

Клинические случаи.

Повторное лечение корневых каналов.

Извлечение отломков инструментов

С.В. ВАЙЦ*, к.м.н., старш. Преп-ль
Ф.Ю. ДАУРОВА*, д.м.н., проф., зав. Кафедрой
Т.В. ВАЙЦ*, асп.
З.С. КОДЗАЕВА*, асс.
Э.С. КОДЗАЕВА**, асс.

*Кафедра терапевтической стоматологии

**Кафедры пропедевтика стоматологических заболеваний
Российский университет дружбы народов (Москва)

Clinical cases. Re-treatment of root canals.

Extraction tool fragments

S.V. VAYTS, F.Yu. DAUROVA, T.V. VAYTS, Z.S. KODZAEVA, E.S. KODZAEVA

На сегодняшний день в распоряжении врача-стоматолога имеется множество современных материалов, приборов и препаратов для качественного лечения пациента на стоматологическом приеме. Но к сожалению, достаточно часто встречаются случаи с прекрасно проведенной реставрацией зуба в сочетании с неполноценным эндодонтическим лечением. При эндодонтическом лечении корневых каналов врачу-стоматологу необходимы не только хорошие мануальные навыки, но и умение постановки правильного диагноза, четкое знание анатомии и топографии корневых каналов зубов. Постановка правильного диагноза в сочетании с верным выбором новых материалов и методик создает условия, позволяющие с высокой вероятностью добиться успешного результата и обеспечить здоровое состояние периапикальных тканей.

Проблема повторного лечения корневых каналов часто сопровождается тем, что имеется необходимость в извлечении инородных тел (отломков инструментов, внутрикорневых штифтов) из корневого канала. Данная процедура является

достаточно сложным лечебным процессом и для этого необходимо дополнительное оснащение клиники.

При перелечивании корневых каналов после адекватного обезболивания и изоляции рабочего поля необходимо выявить локализацию всех корневых каналов. После этого нужно обеспечить наиболее короткий и достаточный доступ к устьям корневых каналов.

Для этого в распоряжении врача-стоматолога должны быть машинные инструменты, ультразвуковые насадки для прохождения, распломбирования и удаления инородных тел из корневых каналов. Помимо этого, необходима работа с увеличением.

Клинический случай 1

Пациентка П. 36 лет. Обратилась в клинику с жалобами на дефект пломб и изменение цвета зубов 3.6 и 3.7.

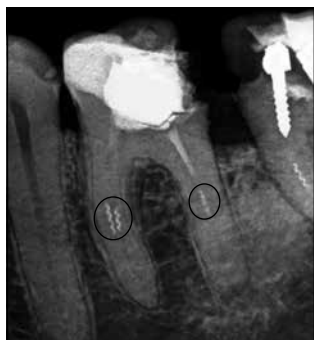


Рис. 1. До лечения



Рис. 2. До лечения



Рис. 3. Этап распломбирования корневых каналов



Рис. 4. Этап распломбирования корневых каналов

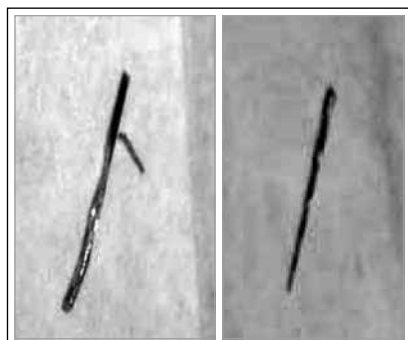


Рис. 5. Извлеченные отломки инструментов



Рис. 6. Извлеченные отломки инструментов

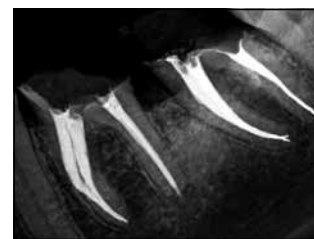


Рис. 7. Контроль пломбирования

Около восьми лет назад зубы 3.6 и 3.7 были пролечены по поводу осложнения кариеса с композитными реставрациями (2 класс по Блеку).

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы нормального цвета, слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, при обследовании было выявлено, что зубы 3.6 и 3.7 ранее лечены по поводу осложненного кариеса резорцин-формалиновым методом, отмечается дефект пломб, разрушенность коронковой части более чем на 2/3, зондирование и сравнительная перкуссия безболезненные.

