

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ SafeSider ПРИ ПОВТОРНОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Назарян Р.С., Никонов В.В., Фоменко Ю.В., Щерблыкина Н.А., Колесова Т.А., Голик Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
Украина

Эндодонтия на сегодняшний день имеет весьма высокий уровень развития, однако несмотря на современное оборудование, инструментарий и пломбировочные материалы, отдаленные результаты лечения осложненного кариеса не всегда являются удовлетворительными. Так, множество исследований на тему "Распространенность и качество эндодонтического лечения: неадекватное лечение", проведенных в Европе и Северной Америке (1990-2002), показали значительное падение уровня успешных эндодонтических исходов от 87% до 50% [10]. По данным независимого эпидемиологического исследования на территории постсоветского пространства успешными можно считать 25-36% случаев лечения осложненного кариеса [9]. Около 70-85% зубов, подвергшихся эндодонтическому лечению, подлежат повторной терапии [2, 3, 7]. Анализ результатов лечения зубов с периодонтитами свидетельствует, что в зубах с некачественным пломбированием корневых каналов только в 6,6% случаях не были обнаружены деструктивные изменения [6]. Основной причиной неэффективности эндодонтического лечения – 76% – является недостаточное уничтожение бактерий в системе корневых каналов [5]. По данным Н.Н. Бажанова причиной флегмон в 98-99% случаев служат нелеченые или плохо леченые зубы с периодонтитом [1].

Потребность в повторном лечении корневого канала может возникнуть в любое время как в связи с клиническими проявлениями воспаления в периапикальных тканях, так и в связи с рентгенологическими критериями [4, 11].

При повторном эндодонтическом вмешательстве (ПЭВ) не существует единого универсального протокола ведения больного и гарантии абсолютного успеха излечения зуба. В каждом клиническом случае есть множество непредсказуемых факторов. Зачастую сложно установить, каким пломбировочным материалом obturирован канал, с какой плотностью и на каком протяжении; под каким углом расположен корень по отношению к основной оси зуба; на какой глубине канал искривлен и т.д. Трехмерная денальная компьютерная томография, увеличительные лупы, эндодонтический микроскоп значительно облегчают составление плана повторной ревизии канала и дальнейшее лечение.

Один из основных и наиболее сложных этапов при ПЭВ – прохождение корневого канала. В данном случае незаменимыми являются стальные (ручные, машинные) инструменты. Из современных инструментов, представленных на отечественном рынке, весьма

эффективной является система SafeSider [8]. Принцип ее применения основан на последовательном использовании специальных римеров: №№10/.02, 15/.02, 20/.02, 25/.02, 30/.02, 30/.04, 35/.02, 40/.02, 25/.06, 25/.08 (рис. 1).

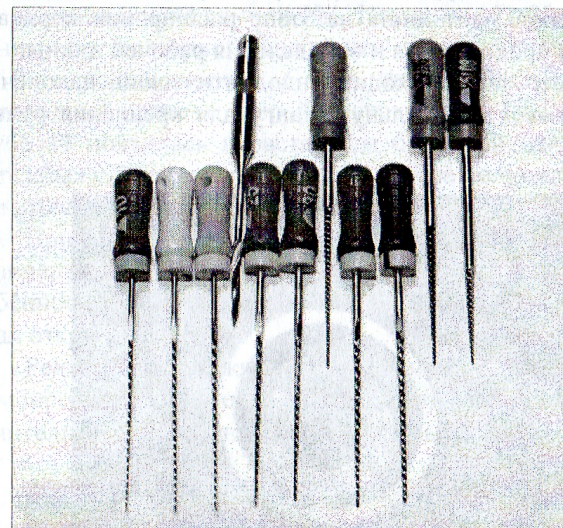


Рис. 1. Эндодонтическая система SafeSider. Стальные инструменты расположены в нижнем ряду, никель-титановые – в верхнем.

Система SafeSider состоит из комбинации стальных и никель-титановых ручных инструментов.

Они представляют собой разгруженные римеры, имеющие одну плоскую поверхность, что позволяет уменьшить контакт с тканями зуба по мере продвижения к апексу. Дентинные опилки концентрируются в просвете между поверхностью инструмента и стенкой канала, благодаря чему не происходит заклинивание инструмента. (рис. 2).



