

«Несекретные материалы» врача-практика

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

«Unclassified materials» of the practicing doctor

E.V. LIPATOVA



Е.В. ЛИПАТОВА

Резюме: Представленная статья освещает круг вопросов, ежедневно возникающих в клинической практике врача-эндодонтиста. Это не исследование в классическом смысле этого слова. Автор – врач терапевт с большим опытом на примере собственных клинических случаев делится своими размышлениями относительно методик и технологий эндодонтического лечения, поднимает дискуссию на тему понятий успеха и неуспеха в эндодонтии. Статья построена по проблемно-ориентированному принципу, она стимулирует читателя поразмышлять вместе с автором, написана интересным языком. Чрезвычайно полезный материал способствует развитию клинического мышления у практикующих врачей, и это особенно ценно для начинающих стоматологов.

Ключевые слова: успех и неуспех в эндодонтии, эндодонтический доступ, операционный микроскоп, конусная компьютерная томография, эндодонтический инструментарий.

Abstract: The presented article covers a range of issues arising in daily clinical practice of an endodontist. It is not a study in the classic sense of this word. Author, a therapist with extensive experience on the base of her own clinical cases shares the thoughts regarding methods and technologies of endodontic treatment, arises the discussion regarding the concepts of success and failure in endodontics. The article is based on problem-oriented principle, it encourages readers to reflect together with the author, has written on an interesting and even artistic language. Extremely useful material contributes to the development of clinical thinking of the practitioners and it is especially valuable for the beginners in dentistry.

Key words : success and failure in endodontics, endodontic access, operating microscopes, cone-beam computed tomography, endodontic instruments.

Инициальный файл. Вместо предисловия

Понятие «инициальный» происходит от слова «инициатива» (лат. initium – начало), которое означает потенцирующее, первое действие. Файлом же в эндодонтии принято называть инструмент для работы в каналах. Но слово «файл» воспринимается в современном мире еще и как папка, или документ, созданный и хранящийся в компьютере.

Я очень люблю читать. Наблюдать. Учиться. И после этого много думать. Потому что когда понимаешь, сколь много ты не знаешь, не умеешь, не замечала ранее, в тебе просыпается «внутренний ребенок». И жадно требует еще больше «разумного, доброго, вечного».

Уникальность специальности эндодонтиста (а если точнее – врача-стоматолога, ориентированного в своей практике на эндодонтию) и профессиональный вектор мышления привели меня к созданию этого проекта, в котором я рассказываю о своей работе, ежедневных проблемах, успехах и неудачах. Они неразрывно связаны с заботой о пациентах и со стремлением делать свою работу так, чтобы желание уйти в домохозяйки всегда разбивалось о гордость принадлежности к профессии стоматолога.

ФАЙЛ «НЕКРАСИВЫЙ СЛУЧАЙ»

Пациента 19 лет привела в клинику мама, у которой лечение верхних моляров печально закончилось одонтогенным гайморитом (он успешно купировался после нашего лечения). Поэтому сразу, на всякий случай, они принесли с собой компьютерную томограмму (КТ).

Юношу беспокоило лишь застревание пищи между зубами. А меня, когда я «покрутила» диск со срезами КТ, посетила минутная слабость: «Может ну ее, эту эндодонтию?» Однако получилось так, как получилось. Был поставлен диагноз «хронический пульпит» и мы начали лечение.

В первое посещение мы предприняли несмелые попытки осторожно пройти серпантин каналов. При этом

произошла поломка нового Mtwo10 после ковровой дорожки в дистальном канале. Разобрали кальцификаты «бедра» мезиальной системы. В каналах был оставлен гидроксид кальция с Ledermix (Ledermix – комбинированный лекарственный препарат из группы тетрациклинов и синтетических кортикостероидных веществ).

Через месяц пациент пришел без жалоб. Мы осуществили промывание и механическую обработку каналов инструментом SAF, каналы запломбировали. При этом использовали инъекторную методику, когда гуттаперча под давлением «продавливается» и затем конденсируется в канале сложной формы. В обычной практике я не очень люблю ее из-за непредсказуемости в моих руках.

