. Dens Invaginatus in a mandibular lateral incisor// Int Endod J. 1995. №28. P. 303-305.

11.Rottstein I., Stabholz A., Helling I., Friedman S. Clinical considerations in the treatment of dens Invaginatus // Endod Dent Traumatol. 1987. №3. P. 249-254.

12.Girsch W. J., McClammy T. V. Microscopic removal of dens invaginatus // J Endodon. 2002. №28. P. 336-339.

13.Andreasen J. O., Munksgaard E. C., Fredebo L., Rud J. Periodontal tissue regeneration including cementogenesis adjacent to dentin-bonded retrograde composite fillings in humans // J Endodon. 1993. №19. P. 151-153.

14.Sottosanti J. Calcium sulfate, a biodegradable and biocompatible barrier for guided tissue regeneration // Compendium. 1992. №13. P. 226-228, 230, 232-234.

15.Pecora G., De Leonardi D., Ibrahim N., Bovi M., Cornolini R. The use of calcium sulphate in the surgical treatment of a «through and through» periradicular lesion // Int Endod J. 2001. №34. P. 189-197.

Поступила 15.09.2010

Координаты для связи с авторами:
endoview@gmail.com
Иван Вьючнов

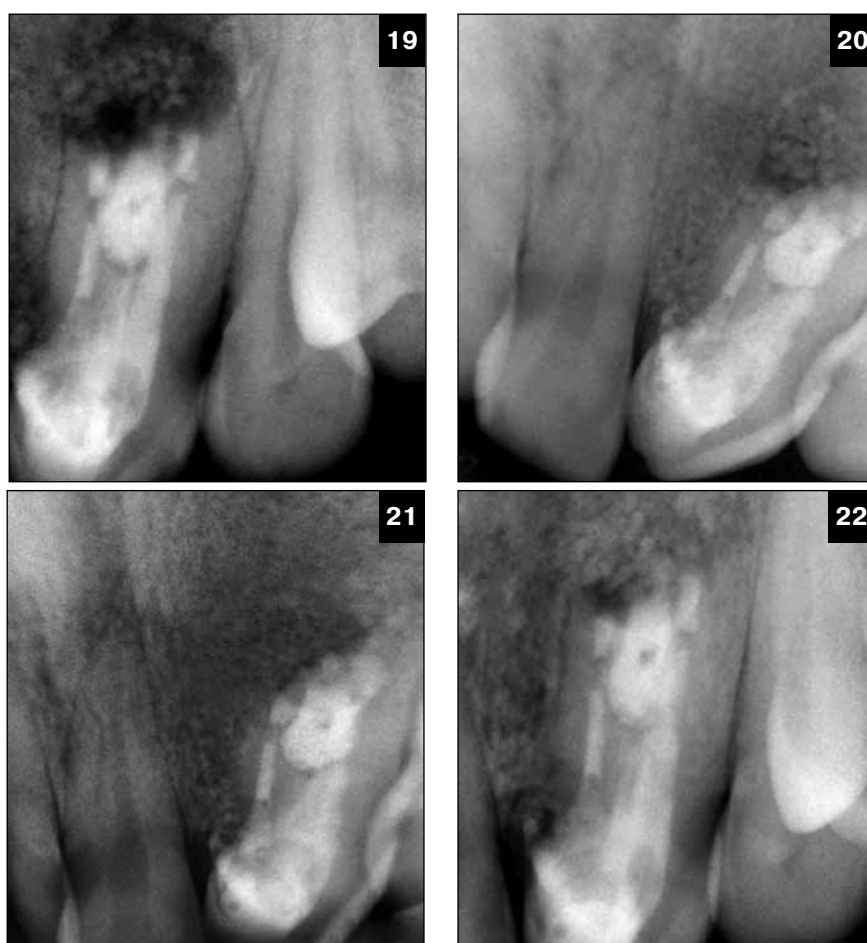


Рис. 19-22. Прицельная рентгенография в первые сутки (19), через 2 месяца (20), через 4 месяца (21) и через 6 месяцев (22) после операции