

механической травме, которая сопутствует большому объему препарирования.

Если рассуждать как оптимист, то можно понаблюдать. Если как пессимист – можно думать и об удалении зуба. Мы выбрали золотую середину.

Распределив шансы, исходя из ранее проведенного лечения, большой объемной реставрации, предстоящего протетического лечения с предварительной обработкой под коронку, сопутствующего периодонтального заболевания в стадии обострения, с целью профилактики возникновения постоперативного пульпита было проведено эндодонтическое лечение.

Пульпа при вскрытии характеризовалась венозным застойным кровотоком и множественными объемными центральными и диффузными дентиклями, что свидетельствовало о длительной компенсации агрессии со стороны кариозного дентина.

#### В протоколе лечения были использованы:

1. На этапе диагностики – КЛКТ (конусно-лучевая компьютерная томография) для уточнения анатомии мезиобуккального корня. Было определено: он сохранил один овальный канал.

2. В работе использовались: ProFile 04 15, 04 20, 04 25 и саf диаметр 1,5 длина 25 мм.

3. Пломбирование каналов осуществлялось комбинированной гибридной методикой: латеральная ком-

пакция в апикальной части всех каналов, с добавлением инъекторной гуттаперчи в устьевой и средней трети мезиобуккального и небного каналов. Силер AN+.

4. Зуб восстановлен композитом Core Flow (Bisco).

При принятии клинического решения о проведении эндодонтического лечения были учтены: возраст пациента (55 лет); индекс гигиены и распространенность кариеса (КПУ 21); сопутствующее периодонтальное заболевание и пожелание, озвученное до лечения. Пульпита, даже гипотетического, пациент не хотел. Даже странно... Обычно все говорят «Давайте попробуем», «Заболит – полечим»... А тут – жесткое «нет». Видимо в опыте пациента он уже был – настаивающий ночью, беспощадный, превращающий даже самых сильных людей в покорных пациентов врачей-стоматологов.

С нашей стороны, как мне кажется, важно не только лечить или профилактировать стоматологическое заболевание, но слушать, слышать и учитывать пожелания пациентов, разумно следуя принципу «не навреди», позволяя пациенту участвовать в принятии решения на правах равноправного партнера, позволяя ему взять на себя свою часть ответственности.

**Поступила 14.05.2015**

Координаты для связи с автором  
620073, г. Екатеринбург, ул. Малышева, 84  
Клиника «Приор М»



## 5-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

26-29 марта 2015 г., Россия, Москва, гостиница «Милан»

Преоконгресс – 26 марта. Основной Конгресс – 27-28 марта. Постконгресс – 29 марта.

*«Знания ограничены,  
тогда как воображение охватывает целый мир,  
стимулируя прогресс, порождая эволюции»*

#### Альберт Эйнштейн

Юбилейный V эндодонтический конгресс прошел под знаком эволюции. В каждом докладе присутствовали базовые ценности эндодонтии как науки: приоритет безопасности технологий, ориентация на успех лечения, научное обоснование наших действий на основе статистически достоверных данных.

Я заметила интересную особенность: доклады словно составляли единую нить, в которой озвученные докладчиком принципы подтверждались в следующем докладе. И первые три доклада – яркое тому подтверждение. Это с одной стороны. С другой стороны, были обозначены векторы развития, то есть направления эволюции, которыми дышит прогрессивная эндодонтия:

- увеличение эффективности технологий с направлением в малую инвазивность;
- модификация инструментов под потребности биологии;
- научное обоснование применяемых методов, вдумчивое отношение к процессу лечения.

1. Первый лектор, Рашид эль Абед (ОАЭ), представил доклад «Эндодонтическая ковровая дорожка: путь безопасности и эффективности» – о важности ковровой дорожки перед началом работы ротационными инструментами с одной стороны (в исследовании ротационный инструмент при предварительном создании ковро-

вой дорожки мог обработать 59 каналов до поломки, а без «ковра» – только 10). Влияние ковровой дорожки на клиническую симптоматику, по данным исследований, также говорит о снижении болевой симптоматики в ближайшем постлечебном периоде, так как вывод дебриса при предварительном создании дорожки меньше.

Особенно интересным мне показался момент создания нового файла One G с предварительно рассчитанными на математической модели свойствами. То есть еще до начала клинических испытаний были просчитаны параметры конусности и формы поперечного сечения для снижения стресса инструмента.

