

## Апикальные поражения: лечить или не лечить?

### Введение

На чем эндодонтисты основывают свои решения: на интуиции, опыте или результатах конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ)? Представленный ниже клинический случай наглядно демонстрирует, что наличие апикального поражения не обязательно означает, что зуб необходимо удалить. С помощью гибких никель-титановых (NiTi) файлов можно успешно препарировать даже сильно искривленные каналы со сложной анатомией, добываясь долговременного успеха.

Доказательная база по клинической стоматологии при всей своей обширности характеризуется довольно низким качеством. В результате многие врачи полагаются на собственный опыт. Как показывают обсуждения в профессиональных сообществах различных социальных сетей, тактика лечения в самых про-

[1] и другими эпидемиологами, показывают, что при наличии апикального поражения размером до 1 см удаление зубов производится в 22% случаев. Если размер поражения превышает 1 см, удаление становится еще более привлекательным вариантом и выполняется в 50% случаев. Это может показаться логичным, однако стоматологи, принимавшие участие в опросах, не имели никакого представления о гистологическом характере поражения (являлось ли оно истинной кистой, псевдокистой или же гранулемой), поскольку их решения основывались исключительно на изучении рентгенограмм. При этом NiTi, например, считает, что рентгенограммы не позволяют отличить кистозное поражение от не кистозного, а в отсутствие последующего наблюдения невозможно сказать, заживает поражение или же, наоборот, увеличивается [2].

Вмешательство всегда должно считаться наиболее предпочтительным вариантом [5]. На этом этапе наличие апикального периодонтита и размер поражения не стоит учитывать при выборе стратегии лечения.

### Размер имеет значение?

В целом, согласно литературе, чем крупнее поражение, тем менее благоприятными для заживления являются условия. Причина этого проста: обычно поражению требуется какое-то время, чтобы вырасти до определенного размера. Чем более зрелой становится биопленка, тем большее разнообразие бактерий наблюдается в ней, и тем более она препятствует достижению предсказуемых результатов лечения [6]. Хотя подобный расчет несколько умозрительен, и для подтверждения его правдивости необходимы дополнитель-

### Клинический случай: хронический апикальный абсцесс у педиатрического пациента

Пациент 10 лет был направлен в нашу клинику для эндодонтического лечения правого моляра нижней челюсти. При осмотре с вестибулярной стороны зуба 46 выявили свищевой ход. Лечащий врач пациента написал, что ввиду обширности области, пораженной апикальным периодонтитом, вероятность успеха эндодонтического вмешательства мала, и может потребоваться удаление зуба. Тем не менее и мальчик, и его родители хотели попытаться сохранить зуб.

По результатам клинического и рентгенологического обследования диагностировали некроз пульпы и хронический апикальный абсцесс (рис. 3 и 4). Зондирование свищевого хода показало, что он ведет к вер-

систему выбрали ввиду высокой гибкости входящих в нее инструментов, которая компенсировала труднодоступность слегка изогнутых мезиальных каналов, связанную с неспособностью пациента в силу возраста открывать рот так же широко, как взрослые пациенты. Кроме того, для надлежащего расширения апикальной части канала требуется лишь несколько таких файлов, которые превосходно центруются в канале, позволяя сохранить его исходную анатомию.

Химическое очищение и дезинфекцию провели с помощью гипохлорита натрия (5,25%), который активировали ультразвуком для акустической кавитации раствора. В каналы внесли пасту на основе гидроксида кальция, закрыли тефлоновой лентой и восстановили зуб с помощью композитного материала во избежание коронкового микроподтекания.

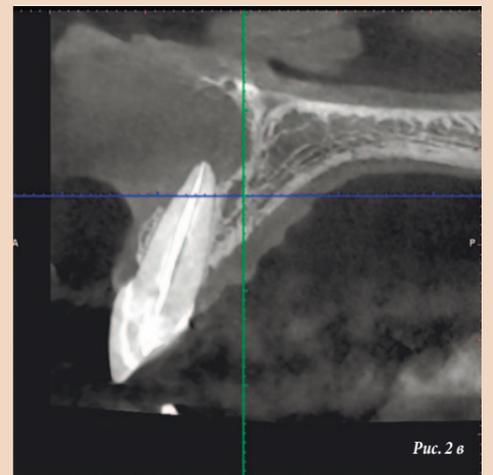
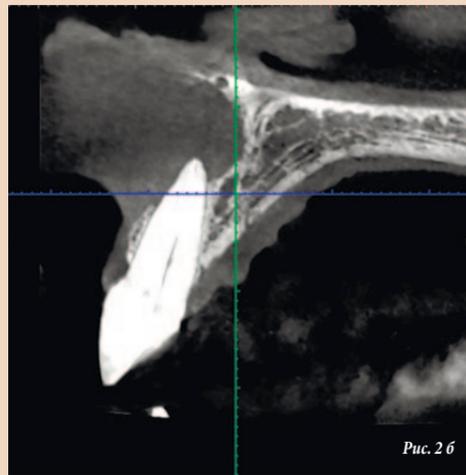


Рис. 1 и 2, а–в. Рентгенограмма эндодонтически леченого зуба 11 и чувствительного к холоду зуба 12 в сравнении с КЛКТ, где прекрасно виден обширный костный дефект в области верхушки корня (изображения получены с разницей в два дня).

