

# Лечение зуба 2.1 с внутренней резорбцией. Клинический случай

И.В. НОЕНКО, врач-стоматолог, главный врач клиники «Инодент» (Киев, Украина)

## Treatment of 21 tooth with internal resorption. Case report

I.V. NOENKO



И.В. НОЕНКО

Пациент направлен в клинику после неудачного посещения нескольких стоматологов, которые предлагали удаление зуба. Мужчина, 35 лет, с жалобами на незначительные болевые ощущения в зубе и застревание пищи. Из анамнеза: травма передних зубов 10 лет назад. Пациент пришел в клинику с открытым зубом, так как после попыток закрытия и «проверки на герметизм» зуб начинал болеть. Объективно: зуб слегка изменен в цвете – темнее относительно симметричного. Зондирование зубодесневой борозды не выявило глубоких узких карманов. На небной поверхности – «классическая» полость доступа. При анализе КЛКТ визуализируется полость доступа, которая не совпадает с осью зуба и не является анатомичной. Поэтому было принято решение расширить доступ и вывести на режущий край для получения прямой видимости канала, что было необходимо для качественного проведения всех манипуляций. Корневой канал выполнен кровотокащими болезненными грануляциями. После инфильтрационной анестезии «Убистезин форте» 4% 1 мл и установки коффердама была произведена дезинфекция полости зуба раствором гипохлорита натрия 5,25%, нагретым до температуры 60 градусов с постоянной активацией раствора ультразвуком. Предварительная рабочая длина была определена по компьютерной томограмме с подтверждением длины апекслокатором. Финальный размер обработки апикального участка канала был равен 80. Обработка производилась ручными к-файлами компании «Майли-

фер». Общее время ирригации заняло больше часа. На финальном этапе для удаления смазанного слоя был использован ЭДТА, экспозиция 1 минута, с последующей нейтрализацией раствором гипохлорита натрия. Учитывая неровную поверхность стенок корневого канала, эффект «сталактитовой пещеры», было принято решение оставить гидроксид кальция на две недели, замешанный экс темпоре для удаления возможных грануляционных тканей и являющийся необходимым по протоколу лечения внутренней резорбции. Перфорация стенки зуба, предполагавшаяся по Кт, не была обнаружена, что значительно повышает успешность лечения зубов с внутренними резорбциями, исходя из данных литературы. Полость зуб азакрыта материалом «Кавит».

Во второе посещение через две недели пациент жалоб не предъявлял. Временная пломба сохранена.

Было произведено удаление временной пломбы. Нейтрализация гидроксида кальция с помощью ЭДТА и вымывание при помощи ультразвуковой насадки (эндочак + уфайл). В связи с отсутствием болевых ощущений анестезия не применялась. Следов крови в канале не обнаружено. После тщательного исследования стенок на предмет перфорации и остатков грануляций было принято решение о obturации корневого канала. Апикальная часть (2 мм) была obturирована МТА, внесенным с помощью МТА-носителя (Vista) остальной канал obturирован термопластифицированной гуттаперчей (Obtura) с помощью инъекторной методики.

В полость доступа уложена тефлоновая лента, полость закрыта материалом «Кавит», и пациент получил рекомендации завершить восстановление зуба у направившего доктора, с последующим контрольным осмотром через 6 месяцев.

