

Пятый международный симпозиум «Квинтэссенция»

Москва, июнь, 2010 год

Жарким утром 12 июня в самой центре Москвы начал работать Пятый международный симпозиум «Квинтэссенция». В этот раз в трех залах параллельно шли конгрессы, посвященные актуальным вопросам эндодонтии, имплантологии и ортодонтии.

Если вершина айсберга – это только четверть беды, то подводная его часть несет в себе много загадок и проблем. Так и в эндодонтии, секреты которой нам еще предстоит разгадать.

Есть мнение, что апикальный периодонтит, при котором рентгенологически определяется значительная деструкция костной ткани, обречен на удаление. Однако современные методы лечения в умелых руках могут творить чудеса. Еще вчера, глядя на рентгенологический снимок, врач с сожалением выносил ему смертный приговор, сегодня этот же врач берется спасти обреченного.

«Требуется ли апикальный периодонтит удаления зуба и замещения его имплантатом?» – обратился к слушателям форума доктор **Гельмут Вальтц**.

Такое мнение есть, но отсутствуют аргументы в его пользу. Попытка выделить показания к удалению показала следующие моменты: большая перфорация, существенная убыль костной ткани и кариес корня. В случаях фрактуры необходимо провести окрашивание, глубина которого покажет необходимость радикального пути лечения. Если мы видим на рентгенологическом снимке патологический пародонтальный карман и деструктивные изменения в области верхушки, то такой зуб можно сохранить лишь в случае эндодонтической причины данного поражения. Однако существуют случаи, когда истинную причину поражения невозможно увидеть на рентгенологическом снимке. В данном случае это разделение корней в области фуркации. Также важно помнить про рациональную нагрузку на зуб при максимальной сохранности тканей и соотношении коронки к корню. Нарушение этих критериев может привести к разгару поражения.

Существующие зубосохраняющие операции, такие как гемисекция, тоже требуют определенного состо-

яния, при которых может быть получена стабильность, – это отсутствие потери костной ткани.

Если мы говорим о критериях успеха и выживаемости зуба или имплантата, то необходимо разобраться в таковых для каждого случая.

Только 8% неудач при лечении зубов относятся к эндодонтическим, в то время как более 60% приходится на ортопедию и более 25% – на заболевания пародонта. Также нужно разрушить миф о том, что анкерные штифты укрепляют зубы. Если обратиться к статистике, то можно заметить примерно одинаковый процент успеха как при эндодонтическом лечении, так и при использовании имплантатов. Но если термин «выживаемость» для зубов, прошедших эндолечение, не является критическим, то для имплантата это существенный недостаток.

Благодаря современной эндодонтической хирургии мы можем попытаться отвоевать часть зуба у необратимого процесса, и уровень успеха будет стремиться к 95% даже при небольшой убыли костной ткани и более 80% – при значительной. Хотя присутствие пародонтопатогенной микрофлоры снижает процент успешного исхода при таком типе лечения.

Подводя итог, можно сказать, что оба метода лечения дают прекрасный результат, но, тем не менее, необходимо бороться за зуб до конца. Ведь если при эндодонтическом консервативном лечении мы можем прибегнуть к помощи хирургической эндодонтии и вновь попробовать спасти зуб, то при имплантации у нас нет пути отступления.

Помимо механической обработки корневого канала важно делать и медикаментозную.

«Что важнее на этапе лечения корневых каналов – профилактика апикального периодонтита или его лечение?» – спросил у собравшихся **Кишор Гулабивала**, профессор и заведующий кафедрой эндодонтологии института им. Истмана, консультант по реставрационной стоматологии, директор программы подготовки по реставрационной стоматологии, заведующий отделением реставрационной стоматологии института им. Истмана.

Целью эндодонтического лечения, как известно, является удаление патогенной микрофлоры и качественная obturation. На сегодняшний день более 90% микрофлоры корневого канала возможно высеять на питательных средах с целью определения их вида и выбора ирриганта. Но чем разнообразнее микрофлора, тем сложнее от нее избавиться, тем больше периапикальный очаг деструкции и ниже процент успешного исхода лечения.

Исследуя биопленку, можно высказать предположение, что она скорее многоклеточный организм, нежели просто скопление одноклеточных, так как способна реагировать на изменяющиеся условия. Различные штаммы питаются продуктами жизнедеятельности других, обеспечивая стабильность структуры. Важно понимать, что разорвав этот порочный круг, врач способен уничтожить биопленку. Но если останется хоть один ее фрагмент, через какое-то время она появится вновь и будет более устойчива к воздействию. Если сравнивать эффективность ирригации физиологическим раствором и раствором гипохлорита натрия, то мы увидим лишь 20% убитых микроорганизмов при использовании первого ирриганта и до 70% – во втором случае. Важно понимать, что концентрация микрофлоры в корневом канале меняется в зависимости от его части и по-разному влияет на исход лечения. В случае скопления патогенных микроорганизмов в нижней трети и в области дельты исход, скорее всего, будет неблагоприятным.

