

На II Российском конгрессе эндодонтическая секция СтАР объявила конкурс на лучшую работу по эндодонтии на тему: «Достижение эффективности эндодонтического лечения по собственным клиническим материалам».

Жюри в составе В.Н. Чиликина, А.В. Болячина, О.П. Максимовой и Н.М. Шеиной оценило присланные работы.

- I место присуждено доктору Коростелеву Павлу (Воронеж);
- II место — Мещенко Алексею (Екатеринбург);
- III место — Корыткину Андрею (Хабаровск).

В этом номере мы предлагаем вниманию читателей клиническую презентацию доктора Алексея Геннадьевича Мещенко (фирма «Витал», Екатеринбург).

Извлечение серебряных штифтов из просвета корневого канала при повторном эндодонтическом вмешательстве

Метод использования серебряных штифтов при пломбировании корневых каналов приобрел наибольшую популярность в 1950–1960-х годах.

Свойства серебряных штифтов:

Отрицательные	Положительные
Невозможность проведения 3D-обтурации	Простота размещения штифта в канале
Коррозия металла	Бактерицидные свойства серебра
Окрашивание твердых тканей зуба	Рентгеноконтрастность

Показания к проведению повторного эндодонтического вмешательства:

Обострение хронических форм периодонтитов	3%
Неудовлетворительная реставрация (изменение цвета зуба, скол пломбы, повторный кариес)	17%
Подготовка зуба к протезированию	23%
Пациенты из других клиник, направленные на восстановление проходимости каналов	57%

Факторы, осложняющие извлечение серебряных штифтов:

- хрупкость;
- анатомия корневых каналов (изогнутые, узкие, длинные);

- цементы, используемые как силер при фиксации штифтов;
- размер самого штифта (чем тоньше, тем сложнее);
- расположение зуба.

План лечения и выбор необходимого инструментария определялся в зависимости от расположения серебряного штифта относительно длины корневого канала.

РАСПОЛОЖЕНИЕ СЕРЕБРЯНОГО ШТИФТА В УСТЬЕВОЙ ТРЕТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Используемый инструментарий показан на рис. 1–4.

Клинический случай 1

Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 4.6. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани в области медиального



корня. Предполагаемая причина — плохая обработка и obturation корневых каналов.

Проведены извлечение 3 серебряных штифтов, обработка и пломбирование каналов разогретой гуттаперчей. Рекомендовано покрытие зуба коронкой в дальнейшем (рис. 5–7).

Клинический случай 2

Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 1.4. На рентге-



5



6



7

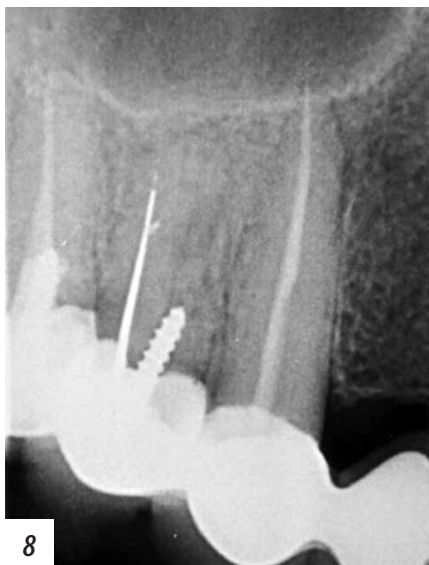
нограмме определяется очаг деструкции костной ткани в области щечного корня. Предполагаемая причина — плохая обработка и obturation корневых каналов.

Проведены снятие коронки, извлечение анкерного и серебряного штифтов, обработка и пломбирование каналов разогретой гуттаперчей (рис. 8, 9).

Клинический случай 3

Диагноз: хронический фиброзный периодонтит зуба 1.6. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели вдоль всех корней. Предполагаемая причина — плохая обработка и obturation корневых каналов.

Пациент направлен на восстановление проходимости корневых каналов. Проведены извлечение 3 серебряных штифтов, прохождение и медикаментозная обработка каналов (рис. 10, 11).



8



9



10



11

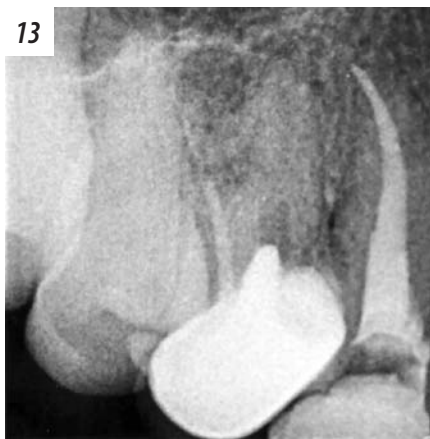
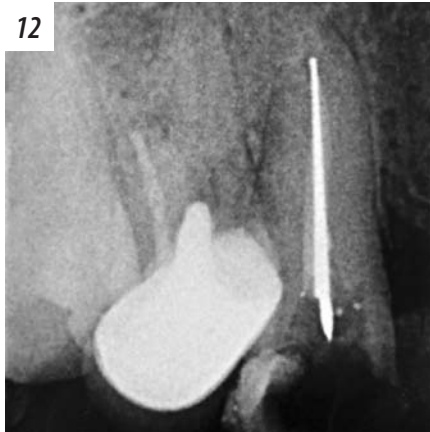
Клинический случай 4

