

С.В. Тарасенко¹,

д. м. н., профессор, врач-стоматолог-хирург,
зав. кафедрой хирургической стоматологии

Л.А. Григорьянц²,

д.м.н., профессор, врач-стоматолог-хирург,
главный врач

И.А. Гор¹,

врач-стоматолог-хирург, ассистент кафедры
хирургической стоматологии

Д.В. Симонян³,

к.м.н., врач-стоматолог-хирург, зав.
отделением хирургической стоматологии

¹ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

² Городская стоматологическая
поликлиника, г. Пушкино

³ Стоматологическая поликлиника № 62,
Москва

Лечение пациентов с выведенным в костную ткань челюстей пломбировочным материалом (клинические случаи)

Резюме. Данная статья посвящена обсуждению лечения пациентов с выведенным пломбировочным материалом. В статье представлены два клинических случая. Авторы пришли к заключению, что при возникновении продолжительного болевого синдрома у таких пациентов необходимо проводить удаление пломбировочного материала с сохранением зуба.

Ключевые слова: пломбировочный материал, силер, эндогерметик, осложнения эндодонтического лечения, выведение пломбировочного материала, цинк-эвгенольная паста

Summary. In this paper, we have turned our attention to the treatment of patients with extrusion of endodontic filling material in the bone tissue. We describe two cases of overfilling. We conclude therefore, that if these patients have persistent pain for a long time, it necessary to remove of extruded material without tooth extraction.

Key words: endodontic sealers, filling materials, endodontic procedural errors, overfilling, extrusion of endodontic filling material, zinc-oxide eugenol sealer

На сегодняшний день остается актуальным вопрос о необходимом объеме медицинской помощи при лечении пациентов с выведенным в костную ткань челюстей пломбировочным материалом. Влияние эндогерметика на организм пациента при контакте с костной тканью обсуждается специалистами, нет четких данных и рекомендаций по ведению таких пациентов. Вопрос остается обсуждаемым [9, 10, 12].

Неконтролируемое использование силера при пломбировании каналов приводит к выведению пломбировочного материала в костную и мягкие ткани, в верхнечелюстной синус, нижнечелюстной канал. Силер (эндогерметик) — это материал (паста), использующийся для герметизации корневых каналов. Он может применяться как самостоятельно, так и совместно со штифтом.

По данным литературы, частота выведения эндогерметика за апикальное отверстие встречается часто, в 14–26% случаев [1, 4, 5]. Подольский И.В. (2012) также отметил увеличение количества больных с хирургическими осложнениями эндодонтического лечения. Так, с 2004 по 2008 год количество больных, нуждающихся в хирургической помощи после эндодонтического лечения, увеличилось более чем вдвое [5].

Предпосылки к выведению материала за верхушку корня могут возникнуть из-за анатомического строения корня (незавершенное формирование корня или

широкое апикальное отверстие), резорбции верхушки корня вследствие воспалительных изменений.

Ошибки, возникающие на любом этапе эндодонтического лечения, могут привести к выведению материала за верхушку корня. На этапе инструментальной обработки — за счет чрезмерного расширения, разрушения апикальной конструкции и перфорации. На этапе пломбирования — за счет несоблюдения методики пломбирования, рабочей длины канала, неправильного подбора основного гуттаперчевого штифта [8].

Самыми опасными методиками пломбирования с точки зрения выведения материала за апикальное отверстие являются:

- метод одной пасты (внесение материала в канал каналонаполнителем на большой скорости);
- метод вертикальной конденсации термопластичной гуттаперчей (материал выводится в результате гидравлического давления).

На сегодняшний день идеальный пломбировочный материал, использующийся в стоматологии, должен быть инертным к тканям, не провоцировать воспалительную реакцию, легко вводиться в канал, обеспечивать достаточный герметизм канала, не окрашивать ткани зуба, не растворяться в тканевых жидкостях. Однако на данный момент такого материала не существует.

Выведение силера за апикальное отверстие приводит к непосредственному контакту с периапикальными

тканями. Многие авторы склоняются к мнению, что лубой силер в течение первых 24 часов оказывает раздражающее действие на ткани [10, 11]. Нахождение материала в кости может вызывать постпломбировочные боли, оказывать механическое и токсическое действие [8].

Поведение материалов в костной ткани недостаточно изучено, хотя данное осложнение возникает чаще, чем выведение материала в анатомические образования (верхнечелюстной синус, нижнечелюстной канал).

Врачи-стоматологи-терапевты больше придерживаются консервативного лечения, которое сводится к выжидательной тактике. Однако в работах многих авторов установлено, что такая тактика неверна по отношению к верхнечелюстному синусу и нижнечелюстному каналу, так как токсическое действие материалов вызывает морфологические и функциональные изменения [2, 3, 5–7].

