

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ АПИКАЛЬНЫХ
ПРЕДЕЛОВ
ОБТУРАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА.

Авторы: Терпигорьева Л.П.

Педорец А.П.

Пиляев А.Г.

Юровская И.А.

Пономарева Н.А.

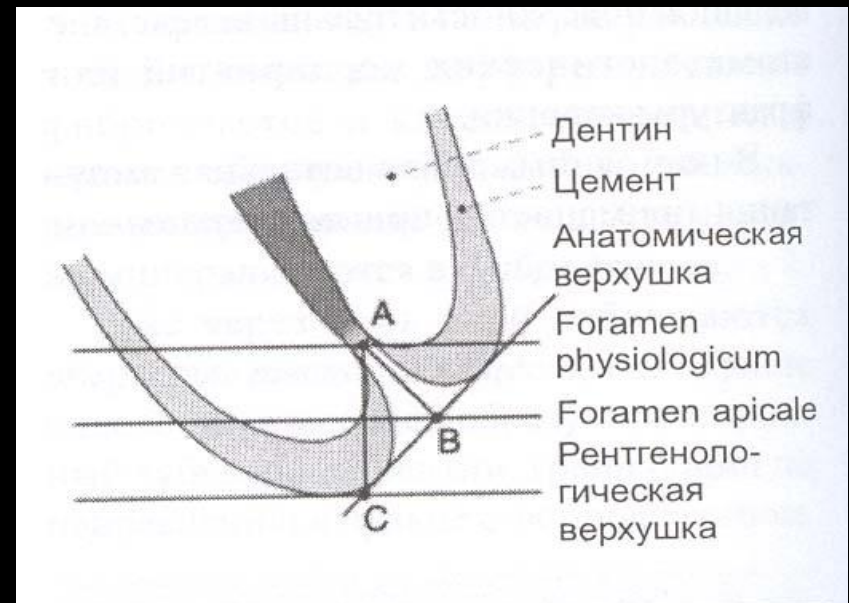
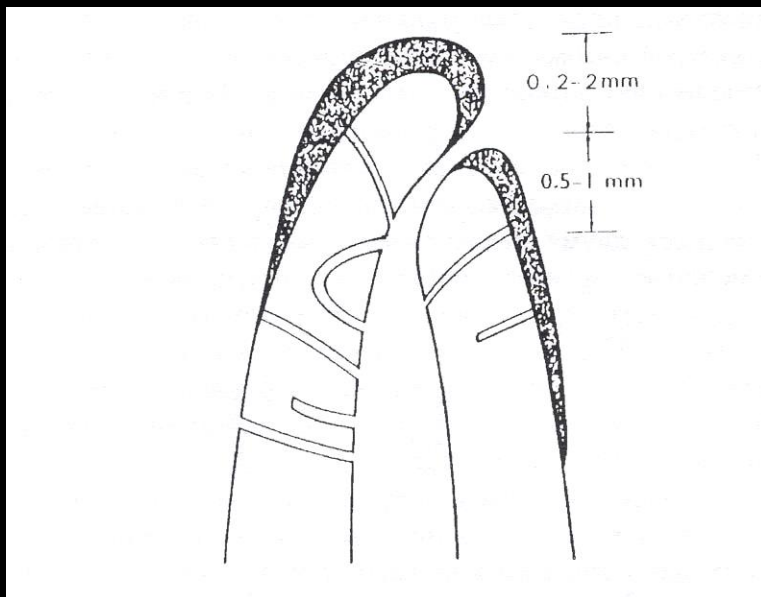
ЦЕЛЬ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- Предупреждение проникновения и (или) элиминация микроорганизмов из системы корневого канала.

ИСХОДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАГНОЗА

Авторы	Год	Исходы эндодонтического лечения пульпитов		Исходы эндодонтического лечения периодонтитов	
		Успешное	Неуспешное	Успешное	Неуспешное
Strindberg	1956	91%	9%	-	-
Grahnen et al	1961	85%	15%	71%	19%
Storms	1969	80%	20%	70%	30%
Jokinen et al	1978	60%	40%	47%	53%
Kerekes et al	1983	81%	19%	80%	20%
Sjogren et al	1990	82%	18%	79%	21%
Smith et al	1993	88%	12%	81%	19%
Friedman et al	1995	79%	21%	63%	27%
Kojima et al	2004	83%	17%	79%	21%

СХЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ АПИКАЛЬНОЙ ЧАСТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА



ИСХОДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ЖИВОЙ И МЕРТВОЙ ПУЛЬПОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ

Диагноз	Исходы лечения при недопломбировании		Исходы лечения при пломбировании на уровне 0-2 мм до рентгенологической вершины		Исходы лечения при перепломбировании	
	Успех	Неуспех	Успех	Неуспех	Успех	Неуспех
Пульпит	85%	15%	87%	13%	71%	29%
Периодонтит	72%	28%	79%	21%	76%	24%

- Odds ratio = Odds 1 / Odds 2 = 2,32
- Odds 1 – перепломбирование
- Odds 2 – на уровне 0-2 мм

- Odds ratio = Odds 1 / Odds 2 = 1,12
- Odds 1 – недопломбирование
- Odds 2 – на уровне 0-2 мм

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ



Пломбирование на расстоянии 2 мм до рентгенологической
вершины корня зуба привело к разрешению очага
деструкции.

Результат лечения благоприятный.

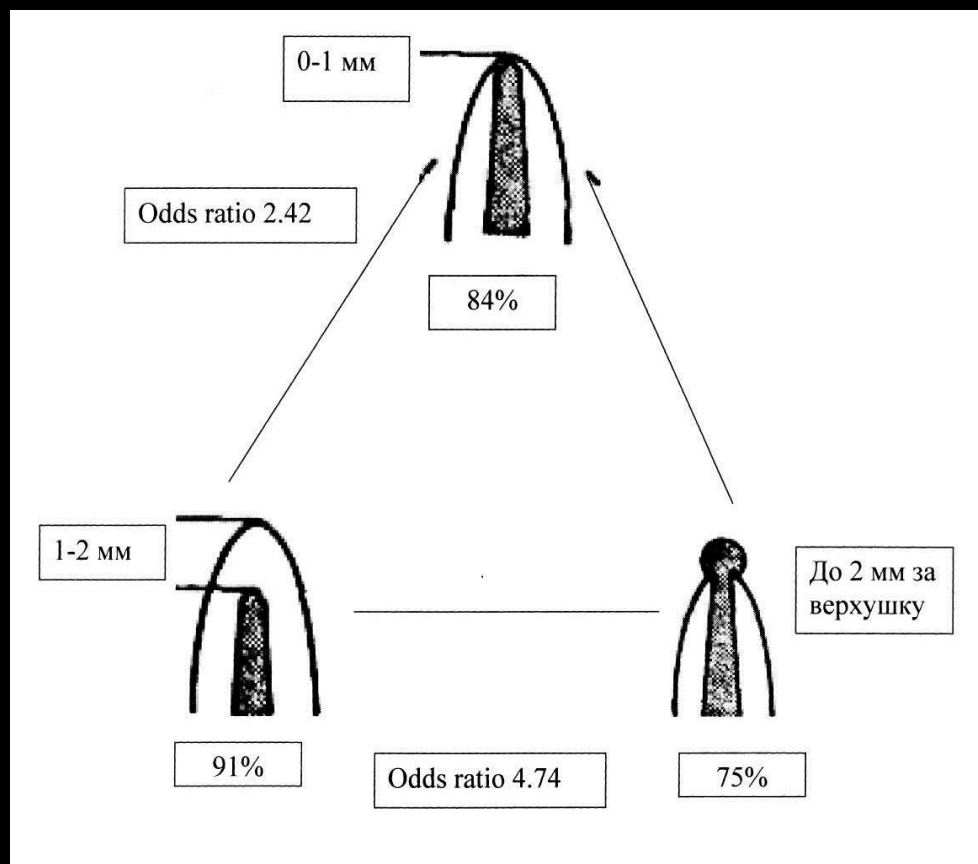
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ



