

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОСОХРАНЯЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ НА ПОЛИВАЛЕНТНОМ ПРИЁМЕ

Тимошенко Марина Владимировна
кандидат медицинских наук, доцент
ООО «Интеллектуальная стоматология»
Беларусь, Минск
dantist-by@tut.by

Куракевич Анастасия Валерьевна
Ассистент
Белорусский государственный медицинский университет
Беларусь, Минск
Anastasia32@list.ru

Лепешева Екатерина Васильевна
Ассистент
Белорусский государственный медицинский университет
Беларусь, Минск
Doctor_zayika@mail.ru

Несмотря на значительные успехи денальной имплантологии, неоспоримым преимуществом является сохранение собственных зубов как с экономической точки зрения, так и с точки зрения целостности зубочелюстной системы.

Материал статьи основан на результатах двухлетнего наблюдения за состоянием зубов (n=47), подвергшихся повторному эндодонтическому лечению, органосохраняющим операциям и последующему протезированию.

В 91% случаев (n=42) получены устойчивые удовлетворительные результаты: краевое прилегание и фиксация ортопедической конструкции удовлетворительные, периапикальные воспалительные очаги не выявлены, убыли костной ткани вокруг сохраненного корня не наблюдалось, жалобы пациентов отсутствовали.

Ключевые слова: повторное эндодонтическое лечение; зубосохраняющие операции; резекция верхушки корня; протезирование зубов; минимально инвазивная стоматология; апикальный периодонтит.

Timoshenko M.V.
PhD, Associate Professor
ООО «Интеллектуальная стоматология»
Беларусь, Минск
dantist-by@tut.by

Kurakevich A.V.

Assistant

*Belarusian State Medical University,
Belarus, Minsk
Anastasia32@list.ru*

Lepesheva E.V.

Assistant

*Belarusian State Medical University,
Belarus, Minsk
Doctor_zayika@mail.ru*

Despite significant progress in dental implantology, the great advantage of natural teeth preservation is undeniable, both from an economic point of view, and in terms of natural dentition integrity.

The article material is based on the results of a two-year observation of the state of the teeth (n = 47) subjected to secondary endodontic treatment, organ-preserving surgical operations and subsequent prosthetic restoration.

In 91% of cases (n = 42), stable satisfactory results were obtained: marginal fit and fixation of prosthetic restoration were satisfactory, the periapical inflammatory foci were not determined, there was no loss of bone tissue around the preserved root, and there were no patient complaints.

Key words: *secondary endodontic treatment; tooth-preserving surgical operations; root apex resection; dental prosthetics; minimally invasive dentistry; apical periodontitis.*

Современная стоматологическая практика располагает как широким спектром лечебных методик с научно доказанной эффективностью, применяемых для сохранения девитальных зубов, так и обоснованными данными о высокой эффективности удаления потенциальных очагов одонтогенной инфекции с последующей имплантацией. Одной из основных причин неудачного лечения корневых каналов является сохранение бактериальной контаминации. Апикальный периодонтит (АП) представляет собой воспалительную реакцию на наличие инфекции в корневых каналах. АП эндодонтического происхождения подтверждается на прогрессирующих стадиях воспаления и разрушения периапикальной кости, что обычно проявляется в развитии периапикальных гранулем, кист или абсцессов [1].

В результате анализа качества эндодонтического лечения [2] было выявлено, что после проведения первичного эндодонтического лечения полноценная obturation корневых каналов отмечается только лишь в 40,4% случаев. В результате этого потребность в проведении повторного эндодонтического лечения в 2,5 раза превышает потребность в проведении первичного эндодонтического лечения. Неудачи первичного эндодонтического лечения наиболее часто связаны с неполной obturation корневых каналов и

невывявлением одного или нескольких основных корневых каналов. При этом отмечается, что ошибки и осложнения эндодонтического лечения в однокорневых зубах определяются в 30,7% случаев, в то время как в многокорневых – в 69,3% случаев. При этом традиционным методом дальнейшей реабилитации зуба с периапикальными очагами считается удаление с последующей имплантацией или протезированием мостовидными протезами, невзирая на то, что патологический одонтогенный очаг чаще всего располагается в области верхушки только одного из корней. Клиническая практика располагает возможностями проведения операций органосохранения. По данным Измайловой З. М. (ЦНИИС, Москва, 2003), 23% пациентов, обратившихся на амбулаторно-хирургическом приеме с направлениями на удаление зубов, имеют показания к зубосохраняющим операциям.

