

Эффективная и эргономичная процедура апикальной резекции с использованием алгоритма Кайзерсверта

M. WAINWRIGHT, проф. (Германия)

Efficient and ergonomic apical resection using the Kaiserswerth algorithm

M. WAINWRIGHT

Введение

Результаты хирургического вмешательства и процесс реабилитации эндодонтически пролеченных зубов сегодня стали более прогнозируемыми, чем десятилетие назад, благодаря применению минимально инвазивных методов, таких как ультразвуковая хирургия, и наличию надежных пломбировочных материалов.

Резекция апекса – достаточно сложная хирургическая процедура, и причиной тому не в последнюю очередь является ограниченность доступа к операционному полю. Поэтому инструментальная обработка апекса требует максимально простой, безопасной и эргономичной методики.

В этой статье представлены два клинических случая, которые позволяют проиллюстрировать работу с системой для внесения материала при ретроградном пломбировании каналов, доказавшей свою эффективность в нашей клинической практике.

Клинический случай 1

В первом клиническом примере речь пойдет о 34-летнем мужчине, впервые обратившемся в нашу клинику.

На ортопантограмме неожиданно были обнаружены очаги разрежения костной ткани в области верхушек депульпированных зубов 1.4, 3.6 и 4.6. В связи с отсутствием клинических проявлений был поставлен диагноз «хронический апикальный периодонтит, или верхушечный остит» (рис. 4).

После обсуждения всех «за» и «против» с пациентом было принято решение провести резекцию апекса и ретроградное пломбирование зуба 3.6, а затем удалить не подлежащие восстановлению зубы 1.6 и 4.6.

Пациент получил всю необходимую информацию, после чего под инфильтрационной анестезией было проведено хирургическое вмешательство.

Следуя нашему алгоритму, можно избежать выполнения проводниковой анестезии в 98% случаев хирургических вмешательств на нижней челюсти, что сводит к минимуму вероятность ятрогенного повреждения нерва.

Для формирования доступа к операционному полю было проведено рассечение вдоль десневого края с мезиодистальным послабляющим разрезом, формирующим полнослойный лоскут.

С вестибулярной стороны при помощи аппарата Piezotome II (Acteon) было создано костное окно такого размера, чтобы обеспечить адекватный доступ к верхушкам корней зуба 3.6. Для облегчения последующего изъятия костного блока во время препарирования полезно создавать поднутрения. Поскольку

ку во время операции ротационные инструменты не использовались, а ультразвуковое препарирование благодаря сосудосуживающему эффекту предотвращает кровоточивость во время операции, был обеспечен прекрасный обзор операционного поля.

Для лучшего приживания после репозиции костный блок был помещен в раствор Рингера (рис. 6). Апексы корней зуба были обнажены и проведена резекция ультразвуковым методом (рис. 5).

После апикальной резекции согласно нашему алгоритму было проведено тщательное удаление инфицированных мягких тканей, а также полная деконтаминация полостей кист и грануляций с использованием диодного лазера. Лазер следует применять с осторожностью, избегая прямого контакта насадки с костной тканью.

Ретроградное препарирование корневых каналов также проводилось ультразвуковым инструментом Piezotome II, позволяющим это сделать всего за несколько секунд.

Далее была проведена обработка корневых каналов растворами диглюконата хлоргексидина и гипохлорита натрия с последующей просушкой бумажными пинами. В нашей клинике с большим успехом применяется система микроапикального позиционирования материалов MAP (Micro-Apical Placement) фирмы PDSA, которая вот уже в течение многих лет занимает достойное место на стоматологическом рынке (рис. 1). Система поставляется в стерилизуемом металлическом контейнере. Иглы для ретроградного пломбирования, изогнутые в трех направлениях, значительно облегчают захват и аппликацию материала, а шприц позволяет вносить материал под давлением и конденсировать его на глубине нескольких миллиметров (рис. 3). Высокая точность внесения материала сохраняет чистоту рабочего поля (рис. 7).

Сформированные полости были запломбированы материалом ProRoot MTA (Dentsply Maillefer). После отверждения материала поверхности резецированных участков были отшлифованы и отполированы, область иссечения заполнена быстротвердеющим костным цементом (VitalOs, PDSA), костный блок возвращен на свое место. На контрольной рентгенограмме видна клиническая картина после резекции апексов и ретроградного пломбирования каналов.

Пациенту после операции рекомендовали прием «Амоксициллина», 750 мг, «Ибупрофена», 600 мг, и препарата «Арника С30» для предотвращения отека.

Заживление после операции проходило без осложнений, швы сняли через восемь дней.

Отек был минимален, и пациент практически не отмечал постоперационных болей.



