

DOI: 10.33454/1728-1261-2024-1-27-30
УДК 616.314.17-008.1

Эндодонтическое лечение или экстракция: поиск компромисса

Н. В. Островерхова

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Endodontic treatment or extraction: search for compromise

N. V. Ostroverkhova

Postgraduate Institute for Public Health Workers of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

Н. В. Островерхова – ORCID: 0009-0008-4808-9514; e-mail: ostroverkhova170170@gmail.com

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

N. V. Ostroverkhova – ORCID: 0009-0008-4808-9514; e-mail: ostroverkhova170170@gmail.com

Резюме

В статье на примере клинических случаев из стоматологической практики анализируются причины, симптомы и тактика лечения зубов при наличии периапикального воспаления, алгоритм инструментальной и медикаментозной обработки. Зуб, ставший причиной апикальной гранулемы или кисты, нередко приходится удалять. Целью эндодонтического лечения является продолжительное сохранение зуба как функциональной единицы жевательного аппарата, восстановление здоровья периапикальных тканей и предупреждение аутоинфекции и сенсибилизации организма.

Ключевые слова: стоматология, врач-стоматолог, клиническая ситуация, хронический апикальный периодонтит, корневая киста

Abstract

The article, using the example of clinical cases from dental practice, analyzes the causes, symptoms and tactics of dental treatment in case of periapical inflammation, an algorithm of instrumental and drug treatment. A tooth caused an apical granuloma or cysts often has to be removed. The aim of endodontic treatment is the prolonged preservation of the tooth as a functional unit of the chewing apparatus, the restoration of the health of periapical tissues and the prevention of autoinfection and sensitization of the body.

Keywords: dentistry, dentist, clinical situation, chronic apical periodontitis, root brush

Актуальность

Успех эндодонтического лечения, исходя из нашей стоматологической практики и многолетнего наблюдения, в первую очередь зависит от физиологического статуса пульпы (витальная, некротическая или инфицированная с периапикальным воспалением). Научные исследования [1, 2, 3] свидетельствуют о том, что успешное эндодонтическое лечение составляет 85 %. Но этот успех распространяется, к сожалению, не на все эндодонтически леченные зубы, а только на витальные. У. Сьёрген [4] наблюдал около десяти лет 30 витально леченных зубов и 30 зубов с некрозом или апикальным периодонтитом. Его исследования показали, что в первой группе, где канал был стерилен, периапикальное воспаление не наблюдалось по истечении 10 лет ни в одном случае. Во второй же группе, где канал был инфицирован, в 86 % случаев наблюдалось периапикальное разряжение.

Образование разряжения костной ткани или кисты зуба является защитной реакцией организма на размножение бактерий в системе корневого канала зуба. Из кровеносных сосудов костной ткани к оболочке кисты поступают иммунные клетки организма, которые пытаются бороться с бактериями, поступающими из корневого канала. Если очаг инфекции не лечить, то вокруг верхушки корня зуба продолжается воспалительный процесс. Хронический очаг инфекции влияет на весь организм человека, вызывая не только общую слабость, головные боли, повышение температуры, воспаление лимфатических узлов, но и расстройство различных систем человека – сердца, почек, желудочно-кишечного тракта и др.

Общее болезненное состояние человека нередко сопровождается ринитом, хроническим гайморитом; развивается периостит (флюс), при котором краснеет и сильно распухает десна; наблюдается припухлость щеки со сторо-

ны больного зуба. Обострение воспалительного процесса может вызвать переохлаждение, стресс, простуда, тяжелая физическая или умственная работа. В условиях ослабления организма (а следовательно – и иммунитета) источник хронической инфекции в корневом канале зуба и периодонте становится главной, а порой и единственной причиной неконтролируемого размножения микроорганизмов, обострения воспалительного процесса.

В каждодневной практике врача-стоматолога возникает вопрос сохранения или удаления проблемного зуба. При попытке сохранить зуб оцениваются осложнения, которые могут возникнуть в отдаленной перспективе. Иногда наличие сопутствующей хронической вялотекущей патологии со стороны тканей пародонта или периодонта осложняет выбор тактики лечения.

Применение современных материалов, медикаментов и оборудования предоставляет возможность врачу-стоматологу больше возможностей для сохранения клинически неперспективного зуба с возможностью наблюдения отдаленных результатов. Часто приходится идти на компромисс в выборе тактики лечения зуба, поскольку владение эндодонтическими методиками увеличивает шансы долгосрочного сохранения функционирования зубов.

Нами представлено несколько случаев с описанием клинической картины, диагностических мероприятий и обоснованием тактики лечения на основании отдаленных результатов.

Клиническая ситуация № 1

Пациентка 1970 года рождения.

Жалобы: длительная самопроизвольная боль на верхней челюсти слева.

Анамнез: со слов пациентки, зуб ранее был лечен по поводу неосложненного кариеса, в анамнезе боли отсутствовали, однако произошла травма зуба около года назад во время приема жесткой пищи, пломба выпала, не лечила около 4 месяцев. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус зуба 2.4: ИРОПЗ (индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба) 50 %, полость в пределах парапульпарного дентина, коронка зуба изменена в цвете, ЭОД – 80 мкА, зондирование, реакция на температурные раздражители безболезненная, слизистая в области зуба без изменений. Вертикальная и горизонтальная перкуссия слабоположительная.