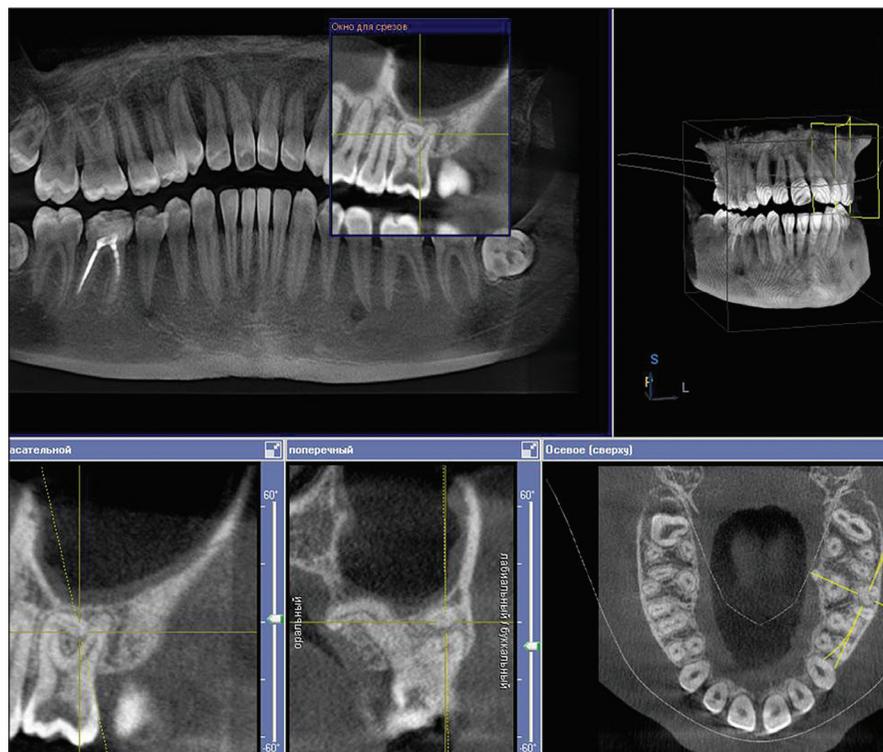
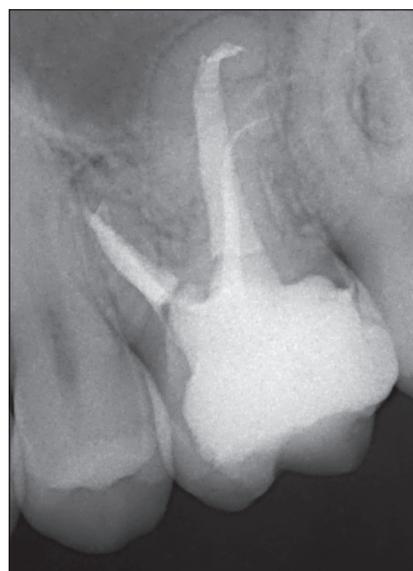
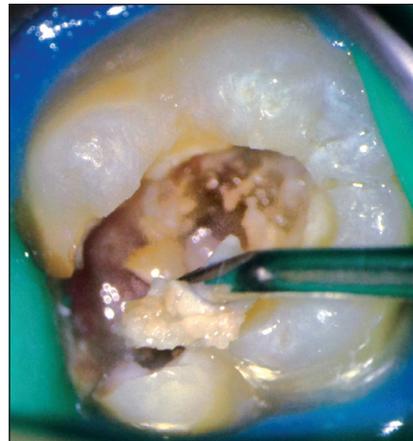
Еще через месяц пациент опять пришел без жалоб, и мы сделали прямую реставрацию. Через год, при отсутствии симптоматики и периапикальных изменений, изготовим коронку.

Этот клинический случай заставил меня много размышлять... Банальная эндодонтия без микроскопа, микродоступа, выходов материала в периапекс и периодонт и применения жидкой гуттаперчи плохо продается, она PR-непригодна. «Просто лечить» – как-то неудобно перед сообществом и перед самим собой, нужен прыжок выше головы. Правда, результат не всегда удачный.

