

УДК 616.314.163

*Р. С. Назарян, Н. А. Щерблыкіна, Т. А. Колесова, Ю. В. Фоменко, Н. В. Голик**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии*

ПОВТОРНОЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ SafeSider И НАКОНЕЧНИКА Endo-Express

Повторное эндодонтическое лечение является одним из направлений деятельности кафедры стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ХНМУ. На протяжении многих лет в нашей стране лечение осложненного кариеса многокорневых зубов проводили, как правило, «ампутированными» методами с применением мумифицирующих и импрегнационных средств из-за невозможности качественной обработки корневых каналов. Применение в детской стоматологии 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.

Ключевые слова: повторное эндодонтическое лечение, прохождение корневого канала, система инструментов SafeSider, эндодонтический наконечник Endo-Express.

Возможность сохранения нативных зубов в детской стоматологии имеет большую значимость, поэтому все чаще пациенты обращаются к врачу-стоматологу с целью сохранить зубы и все реже соглашаются на их удаление. Повторное лечение, как правило, более сложное, трудоемкое, длительное и дорогостоящее, чем первичное. Лечение данного вида патологии является одним из направлений деятельности кафедры стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ХНМУ.

Современные инструменты, материалы и методики, которые имеют в своем распоряжении детские стоматологи, не всегда являются залогом успешного исхода консервативного лечения корневых каналов. Теоретически при строгом соблюдении всех принципов эндодонтического лечения любой случай должен завершиться успешно [1, 2], но на практике в определенном проценте случаев имеет место неудачный исход первичного эндодонтического лечения.

На протяжении многих лет в нашей стране лечение осложненного кариеса многокорневых зубов проводили, как правило, «ампутированными» методами с применением мумифицирующих и импрегнационных средств из-за невозможности качественной обработки корневых каналов. Надежда возлагалась на антисептические и obturационные свойства резорцин-формалиновой жидкости или пасты. Однако и по сегодняшний день врачи иногда продолжают применять эту тактику лечения. Это приводит к тому,

что большому количеству пациентов требуется повторное эндодонтическое вмешательство [3].

Возможными причинами неудачного исхода при проведении первичного эндодонтического лечения является следующее:

- неверно поставленный диагноз и, следовательно, выбор неадекватного метода лечения;
- инфицирование периапикальных тканей;
- образование кист;
- трещины и переломы корней;
- развитие реакции периапикальных тканей на пломбирочный материал как на инородное тело;
- образование рубца при заживлении;
- психологические проблемы;
- экономические соображения [4–10].

Исследования показывают, что чаще всего нуждаются в перелечивании первые и вторые моляры верхней и нижней челюстей и второй премоляр верхней челюсти [11].

Целью повторного эндодонтического лечения является ревизия, формирование, повторная дезинфекция и obturация корневых каналов [9].

Выбор метода повторного эндодонтического лечения требует тщательной диагностики и составления плана лечения.

При повторном эндодонтическом вмешательстве 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 ден- тальная компьютерная томография, увеличительные лупы, эндодонтический микроскоп значительно облегчают составление плана повторной ревизии канала и дальнейшее лечение.

Один из основных и наиболее сложных этапов при повторном эндодонтическом вмешательстве – прохождение корневого канала. В данном случае незаменимыми являются стальные (ручные, машинные) инструменты. Из современных инструментов, представленных на отечественном рынке, весьма эффективной является система SafeSider [12]. 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).

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

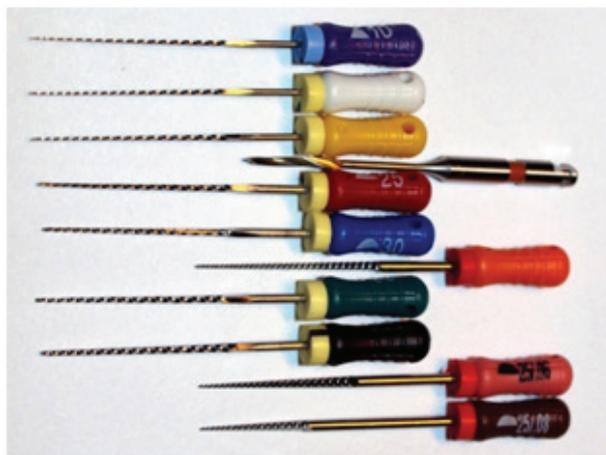


Рис. 1. Эндодонтическая система SafeSider. Стальные инструменты расположены слева, никель-титановые – справа

представляют собой разгруженные римеры, имеющие одну плоскую поверхность (рис. 2), 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.

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



Рис. 2. Разгруженный ример с плоской боковой поверхностью

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. Предварительно изогнутый ример позволяет проходить ранее obturированные и искривленные корневые каналы.

Три никель-титановых инструмента (римеры 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 цангу для крепления ручных инструментов. (рис. 3).

