

*Бердиева Р.Р., Мамытова А.Б.*

**КАЙТАЛАП ЭНДОДОНТИКАЛЫК ДАРЫЛООГО МУКТАЖ  
БОЛГОН МУРДА ЭНДОДАРЫЛАНГАН ТИШТЕРДИН ИЙГИЛИКТҮҮ  
БОЛБОГОНДУГУНУН АНАЛИЗИ**

*Бердиева Р.Р., Мамытова А.Б.*

**АНАЛИЗ БЕЗУСПЕШНОСТИ РАННЕ ЭНДОЛЕЧЕННЫХ  
ЗУБОВ ТРЕБУЮЩИХ ПОВТОРНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ**

*R.R. Berdieva, A.B. Mamytova*

**AN ANALYSIS OF THE FAILURE OF PREVIOUSLY ENDOTREATED  
TEETH REQUIRING ENDODONTIC RETREATMENT**

УДК: 616.314.163-085

Макалада 160 бейтаптын 248 тишин эндодарылоонун ийгиликтүү болбогон себептери жүргүзүлгөн клиникалык кароонун анализи жана текшерүүнүн кошумча методдору келтирилген. Клиникалык практикада колдонуп жүргөн көп каражаттардын бар экендигине карабастан эндодонтикалык дарылоо дайыма эле натыйжалуу болбостон тиштердин өнөкөт сезгенишинин кайталап кабылдоосуна алып келүүдө. Макалада ошондой эле кайтадан эндодарылаган учурда тиштердин каналдарын тазалоонун жана ирригациялоонун жекече методикасы ийгиликтүү кайталап эндодарылоонун курамдык бөлүгүнүн бири катары келтирилген. Мурдагы натыйжалар (бир жылдан беш жылга чейин) сунушталган методика боюнча кайталап эндодарылоодон, атап айтканда, ичке, ийрейген, тешилген, С-түспөлдүү каналдар үчүн айрым учурда кошумча файлдарды пайдаланып каналдарды тыкандык менен абдан тазалоо, сезгенүү процесси басандаганга чейин антисептиктердин эритиндилери менен узак убакытка ирригациялоонун, ошондой эле кальций гидроксидин пайдалануу жакынкы мезгилде эле эмес көпкө чейин туруктуу клиникалык натыйжанын кепилденишине мүмкүндүк бергенин көрсөткөн.

**Негизги терминдер:** эндодарылоо, тиштерди зонддоо, тиштердин перкуссиясы, апекслокация, тиштердин максатуу, R- сүрөттөрү, ирригациялоо, кальций гидроксиди.

В статье приведены причины безуспешности эндолеченных зубов и анализ проведенного клинического осмотра и дополнительных методов обследования 248 зубов у 160 пациентов. Несмотря на широкий выбор средств, применяемых в клинической практике, эндодонтическое лечение не всегда бывает эффективным и часто приводит к повторному развитию хронического воспаления зубов. В статье приводится собственная методика очистки каналов и ирригации при повторном эндолечении – как одной из составных частей успешного повторного эндолечения. Отдаленные результаты показали, что (от 1 до 5 ти лет) после повторного эндолечения по предложенной методике, а именно тщательная очистка каналов, с использованием в

некоторых случаях дополнительных файлов для узких, изогнутых, целевидных и С-образных каналов, длительные ирригации растворами антисептиков до стихания воспалительных процессов, а также использование гидроксид кальция позволяют гарантировать стойкий клинический результат, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** эндолечение, зондирование зубов, перкуссия зубов, апекслокация, прицельный R-снимок зубов, ирригация, гидроксид кальция.

The article gives the reasons for the unsuccessfulness of endotreated teeth, the analysis of the clinical examination and additional methods of examining 248 teeth in 160 patients. Despite the wide range of tools used in clinical practice, endodontic treatment is not always effective and often leads to the repeated development of chronic inflammation of the teeth. The article describes the own technique for canal cleaning and irrigation for endodontic retreatment - as one of the components of successful endodontic retreatment. Long-term results showed that (from 1 to 5 years) showed that after endodontic retreatment according to the proposed procedure, namely thorough canal cleaning, using in some cases additional files for narrow, curved, slit-shaped and C-shaped canals, prolonged irrigation with solutions antiseptics to the abatement of inflammatory processes, as well as the use of calcium hydroxide make it possible to guarantee a stable clinical result both in the immediate and in the distant period.

