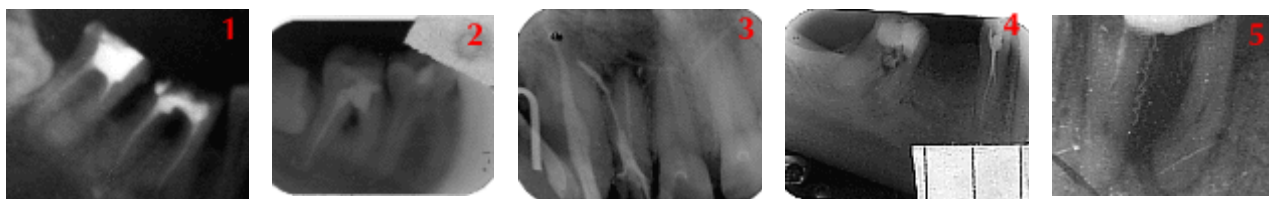


Перфорации корней зубов

Многие специалисты, посетившие последние годы московские выставки, но полагаю и не только московские, обязательно останавливали свое внимание у одного скромного и небольшого стенда, на котором кроме как симпатичных представительниц одухотворенно отвечавших на все вопросы посетителей и монитора с постоянной прокруткой видеоролика хирургических операций - больше, пожалуй, трудно было сразу что-либо заметить. Года два назад и мое внимание у стенда также привлек фильм, на котором виртуозные руки хирургов поистине творили чудеса. Но так как я, в силу специфики своей каждодневной работы несколько далек от хирургии, то кроме как очередной порции познавательной информации мне эти милые дамы, на тот момент, ничем помочь не смогли. Но все же меньше чем через год я вновь вернулся к этому стенду, а позже и к милым дамам в офис.

И так - перфорации. Прямо как в песне - "Бывают они разные - глубокие и грязные, слепые и нелепые...", но то, что обязательно - всегда их нежелательно".

На представленных ниже **Rx-снимках** продемонстрирован не совсем полный ассортимент "несчастливых случаев", с которыми мне пришлось иметь дело за прошедшие полтора года. Но я постарался продемонстрировать наиболее характерные и оригинальные варианты этого осложнения и, как понимаете, произошедшие не без активного участия врачей. Однако зачастую также бывает что, несмотря на некоторую "аферность" мероприятия все-таки очень хочется (или просто необходимо) сохранить зуб, с которым надежней бы было все же расстаться, так как жизнь диктует свои законы.

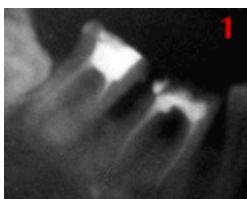


Теперь небольшое пояснение к демонстрируемым Rx-снимкам. **Номер один и два** - очень часто встречаемый вид перфорированной зоны бифуркации корней нижних моляров. **Номер три**, как видите, имеет также часто встречаемый вид перфорации боковой стенки и околоапикального пространства корня, но отличительной чертой этого случая является то, что оба этих осложнения смогли иметь место в одном зубе. **Четвертый вариант**, хотя и напоминает два первых, но очень хорошо демонстрирует некогда произведенную попытку врача прикрыть дырку старым "дедовским" способом. Для тех, кто еще себя не успел причислить к старой армии специалистов, поясню - межкорневая перфорация была заткнута асбестом. Но, к сожалению, этот вариант продержался всего лишь чуть больше года. **Последний снимок** поистине демонстрирует "феноменальное мастерство". Но сразу же поясню, что на этой рентгенограмме снимок одного зуба (первый нижний моляр), но я его специально сканировал с большим увеличением, чтобы было отчетливо видно оставленный в межкорневой области - каналонаполнитель. Что там пытались им заполнять - я не знаю, так как мне пришлось извлекать из этой области и оставленный инструмент и три осколка костной перегородки, а вот что пломба на зубе была основательной и дорогой - это совершенно точно.

Ну, а сейчас для всех кто уже ознакомился и со вступительным словом и с демонстрируемыми Rx-снимками и при этом не обнаружил никакой связи, пришла пора связать воедино и то, и другое.

Дело в том, что я не очень склонен в своих публикациях, сильно заниматься какой бы то ни было рекламой, но в данном случае аналога пока не встречал, а потому с большим удовольствием сообщаю - все эти осложнения и те, что остались за кадром данной публикации я вылечил отечественным препаратом (**биоактивный костнопластический материал на основе однородной композиции особочистого гидроксиапатита, коллагена специальной обработки и антибиотика**) под названием - **КОЛЛАПАН** /Фирма "Интермедапатит", г. Москва/.

Коллапан выпускается трех видов: пластины, гранулы и гель. В данных работах я применял **гранулы** и **гель (Коллапан-Л)** содержащие линкомицина гидрохлорид. Все работы проводились без хирургического вмешательства, через уже имеющие место быть, перфорированные отверстия корней зубов.