Мы часто ищем готовые рецепты, как пройти любые каналы, пытаемся применить определенный протокол лечения. А природа на каждую технологическую новинку приносит нам плоды своей неистощимой творческой фантазии. И седовласый профессор, и вдумчивый практик, и непримиримый оптимист-интерн снова и снова удивляются ее творениям. Мы научились видеть ранее скрытое на КЛКТ, рассматривать клинические случаи под микроскопом, но продолжаем оставаться людьми, которым не все под силу.

Вероятно, кто-то знает рецепт, как можно было сделать лучше. Я обещаю вдумчиво проанализировать свои ошибки.

P. S. Апикальная хирургия и имплантация всегда успеются. Мы об этом уже подумали.



Время стремительно диктует нам свои условия, предоставляет новые возможности. Это касается всех ипостасей жизни современного человека. Появление интернета упростило получение профессиональных знаний, консультаций и просто советов. Порой все это можно делать, не выходя из врачебного кабинета.

При обсуждении в интернете следующего случая возникло много вопросов по клинической тактике. Я постараюсь написать свой алгоритм принятия решения по протоколу с обоснованием каждого шага. Вопрос доверия к источникам знаний тонкий и у каждого свой. В данном случае – это пример рассуждений о практической работе с пациентом.

ФАЙЛ «ГРУСТНАЯ ИСТОРИЯ», ИЛИ «АЛГОРИТМ КОМПРОМИССНОГО КЛИНИКО-ТЕХНИЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ»

У пациента 16 лет с множественным кариесом в острой форме практически все апикальные части зубов тонкие, острые, имеют форму словно сошедшую с шедевров готической архитектуры. Ситуация осложнена хроническим апикальным периодонтитом зуба 4.6. В анамнезе несколько месяцев назад, со слов пациента, была симптоматика: зуб ныл, болел, припухла десна. Большая кариозная полость, ранее зуб не лечен. Полость закрыта кариозным дентином. Периапикальный процесс.