**Key words:** endotreatment, explorer of the teeth, percussion of the teeth, apexlocation, dental x-ray, irrigation, calcium hydroxide.

**Введение.**

Несмотря на широкий выбор средств, применяемых в клинической практике, эндодонтическое лечение не всегда бывает эффективным и часто приводит к повторному развитию хронического воспаления зубов [1,2,3]. Основной причиной неблагоприятного исхода эндодонтического лечения является отсутствие адекватного удаления некротизированных тканей из системы корневого канала [4,5,6]. Вероятность неблагоприятного

гоприятного исхода возрастает в случае присоединения негерметичной изоляции корневого канала со стороны верхушки зуба и со стороны коронки, неполной obturации каналов корневыми герметиками или лечебными пастами, значительного выведения пломбировочного материала за апикальное отверстие. А также, последние исследования указывают на то, что причиной развития периапикальной патологии после ранее проведенного эндодонтического лечения может явиться коронковое микроподтекание (6,7,8). Известно, что коронковое микроподтекание наблюдается в целом ряде случаев. Наиболее распространенная ситуация – это эндолеченные зубы с разрушенными коронками, в результате чего гуттаперча корневого канала приходит в прямой контакт с ротовой полостью. В исследованиях выявлено, что уже через 20-90 дней бактериальные клетки проникают через корневой канал в периапикальные ткани, несмотря на качественную obturацию канала гуттаперчей [7,8].

**Цель исследования:** Изучить частоту и потребность в повторном эндодонтическом лечении ранее эндолеченных зубов по обращаемости.

**Материал и методы:** В клинику «Карисма» обратилось 160 человек, число которых и с жалобами на боли (31 человек), с целью санации (129 человек). При осмотре у этих пациентов зубов с апикальной патологией было 248 зубов: с кариозной полостью и

старыми реставрациями - 97 зубов, ранее пломбированы без кариозной полости - 86 зубов, с искусственными коронками (65 зубов). Всем обратившимся пациентам (160) провели следующие исследования: клинические методы осмотр, зондирование, пальпация, перкуссия, ревизия каналов. Дополнительные методы исследования: апекслокация, рентгенологическое исследование прицельный рентгенологический снимок, и в случаях необходимости конусно-лучевую (3Д) томографию зуба.



Рис. 1. Хронический гранулематозный периодонтит 46 зуба.

