

ФАКТОРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ КАЧЕСТВЕННОЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

С.Н. Разумова, М.И. Тимохина, В.С. Булгаков, А.Е. Анурова

*Российский университет дружбы народов
ФГБУ «Поликлиника № 5» УД Президента РФ
Москва*

Ключевые слова: эндодонтия, внутриканальная инфекция, пломбировка канала.

В настоящее время имеется возможность проведения эндодонтического лечения на высоком уровне. Несмотря на это, осложнения, возникающие после проведенного лечения осложненного кариеса, являются распространенной патологией. Одной из наиболее частых причин развития осложнений после проведенного лечения является пересестирование внутриканальной инфекции. Неудачное эндодонтическое лечение, как правило, является следствием ряда причин, наиболее часто ятрогенного повреждения. Поэтому очень важно соблюдать методики на всех этапах лечения корневого канала.

В первую очередь, необходимо учитывать анатомию корней и каналов зуба. Существуют подробные атласы и варианты размеров зуба и корневых каналов. Это позволяет выбрать ту или иную методику для механической, медикаментозной обработки корневого канала и его obturation, подобрать эндодонтические инструменты [1; 5; 6].

При проведении механической обработки корневого канала необходимо использовать качественный эндодонтический инструментарий. В зависимости от применяемого инструментария появляется возможность использования различных методик ее проведения.

В практику врача-стоматолога планомерно внедряется использование бинокулярных луп и микроскопа. Это оборудование позволяет более качественно проводить механическую обработку корневых каналов. Увеличение бинокулярных луп достаточно для улучшения качества проводимой стандартной обработки, так как увеличение не должно быть сильным. Использование микроскопа с более мощным увеличением ценно при тщательном исследовании зуба и при повторном лечении корневых каналов.

Проведенные научные исследования показывают, что при проведении только механической обработки корневого канала не достигается его стерильности. Поэтому очень важное значение имеет медикаментозная внутриканальная обработка, которая позволяет удалить микроорганизмы из труднодоступных участков. К сожалению, возможности врача-стоматолога ограничены, так как нет идеального дезинфицирующего раствора, и для достижения максимального эффекта применяют различные комбинации антисептических растворов. Наиболее выраженное действие оказывает методика ирригации корневого канала, особенно ультразвуковая [7]. Ультразвук способствует раскрытию дентинных канальцев и даже их несколько расширяет, удаляет кальцифицированные осколки дентина, что повышает проницаемость дентина для антибактериальных препаратов [2—4]. Усиление эффекта достигается за счет кавитации и движения двусторонних акустическо-вихревых струй вокруг вибрирующего файла.

Важное значение в эндодонтическом лечении имеет точное измерение рабочей длины зуба. Недостоверное определение рабочей длины может привести к некачественной обработке корневого канала, что в последующем приводит к изменениям в периапикальных тканях. Наиболее точно определить длину канала можно при помощи апекслокатора. К подбору апекслокатора необходимо подходить тщательно. Среди врачей существуют разногласия относительно вариативности в точности измерения некоторых апекслокаторов при использовании ирригационных растворов. В то же время использование любого апекслокатора совместно с рентгенограммой позволит наиболее точно определить, насколько качественно врач подготовил корневой канал к obturation.

Качественное пломбирование корневого канала является одним из важных критериев проведенно-



го лечения. Используются разнообразные методики obturации. Важно, чтобы пломбирочный материал заполнял канал плотно на всем протяжении, так как целью эндодонтического лечения является предотвращение повторного инфицирования корневого канала и тканей периодонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В. Экспериментальное обоснование витальной экстирпации с применением низкочастотного ультразвука и солкосерила при лечении пульпита // Актуальные вопросы в стоматологической практике: Межрегиональный сборник тезисов докладов и статей, посвященный 35-летию создания стоматологического факультета. Самара, 2001. С. 165—167.
2. Аразашвили. А.Г. Лечение хронического верхушечного периодонтита с использованием лазерного излучения // Актуальные вопросы эндодонтии. М., 1990. С. 114—115.