Рис. 2. Разгруженный ример с плоской боковой поверхностью.

Все инструменты системы SafeSider имеют режущую верхушку, которая прокалывает ткани, находящиеся в корневом канале (пульпу, дентинные опилки, гнилые массы), не блокируя апикальную часть.

Стальные ручные инструменты этой системы обладают необходимой жесткостью и возможностью сохранения в корневом канале предварительного изгиба (отсутствие «памяти формы»), что позволяет использовать их при повторном эндодонтическом лечении.

Три никель-титановых инструмента (примеры с оранжевой, розовой и коричневой ручками) используют лишь на этапе расширения корневого канала после его полного прохождения и определения рабочей длины.

В систему SafeSider также входит эндодонтический наконечник Endo-Express, который имеет специальную цапгу для крепления ручных инструментов. (рис. 3).

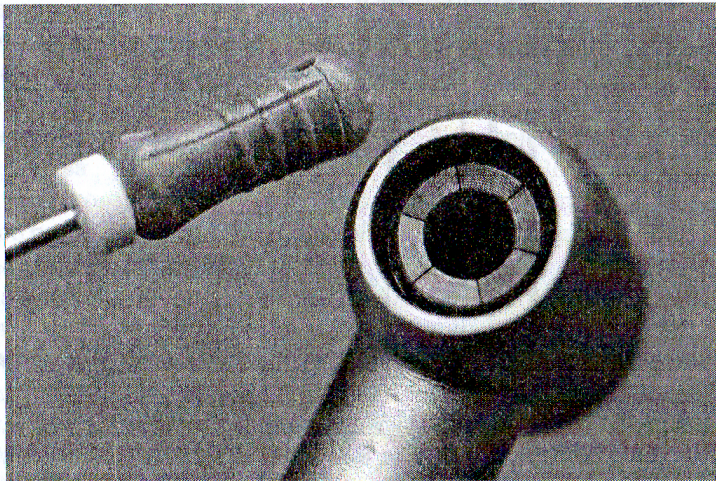


Рис. 3. Эндодонтический наконечник Endo-Express.

Он совершает возвратно-поступательные движения с углом поворота 30°.

Основными преимуществами реципрокных движений являются:

- Значительное уменьшение вращательной нагрузки и циклической усталости инструментов, что максимально снижает вероятность отлома инструмента в искривленном корневом канале, так как отсутствует его полный оборот на 360°. Как правило, инструменты заменяют из-за утраты остроты режущих граней, а не поломки.

- Применяемое повышенное давление на инструмент в апикальном направлении оказывается менее критичным, что особенно важно при прохождении ранее пломбированных или облитерированных каналов.

- Обеспечение длительного безостановочного продвижения инструмента в апикальном направлении. Однако не следует забывать о периодической эвакуации дентинных опилок из корневого канала.

- Возможность изогнуть верхушки римеров, что позволяет им войти в изгиб канала, а также в каналы с выраженной ступенькой, ложным ходом и т.д.

- Возможность пройти корневой канал параллельно сломанному инструменту.

Клинический случай №1. Пациентка П. 22-х лет была направлена в клинику для повторного эндодонтического лечения зуба 47. Из анамнеза: зуб был депульпирован 6 лет назад. Месяц назад был установлен мостовидный протез с опорой на зубы 45, 47. После фиксации конструкции в зубе 47 появилась нарастающая боль при накусывании. 5 дней назад протез был удален, из дистального канала получили экссудат. Зуб оставили открытым.

При первичном осмотре: лицо симметрично, лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Переходная складка в области 47 без особенностей. Пломбировочный материал из зуба удален. Дистальный канал открыт.

Рентгенологически: в корневых каналах зуба 47 — следы пломбировочного материала. В периапикальной области обеих корней — значительное расширение периодонтальной щели (рис. 4).

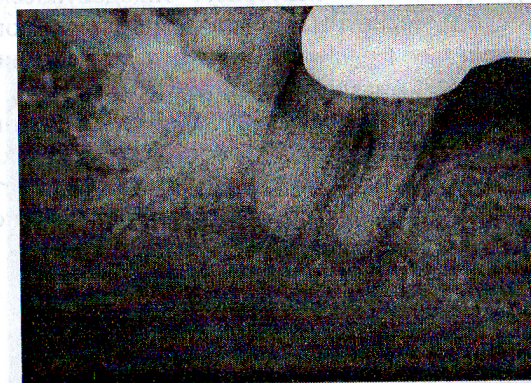


Рис. 4. Предоперационная рентгенограмма зуба 47.

