

Принятие клинического решения об эндодонтическом лечении зуба перед протезированием одиночной коронкой (этап комплексной реабилитации)

Е.В. ЛИПАТОВА, врач-стоматолог
Стоматологическая поликлиника «Приор-М», г. Екатеринбург

Clinical decision about endodontic treatment of the tooth prosthesis to a single crown (block complex rehabilitation)

E.V. LIPATOVA



Е.В. ЛИПАТОВА

Рассмотрим ситуацию, когда пациента ничего не беспокоит. Жалоб нет. Пациента направили для лечения зуба 2.6, контактирующего с зубом 2.7, который подлежит покрытию коронкой. Перед врачом стоит нелегкий выбор: «Лечить или не лечить?», то есть планировать ли превентивное эндодонтическое лечение.

Ведь не всегда клиническая ситуация, которая обнаруживается уже в процессе препарирования, может быть адекватно и с пониманием воспринята пациентом.

На какие вопросы должен ответить врач и о каких нюансах проинформировать пациента еще до начала манипуляций?

1. Тщательный сбор анамнеза относительно дискомфорта и боли в области планируемого лечения.
2. Давность предыдущего лечения и особенности протекания постлечебного периода (дискомфорт, боль, интенсивность, обращения к врачу).
3. Наблюдение у пародонтолога, его особенности: кратность, какие манипуляции проводятся, как пациент переносит период после лечения (чувствительность от температурных и механических раздражителей).
4. План протетического лечения (одиночная коронка, включение в конструкцию, реконструктивное лечение с нормализацией окклюзии и т. д.).

5. Отношение пациента к постлечебному дискомфорту, возможным повторным обращениям; жизненные планы на ближайший после лечения период: отпуск, длительная командировка, отсутствие в зоне доступности стоматологической помощи.

6. Определение уровня терапевтического сотрудничества с пациентом. При необходимости, с помощью информирования, объективизации информации на клинических примерах, данных статистики добиться понимания ситуации, совместного принятия решения о тактике лечения. Разъяснение возможных проблем и путей их решения.

7. Врач с пациентом должен обговорить финансовый аспект.

