

Клинический пример исправления сочетанных ошибок ранее проведенного неудачного эндодонтического вмешательства с использованием дентального операционного микроскопа и ультразвуковых модифицированных насадок из стали и титан-ниобiums

В.И. МИТРОФАНОВ, к.м.н., главный врач клиники «Митрадент»
г. Москва

Clinical case of correction of associated errors after previous unsuccessful endodontic intervention with the use of dental operating microscope and modified ultrasonic tips made of steel and titanium-niobium

V.I. MITROFANOV



В.И. МИТРОФАНОВ

Резюме

В данной работе представлен сложный клинический случай повторного эндодонтического лечения моляра с сочетанными дефектами – обломом металлического инструмента и двумя перфорациями стенок канала различной локализации – в два посещения. Процесс эндодонтического лечения стал возможным благодаря использованию в клинике дентального операционного микроскопа, позволяющего уточнить анатомическое строение корневого канала, в условиях увеличения и соответствующего освещения облегчать выполнение основных этапов препарирования, пломбирования, ультразвуковой очистки, извлечения фрагментированных инструментов и, наконец, герметичное закрытие перфорационных отверстий.

Ключевые слова: повторное эндодонтическое лечение, корневой канал, перфорация, операционный микроскоп, фрагментация инструмента.

Abstract

This paper presents a complex clinical case of endodontic retreatment of molar with associated defects - metal instrument fracture and two perforations of the canal walls of different localization - in two visits. The process of endodontic treatment is made possible through the use of an operating microscope in dental clinic, which allowed to specify the anatomical structure of root canal, with the help of magnification and increased illumination in order to facilitate the implementation of the basic stages of preparation, sealing, ultrasonic cleaning, extraction of fragmented tools, and finally, a tight sealing the perforations.

Key words: root canal retreatment, root canal, perforation, operating microscope, instrument fracture.

ИСХОДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка N обратилась в нашу клинику с жалобой на ранее эндодонтически леченый зуб 3.6 в клинике S. Осмотр клинической ситуации (рис. 1) показал

следующее: во время предшествующего неудачного эндодонтического лечения в клинике S пациентке обещали помочь. В ходе оказываемого лечения ситуация с зубом преобразовалась в ту, что соответствует рис. 2: возник-

ли сочетанные дефекты – облом инструмента и две перфорации в стенках каналов (в нижней трети канала, в устьевой части – прошли мимо инструмента). Ситуацию можно охарактеризовать как «помогли»: после оказанной «по-

мощи» пациентке посоветовали удалить зуб. Но... пациентка N через интернет вышла на нашу клинику.

Нами было принято решение о возможности повторного эндодонтического лечения проблемного зуба в два посещения. Решение обусловлено тем, что мы наглядно убедились в расширении реабилитационных практических возможностей, благодаря преимуществам, предоставляемым операционным микроскопом; приобрели определенный опыт манипуляций на операционной зоне во время эндодонтического лечения, снижающих риск осложнений. В условиях увеличения и соответствующего освещения мы получаем информацию не только о количестве и форме каналов, но и о возможном расположении входа в корневой канал, его очертаниях; о расположении участков кальцификации (кальцифицированных и дополнительных каналов); о наличии и расположении устьев (в том числе скрытых), ответвлений, перфораций; а также выявляем отломки инструментов. Использование микроскопа облегчает работы по удалению реставраций коронковой части зуба, закрытию перфораций по всей длине корня, извлечению отломков инструментов, удалению эндоканальных штифтов (как металлических, так и стекловолоконных), по контролю при распломбировании корневых каналов, исправлению отклонений от основного хода каналов и др.

Для современного эндодонтического лечения, позволяющего восстановить функциональные возможности естественного зуба даже при значительном его разрушении, в арсенале клиники есть различный специализированный ротационный и ультразвуковой инструментарий. (Кстати, мы используем ультразвуковые насадки из сплавов стали и титаниобидума (Ti-Nb), модифицированные специальным образом. Методика извлечения и последовательность – свои, оригинальные). Насадки нового поколения из Ti-Nb-сплава обладают улучшенными показателями передачи ультразвука и механическими свойствами (дизайн насадок свя-



Рис. 1

зан с повышенными свойствами упругости, эластичности, гибкости; структура материала позволяет передавать более мощную ультразвуковую волну).

Эндодонтическое лечение проводилось с использованием коффердама – тонкой латексной защитной изоляции, защищающей дыхательные пути пациента от случайного вдыхания и проглатывания мелких инструментов, остатков пломб и т. д. Коффердам оттягивает и защищает мягкие ткани от случайной травмы, обеспечивает чистое и сухое операционное поле. Этапы лечения демонстрируют рис. 3-20.

ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

- Рис. 3: показано как была, хотя и с трудом, зафиксирована латексная завеса.

- Рис. 4: для обеспечения удобного прямолинейного доступа было изготовлено временное горизонтальное кольцо (временное частичное восстановление коронковой части зуба) из композита.