Диагноз: хронический фиброзный периодонтит зуба 1.3. На рентгенограмме обнаружен серебряный штифт, занимающий $\frac{2}{3}$ длины корня, и расширение периодонтальной щели. Предполагаемая причина — плохая обработка и пломбирование корневого канала.

Пациент направлен на восстановление проходимости канала, с последующим его пломбированием. Проведено извлечение серебряного штифта; канал обработан и запломбирован горячей гуттаперчей (рис. 12, 13).

Клинический случай 5

Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит зуба 1.1. На рентгенограмме определяется очаг разрушения костной ткани с четкими контурами в области верхушки корня, серебря-



ный штифт выведен за пределы корня зуба, есть резорбция верхушки корня. Предполагаемая причина – скверная обработка и obturation канала, а также выведение серебряного штифта в периапикальные ткани.

Проведены извлечение серебряного штифта, обработка и obturation канала разогретой гуттаперчей, резекция верхушки корня с извлечением остатков серебряного штифта (рис. 14–16).



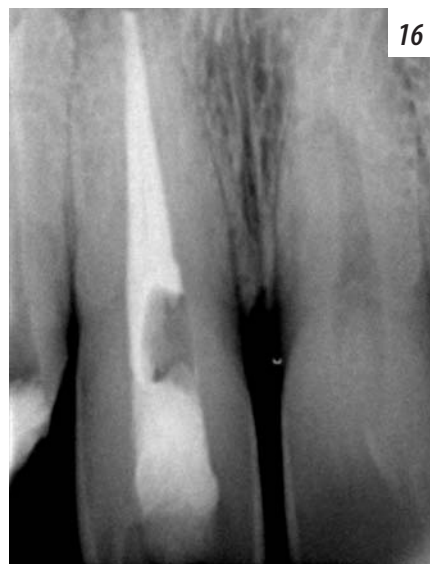
РАСПОЛОЖЕНИЕ СЕРЕБРЯНОГО ШТИФТА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Используемый инструментарий показан на рис. 17–23.

Клинический случай 6

Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.4. На рентгенограмме определяется очаг разрыхления костной ткани с четкими контурами в области верхушки корня, серебряный штифт выведен в периапикальные ткани, видна резорбция верхушки корня. Предполагаемая причина – плохая обработка и obturation канала, выведение серебряного штифта за верхушку корня.

Проведены извлечение серебряного штифта, обработка и пломбиро-





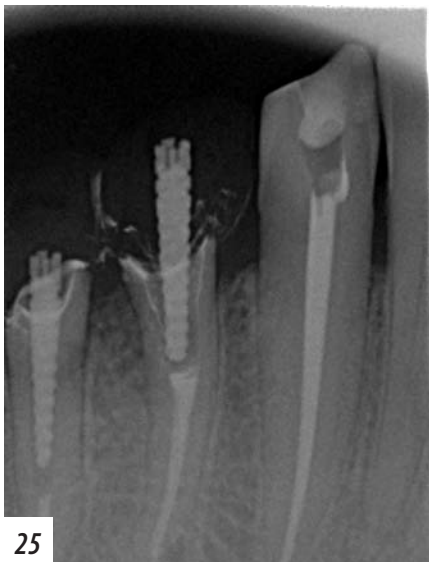
24



26



28



25



27



29

вание канала разогретой гуттаперчей (рис. 24, 25).

Клинический случай 7

Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит зуба 1.6. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами в области верхушки корня MB1. Предполагаемая причина — плохая обработка и obturация канала MB1, пропущенный MB2-канал.

Пациент направлен на восстановление проходимости корневого канала MB1 и поиск канала MB2. Проведены извлечение серебряного штифта из канала MB, поиск, прохождение и обработка канала MB2 (рис. 26, 27).

Клинический случай 8

Диагноз: хронический фиброзный периодонтит зуба 1.6. На рентгенограмме — расширение периодонтальной щели в области корня MB1. Предполагаемая причина — плохая обработка и obturация канала MB1, серебряный штифт в средней трети корня.