Рис. 1-2. Набор инструментов MAP system

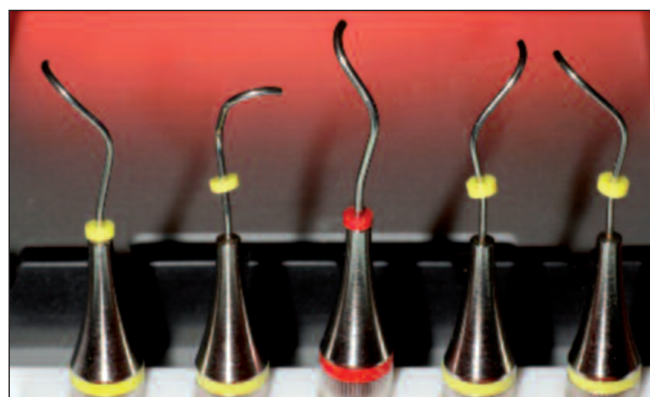


Рис. 3. Иглы, изогнутые под разными углами

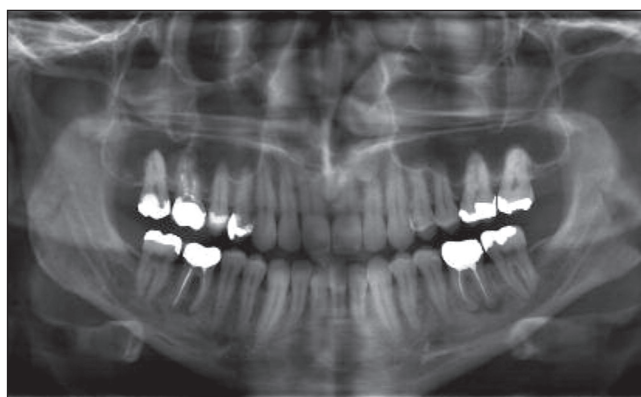


Рис. 4. На ОПТГ видны очаги активной инфекции в области зубов 1.6, 3.6, 4.6



Рис. 5. Операционное поле в области зуба 3.6 после забора костного блока и резекции апекса

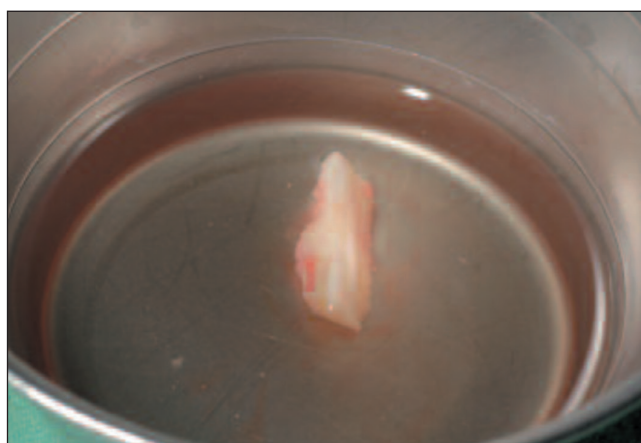


Рис. 6. Костный блок в растворе Рингера

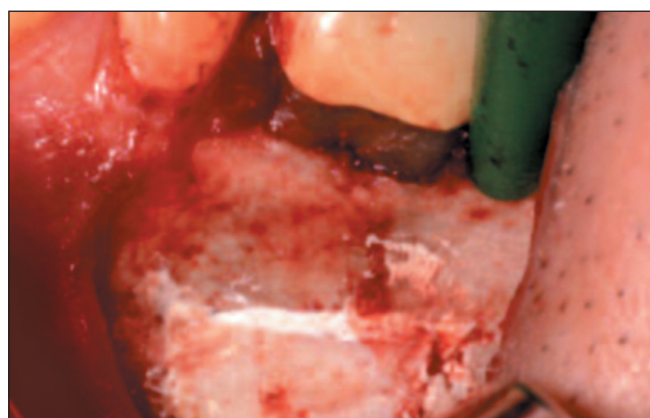


Рис. 7. Проведена репозиция костного блока. Виден остеопластический цемент (VitalOs)



Рис. 8. Контрольная рентгенограмма после резекции апексов зуба 3.6



Рис. 9. Операционное поле в области зуба 1.4. Выполнен серповидный разрез



Рис. 10. Ретроградное ультразвуковое препарирование (Piezotome II)