Планируя повторное эндодонтическое лечение, необходимо начинать с анализа рентгенограммы. Особое внимание при этом уделяется оценке формирования эндодонтического доступа, поскольку это является наиболее распространенной причиной неуспеха первичного лечения. Для того, чтобы предположить направление инструмента в сагиттальной плоскости, достаточно традиционного внутриротового снимка. Однако наличие изгиба корня во фронтальной плоскости можно оценить лишь при помощи компьютерной томографии (рис. 5).

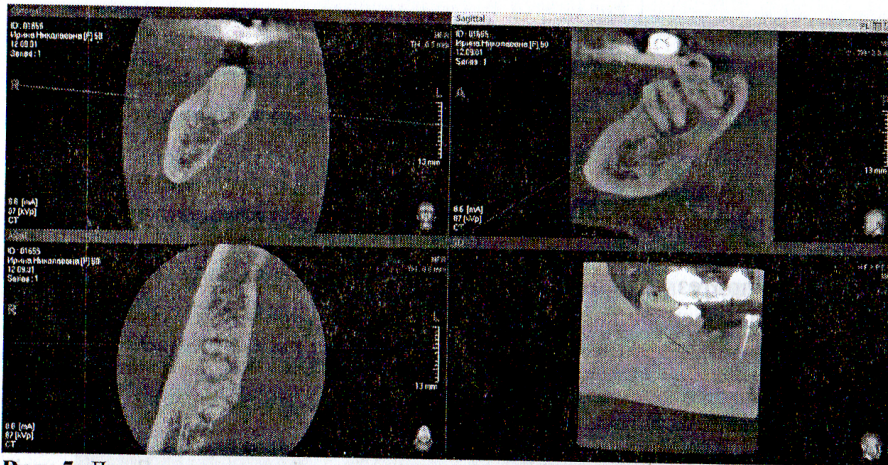


Рис. 5. Дентальная компьютерная томограмма зуба 47.

На внутриротовом снимке медиальный корень зуба 47 выглядит достаточно ровно, но при изучении томограммы определяется изгиб корня, что значительно усложняет дальнейший ход лечения.

В связи с этим следующим этапом повторного эндодонтического лечения является препарирование коронковой полости, обеспечивающее свободный доступ ко всем корневым каналам с учетом их направления и правильного расположения инструмента, совпадающего с осью канала.

Лечение. Прохождение корневых каналов зуба 47 осуществляли при помощи ручных инструментов и ультразвуковой эндодонтической насадки до ощущения препятствия. На контрольной рентгенограмме с контрастом (рис. 6) дальнейший ход каналов не прослеживается, вероятнее всего, они облитерированы.

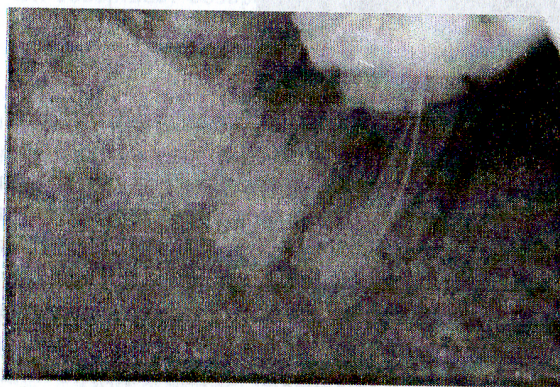


Рис. 6. Контроль уровня проходимости корневых каналов.

Последующее прохождение проводили при помощи стальных инструментов SafeSider, изогнутых и направленных в сторону

естественного хода канала (рис. 7), что позволило преодолеть облитерацию и войти в апикальный изгиб.

