Опыт сочетанного лечения хронического апикального периодонтита с применением оперативных методов лечения

С.Н. РАЗУМОВА, д.м.н., профессор, зав. кафедрой
Е.И. СЕЛИФАНОВА, к.м.н., доцент
А.С. МАНВЕЛЯН, к.м.н., ст. преподаватель
А.Д. ФОМИНА, ассистент
Р. АЛЬСЕХНАУИ, клинический ординатор
Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Медицинский институт
Российский университет дружбы народов, г. Москва

Experience of combined treatment of the chronic apical periodontitis implementing surgical procedures

S.N. RAZUMOVA, E.I. SELIFANOVA, A.S. MANVELJAN, A.D. FOMINA, R. ALSEKHNAUI

Резюме: **Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности сочетанного лечения хронического апикального периодонтита первых моляров нижней челюсти с применением терапевтических и хирургических методов. На кафедре пропедевтики стоматологических заболеваний РУДН был накоплен опыт сочетанного лечения хронических форм апикального периодонтита первых моляров нижней челюсти. Результаты показали, что при наличии рентгенологической картины деструктивных явлений по прошествии временного пломбирования сочетание терапевтического лечения с хирургическим позволяет значительно улучшить прогноз в отношении зуба.**

Ключевые слова: **хронический апикальный периодонтит, обтурация, эндодонтия, цистэктомия, рентгенодиагностика.**

Abstract: **The goal of the present study was to evaluate the efficacy of the combined therapeutical and surgical treatment of chronic apical periodontitis in lower first molars. The Department of Dental Propedeutics has accumulated a big experience of this kind of procedures. Results of the study have shown in case of periapical lesion presence after a period of treatment with temporary fillings combination of conservative and surgical treatment significantly increases the positive prognosis for the treated tooth.**

Key words: **chronic apical periodontititis, obturation, endodontics, cystectomy, x-ray diagnostics.**

Введение

Качество эндодонтического лечения остается актуальной и важной задачей стоматологии [11]. В отечественной и международной литературе можно встретить описание состояний, отражающих потребность в повторном эндодонтическом лечении. Некоторые авторы акцентируют внимание на состоянии периапикальных тканей на момент обращения (исходная рентгенограмма), виде пломбировочного материала в канале, результате лечения после постоянной обтурации корневого канала через один год, два и три. Наличие какого-либо из перечисленных признаков является показанием для проведения процедуры перелечивания корневого канала вне стадии обострения и перед протезированием [6, 10, 16]. Выбор тактики лечения при трудно купируемых хронических воспалительных процессах должен решаться индивидуально, поскольку доказана прямая связь между скоростью регенерации и конституциональными особенностями строения челюстно-лицевой области [1, 7, 17]. Это имеет огромное значение для пациентов, страдающих аутоиммунными воспалительными заболеваниями [13]. Многими авторами отмечается положительное действие гидроокиси кальция на состояние периапикальных тканей. В исследовании Дадовой А. Т. (2010) была показана продолжительность активного действия пасты в патологическом околокорневом очаге при хронических формах периодонтита [4]. При деструктивных формах хронического периодонтита использование гидроксида кальция [12] с пролонгированным антисептическим действием на систему корневых каналов в течение шести недель приводило к улучшению отдаленных результатов лечения и сопровождалось эффективным восстановлением костной ткани. Применение ультразвука для активации раствора гипохлорита натрия [8, 9, 13] в большинстве случаев обеспечивает редукцию рецидивов после постоянной обтурации. Помимо консервативных методов, в литературе приводится описание случаев успешного сочетанного с хирургическими методами лечения периодонтита. Существует мнение [14, 15], что операция цистэктомия с резекцией верхушки корня нередко сопряжена с техническими трудностями, в т.ч. сложностями с местным обезболиванием [5], и сопровождается рядом осложнений, что приводит к рецидиву заболевания и последующему удалению зуба. Однако ряд авторов [2,3,12], которые наблюдали пациентов в течение полутора лет,

