

Консервативное лечение апикальной гранулемы. Клинический случай

И.М. РАБИНОВИЧ*, д.м.н., проф., зав. отделом

И.В. КОРНЕТОВА**, ведущий стоматолог

*Отдел терапевтической стоматологии ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава РФ»

**Международный медицинский центр СОГАЗ, г. Санкт-Петербург

Conservative treatment of apical granuloma. Clinical case

I.M. RABINOVICH, I.V. KORNETOVA



И.М. РАБИНОВИЧ



И.В. КОРНЕТОВА

Резюме: Сегодня увеличилось число обращений пациентов в клинику с целью лечения и сохранения зубов. Возможность консервативного лечения осложнений кариеса появилась на клиническом приеме сравнительно недавно благодаря новым методикам, а также инструментам и материалам в эндодонтии. Этапность лечения, его четкий алгоритм, правильное применение тех или иных инструментов при лечении каналов – это то, что значительно влияет на исход лечения. Цель рассматриваемого клинического случая – показать правильное применение новых методик при повторном эндодонтическом лечении. Опыт авторов свидетельствует о положительных ближайших результатах повторного эндодонтического лечения.

Ключевые слова: повторное эндодонтическое лечение, внутриканальная диагностика, алгоритм эндодонтического лечения, машинная обработка каналов инструментом реципрок, ирригация каналов, ультразвук в эндодонтии, микроскоп.

Abstract: Today an increasing number of patients apply to the clinic for the treatment and saving the teeth. Possibility of conservative treatment of complicated forms of caries appeared on clinical admission relatively recently thanks to new techniques, as well as tools and materials in endodontics. Stages of treatment, its distinct algorithm, the correct application of various tools in the treatment of root canals - all this significantly affects the outcome of treatment. The purpose of the clinical case - to show the correct application of new techniques during the repeated endodontic treatment. Authors' experience indicates positive immediate outcomes of repeated endodontic treatment.

Key words: repeated endodontic treatment, intracanal diagnostics, algorithm of endodontic treatment, machine canals treatment by reciproc instrument, irrigation of canals, ultrasonic in endodontics, microscope.

При принятии решения о целесообразности повторного эндодонтического лечения необходимо понимать этапность этапов лечения, а также технические возможности врача-стоматолога на его рабочем месте. В 1994 году Европейское эндодонтическое общество разработало стандарт эндодонтического лечения, в котором определены критерии гарантированного лечения. При использовании

определенной последовательности этапов лечения происходит воздействие на микроорганизмы, предотвращение их попадания за верхушку, ликвидация очага воспаления и, как результат, восстановление костной ткани в очаге деструкции [2-5]. Соблюдение принципов комплексного подхода к эндодонтическому лечению позволяет добиться высокого качества данной процедуры. Поэтому на современном этапе удалось достичь значительных успехов при эндодонтическом ле-

чении зубов [1]. Чиликин В. Н. с соавт. (2009) акцентируют внимание на эффективной работе новых технологий при комплексном подходе, а также в сочетании с классическими эндодонтическими стандартами [7]. Появление за последние несколько лет новых технологий и материалов в стоматологии, а также возможность их применения в практической работе врача-стоматолога позволило сохранять зубы при лечении как кариеса, так и его осложнений. У врачей-стоматологов появились также знания и понимание биологических процессов, происходящих в организме. В соответствии с основной целью эндодонтического лечения (устранение внутриканальной инфекции и ее предотвращение, по данным Европейского эндодонтического общества, 2006), эндодонтическое лечение объединяет методики, созданные для поддержания здорового состояния как всей пульпы, так и ее части [5]. По данным Рогацкина Д. В. (2008) [6], Шмидт Т. А. (2009) [8], основным методом диагностики в стоматологической практике по-прежнему остается рентгенологическое исследование. Чаще всего используются на клиническом приеме ортопантомография и внутриротовая рентгенография, несмотря на то, что сегодня активно применяются и компьютерные томографы. Правильная постановка диагноза при наличии рентгеновского снимка и собранного анамнеза заболевания со слов пациента, а также возможность использования в практике современных методик и инструментов при лечении каналов в комплексе, позволили изменить традиционный подход к лечению осложненных форм кариозного процесса и сохранить зуб как функциональную единицу зубочелюстной системы. Применение микроскопа значительно повлияло на процесс диагностики, так как данный вид обследования проводится при 4-8-кратном увеличении [9]. В приведенном ниже клиническом примере рассмотрены возможности современного эндодонтического лечения.