2. Презентация Джилберто Дебеляна (Норвегия) «Биологические требования успешной эндодонтии, основные клинические и технологические аспекты для их достижения, новые технологии, в том числе XP-endo-файл» сопровождалась множеством деталей, которые обосновывали несколько моментов:

- Не все каналы можно обработать универсальными технологиями.
- В каналах некруглой формы, анатомических структурах (истмусы) и патологически измененных пространствах (внутренние резорбции) требуется адаптированный к этим ситуациям подход.

– Ирригация не справляется там, где в достаточной мере не поддержана инструментацией.

Проблема всех конусных ротационных инструментов – торсионная нагрузка. Решения этой проблемы: соблюдение последовательности инструментов, «игра» механизмом вращения, создание ковровой дорожки.

Начало лекции мне напомнило все те же принципы, о которых упоминают в техническом обосновании применения saf-системы. И овальные каналы, и 3D-трансформации внутреннего пространства зубов – все это аргументы, говорящие о непросто строении внутреннего мира зубов, в который мы пытаемся войти с традиционной вращающейся системой, и порой не замечаем, что наши представления отличаются от реальности, либо терпим поражение и виним в этом общее понятие «особенностей организма».

Дальнейшее развитие лекции напоминало увлекательный сюжет с множеством видеороликов, показывающих принцип действия нового файла от компании FKG.

MaxWire – новый сплав, который при температуре тела (34°C) в канале меняет прямую форму на заранее запрограммированную изогнутую, путем перехода мартенсита в аустенит. Инструмент на скорости 1000 оборотов в минуту работает как финишер, обрабатывая внутреннее пространство канала на завершающем этапе механической обработки.

Скорость, малый диаметр, пластичность в сочетании с вращением, дают эффекты 3D-препарирования канала, подобные эффекту блендера. Были показаны результаты работы относительно оригинальной формы канала с файлом VT RaCe, и с финишером XP-endo.

**3.** Следующий доклад – «Морфология каналов как руководство к выбору инструментов», который делал Михаил Соломонов (Израиль), – был лучшим подтверждением преимущества индивидуализированного подхода к каждой ситуации. Наши знания об анатомии каналов с каждым днем становятся шире, а в связи с внедрением КЛКТ в ежедневную практику – и максимально приближенными к потребностям ежедневной практики.

Доктор, вооруженный КЛКТ, обладает не только возможностями всесторонней клинической диагностики, но и представлениями о том, как он может обработать каналы разной формы – узкие, овальные, S-образные, имеющие изгибы и двойные изгибы, еще до того, как приступит к работе! Наша цель – механически обработать канал, сохранив его биологически детерминированную форму, провести ирригацию и запломбировать. И алгоритм выбора должен строиться именно на принципе подбора инструмента к особенностям анатомии.

В выступлении доктора Соломонова были продемонстрированы наглядные клинические случаи, когда в моляре с тремя каналами были использованы для обработки три разные системы препарирования: ручной способ – в канале, где в обход сломанного инструмента был сделан Vurpass, saf – для обработки овального канала и обычная ротационная система – для канала круглой формы.

**4.** Темпераментный Марио Зуоло (Бразилия) в своем выступлении «Повторное эндодонтическое лечение – как спасти зубы!!!» показал несколько успешных случаев эндодонтического лечения, выполненных на высоком техническом уровне, сложное лечение с удалением отломков инструментов, перелечивание в ситуациях, сопровождающихся большими периапикальными поражениями. В своем докладе он ссылался на исследования и говорил о важности подтверждения практики теоретическими обоснованиями. Акцентом в докладе прозвучало некое сожаление, что эндодонтист, увы, не может включить в свою презентацию фотографии красивых улыбающихся девушек, как это делают специалисты по реставрационной эстетической стоматологии. Наша работа остается «за кадром». Но от этого она – качественная и высокопрофессиональная – не менее важна и востребована.

**5.** Лекция Марко Мартиньони «Новое поколение NiTi-файлов и трехмерная система obturации корневых каналов в современной эндодонтии» (Италия) отличалась большим количеством внешних визуальных и звуковых эффектов. Я позволю себе процитировать несколько фраз из презентации:

– «Можно доверять инструментам, но именно в деталях Бог».

– «Мы все лучше контролируем детали под микроскопом, от мелочей в эндодонтии до препарирования».

– «Ковровая дорожка очень важна! Если бы в кресле была моя дочь (не моя бывшая жена), я бы начал лечение с ковровой дорожки, потому что так безопаснее!».