отметили высокую эффективность лечения периапикальных корневых кист с использованием операционного микроскопа.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности сочетанного лечения хронического апикального периодонтита первых моляров нижней челюсти с применением терапевтических и хирургических методов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациентам проводилось терапевтическое лечение хронического апикального периодонтита первых моляров нижней челюсти с предварительной временной и далее постоянной обтурацией корневых каналов, в сочетании с операцией цистэктомии. Пациентов разделили на две группы в зависимости от выполненного лечения: 1 группа (n = 38) — лечение проводилось только консервативно; 2 группа (n = 42) — лечение проводилось комбинированное.

Лечение корневых каналов проводилось с изоляцией рабочего поля коффердамом. Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов сопровождалась ультразвуковой активацией раствора 5,2% гипохлорита натрия. Протокол лечения включал в себя временную и постоянную обтурацию корневых каналов с последующим рентгенологическим контролем. Операция цистэктомии в области верхушки пораженного корня зуба проводилась под проводниковой анестезией 4% раствором артикаина с эпинефрином 1:200 000 в дозировке 0,7 мл. Результаты операции оценивали по данным рентгенологического исследования через 3, 6, 9 и 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования показали, что через 3 месяца после лечения в 1-й группе отмечалось в 92% (35) случаев исчезновение признаков деструктивных процессов в периапикальных тканях, во 2-й группе рецидива заболевания не обнаруживалось. Через 6 месяцев в 1-й группе мы наблюдали прирост отрицательной симптоматики в 10,5% (4) случаев, во 2-й группе — 2% (1). Через 9 месяцев в 1-й группе — 13% (5) случаев, во 2-й группе — 4,76% (2). Через год наблюдения было установлено, что в 1-й группе процент рецидива составил 13% (5) от общего числа наблюдений, а во 2-й группе — 7% (3).

Ниже мы приводим клинический случай из 2-й группы, где проводилось комбинированное лечение, включающее эндодонтическое лечение корневых каналов с последующей цистэктомией.

Клинический случай

В клинику обратилась пациентка 25 лет, с целью коррекции пломбы в зубе 4.6 нижней челюсти справа. Со слов пациентки, зуб был лечен эндодонтически более 10 лет назад. При осмотре было выявлено, что конфигурация лица не изменена, лимфатические узлы безболезненны, не увеличены, открывание рта в полном объеме, прикус ортогнатический. При внутриротовом осмотре патологии прикрепления уздечек губ и языка не выявлено. Слизистая оболочка маргинальной десны умеренно увлажнена, бледно-розового цвета. Зубодесневое прикрепление не нарушено, уровень гигиены удовлетворительный. На окклюзионно-дистальной поверхности зуба 4.6 определяется пломба с нарушением краевого прилегания. Зуб изменен в цвете (серо-розовый), перкуссия отрицательная, патологической подвижности нет. Индекс разрушения коронковой части более 50%. Пациентка была направлена на прицельное рентгенологическое исследование (рис. 1).

На рентгенограмме: зуб 4.6 ранее лечен по поводу осложненного кариеса, дефект краевого прилегания пломбы, расширение периодонтальной щели на всем протяжении, в области апекса обширные очаги деструкции на обоих корнях, в верхней трети корневых каналов наблюдаются следы пломбировочного материала. DS: Хронический апикальный периодонтит зуба 4.6 (МКБ 04.5). В связи с объемом поражения апикальной части проведено эндодонтическое лечение зуба 4.6 с последующей цистэктомией.