стых клинических случаях может варьироваться, причем прогноз все равно будет благоприятным. Не являются исключением и эндодонтические вмешательства. Исследование, проведенное недавно Гентским университетом (Бельгия), показало, что стоматологи зачастую принимают решения «с оглядкой» на свою специализацию. Так, в случае рецидивирующего или хронического бессимптомного апикального поражения эндодонтист скорее прибегнет к повторному лечению корневых каналов или апиэктомии, нежели к удалению зуба и его замещению имплантатом и коронкой (как вариант, к простому наблюдению) – в отличие от ортопеда или хирурга, которые поступят наоборот. На деле же решение должно исходить скорее от пациента, которого необходимо проинформировать обо всех вариантах лечения, связанных с ними преимуществами и рисками, а также долговечности результатов. Далее на примере клинического случая будет рассмотрен вопрос о том, нужно ли лечить апикальные поражения, и если да, то на какой стадии.

### Варианты эндодонтического лечения

Актуальные данные, полученные учеными из Гентского университета

Более того, очевидно, что ограничения, присущие традиционной двумерной рентгенографии, сказываются и на диагностике, и на планировании лечения [3]. Группа Wu и соавт. продемонстрировала, что во многих случаях, когда рентгенограмма показывает нормальное состояние периапикальных тканей или же их заживление, КЛКТ или гистология выявляет апикальный периодонтит [3]. Эти данные заставляют признать, что даже самый распространенный на сегодня способ визуализации внутренних тканей может подвести клинициста, не будучи дополнен другими исследованиями (рис. 1 и 2, а–в).

Хотя КЛКТ позволяет более точно выявлять и оценивать размер поражений в области апекса, мы, к сожалению, не располагаем литературой, которая обосновывала бы применение этой технологии в качестве стандартного инструмента диагностики периапикальных поражений [4]. Morris и соавт. пришли к выводу, что в тех случаях, когда лечение корневых каналов необходимо, зуб может быть восстановлен с помощью прямой или непрямой реставрации, а периодонт (длительное время) находится в хорошем или контролируемом состоянии, эндодонтическое

исследования [7], в целом можно говорить о том, что с каждым миллиметром прироста рентгенологически определяемого размера поражения вероятность успеха снижается на 14% (по сравнению с ситуацией, когда апикальное поражение вообще отсутствует). Особенно наглядно негативную корреляцию между размером поражения и возможностью его заживления демонстрируют результаты эндодонтических микрохирургических вмешательств [8], но это вовсе не означает, что после первичного эндодонтического лечения всегда требуются более радикальные, хирургические процедуры.

В контексте традиционной эндодонтии поражение размером 2 и более миллиметров (на рентгенограмме) считается фактором риска повторного вмешательства после первичного лечения; при этом, однако, надо учитывать, что определяемый стоматологом размер поражения в известной степени зависит от угла, под которым сделана рентгенограмма, и ее качества [9].

Более крупные очаги разрежения чаще оказываются кистами, но, как уже было сказано, определить гистологический характер поражения по рентгенограмме не представляется возможным [2]. Кроме того, поражения большего размера имеют тенденцию «прорасти» в окружающие анатомические структуры, что, в свою очередь, создает неблагоприятные условия для эндодонтического (хирургического) лечения, поскольку увеличивает риск повреждения этих структур (верхнечелюстных и носовых пазух, канала нижнечелюстного нерва) в ходе процедуры. Это не значит, что лечение невозможно, однако оно становится менее предсказуемым и в большей степени требует вмешательства специалиста.

Поскольку определить характер апикального поражения такого размера по рентгенограмме невозможно, приняли решение о проведении эндодонтического лечения, хотя то обстоятельство, что область фуркации корней можно было зондировать, делало ситуацию менее предсказуемой. Выбор стратегии также основывался на том, что лечение корневых каналов обещало быть гораздо менее сложным, нежели удаление зуба с последующей коррекцией окклюзии и ортопедической реабилитацией.

Лечение провели за два посещения. В первое изолировали зуб с помощью коффердама и удалили все кариозные ткани, применив для этого модульную систему никель-титановых файлов (HyFlex EDM) швейцарской компании COLTENE (рис. 5). После расширения коронковой трети каналов их препарировали до размера 40/04 с помощью тех же файлов HyFlex EDM. Данную

### Препарирование с помощью гибких файлов до размера 60/02

Во второе посещение свищевой ход все еще присутствовал, однако зондировать область фуркации корней было почти невозможно. Отечность практически прошла (рис. 6). Зуб снова изолировали с помощью коффердама, оба мезиальных канала препарировали финишными файлами HyFlex EDM до размера 50/03. Дистальный канал препарировали до размера 60/02. Выполнили химическое очищение каналов с помощью гипохлорита натрия, после чего промыли их раствором лимонной кислоты 40%. После просушивания каналов отметили отсутствие подтекания в них гноя, который также не выделялся и из свищевого хода. В оба мезиальных канала внесли биокерамический силер. В дистальном канале сформировали апикальную пробку из минерал-



Рис. 3. Исходная рентгенограмма зуба 46: апикальным периодонтитом поражена обширная область, включая фуркацию корней.



