

УДК: 616.314.22-089.844:616.716.4 – 001.5

Н.Б. Кузняк, П.П. Перебийніс, Я.В. Горицький, О.Л. Кушнір

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології (зав. - доц. Н.Б. Кузняк) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

ЧАСТКОВИЙ НЕКРОЗ СТРУКТУР КАНАЛУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЯК НАСЛІДОК НЕВДАЛОГО ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Резюме. В умовах клініки апробована методика видалення пломбувального матеріалу з нижньощелепного кореневого каналу. На основі клінічних та рентгенологічних даних доведено ефективність методу.

Ключові слова: канал нижньої щелепи, судинно-нервовий пучок, ендодонтичне лікування, кореневий канал.

Ендодонтичне лікування достатньо вивчений напрям терапевтичної стоматології та виконується в клініках різного рівня з високим відсотком успіху. У своїй практиці щоденно виявляємо різні ускладнення після ендодонтичного лікування. Типові невдачі, як правило, представлені загостренням хронічних процесів, які лікуються традиційними хірургічними методиками: періостотомія, резекція верхівки кореня, видалення зуба. Досить частими ускладненнями також є одонтогенний верхньощелеповий синусит, абсцеси різноманітної локалізації, виведення пломбувального матеріалу в альвеолярний відросток. Діагностувати ендодонтичну патологію стає значно простіше з появою конусно-променевої томографії, радіовізіографії, відповідно ефективність та своєчасність лікування зазнало позитивних змін [1]. Безумовно метод дентальної імплантації відвернув увагу від подальших розробок методів проведення зубозберігальних операцій при неефективності ендодонтичного лікування, а також змінив відношення багатьох стоматологів щодо необхідності “боротися” за компромісні в прогнозі зуби. Питання “ендо” чи “імплантація” є відкритим і дискусійним, незважаючи на те, що останні дані схиляють більшість стоматологів до дентальних імплантів, однак, кількість прихильників консервативного лікування не менша [2].

За останнє десятиліття публікації стосовно травм та невритів нижньоальвеолярного судин-

но-нервового пучка переважно пов’язані з помилками при встановленні дентальних імплантів, а саме: порушенням оперативної техніки, порушенням планування. Публікації стосовно травм при проведенні провідникових знеболень практично відсутні, що легко пояснюється постійним вдосконаленням технічних засобів, методик проведення [1]. Небажені ускладнення пов’язані з виведенням пломбувального матеріалу в канал нижньої щелепи були детально вивчені раніше, хірургічна техніка детально описана, але в останні роки кількість таких випадків порідшала, що на нашу думку, пов’язано з вдосконаленням методів діагностики. У публікаціях стосовно виведення пломбувального матеріалу в канал нижньої щелепи описані виключно випадки виведення матеріалів для постійного пломбування, але випадки виведення пломбувальних матеріалів на основі гідроксиду кальцію (що набули великої популярності в останній час) не описані [3].

Наводимо власне спостереження. У відділення хірургічної стоматології ОКЛ м. Чернівці звернулася пацієнтка Т., 37 р., зі скаргами на повну втрату чутливості нижньої губи, підборіддя та зубів зліва. Після збору анамнезу стало відомо, що два дні тому пацієнтці проводилося повторне ендодонтичне лікування. На ортопантограмі виявлено наявність стороннього тіла по ходу каналу нижньої щелепи зліва довжиною приблизно 4,0 см в проекції 35-38 зубів (рис.1).

© Н.Б. Кузняк, П.П. Перебийніс, Я.В. Горицький, О.Л. Кушнір, 2013



Рис. 1. Ортопантомограма пацієнтки Т.

З копії медичної карти амбулаторного стоматологічного хворого (форма 039/о) стало відомо, що 36 зуб пломбовано препаратом гідроксиду кальцію "АрехСal". Механізм дії вищевказаного препарату полягає в створенні лужного середовища в каналі зуба, що має виражену антисептичну дію. Даний факт доводив необхідність проведення втручання в найкоротші терміни для ліквідації негативних наслідків хімічних реакції у каналі нижньої щелепи.