– «У каждого из нас есть Учитель. Он важен для передачи знаний».

Далее следовали фотографии лектора с Клифом Раддлом, Гербертом Шилдером и его отцом, профессором Марио Мартиньони. Настойчиво звучали постулаты, уже услышанные о WaveOne: инструмент надо дать стоматологам общей практики, он состоит из необычного сплава и упрощает эндодонтию. Им легко очистить простой канал, простой формы.

– «Безболезненное лечение – это счастье пациента».

– «Меня полностью устраивает ProTaper, ProTaper Next. А что меня устроит в будущем? Я использую один и тот же файл для четырех каналов. И результат будет одинаково хорошим. Я могу контролировать процесс от начала и до конца».

– «Наш подход – это не использование конкретной системы. Наша цель – создать расширение и конус любой системой».

Лектор немного погрузил нас в планы на будущее: в компании идет разработка программы для мотора X-Smart. Врач сможет получить информацию о том, каким инструментом, на каких параметрах ему работать. Встроенная программа будет контролировать торк и усталость металла, стандартизировать последовательность применения инструментов: «Нажмите одну кнопку, и вы увидите очень много информации – снимки, повторные снимки, все это будет ассоциировано с iPod. Наш эндодонтист, который будет говорить, правильно ли мы работаем».

У меня по завершении этой лекции промелькнула мысль, что врачу, включая его в рамки определенной системы, отказывают в творчестве, а это необходимый инструмент в развитии и движении, в эволюции.

**6.** Множество обсуждений и разговоров в кулуарах вызвал доклад «Эволюция клинического протокола в эндодонтической практике за 10 лет» Оскара вон Штеттена (Германия). «Я большой мальчик и мне нравятся игрушки, много игрушек». И с этим трудно поспорить. Накануне я побывала на мастер-классе Оскара. Я не видела еще такого, чтобы мастер-класс по эргономии, фотографированию с микроскопом, настолько напомнил мальчишеский дворовый «конгресс», где с азартом и амбициями обсуждали бы технические мелочи, слегка хвастались своими технически продвинутыми игрушками и постигали секреты технических тайн, лишь краем уха услышав которые, девочки начинают скучать и отвлекаются на свое изображение в зеркале. В какой-то момент мне показалось, что страсти в интеллектуальном пикировании слишком накалились, но тут очень вовремя подоспел перерыв на кофе.

Впрочем, вернемся к докладу. «У меня 25000 статей (30 Гб). Я фанат литературы. 99% по прочтении я забываю, поэтому храню их все».

На меня произвел впечатление график, в котором был показан ежегодный прирост количества статей, посвя-

ценных инструментации в эндодонтии: от нескольких статей в год в 1951 году к более чем 300 в 2013 году.

– «Количество статей и публикаций об инструментах огромно. Я рекомендую вам одну книгу (John T. Mc Spadden, DDS «Mastering Endodontic Instrumentation»). Здесь на 200 страницах все о файлах».

– «В моей клинике остались ProFile, Mtwo, Reciproc. Я использую ультразвук и SAF с 2011 года».

– «Сверлить и пломбировать? Для молотка все выглядит как гвоздь».

Доктор продемонстрировал несколько клинических случаев, иллюстрирующих мысль об эволюции специалиста, который способен провести сложнейшее лечение при помощи своих мануальных навыков и инструментов. Но всегда ли это лечение так необходимо нашему пациенту?

– «А если у Вас в руках молоток, то все начинает подходить на гвоздь».

– «Мои протоколы работают. Зачем мне что-то менять?»

И, наверное, я могу согласиться со многими вещами в этой позиции. Но только при условии, что каждый, кто берет ее на вооружение, столь же эрудирован, ироничен и отягощен знаниями, почерпнутым из 30 Гб литературы. Пусть даже забытой на 99%.

**Второй день конгресса** обещал быть не менее интересным.

**7.** Начался он с доклада Татьяны Шориной (Россия) «TiLOS – красивое решение в эндодонтической практике». В нем лектор рассказала о продуктах компании STI, в частности об инструменте TiLos.

