

«Несекретные материалы» врача-практика¹

Е.В. ЛИПАТОВА, врач-стоматолог

Стоматологическая клиника «Приор-М», г. Екатеринбург

«Nonsecret materials» of the practicing doctor

E.V. LIPATOVA



Е.В. ЛИПАТОВА

Резюме: Представленная статья является продолжением ранее опубликованной работы. Разобрав вопросы, возникающие ежедневно на приеме у врача-стоматолога, автор хотела бы осветить и те, что находятся на стыке специальностей. Подчеркнута значимость междисциплинарного диалога и грамотного лечения, результат которого позволяет не только сохранить причинный зуб, но и устранить патологическое влияние очага хронического воспаления на окружающие ткани. Этот материал, насыщенный яркими примерами, поможет практикующим врачам в борьбе со сложными клиническими случаями, где для комплексного подхода иногда бывает недостаточно только стоматологического аспекта.

Ключевые слова: одонтогенный гайморит, перфорация, конусная компьютерная томография, микроскоп, эндодонтия.

Abstract: The article is a continuation of the previously published work. Having examined the issues that arise every day in the dental practice, the author would like to highlight those that are at the interface of disciplines, emphasizing the importance of interdisciplinary dialogue and proper treatment, the result of which can not only maintain the cause tooth, but also to eliminate the pathological effect on the surrounding tissue chronic inflammation was noted. This material, full of vivid examples that will help clinicians in the struggle with complicated cases, where sometimes only dental aspect is not sufficient for a comprehensive approach.

Key words: odontogenic maxillary sinusitis, endodontic, microscope, cone-beam computed tomography, perforation.

«НА ГРАНИЦЕ ЗОН ОТВЕТСТВЕННОСТИ С ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЕЙ», ИЛИ «К ПУГОВИЦАМ ПРЕТЕНЗИИ ЕСТЬ?»

Важно понимать, что с пациентами, которые приходят с жалобами на постоянный насморк, гайморит и т. д., которых в последнее время в моей практике особенно много, все не так просто. Иногда решение проблемы с зубами позволяет полностью избавить пациента и от гайморита или облегчить течение болезни.

По направлению врача-отоларинголога в сентябре 2013 года ко мне обратился пациент с жалобами на упорный двусторонний гайморит с частыми рецидивами. Из-за подозрения на участие одонтогенного компонента в общеклинической картине двустороннего гайморита, мы провели сначала полную санацию очагов с левой стороны, где симптомы были наиболее выражены и к причинным можно было отнести зубы 2.4, 2.5 и 2.6. После получения положительной динамики в клинической симптоматике слева приступили к лечению зуба 1.5. В данной ситуации пациенту стало значительно легче. Критерием для него было сначала уменьшение количества носовых платков, потом – изменение характера отделяемого, а затем и беспростудная зима. Весной к состоянию пациента добавился аллергический компонент. Но, со слов пациента, перенес он сезонное обострение значительно легче. Через семь месяцев после первичного обращения мы провели повторное КТ-исследование, по которому оценивали исключительно динамику периапикальных изменений. Оценка клиники и симптоматики смежной области находится в компетенции лор-врача. В итоге было рекомендовано протезирование постоянными одиночными коронками (рис. 1-3).

¹ Продолжение.

Начало см. №4/2013 журнала «Эндодонтия today».

«ПОБЕДА ДИАЛЕКТИКИ НАД СКЕПСИСОМ», ИЛИ «ВИДЕТЬ ЦЕЛЬ, ВЕРИТЬ В СЕБЯ И НЕ ЗАМЕЧАТЬ ПРЕПЯТСТВИЙ!»

Иногда в помощь пациенту приходится привлекать не только врача, но и философа. В диалектике есть понятие причинно-следственной связи. Важно ее увидеть и разорвать. И... все наладится. Может быть.