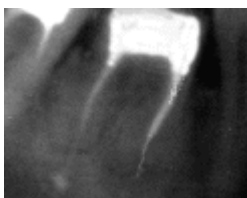
Первый случай характерен большой зоной поражения и к моменту лечения пациент ощущал постоянную тупую и периодически пульсирующую боль, отмечен сильный гиперемированный отек слизистой в области проекции бифуркации корней первого нижнего моляра. После рентгеновского обследования было сделано предписание к удалению пораженного зуба.

Это был первый случай моей попытки сохранить зуб, последний [Rx](#) которого, был сделан спустя год и три месяца.

Зуб был вскрыт, освобождена зона бифуркации от полуразрушенной кости корня и после интенсивного оттока кроваво-гнойного экссудата пораженная зона была промыта под умеренным давлением из шприца, 0.5%-м раствором фурацилина. Затем зуб оставался четверо суток открытым с назначением полосканий теплым раствором бикарбоната натрия. По истечении этого времени, отек слизистой несколько спал, боли отсутствовали.

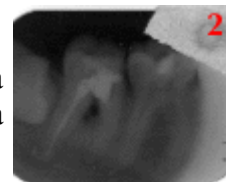


Во второе посещение была проведена обработка (кюретаж, ультразвук и т.п.) пораженной бифуркационной зоны (примерно 2/3 глубины корня), затем заполнена препаратом "1000-GLYCOL PASTE" и минут на тридцать прикрыта временной повязкой. За это время был вскрыт и перепломбирован эндометазоном ближний корень моляра.



Затем зона бифуркации была промыта фурацилином, тщательно высушена и заложена гранулами коллапана с небольшим уплотнением. Непосредственно на поверхность коллапана, не выходявшего за границы перфорированного отверстия, и на дно полости корня поставлена пломба из прокладочного стелоиономерного цемента. Зуб был прикрыт временной повязкой, а через два месяца закрыт постоянной пломбой. (Rx-результат через 1г., 3мес. после лечения)

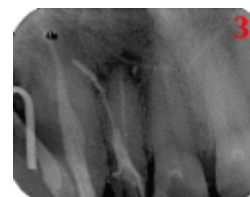
Лечение второго варианта проходило в одно посещение. Также была вскрыта пломба и запломбирован ближний корень. Проход в зону бифуркации был небольшой, через имевшееся отверстие слегка почищена пораженная область, промыта хлоргексидином и фурацилином, высушена бумажными штифтами и заполнена, посредством "микронагнетателя" [*гелем Коллапана-Л](#).



Избыток гель-коллапана убран со дна полости зуба, полость высушена и на дно полости тонким слоем также наложена пломба из прокладочного стеклоиономерного цемента. Полость зуба была прикрыта временным цементом, а через два месяца после контрольного снимка зуб был запломбирован постоянно. **На Rх-снимке тоже зуб (2) по истечении шести месяцев после лечения.**

На третьем варианте остановлюсь более подробно так как, кроме прочих проблем связанных с закрытием перфораций, существует и еще одна - как ввести в нужную (пораженную) зону лечебный препарат? Гранулы коллапана не очень подходят для заполнения малых пространств, а гель коллапана несколько густой материал, что затрудняет его введение (распространенными способами) и заполнение пораженного пространства в области перфорации тем более, если это необходимо сделать в глубине корня или на внутренней боковой поверхности канала.

Вскрытие "горе" пломбировок данного зуба не составило большого труда к тому же, боковой ход перфорации был "заткнут" гуттаперчевым штифтом, который, без особых проблем, был извлечен пульпоэкстрактором. Затем канал зуба был несколько расширен, промыт асептиками и прикрыт на три дня временной пломбой. В канале все это время присутствовал бумажный штифт смоченный крезофеном.



И так - цели определены, задачи поставлены, объект подготовлен, и дело осталось за малым - как ввести "непослушный" коллапан-гель в область перфорации? Все дело в том, что коллапан-гель представляет собой несколько своеобразную физико-механическую субстанцию не являющуюся классическим (привычным) гелем, это скорее крупная золь, а если еще точнее и проще - взмученная водная кашица из довольно-таки крупных частиц и потому, хотя коллапан-гель и поставляется производителями в шприцах, но реально выдавить его через относительно тонкую иглу не представляется возможным. В связи вышеизложенным я и хочу предложить вам реальный метод заполнения коллапаном малых пространств.

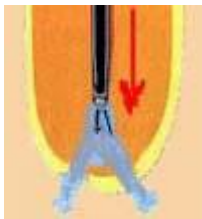
Для этого я применил обыкновенную шприцевую иглу. Подходящий диаметр иглы определяется в каждом конкретном случае индивидуально (но все же игла должна быть не очень тонкая). В рассматриваемом варианте я начинал заполнения с околоапикальной зоны. Для этой цели была подобрана укороченная игла срез которой был подточен перпендикулярно с таким расчетом, чтобы торец илы плотно перекрывал (клинил) канал в апикальной зоне.