Втручання проводилося під потенційованим знеболенням. Оперативний доступ створювався через інтрасулькулярний розріз від 33 до 38 зубів та парамедіанний від 13 зуба. Після препарування повного слизово-окісного клаптя проведені розпили кутовими пилками п'єзохірургічної установки в проекції каналу нижньої щелепи. Кістковим долотом знято два кортикальних блоки над судинно-нервовим пучком від 35 до 38 зубів [4] (рис. 2). Оболонка судинно-нервового пучка на всьому проміжку контакту з хімічним агентом була некротизована різною мірою. Крім того, наявними були механічні ураження в проекції дистального кореня 36, що, на нашу думку, було викликано грубим порушенням ендодонтичної методики лікування. Видалення пломбувального



Рис.2. Створення оперативного доступу

матеріалу виявилось досить складним завданням, так як даний матеріал не твердіє, тому нерівномірно розтікся по каналу нижньої щелепи. Для повного видалення нами було мобілізовано судинно-нервовий пучок на проміжку від підборідного отвору до проекції 38 зуба, лише таким чином у декілька етапів під рентгенконтролем було видалено весь пломбувальний матеріал [4-5] (рис. 3).



Рис. 3. Контрольні рентгенівські знімки

Окрім делікатного інструментального видалення пломбувального матеріалу для нейтралізації лужних агентів канал нижньої щелепи промито амінокапроною кислотою 5%. Також проведено часткову некректомію та резекцію верхівки дистального кореня 36 зуба [5].

Кісткові блоки були адаптовані на донорське вмістище та фіксовані титановими пластинами [4].

У післяопераційному періоді призначене консервативне лікування за загальноприйнятою схемою, післяопераційний період проходив без ускладнень. На другий день після втручання пацієнтка відзначила повне відновлення чутливості нижньої губи та підборіддя [5] (рис.4).

Аналізуючи результати проведеного операти-



Рис. 4. Адаптація кісткових блоків на донорське вмістище та фіксація їх титановими міні пластинами

вного втручання та рентгенологічного контролю слід зазначити, що запропонована нами методика видалення пломбувального матеріалу з каналу ниж-

ньої щелепи є одним з альтернативних методів хірургічного лікування даних ендодонтичних ускладнень.

Список використаної літератури

1. Tronsal L. *Clinicheskay endodontia* / [perevod s angl. pod red. prof. T.F. Vinogradovoj]. – M.: MEDpress-inform-2006. 2. Shumskij A.V. *Endodontij v voprosah i otvetah* / A.V. Shumskij, A.Y. Pozdnij. – Samara: Samarskij medinstitut "Reviz", 2003. 3. *Nonunion of the mandible: an analysis of contributing factors* // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2000. – Vol. 58. – P. 534-586. 4. Fennis J.P. *Mandibular reconstruction: a clinical and radiographic animal study on the use of autogenous scaffolds and platelet rich plasma* / J.P. Fennis, P.J. Stoelinga, J.A. Jansen // *Int. J. J. Oral Maxillofac Surg.* – 2005. – Vol. 31. – P. 753-761. 5. Orlando V.S. *Platelet get biotechnology applied to regenerative surgery of intrabony defects in patients with refractory generalized aggressive periodontitis* / V.S. Orlando, R. Panzoni, P.F. Orlando // *Minerva Stomatol.* – 2010. – Vol. 52. – P. 401-412.

ЧАСТИЧНЫЙ НЕКРОЗ НИЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА, КАК СЛЕДСТВИЕ НЕУДАЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. В условиях клиники апробирована методика удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного корневого канала. На основании клинических и рентгенологических данных доказана эффективность метода.

Ключевые слова: нижнечелюстной канал, сосудисто-нервный пучок, эндодонтическое лечение, корневой канал.

PARTIAL NECROSIS OF THE INFERIOR ALVEOLAR NEUROVASCULAR BUNDLE, AS A CONSEQUENCE OF ENDODONTIC TREATMENT FAILURE

Abstract. Under clinical conditions new methods for the removal of the filling material from the mandibular root canal are tested. On the basis of clinical and radiological findings the effectiveness of the method is proved.

Key words: mandibular canal, neurovascular bundle, endodontic treatment, root canal

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 10.09.2013 р.