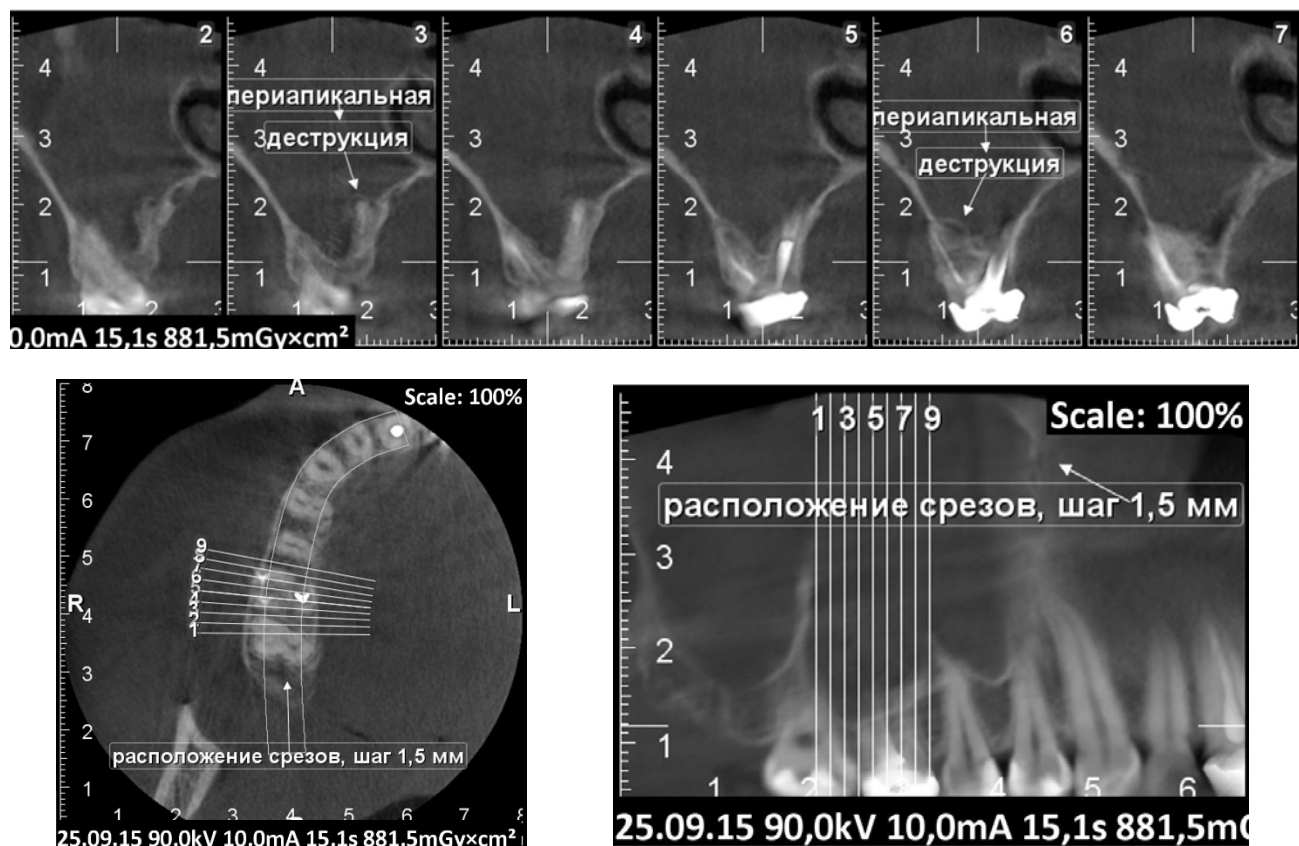


Рис. 2. Конусно-лучевая 3Д томография 16 зуба.

Апекслокация проводилась с помощью специального аппарата апекслокатор Root ZX (Morita), который фиксировался на введенный файл по всей длине канала, индикатор которого показывал рабочую длину измеряемого канала, выражен в мм.



**Рис. 3.** Использование апекслокатора в процессе лечения 33 зуба.

При наличии свищевого хода (15 зубов). Мы проводили дополнительное рентгенологическое исследование с гуттаперчевым штифтом 25 размера, который вводится в свищевой канал. С целью выявления направления свищевого хода для установления диагноза.



**Рис. 4.** Введение гуттаперчевого штифта 25 размера в свищевой ход 11 зуба.



**Рис. 5.** Рентгенограмма с гуттаперчевым штифтом 11 зуба.

Все зубы требовали длительного лечения в несколько посещений с интервалом от 1 недели до 4х месяцев. Применяли методики «crown down» и латеральную конденсацию. Особенностью было необходимость многократной ирригации каналов антисептическими растворами.

**Результаты исследования.** В результате клинического исследования ранее эндолеченных зубов по поводу периодонтита выявлено следующее: состояние осматриваемых зубов (248) после зондирования, пальпации, перкуссии соответствовали хроническому периодонтиту. При апекслокации выявлено неплотное прилегание пломбировочного материала в ранее пломбированных каналах зубов. При R - исследовании в 248 зубах отмечалось разрежение в костной ткани в 110 случаях с четкими, и в 115 случаях - с нечеткими границами. В 15 случаях, где был свищевой ход вводился гуттаперчевый штифт в свищевой ход, который позволял уточнить первоначальный источник инфекции, или наличие нескольких очагов. На конусно-лучевой (3Д) томографии выявлялось наличие дополнительных каналов, размеры и границы очагов воспаления. В лечении этих 248 зубов у 160 пациентов применялась техника «Crown Down» очистки каналов с помощью роторных машинных файлов I race, I race plus (FKG Dentaire SA) в случаях узких и изогнутых каналов, XP Endo (FKG Dentaire SA) для щелевидных и при С-форме каналов. В работе также использовали Pro Taper (Dentsply) файлы.



