

Клинический случай лечения и восстановления пятиканального моляра верхней челюсти

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

Case report of treatment and post-endo restoration of upper molar with 5 canals

I.V. NOENKO



И.В. НОЕНКО

Основной задачей стоматологии является предотвращение и лечение апикального периодонтита. Второстепенной – защита и сохранение оставшихся тканей зуба от последующих окклюзионных воздействий. На примере клинического случая я бы хотел продемонстрировать свое видение идеального выполнения вышеуказанных требований к работе. Пациент 14 лет явился на прием по поводу травмы фронтальных зубов. Но при осмотре ротовой полости были выявлены и другие проблемы, в частности глубокая кариозная полость в 1.6 зубе.

Зондирование было безболезненное, зуб реагировал на термические пробы быстропроходящей болью (меньше 5 секунд). Пальпация переходной складки и зондирование зубодесневой борозды были в норме. Предварительный диагноз – «обратимый пульпит 1.6 зуба» (рис. 1, 5, 6).

После инфильтрационной анестезии и установки коффердама, произведена экскавация кариеса, в ходе которой была вскрыта пульповая камера. Кариозное вскрытие пульповой камеры является показанием к полноценному эндодонтическому лечению зуба.

Полость была выполнена дентиклем, после извлечения которого с помощью ультразвуковой насадки были обнаружены устья всех каналов (рис. 7-9).

В ходе обработки устья было обнаружено устье еще одного канала, и таким образом общее количество каналов стало равным пяти (рис. 2, 10, 11).

Первое посещение завершилось пломбированием каналов гуттаперчей и Ah+ методом горячей вертикальной конденсации (рис. 12).

Полость зуба была пескоструйно обработана для последующего адгезивного восстановления и заполнена композитом двойного отверждения по технике тотального протравливания (рис. 13).

В то же посещение зуб обработан под керамическую накладку Emax, из-за особенностей прикуса было принято решение не препарировать медиально-вестибулярный бугор для большего сохранения тканей зуба. Установлена временная накладка из композитной пластмассы (рис. 14-17).

Во второе посещение установлен коффердам, снята временная вкладка (рис. 18, 19).

Повторная пескоструйная обработка (рис. 20).

Примерка вкладки. Адгезивная подготовка по методике тотального протравливания (рис. 21, 22).

Цементировка на цемент Variolink (рис. 23, 24).

Таким образом, в минимальные сроки произведено полноценное лечение с сохранением герметизма на всех этапах и максимально бережным отношением ко всем оставшимся тканям зуба.



Рис. 1. Диагностический снимок



Рис. 2. Подтверждение рабочей длины



Рис. 3. Эксцентрическая проекция



Рис. 4. Контрольный снимок



Рис. 5. Начальная ситуация



Рис. 6. Начальная ситуация. Крупный план



Рис. 7. Дентикль

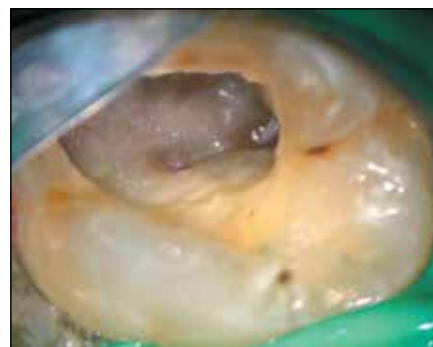


Рис. 8. Перешеек мезиального корня



Рис. 9. Устье мб2 и мб3



Рис. 10. Прохождение мб2



Рис. 11. Окончательный вид обработки



Рис. 12. Обтурация



Рис. 13. Перед внесением композита

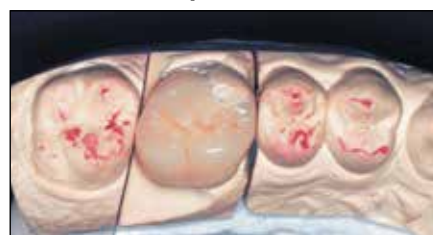


Рис. 14. Накладка Емакс



Рис. 15. Вид на модели



Рис. 16. Препаровка



Рис. 17.



Рис. 18. Временная накладка



Рис. 19. После снятия временной накладки



Рис. 20. После пескоструйной обработки



Рис. 21. Тотальное протравливание



Рис. 22. Зафиксированная вкладка



Рис. 23-24. После снятия коффердама



Вывод

В результате проделанной работы по поводу пульпита пятиканального первого моляра верхней челюсти справа показан хороший результат в короткие сроки не только с учетом решения сложной эндодонтической задачи, но и с восстановлением анатомической формы зуба, что особенно важно в молодом возрасте.

Поступила 26.09.2014

Координаты для связи с автором:
02218, Украина, г. Киев,
ул. Радужная, д. 59б

«Действия профессионалов можно предсказать, но мир полон любителей»
Закон Мерфи

Обзор эндодонтических мероприятий середины ноября – начала декабря 2014 года