Удаление инфицированного дентина из корневого канала – важный этап лечения. Однако следует опровергнуть популярное мнение о необходимости гиперрасширения корневого канала, так как это ведет к утрате прочностных свойств зуба.

Сквозь доклад проф. Гулабивалы проходила основная концепция препарирования корневого канала: формирование, очистка и пломбировка. Ирригация должна осуществляться «до, во время и после инструментальной обработки», так как на первом этапе удаляется лубрикант, на втором – остатки инфицированного дентина и опилки, на третьем – биопленка.

Проблема введения ирриганта в корневой канал связана с силой поверхностного натяжения. Эндодонтическую иглу можно погрузить глубже, но это ассоциировано с риском проталкивания инфицированных опилок за верхушку корня. В связи с этим существуют два типа ирригации: активная (в том числе с применением ультразвуковой активации) и пассивная (только за счет жидкости).

Говоря об активной ирригации, профессор Гулабивала поделился одной методикой, суть которой сводится к введению в корневой канал ирриганта и погружению в него гуттаперчевого штифта, которым рекомендовано совершать возвратно-поступательные движения для пропитывания и очистки канала за счет воздействия по типу пресса.

Сочетание ЭДТА и гипохлорита натрия позволяет повысить эффективность очистки корневого канала, но и в этом случае возникает опасность ослабления прочностных свойств зуба.

«Препарирование системы корневых каналов является исключительно важным этапом эндодонтического лечения, а от выбора инструментов для проведения этого этапа будет зависеть успех процедуры», — начал свою лекцию **Антонио Бонак-корсо**, автор книги «Применение никель-титановых инструментов в эндодонтии» и главный редактор журнала «Эндо — эндодонтическая практика» («Квинтэссенция»).

Основные цели препарирования корневых каналов заключаются в санации, то есть в удалении витальной или некротизированной пульпы, бактерий и продуктов их жизнедеятельности, которые могут находиться в пространстве канала, а также в создании канала оптимальной формы. Эти этапы позволяют провести obturation просвета канала, чтобы предотвратить проникновение бактерий. Никель-титановые инструменты обладают большей эластической гибкостью при сгибании и растяжении, а также лучшей устойчивостью к перелому по сравнению со стальными инструментами. Благодаря своим качествам никель-титановые инструменты особенно удобны при обработке изогнутых корневых каналов. Высокая гибкость и особый дизайн режущих поверхностей позволяют применять такие инструменты в роторных системах. Однако нельзя забывать о вероятности перелома никель-титановых инструментов.

Перелом этих инструментов происходит в результате перекручивания или утомляемости материала. Перекручивание происходит, когда кончик или другая часть инструмента блокируется в канале, в то время как наконечник продолжает вращаться, а скручивание превышает предел эластичности инструмента. Необходимо учитывать три аспекта:

1. Знание анатомических особенностей (сливающиеся каналы, изгибы, дополнительные каналы, выступы или разветвления).

2. Границы возможностей никель-титановых инструментов (в зависимости от размера кончика, конусности и длины).

3. Последовательность манипуляций.

Говоря о современных технологиях, необходимо упомянуть систему *SAF (ReDent Nova, Израиль)*. Данный инструмент обладает повышенной гибкостью и не меняет свою форму в зависимости от корневого канала, но подстраивается под исходную его форму в поперечном и продольном сечении. При введении файла в корневой канал происходит постепенное расширение по всему периметру, а полая структура инструмента позволяет проводить постоянную ирригацию.

Но какие бы инструменты не появились, природа все равно может взять верх над мастерством человека, если не учитывать особенности корневых каналов, к которым относится разветвленная дельта, латеральные каналы, анастомозы и соединения между корневыми каналами.

«Эндодонтия и имплантология: противостояние или партнерство? Театр одного актера или дуэт?» Двойной доклад докторов **Михаила Соломонова** и **Гая Леви** на одну и ту же актуальную тему, но с разных сторон позволил оценить необходимость сохранения, казалось бы, безнадёжных зубов.

Независимо от ситуации с зубом, необходимо заранее просчитать все риски, которые могут возникнуть на этапах лечения, включая перелечивание и эндодонтическую хирургию.

Современные технологии позволяют не только эффективно механически очищать инфицированные корневые каналы, но медикаментозно удалять биопленку, а диагностические системы уже на ранних этапах помогают составить верный план лечения.

Если взглянуть на зуб с апикальным периодонтитом и очагом деструкции костной ткани значительных размеров, то встает вопрос о целесообразности его сохранения. Рассмотрим два пути развития этой ситуации.

В случае лишь эндодонтической проблемы возможно как полное восстановление костной ткани, так и значительное уменьшение очага деструкции. Но если присоединяется пародонтальная инфекция, то, несмотря на все возможности как консервативной, так и хирургической эндодонтии, очаг деструкции будет увеличиваться. Встает резонный вопрос о целесообразности второго пути, если в первом случае замещение зуба имплантатом более надежно.

Важно помнить и о биотипах десны, особенно во фронтальном отделе обеих челюстей, где необходимо бороться до последнего за зуб, стараясь сохранить его и костную ткань вокруг.