**8.** В докладе доктора Клаудио Пизакане (Италия) «Принятие решения в восстановлении серьезно поврежденных зубов: эндодонтическая точка зрения» мне очень импонировала красота исполнения междисциплинарных решений. И эстетика эндодонтии, и эстетика восстановления, выполненная Лоренцо Ванини, дополняли визуальным сопровождением выстроенную логику и нить презентации: имплантация – отличный метод, но мы можем достигать высоких результатов, совершенствуя эндодонтическое лечение. «Совершенство в биоэмульсии». Нить биологического подхода в эндодонтии подкреплялась ссылками на исследования и литературу.

Аналитический подход к клиническому решению, важность правильной диагностики и вдумчивого выбора инструмента, способа ирригации и obturации, а также корональной герметизации и последующего восстановления – все это составляло единую концепцию, которую доктор подтверждал клиническими случаями с долгосрочным наблюдением.

С работой доктора Филиппо Сантарканджело (Италия) я впервые познакомилась в ноябре 2014 года, на конгрессе издательства «Квинтессенция». В его красивой, с точки зрения эндодонтии, презентации материала подкупало то, что она построена «исключительно по делу». В презентации подробно были даны ирригация как метод борьбы с биопленкой и методы нахождения системы для этой цели наиболее эффективной и безопасной, а также научное обоснование с плюсами и минусами. Традиционно в тренде всего конгресса с позиции эволюции и биологического подхода.

Лекция Кристины Бадалян (Россия) была экспертным «десертом», в ней было все подобрано в той самой гамме, с тем самым вкусом и наполнением, которое способен переварить любой мало-мальски сведущий в имплантологии эндодонтист.

Когда выступление немного не совпадает с профилем каждодневной работы, а точнее, имеет совершенно иное направление, бывает трудно удержаться от некоего менторства и снобизма. Особенно если дело касается извечной дилеммы «зуб или имплантат»? Сохранение объективности в данной ситуации, более того – аргументированного скепсиса, не просто подкупает, но заставляет жадно ловить каждое слово.

Критерии успеха разложены по полочкам. Зависимость успеха от опыта и профессионального уровня оператора (от студента до специалиста по эндодонтии). Факторы риска и последствия их кратковременного и отдаленного воздействия.

«Он каждый вечер выпивает бутылку виски» – из анамнеза пациента, у которого имплантация терпит неудачу за неудачей. И это веский повод не только огромному залу вздохнуть в процессе лекции, но и крепко задуматься о перспективах имплантации в каждом конкретном случае на просторах страны, где употребление алкоголя – вид национального единоробства.

Я слушала и слушала... Ведь одно дело – иметь набор аргументов неуспеха имплантации в принципе. А совсем другое дело – критичный и аргументированный обзор специалиста.

Это как в эндодонтии – слушать про успех новой технологии инструментации «здесь и сейчас» или посмотреть отдаленные результаты рандомизированных исследований, взяв за критерий, например, только фактор возникновения трещин.

Мне было очень приятно перенимать у Кристины эстафету конгресса. Зал был в тонусе и чувствовалось, что идет живое обсуждение.

Мой доклад касался многих моментов, которые уже были предметом обсуждения на конгрессе: важность доказательной медицины, принятие решений в ситуации, когда можно полагаться на собственный опыт, а можно обратиться к науке. Выбор тактики в случаях гиперемии пульпы, инструментации при первичном эндодонтическом лечении, протоколов перелечивания. Все это я постаралась проиллюстрировать ежедневной клинической работой.

Самое живое обсуждение с большим количеством вопросов, которые уже не сдерживал жесткий регламент конгресса, было у доклада доктора Андрея Кузина (Россия), посвященного вопросам современного обезболивания. Доктор спокойно и последовательно отвечал, развеивал мифы, расставлял акценты.

Конгресс получился сильным, динамичным. И каждый доклад нес в себе интересную информацию. Даже несогласие с некоторыми моментами побуждало думать, выстраивать критическую линию возражений.

Было приятно видеть и слышать согласие участников конгресса во многих ключевых моментах: ориентация на доказательную медицину, а не на красивый маркетинг. Реальные примеры поисков и прорывов на пути биологически ориентированного подхода в инструментации. Взгляд на инструментацию как на этап лечения, а не как на момент удовлетворения амбиций в создании «картинок на выставку».

Клинические примеры в красивом исполнении и логичном завершении эндодонтии реставрациями.

Все это внушило мне надежду, что эндодонтия была, есть и будет в процессе эволюции не механистически детерминированным направлением стоматологии, а самостоятельной наукой для лечения и профилактики апикального периодонтита. «Как и было предназначено» (с).

**Материал подготовила Елена ЛИПАТОВА**