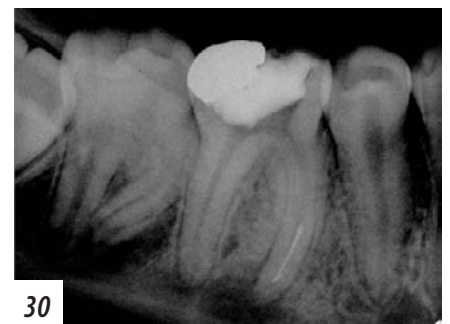
Пациент направлен на восстановление проходимости корневого канала MB1. Проведены извлечение серебряного штифта из канала MB1, прохождение и обработка канала (рис. 28, 29).

Клинический случай 9

Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.6. На рентге-

нограмме — очаг деструкции костной ткани с четкими контурами в области медиального корня, серебряный штифт в средней трети корня. Предполагаемая причина: плохая обработка и obturация каналов медиального корня.

Проведены извлечение фрагмента серебряного штифта, прохождение, обработка и пломбирование 3 канала



30



31

лов с помощью системы «Термафил» (рис. 30, 31).



32



33



34

Клинический случай 10

Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 3.6. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки дистального корня, серебряный штифт в средней трети медиального щечного канала. Предполагаемая причина: плохая обработка и obturation канала дистального корня, серебряный штифт в медиальном щечном канале (рис. 32).

Проведены частичное извлечение серебряного штифта, прохождение, обработка и пломбирование канала на проходимую часть (рис. 33).

Спустя 2 года на прицельной рентгенограмме нет очага воспаления в области дистального корня, очаг деструкции в области медиального корня, формирование свищевого хода в области верхушки корня. Зуб удален (рис. 34).

РАСПОЛОЖЕНИЕ СЕРЕБРЯНОГО ШТИФТА В АПИКАЛЬНОЙ ТРЕТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Используемый инструментарий показан на рис. 35–37.



35



36



37

Клинический случай 11

Диагноз: хронический фиброзный периодонтит зуба 3.4. На рентгенограмме — фрагмент серебряного штифта в области верхушки корня, расширение периодонтальной щели.

Пациент направлен на восстановление проходимости канала. Ранее была проведена попытка извлечения серебряного штифта, которая привела к его дефрагментации.

Выполнено прохождение канала рядом с инструментом, затем проведена обработка и obturation разогретой гуттаперчей (рис. 38, 39).

ПАЦИЕНТ «КАТАСТРОФА»

Случай из практики, о котором хочется рассказать отдельно.

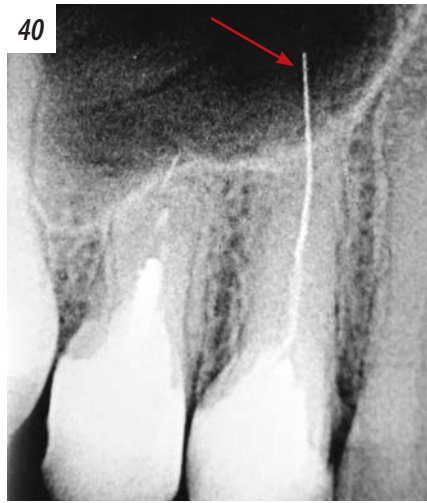
Пациентка М. обратилась в клинику для подготовки зубов 1.4 и 1.5 к протезированию. На прицельной рентгенограмме зуба 1.4 определяется серебряный штифт, выведенный за пределы корня и частично находящийся в гайморовой пазухе (рис. 40). При попытке захвата инструмента системой IRS, он проталкивается и попадает в полость гайморовой пазухи. Корневые каналы заполняются кальцийсодержащей пастой, назначены антибиотики. Принято



