

Понимание системы корневых каналов

● Проф. Филиппе Шлейман

Анатомия и природа заставляют нас не прекращать учиться. Хотя лечение корневых каналов и стало рутинной процедурой, неожиданности, тем не менее, случаются, и зачастую мы получаем не те результаты, которые хотели.

Конечно, лечение корневых каналов является не столь простой процедурой, как нам бы хотелось. Мы должны выбирать ежедневно, например, между лечением одного канала или сложной системы корневых каналов, всегда отдавая себе отчет, что наш выбор влияет на выбираемую нами технику и стандарты предлагаемого лечения. Мой выбор — или хотя бы мое понятие в эндодонтии — подсказывает, что нужно быть готовым столкнуться с очень сложной системой корневых каналов. Не важно как просто это выглядит на рентгеновском снимке, я всегда стараюсь понимать и уважать природу. Я выбираю сочетание файлов и протокол в соответствии с клинической ситуацией, а не пытаюсь упростить ее, рассматривая канал как изолированную трубку, которую можно обработать одним файлом, промыть и запломбировать одним штифтом. Ошибка в понимании клинической сложности системы корневых каналов не решит проблем пациента.

Описание клинического случая

Пациент обратился к нам в клинику с жалобами на проблемы при жевании в районе первого моляра нижней челюсти и наблюдаемым свищем со щечной стороны. Предоперационный рентгеновский снимок показал, что лечение корневых каналов было выполнено удовлетворительно, хотя и с некоторыми оговорками (рис. 1).

Тщательное изучение снимка показало, что что-то не так в апикальной трети мезиального и дистального каналов. Снимок показал, что каналы не были разработаны до нужного размера, и это, конечно же, привело к неполной obturации в апикальной трети. При более пристальном изучении дистального канала обнаружили какую-то патологию

в коронковой трети; скорее всего пришеечную резорбцию или внутреннюю резорбцию, которые объясняют образование свища. Это могло произойти из-за хронического воспаления латерального канала, который не был правильно и адекватно промыт и obturирован из-за недостаточного давления на obturационный материал.



Рис. 1. Предоперационный снимок, на котором видна воспаленная область, окружающая неудачное эндодонтическое лечение.

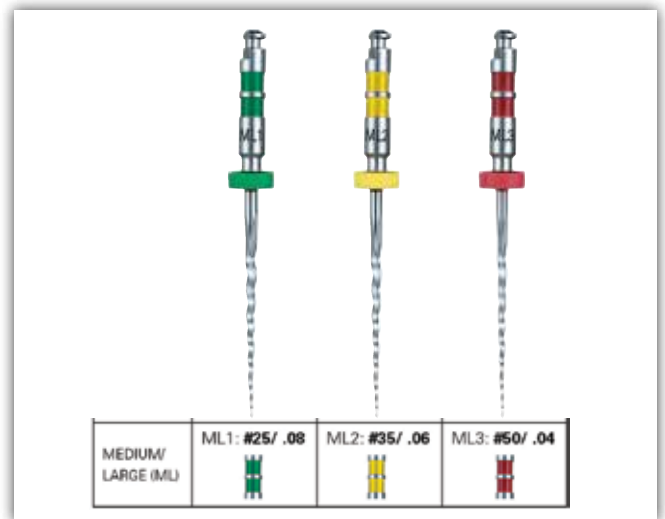


Рис. 2. Сочетание файлов TF Adaptive для работы в средних/больших каналах.



Рис. 3.
Elements Obturation Unit.

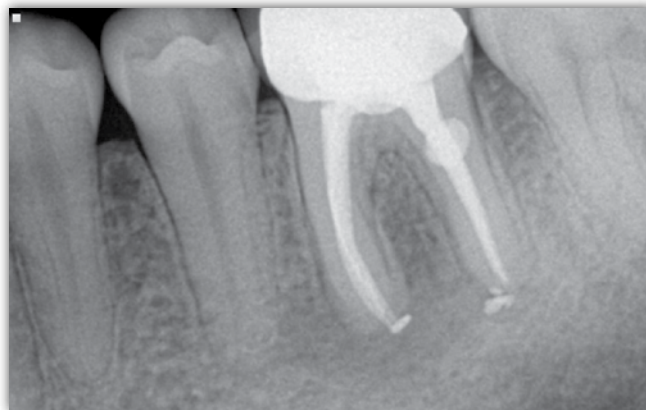


Рис. 4.
Постоперационный снимок. На снимке видна хорошо подготовленная система каналов с надежным апикальным запечатыванием. Пришеечная резорбция в коронковой части дистального канала также хорошо запечатана.

Для извлечения старого obturationного материала мы использовали K3™XF файлы размером 25.08 и 25.06. Впоследствии каналы были промыты при помощи системы EndoVac. Для инструментальной обработки каналов мы использовали сочетание файлов TF Adaptive для средних/больших каналов. Для обработки последних 3 миллиметров каналов мы использовали файл ML3 размером 50.04 (рис. 2).

Мы подготовили мастер-штифт соответствующего размера и установили его не доходя 0,5 мм до рабочей длины. Для запечатывания и заполнения каналов моляра мы выбрали Elements Obturation Unit (рис. 3).

Мы выбрали самый большой горячий плаггер для достижения отметки в 5 мм от рабочей длины в каждом канале, тем самым мы сможем создать достаточно давления и провести 3D-обтурацию на начальном этапе (по технике down pack). Ручные плаггеры также были подобраны таким образом, чтобы достичь -5 мм и -10 мм от рабочей длины.

Для заполнения канала мы взяли картридж с гуттаперчей средней вязкости с широким носиком и установили экструдер на быструю подачу (две стрелочки на индикаторе). На штифты нанесли силлер и установили их во все 4 канала. Первый этап обтурации был выполнен во всех 4 каналах, друг за другом, и ручным плаггером, достигающим точки -5 мм от рабочей длины, были проконтролированы апикальные пробки. Внутри канала был внесен силлер, картридж разогрет и очень медленно введен в канал без давления на иглу. Так как силлер должен достичь точки -7 мм от рабочей длины, в каждый канал было введено по 5 мм гуттаперчи и конденсировано ручным плаггером. После каналы были заполнены полностью и конденсированы. Гидравлических сил, обеспеченных этой техникой, было достаточно для заполнения любых латеральных и вспомогательных каналов, и, конечно же, резорбции в дистальном канале, как это видно на постоперационном рентгеновском снимке (рис. 4).

Золотой стандарт

Система корневых каналов у людей может иметь очень сложную анатомию, которую не видно на рентгеновских снимках. Золотой стандарт

лечения корневых каналов не подразумевает только частичного лечения и установки только одного штифта. В дополнение, финальным этапом герметизации корневого канала должна быть герметичная реставрация, которая закроет входы в пролеченные корневые каналы.



Проф. Филиппе Шлейман,
DDS, DUA, MSc, Dsc

Эндодонтист и профессор Университета Северной Каролины. Профессор Шлейман занимается эндодонтической практикой в Бейруте, Дубаи и Абу-Даби в Американском центре прогрессивной стоматологии.