Рис. 4. Клиническая картина: отечность слизистой с вестибулярной стороны зуба 46, свищевой ход, кровоточивость и гноетечение после зондирования.



Рис. 5. а–в. Система финишных файлов HyFlex EDM.



Рис. 6. Частичное заживление свищевого хода, осмотр при повторном посещении.

триоксид-агрегата. Дистально-щечные бугры восстановили с помощью композита. После того как зуб 47 займет свое окончательное положение, может потребоваться усовершенствование этой реставрации (рис. 7).

Через три месяца провели контрольный осмотр, чтобы проверить, как идет заживление свищевого хода. Целостность слизистой оболочки десны была восстановлена, какие-либо следы свищевого хода отсутствовали. Зондирование области фуркации корней с вестибулярной сто-

роны было невозможным, рентгенограмма показала практически полное заживление (рис. 8 и 9).

Любой стоматолог, не являющийся эндодонтистом, тяготеющим к лечению корневых каналов и стремящимся к сохранению каждого зуба, скорее всего, предпочел бы удалить зуб, поскольку:

- Лечащий врач сомневался в успехе эндодонтического лечения.
- Рентгенограмма показала, что обширная область поражена апикальным периодонтитом.



Рис. 7. Контрольная рентгенограмма, сделанная после пломбирования каналов, перед окончательным восстановлением зубов.

- Свищевой ход не закрылся после первичного лечения и использования пасты на основе гидроксида кальция.
- Ситуация не внушала уверенности, поскольку область фуркации корней зондировалась.
- Пациенты этого возраста не всегда четко соблюдают инструкции стоматолога, и их лечение порой требует дополнительных усилий.

#### Рентгенологические признаки успеха

Представленный в настоящей статье клинический случай показывает, что, с учетом результатов вышеупомянутых исследований, пристрастность и субъективность не должны мешать стоматологам прибегать к лечению корневых каналов при наличии крупных апикальных поражений. Если пациент дает инфор-

мированное согласие и имеет правильную мотивацию, эндодонтическое лечение всегда должно считаться предпочтительным. В данном случае решение оказалось правильным.

Хотя обычные рентгенограммы не всегда позволяют оценить размер и динамику апикального поражения, и только КЛКТ может являться надежным средством диагностики апикального периодонтита, нельзя забывать, что в отсутствие клинических проявлений ни та, ни другая технология визуализации не позволяет отличить фиброзную ткань от очага инфекции в области верхушки корня. И это приводит нас к закономерному вопросу: следует ли всегда искать рентгенологические признаки успешных результатов лечения или же достаточно того, что зуб сохранен и бессимптомен?

#### Вывод

Использование нескольких методов визуализации помогает эндодонтистам ставить верные диагнозы и выбирать правильное лечение в неоднозначных клинических ситуациях. С помощью современных, предварительно согнутых никель-титановых файлов можно эффективно препарировать сильно искривленные корневые каналы при наличии апикальных поражений и свищевых ходов. Это позволяет сохранить даже те зубы, которые в принципе подлежат удалению или лечение которых представляет определенную сложность. **DT**

Благодарности

Автор хотел бы особо поблагодарить группу James' Online Community for Dental Sciences в Facebook.

От редакции: эта статья была опубликована в журнале roots – international magazine of endodontics. Vol. 14, №3/2018. Список литературы можно получить у автора.

#### Контактная информация



Доктор Кристоф Вербанк (Christophe Verbanck) получил степень магистра стоматологии в 2009 г. в Гентском университете, где после этого прошел трехлетнюю программу специализации по эндодонтии. С 2014 г. он вместе с двумя коллегами владел эндодонтической клиникой в г. Хасселт (Бельгия). В январе 2016 г. доктор Verbanck вместе с супругой открыл собственную стоматологическую клинику Lovendo в Ловендегеме (Бельгия). Он регулярно проводит занятия по эндодонтии для стоматологов общей практики и ведет семинары, посвященные методам эндодонтического лечения.

Grote Baan 90, 9920 Lovendegem, Belgium (Бельгия)  
tandarts@lovento.be  
www.lovento.be

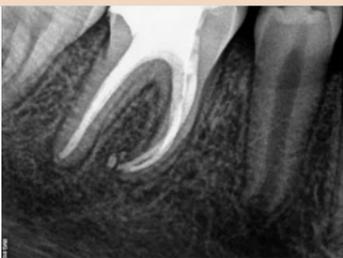


Рис. 8. Контрольная рентгенограмма, сделанная через 3 мес, демонстрирует практически полное заживление.



Рис. 9. Полное заживление слизистой оболочки десны и отсутствие отечности через 3 мес после лечения.



Dental Tribune International

# The World's Dental Marketplace

www.dental-tribune.com

dti | Dental Tribune International

Реклама