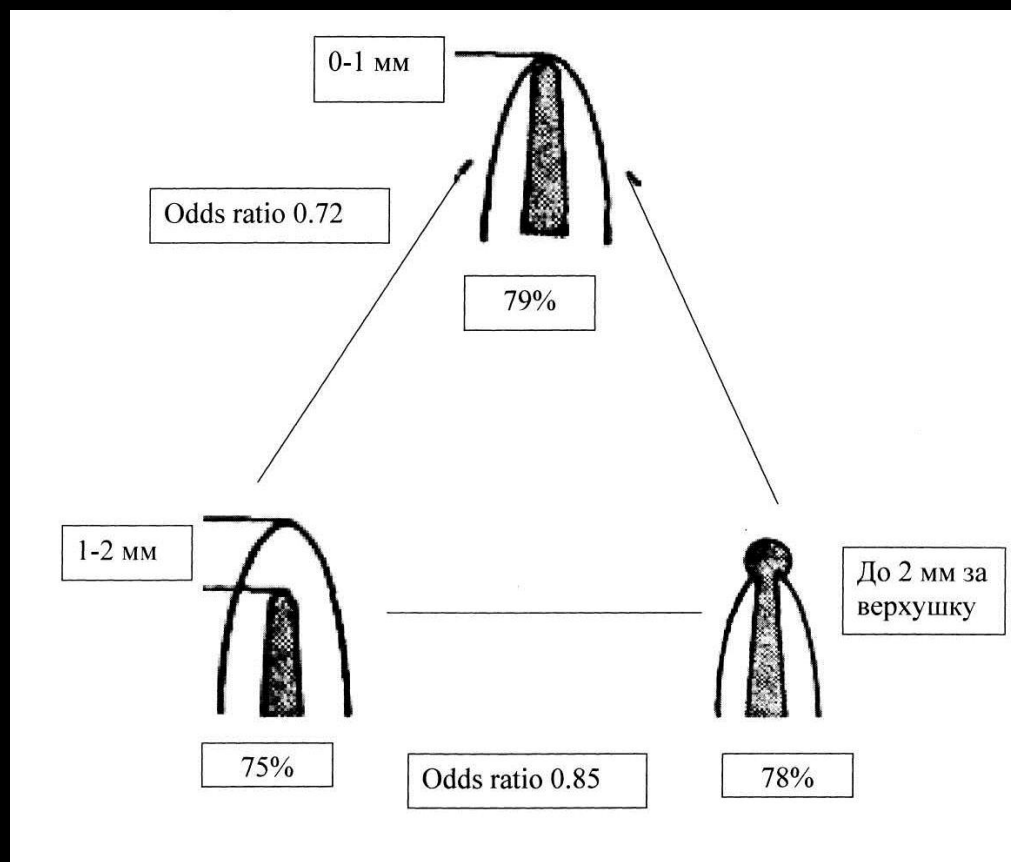
Пломбирование на расстоянии 2 мм до рентгенологической вершины корня зуба привело к прогрессированию очага деструкции.

Результат лечения неблагоприятный.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ ПРИ КАЧЕСТВЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТОВ ПРИ КАЧЕСТВЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА



ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОДЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

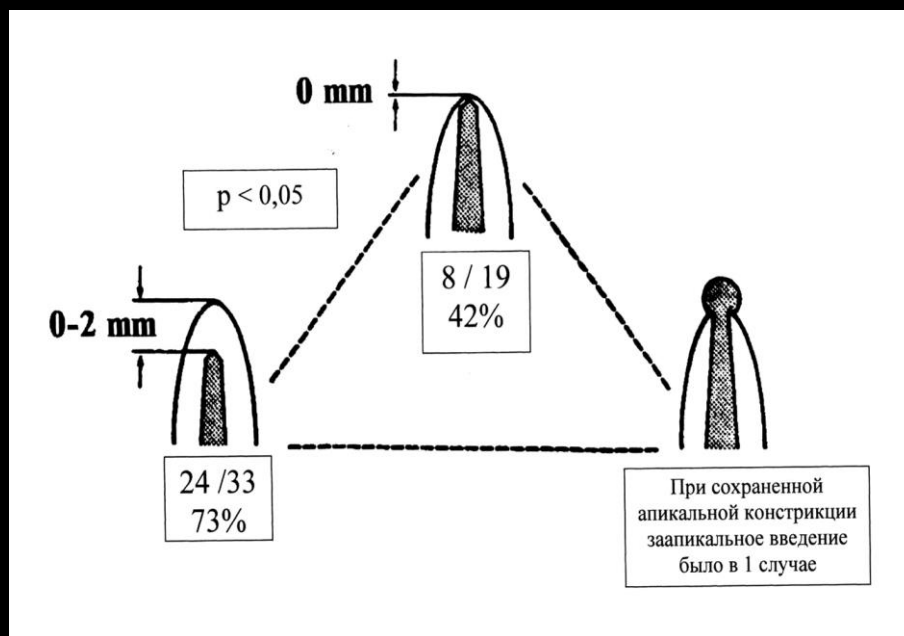
1. ИСХОДНЫЕ НЕ ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ВРАЧА ФАКТОРЫ:

- Клинический диагноз,
- Анатомические особенности системы корневых каналов,
- Состояние периапикальных тканей,
- Наличие, размер и характер очагов деструкции,
- Резидуальная флора системы корневых каналов,
- Состояние апикальной констрикции.

2. ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЛЕЧЕНИЕМ:

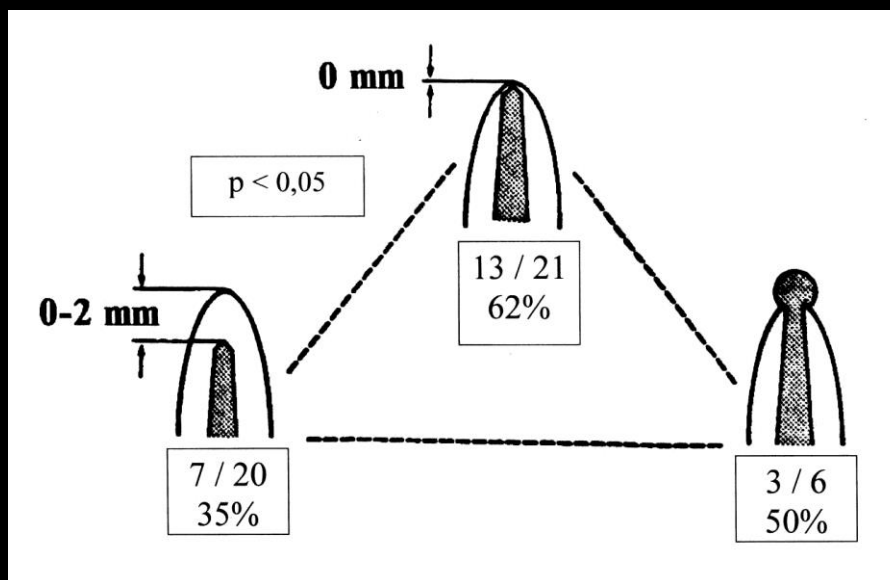
- Лечение в одно и несколько посещений,
- Апикальные пределы инструментальной обработки,
- Различие между уровнем инструментальной обработки и уровнем пломбирования,
- Качество хемо-инструментальной обработки,
- Уровень и качество obturации корневого канала,
- Качество и свойства силеров и филеров,
- Методики пломбирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ АПИКАЛЬНОЙ ЧАСТИ КАНАЛА ПРИ СОХРАНЕННОЙ АПИКАЛЬНОЙ КОНСТРИКЦИИ



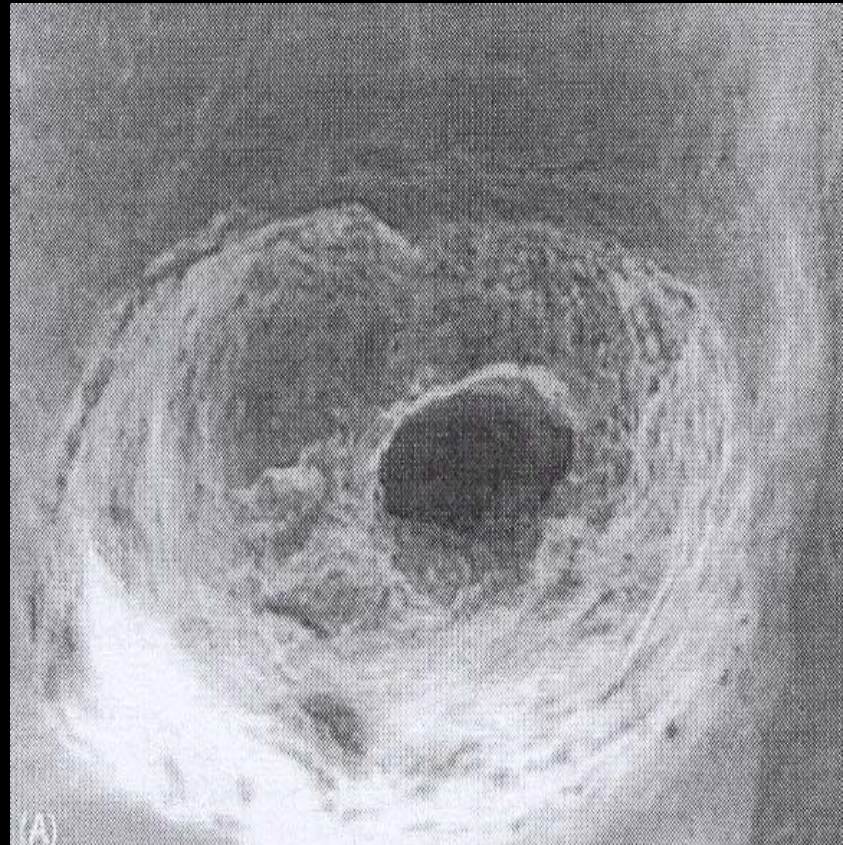
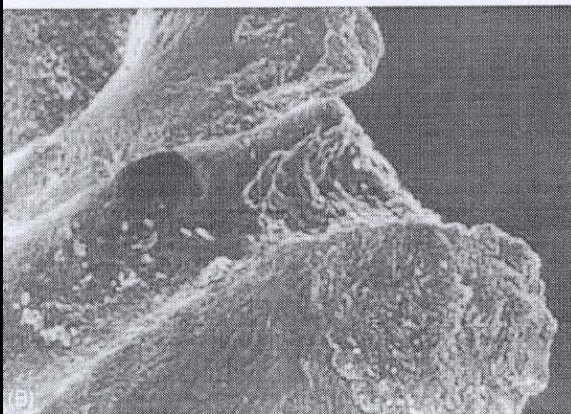
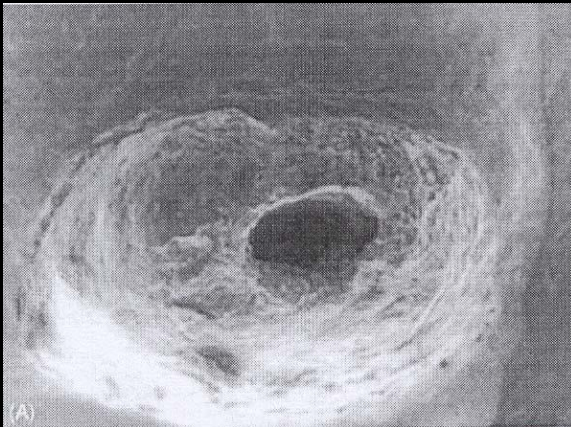
Более благоприятный результат лечения был при пломбировании на уровне 2 мм до верхушки корня, что достоверно лучше, чем пломбирование на уровне рентгенологической верхушки корня зуба