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

Основными преимуществами реципрокных движений являются:



Рис. 3. Эндодонтический наконечник Endo-Express

- 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.

Применение инструментальной системы SafeSider и наконечника Endo-Express на кафедре СДВ ДЧЛХ и ХНМУ иллюстрируют следующие клинические случаи:

№ 1. Пациентка В. 16 лет обратилась в клинику с жалобами на наличие свища на верхней челюсти справа. При осмотре преддверия полости рта свищевой ход расположен в придесневой области зуба 15 (рис. 4). При проведении рентгенологического исследования в свищевой ход поместили гуттаперчевый штифт (рис. 5). На рентгенограмме штифт расположен в направлении медиально-щечного корня зуба 16, который был лечен 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Корневые каналы запломбированы не полностью. После создания эндодон-



Рис. 4. Свищевой ход в области зуба 15

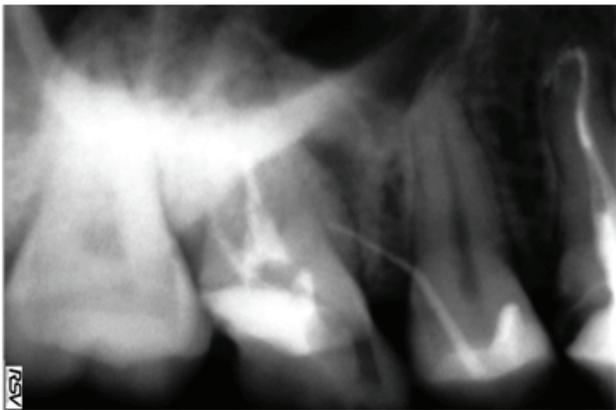


Рис. 5. Предоперационная рентгенограмма зуба 16 с гуттаперчевым штифтом, введенным в свищевой ход

тического доступа (рис. 6) прохождение каналов проводили ручными стальными римерами SafeSider и эндодонтическим наконечником Endo-Express, а также ультразвуковой эндодонтической насадкой (рис. 7). После прохождения каналы были расширены и запломбированы на всю рабочую длину (рис. 8). Через 2 года зуб пациентку не беспокоит. Произошло восстановление периапикальных тканей (рис. 9, 10).

№ 2. Пациентка А. 15 лет обратилась в целях санации полости рта. На рентгенограмме зуба 36 — обширный периапикальный лизис в области медиально-горня (рис. 11).

Прохождение корневых каналов зуба 36 осуществляли с помощью ручных инструментов и ультразвуковой эндодонтической насадки до ощущения препятствия. Последующее прохождение проводили с помощью стального инструмента SafeSider 25/.02, изогнутого и направленного в сторону естественного хода канала, что позволило эвакуировать силер



Рис. 6. Пломбировочный материал на основе фенол-формалина на устьях корневых каналов зуба 16



Рис. 7. Дно полости зуба 16 после очистки и формирования корневых каналов



Рис. 8. Постоперационная рентгенограмма зуба 16



Рис. 9. Состояние слизистой оболочки полости рта после проведенного лечения. Свищевой ход отсутствует



Рис. 10. Контрольная рентгенограмма через 2 года после лечения. Периапикальные ткани восстановлены, зуб не беспокоит

и войти в апикальный изгиб без транспортировки хода канала.

После прохождения каналы были расширены с помощью никель-титановых инструментов Safe-Sider, проведена их ирригация и obturation. На пост-



Рис. 11. Предоперационная рентгенограмма зуба 36. Корневые каналы obturated, однако в области медиального корня определяется разрежение костной ткани

операционной рентгенограмме (рис. 12) — медиальные каналы обработаны и запломбированы на всю рабочую длину. Прогноз благоприятный.

№3. Пациент М. 16 лет обратился с жалобами на периодическую ноющую боль, возникающую в зубе



Рис. 12. Постоперационная рентгенограмма. Повторно обработаны и запломбированы каналы зуба 36

на верхней челюсти справа. На рентгенограмме — в дистально-щечном корневом канале контурируется силер, в остальных каналах пломбировочный материал отсутствует. В области верхушек — разрежение костной ткани (рис. 13).

Корневые каналы были пройдены, расширены с помощью инструментов SafeSider и obturated. На постоперационной рентгенограмме зуба 16 хорошо прослеживаются 4 корневых канала (рис. 14).