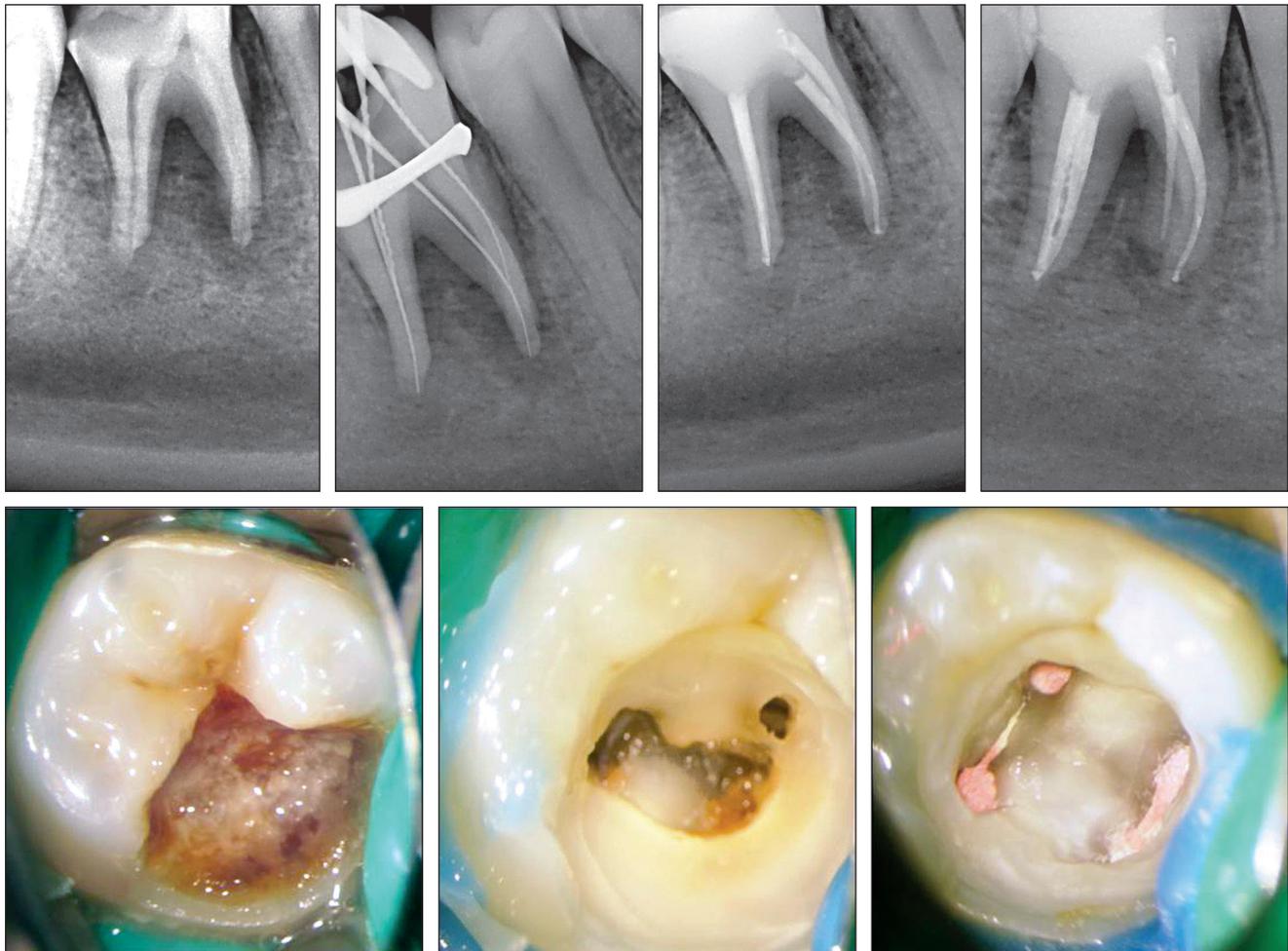
Из визуально выявленных по рентгеновскому снимку особенностей – тонкие апикальные части корней. После консультаций у нескольких специалистов зуб было предложено удалить. Мотивация: сомнительный прогноз, облитерация каналов в мезиальном корне, риск трещины корня.

С точки зрения биомеханики, есть данные, что любая механическая обработка несет в себе риск образования дентинальных дефектов. Дефекты могут образовываться как в устьевой, так и в апикальной ча-

сти. В последующем они часто приводят к образованию трещин корней. Из имеющегося у нас в арсенале инструментария наименьшее количество дефектов в результате исследований показал SAF.

Моя основная работа – это повторное лечение зубов со сложной анатомией, инфицированных, как правило, требующее двух, а иногда и более посещений, с проведением через гидроксид кальция. В данном случае был сделан нелегкий выбор в пользу одного посещения, так как у меня возникли сомнения, что я смогу адекватно вычистить гидроксид кальция из очень бережно обработанных апикальных частей каналов, что в дальнейшем может привести к нарушению герметизма корневой пломбы, подтеканию тканевой жидкости и рецидиву заболевания. Проведено пломбирование каналов гибридной техникой с использованием эпоксидного силера. Зуб включен в прикус и будет находиться под наблюдением полгода.

Дальнейшее решение по тактике восстановления (коронка, вкладка) будет принимать ортопед.



ФАЙЛ «РАБОТА НАД ОШИБКАМИ»