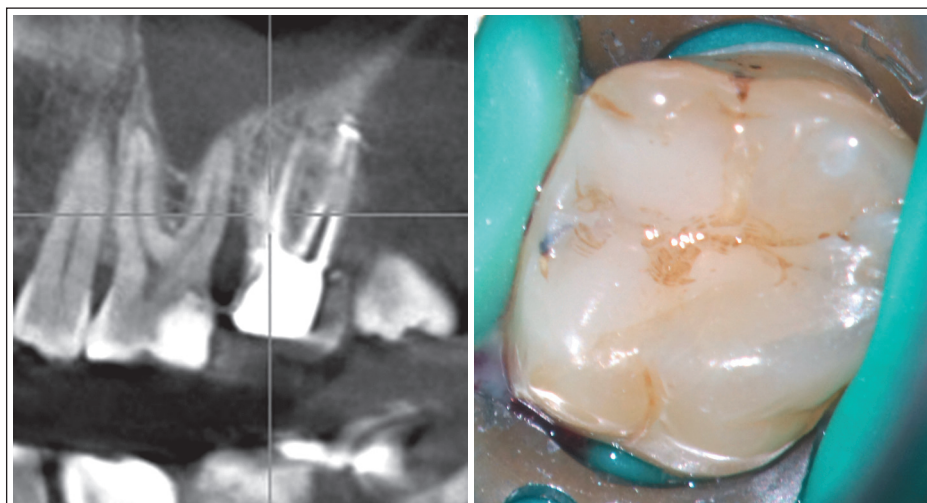


Рис. 1.
Скрин КТ
и вид зуба 2.6
до лечения

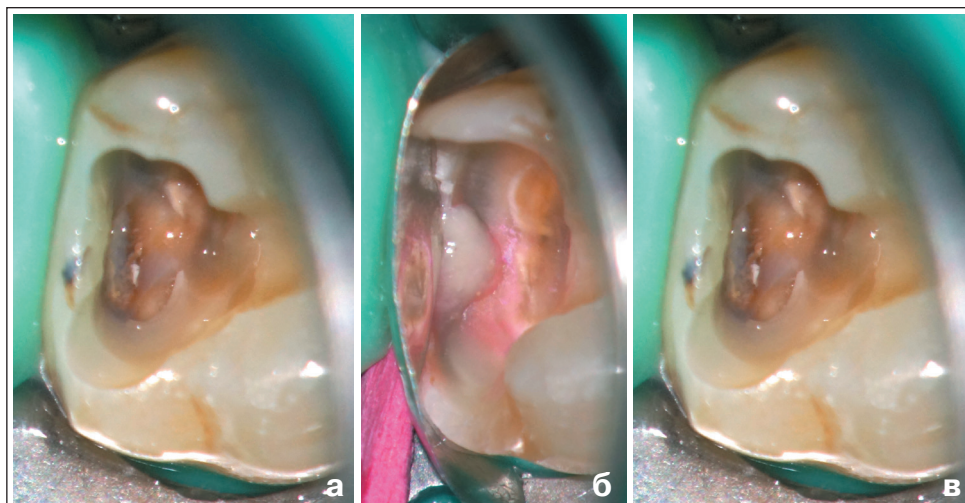


Рис. 2.
В процессе подготовки
к эндодонтическому
лечению:
а) кариес под реставрацией,
б) гноетечение из кармана,
в) этап предварительного
восстановления