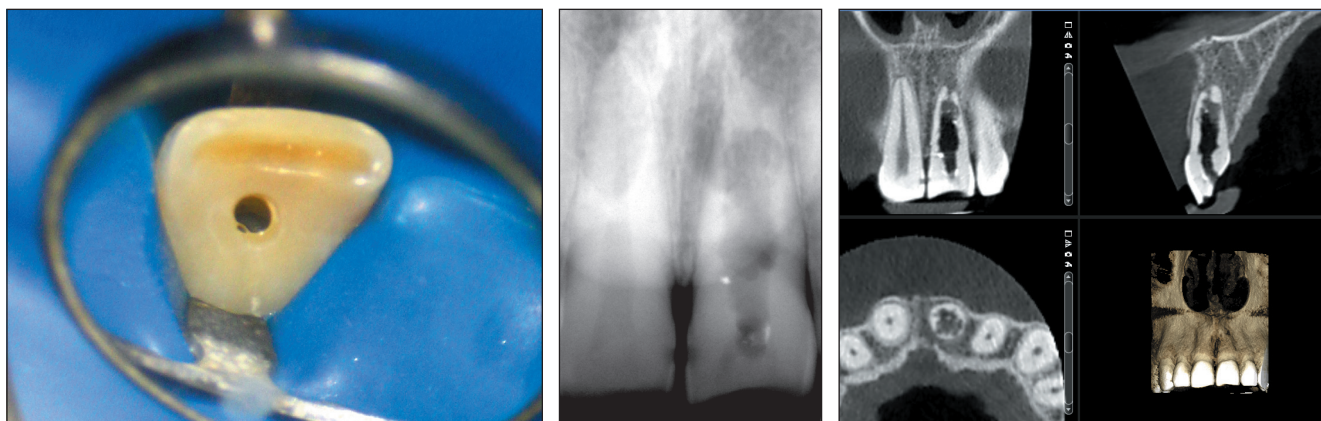


Рис. 1. Диагностика

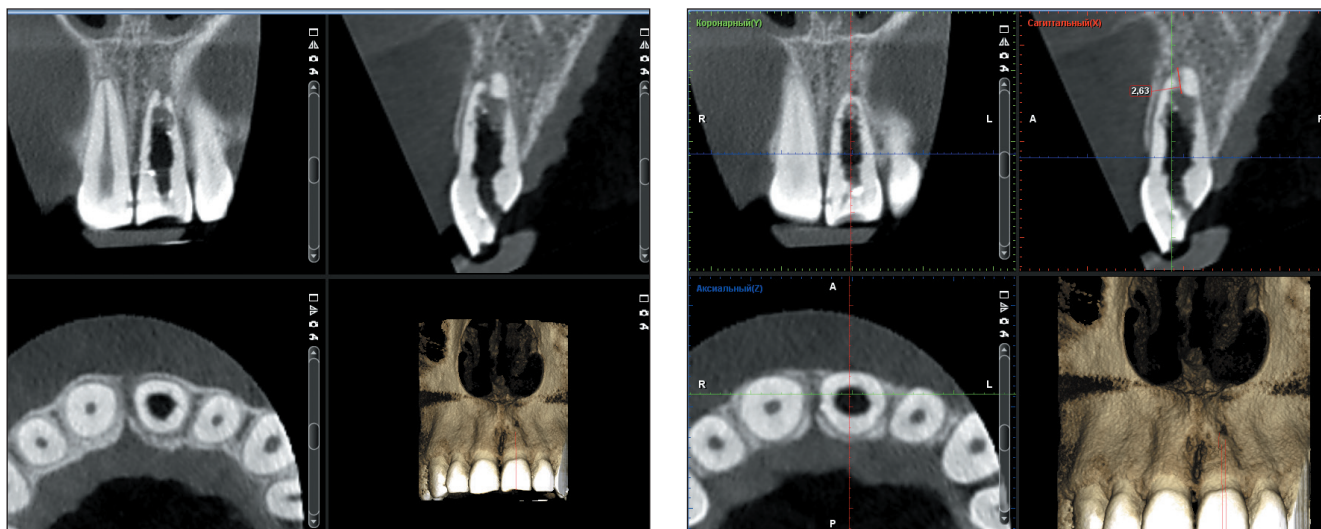


Рис. 1. Диагностика

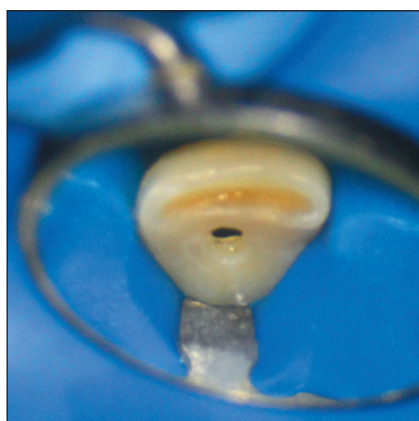


Рис. 2. Не анатомичный доступ

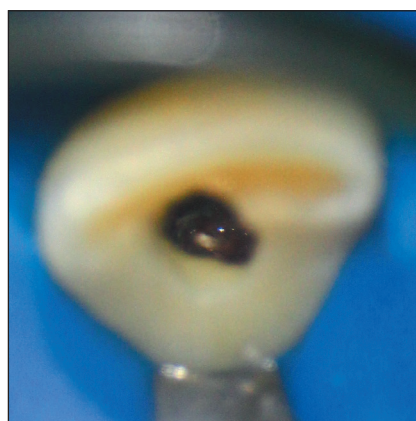


Рис. 3. Грануляции

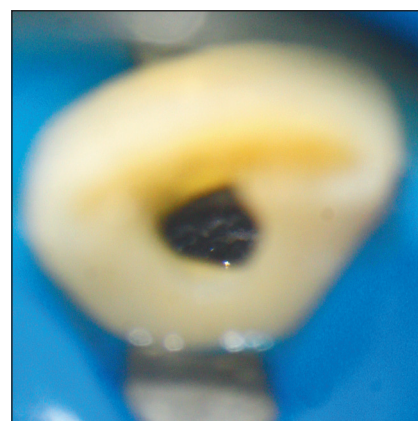


Рис. 4. Неровности стенок

