

# ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

## кафедра терапевтической стоматологии

### ▶ «Зависимость успешного эндодонтического лечения от обеспеченности доступа к корневым каналам»

▶ Докладчики:

- ▶ ассистент Исаков С.В.
- ▶ доцент Исакова Т.И.

# Актуальность

- ▶ При необратимом состоянии пульпы, крайним случаем которого является ее некроз, показаны эндодонтические вмешательства, включающие, последовательное применение инструментов для механической обработки корневых каналов с целью последующего запечатывания апикального отверстия. Изучали варианты формирования полостей всех групп зубов и доступа к корневым каналам, большое значение при котором имеет правильное формирование полости зуба и доступ к каналу для проведения успешного эндодонтического лечения

# Цель

- ▶ Целью нашей работы описание вариантов формирования полостей всех групп зубов и доступа к корневым каналам.

# Материалы и методы

- ▶ Для достижения этой цели нами было пролечено 107 пациентов в возрасте 17-65 лет, имеющие кариозные поражения, расположенные на разных участках зуба, осложненные инфицированием корневого канала. Из них 47 пациентов с диагнозом хронический фиброзный периодонтит, 30 – острый хронический пульпит и 30 – гранулематозный периодонтит.
- ▶ До формирования полостей в зубах, каждому пациенту было проведено прицельное рентгенологическое исследование. Из анамнеза (сопутствующие заболевания) : 35% случаев – хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, 20% случаев – заболевания сердечно-сосудистой системы и 20% - состояние здоровья пациентов – удовлетворительное.

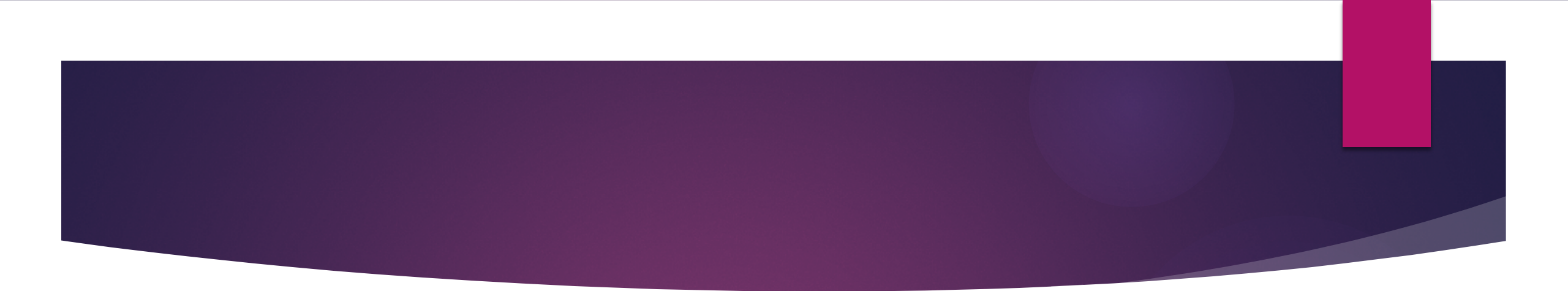
# Результаты и обсуждение

- ▶ Доступ к полости зубов фронтальной группы в 90% случаев проводили через режущий край или вблизи режущего края, т.е. максимально приближали к режущему краю, а эндодонтический инструментарий вводили в корневой канал не отклоняясь и не изгибаясь. Наиболее сложным является лечение центральных нижних резцов, за исключением 5 человек, где режущий край был разрушен. У 58 пациентов старше 45 лет, для создания условий прямолинейного вхождения эндодонтического инструмента в полость зуба ее расширили в вестибулярно-язычном направлении и ширина доступа соответствует ширине пульповой камере.
- ▶ Для нижних резцов возможно частичное нарушение режущего края. Это принципиально важно и особенно в тех случаях, если нижний резец имеет два канала. При лечении пациентов из 107 случаев в 24 мы наблюдали по два канала. В корневой канал можно войти через привычный для врача-стоматолога доступ, но это приведет к резкому изгибу инструмента, а также можно пропустить дополнительный канал. Кроме того, в коронковой части полости зуба может остаться инфицированная ткань пульпы. Как осложнение, возникновение остаточного пульпита или периодонтита составило 33% случаев.

- ▶ Для клыков сложностью лечения является наличие щечного изгиба у верхушки корня. Для лечения клыков мы используем инструменты длиной более 25мм.
- ▶ Если нам нужен доступ к полости зубов верхних и нижних премоляров, он тоже должен быть прямолинейным. Во вторых премолярах на верхней челюсти двухканальное строение отмечается реже, чем в первых 30% случаев. Отмечено, что у этой группы зубов – 1 канал, но по клиническим наблюдениям в 25% случаев мы регистрировали 2 канала. Эти зубы достаточно сложны для обработки, и у 32 пациентов регистрировались различные типы конфигураций каналов.
- ▶ Нижние премоляры имеют достаточно сложную систему строения каналов. При формировании полости зуба, стенки трепанационного отверстия нижних премоляров должны плавно переходить в стенку пульповой камеры и доходить до верхушек зубов. Затруднение при лечении периодонтитов отмечено в группе зубов старше 60 лет.



- ▶ Очень важно учитывать анатомическое положение нижнечелюстного канала и проходящих через него суставов и нервов. При неправильной работе эндодонтическим инструментом в каналах нижних премоляров и моляров можно вызвать как временную, так и постоянную парестезию.
- ▶ При лечении корневых каналов верхних жевательных зубов, возможен высокий процент эндодонтических ошибок и осложнений. Поэтому, при формировании полости зуба мы рекомендуем учитывать анатомические особенности строения коронки. Устье основного мезиально-щечного канала находится практически под вершиной мезиально-щечного бугра коронки. Поэтому мезиально-щечный бугор иногда приходится частично устранять, так как нередко корневые каналы располагаются в области стенок щечных бугров.

- 
- ▶ При формировании полости зуба у вторых верхних моляров, устье дистально-щечного канала может располагаться почти в центре коронки. Необходимо найти и обработать все имеющиеся корневые каналы, так как «пропуск» какого-либо из них приведет в дальнейшем к развитию воспалительных процессов в периодонтите.



# ВЫВОДЫ

- ▶ Таким образом, после проведенного нами эндодонтического лечения по предложенной нами методике прямого доступа к полости зуба у всех наблюдаемых нами пациентов, только у 4 из 107 через пол года наблюдались незначительные изменения в периодонте в сторону ухудшения, у 3-х – расширение периодонтальной щели, у 1-го пациента деструктивные изменения по типу гранулирующего периодонтита, хроническая форма течения.
- ▶ На основании вышеизложенного предлагаемые методики доступа к каналам и проведение правильных эндодонтических манипуляций, является залогом успешного лечения и сохранения зуба.