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ АПИКАЛЬНОЙ ЧАСТИ КАНАЛА ПРИ УМЕРЕННО РАЗРУШЕННОЙ АПИКАЛЬНОЙ КОНСТРИКЦИИ (0,25-0,35 ММ)

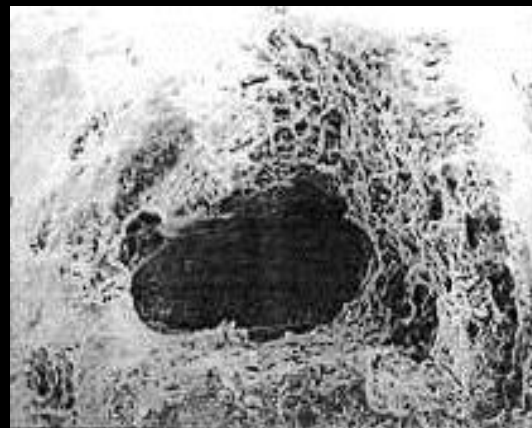
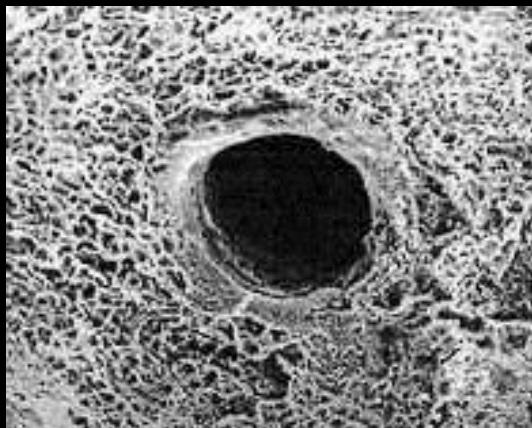
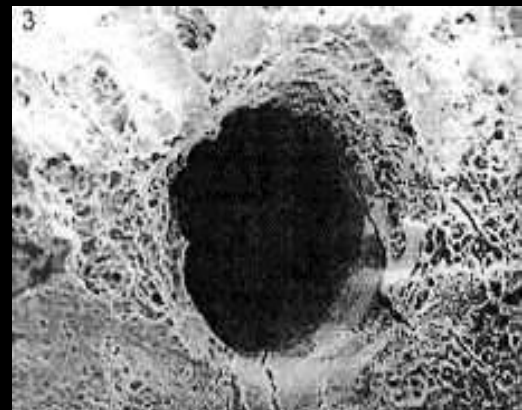
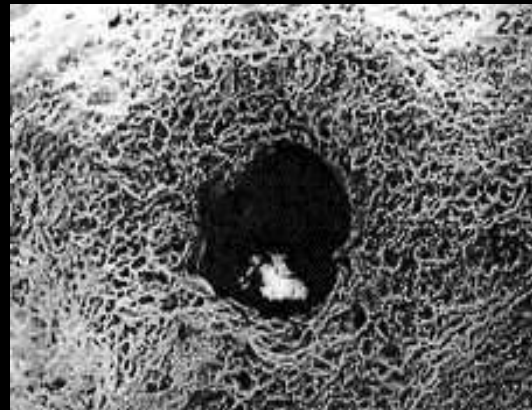


Более благоприятный результат лечения был при пломбировании на уровне вершины корня, что достоверно лучше, чем пломбирование на уровне 2 мм до рентгенологической вершины корня зуба.

ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ АПИКАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ КОРНЯ ЗУБА



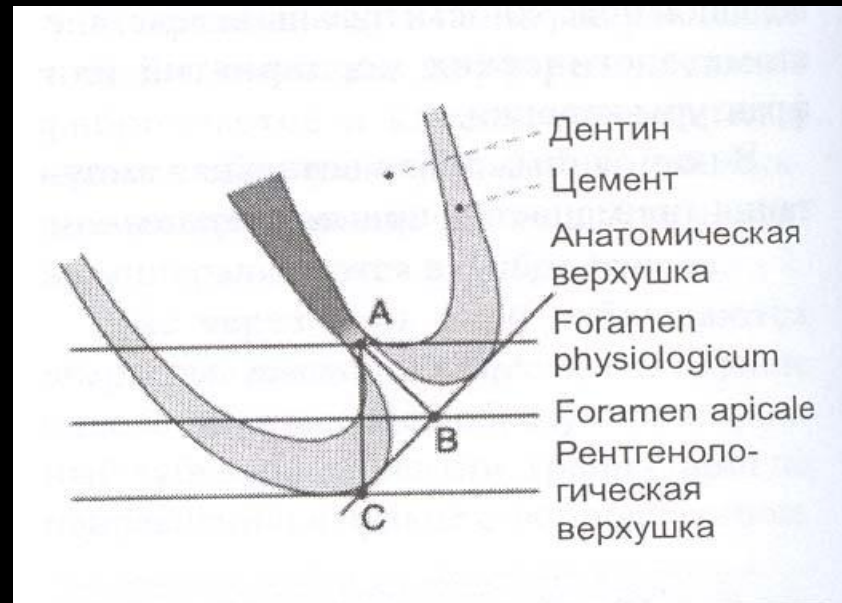
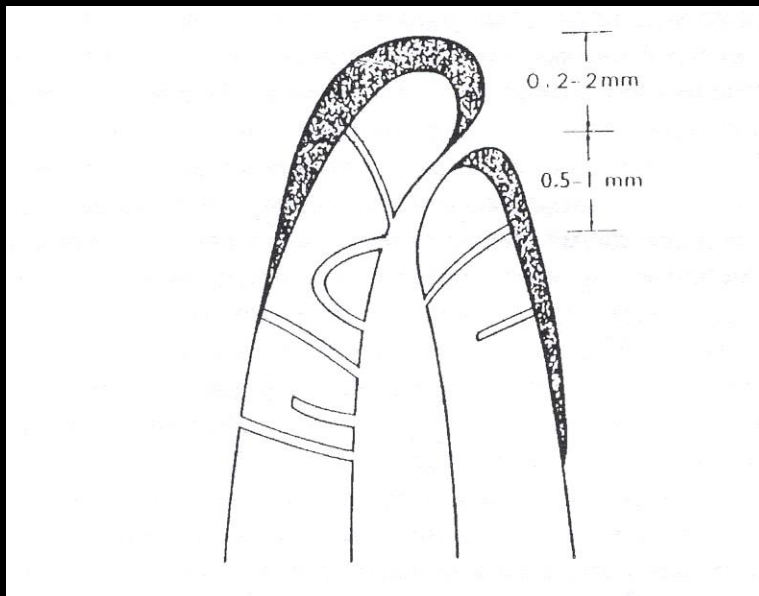
РАЗЛИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ АПИКАЛЬНОЙ ЧАСТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТАХ



ПОЛОЖЕНИЕ ИНСТРУМЕНТА НА
УРОВНЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ВЕРХУШКИ ПРИВОДИТ К ТРАВМЕ
ПЕРИОДОНТА



СХЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ АПИКАЛЬНОЙ ЧАСТИ КОРНЕВОГО КАНАЛА