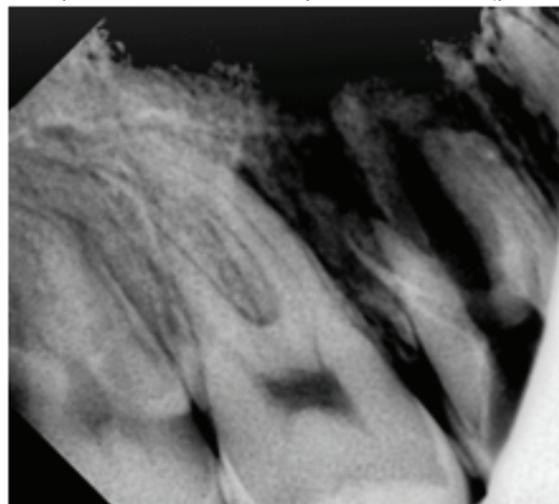


Рис. 13. Предоперационная рентгенограмма зуба 16. В корневых каналах — следы пломбировочного материала, апикальный периодонтит

Через 1,5 года после лечения периапикальные ткани регенерировали (рис. 15).

№ 4. Пациент Т. 14 лет обратился с жалобами на ноющую боль в 16-м зубе на верхней челюсти справа. Зуб был лечен 2 года назад по поводу осложненного кариеса. Рентгенологически щечные корневые каналы obturated не до верхушки (рис. 16).

Повторную ревизию проводили только в щечных каналах. Поскольку медиальный корень имеет дистальный изгиб, проходить каналы в нем возможно лишь с помощью инструментов, способных работать в изогнутом состоянии. В противном случае существует вероятность перфорации наружной стенки медиального корня. Каналы были пройдены стальными римерами системы SafeSider и эндодонтическим наконечником с реципрокным движением Endo-Express.

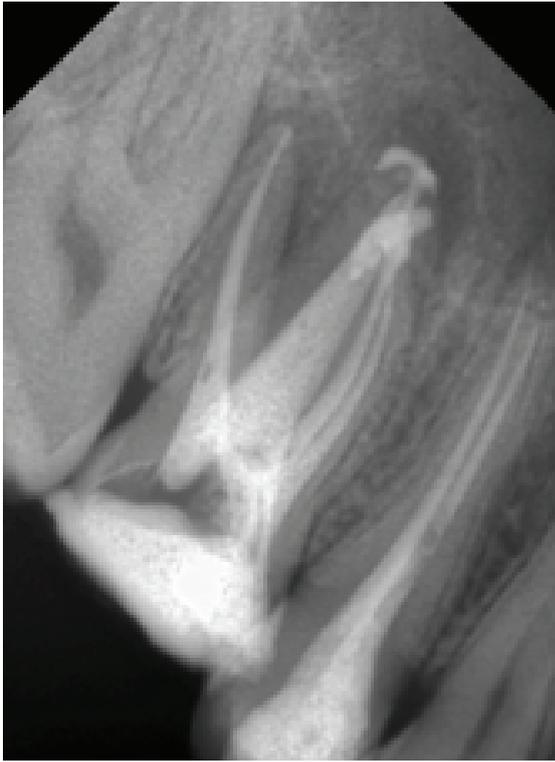


Рис. 14. Постоперационная рентгенограмма зуба 16. Контроль obturации корневых каналов



Рис. 15. Контрольная рентгенограмма через 1,5 года после лечения. Периапикальные ткани регенерируют, пациент жалоб не предъявляет



Рис. 16. Предоперационная рентгенограмма зуба 16. Щечные корневые каналы пролечены не на всю рабочую длину

На контрольной рентгенограмме виден дистальный наклон медиально-щечного корня, что представляет определенные сложности на этапах лечения (рис. 17). После прохождения, обработки и obturации каналов пациент жалоб не предъявляет.

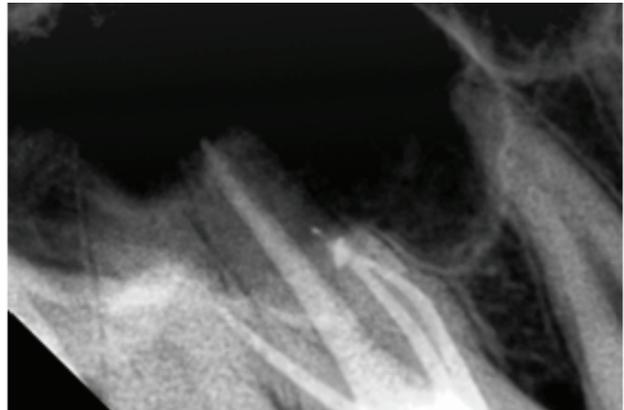


Рис. 17. Постоперационная рентгенограмма зуба 16. Повторное эндодонтическое вмешательство проведено в щечных корневых каналах