В литературе даются противоречивые данные о растворимости пломбировочных материалов за пределами корня зуба [13, 14]. Следует учитывать объем и химический состав эндогерметика. Стоматологи надеются на биорастворимость материала и утилизацию его организмом со временем. В свою очередь это не всегда дает желаемые результаты. Зачастую только удаление инородного материала может купировать боль и предотвратить развитие осложнений. Удаление зуба при этом состоянии противопоказано и наносит только вред пациенту.

Пациенты с выведенными в костную ткань материалами могут предъявлять жалобы на боль в области причинных зубов, иррадиирующие боли, боли ноющего и пульсирующего характера. Боли могут усиливаться при перкуссии причинного зуба.

Зачастую тактика врача-стоматолога-терапевта при выведении материала за верхушку заключается в динамическом наблюдении, назначении физиопроцедур и антибиотиков. В результате процесс может затягиваться на длительное время [2]. Особенностью данного осложнения является возможность отсутствия болевых ощущений сразу после пломбирования каналов или появления болей неodontогенного характера. Выведение большого количества силера может привести к некрозу периапикальных тканей. При этом изменения зачастую являются рентгенологической находкой. Выжидательная тактика не всегда эффективна и не может продолжаться более 2–3 недель при наличии боли, что является показанием к хирургическому удалению выведенного пломбировочного материала.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка Н., 43 лет, с диагнозом «невралгия III ветви тройничного нерва», обратилась с жалобами на боль в области нижней челюсти, продолжающуюся в течение полутора лет. Со слов пациентки, боли появились после эндодонтического лечения с применением цинк-эвгенольной пасты. Материал был выведен в костную ткань нижней челюсти. Она неоднократно обращалась к стоматологу по месту жительства, который проводил только

консервативное лечение (обезболивающую и противовоспалительную терапию) и проводил выжидательную тактику. На вопрос о выведенном пломбировочном материале пациентку заверили в дальнейшем рассасывании последнего. Через 3,5 месяца в связи с отсутствием эффекта лечения было предложено удаление зуба 4.6. Зуб был удален, однако боль не прошла (пломбировочный материал оставался в костной ткани). Появилась общая усталость, разбитость и нервозность. Пациентка была направлена к стоматоневрологу, а затем к психиатру. Данными специалистами был поставлен диагноз «невралгия III ветви тройничного нерва» и назначены транквилизаторы. Лечение было также неэффективно.

При обращении к нам пациентка находилась в депрессивном состоянии. После стоматологического обследования и анализа ортопантограммы (ОПТГ) было выявлено множественное выведение пломбировочного материала в костную ткань в области зубов 3.3, 3.5, 3.6 и 4.8 и в проекции удаленного зуба 4.6. Было принято решение об удалении избытка пломбировочного материала.

У пациентки не было сопутствующей патологии в стадии декомпенсации. При внешнем осмотре изменений не обнаружено. Региональные лимфатические узлы не пальпировались. Открывание рта свободное. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. Перкуссия зубов 3.3, 3.5, 3.6 и 4.8 положительна. При пальпации альвеолярной части нижней челюсти в проекциях выведенного пломбировочного материала отмечалась болезненность.

На рентгенограмме в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа и слева в проекции зубов 3.3, 3.5, 3.6, 4.6 и 4.8 определяются инородные тела с неровными и расплывчатыми контурами (предположительно пломбировочный материал).

Диагноз: невралгия III ветви тройничного нерва; обострение хронического периодонтита зубов 3.3, 3.5, 3.6 и 4.8; инородное тело в костной ткани в области отсутствующего зуба 4.6.

Лечение проводилось под местной проводниковой анестезией. Был произведен трапециевидный разрез в проекции зубов 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.6, 4.7 и 4.8, отслоен слизисто-надкостничный лоскут, сформировано костное окно в области оперируемых зубов, проведено удаление избытка пломбировочного материала, лоскут уложен на место, рана ушита узловыми швами. Назначен курс противовоспалительной терапии.

На 3-и сутки после операции пациентка уже не отмечала состояние нервозности, исчезли боли в области зубов 3.3, 3.5, 3.6, 4.6 и 4.8. На 10-е сутки было проведено снятие швов. Пациентка не ощущала боли в послеоперационной области и не отмечала общей усталости, разбитости и нервозности.

Динамическое наблюдение за больной в течение 6 месяцев показало хорошие результаты. К концу срока костная ткань восстановилась полностью. На контрольном осмотре через 1 год пациентка не отмечала случаев рецидива болей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка К., 82 года, обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на периодически возникающие ноющие боли в области верхней челюсти и верхней губы, иррадиирующие в ухо. Стоматолог-терапевт назначил ей седативную терапию и витаминотерапию, боли не проходили, что заставило пациентку обратиться к стоматологу-хирургу.

Из анамнеза было выявлено, что корневой канал зуба 1.2 был запломбирован цинк-эвгенольной пастой 1 год назад. После стоматологического обследования, анализа ортопантограммы и КТ в костной ткани челюсти в проекции зуба 1.2 был обнаружен выведенный пломбировочный материал. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения, непрекращающихся болей, которые обострились после протезирования, было принято решение об удалении избытка пломбировочного материала.

