

8. Кручинский Г. В., Филиппенко В. И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. – Минск, 2001. – 167 с.

Kruchinskij G. V., Filippenko V. I. Odontogennyj verhnicheljustnoj sinusit. – Minsk, 2001. – 167 s.

9. Серова Н. С. Дентальная объемная томография в решении некоторых задач стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Эндодонтия today. 2010. №2. С. 55-57.

Serova N. S. Dental'naja ob'emnaja tomografija v reshenii nekotoryh zadach stomatologii i cheljustno-licevoj hirurgii // Jendodontija today. 2010. №2. S. 55-57.

10. Терновой С. К., Араблинский А. В., Арцыбашева М. В. Диагностика заболеваний полости носа, придаточных пазухи верхней челюсти при помощи компьютерной и магнитно-резонансной томографии // Радиология-практика. 2007. С. 4-7.

Ternovoj S. K., Arablinskij A. V., Arcybasheva M. V. Diagnostika zabolevanij polosti nosa, pridatochnyh pazuhi verhnej cheljusti pri pomoshhi komp'juternoj i magnitno-rezonansnoj tomografii // Radiologija-praktika. 2007. S. 4-7.

11. Орехова Л. Ю., Дударев А. Л., Березкина И. В. Сравнительная характеристика информативной ценности различных методов лучевой диагностики // Пародонтология. 2008. №3. С. 48-50.

Orehova L. Ju., Dudarev A. L., Berezkina I. V. Sravnitel'naja harakteristika informativnoj cennosti razlichnyh metodov luchevoj diagnostiki // Parodontologija. 2008. №3. S. 48-50.

12. Ногина А. Ю. Планирование эндодонтического лечения с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии // Эндодонтия today. 2003. №4. С. 56-61.

Nogina A. Ju. Planirovanie endodonticheskogo lechenija s ispol'zovaniem konusno-luchevoj komp'juternoj tomografii // Endodontija today. 2003. №4. S. 56-61.

13. Дмитриева Л. А., Тойбахтина А. А., Мазурова В. Н., Яшкова В. В. Роль компьютерной томографии в диагностике и лечении эндодонто-пародонтальных поражений // Эндодонтия today. 2015. №1. С. 58-61.

Dmitrieva L. A., Tojbahtina A. A., Mazurova V. N., Jashkova V. V. Rol' komp'juternoj tomografii v diagnostike i lechenii jendodonto-parodontal'nyh porazhenij // Endodontija today. 2015. №1. S. 58-61.

14. Сысолятин С. П., Сысолятин П. Г., Палкина М. О., Логинова О. В., Солоп М. В., Байдик О. Д. Вопросы диагностики одонтогенного верхнечелюстного синусита // Сибирский медицинский журнал. 2010. Т. 25. №3. Вып. 2. С. 13-25.

Sysoljatin S. P., Sysoljatin P. G., Palkina M. O., Loginova O. V., Solop M. V., Bajdik O. D. Voprosy diagnostiki odontogenного verhnicheljustnogo sinusita // Sibirskij medicinskij zhurnal. 2010. T. 25. №3. Vyp. 2. S. 13-25.

15. Харламов А. А., Панин А. М., Васильев А. Ю., Серова Н. С. Оценка информативности методики цифровой объемной томографии для диагностики состояния верхнечелюстных синусов // Эндодонтия today. 2011. №1. С. 19-23.

Harlamov A. A., Panin A. M., Vasil'ev A. Ju., Serova N. S. Ocenka informativnosti metodiki cifrovoj ob'emnoj tomografii dlja diagnostiki sostojanija verhnicheljustnyh sinusov // Endodontija today. 2011. №1. S. 19-23.

16. Mehra P, Murad H. Maxillary sinus disease of odontogenic origin // North Am.: OtolaryngolClin. –2004. –P.37-64.

17. Бабкина Т. М., Демидова Е. А.Современные подходы к диагностике травм челюстно-лицевой области // REJR. 2014. Т. 4. №2. С. 119-126.