38



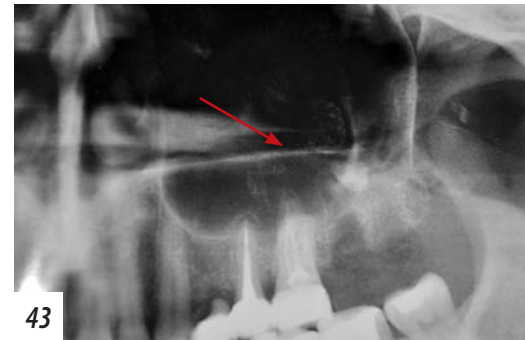
39



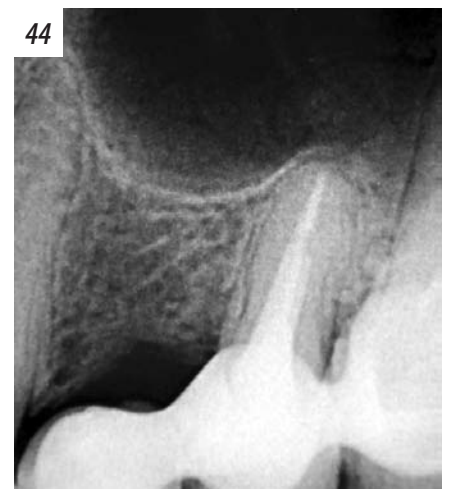
40



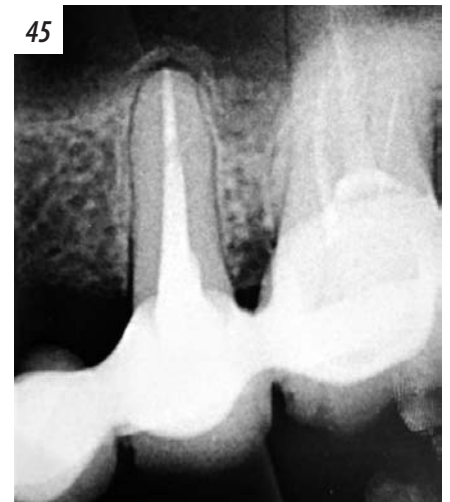
41



43



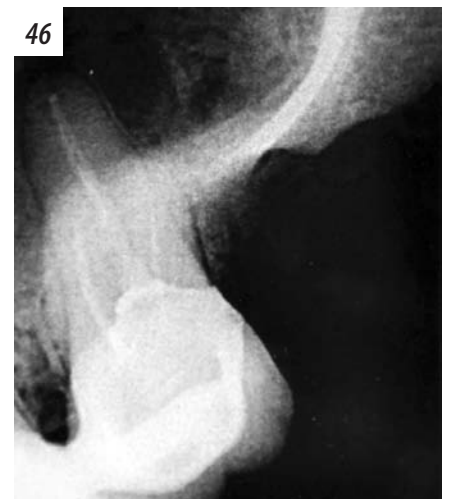
44



45



42



46

решение о плановом эндоскопическом вмешательстве на гайморовой пазухе (рис. 41). На следующее утро пациентка позвонила в клинику с жалобами на затруднение при глотании (чувство рыбной косточки в горле). При этом рыбу она не ела.

Пациентку вызвали на прием, по пути в клинику она чихнула и на ладони увидела инородное тело, похожее на иголку, — это был серебряный штифт. Точнее 1,8 мм чистого серебра (рис. 42).

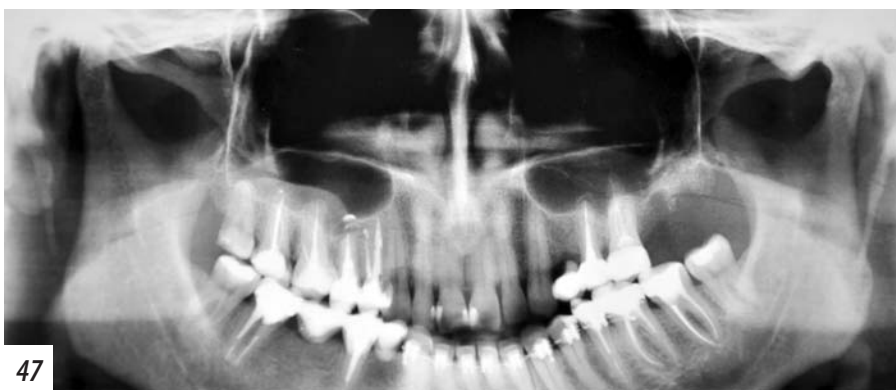
Спустя 1 год М. была направлена

на удаление зубов 2.7, 2.8 по терапевтическим показаниям. Удаление зуба 2.8 прошло без осложнений. Удаление зуба 2.7 закончилось созданием оронтрального сообщения и попаданием двух сросшихся щечных корней в полость гайморовой пазухи (рис. 43). Пациентка в плановом порядке была записана на эндоскопическую операцию на гайморовой пазухе только через 3 нед, так как улетала на отдых в Таиланд.

В области лунок удаленных зубов был

мобилизован слизисто-надкостничный лоскут, а рана ушита. Назначен комплекс препаратов, даны рекомендации. В день операции после проведения рентгенологического исследования фрагменты корней зуба 2.7 не определялись. Самочувствие пациентка определяла как хорошее. Никаких жалоб со стороны удаленных зубов не предъявляла.

Объективно в полости рта: заживление первичным натяжением, слизистая оболочка без изменений, пальпация по переходной складке в области удаленных зубов безболезненна (рис. 44–46). Предполагаемая причина: редко встречающийся тип строения естественного



47

сообщения между гайморовой пазухой и полостью носа (рис. 47).

Пациентка довольна и настроена на дальнейшее сотрудничество.

Все секреты современной реставрации и нюансы успешной эндодонтии вы можете узнать на наших мастер-классах учебного центра «ТВИ Company»

Тел.: (495) 695-17-96, +7 (964) 704-14-21 (Дианов Павел)
stomakursy.ru www.tbi.ru tbi1@bk.ru