Первое посещение. После составления плана лечения пациентке были сняты зубные отложения и проведена медикаментозная обработка в области зуба 4.6 с помощью щеточек и пасты Полирен №2 («ТехноДент», Россия). Под проводниковой анестезией местным анестетиком 4% раствором артикаина с эпинефрином 1:200 000 0,4 мл проведена изоляция рабочего поля с помощью коффердама. Проведено удаление старой пломбы, создан доступ к корневым каналам. Каналы распломбированы на всю длину, механически и медикаментозно обработаны раствором гипохлорита натрия 5,2% («ТехноДент», Россия) с ультразвуковой активацией. Длина корневых каналов измерена с помощью апекслокатора и подтверждена рентгенологическим исследованием. Длина дистального и медиально-щечного каналов 20 мм, медиально-язычного — 21 мм. Корневые каналы расширены по ISO:

Рис. 1. **Рентгенологическое исследование 4.6 зуба до лечения**

Рис. 2. **Состояние после цистэктомии**

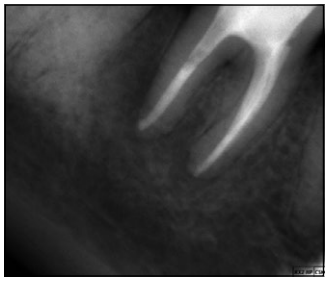

Рис. 3. **Рентгенологический контроль через 3 месяца**

Рис. 4. **Рентгенологический контроль через 9 месяцев**

дистальный канал — до 40 размера; медиально-щечный и медиально-язычный каналы — до 35 размера. Проведена повторная ирригация корневых каналов с ультразвуковой активацией раствором гипохлорита натрия 5,2%. Корневые каналы высушены с помощью жидкости для высушивания и обезжиривания твердых тканей зуба («ТехноДент», Россия), временно запломбированы нетвердеющей пастой Иодотин («ТехноДент», Россия) на 21 день. Наложена временная пломба из стеклоиономерного цемента «Полиакрилин» («ТехноДент», Россия).

Второе посещение. Жалоб нет. Снята временная пломба. Проведено снятие налета и медикаментозная обработка в области зуба 4.6 с помощью щеточек и пасты Полирен №2 («ТехноДент», Россия). Под проводниковой анестезией 4% раствором артикаина с эпинефрином 1:200 000 0,4 мл проведена изоляция рабочего поля с помощью коффердама. Снята временная пломба. Из каналов удален временный пломбировочный материал. С целью создания конусности 0,4 корневые каналы механически обработаны файлами MTwo. Проведена ирригация корневых каналов с ультразвуковой активацией раствором гипохлорита натрия 5,2%. Корневые каналы высушены, запломбированы методом латеральной конденсации, с помощью гуттаперчи и силера «Эпоксидин» («ТехноДент», Россия). Проведен рентгенологический контроль качества пломбирования. Апикальная часть дистального канала запломбирована на 1/2, для последующей установки стекловолоконного штифта. Медиально-щечный и медиально-язычный каналы запломбированы на всем протяжении. Зуб закрыт временной пломбой из стеклоиономерного цемента «Полиакрилин» («ТехноДент», Россия).

Третье посещение. Через 3 дня под проводниковой анестезией 4% раствором артикаина с эпинефрином 1:200 000 0,8 мл, на вестибулярной поверхности ультразвуковым ножом произведено откидывание слизисто-надкостничного лоскута в области зуба 4.6. Сформирован костный доступ, произведено удаление грануляционной ткани, дефект замещен костным материалом, лоскут уложен и зафиксирован швами. Проведено рентгенологическое исследование (рис. 2). Назначено повторное посещение через 14 дней. На 14 сутки после операции пациентка жалоб не предъявляла, сняты швы.

Обсуждение

При наличии на рентгенограмме деструктивных явлений рекомендуется проведение временного пломбирования в сочетании с хирургическим лечением. Это позволяет значительно улучшить прогноз в отношении данной патологии. Результаты отсроченных наблюдений (рис. 3, 4) позволяют дать благоприятный прогноз для данного случая.

Выводы

1.Доказана эффективность сочетанного лечения хронического апикального периодонтита первых моляров нижней челюсти с применением терапевтических и хирургических методов.

