

С.В. Тарасенко,  
д.м.н., профессор кафедры хирургической  
стоматологии

С.В. Загорский,  
аспирант кафедры хирургической  
стоматологии

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

## Клиническое наблюдение результатов лечения периапикального поражения моляра

**Резюме.** Несмотря на развитие стоматологии, остается актуальным вопрос снижения частоты удаления зубов после безуспешного консервативного лечения пациентов по поводу хронического периодонтита. В статье приведен клинический пример лечения пациента с хроническим периодонтитом по протоколу эндодонтического лечения на основе применения современного специализированного оборудования, что позволило достигнуть уменьшения объема периапикального очага.

**Ключевые слова:** хронический периодонтит, перфорация зуба, эндодонтическое лечение, конусно-лучевая компьютерная томография

**Summary.** Despite the development of dentistry, the question of reducing of the tooth removal frequency after unsuccessful conservative treatment of patients with chronic periodontitis remains actual. In the article it presents the clinical example of treatment of a patient with chronic periodontitis according to the endodontic treatment protocol, based on the using of modern specialized equipment, which resulted in a volume reduction of periapical process.

**Key words:** chronic periodontitis, tooth perforation, endodontic treatment, cone-beam computer tomography

Максимальное сохранение естественных зубов пациента остается приоритетом в стоматологии. Тем не менее, данные статистики последних лет показывают, что самой распространенной из основных амбулаторных операций, осуществляемых в хирургических отделениях стоматологических поликлиник, остается удаление зубов по поводу осложнений кариеса и пародонтита.

Необходимо отметить, что согласно данным Американской ассоциации стоматологов, эндодонтическое лечение бывает успешным в 97% случаев, если полностью соблюдаются протоколы лечения [13]. Однако в 3% случаев все-таки необходимо повторное эндодонтическое лечение [7]. Неудачи эндодонтического лечения связаны с неполной obturацией и герметизацией корневого канала, недостаточной его антисептической обработкой, вертикальным переломом корня, перфорацией зуба на разных уровнях, наличием дополнительных каналов, которые не подвергались обработке и obturации, некачественной реставрацией коронковой части зуба и т.д. [9]. Согласно зарубежным данным, успешно заканчиваются около 75% случаев повторного эндодонтического лечения корневых каналов [6]. Наблюдения в течение 10 лет показывают, что успешная регенерация тканей пародонта возможна в 98% случаев у зубов без повреждений апикального периодонта [14] и в 86% случаев у зубов с повреждением апикального периодонта (4-летние наблюдения) [8].

В России показатель успешного первичного эндодонтического лечения намного ниже — около 30% [3]. Успех же повторного лечения корневых каналов зуба в нашей стране вообще минимален. Это связано с тем,

что повторное лечение корневых каналов является сложным процессом. Не все врачи-стоматологи обладают необходимыми знаниями, навыками, инструментами и оборудованием для решения этой проблемы [1]. Соответственно, при наличии зубов с некачественно obturированными каналами, периапикальными поражениями стоматологи зачастую неоправданно прибегают к удалению этих зубов и последующей установке имплантатов.

Однако сохранение естественных зубов является оптимальным из возможных вариантов лечения. Совершенствование врачом-стоматологом своих мануальных навыков и консервативных методов лечения воспаления тканей верхушечного периодонта является важной задачей стоматологии на современном этапе.

Современные протоколы дентальной имплантации обеспечивают больший выбор методов лечения пациентов с вторичным отсутствием зубов. Следовательно, решение между терапией корневого канала и установкой зубного имплантата является общераспространенной дилеммой на практике. Однако при предоставлении пациенту выбора между удалением зуба и установкой имплантата или повторным лечением корневых каналов своего зуба, большинство пациентов предпочитают сохранить свои естественные зубы. Повторное эндодонтическое лечение является менее инвазивной и менее дорогостоящей процедурой, чем альтернативный вариант удаления зуба и протезирование с опорой на дентальные имплантаты.

Устранение микробного фактора и удаление инфекции из каналов является необходимым условием успеха при повторном эндодонтическом лечении [15].