Залогом успешной эндодонтии является тщательная обработка, надежная дезинфекция и герметичное закрытие корневого канала. Первый шаг к этому – определение устьев всех корневых каналов. Однако часто их обнаружение затруднено. Некоторые корневые каналы не выявляются и остаются необработанными и незапломбированными, что в последующем приводит к неудачному исходу лечения в целом. От того, как будет создан доступ



Рис. 2

к устьям каналов, во многом зависит препарирование самих каналов. Использование микроскопа позволяет легко обнаружить вход в каналы щадящими методами с наибольшим сохранением тканей зуба; найти полость пульпы под реставрацией, которая находится на одной оси с ней; найти второй канал (мезиально-вестибулярный); обнаружить возможные добавочные или кальцифицированные каналы; проконтролировать тщательность удаления из полости пульпы некротизированных остатков, которые могут служить источником вторичной инфекции; удалить дентикли и скопления кальцификатов, блокирующих доступ к корневым каналам.

С помощью микроскопа, ирригационных растворов и ультразвука извлекаем содержимое устьевой части на основе гидроксида кальция.

- Рис. 5: после извлечения мы локализуемся в устье дистального щечного канала, где благодаря микроскопу обнаружен фрагмент металлического инструмента. Ближе к центру расположена перфорация.

- Рис. 6: для извлечения металлического инструмента используем ультразвуковые, модифицированные нами насадки

- Рис. 7: осуществляем распломбировку части каналов и его механическую обработку ротационными инструментами инструментами м-2 (VDW). Антибактериальную обработку проводим 3% гипохлоридом натрия.



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7

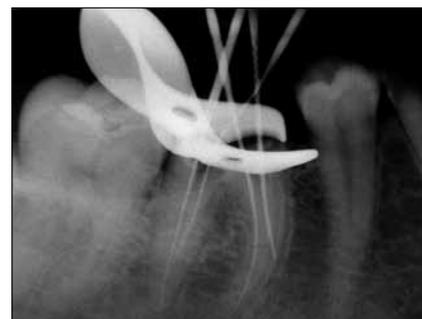


Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13

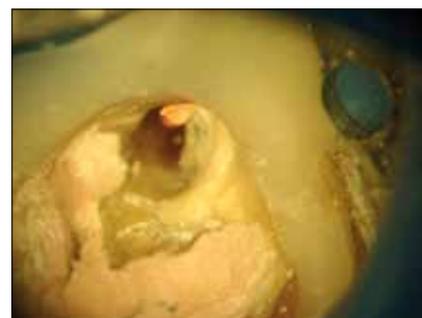


Рис. 14



Рис. 15



Рис. 16



Рис. 17



Рис. 18

• Рис. 8: локализуем инструмент в перфорационном отверстии нижней трети канала.

• Рис. 9: создаем прямолинейный доступ к зоне разграничения (перфорация – оригинальный канал). Мы зовем эту зону «штаны».

• Рис. 10: в области раздвоения разворачиваемся медиально и проходим к апексу.

• Рис. 11: рентгенограмма с иглами в перфорации и в канале.

• Рис. 12: пройденные каналы заполняем гидроокисью кальция.

• Рис. 13: сверху прикрываем антисептической лечебно-защитной пастой «Парасепт» (фирма «ВладМива»).

• Рис. 14: в оригинальный дистальный щечный канал вводим временно гуттаперчу (чтобы не потерять проходимость канала в будущем при постоянном пломбировании).



Рис. 19

• Рис. 15: перфорацию в зоне бифуркации закрываем МТА (использовали «Триоксидент», фирма «ВладМиВа»).

• Рис. 16: накладываем временную повязку на семь дней.

Второе посещение

• Рис. 17: выполнена контрольная рентгенограмма, уточняем рабочую длину.

• Рис. 18: пломбирование термопластифицированной гуттапрерчей «Бифил», «Бифил-Пэк» (VDW) без носителя.

• Рис. 19: контрольная рентгенограмма. Результат – металлический инструмент извлечен; перфорация в нижней трети закрыта; перфорация в зоне бифуркации закрыта; запломбированы четыре канала.

Далее планируется изготовление культевой вкладки и металло-керамики.

Вывод

Благодаря использованию ден- тального операционного микро- скопа, ультразвуковых модифици- рованных насадок из Ti-Nb-сплава, собственных оригинальных мето- дик извлечения фрагментов ин- струментов из корневого канала, внедренных в клинику, при от- работанной последовательности манипуляций удалось исправить сочетанные ошибки ранее прове- денного неудачного эндодонтиче- ского вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болячин А. В., Беляева Т. С. Основные принципы и методики ирригации системы корневого канала в эндодонтии // Клиническая эндо- донтия. 2008. Т. 2. №1-2. С. 45-51.

2. Коэн С., Бернс Р. Эндодон- тия: Пер. с англ. – СПб., 2000.

3. Краммер И., Шлеппер Х. Путеводитель по эндодонтии. Пользователю эндодонтических инструментов: Пер. с нем. – М., 1999. – 96 с.

4. Макеева И. М., Пименов А. Б. Смазанный слой корневого кана- ла и его удаление // Эндодонтия today. 2002. Т. 2. №1-2. С. 5-10.

Поступила 11.05.2010

Координаты для связи с авторами:
127083, Москва, ул. Земляной Вал,
52/16, строение 3
www.mitradent.ru

Журнал «Эндодонтия today»

подписной индекс

15626

в объединенном каталоге «Пресса России - 2010»