Подготовленная таким образом игла неоднократно вводится в шприц с коллапан-гелем до заполнения ее внутреннего пространства лекарством, что можно контролировать наблюдая появление лекарства с обратной стороны нагнетаемой иглы.

После чего предварительно подготовленный плотно входящий мандрен- поршень вводится внутрь иглы до появления малейшей порции коллапана на выходе нагнетателя. На мандрен надето резиновое контрольно-стопорное кольцо, ограничивающее его продвижение за пределы иглы на 1-3мм, дабы после выдавливания коллапана произвести дополнительное продвижение и уплотнение препарата в перфорированной зоне, если конечно, в таком уплотнении есть необходимость.

На представленной фотографии показан готовый к работе "микронагнетатель" заполненный коллапаном.



Затем этот импровизированный "микрошприц" вводится и уплотняется в канале корня. После чего, продвигая по игле мандрен- поршень, коллапан выдавливается из иглы. Несколькими возвратно-поступательными движениями лекарственный препарат окончательно вводится в нужную зону и уплотняется. Коллапан - препарат не рентгеноконтрастный, но положение нагнетателя и поршня можно вполне реально контролировать.

Следует учесть и тот факт, что (в силу своеобразной консистенции коллапан-геля) реальный выход препарата из такого нагнетателя несоизмерим с его рабочей длиной, а потому иногда есть необходимость приготовить сразу несколько типовых приспособлений, чтобы была возможность заполнения более глубоких и обширных перфорированных пространств.

На фото продемонстрирован фактический выход препарата (из 17_ти мм. рабочей длины), что составило выдавившейся порции вещества равной 6-8 мм.



Иглы нагнетателя для заполнения боковых ходов не обязательно как-то специальным образом готовить. Даже предпочтительнее применять шприцевую иглу с готовым косым срезом, но необходимо иметь укороченные иглы для более свободных манипуляций во рту. Заполненный нагнетатель вводится в боковую перфорацию корня так, чтобы срез иглы был по возможности параллелен боковой стенке корня.

Следующий боковой перфорированный ход был полностью заполнен из трех нагнетателей. После ввода иглы в перфорацию, не погружая ее полностью, даже если костная ткань челюсти "старательно" продырявлена предыдущим инструментом (лишь

срез иглы должен скрыться за стенкой корня), необходимо сначала остановить кровь. В данном случае была внесена капля кровоостанавливающего препарата в канал, а затем (по мере остановки кровотечения) канал подсушен, поршень нагнетателя продвинут и коллапан введен в полость. Как при первой, так и при подобных последующих манипуляциях мандрен- поршень нагнетателя не выходил за пределы цилиндра иглы, дабы сильно не травмировать воспаленную область перфорированной зоны. После всех сделанных манипуляций по заполнению перфорированных пространств - канал корня был промыт, очищен от остатков коллапана, высушен и сразу же запломбирован стеклоиономерным цементом. На зуб была поставлена временная пластмассовая коронка.



На представленном Rx-снимке тот же боковой резец верхней челюсти (3) с произведенными выше описываемыми манипуляциями после снятия временной пластмассовой коронки и подготовлен для дальнейшего протезирования металлокерамикой. Снимок сделан по истечении 5 месяцев после проведенных лечебных мероприятий с применением коллапан-геля.

Следующий (четвертый) вариант также после извлечения асбестовой "затычки" был промыт, высушен и заполнен коллапаном - гранулами. На дно полости прокладочный стеклоиономер; временная пломба; через два месяца - постоянная; по истечении трех месяцев поставлен металлокерамический мост. На сегодняшний день м/к конструкция эксплуатируется восемь месяцев.

Последний вариант (5) представляет тот случай, когда риск не совсем оправдан и скорее сделан ради выяснения предельно- допустимых возможностей описываемой методики. Пока говорить о каких-либо результатах рано, но после сделанных процедур прошло два месяца без видимых и каких-то ощутимых осложнений.

Все манипуляции связанные с лечением перфораций проводились под анестезией. В некоторых случаях на второй день появлялась терпимая тупая боль, которая полностью проходила через сутки и последующих жалоб на какие бы то ни было боли или иные неприятные ощущения не отмечено.

P.S.

В профи печати прошла публикация по применению коллапан-геля для заполнения кистогранулем с лечебной целью через канал корня и посредством каналонаполнителя, но мной был опробован предложенный метод и после апробирования хочется заметить - Коллапан-гель не является вязким материалом и, следовательно, каналонаполнитель не в состоянии создать избыточное давление лекарства в канале корня, а стало быть, как-то основательно вывести его за пределы корня, чтобы заполнить коллапаном пораженное грануляционное пространство.

Но я все же провел ряд лечебных мероприятий с описанным выше приспособлением - "микронагнетатель" для выведения коллапан-геля в пораженную область за верхушку корня и на сегодняшний день уже есть положительные результаты. Но это уже материал, видимо, для следующей статьи.

Удачи!

Ноябрь, 1999, Олег Зыбин.