В противном случае инфекция периапикальных очагов может сенсibilизировать организм, способствовать развитию заболеваний внутренних органов и систем, служить причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области [2, 10]. По данным А.В. Ларинской и соавт., современными методами возможно добиться значительного снижения микробной обсемененности, что может быть достаточным условием заживления и регенерации периапикальных тканей [5]. В 2011–2016 гг. А.В. Дурова и В.Д. Пантелеев провели лечение 15 пациентов в возрасте от 20 до 68 лет с крупными очагами деструкции в периапикальной зоне препаратом «ТрАпекс-гель» («Полистом», Россия), содержащим ортофосфат кальция. Как показало дальнейшее наблюдение, использование лечебных паст для временного пломбирования корневых каналов, содержащих ортофосфаты кальция, позволяло добиться восстановления костной структуры в крупных деструктивных очагах поражения периапикальной зоны [4].

Необходимо отметить, что в процессе эндодонтического лечения периодически возникают осложнения, такие как перфорации, уступы и поломки инструментов. Перфорации зубов составляют 9% всех осложнений эндодонтического лечения. Лечение подобных зубов требует определенных навыков врача-стоматолога, а также соблюдения дополнительных протоколов лечения и дополнительного оборудования, такого как операционный микроскоп, ультразвуковой наконечник, современные материалы для закрытия перфораций и т.д.

Данные литературы об успешном повторном эндодонтическом лечении зубов [6, 14] достаточно обнадеживающие и позволяют рекомендовать стоматологам не пренебрегать этой возможностью в случае, если есть шанс и зуб не безнадежен. В любом случае важно, чтобы пациент был проинформирован обо всех альтернативных вариантах лечения, их преимуществах, недостатках, рисках осложнений и т.д.

Ниже представлен пример случая хронического апикального периодонтита зуба 3.6 и успешно проведенного эндодонтического лечения.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Т., 28 лет, обратилась с жалобами на дискомфорт, боли при накусывании, периодически возникающую отечность десны в области зуба 3.6 (рис. 1). По данным лучевых методов исследования — внутривитовой контактной рентгенографии (ВКРГ) и конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ; рис. 2) — выявлены очаги деструкции костной ткани в области верхушек корней зуба 3.6, бифуркации, а также перфорация в верхней трети медиального корня. Диагноз: хронический периапикальный периодонтит зуба 3.6.

Используя стоматологический микроскоп Seiler (рис. 3), мы тщательно удалили остатки пломбировочного материала, провели механическую обработку инструментами ProTaper (Dentsply Maillefer, Швейцария; рис. 4), медикаментозную обработку медиальных и дистального каналов зуба препаратом Parcan (3% раствор гипохлорита натрия, фирма Septodont), закрыли перфорацию отечественным материалом «Триоксидент», временно запломбировали каналы зуба кальцийсодержащим препаратом Metapaste (Meta Biomed, Южная Корея) сроком на 2 недели.

Спустя 2 недели каналы зуба запломбировали гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации. Коронковую часть зуба восстанавливали светоотверждаемым композитным материалом Charisma Classic (Kulzer, Германия), после чего сделали контрольную ВКРГ (рис. 5). На ВКРГ спустя 6 месяцев определяется значительное восстановление костной ткани в периапикальной зоне (рис. 6). Пациентка жалоб больше не предъявляла.



Рис. 1. ВКРГ зуба 3.6

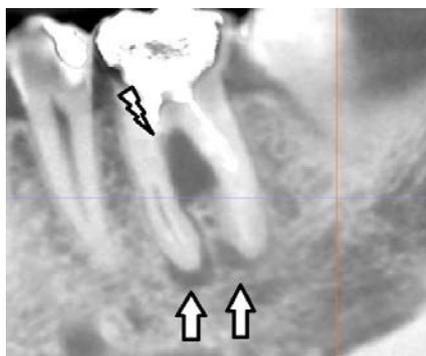


Рис. 2. Срез КЛКТ: стрелками показаны очаги деструкции и перфорация



Рис. 3. Использование стоматологического микроскопа обеспечивает высокое качество выполнения эндодонтических манипуляций



