

Факторы, влияющие на принятие клинического решения в ситуации с зубами, находящимися под литыми культевыми штифтовыми вкладками. Эндодонтия (ортоградная ревизия, перелечивание корневых каналов) в сравнении с апикальной хирургией и имплантацией, на примере клинического случая

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

Variants of clinical decision making regarding the options of rehabilitation of the tooth under the cast tab, depend of the actual clinical situation, diagnostic and technical valuables of the practice, as well as manual skills of the doctor. Decision algorithm of the clinical case study presented in this article

E.V. LIPATOVA



Е.В. ЛИПАТОВА

Прогресс двигают люди, которые на неудобства и проблемы привыкли реагировать действием. Но любое действие обречено на успех только при тщательной подготовке, сборе и анализе данных, взвешивании альтернативных подходов, и, наконец, при выборе самого подходящего по разным параметрам варианта.

В современной стоматологии эволюция материалов и методов, модифицированных техническим прогрессом, переживает настоящий расцвет. Лучшее становится врагом хорошего с такой скоростью, что хорошее и освоить-то толком не успели, и исследовать в достаточной мере не пытались, а уже прогресс давит. «Откройте свое сознание новому!» – услышала я на мастер-классе одной из современных методик в эндодонтии... Мое сознание открыто. Но оно критично. И это мешает поверить сразу. Поэтому попробуем подойти к проблеме и структурировать ее.

Итак. Пациент Б., 36 лет, обратился в клинику для подготовки к протезированию. Жалобы на утрату старой металлокерамической коронки зуба 3.6, застревание пищи между зубами 3.6 и 3.7, некрасивый вид зуба.

К стоматологу давно не обращался. Ранее проходил лечение около 10 лет назад. Курил до двух пачек сигарет в день, на данный момент пытается успешно бросить. Из общих заболеваний отмечает псориаз. В остальном соматически здоров.

Объективно: зуб 3.6 имеет разрушение коронковой части, восстановленное при помощи литой культевой штифтовой вкладки. При внешнем осмотре обращают на себя внимание дефекты прилегания вкладки, наличие щелей и кариес культы в зоне стыка вкладка-зуб, цвет уступа темно коричневый, при зондировании дентин плотный, крепитирует, зонд скользит, в апроксимальных областях очаги деминерализации дентина. Карман M2B2D3L2. Перкуссия отрицательная. Предварительный диагноз: вторичный кариес депульпированного зуба.

Рекомендуемый план обследования: рентгенологическое обследование, возможно КЛКТ. План

лечения требует уточнения после консультации с ортопедом.

Принятие решения ортопедом, с моей точки зрения, должно учитывать как определение состояния зуба на момент обращения, так и определение прогноза с позиции восстановления. Для этого необходимо видеть ткани зуба, желательно – в отсутствие вкладки.

Предварительный план лечения ортопеда: извлечение литой вкладки. На данном этапе ортопед вновь оценивает ткани зуба и возможность его восстановления. Пациент настроен на сохранение зуба, даже при ограничении гарантий, что оговаривается на этапе принятия решения об эндодонтическом перелечивании.

Процесс перелечивания в данной ситуации не отличался особенностями, за исключением того, что каналы мезиального корня соединялись в апикальной трети. В апикальной части дистального корня было значительное количество debrisа, смешанного со старым obturaciorным материалом, удаление которого потребовало длительной ирригации и механической обработки.

Пациент направлен к ортопеду для изготовления новой литой культевой штифтовой вкладки и коронки.