Визиограмма зуба 2.4: на внутриротовой контактной визиограмме зуб 2.4, в области коронки очаг просветления дистальной поверхности с четкой локацией в области полости зуба. Периодонтальная щель неравномерно расширена, в области апекса очаг костной деструкции с четкими контурами размером 1,8 x 1,7 мм (рис. 1.1).

Диагноз: зуб 2.4. К04.5 (хронический апикальный периодонтит).

Лечение

Первое посещение. Проводниковая, инфльтрационная анестезия 1,3 мл Sol. Ultracaini. Коффердам. Препарирование. Медикаментозная обработка 2,5 % раствором NaOCl.

Ревизия корневых каналов, определение длины корневых каналов с помощью апексолокатора Densply Propex рixi под контролем визиограммы. Инструментация с применением X-Smart Plus. Временная obturация препаратами на основе гидроксида кальция (Кальсепт). Временная пломба.

Второе посещение через 7 дней. Снятие временной пломбы, инструментация корневых каналов под прикрытием раствора 2,5 % NaOCl с ультразвуковой активацией. Латеральная конденсация с применением силера Adseal. Изолирующая прокладка Calcimol LC. Композитная пломба Estelite Quick.

Третье посещение 5 месяцев спустя. Жалоб нет. На контрольной визиограмме четко определяется регенерация костной ткани в зоне, ранее охваченной воспалительным процессом (рис. 1.2).



Рис. 1.1. Зуб 2.4 до лечения



Рис. 1.2. Наблюдение в течение 5 месяцев



Рис. 2.1. Зуб 2.2



Рис. 2.2. Зуб через 8 месяцев

Клиническая ситуация № 2

Пациент 1961 года рождения.

Жалобы: боль во фронтальном отделе верхней челюсти, возникшая 3 дня назад, и незначительный отек по переходной складке.

Анамнез: со слов пациента, зуб был лечен более 3 лет назад по поводу неосложненного кариеса, периодически появлялась боль на горячее, которая постепенно проходила сама.

Объективный статус зуба 2.2. ИРОПЗ 45 %, цвет коронки желто-серый. Десна в проекции верхушки 2.2 отечна. Апроксимальные стороны 2.2 зуба реставрированы композиционным материалом с нарушением краевого прилегания. Вертикальная перкуссия положительна. Температурный тест отрицательный. Пальпация проекции верхушки корня 2.2 – незначительная крепитация. ЭОД 100 мкА. Визиограмма – апикальная киста размером 14 x 13 мм, охватывающая верхушку 2.2 зуба (рис. 2.1).

Диагноз: K04.8 (корневая киста).

Лечение

Первое посещение. Проводниковая анестезия 0,7 мл Articaine + Epinephrine. Коффердам. Препарирование. Определение длины корневого канала апексолокатором и рентгенологически. Инструментальная обработка корневого канала под прикрытием 1,5 % раствором

NaOCl, 9 % ЭДТА. Медикаментозная повязка Кальцетин. Временная пломба.

Второе посещение. 5 дней спустя отечность исчезла. Анестезия 0,5 мл Articaine + Epinephrine. Коффердам. Медикаментозная обработка корневого канала 1,5 % раствором NaOCl, с применением ультразвукового наконечника. Канал запломбирован методом латеральной конденсации гуттаперчи. Композитная пломба Estt-lite quick, полировка.

Третье посещение 8 месяцев спустя. На контрольной визиограмме наблюдается значительное уменьшение транслюценции (рис. 2.2).

Клиническая ситуация № 3

Пациент 2007 года рождения.

Жалобы: множественный кариес, отечность десны на нижней челюсти в области 4.1.

Анамнез: со слов пациента, дентофобия, не лечился, зубы не беспокоят.

Объективный статус зуба 4.1. ИРОПЗ более 50 %. Кариозные полости на апроксимальных поверхностях. Вертикальная, горизонтальная перкуссия отрицательная. Пальпация проекции верхушки корня безболезненная. Визиограмма – апикальная киста размером 2 x 1,8 см (рис. 3.1). Пальпация десны в проекции 4.1 безболезненная.

Диагноз: K04.8 (корневая киста).

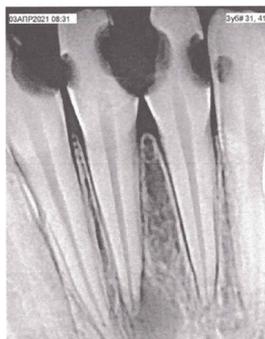


Рис. 3.1. Зуб 4.1. Диагностический снимок



Рис. 3.2. Зуб 4.1. Латеральная конденсация через месяц



Рис. 3.3. Зуб 4.1. Контрольный снимок через два года

Лечение

Первое посещение. Под проводниковой анестезией 0,7 мл Articaïne + Epinephrine. Коффердам. Препарирование. Определение длины корневого канала апексолокатором и рентгенологически. Инструментальная обработка корневого канала под прикрытием 1,5 % раствором NaOCl. Введение апексдента (паста с йодоформом). Временная пломба.