Babkina T. M., Demidova E. A.Sovremennye podhody k diagnostike travm cheljjustno-licevoj oblasti // REJR. 2014. T. 4. №2. S. 119-126.

Могут ли файлы для определения апикальной проходимости (patency files) вызвать постоперационные боли?

Clifford J. Ruddle, DDS, Advanced Endodontics

Do Patency Files Cause Post-Operative Pain?

CLIFFORD J. RUDDLE

Сегодняшний вопрос – это действительно вопрос, на который лично я отвечаю отрицательно. Но в самом вопросе заложено предположение, что инструменты для определения апикальной проходимости (patency files) могут стать причиной острой боли у пациентов из-за повреждения периодонтальной связки... особенно в случаях неровной «ковровой дорожки» или когда имеется анатомический изгиб под 90 градусов.

Давайте поговорим об апикальной проходимости и ее влиянии на постоперационные симптомы.

Каким может быть мой первый комментарий исходя из моего собственного опыта, поскольку я не могу полагаться на опыт коллег, которых даже не знаю лично. В большинстве случаев, когда я отвечаю на эти вопросы, их задают люди, которые слушали мою лекцию в большой аудитории. Я их не знаю лично, не представляю, как они работают на эндодонтическом

приеме. Поэтому мой первый ответ звучит так, что это не правда.

Когда я отвечаю на любые вопросы, вы должны спросить себя: «Когда Раддл дает ответ, правильный ли он?» Поскольку он может не совпадать с вашим личным клиническим опытом, но это не означает, что вы делаете что-то неправильно, а я делаю это правильно, это просто значит, что мы делаем это разными способами и получаем похожие результаты, или же мы делаем это разными способами, и при этом наши выводы различаются.

Мои наблюдения за 38 лет практики в отношении файлов для определения апикальной проходимости определяются тем, как я их использую. В данном случае это ключевой вопрос. У меня эти инструменты вызывают не более чем незначительный дискомфорт после визита. Обычно я говорю своим пациентам, становясь актером и психологом одновременно, следующее:

«Сегодняшнее лечение было успешным. Мы многого достигли. Я прошел ваши каналы на всю длину и удалил некротизированные ткани, начиная от самой кости по всей длине канала. Любая ампутация является хирургическим вмешательством, а любое вмешательство вызывает некоторый дискомфорт. В течение примерно двух дней вы будете чувствовать незначительные ноющие боли. Спонтанной боли быть не должно. Если вы будете накусывать этим зубом, зуб будет ныть. Если вы почувствуете что-то более значительное, обязательно позвоните мне, поскольку я бы хотел об этом знать.»

Такие инструкции я даю своим пациентам после эндодонтического лечения на протяжении 38 лет. У людей не возникают боли после инструментальной обработки каналов. Я люблю проводить эндодонтическое лечение в одно посещение, однако не все зубы можно пролечить в одно посещение по целому ряду причин. Поэтому мы будем говорить о лечении в два посещения, ведь если мы провели эндодонтию в одно посещение, откуда мы можем знать точную причину постоперационной чувствительности? Стало ли причиной дискомфорта именно заапикальное выведение инструмента и создание там избыточного давления? Могли ли мы затолкать опилки в периапикальную область? Может быть, туда попали органические ткани, вызвав там воспаление и запустив тем самым каскад патоморфологических процессов, который называется воспалительным ответом? И если мы пломбировали каналы в тот же день, возможно, мы вывели пломбировочный материал за верхушку, что вызвало постоперационную чувствительность? Был ли причиной файл? Или реагент? Ткани? Или бактерии?

В этом уравнении много неизвестных, и я хочу сказать, что когда мы вводим файл до РА (рентгенологический апекс), файл, по определению, должен быть немного длиннее. На эту тему существует множество споров, особенно с нашими друзьями из SS White, но со временем они всё поймут, изучив все грани истины. На самом деле, файлы для определения апикальной проходимости – тонкие и наиболее гибкие инструменты. Режущие инструменты не выводят за РА, только мелкие и гибкие инструменты. Важно удостовериться, что апикальное отверстие остается открытым и не засоренным, поскольку оно было таковым до того, как мы начали эндодонтическое лечение.