Если исходить из понятия величины причиненного ущерба на основе визуальной картинке, то хочется послать пациента... к имплантологу.

Размер поражения сыграл свою обычную злую шутку. Большой процесс – большие причины для коротких раздумий. Мнения мои и коллег, консультировавших пациента ранее, разделились. Пять против одного. «Казнить нельзя помиловать». Вечные муки правильного выбора знаков препинания.

Молодой человек, 30 лет. Жалобы на дискомфорт, припухлость на верхней челюсти справа в проекции средней трети корней 1.6. Чувствительность при накусывании. Слабая постоянная ноющая боль. Зубы пролечены 8-10 лет назад. Реставрации (композит) в удовлетворительном состоянии. Пациент отчаянно хочет сохранить зубы. Здоров. Идеальная гигиена. Ко мне обратился с уже составленным ранее планом для комплексной реабилитации после удаления 1.7 и 1.6. Синус-лифт. Имплантация.

При этом рентгенологически мы видим в каналах результат вмешательства, а результат лечения оставляет желать лучшего. При общении с пациентом я рассуждала примерно так. Необходимо расставить приоритеты: задача минимум – убрать вялую клиническую симптоматику. Адекватно отмыть, почистить и поместить гидроксид кальция в каналы для дезинфекции. Задача максимум – восстановление кости и сохранение зубов. Где-то между двумя задачами стоял вопрос о восстановлении кости перед имплантаци-

ей и сохранении на какое-то время асимптоматичных зубов.

Когда мы вместе с пациентом принимали решение, я от него ничего не скрывала: ни тяжести состояния, ни сомнительного прогноза. Каждое наше действие и возможные последствия мы обговорили.

Оба зуба внутри имели признаки инфицирования: остатки не экстирпированной пульпы в 1.6, пропущенная анатомия. Носитель obturator Thermaphill без гуттаперчи. В 1.7 за апексом голый носитель.

Пациент все время спрашивал: «Когда же заболит?». И я тоже задавала себе вопрос: «Вдруг не получится?»

Пошел девятый месяц после окончания лечения. Пациента ничего не беспокоит, поэтому наблюдение за зубом было продолжено. Все тесты (перкуссия, пальпация) безболезненны. В проекции апексов по переходной складке бледно-розовая слизистая. По данным КТ идет построение трабекул, в том числе в области фуркации. Зубы имеют физиологическую подвижность. Еще раз убедились: размер поражения не имеет значения, если причинно-следственная связь разорвана в нужном месте нужными инструментами (рис. 4).

«ПРИХОДИ КО МНЕ ЛЕЧИТЬСЯ...»

Всем врачам известно, что самые сложные пациенты – это... врачи. У них все не как у людей, а по-особенному. Левый второй премоляр, большая кариозная полость дистально. Разрушение ниже уровня биологической ширины. На уровне маргинальной десны. При словах «в данном случае показано удаление» доктор-пациент пытается упасть в обморок.

Мы обговорили вариант ортодонтического вытяжения... Снимок мне сразу не понравился. И аксиальная проекция тоже. Зуб оказался витальным. Кальцификация оттеснила полость зуба сильно апикально, но рог пульпы, вскрывшись после удаления кариозного дентина, не оставил нам надежд обойтись без эндодонтического лечения. Пациентка была назначена последней на восемь вечера... Всего-то два часа, и два круглых по форме канала с изгибом мы прошли и запломбировали. При лечении использовали К-файлы и SAF 1.5 длина 31 мм. Мы записали пациентку к ортопеду, оставив за ним выбор тактики по восстановлению зоны биологической ширины – либо хирургическое удлинение коронки, либо ортодонтическое вытяжение (рис. 5).