Выводы

Таким образом, клинический опыт и научные исследования показывают, что каждый случай неудачного первичного лечения индивидуален и определяется совокупностью многих факторов. Анализируя каждый фактор в отдельности и в сочетании, следует помнить, что сформулировать вероятность успеха повторного лечения достаточно сложно. Однако применение в детской стоматологии 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. Данилевский М. Ф. Пульпит / М. Ф. Данилевский, Л. Ф. Сидельникова, Ж.И. Рахний. — Киев : Здоровье, 2003. — 168 с., ил.
2. Пищинский И. А. Эндодонтическое лечение с применением никель-титановых инструментов : учеб.-метод. пособие / И. А. Пищинский, А. И. Делендик. — Минск : БГМУ, 2009. — 40 с.
3. Боровский Е. В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения / Е. В. Боровский // Новости Dentsply. — 2003. — № 8. — С. 8—11.
4. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Р. Беер, М. А. Бауманн, А. М. Киельбаса ; под ред. Е.А. Волкова. — Москва : МЕДпресс-информ, 2006. — 240 с.
5. Беер Р. Эндодонтология : атлас по анатомии / Р. Беер, М. Бауманн, С. Ким ; под ред. Т. Ф. Виноградовой. — Москва : МЕДпресс-информ, 2006. — 368 с.
6. Гутман Джеймс Л. Решение проблем в эндодонтии. Профилактика, диагностика и лечение / Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл. — Москва : МЕДпресс-информ, 2008. — 592 с.
7. Коэн С. Эндодонтия / С. Коэн, Р Бернс. — Москва : Издательский Дом «STBOOK», 2007. — 1024 с.
8. Ламли Ф. Практическая клиническая эндодонтия / Ф. Ламли, Н. Адамс, Ф. Томсон. — Москва : «МЕДпресс-информ», 2007. — 128 с.
9. Роудз Джон С. Повторное эндодонтическое лечение: консервативные и хирургические методы / Джон С. Роудз. — Москва : МЕДпресс-информ, 2009. — 216 с.
10. Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия / Лейф Тронстад ; под ред. Т. Ф. Виноградовой. — Москва : МЕДпресс-информ, 2006. — 288 с.
11. Матвеева Р. Н. Анализ осложнений при повторном эндодонтическом лечении зубов / Р. Н. Матвеева, В. Б. Недосеко // Институт стоматологии. — 2005. — № 4. — С. 70.
12. Довідник з ендодонтії : підручник для медичних ВНЗ / О. В. Павленко, Ю. М. Беличенко, Т. М. Волосовець, С.В. Аль-Салавні ; під ред. проф. О. В. Павленко. — Сімферополь : Н. Оріадна, 2010. — 326 с.

Р. С. Назарян, Н. А. Щебликіна, Т. О. Колесова, Ю. В. Фоменко, Н. В. Голік

ПОВТОРНЕ ЕНДОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ СИСТЕМИ SafeSider І НАКОНЕЧНИКА Endo-Express

Можливість збереження нативних зубів у дитячій стоматології має велике значення, тому все частіше пацієнти звертаються до лікаря-стоматолога з метою зберегти зуби і все рідше погоджуються на їх видалення. Повторне лікування, як правило, більш складне, трудомістке, тривале й дороге, ніж первинне. Лікування даного виду патології є одним з напрямків діяльності кафедри стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології ХНМУ.

Протягом багатьох років у нашій країні лікування ускладненого карієсу багатокореневих зубів проводили, як правило, «ампутаційними» методами із застосуванням муміфікуючих і імпрегнуючих засобів через неможливість якісної обробки корневих каналів. Застосування в дитячій стоматології системи інструментів SafeSider і ендодонтичного наконечника Endo-Express істотно полегшує проходження, розширення і очищення корневих каналів, що сприяє успішному лікуванню і сприятливому прогнозу при повторному ендодонтичному втручанні.

Ключові слова: повторне ендодонтичне лікування, проходження кореневого каналу, система інструментів SafeSider, ендодонтичний наконечник Endo-Express.

R. Nazarian, N. Shcheblykina, T. Kolesova, Yu. Fomenko, N. Golik

ENDODONTIC RETREATMENT OF PERMANENT TEETH IN PEDIATRIC DENTISTRY USING SafeSider INSTRUMENT SYSTEM AND Endo-Express HANDPIECE

Ability to save originalteeth in pediatric dentistry is of great importance. So, more often patients go to the dentist in order to preserve the teeth and less often agree to removethem. Secondary endodontic treatment is usually more complicated, time-consuming, long and expensive than the primaryone. One of the pediatric dentistry, children's maxillofacial surgery and implantology department activity direction is treatment of this type of pathology.

For many years, in our country the treatment of pulpitis and periodontitis in multi-rooted teeth was performed, as a rule, by «amputation» methods using mummification and impregnation techniquesbecause ofthe impossibility of qualitative root canals treatment.

Applying in pediatric dentistry SafeSider instrument system and Endo-Expresshandpiece greatly facilitates passing, wideningand cleaning of root canals, which contributes to successful treatment and favorable prognosis duringsecondary endodontic treatment.

Keywords: secondary endodontic treatment, root canal passage, SafeSider instrument system, Endo-Express endodontic handpiece.