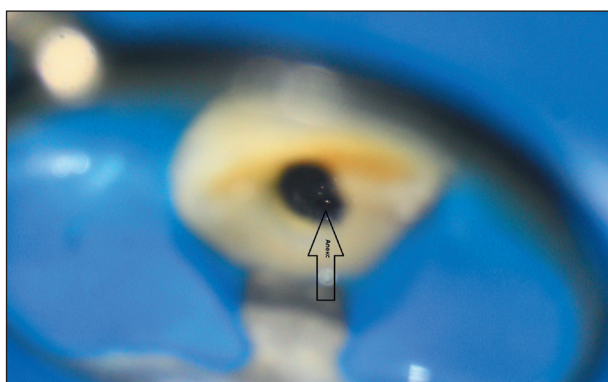


Рис. 5. Апекс

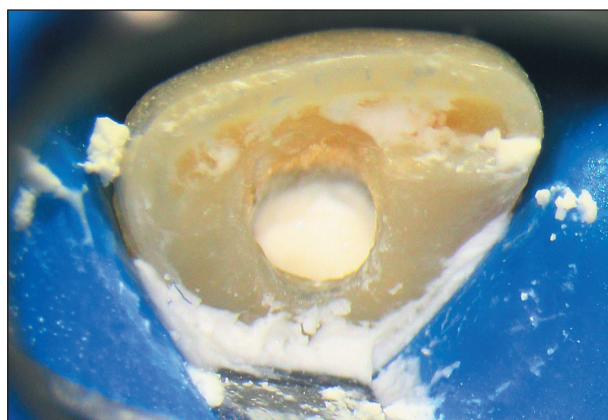


Рис. 6. Гидрооксид кальция



Рис. 7. Контроль  
заполнения кальцием

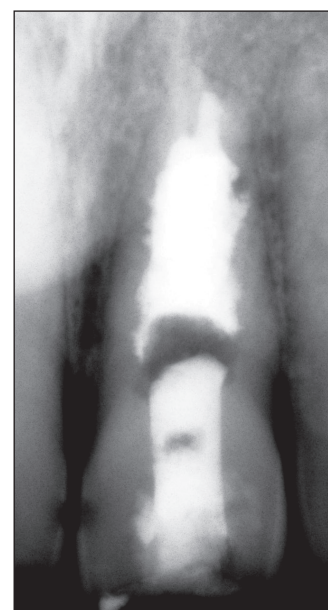


Рис. 8. Контроль  
пломбировки

Поступила 06.05.2015

Координаты для связи с автором:  
02218, Украина, г. Киев, ул. Радужная, д. 596