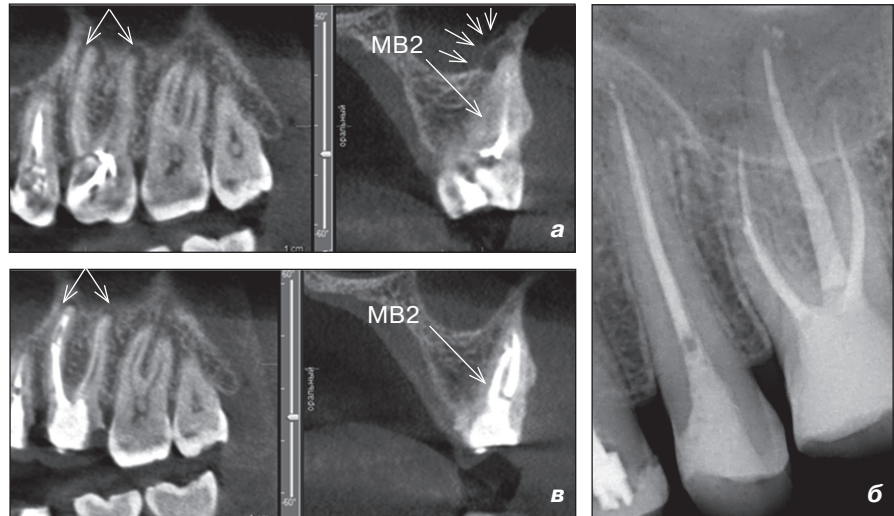


Рис. 1. Зуб 2.6: а) до лечения; б) после лечения; в) через 7 месяцев

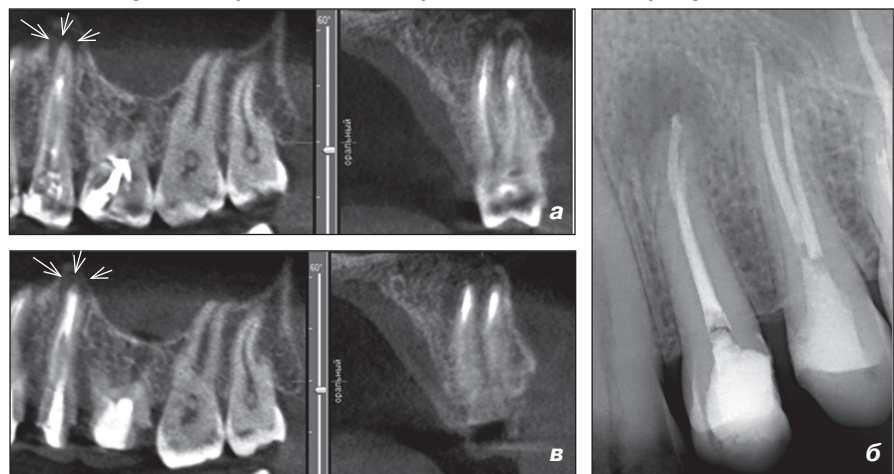


Рис. 2. Зуб 2.5: а) до лечения; б) после лечения; в) через 7 месяцев

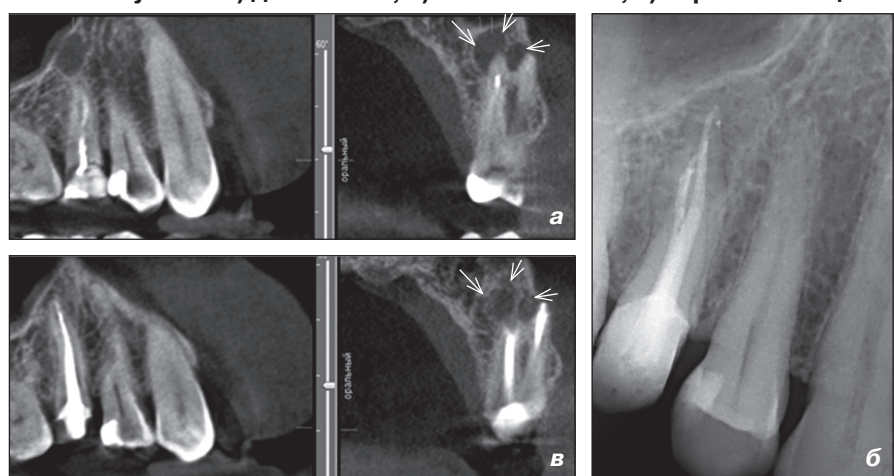


Рис. 3. Зуб 1.5: а) до лечения; б) после лечения; в) через 7 месяцев

«КТО ВЕРИТ В ПОБЕДУ, УЖЕ НАПОЛОВИНУ ВЫИГРАЛ»

Процедуры, которые выполняешь часто, уже заранее или портят настроение, или, наоборот, сулят легкие «игры» в эндодонтию. Латунные штифты лично я не люблю. Они непредсказуемы в своем непостоянстве вариантов выхода из ситуаций извлечения, изменчивы и опасны, как настроение капризного ребенка. Ломаются, гнутся и прогибаются, заставляют чувствовать свою никчемность, несмотря на опыт, и иногда задерживаться на работе допоздна. А под ними всегда ждешь сюрприз:

- коричневая каша, когда-то бывшая силером (потому что латунь подвергается коррозии);
- перфорация (потому что для помещения массивного круглого штифта в канал, мягко говоря разной формы, требуется значительное удаление твердых тканей);