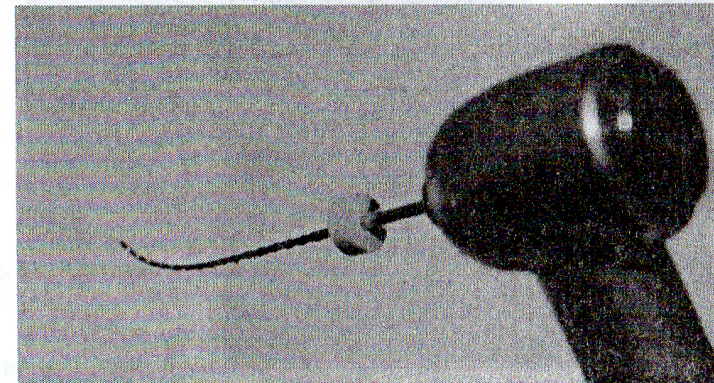


Рис. 7. Ригидный изогнутый ример.

После прохождения каналы были расширены при помощи никель-титановых инструментов SafeSider, проведена их ирригация и obturation. На постоперационной рентгенограмме (рис. 8) видно, что медиальные каналы обработаны на всю рабочую длину. Прогноз благоприятный.

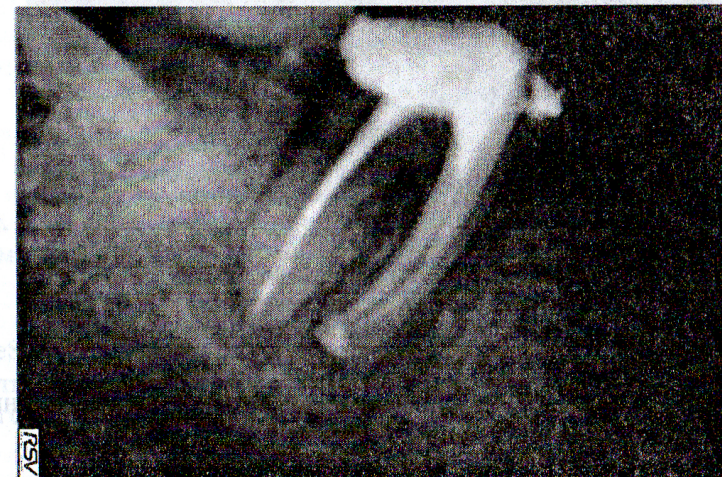


Рис. 8. Постоперационная рентгенограмма зуба 47.

Клинический случай № 2. Пациент Ш., 21 год. Из анамнеза: около 8 лет назад зуб 36 был пролечен по поводу осложненного кариеса. Год назад зуб заболел, пациент обратился к врачу, были пройдены и расширены дистальные корневые каналы, медиальные пройдены на 2/3, оставлена кальцийсодержащая паста, которую заменяли несколько раз.

Поскольку 2 канала не были пройдены, пациент был направлен в клинику для продолжения повторного эндодонтического лечения.

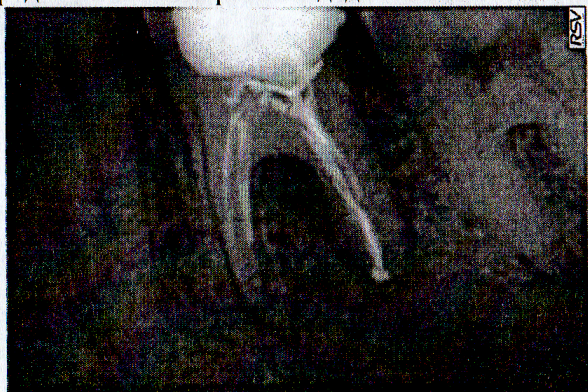


Рис. 9. Предоперационная рентгенограмма зуба 36.

Лечение: создание эндодонтического доступа (рис. 10), удаление из каналов кальцийгидроксидсодержащей пасты.



Рис. 10. Эндодонтический доступ. Широко открыты устья медиальных корневых каналов.

Прохождение медиально-язычного корневого канала было затруднено. На контрольной рентгенограмме (рис. 11) с контрастом обнаружили ложное направление в прохождении канала и сломанный ранее инструмент, затруднявший апикальное продвижение.



Рис. 11. Контроль уровня проходимости корневых каналов.

Последующее прохождение медиально-язычного корневого канала проводили при помощи изогнутых стальных инструментов SafeSider, что позволило исправить ложное направление, обойти сломанный инструмент и достичь апекса (рис. 12).



Рис. 12. Рентгенконтроль прохождения медиально-язычного канала вдоль сломанного инструмента.