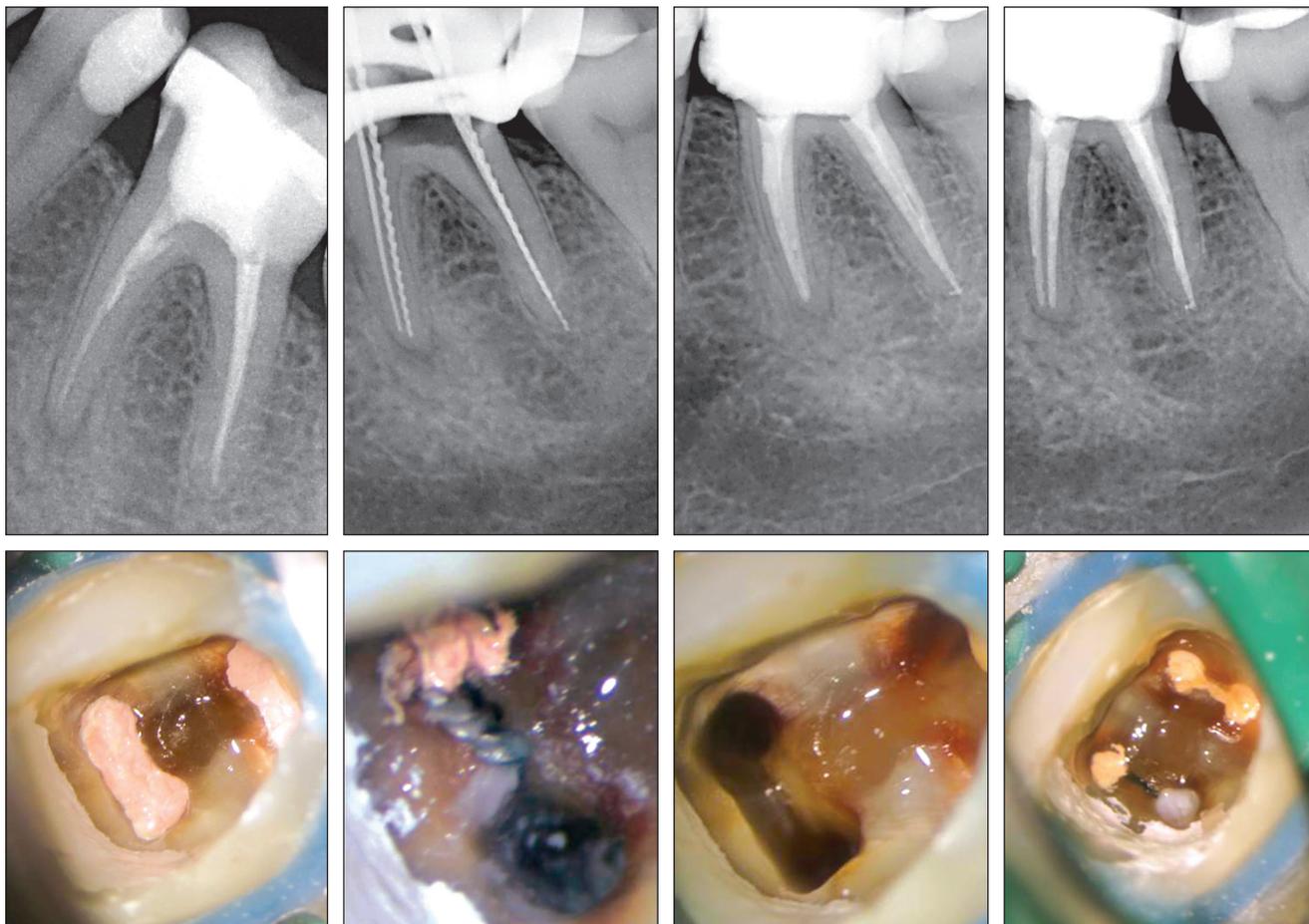
Когда врач анализирует входящую клиническую ситуацию пациента, бывает очень полезно проанализировать и свой личный профессиональный опыт. Сравнить себя с Марией Ивановной из поликлиники соседнего городка или Петром Федоровичем из частной клиники неподалеку я считаю некорректным, да и неэффективным. Любое сравнение работает лишь тогда, когда ты сравниваешь свою работу со своей же, но выполненной лет на десять раньше. Тут и проявляются, как на лакмусовой бумажке, новые возможности в диагностике, лечении, усовершенствованных мануальных навыках и еще много других деталей.