Пациент Д. (27 лет) обратился с жалобами на периодически возникающую боль в области зубов нижней челюсти слева, на ощущение распирания в области зуба 3.6 (рис. 1), на боль при накусывании (зуб эндодонтически лечен несколько лет назад в другом стоматологическом центре). Жалобы впервые возникли год назад. Болевые ощущения усилились два с половиной месяца назад.

На диагностическом снимке в дистальном канале анкерный штифт, канал запломбирован негомогенно, периодонтальная щель равномерно расширена, медиальные каналы запломбированы на полную рабочую длину, в области верхушки медиального корня очаг деструкции с четкими границами. Перкуссия зуба болезненная. Пальпация по переходной складке слабо болезненная.

Диагноз: зуб 3.6 – хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема) по МКБ-10 – K04.5.

Проведенное лечение: под интралигаментарной анестезией Sol.Ultracaini D.S. 1,7 мл удалена пломба, механическая обработка полости доступа к пульпарной камере и анкерному штифту с помощью фиссурного алмазного бора (рис. 2) и шаровидного алмазного бора на длинной ножке

(Maizinger, Германия) (рис. 3, 4). Правильное использование боров по назначению значительно упростило удаление пломбы и создание доступа к пульпарной камере.

При удалении пломбы и обеспечении доступа к анкерному штифту извлечена часть штифта (2/3 его длины) (рис. 5).

Для более детальной работы и точного извлечения оставшейся части штифта в устьевой части канала использовали последовательно ультразвуковые насадки VDW Ultra Cavi 2, Cavi 3 (рис. 6). На всех этапах эндодонтического лечения применялся микроскоп Carl Zeiss с увеличением 0,4; 0,6.

После извлечения оставшейся части штифта в области устьев медиальных каналов обнаружена гуттаперча, в дистальном канале – пломбировочный материал для фиксации штифта в канале. Для удаления материала из дистального канала использовалась насадка Cavi1 (рис. 7а).

После применения ультразвуковой насадки Cavi1 с алмазным покрытием прибора VDW Ultra распломбирование устьевой части дистального канала проводилось стальной насадкой REDO1 в режиме REDO (рис. 8), предназначенной по своей форме и назначению для этапа распломбирования каналов.

Особенностью применения ультразвука в эндодонтии является возможность использования насадок в течение 10-20 секунд без подачи воды благодаря точной частоте колебаний ультразвуковой насадки в определенном режиме работы для избежания перегрева твердых тканей зуба.

После удаления цемента из устьевой части канала 3,25% гипохлорит натрия введен в пульпарную камеру, каналы распломбированы инструментом Reciproc R25.08 (рис. 9а, б).

В процессе распломбирования каналов проводилась обильная ирригация корневых каналов раствором паркана. После распломбирования каналов измерили рабочую длину канала с помощью апекслокатора Rapex 6 (VDW, Германия) (рис. 10а, б).

После распломбирования и прохождения медиальных каналов на полную рабочую длину было получено обильное количество гнойного отделяемого (рис. 11).

Каналы тщательно промыты гипохлоритом натрия до прекращения оттока отделяемого, на устьях каналов оставлен Cresophene (Septodont, Франция). Зуб закрыт временной пломбой.

На следующий день удалена временная пломба. Проведена окончательная механическая и медикаментозная обработка корневых каналов (2% раствор хлоргексидина биглюконата), каналы запломбированы Calasept (препарат оставлен на неделю). Поставлена временная пломба.

В последний визит удалена временная пломба. Для окончательной ирригации помимо паркана применялся 2% раствор хлоргексидина биглюконата, жидкая форма EDTA Smear Clear (SybronEndo, США), определены мастер-файлы. Каналы промыты в соответствии протоколом ирригации, высушены, запломбированы горячей гуттаперчей техникой вертикальной конденсации горячей гуттаперчи с помощью прибора BeeFill 2 in 1 в тот же визит (рис. 12).