Рис. 11. Замешивание ProRoot MTA перед аппликацией

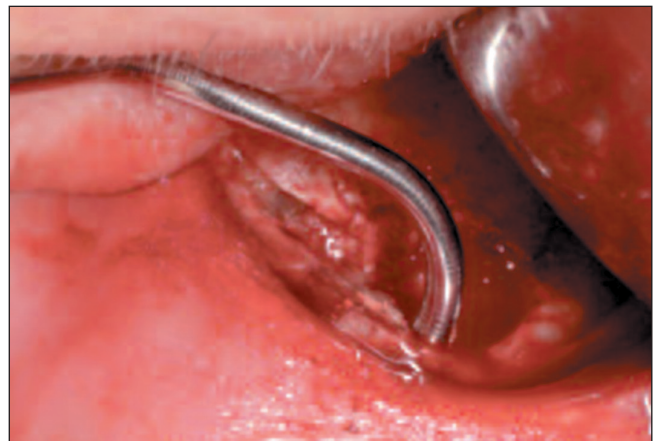


Рис. 12. Аппликация MTA с помощью системы MAF

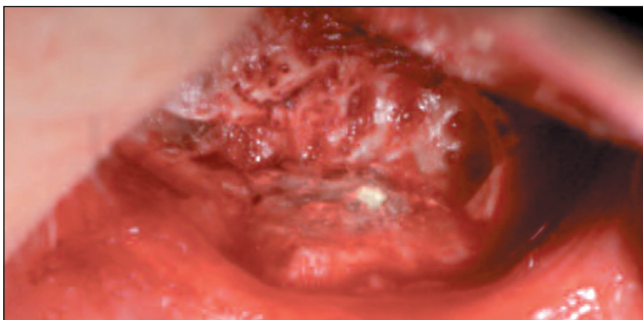


Рис. 13. Зуб 1.4 после резекции апекса и ретроградного пломбирования



Рис. 15. Результат ревизии зуба 1.4



Рис. 14. Исходная клиническая картина: зуб 1.4 после резекции апекса в другой клинике, реинфекция

Клинический случай 2

Во втором клиническом примере речь пойдет о 65-летней пациентке, которой пять лет назад в другой клинике была проведена резекция апекса зуба 1.4.

Пациентка обратилась в нашу клинику в связи с инфекцией места вмешательства.

Пациентка отмечала болезненность при накусывании и перкуссии зуба 1.4. На прицельной цифровой рентгенограмме четко видна область апикальной резекции, два запломбированных канала и разрежение в области верхушки зуба (рис. 14). Так как мы проводили повторное хирургическое вмешательство в этой области, техника разреза выполнялась по той же линии, что и при первой операции, то есть выполнен серповидный разрез по Pichler (рис. 9).

Во всем остальном следовали тому же алгоритму, что и в клиническом случае 1.

После ретроградного ультразвукового препарирования (рис. 10) замешанный до нужной консистенции материал ProRoot MTA был внесен в каналы с использованием инструментов MAP system (рис. 11, 12). Эта точная и эффективная система внесения материала с хорошим контролем операционного поля ускоряет хирургическую процедуру и снижает вероятность послеоперационных осложнений. На контрольной рент-

генограмме (рис. 15) виден результат ретроградного пломбирования корневых каналов зуба 1.4.

На рентгенограмме из-за особенностей проекции кажется, что материал находится между каналами, тогда как на самом деле он располагается точно внутри.

Заключение

Резекция верхушки корня – ординарная процедура в нашей клинике. Благодаря использованию ультразвуковых инструментов, хирургического лазера и системы инструментов MAP system, эта надежная, простая и предсказуемая процедура помогла сохранить зубы многим нашим пациентам. Как имплантолог, автор не находит в рассмотренных методах лечения никакого противоречия. Наоборот, резекция верхушек – это комплементарное лечение, позволяющее в долгосрочной перспективе сохранить зубы, которые в противном случае подлежали бы удалению.

Список литературы можно получить у автора по запросу.

Поступила 29.07.2014

Координаты для связи с автором:
Kaiserswerther Markt 25-27
40489, Dusseldorf, Germany



XXXII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТАР «СТОМАТОЛОГИЯ XXI ВЕКА»

29 сентября в ВК «Крокус Экспо» в рамках 36-го Московского международного стоматологического форума (выставка «Дентал Экспо-2014» и конференция СТАР) состоится XXXII Всероссийская научно-практическая конференция СТАР «Стоматология XXI века».

В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ:

Что мы знаем об успехе лечения эндодонтических неудач?

Илья Мер, врач-стоматолог.

Эндодонтическая реферативная практика (г. Москва).

Резидент программы постдипломного образования UPenn.

Член Российского стоматологического общества.

Руководитель секции «Операционный микроскоп в стоматологии».

Научный редактор издательских домов «Квинтэссенция» и «Азбука стоматолога».

Междисциплинарное сотрудничество врача-эндодонтиста и ортодонта.

Галина Булатова, врач-стоматолог.

Главный врач, врач-ортодонт «Центра дентальной травматологии».

Модератор секции ортодонтии Российского стоматологического общества.

Врач-консультант компаний Ormco и Kavo.

Значение микрохирургии в эндодонтической практике.

Иван Вьючков, к.м.н., врач-стоматолог.

Сотрудник кафедры факультетской хирургической стоматологии МГМСУ.

Член Американской ассоциации эндодонтистов.

Разработка рекомендаций к выполнению эндодонтического лечения.

Алексей Болячин, к.м.н., врач-стоматолог.

Председатель эндодонтической секции СТАР.

Главный редактор журнала «Эндодонтия».