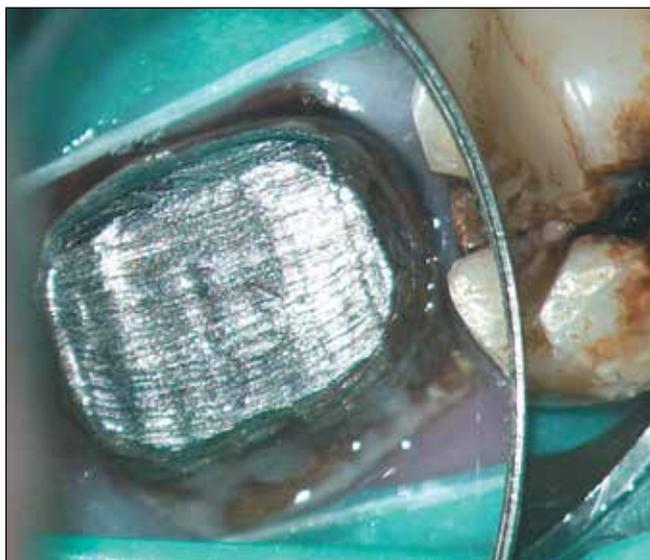


Рис. 1. Вид зуба с литой культевой вкладкой в полости рта



Рис. 2. Фрагмент панорамной томограммы, зуб с зафиксированной литой вкладкой



Рис. 3-4. Этапы вистибуло-орального распиливания вкладки



Рис. 5. Вид корня зуба после прокрашивания кариес-маркером



Рис. 6. Фрагментированная вкладка

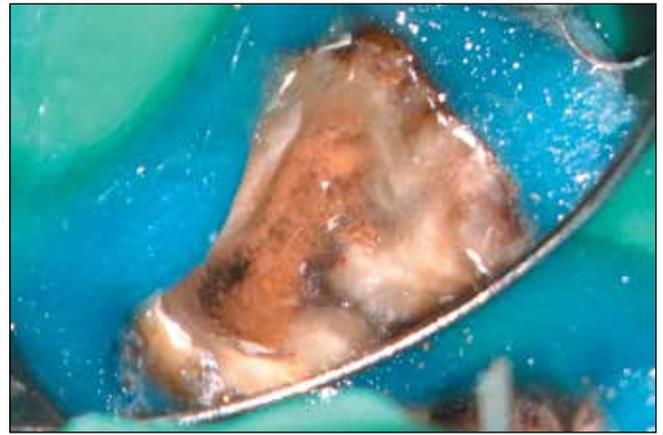


Рис. 7-8. Устья после первичного прохождения каналов, запломбированных пастой



Рис. 9.
Фрагмент КЛКТ
(конусно-лучевой
компьютерной
томограммы)



