



КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Муйдинова Барно Аскарровна

АДТИ

Ассистент кафедры Терапевтическая стоматология

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7482805>

ARTICLE INFO

Received: 14th December 2022

Accepted: 24th December 2022

Online: 25th December 2022

KEY WORDS

Зуб, эндодонтическое лечение, осложнения, филлер, нижнечелюстной канал, верхнечелюстная пазуха.

ABSTRACT

Эндодонтические вмешательства занимают одно из важных мест в современной структуре стоматологии. Определены обычные места замены пломбировочного материала или инструментов при некачественном эндодонтическом лечении, определены особенности клинических, рентгенологических и неврологических проявлений осложнений эндодонтического лечения зубов. При наличии у пациентов болевого синдрома, неврологических проявлений или признаков гайморита после эндодонтического лечения клиническое обследование необходимо дополнить данными рентгенографии.

Актуальность. Несмотря на высокий уровень инструментального обеспечения терапевтического стоматологического лечения, позволяющий использовать современные технологии, широкий выбор пломбировочных материалов, осложнения при эндодонтическом лечении зубов встречаются редко [1-3].

Акцентируется внимание не только на количестве осложнений, но и на увеличении тяжелых последствий лечения, что нередко приводит к необратимым изменениям тканей лица и челюсти и их дисфункции [4,6].

При некачественном эндодонтическом лечении устанавливаются обычные зоны смещения пломбировочного материала или инструментов: нижнечелюстной канал,

верхнечелюстная пазуха и периапикальная костная ткань. Большое значение в возникновении осложнений эндодонтического лечения зубов имеют индивидуальные анатомические особенности каждого зуба; топографические и ортологические особенности тканей зуба и их функциональное значение; оценка состояния пародонта, окружающего зуб [1,2,5]

Цель: определить особенности клинических, рентгенологических и неврологических проявлений осложнений эндодонтического лечения зубов.

Материалы и методы исследования. В 2019-2021 гг. нами обследовано 32 пациента с различными осложнениями эндодонтического лечения.



Большинство больных были молодого и среднего возраста: 28 лет (87,5%); Люди старше 60 лет - 4 (12,5%) и 84,4% женщины, 15,6% мужчины. Больные были разделены на три группы в зависимости от локализации инородного тела: в первой больные с инородным телом в области нижнечелюстного канала - 5 (15,6%) человек; вторую группу составляют больные с наличием материала в полости верхнечелюстной пазухи - 9 (28,1%) человек; в третьей группе - пациенты с нахождением материала вне верхушки зуба в костной ткани - 18 (56,2%) человек. Наиболее часто осложнения эндодонтического лечения наблюдались при лечении моляров - 67,9% наблюдений.

Длительность заболевания (от окончания эндодонтического лечения до момента обращения в клинику) различна - 1-6 мес.

Помимо традиционного клинического осмотра, включающего анализ жалоб, данных анамнеза, оценку общего состояния, местных проявлений заболевания, выполняли дентальную внутриротовую рентгенографию и ортопантомографию костей челюсти, а также спиральную компьютерную томографию. определить локализацию инородных тел. [6]. Чувствительность тканей оценивали путем сравнительной пальпации кожи и слизистых оболочек в зонах иннервации ветвей тройничного нерва.

Результаты и их обсуждение.

Осложнения эндодонтического лечения у больных в возрасте от 29 до 62 лет, преимущественно у женщин (4 женщины и 1 мужчина) выявили при перемещении пломбировочного

материала (или инструмента) в области нижнечелюстного канала. Удаление пломбировочного материала в области нижнечелюстного канала чаще всего наблюдалось при лечении первых (31,25%) и вторых моляров (37,5%). У большинства больных - у 3 (60%) - инородное тело в области нижнечелюстного канала до месяца, у 1 (20%) больного - до 3 месяцев, у 1 (20%) - около 6 месяцев.

Местные и общие жалобы были четко выражены у всех больных этой группы, но их характер был разным.

Так, у 4 (80%) больных местные жалобы проявлялись в виде ноющих болей в нижней челюсти, чувствительности нижних зубов, снижения чувствительности соответствующей половины губы и подбородка слизистая десны с вестибулярной стороны. У 3 (60%) больных отмечались иррадиирующие боли в области виска и ушной раковины. Общие жалобы проявлялись в виде раздражительности и беспокойства, нарушений сна, снижения аппетита. Также у всех больных отмечалось снижение работоспособности, связанное с болевым синдромом.

У 1 (20%) больного ведущим симптомом были неврологические заболевания в виде снижения чувствительности, болевой синдром был слабым, периодическим. При рентгенологическом исследовании: у 2 больных локализация пломбировочного материала внутри нижнечелюстного канала представлялась однородной массой, у 3 больных инородный материал обнаружен в проекции нижнечелюстного канала (рис. 1).



**Рисунок 1. Пациент М.
ортопантомограмма**

Смещение филлера в верхнечелюстную пазуху выявлено у 9 женщин в возрасте от 30 до 53 лет. Наиболее часто удаление пломбировочного материала в верхнечелюстной пазухе наблюдалось при эндодонтическом лечении 1, 2 моляра - 7 (77,8%) случаев, реже - при лечении 2 премоляра - 2 (22,2%).