В своей лекции о новых технологиях нехирургической эндодонтии профессор **Джузеппе Кантаторе** уделил много внимания вопросам, касающимся инструментальной обработки корневых каналов.

По данным экспериментальных и клинических исследований, два этапа эндодонтического лечения имеют решающее значение для прогноза. Первый касается открытия пульповой камеры. Правильное выполнение этой манипуляции влияет на обнаружение и доступ к устьям корневых каналов.

Как известно, основными проблемами в эндодонтии остаются неправильный доступ к корневым каналам, нарушение инструментальной обработки и проблемы, связанные с obturation корневых каналов.

Адекватный доступ заключается в полном иссечении свода пульповой камеры и удалении любых препятствий к корневым каналам, включая кальцификаты, дентинные выросты и реставрации.

Если немного углубиться в проблему адекватного доступа, то надо обозначить ошибки, возникающие на этом этапе: неправильное определение устья канала, неполное удаление кальцификата, потеря дополнительного канала и утрата пути корневого канала. Этих факторов уже достаточно, чтобы снизить успех лечения до минимума.

Кроме того, при повторном эндодонтическом лечении требуется уда-

лить obturационные материалы, композит или металлические штифты.

Новые ультразвуковые насадки Start-X облегчают доступ к устьям каналов и преодоление препятствий. Вторым важным этапом является первичное расширение корневого канала, необходимое для последующего применения вращающихся никель-титановых файлов, использование которых повышает эффективность и безопасность эндодонтического лечения.

Переходя от нехирургических методов лечения к новым технологиям в эндодонтической хирургии, необходимо поговорить об их возможностях и преимуществах. Сквозь свой доклад **Кристина Бадалян** (член Национальной академии эстетической стоматологии, международный эксперт Dentsply, Camlog, Carl Zeiss, научный редактор издательства «Квинтэссенция» (Quintessence Moscow Publishing House)) попыталась пронести тезис сохранения зуба. Ведь именно сохранение является целью любого лечения, даже хирургического. С развитием современной имплантологии возникла опасная тенденция удалять зубы, имеющие периапикальные поражения вследствие осложнения из-за эндодонтического лечения. Целью сообщения явилась демонстрация больших возможностей эндодонтической хирургии для сохранения зубов. Разработка ультразвуковых насадок, использование операционного микроскопа и правильный выбор пломбировочного материала радикально изменили подход при проведении этих вмешательств и раздвинули показания для сохране-

ния зубов, пораженных апикальным периодонтитом.

И, наконец, финалом форума стала лекция доктора **Ильи Мера** о возможности сохранения безнадежных зубов.

Есть известная фраза *In dubio pro reo* («Сомнения в пользу обвиняемого»), но должны ли мы сомневаться, обладая знаниями и владея высокими технологиями?

Для того чтобы развеять сомнения, необходимо решить, какие критерии отнесут зуб к когорте безнадежных. Среди этих критериев часто встречаются невозможность восстановления структур зуба, большой периапикальный процесс, перформации, проведенный ранее резорцин-формалиновый метод и наличие отломка в корневом канале.

Но и эти критерии можно оспорить, поскольку работа под увеличением позволила нам извлекать отломки инструментов из корневых каналов, находить и проходить скрытые корневые каналы, перелечивать зубы, ранее считавшиеся безнадежными.

Даже перфорация перестала быть грозным осложнением с появлением ProRoot, а возникшая в ходе лечения при использовании коффердама и изоляции от слюны и вовсе не является показанием к включению в список безнадежных. Использование лазерных технологий для стерилизации корневых каналов позволяет уничтожить ту микрофлору, которая смогла выжить после медикаментозной обработки корневых каналов.

Процессы в области фуркаций также перестают быть показанием к удалению, если соблюдать этапность лечения: удаление корневого

пломбы — механическая и медикаментозная обработка — временная obturация гидроокисью кальция — постоянное пломбирование.

По данным статистики, лишь 15% от общего числа периапикальных поражений больших размеров может перейти в кисту, и в данном случае главным критерием кисты будет не витальность зуба.

Говоря о свищевых ходах, необходимо разрушить миф о том, что зуб можно постоянно obturировать в одно посещение. Корневой канал, как мы знаем, содержит большое количество микроорганизмов, удаление которых является залогом успешного исхода.

Но луч света в темном царстве корневого канала, как и свет в конце тоннеля, не всегда оказываются спасительными. Невозможность терапевтического или ортопедического восстановления зуба, перелом корня и незаживающий периапикальный процесс больших размеров по-прежнему остаются показаниями для удаления. Однако прогресс не стоит на месте, и, обозревая доступные на сегодняшний день методы лечения и профилактики, можно предположить, что в будущем зубы станут удалять в крайне редких случаях.

Ни один доклад не оставил слушателей равнодушными, количество задаваемых вопросов показало высокий интерес врачей к проблемам эндодонтического лечения, а высококлассный перевод иностранных лекторов, осуществленный доктором Марией Сыч, помог еще глубже погрузиться в обсуждаемые проблемы.

**Материал подготовил
Юрий Васильев**