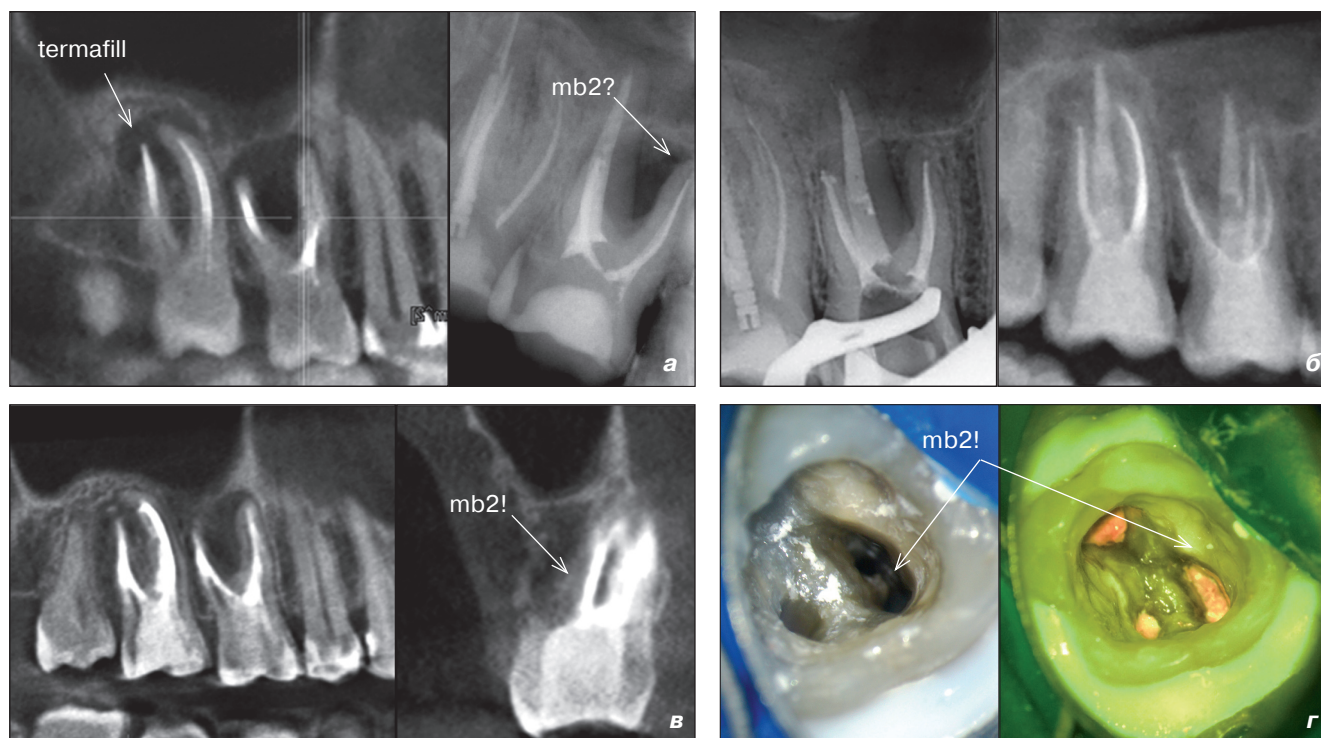


Рис. 4. а) до лечения; б) после лечения; в) через 9 месяцев после лечения; г) устье мезиабуккального канала

– резбовая нарезка на стенках (иногда это просто цемент, но и то и дентин бывает выгравирован в форме спирали) и так далее.

В данной ситуации штифт ушел легко и непринужденно. Это косвенное подтверждение моей теории о связи сложности проведения манипуляций с характером пациента. Я уважаю эту пациентку. Она дисциплинированная и последовательная. Когда мы пломбировали каналы, я все ждала, когда же кончится этот бесконечный караван из штифтов, которые все входили и входили в каналы... 45... 40... 35. «Гуттаперчевые спагетти» из макарон крупного диаметра.