У большинства больных (66,7%) диагностирован хронический гайморит; обострение хронического гайморита выявлено в 11,1% случаев, острого гайморита - у 22,2% больных. Эндодонтическое лечение зубов около 5 месяцев назад 6 пациентов, 2 месяца-2, 1 месяц-1. Клиническая картина заболевания зависела от той или иной формы гайморита: отек мягких тканей щеки, сглаженность носогубных складок отек, головная боль, заложенность носа, выделения из носового хода, болезненность в области челюсти при смыкании зубов, сглаженность и болезненность при пальпации переходной складки альвеолярного отростка. Рентгенологическое исследование выявило наличие дефекта нижней стенки верхнечелюстной пазухи; тень в виде пятна с нечетким контуром, расположенного на проекции полости верхней челюсти; симптомы синусита; верхушка корня или корней зуба в

проекции верхнечелюстной пазухи (рис. 2).



Рисунок 2. Томограмма пациента

У 18 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет (14 женщин и 4 мужчин) выявлены осложнения эндодонтического лечения в виде смещения пломбировочного материала за верхушку зуба или смещения инструментов в костную ткань. У большинства больных инородные тела были обнаружены в области моляров - 55,5%, реже в группе передних зубов - 27,8% и в области премоляров - 16,7%.

Клинические проявления осложнений у этой группы больных обычно типичны и определяются локализацией и объемом удаленного филлера.

Все больные предъявляли местные жалобы на боли различной интенсивности в области провоцирующего зуба, иногда с иррадиацией от разветвления тройничного нерва. У большей части больных (11 человек - 61,1%) отмечалось усиление болей в вечернее время, во время еды или при физической нагрузке.



Рисунок 3. К. ортопантомограмма пациента

При рентгенологическом исследовании у верхушки определяется каплевидная тень (рис. 3). Поэтому по результатам исследования, независимо от конкретной локализации инородного материала, осложнения эндодонтического лечения всегда проявляются болевым синдромом различной интенсивности, снижением чувствительности при локализации пломбировочного материала постоянные боли в области нижнечелюстного канала (экстра- или внутриканальные), признаки воспаления (ограниченные или разлитые по слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи) или при переходе пломбировочного материала на кость. тканями вне верхушки корня зуба. Решающими для определения зон и границ расположения инородного тела были результаты рентгенологических исследований, в частности, спиральной компьютерной томографии.

Выводы.

1. Осложнения эндодонтического лечения, вызванные смещением пломбировочного материала или инструментов, включали смещение в нижнечелюстной канал в 15,6% случаев, верхнечелюстную пазуху в 28,1% случаев и нижнечелюстной канал в

28,1% случаев. Периапикальная костная ткань в 56,2% случаев.

2. Особенности клинических и неврологических проявлений хирургических осложнений эндодонтического лечения зависят от зоны локализации инородного материала. При переносе филлера в область нижнечелюстного канала преобладали выраженные боли и неврологические нарушения в области иннервации ветвей тройничного нерва. Течение заболевания при замене пломбировочного материала на верхней челюсти было преимущественно в виде хронического или обострения хронического гайморита. При размещении пломбировочного материала в периапикальной костной ткани основной причиной был локальный болевой синдром. Характерным признаком для всех групп больных было отсутствие эффекта от применения медикаментозных и физиотерапевтических методов лечения.

3. После эндодонтического лечения при наличии у пациентов болевого синдрома, неврологических проявлений или признаков гайморита клиническое обследование необходимо дополнить данными рентгенологического исследования, в частности компьютерной томографии.

Перспективой дальнейших исследований является совершенствование методов диагностики осложнений эндодонтического лечения зубов и определение показаний к оперативному вмешательству.



References:

1. Клинико-диагностические критерии неврологически сложного эндодонтического лечения зубов верхней челюсти/А.М. Политун, А.Д. Головчанская, Т.К. Бешарова, А.В. Левченко// Современная стоматология. 2000. - № 3. - Б. 19-23.
2. Т. Скрипникова, Т. Скрипникова, Н. Савоста // ДентАрт. - 2011. - № 4. - Страницы 63-71.
3. Алехина О.В. Факторы, влияющие на прогноз современной эндодонтии и эндодонтического лечения / О.В. Алехина // Мир медицины и биологии. - 2011. - № 4. - Б. 127-131.
4. Тяжелые осложнения эндодонтического лечения / О.В. Головчанская, А.М. Политун, А.В. Левченко и др. // Украинский стоматологический альманах. - 2002. - № 3. - Б. 13-15.
5. Латышева С.В. Ошибки в эндодонтии, осложнения и методы их профилактики: учебное пособие / С.В. Латышева, О.И. Абаимова, Т.В. Будевская – Минск: БГМУ, 2012. – 43 с.
6. Югов В.К. Рентгенодиагностика в эндодонтии / В.К. Югов, Т.П. Скрипникова. – Полтава, 2015. – 191 с.