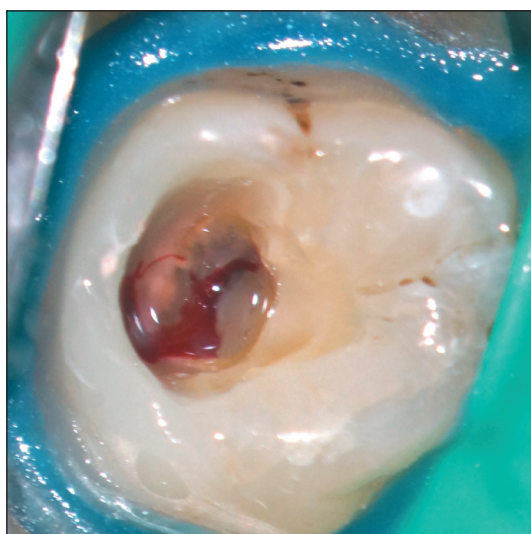


Рис. 3. Вскрытие полости зуба.
Застойное венозное кровотечение



Рис. 4. Снимок перед
эндолечением

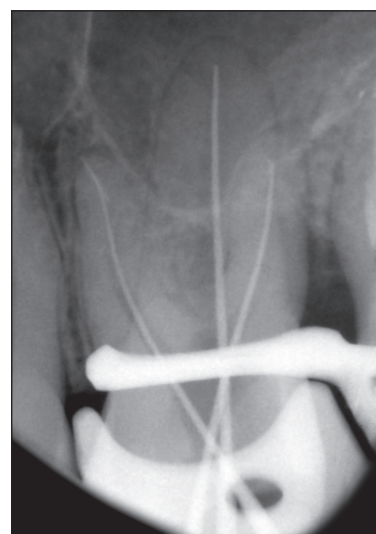


Рис. 5. Контроль
рабочей длины

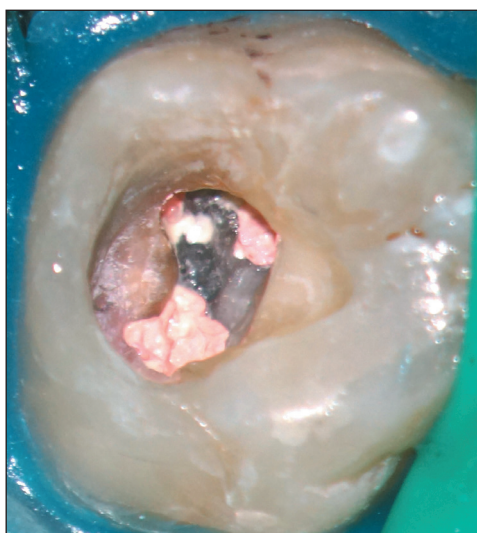


Рис. 6. Устья трех
запломбированных каналов

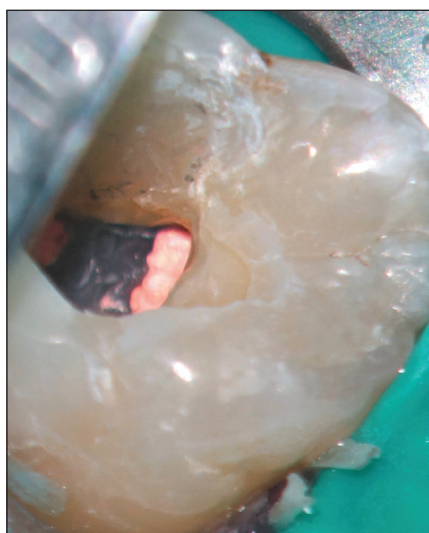


Рис. 7. Овальное устье
мезиобуккального канала

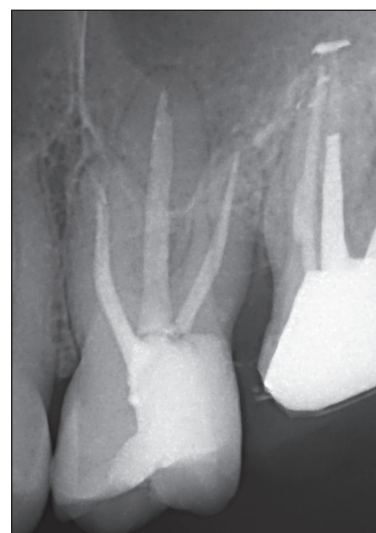


Рис. 8. Контроль
пломбирования

Наш пациент обладает высокой степенью заинтересованности в качестве лечения, профилактике возможных дискомфортных реакций в постлечебном периоде, наилучшем исходе протетического лечения. Полностью сотрудничает и готов разделить ответственность за принятие решения.

В процессе препарирования обнаруживается кариес под старой реставрацией по второму классу по Блэку. Сообщения с полостью зуба нет. Дентин плотный, пигментированный. На рентгенограмме видны признаки облитерации в проекции кариозной полости. А объем препарирования говорит о некоторой

механической травме, которая сопутствует большому объему препарирования.

Если рассуждать как оптимист, то можно понаблюдать. Если как пессимист – можно думать и об удалении зуба. Мы выбрали золотую середину.

Распределив шансы, исходя из ранее проведенного лечения, большой объемной реставрации, предстоящего протетического лечения с предварительной обработкой под коронку, сопутствующего периодонтального заболевания в стадии обострения, с целью профилактики возникновения постоперативного пульпита было проведено эндодонтическое лечение.

Пульпа при вскрытии характеризовалась венозным застойным кровотоком и множественными объемными центральными и диффузными дентиклями, что свидетельствовало о длительной компенсации агрессии со стороны кариозного дентина.

В протоколе лечения были использованы:

1. На этапе диагностики – КЛКТ (конусно-лучевая компьютерная томография) для уточнения анатомии мезиобуккального корня. Было определено: он содержал один овальный канал.

2. В работе использовались: ProFile 04 15, 04 20, 04 25 и саf диаметр 1,5 длина 25 мм.

3. Пломбирование каналов осуществлялось комбинированной гибридной методикой: латеральная ком-

пакция в апикальной части всех каналов, с добавлением инъекторной гуттаперчи в устьевой и средней трети мезиобуккального и небного каналов. Силер АН+.