2.Применение хирургического метода лечения в сочетании с терапевтическим показало меньший процент рецидива, что является важным в прогнозировании результатов лечения.

3.Данная методика рекомендована к применению в случае выбора в пользу зубосохраняющего на фоне обширных деструктивных процессов при хроническом периодонтите.

Поступила 15.03.2017

Координаты для связи с авторами:
117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимова Е. Н., Васильев Ю. Л., Олейникова Е. В., Букенгольц А. А. Разработка способа обезболивания моляров нижней челюсти при лечении кариеса и его осложнений // Эндодонтия today. 2011. №4. С. 64–67.

Anisimova E. N., Vasil'ev Ju. L., Olejnikova E. V., Bukengol'c A. A. Razrabotka sposoba obezbolivanija moljarov nizhnej cheljusti pri lechenii kariesa i ego oslozhnenij // Endodontija Today. 2011. № 4. S. 64–67.

2. Бекетова Т. В., Селифанова Е. И., Разумова С. Н. Патология периодонта при ревматических заболеваниях: перспективное направление междисциплинарных исследований // Эндодонтия today. 2016. №4. С. 47–49.

Beketova T. V., Selifanova E. I., Razumova S. N. Patologija periodonta pri revmaticheskih zabolevanijah: perspektivnoe napravlenie mezhdisciplinarnyh issledovanij // Endodontija today. 2016. №4. S. 47–49.

3. Вьючнов И. Н., Панин А. М., Чувилкин В. И. Применение метода интраоперационной микроскопии в хирургическом лечении периапикальных корневых кист // Эндодонтия today. 2011. №1. С. 28–32.

V'juchnov I. N., Panin A. M., Chuvilkin V. I. Primenenie metoda intraoperacionnoj mikroskopii v hirurgicheskom lechenii periapikal'nyh kornevyh kist // Endodontija today. 2011. №1. S. 28–32.

4. Дадова А. Т., Сероваткина И. В., Хабадзе З. С., Даурова Ф. Ю. Гидроксид кальция. Две стороны одной медали // Эндодонтия today. 2010. №3. С. 58–60.

Dadova A. T., Serovatkina I. V., Habadze Z. S., Daurova F. Ju. Gidroksid kal'cija. Dve storony odnoj medali // Endodontija today. 2010. №3. S. 58–60.

5. Кузин А. В., Васильев Ю. Л., Ерескина Ю. В., Куртышов А. А. Деформация острия игл различного типа после проведения интралигаментарной и интрасептальной анестезии // Эндодонтия today. 2014. №2. С. 50–53.

Kuzin A. V., Vasil'ev Ju. L., Ereskina Ju. V., Kurtyshov A. A. Deformacija ostrija igl razlichnogo tipa posle provedenija intraligamentarnoj i intraseptal'noj anestezii // Endodontija today. 2014. №2. S. 50–53.

6. Мустакимова Р. Ф., Салеева Г. Т. Рентгенологические характеристики толщины альвеолярной кости у пациентов с мышечнотоническим синдромом // Современные проблемы науки и образования. 2014. №5. С. 457.

Mustakimova R. F., Saleeva G. T. Rentgenologicheskie harakteristiki tolshhiny al'veoljarnoj kosti u pacientov s myshechnotonicheskim sindromom // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2014. №5. S. 457.

7. Рабинович С. А., Васильев Ю. Л. Индивидуальный подход к пациенту в стоматологии как звено персонализированной медицины// Российская стоматология. 2014. Т. 7. №3. С. 12–14

Rabinovich S. A., Vasil'ev Ju. L. Individual'nyj podhod k pacientu v stomatologii kak zveno personalizirovannoj mediciny // Rossijskaja stomatologija. 2014. T. 7. №3. S. 12–14.