3. Арсеньев П.А. Синтез и исследование материалов на основе гидрокси апатита кальция // Стоматология. 1996. № 5. С. 74—79.

4. Бир Рудольф. Эндодонтия в каждодневной практике. Как снизить ошибки // Новое в стоматологии. 2002. 1. № 5(105). С. 35—36.

5. Бажанов Н.Н. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология. Спец. выпуск: Материалы III съезда Стоматологической Ассоциации (9—13 сентября 1996 года). М., 1996. С. 18—19.

6. Бризано Б. Препарирование корневого канала. Мануальное препарирование корневого канала // Клиническая стоматология. 1998. № 4. С. 4—10; 1999. № 2. С. 8—12; 1999. № 4. С. 14—23.

7. Макеева И.М., Туркина А.Ю. Выведение продуктов механической и медикаментозной обработки канала в периапикальное отверстие при использовании различных инструментов // Стоматология. 2005. № 5. С. 21—23.

THE FACTORS THAT ENSURE QUALITY ENDODONTIC TREATMENT

S.N. Razumova, M.I. Timohina, V.S. Bulgakov, A.E. Anurova

*Peoples' Friendship University of Russia
Federal State Budgetary Establishment "Clinic № 5"
President Administration of the Russian Federation, Moscow*

Currently, there is a possibility of endodontic treatment at a high level. Despite this, complications arising after treatment of complicated caries are a common pathology. One of the most common causes of complications after treatment is perestaranie ear infection. Unsuccessful endodontic treatment, as a rule, is the consequence of number of reasons, most often iatrogenic damage. Therefore, it is important to observe techniques at all stages of root canal treatment.

Key words: endodontics, intracanal infection, root canal filling.

REFERENCES

1. Afanas'ev V.V. Eksperimental'noe obosnovanie vital'noi ekstirpatsii s primeneniem nizkochastotnogo ultrazvuka i solkoserila pri lechenii pul'pita. *Aktual'nye voprosy v stomatologicheskoi praktike: Mezhhregional'nyi sbornik tezisov dokladov i statei, posvyashchennyi 35-letiyu sozdaniya stomatologicheskogo fakul'teta*. Samara, 2001. P. 165—167.
2. Arazashvili. A.G. Lechenie khronicheskogo verkhushechnogo periodontita s ispol'zovaniem lazernogo izlucheniya. *Aktual'nye voprosy endodontii*, Moscow, 1990. Pp. 114—115.
3. Arsen'ev P.A. Sintez i issledovanie materialov na osnove gidroksi apatita kal'tsiya. *Stomatologiya*, 1996, no. 5, pp. 74—79.

4. Bir Rudol'f. Endodontiya v kazhdodnevnoi praktike. Kak snizit' oshibki. *Novoe v stomatologii*, 2002, 1, no. 5(105), pp. 35—36.

5. Bazhanov N.N. Sostoyanie i perspektivy pro-filaktiki i lecheniya gnoinykh vospalitel'nykh zabolovaniy chelyustno-litsevoi oblasti. *Stomatologiya. Spets. vypusk: Materialy III s"ezda Stomatologicheskoi Assotsiatsii (9—13 sentyabrya 1996 goda)*. Moscow, 1996. Pp. 18—19.

6. Brizano B. Preparirovanie kornevogo kanala. Manu-al'noe preparirovanie kornevogo kanala. *Klinicheskaya stomatologiya*, 1998, no. 4, pp. 4—10; 1999, .no 2, pp. 8—12; 1999, no. 4, pp. 14—23.

7. Makeeva I.M., Turkina A.Yu. Vyvedenie produktov mekhanicheskoi i medikamentoznoi obrabotki kanala v periapikal'noe otverstie pri ispol'zovanii razlichnykh instrumentov. *Stomatologiya*, 2005, no. 5, pp. 21—23.