Второе посещение через месяц. Коффердам. Инструментальная, медикаментозная обработка корневого канала 1,5 % раствором NaOCl, с применением ультразвукового накопечника. Канал запломбирован методом латеральной конденсации гуттаперчи (рис. 3.2). Композитная пломба Estllite quick, полировка.

Третье посещение через 2 года. Ситуация через два года оптимистична (рис. 3.3). Пациенту продолжать динамический рентгенологический контроль нет необходимости. Таким образом, успешное эндодонтическое лечение зуба 4.1 стало возможным благодаря комплексному диагностическому обследованию (рентгенологическому контролю и обнаружению патологического очага); хорошему доступу в корневые каналы для лечебных манипуляций; тщательной антибактериальной обработке инфицированного канала с использованием антибактериальных средств, гидроксида кальция, обладающих стимулирующими свойствами в отношении репаративных процессов в костной ткани.

Вывод

На протяжении более 20 лет нашей практики сформировалась последовательность манипуляций, которая позволяет достигать наилучшего результата при сохранении зубов,

имеющих изменения в периапикальной ткани. Методика основана на принципах создания прямолинейного доступа, постепенного погружения от коронки к апексу. В работе используется сочетание ручных и вращающихся инструментов. Кроме того, важное значение имеет сбор анамнеза, наличие хронических заболеваний, чтобы исключить индивидуальные особенности пациента в качестве риска неблагоприятных исходов лечения. На прогноз эндодонтического лечения оказывают влияние: соблюдение протокола, уровень мастерства врача, рентгенологический размер периапикального поражения, внутри- и внекорневые факторы (особенности анатомии проблемного зуба), возраст пациента.

С ростом популярности имплантологии врачи рекомендуют удаление зубов, а не их сохранение. На наш взгляд, уверенность в том, что имплантат – отличная замена зуба в любой ситуации, не может быть верной на 100 %.

Выбор адекватной тактики лечения с применением современных технологий в эндодонтии позволяет врачу-стоматологу сохранить зуб, который пациент мог удалить.

Не стоит вопрос, что лучше – установить имплантат или пролечить зуб? Вопрос должен стоять так – что лучше для здоровья человека? Если есть возможность пролечить зуб, значит, надо его лечить, если нет никаких возможностей пролечить этот зуб, естественно, – его удаление и имплантация.

Клинические случаи, представленные нами, позволят молодым врачам-стоматологам-терапевтам сделать выбор в лечении осложненного кариеса с получением предварительного информированного согласия от пациента.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Лечение деструктивного периодонтита с сочетанной резорбцией корня. Клинический случай / В. В. Глинкин и др. // *Эндодонтия Today*. 2022. Т. 20, № 2. С. 156–161. DOI <https://doi.org/10.36377/1726-7242-2022-20-2-156-161>

Treatment of destructive periodontitis with combined root resorption. Clinical case. Glinkin VV et al. Endodontia Today. 2022;20(2):156–161. Doi <https://doi.org/10.36377/1726-7242-2022-20-2-156-161> (In Russ.).

2. Иванова Е. В., Сабанцева Е. Г., Петушкова Е. В. Повышение эффективности повторного эндодонтического лечения посредством механического удаления биопленки корневых каналов (обзор) // *Клин. стоматология*. 2022. Т. 25, № 3. С. 6–12. DOI [10.37988/1811-153X_2022_3_6](https://doi.org/10.37988/1811-153X_2022_3_6)

Ivanova EV, Sabantseva EG, Petushkova EV. Increasing the effectiveness of repeated endodontic treatment by means of mechanical removal of the root of the root canals (review). Klinicheskaya Stomatologiya. 2022;25(3):6–12. Doi [10.37988/1811-153X_2022_3_6](https://doi.org/10.37988/1811-153X_2022_3_6) (In Russ.).

3. Алямовский В. В., Горбунов В. Н. Соответствие эндодонтического лечения клиническим рекомендациям по оказанию стоматологической помощи при болезнях периапикальных тканей // *Эндодонтия Today*. 2023. Т. 21, № 3. С. 194–198. DOI <https://doi.org/10.36377/1683-2981-2023-21-3-194-198>

Alyamovsky VV, Gorbunov VN. The conformity of endodontic treatment with clinical recommendations for the provision of dental care in diseases of periapical tissues. Endodontia Today. 2023;21(3)194–198. Doi <https://doi.org/10.36377/1683-2981-2023-21-3-194-198> (In Russ.).

4. Факторы, влияющие на долгосрочные результаты эндодонтического лечения / У. Шегрен и др. // *Журнал эндодонтии*. 1990. Т. 16, № 10. С. 498–504. DOI [10.1016/S0099-2399\(07\)80180-4](https://doi.org/10.1016/S0099-2399(07)80180-4)

Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. Shegren W. et al. Zhurnal Endodontii. 1990;10:498–504. DOI [10.1016/S0099-2399\(07\)80180-4](https://doi.org/10.1016/S0099-2399(07)80180-4) (In Russ.).