Через год все хорошо. Протетический план завершился литой культевой вкладкой и коронкой. Фуркация в порядке. Периапикальная динамика положительная. Воспалительная наружная резорбция «сгрызла» положенные ей доли миллиметра. И, скорее всего, остановилась. Рядом немного режет взгляд мой же стекловолоконный штифт 10-летней давности. Тут очень помогает медитация и вера в хорошую карму Веры. Именно так зовут пациентку (рис. 6–8).

«ТЫ СУСЛИКА ВИДИШЬ? А ОН ТАМ ЕСТЬ!»

Девушка, 29 лет. Зуб 3.6. Асимптоматичный апикальный периодонтит. При плановом осмотре был обнаружен кариес, а на прицельном снимке – большой деструктивный

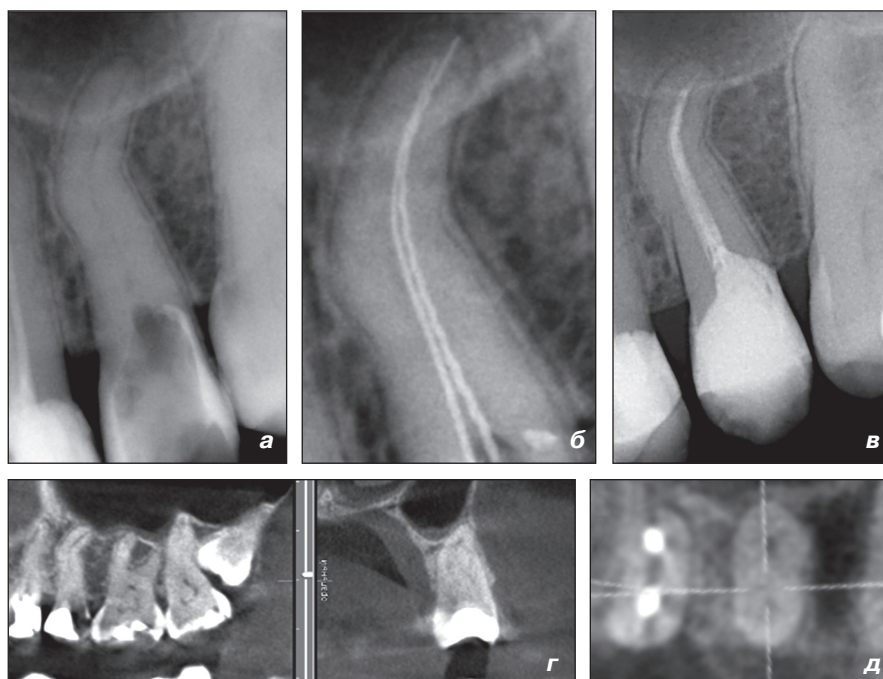


Рис. 5. а) до лечения; б)определение рабочей длины; в) после лечения; г) поперечная проекция зуба 2.5; д) аксиальная проекция зуба 2.5