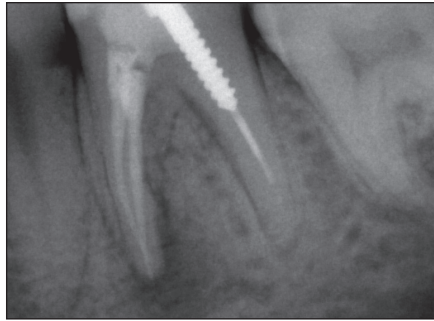


Рис. 1. Зуб 3.6. Диагностический снимок до лечения: зуб под пломбой медиально-окклюзионно без нарушения краевого прилегания, восстановлен с помощью анкерного штифта. Каналы запломбированы негетмогенно. В области медиального корня гранулема

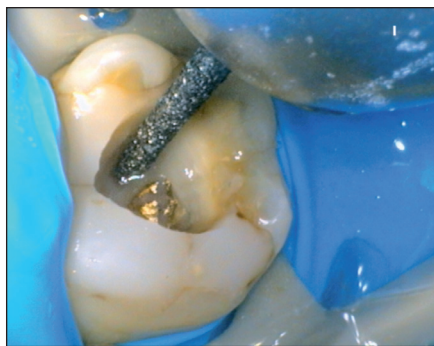


Рис. 2. Удаление пломбы и обеспечение доступа к пульпарной камере с помощью алмазного фиссурного бора

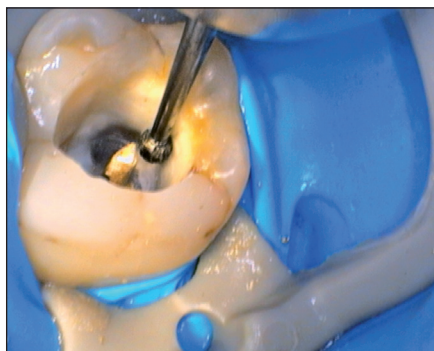


Рис. 3. Удаление пломбы и обеспечение доступа к пульпарной камере с помощью алмазного шаровидного бора на длинной ноге



Рис. 4. Обеспечен доступ к анкерному штифту

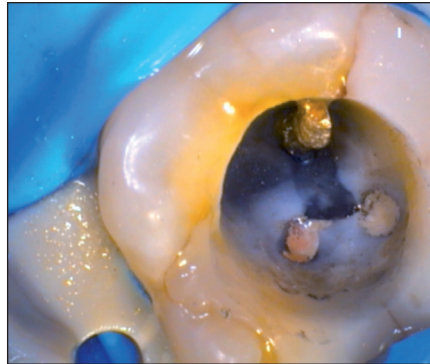


Рис. 5. В области устья дистального канала видна часть анкерного штифта



Рис. 6. Извлечение анкерного штифта с помощью ультразвуковой насадки Cavi 2 (работа непосредственно в устьевой части в режиме CAVI прибора VDW Ultra)



Рис. 7а. Обнаружена гуттаперча и остатки цемента в устьевой части дистального канала (удаление цемента ультразвуковой насадкой Cavi1)



Рис. 7б. Оставшаяся часть штифта



Рис. 8. Удаление цемента ультразвуковой насадкой REDO1

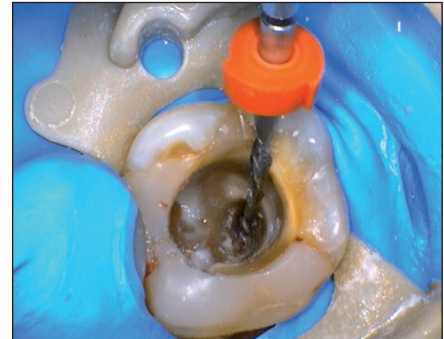


Рис. 9а. Начальный этап распломбирования каналов инструментом R 25.08



Рис. 9б. Этап распломбирования каналов



Рис. 10а,б. Измерение рабочей длины корневых каналов апекс-локатором Rarex 6



Рис. 11. Гнойное отделяемое после распломбирования и прохождения корневых каналов



Рис. 12. Окончательное пломбирование корневых каналов горячей гуттаперчей

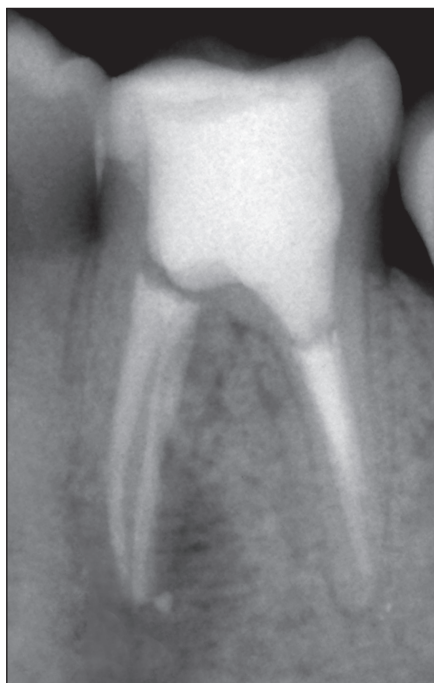


Рис. 13. Зуб 4.6 после пломбирования, каналы запломбированы гомогенно на полную рабочую длину)



Рис. 14. Контрольный снимок через 2 месяца. Уменьшение размера и интенсивности очага деструкции

Результат лечения виден на контрольном снимке, где каналы запломбированы на всю рабочую длину: отмечается уменьшение интенсивности очага деструкции. Жалоб у пациента после проведенного лечения нет (рис. 13).