Расширение каналов провели никель-титановыми инструментами SafeSider. После ирригации зуб запломбировали. На контрольной рентгенограмме: все корневые каналы obturированы (рис. 13). Прогноз благоприятный.



Рис. 13. Постоперационная рентгенограмма зуба 36.

Таким образом, применение системы инструментов SafeSider и эндодонтического наконечника Endo-Express существенно облегчает прохождение, расширение и очистку корневых каналов, что способствует успешному лечению и благоприятному прогнозу при повторном эндодонтическом вмешательстве.

Литература

1. Бажанов Н.Н. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Стоматология: Материалы III съезда стоматол. асс. (Общерос.). Спец. выпуск. - М., 1996. - С. 18-19.
2. Боровский Е.В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения // Новости Dentsply. - 2003. - № 8. - С. 8-11.
3. Боровский Е.В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клиническая стоматология. 2003. № 1. - С. 3-5.
4. Воробьев Ю.И. Рентгендиагностика в практике врача-стоматолога М.: МЕДпресс-информ. - 2004. - 112 с.
5. Жохова Н.С. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения и пути их устранения.: автореф. дис. докт. мед. наук: 14.00.21 [ЦНИИС]. - М., 2002. - 44 с.
6. Николишин А.К. Современная эндодонтия практикующего врача. Полтава: «Дивосвіт», 2007. С. 236 с.
7. Нсенгиумва Франсуа. Ортоградная ревизия корневых каналов при повторном эндодонтическом лечении // Стоматология Казахстан. - 2012. № 1(59). - С. 6-7.
8. Павленко О.В., Беличенко Ю.М., Волосовец Т.М., Аль-Салавни С.В. Довідник з ендодонтії: підручник для медичних вузів/ Під. ред. проф. О.В. Павленко. Симферополь: Н.Оріадна, 2010. 326 с.

9. Петрикас А.Ж. Овсепян А.П., Петрикас Г.А., Петрикас О.А., Румянцев В.А., Лубашевский В.Т., Дубова М.А., Платонова С.А. Пульпэктомия. Учебное пособие для стоматологов и студентов. - 2-е изд. - М.:АльфаПресс, 2006. - 300с.

10. Уэббер Д. Клиническая тактика при эндодонтических неудачах. // ДентАрт. 2008. - №3. - С. 56-63.

11. Rawski A. A. The major factors that influence endodontic retreatment decisions // Swed. Dent.J. 2003. Vol. 27 (1). P. 23-29.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПАРОДОНТИТА

Нацвлишвили Т.Т.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Россия

Хронический пародонтит – это хорошо регулирующийся, нормальный иммунный ответ на хроническую бактериальную инфекцию [12, 20], который с одной стороны удаляет повреждающий фактор, а с другой стороны ремоделирует подлежащую соединительную костную ткань, что в свою очередь, приводит к деструкции пародонтальных тканей. Хронический пародонтит, как правило, развивается у людей старше 40 лет. Скорость резорбции костной ткани в 81% случаев достигает в среднем 0.05-0.5 мм в год [19], зависит от качества гигиены полости рта, количества зубных отложений, местных и системных факторов риска, курения, стресса [4, 18]. Однако в ряде случаев, хронический воспалительный процесс в пародонте развивается очень быстро, скорость резорбции костной ткани достигает 1.08-1.8 мм в год [19] и поражает молодых (от 17 до 35 лет) практически здоровых людей, хотя данная патология может развиваться в любом возрасте [4, 18]. Эту группу заболеваний пародонта называют агрессивными формами пародонтита (АП).

В то время как наличие пародонтопатогенов является обязательным, но не достаточным для развития пародонтита, исследования ясно показали, что иммунный ответ макроорганизма самый важный фактор в процессе деструкции тканей пародонта [5, 11]. На основе накопленных знаний можно предполагать, что иммунный ответ организма имеет двойную роль в патогенезе пародонтита. Например: провоспалительные цитокины защищают организм от инвазии бактерий и препятствуют распространению инфекции, но оказалась, что те же медиаторы воспаления (ФНО α , ИЛ-1, -2, -3, -6, -7, -11, -15, -17) могут активировать остеокластогенез и соответственно, способствовать разрушению костной ткани. Исходя из этого, особенности генов кодирующих рецепторы, белки, цитокины и другие биологически активные молекулы иммунной системы могут повлиять на характер течения заболевания.