Целью данной статьи является постановка акцента на возможности сохранения естественного зубного ряда с помощью проведения повторного эндодонтического лечения и зубосохраняющих операций.

Материал и методы исследования. Проведена ретроспективная оценка клинических результатов лечения и протезирования 47 пациентов в возрасте от 21 до 57 лет.

Клинический случай 1. Пациенту Г. установлен диагноз хронический периодонтит зуба 2.5 (K04.6).

Пациенту предложен план лечения зуба 2.5, включающий повторное эндодонтическое лечение с последующим пломбированием водным гидроксидом кальция на 2 недели и постоянным пломбированием методом латеральной конденсации гуттаперчи, восстановление зуба посредством культевой штифтовой вкладки и искусственной коронки, динамическое наблюдение через 3, 6 и 12 месяцев. На реализацию указанного плана было получено информированное согласие. В ходе контрольного осмотра через 6 месяцев жалобы у пациента отсутствовали. При клиническом осмотре зуб 2.5 покрыт пластмассовой искусственной коронкой, перкуссия отрицательная, слизистая оболочка в проекции зуба 2.5 без изменений. На рентгенограмме зуба 2.5 рентгеноконтрастный пломбировочный материал прослеживается на всем протяжении длины корневого канала; очаг деструкции в периапикальной области отсутствует, костная ткань имеет плотно-петлистую структуру, динамика остеогенеза положительная (Рис. 1а).

Клинический случай 2. Пациентка И. обратилась с жалобами на дискомфорт при нажатии на зуб 3.6 и неэстетичную реставрацию, на рентгенограмме определяются апикальные очаги деструкции (Рис. 1б).

Диагноз: хронический апикальный периодонтит зуба 3.6. (K04.6).

Пациентке был представлен план лечения, включающий повторное эндодонтическое лечение с последующим пломбированием корневых каналов, постоянная пломбировка апикальной части корневых каналов препаратом «Рутсил» и латеральной конденсацией гуттаперчивых штифтов с силером на основе эпоксидной смолы, прямая реставрация коронковой части зуба.

В ходе контрольного осмотра через 5 месяцев жалобы отсутствовали, реставрация в зубе 3.6 была герметична, перкуссия зуба безболезненна, и реакция слизистой оболочки в проекции указанного зуба отсутствовала. На рентгенограмме зуба 3.6 корневые каналы запломбированы плотно, контрастно, на всём протяжении; отмечается незначительное расширение периодонтальной щели в области апексов мезиального и дистального корней (Рис. 1б).