**Рис. 6.** XP Endo (FKG Dentaire SA) машинный файл для щелевидных и при С-образной форме канала.

Апикальный упор и мастер-файл создавали стандартными ручными к-файлами, размерами не менее №25 и далее в зависимости собственной ширины канала до номера 80. Ирригацию каналов проводили растворами гипохлорита натрия 3% и хлоргексидина 2%, ЭДТА 17%, с помощью эндодонтических игл, которые вводили на всю длину канала не доходя до апекса на 5-7 мм. Также использовали гидроксид кальция для лечебных повязок, которые вводили в канал плотно до физиологического сужения, со сроком от 1 недели до 3х месяцев. Временные пломбы были двухслойными слой стоппинг - мягкий гуттаперчевый материал, второй слой пломба из цинк-фосфатного цемента, для того чтобы исключить микроподтекание в корневой канал. При появлениях костной регенерации на рентгенограмме в области перирадикулярного очага, при отсутствии клинических симптомов, а также при высушивании канала бумажным штифтом критерием было отсутствие экссудата. Пломбирование корневого канала проводили методами холодной и теплой латеральной конденсаций при наличии следующих критериев:

1. Отсутствие экссудата, проверяемого бумажными штифтами;
2. Отсутствие клинических симптомов хронического периодонтита;
3. Появление костных балок в ранее имевшемся в очаге разряжения, выявляемых рентгенологически.

Далее проводили контрольные прицельные рентгенологические снимки 1 раз в год. Отдаленные результаты показали, что (от 1 до 5 ти лет) после повторного эндолечения по предложенной методике, а именно длительные ирригации растворами антисептиков до стихания воспалительных процессов позволяют гарантировать стойкий клинический результат как в ближайшем так и в отдаленном периоде.

#### **Заключение.**

Таким образом, проведенное эндолечение 248 зубов у 160 пациентов, нуждавшихся в повторном лечении этих зубов показал, что тщательная очистка каналов, с использованием в некоторых случаях дополнительных файлов для узких, изогнутых, щелевидных и С-образных каналов, длительные ирригации и использование внутриканально гидроксида кальция до полного исчезновения воспалительных процессов до пломбирования каналов. Гарантирует успех эндолечения и профилактику повторного обострения хронического периодонтита зубов.

#### **Литература:**

1. Балин В.Н., Кузнецов С.В., Иорданишвили А.К. Опыт использования компьютерной томографии в диагностике заболеваний челюстно-лицевой области. // *Стоматология*. - М., 1994. - №1. - С. 30-32.
2. Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл. Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение // Пер. с англ.
3. Воробьев Ю.И., Надточий А.Г. Панорамная томография в стоматологической практике. // *Стоматология*. - М., 1984. - №5. - С. 72-75.
4. Зиновьева О.Е. Опыт комплексного использования радиовизиографии и электрометрии на эндодонтическом приеме // *Новое в стоматологии*. - М., 2005. - №1(125). - С. 24-26.
5. Рехачев В.М. и соавт., 2002; Боровский Е.В., 2003; Вещева Ю.Г., 2005; De Moog R. J. et al., 2000; Kirkevang L.L. et al., 2007.
6. Мария Луис Зуолу, Даниэль Керлакян, Мария Кристина Коуэлью де Карвальу / Повторное эндодонтическое лечение 2016.
7. Torabinejad M, WC, Naidorf IJ: Inflammatory and immunological aspects of the pathogenesis of human periapical lesions. *J Endodont* 11:479, 1985.
8. Kenneth M. Hargreaves, Stephen Cohen, Louis H. Berman / COHEN'S PATHWAYS OF THE PULP, Tenth Edition 2000.

**Рецензент: д.м.н., доцент Шаяхметов Д.Б.**