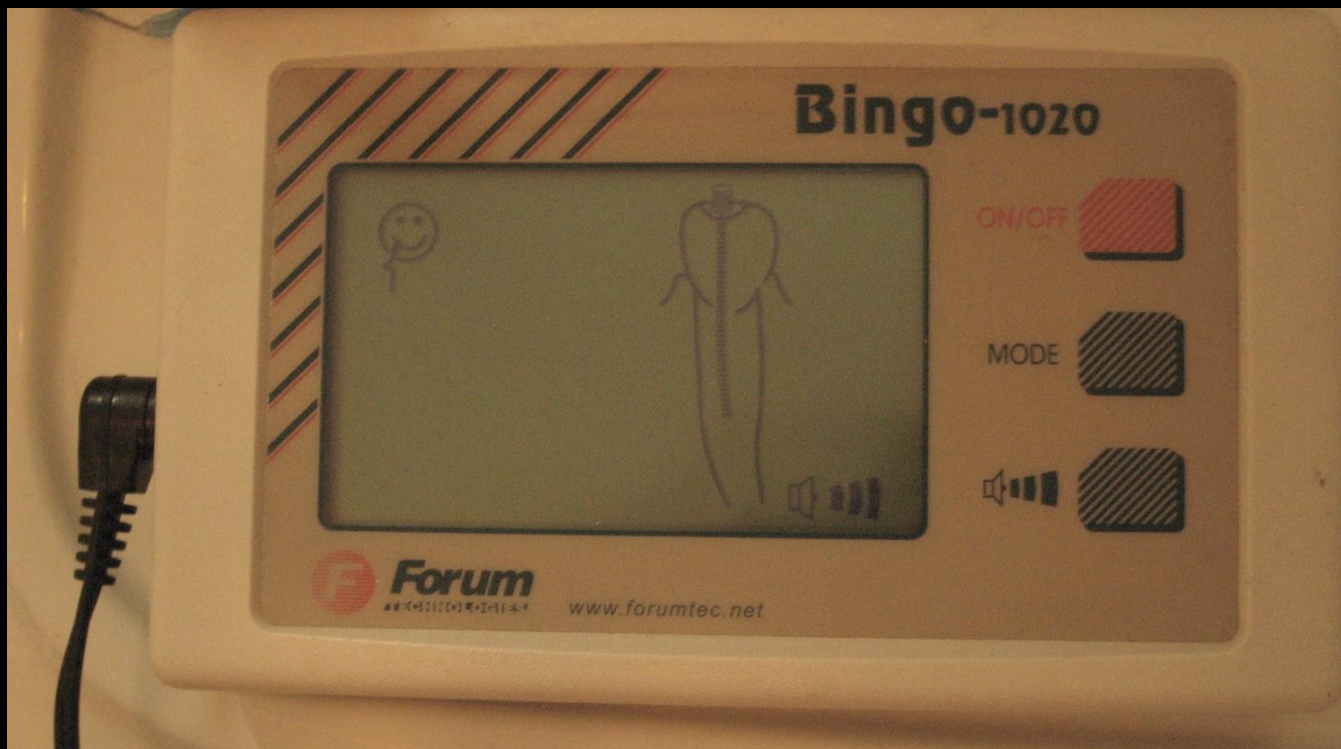
СРАВНЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ И
 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ
 КАНАЛА КОРНЯ ЗУБА, ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПО
 INGLE ПРИ ПУЛЬПИТАХ И ПЕРИОДОНТИТАХ.

Диагноз	Количество исследован- ных зубов	ЭРД=РРД	ЭРД<РРД до 0,5 мм	ЭРД>РРД до 0,5 мм	ЭРД>РРД до 1,5 мм
Пульпиты	30	23 (76,7%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
Периодон- титы	36	17 (47,2%)	13 (36,1%)	4 (11,1%)	2 (5,6%)