На прицельном внутриротовом рентгенологическом снимке в корневых каналах следы пломбировочного материала, также были выявлены фрагменты инструментов в зубах 3.6 и 3.7, в зубе 3.6 в медиальных и дистальном корневых каналах, а в зубе 3.7 в медиальном корневом канале, изменений в периапикальных тканях нет (рис. 1–2).

Диагноз: K04.5 Хронический апикальный периодонтит зубов 3.6, 3.7.

Пациентке была объяснена вся сложность предстоящего вмешательства. Требовалось перелечивание корневых каналов зубов 3.6 и 3.7, с восстановлением коронковой части культевой разборной вкладкой с последующим протезированием искусственной коронкой.

Лечение: под проводниковой и инфильтрационной анестезией Артикаин 4% Инибса с эпинефрином 1:100 000, наложен коффердам, удалена старая реставрация, извлечены внутрикорневые штифты, с помощью ультразвуковых насадок, была полноценно раскрыта полость зуба. Благодаря работе с увеличением распломбированы корневые каналы, извлечены отломки инструментов (рис. 3–6). После чего проведена механическая и медикаментозная обработка корневых каналов 3% раствором NaOCl и 17% раствором ЭДТА, с последующей obturацией гуттаперчей с силером методом вертикальной конденсации (рис. 7).

Пациентка направлена на дальнейшее лечение в ортопедическое отделение. Запланировано контрольное рентгенологическое обследование через 6, 12, 18 месяцев. Прогноз благоприятный.

Клинический случай 2

Пациентка А. 39 лет. Обратилась в клинику с жалобами на дефект пломбы и изменение цвета зуба 3.7.

Около пяти лет назад зуб 3.7 был пролечен по поводу осложненного кариеса и восстановлен композитной реставрацией (2 класс по Блеку).

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы нормального цвета, слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, при обследовании было выявлено, что зуб 3.7 ранее лечен по



Рис. 8. До лечения



Рис. 9. Этап распломбирования корневых каналов

поводу осложненного кариеса резорцин-формалиновым методом, отмечается дефект пломбы и разрушенность коронковой части на дистально-контактной поверхности более чем на 1/2, зондирование и сравнительная перкуссия безболезненные.

На прицельном внутриротовом рентгенологическом снимке были выявлены фрагменты инструментов в медиальном и дистальном корневых каналах зуба 3.7, корневые каналы запломбированы на 1/2 длины корня, изменений в периапикальных тканях нет (рис. 8).

Диагноз: K04.5 Хронический апикальный периодонтит зуба 3.7.

Пациентке была объяснена вся сложность предстоящего вмешательства. Требовалось перелечивание корневых каналов зуба 3.7, с восстановлением коронковой части культевой разборной вкладкой с последующим протезированием искусственной коронкой.

Лечение: под проводниковой и инфильтрационной анестезией Артикаин 4% Инибса с эпинефрином 1:100 000, наложен коффердам, удалена старая реставрация, извлечены внутрикорневые штифты, с помощью ультразвуковых насадок, была полноценно раскрыта полость зуба. Благодаря работе с увеличением распломбированы корневые каналы, извлечены отломки инструментов (рис. 9, 10). После этого проведена механическая и медикаментозная обработка корневых каналов 3% раствором NaOCl и 17% раствором ЭДТА, с последующей obturацией гуттаперчей с силером методом вертикальной конденсации (рис. 11).

Пациентка направлена на дальнейшее лечение в ортопедическое отделение. Запланировано контрольное рентгенологическое обследование через 6, 12, 18 месяцев. Прогноз благоприятный.

Выводы

Для качественного эндодонтического лечения необходимы: адекватное раскрытие полости зуба, удаление нависающих краев пульповой полости и создание прямолинейного хода для эндодонтических инструментов до начала прохождения и расширения корневого канала. Такое раскрытие полости дает хорошие условия для медикаментозной обработки и obturации корневых каналов. Кроме того, при работе со склерозированными или искривленными каналами необходимо работа с увеличением.

Соблюдение этих простых мер безопасности, знание анатомии и топографии дает возможность избежать многих осложнений при эндодонтическом лечении зубов.

Поступила 28. 10. 2016

Координаты для связи с авторами:
117198, г. Москва,
ул. Миклухо-Маклая, д. 6

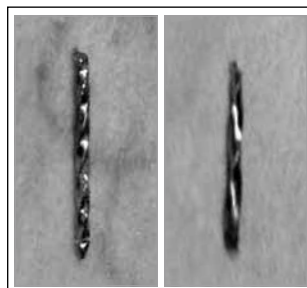


Рис. 10. Извлеченные отломки инструментов



Рис. 11. Контроль пломбирования