4. Зуб восстановлен композитом Core Flow (Bisco).

При принятии клинического решения о проведении эндодонтического лечения были учтены: возраст пациента (55 лет); индекс гигиены и распространенность кариеса (КПУ 21); сопутствующее периодонтальное заболевание и пожелание, озвученное до лечения. Пульпита, даже гипотетического, пациент не хотел. Даже странно... Обычно все говорят «Давайте попробуем», «Заболит – полечим»... А тут – жесткое «нет». Видимо в опыте пациента он уже был – настаивающий ночью, беспощадный, превращающий даже самых сильных людей в покорных пациентов врачей-стоматологов.

С нашей стороны, как мне кажется, важно не только лечить или профилактировать стоматологическое заболевание, но слушать, слышать и учитывать пожелания пациентов, разумно следуя принципу «не навреди», позволяя пациенту участвовать в принятии решения на правах равноправного партнера, позволяя ему взять на себя свою часть ответственности.

Поступила 14.05.2015

Координаты для связи с автором
620073, г. Екатеринбург, ул. Малышева, 84
Клиника «Приор М»



5-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

26-29 марта 2015 г., Россия, Москва, гостиница «Милан»

Преоконгресс – 26 марта. Основной Конгресс – 27-28 марта. Постконгресс – 29 марта.

*«Знания ограничены,
тогда как воображение охватывает целый мир,
стимулируя прогресс, порождая эволюции»*

Альберт Эйнштейн

Юбилейный V эндодонтический конгресс прошел под знаком эволюции. В каждом докладе присутствовали базовые ценности эндодонтии как науки: приоритет безопасности технологий, ориентация на успех лечения, научное обоснование наших действий на основе статистически достоверных данных.

Я заметила интересную особенность: доклады словно составляли единую нить, в которой озвученные докладчиком принципы подтверждались в следующем докладе. И первые три доклада – яркое тому подтверждение. Это с одной стороны. С другой стороны, были обозначены векторы развития, то есть направления эволюции, которыми дышит прогрессивная эндодонтия:

- увеличение эффективности технологий с направлением в малую инвазивность;
- модификация инструментов под потребности биологии;
- научное обоснование применяемых методов, вдумчивое отношение к процессу лечения.

1. Первый лектор, Рашид эль Абед (ОАЭ), представил доклад «Эндодонтическая ковровая дорожка: путь безопасности и эффективности» – о важности ковровой дорожки перед началом работы ротационными инструментами с одной стороны (в исследовании ротационный инструмент при предварительном создании ковро-

вой дорожки мог обработать 59 каналов до поломки, а без «ковра» – только 10). Влияние ковровой дорожки на клиническую симптоматику, по данным исследований, также говорит о снижении болевой симптоматики в ближайшем постлечебном периоде, так как вывод дебриса при предварительном создании дорожки меньше.

Особенно интересным мне показался момент создания нового файла One G с предварительно рассчитанными на математической модели свойствами. То есть еще до начала клинических испытаний были рассчитаны параметры конусности и формы поперечного сечения для снижения стресса инструмента.

2. Презентация Джилберто Дебеляна (Норвегия) «Биологические требования успешной эндодонтии, основные клинические и технологические аспекты для их достижения, новые технологии, в том числе XP-endo-файл» сопровождалась множеством деталей, которые обосновывали несколько моментов:

- Не все каналы можно обработать универсальными технологиями.
- В каналах некруглой формы, анатомических структурах (истмусы) и патологически измененных пространствах (внутренние резорбции) требуется адаптированный к этим ситуациям подход.

– Ирригация не справляется там, где в достаточной мере не поддержана инструментацией.

Проблема всех конусных ротационных инструментов – торсионная нагрузка. Решения этой проблемы: соблюдение последовательности инструментов, «игра» механизмом вращения, создание ковровой дорожки.