Итак, работа над ошибками. Своими. Когда-то давно, лет 10 назад, я уже перелечивала этот зуб. Сломанный инструмент в мезиальной системе идентифицировать не могу, возможно, он уже был там до меня. Все это время зуб пациентку не беспокоил. Поскольку это одна из трех сестер, двое из которых в дан-

ный момент беременны, и все эти годы ходят ко мне регулярно, я настояла, чтобы и третья сестра тоже пришла на осмотр. Так на скрининговой панорамной томограмме мы увидели вторичный кариес с мезиальной поверхности и небольшой процесс на мезиальном корне. При помощи оперативного микроскопа извлекли инструмент, обработали каналы роторными инструментами и SAF, запломбировали гибридной методикой. Далее будет изготовлена коронка.

Анализируя свою работу десятилетней давности, я отметила, что на тот момент это было оптимальное по объему вмешательство, которое позволило зубу прослужить все 10 лет. Уже тогда в моем арсенале были: коффердам, гипохлорит натрия, пломбирование гуттаперчей с эпоксидным силером и возможность изготовить вкладку с перекрытием бугров.

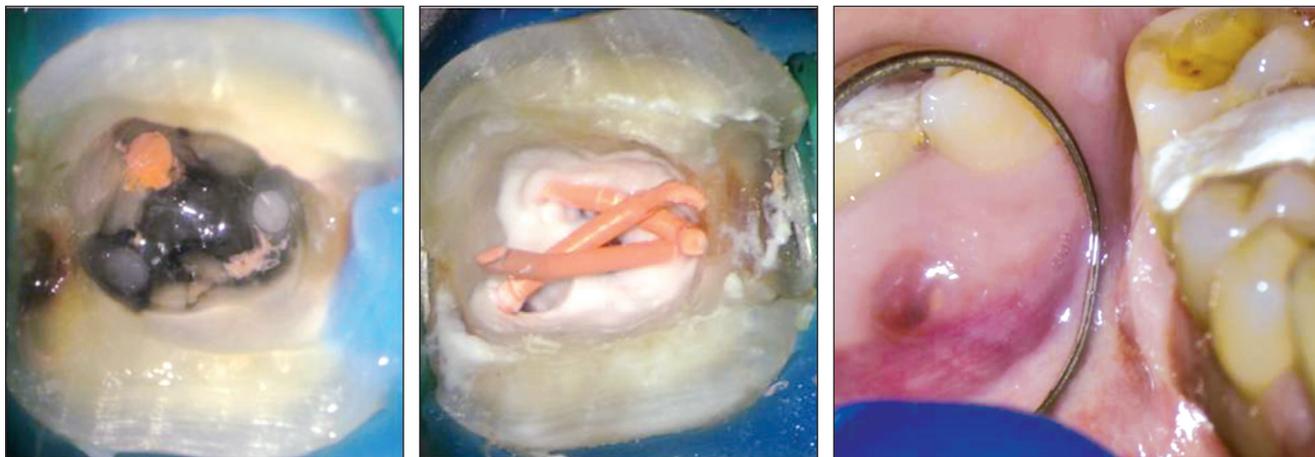
Сейчас – в унисон новым знаниям и практическому опыту – изменились и оснащение клиники, и требования к протоколам.



**ФАЙЛ «ДИССОНАНС ВИЗУАЛЬНОЙ КАРТИНКИ И СТРЕМЛЕНИЙ ПАЦИЕНТА:
КРАСИВЫЙ СНИМОК ДЛЯ СТОМАТОЛОГА
ИЛИ ФУНКЦИОНИРУЮЩИЙ БЕССИМПТОМНЫЙ ЗУБ ДЛЯ ПАЦИЕНТА?»**

Если бы эндодонтия была визуальным искусством рентгеновского снимка, что многие с успехом доказывают, то мои модели потерпели бы несомненный крах. Болезнь в запущенном состоянии редко бывает красивой. Но если удастся превратить несомненное состояние нездоровья в приемлемый комфорт ощущений, то я не считаю, что «неидеальная видимость» может испортить пациенту впечатление от проведенного лечения.

Пациентке смотревшие ее ранее специалисты предложили удалить зуб. Мы, однако, не стали торопиться и провели лечение. После чего свищ закрылся через несколько дней, а через три месяца от него не осталось и следа. Радует и периапикальная картинка динамики. Поставлен имплантат в области антагониста. После установки факта остеоинтеграции будут изготовлены две коронки.