Рис. 10.
Прицельная
рентгенограмма
с инструментами
на этапе лечения



Рис. 11. Устья после механической обработки и очистки



Рис. 12. Устья после пломбирования каналов



Рис. 13-14.
Рентгенологический
контроль пломбирования
в двух проекциях

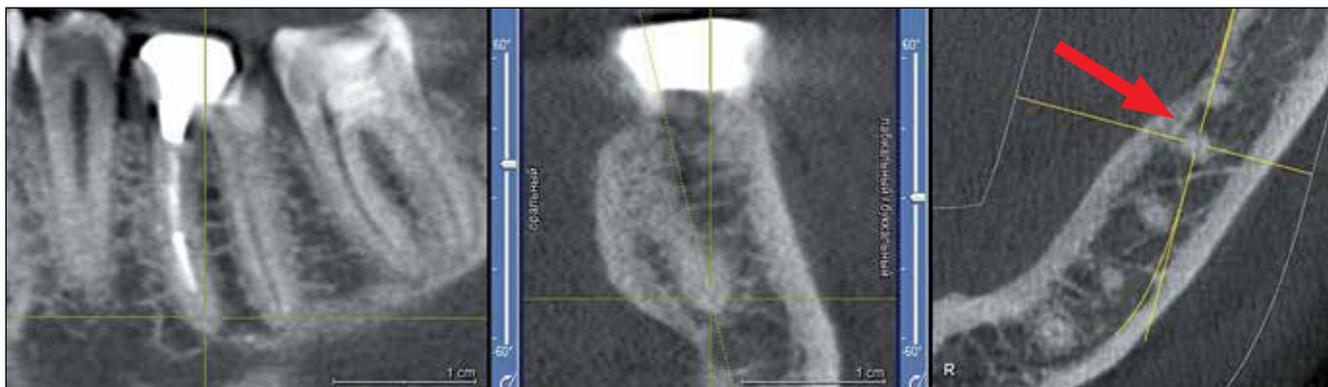


Рис. 15. Мезиальный корень. Язычная позиция апекса

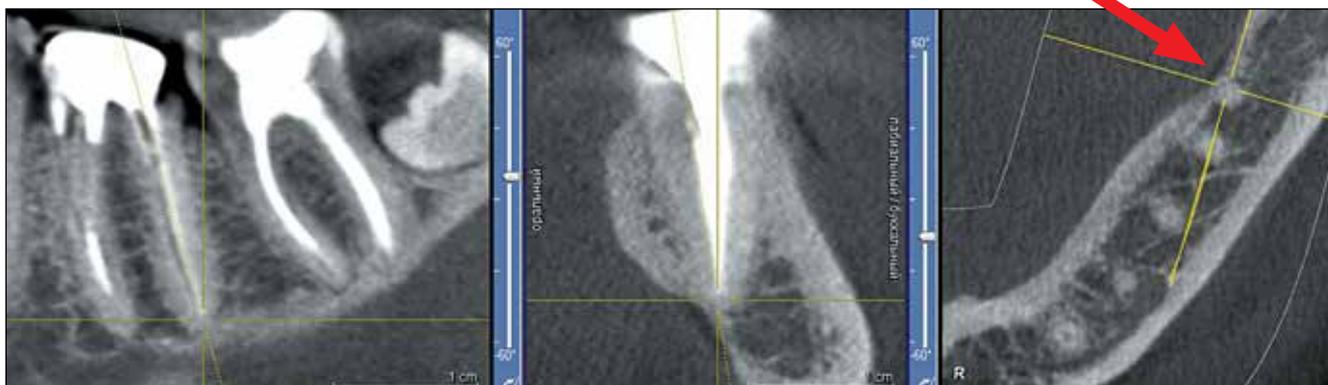


Рис. 16. Дистальный корень. Язычная позиция апекса



Прогноз зуба определен как сомнительный по причине значительной утраты твердых тканей корня и наличии в анамнезе объемной литой вкладки с внутрикорневой фиксации во всех каналах, что значительно ослабило прочностные характеристики и могло стать причиной скрытых, недоступных к визуализации дефектов.

На этапе обсуждения плана лечения пациенту предоставляются альтернативные варианты, которых в нашей ситуации было три:

1. Удаление с последующей имплантацией.
2. Перелечивание с изготовлением новой литой вкладки и коронки.
3. Изготовление коронки на существующую конструкцию, после ее коррекции (по возможности) без предоставления гарантии.

При обсуждении данной ситуации на консилиуме в интернет-сообществе нам был предложен четвертый, альтернативный вариант. А именно – апикальная хирургия.

Как определить показания к такому вмешательству в данной ситуации? Оценить риски, прогноз и воз-

можность технического исполнения манипуляции? Дать аргументацию для пациента и сравнить с существующими методиками реабилитации?

В дискуссиях на интернет-форумах можно получить, с одной стороны, достаточно полезный опыт отстаивания своей клинической позиции, аргументы независимых и авторитетных пользователей, увидеть ситуацию со стороны.

В данном случае мы определили апикальную хирургию как метод, невозможный с технической точки зрения и рискованный: по данным КЛКТ, апексы обеих корней расположены язычно, в непосредственной близости от нижнечелюстного канала.

Показаний к вмешательству (длительная болевая симптоматика, отсутствие возможности к ортоградной ревизии, большое поражение, не поддающееся консервативной терапии) выявлено не было.

Таким образом, на примере данной клинической ситуации мы хотели представить варианты поиска альтернативных методов решения, которые находятся в прямой зависимости от клинических данных, технических возможностей практики и специалистов, приоритетов и пожеланий пациента, а также умения на разных этапах междисциплинарного взаимодействия дать пациенту полную и объективную информацию для принятия им взвешенного и самостоятельного решения в отношении своего здоровья. Задачей врача является не только реализовать выбранный пациентом план лечения, но и с целью обеспечения защиты своих интересов и интересов практики, с подписью пациента, отразить это в медицинской документации.

Поступила 27.11.2014

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