Рис. 4. Механическая обработка каналов, определение рабочей длины

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, современные технологии, применяющиеся при повторном эндодонтическом лечении, позволяют добиться положительного результата в 75% случаев. С большим шансом на успех повторную обработку корневых каналов можно проводить в тех случаях, когда отсутствуют изменения в периапикальных тканях зуба [11]. Однако необходимо понимать, что успех процедуры повторного эндодонтического лечения во многом определяет квалификация лечащего врача, наличие соответствующих материалов, инструментов и оборудования. Следует учитывать, что перелом корня, подвижность зуба III и IV степени, глубокий патологический карман и видимые трещины корня зуба являются



Рис. 5. Рентгеновский снимок непосредственно после пломбировки каналов



Рис. 6. Рентгеновский снимок через 6 месяцев

противопоказаниями к повторному эндодонтическому лечению. Такие зубы подлежат удалению.

Перфорации с обширными поражениями периодонта, такие как перфорации корня штифтом, стрип-перфорации или резорбции корня относятся к высоким факторам риска при проведении повторного эндодонтического лечения.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. **Абрамова Н.Е., Леонова Е.В.** Опыт повторного эндодонтического лечения зубов с плохим прогнозом на успех. — *Эндодонтия today*. — 2003; 1—2 (3): 60—5.
2. **Аксенова Т.В., Бондаренко А.Н.** Комплексная реабилитация больных с деструктивными формами хронического верхушечного периодонтита. — В сб. науч. трудов «Лицензирование и аккредитация в стоматологии». — Москва — Краснодар: Советская Кубань, 2001. — С. 49—51.
3. **Боровский Е.В.** Терапевтическая стоматология. Избранные разделы. — М.: Стоматология, 2005. — 224 с.
4. **Дурова А.В., Пантелеев В.Д.** Отдаленные результаты консервативного лечения ортофосфатами кальция апикальных периодонтитов с крупными очагами поражения. — *Клиническая стоматология*. — 2018; 1 (81): 20—3.
5. **Ларинская А.В., Юркевич А.В., Михальченко В.Ф., Михальченко А.В.** Современные аспекты внутриканальной дезинфекции при лечении осложненных форм кариеса. — *Клиническая стоматология*. — 2017; 3 (83): 13—6.
6. **Bergenholtz G., Lekholm U., Milthon R., Heden G., Odesjö B., Engström B.** Retreatment of endodontic fillings. — *Scand J Dent Res*. — 1979; 87 (3): 217—24.
7. **Cohen S., Burns R.C.** Pathways of the pulp. —
8. **Farazneh M., Abitbol S., Friedman S.** Treatment outcome in endodontics: the Toronto study. Phases I and II: Orthograde retreatment. — *J Endod*. — 2004; 30 (9): 627—33.
9. **Friedman S.** Considerations and concepts of case selection in the management of post-treatment endodontic disease (treatment failure). — *Endod Topics*. — 2002; 1: 54—78. doi: 10.1034/j.1601-1546.2002.10105.x
10. **Hülsmann M.** Epidemiologische Daten zur Endodontie (III). — *Endodontie*. — 1996; 1 (5): 51—62.
11. **Lovdahl P.E.** Endodontic retreatment. — *Dent Clin North Am*. — 1992; 36 (2): 473—90.
12. **Rahbaran S., Gilthorpe M.S., Harrison S.D., Gulabivala K.** Comparison of clinical outcome of periapical surgery in endodontic and oral surgery units of a teaching dental hospital: a retrospective study. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. — 2001; 91 (6): 700—9.
13. **Salehrabi R., Rotstein I.** Endodontic treatment outcomes in a large patient population in the USA: an epidemiological study. — *J Endod*. — 2004; 30 (12): 846—50.
14. **Sjogren U., Hagglund B., Sundqvist G., Wing K.** Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. — *J Endod*. — 1990; 16 (10): 498—504.
15. **Sundqvist G., Figdor D., Persson S., Sjögren U.** Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative re-treatment. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. — 1998; 85 (1): 86—93.