Таким образом, когда мы имеем дело с симптомами, которые называем острой болью, давайте проведем четкое разграничение... Может быть причиной стала ошибка определения рабочей длины? К примеру, если ваши ассистенты используют такие приспособления, как позиционеры «Ринн», с их помощью они могут установить трубку рентген-аппарата перпендикулярно продольной оси зуба. Тогда изображение получается один к одному. Если мы увеличим рабочую длину на этапе диагностики, будь то прицельный рентгеновский снимок или электронная апекслокация, мы можем ошибиться на 1-2 мм. Инструменты должны доходить до зоны в близости апикального отверстия. Однако если ассистент сжал или растянул снимок, у нас возникнут отклонения, и в случае удлинения мы можем выдвинуть файл на несколько миллиметров за апекс.

Я привел этот пример, чтобы показать: когда мы выходим за апекс, мы можем выйти на несколько микрон или на несколько миллиметров. Это может иметь существенное значение. Для меня постоперативная

чувствительность – повод задуматься. Отсутствие спонтанной боли означает, что пациент может выполнять свои каждодневные дела, читать, смотреть телевизор, ходить на работу и т. п. Во рту у него нет боли. Только если зуб подвергается нагрузке, возникает незначительный дискомфорт, при этом такие явления, как я говорил выше, должны сойти на нет в течение 48-часового периода.

Еще один комментарий в отношении эндодонтии в два посещения касается случаев с открытым свищевым ходом. Мы все знаем, как мы любим лечение зубов со свищом, поскольку это означает, что образовался клапан, сбрасывающий давление, сквозь кость и мягкие ткани образовался ход, выходящий в полость рта. У пациентов со свищевым ходом обычно имеется небольшая шишка на десне, но при этом они никогда не жалуются на сильную боль.

Если вы используете инструменты для определения апикальной проходимости при двухэтапном лечении, каждый канал каждого корня становится свищевым ходом, и любой отек в периапикальной области может воспользоваться любым из них для эвакуации содержимого в область канала и снижения тем самым критического давления. Поэтому открытость апикальных отверстий очень важна, иначе мы не можем быть уверены, что происходит за ними в периапикальной области. Мы не можем определить, что это – пульпа, воспаленная пульпа, некротизированная пульпа. Смесь органики с опилками дентина? Наличие бактерий или коктейль из всего вышеперечисленного? Открытость апикальных отверстий теоретически гарантирует, что ирригант каждый раз проникает на всю длину, в любое время.

В данной статье мы не проводим различий между гладкой и иррегулярной «ковровой дорожкой». Будь у вас гладкая «ковровая дорожка» или отсутствие таковой, если, открыв апикальные отверстия каналов, вы столкнулись с послеоперационной чувствительностью, если эндодонтическое лечение проведено с должной тщательностью, попросите пациента подробно рассказать о своих ощущениях в ночь после лечения. Они будут у всех достаточно схожи, вне зависимости, была там гладкая «ковровая дорожка» или она была иррегулярной.

Такова моя позиция по вопросу об открытии апикального отверстия. Часто возникает непонимание, и возможно, коллеги считают, что инструмент для определения апикальной проходимости (patency file) сам по себе стал причиной «острой боли». Я бы лучше уделил внимание другим аспектам... Сразу ли я прошел на всю рабочую длину? Я раньше об этом не говорил, но, очевидно, есть множество вопросов, от которых зависит состояние пациента после эндодонтического лечения. Профилактическое расширение канала перед тем, как мы входим в его апикальную треть, обеспечивает значительное расширение тела канала, это дает лучшую возможность удаления из системы корневых каналов тканей и биомассы путем коронарной эвакуации.

Профилактическое расширение – еще один способ исключения послеоперационной боли при использовании файлов для определения апикальной проходимости. Надеюсь, данный материал поможет вам в вашей работе.

Поступила 03.07.2013

Материал предоставлен компанией «Эндофорум» с разрешения автора доктора Клиффорда Раддла