Отдаленный результат представлен на рис. 14 через два месяца. Жалоб нет. Уменьшение размера очага деструкции.

На сегодняшний день качественное эндодонтическое лечение невозможно без полноценного оснащения рабочего места врача современным оборудованием, включающим в себя операционный микроскоп, эндодонтический микромотор, систему никель-титановых инструментов, апекслокатор, ультразвуковой прибор, прибор для трехмерной obturации корневых каналов, а также компьютерный 3D-томограф. Наличие данного оборудования и умение врача использовать современные технологии можно с успехом отнести к понятию высокотехнологичной эндодонтической помощи. Наш опыт свидетельствует о положительных ближайших результатах повторного эндодонтического лечения.

Поступила 29.11.2013

Координаты для связи с авторами:
119991, Москва,
ул. Тимура Фрунзе, 16
ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ
Минздрава РФ»
Отделение кардиологии и
эндодонтии

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов С. Д., Диханова В. Г., Брусова И. Е. Алгоритмы эндодонтического лечения как фактор адекватного выбора и соблюдения медицинских технологий // Эндодонтия today. 2011. №1. С. 67-71.
2. Арутюнов С. Д., Диханова В. Г., Брусова И. Е. Алгоритмы эндодонтического лечения как фактор адекватного выбора и соблюдения медицинских технологий // Эндодонтия today. 2011. №1. С. 67-71.
3. Европейское общество эндодонтии. Отчет о согласованном мнении Европейского общества эндодонтии о методических рекомендациях по эндодонтическому лечению // International Endodontic Journal. 1994. №27. С. 115-124.
4. Европейское общество эндодонтии. Отчет о согласованном мнении Европейского общества эндодонтии о методических рекомендациях по эндодонтическому лечению // International Endodontic Journal. 1994. №27. С. 115-124.
5. Европейское общество эндодонтии. Рекомендации по составлению учебного плана для курсов по эндодонтии // International Endodontic Journal. 2001. №34. С. 574-580.
6. Европейское общество эндодонтии. Рекомендации по составлению учебного плана для курсов по эндодонтии // International Endodontic Journal. 2001. №34. С. 574-580.
7. Европейское общество эндодонтии. Рекомендации по специализированному обучению в области эндодонтии // International Endodontic Journal. 1998. №31. С. 67-72.
8. Европейское общество эндодонтии. Рекомендации по специализированному обучению в области эндодонтии // International Endodontic Journal. 1998. №31. С. 67-72.
9. Показатели качества эндодонтического лечения: отчет о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества // International Endodontic Journal. 2006. №39. С. 921-930.
10. Показатели качества эндодонтического лечения: отчет о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества // International Endodontic Journal. 2006. №39. С. 921-930.
11. Рогачкин Д. В., Гиналина Н. В. Искусство рентгенографии зубов. – М., 2007. – С. 45-54.
12. Рогачкин Д. В., Гиналина Н. В. Искусство рентгенографии зубов. – М., 2007. – С. 45-54.
13. Чиликин В. Н., Овсепян А. П., Зорян А. В. Новые технологии и старые истины. Современный взгляд на эндодонтическое лечение // Кафедра. 2009. №2 (8). С. 30-31.
14. Чиликин В. Н., Овсепян А. П., Зорян А. В. Новые технологии и старые истины. Современный взгляд на эндодонтическое лечение // Кафедра. 2009. №2 (8). С. 30-31.
15. Шмидт Т. А. Диагностика и планирование лечения хронических форм верхушечных периодонтитов зубов с использованием трехмерной дентальной компьютерной томографии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006.
16. Shmidt T. A. Diagnostika i planirovanie lechenija hronicheskikh form verhushchnykh periodontitov zubov s ispol'zovaniem trekhmernoj dental'noj komp'yuternoj tomografii: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – SPb., 2006.
17. Arnold M. Visualisierung // In Hulsman M, Schafer E. Probleme in der Endodontie. – Berlin: Quintessenz Verlag, 2007.