8. Разумова С. Н., Тимохина М. И., Булгаков В. С., Анурова А. Е. Факторы, обеспечивающие качественное эндодонтическое лечение // Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17. №2. С. 35–36.

Razumova S. N., Timohina M. I., Bulgakov V. S., Anurova A. E. Faktory, obespechivajushhie kachestvennoe jendodonticheskoe lechenie // Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2015. T. 17. №2. S. 35–36.

9. Салеева Г. Т., Григорьев С. В. Влияние ультразвуковой обработки на качество пломбирования корневых каналов зубов // Практическая медицина. 2013. №4 (72). С. 90–91.

Saleeva G. T., Grigor'ev S. V. Vlijanie ul'trazvukovoj obrabotki na kachestvo plombirovanija kornevyh kanalov zubov // Prakticheskaja medicina. 2013. №4 (72). S. 90–91.

10. Севбитов А. В., Браго А. С., Васильев Ю. Л., Золотова Е. В., Агаркова М. Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении // Эндодонтия today. 2016. №2. С. 30–32

Sevbitov A. V., Brago A. S., Vasil'ev Ju. L., Zolotova E. V., Agarkova M. Ju. Povtornoe endodonticheskoe lechenie: v kakih sluchajah nuzhno nastojat' na ego provedenii // Endodontija today. 2016. №2. S. 30–32.

11. Соловьева А. М. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической одонтогенной очаговой инфекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2000.

Solov'eva A. M. Sovershenstvovanie metodov profilaktiki i lechenija hronicheskoj odontogennoj ochagovoj infekcii: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. — SPb., 2000.

12. Токмакова С. И., Жукова Е. С., Бондаренко О. В., Сысоева О. В. Оптимизация лечения деструктивных форм хронического периодонтита с применением препаратов гидроокиси кальция // Эндодонтия today. 2010. №4. С. 61–64.

Tokmakova S. I., Zhukova E. S., Bondarenko O. V., Sysoeva O. V. Optimizacija lechenija destruktivnyh form hronicheskogo periodontita s primeneniem preparatov gidrookisi kal'cija // Endodontija today. 2010. №4. S. 61–64.

13. Grimm W. D., Ploger M., Schau I., Vukovic M.A., Shchetinin E., Akkalaev A. B., Arutunov A. V., Sirak S. V. Prefabricated 3d allogenic bone block in conjunction with stem cell-containing subepithelial connective tissue graft for horizontal alveolar bone augmentation:a case report as proof of clinical study principles // Medical News of North Caucasus. 2014. №9 (2). P. 175–178. — doi: 10.14300/mnnc.2014.09050.

14. Kim S. Principles of endodontic microsurgery // Dent. Clin. North. Am. 1997. №41. P. 481–497.

15. Rubinstein R. A., Kim S. Longterm follow-up cases considered healed 1 year after microsurgery // J.Endod. 2002. №28. P. 378–383.

16. Sirak S. V., Arutyunov A. V., Shchetinin E. V., Sirak A. G., Akkalaev A. B., Mikhalchenko D. V. Clinical and morphological substantiation of treatment of odontogenic cysts of the maxilla // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. 2014. T. 5. №5. P. 682–690.

17. Vasilev Yu. L., Sevbitov A. V., Platonova V. V. Clinical and anatomical study of the mental chin in terms of increasing the effectiveness of local anesthesia // International Dental Journal. 2016. T. 66. №S1. P. 132.

Пришлите письмо на zakaz@tehnodent.org, указав в теме письма «ЭндодонтияToday».
Получите ПРОМО набор материалов.

Новинка!

Tehno Dent

Реставрин
универсальный
реставрационный
наногибридный
композит

«TehnoDent» - инновационное предприятие, использующее новейшие технологии, качественное сырье и высокотехнологичное оборудование.
Наши материалы применяются в 45 странах мира.
Широко развита дилерская сеть в России.

Сделайте заказ в интернет-магазине
www.tehnodent.org