ФАЙЛ «...УТРОМ – ДЕНЬГИ, ВЕЧЕРОМ – СТУЛЯ ИЛИ ВЕЧЕРОМ – ДЕНЬГИ, А НА ДРУГОЙ ДЕНЬ УТРОМ – СТУЛЯ»

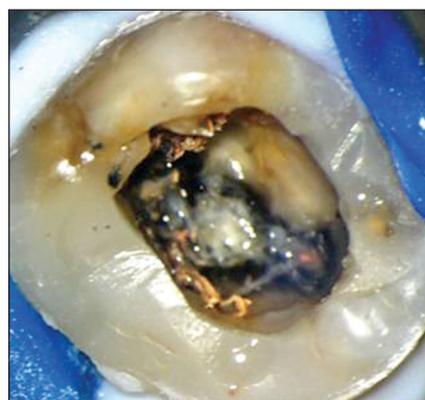
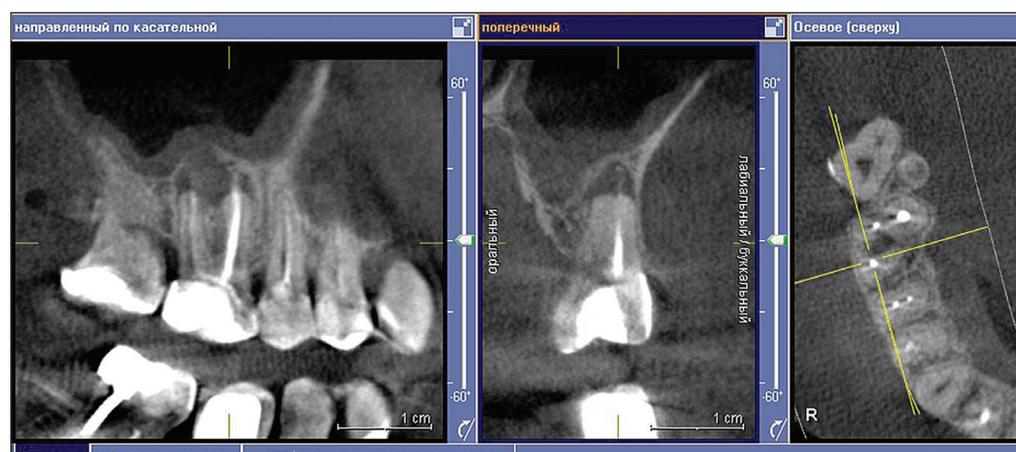
Апикальная хирургия сначала несмело, а теперь все более уверенно входит в арсенал стоматологов. При ее планировании важна последовательность действий. Априорные и гипотетические протоколы, порой основанные на личном опыте проб и ошибок, могут приводить как к успеху, так и к неоднозначным результатам.

Приведу яркий пример профессиональной деформации. Я словно новогодний подарок «разворачивала» диск с КЛКТ. Пациентка, за которую 10 месяцев назад я очень переживала, вспомнила про назначенный осмотр. На момент обращения у нее диагностирован симптоматичный периодонтит зуба 1.6, периодические боль и отек.

В анамнезе – недавняя (около трех месяцев назад) апикальная хирургия без ревизии каналов и ретроградного пломбирования. Проведена апикальная хирургия, без резекции верхушек, просто удаление грануляций.

Сначала симптоматика ушла, однако не замедлила вернуться. Меня насторожил анализ компьютерной томограммы: очаг в зоне трифуркации. Понятной причиной «возвращения» симптомов была пропущенная при предыдущем лечении анатомия в мезиальном щечном корне. После создания доступа к каналам визуально стало очевидным и микробное загрязнение всех каналов. Ретроспективно мы выяснили, что коффердам пациентка впервые увидела в нашей клинике.

Проведено лечение в два посещения с внесением гидроксида кальция. Пломбирование гибридной техникой через две недели. Через девять месяцев наблюдается практически полная редукция процессов на контрольном КТ и клиническая тишина в течение всего этого времени.



Поступила 14.10.2013

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