процесс костной ткани в области мезиального корня. С таким склерозом я столкнулась впервые. Лечащий врач девушки не смог найти каналы. Совсем. И я нашла их не сразу. Три посещения по два часа... В случаях такого склероза, который шел быстро и активно с уровня устья, не оставляя ни намека на цветовое различие между тканями зуба и просветом каналов, остается идти за пузырьками. Увеличение микроскопа ставится на максимум, и мы терпеливо ждем, пока появятся первые пузырьки от реакции гипохлорита натрия с органикой. Постепенно пытаемся понять локализацию источника, а потом идти по ним к каналу. Органики в устьевой трети каналов было очень мало, пузырьков тоже, и в какой-то момент, видимо, я потеряла ориентир в виде хода корневого канала.

Перфорация меня расстроила. Но задача действительно была очень сложной. И еще через три часа мы нашли «замурованный» канал и сделали работу. Спустя девять месяцев результат порадовал и меня, как врача, и пациентку (рис. 9).

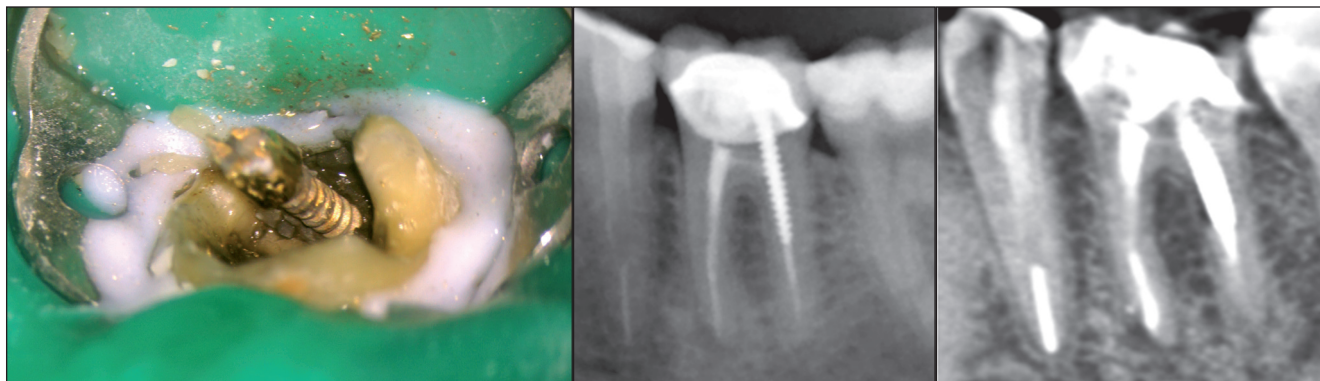


Рис. 6. До лечения



Рис. 7. Во время лечения

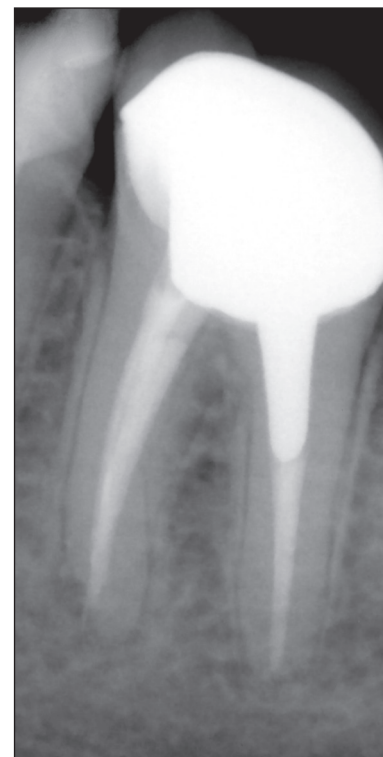


Рис. 8. Через год после лечения

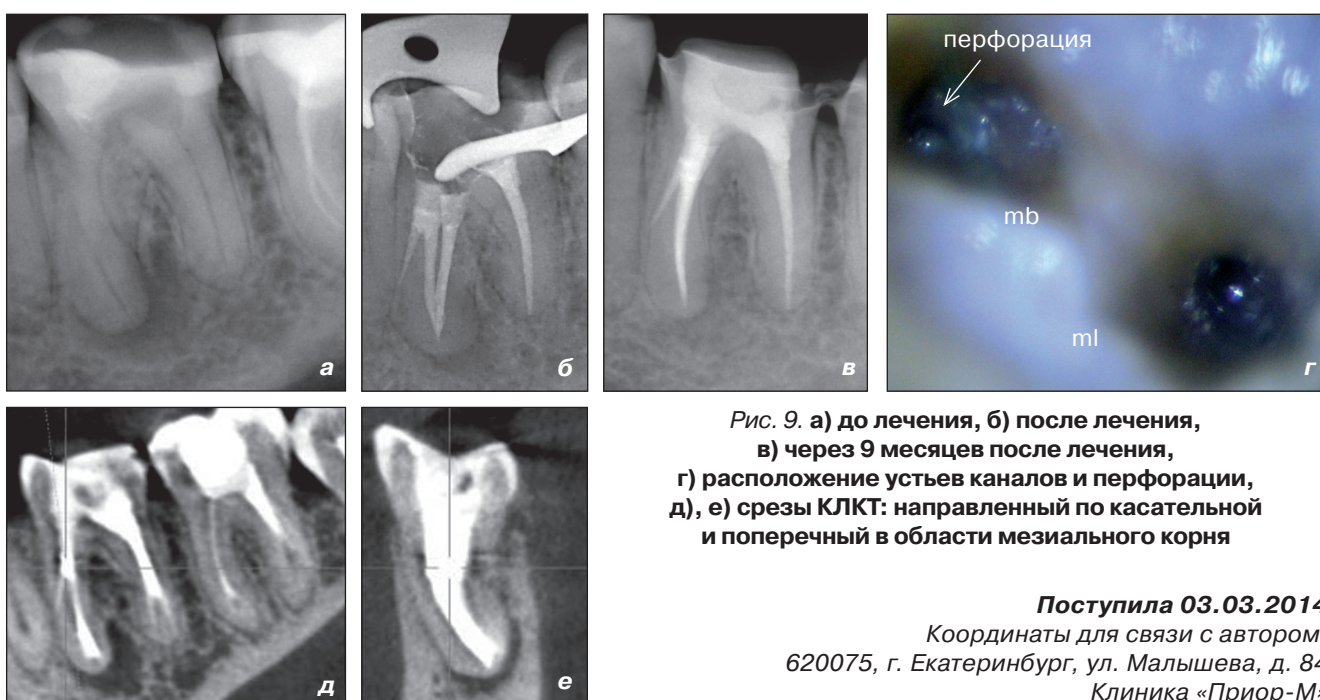


Рис. 9. а) до лечения, б) после лечения, в) через 9 месяцев после лечения, г) расположение устьев каналов и перфорации, д), е) срезы КЛКТ: направленный по касательной и поперечный в области мезиального корня

Поступила 03.03.2014

Координаты для связи с автором:
620075, г. Екатеринбург, ул. Малышева, д. 84
Клиника «Приор-М»