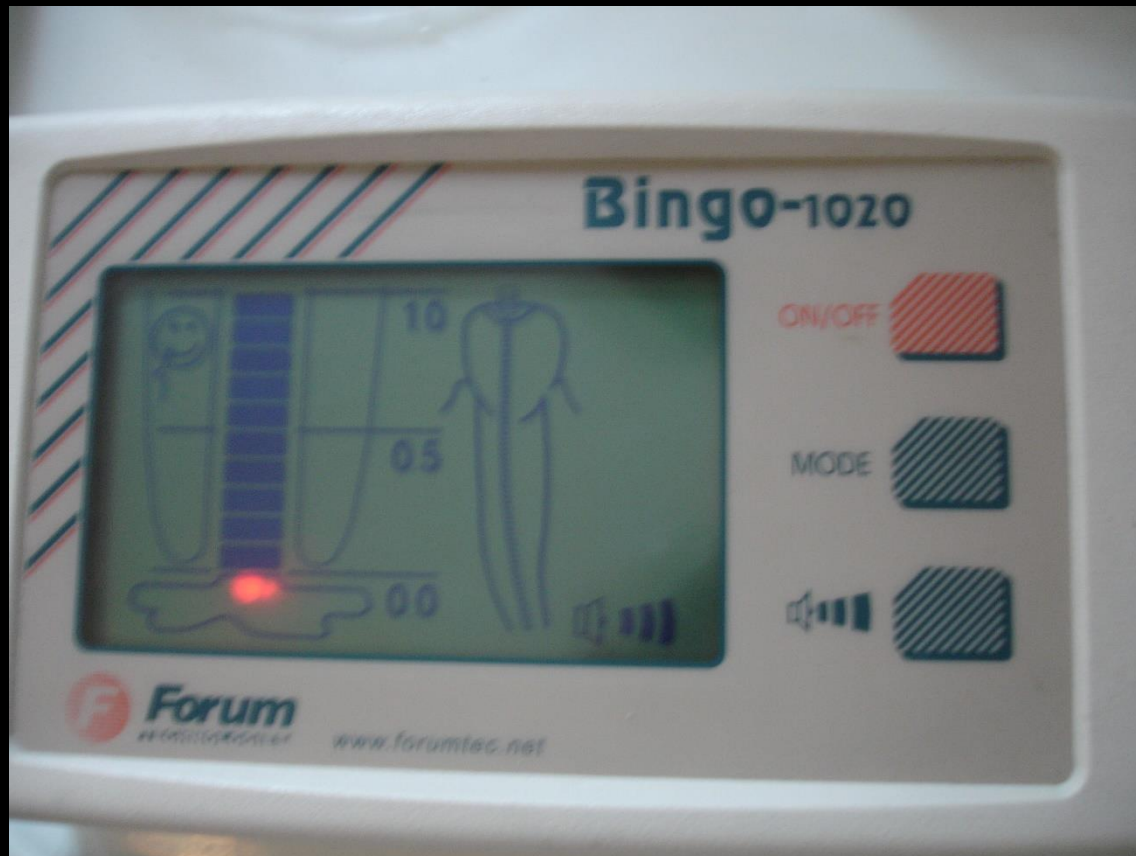
ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ
ВВЕДЕН ДО СОХРАНЕННОЙ
АПИКАЛЬНОЙ КОНСТРИКЦИИ (21 ММ)



ФАЙЛ НА РАССТОЯНИИ 2 ММ ДО
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРХУШКИ КОРНЯ,
ЭЛЕКТРОННЫЙ МЕТОД НЕ ПОЗВОЛЯЕТ
ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ АПИКАЛЬНОЙ
КОНСТРИКЦИИ



ФАЙЛ ДОСТИГ АПИКАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ.
ПРОИЗОШЛО ЯТРОГЕННОЕ РАЗРУШЕНИЕ
АПИКАЛЬНОЙ КОНСТРИКЦИИ



СРАВНЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ И
 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ
 КАНАЛА КОРНЯ ЗУБА, ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПО
 INGLE ПРИ ПУЛЬПИТАХ И ПЕРИОДОНТИТАХ.

Диагноз	Количество исследован- ных зубов	ЭРД=РРД	ЭРД<РРД до 0,5 мм	ЭРД>РРД до 0,5 мм	ЭРД>РРД до 1,5 мм
Пульпиты	30	23 (76,7%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
Периодон- титы	36	17 (47,2%)	13 (36,1%)	4 (11,1%)	2 (5,6%)

СРАВНЕНИЕ СРЕДНИХ УРОВНЕЙ ОБТУРАЦИИ
КОРНЕВОГО КАНАЛА ОПРЕДЕЛЕННЫХ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ И ЭЛЕКТРОННЫМ
МЕТОДОМ, В ММ ДО ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ ЛЕЧЕНИЯ
ПУЛЬПИТОВ И ПЕРИОДОНТИТОВ.

Метод	Рентгенологический		Электронны й
	Благоприятны й исход	Неблагоприятны й исход	
Диагноз			
Пульпиты	1,861	0,66	0,563
Периодонтиты	0,928	1,043	1,237
в т. ч. с сохраненной АК	1,816	0,127	0,478
в т.ч. с разрушенной АК	0,022	1,448	1,567

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Применение апекслокаторов в зубах со сформированной верхушкой корня, **с сохраненной апикальной констрикцией** совпадает с рабочей длиной корневого канала, определенной рентгенологически только при достижении апикального отверстия. Это сопровождается ятрогенным разрушением апикальной констрикции, что приводит к препарированию канала и obturированию на уровне, приводящем к неблагоприятному исходу лечения.
- При **разрушенной апикальной констрикции** рабочая длина, определенная электронным методом оказывается короче уровня, обеспечивающего благоприятный исход лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Применение апекслокаторов может быть полезным, однако только при правильной интерпретации полученных результатов и совместном их применении с рентгенологическими методами, а также оценки состояния апикальной констрикции.



БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