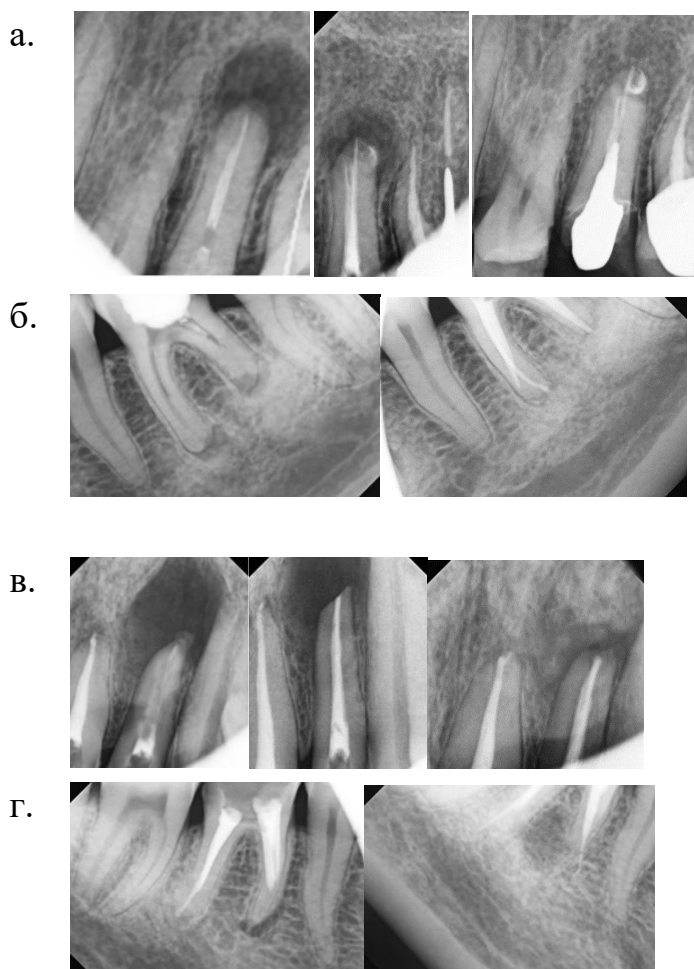


Рисунок 1 – а. рентгенограммы зуба 2.5 (слева направо диагностическая, через 3 месяца, через 6 месяцев); б. рентгенограммы зуба 3.6. (слева направо, диагностическая и через 5 месяцев); в. рентгенограммы зуба 2.2. (слева направо, диагностическая, после цистэктомии, через 9 месяцев); г. рентгенограммы зуба 4.6. (слева направо, диагностическая, после повторного эндодонтического лечения и резекции верхушки медиального корня, через 7 месяцев)

Клинический случай 3. Пациент Э. обратился с жалобами на разрушение коронки зуба 2.2. Диагноз: хронический апикальный периодонтит зуба 2.2. (K04.6) (Рис. 1в). Пациенту был представлен план лечения, включавший повторное эндодонтическое лечение с применением препарата водного гидроксида кальция на 2 недели, последующее постоянное пломбирование методом латеральной конденсации и восстановление фотоотверждаемым

стеклоиномерным цементом. Далее - операция резекции верхушки корня зуба с цистэктомией.

Далее провели восстановление зуба 2.2 с помощью культевой штифтовой вкладки и искусственной коронки с шинированием. В ходе контрольного осмотра через 9 месяцев жалобы отсутствовали. При клиническом осмотре реставрация в зубе 2.2 была герметична, перкуссия зуба безболезненна, и реакция слизистой оболочки в проекции указанного зуба отсутствовала. На рентгенограмме зуба 2.2 корневой канал запломбирован плотно, контрастно, на всём протяжении; отмечается расширение периодонтальной щели в области апекса зуба 2.2, в области ранее определяемого очага деструкции костной ткани визуализируется умеренно плотная петлистая структура.

Клинический случай 4. Пациент А. обратился с жалобами на разрушение коронки зуба 4.6. Диагноз: хронический апикальный периодонтит зуба 4.6 (K04.6) (Рис. 1г).

Пациенту был представлен план лечения, включавший повторное эндодонтическое лечение и восстановление фотоотверждаемым стеклоиномерным цементом. Далее - операция резекции верхушки медиального корня зуба и восстановление коронковой части зуба не прямой реставрацией после достижения стабильного результата в периапикальной области. При контрольном визите через 7 месяцев жалобы у пациента отсутствовали, герметичность реставрации не нарушена, перкуссия отрицательная, слизистая в проекции зуба 4.6 не изменена. На рентгенограмме зуба 4.6 в области удалённого апекса мезиального корня определяется умеренно плотная петлистая структура костной ткани.

Выводы:

1. Современные методы противовоспалительной заапикальной терапии позволяют добиваться устойчивых результатов репарации хронических периапикальных очагов.

2. Полученные отсроченные удовлетворительные результаты сочетанного противовоспалительного эндодонтического лечения и органосохраняющих хирургических операций позволяют рекомендовать применение таких схем для протетической реабилитации пациентов с девитальными зубами.

3. Оптимальная реализация комплексного плана реабилитации возможна при условии проведения этапов лечения одним специалистом на поливалентном приеме.

Список литературы:

1. Байназарова, Н. Т. Анализ качества эндодонтического лечения, профилактика осложнений (по данным литературы) / Н.Т. Байназарова, М. К. Исакова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №3. – С. 186.

2. Григорьянц, Л. А. Клиника, диагностика и лечение перфораций зубов / Л. А. Григорьянц, М. А. Подойникова // Клиническая стоматология. – 1998. – №3. – С. 36-38.

3. Пиванкова, Н. Н. Причины, приводящие к неудаче первичного эндодонтического лечения (обзор литературы) / Н. Н. Пиванкова // Стоматологический журнал. –2018. – №1. – С.5-11.

4. Попова, И. И. Клинико-рентгенологическая оценка этапов эндодонтического лечения : Дис. канд. ... мед. наук / И. И. Попова. – М., 2003. – С. 123.

5. Nair P.N.R. Pathogenesis of apical periodontitis and the causes of endodontic failures / P. N. R. Nair // Critical reviews in oral biology medicine. – 2004. – №15. – P. 348-381.