При внешнем осмотре изменений не обнаружено. Региональные лимфатические узлы не пальпировались. Открывание рта свободное. В полости рта слизистая оболочка незначительно гиперемирована в области зубов 1.2, 1.1 и 2.1, достаточно увлажнена. Перкуссия зуба не является информативной из-за наличия протяженного несъемного мостовидного протеза. При пальпации альвеолярного отростка в проекции выведенного пломбировочного материала отмечается болезненность.

На рентгенограмме в области костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти справа определяется инородное тело с неровными и расплывчатыми

контурами (предположительно пломбировочный материал).

Диагноз: обострение хронического периодонтита зуба 1.2; инородное тело в костной ткани верхней челюсти в проекции зуба 1.2.

Лечение проводилось под местной проводниковой анестезией. Был произведен полулунный разрез в проекции зубов 1.1, 1.2 и 1.3, отслоен слизисто-надкостничный лоскут, сформировано костное окно в области инородного тела, проведено удаление избытка пломбировочного материала, лоскут уложен на место, рана ушита узловыми швами. Назначен курс противовоспалительной терапии.

На 3-и сутки после операции у пациентки наблюдался небольшой отек. На 10-е сутки было проведено снятие швов. Пациентка не ощущала боли в послеоперационной области. Проводили динамическое наблюдение.

При контрольном осмотре через 1 год пациентка не отмечала случаев рецидива болей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наличие инородного тела (пломбировочного материала) в костной ткани челюстей после пломбирования каналов зубов может быть причиной болевого синдрома. При этом целесообразно удаление излишков пломбировочного материала. Зуб с качественно obturированным корневым каналом удалять нет необходимости. При некачественной obturации рекомендуется проводить по показаниям зубосохраняющие операции с ретроградным пломбированием.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Вещева Ю.Г.** Экспертный анализ ошибок и осложнений эндодонтического лечения (медико-правовые аспекты): автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2005. — 28 с.

2. **Григорьянц Л.А., Сирак С.В., Зекерьяев Р.С., Арутюнян К.Э.** Показания и эффективность использования различных хирургических вмешательств при лечении больных с одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус. — *Стоматология*. — 2007; 3 (86): 42—5.

3. **Губин М.А., Подольский И.В.** Хирургическое лечение осложнений эндодонтии. — *Журнал теоретической и практической медицины*. — 2010; 2 (8): 20—1.

4. **Кучер В.А.** Ошибки и неблагоприятные исходы эндодонтического лечения осложнений кариеса и пути их устранения: автореф. дис. ... к.м.н. — Н. Новгород, 2012. — 24 с.

5. **Подольский И.В.** Хирургические осложнения эндодонтического лечения: клиничко-лабораторная характеристика, прогнозирование, диагностика, лечение: автореф. дис. ... к.м.н. — Воронеж, 2012. — 24 с.

6. **Подольский И.В., Сердюков Ю.П.** Клиника, диагностика и лечение осложнений, связанных с выведением пломбировочного материала в зону нижнечелюстного канала. — *Журнал теоретической и практической медицины*. — 2009; 1 (7): 57—8.

7. **Сирак С.В.** Клиничко-анатомическое обоснование лечения и профилактики травм нижнечелюстного нерва,

вызванных выведением пломбировочного материала в нижнечелюстной канал: дис. ... д.м.н. — М., 2006. — 213 с.

8. **Zuolo M.L., Kherlakian D., de Mello J.E., Coelho de Carvalho M.C., Ranazzi Cabral Fagundes M.I.** Reintervention in Endodontics. — *Quintessence*, 2014. — 332 p.

9. **Sjogren U., Hagglund B., Sundqvist G., Wing K.** Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. — *J Endod.* — 1990; 16 (10): 498—504.

10. **Sjogren U., Figdor D., Persson S., Sundqvist G.** Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. — *Int Endod J.* — 1997; 30 (5): 297—306.

11. **Pascon E.A., Leonardo M.R., Safavi K., Langeland K.** Tissue reactions to endodontic materials: criteria, assessment and observation. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* — 1991; 72 (2): 222—37.

12. **Seltzer S., Soltanoff W., Smith J.** Biologic aspects of endodontics. V. Periapical tissue reactions to root canal instrumentation beyond the apex and root canal fillings short of and beyond the apex. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* — 1973; 36 (5): 725—37.

13. **Bayram E., Dalat D., Bayram M.** Solubility evaluation of different root canal sealing materials. — *J Contemp Dent Pract.* — 2015; 16 (2): 96—100.

14. **Poggio C., Arciola C.R., Dagna A., Colombo M., Bianchi S., Visai L.** Solubility of root canal sealers: a comparative study. — *Int J Artif Organs.* — 2010; 33 (9): 676—81.