

Клинические аспекты использования безэвгенольного материала для постоянной obtурации инфицированных корневых каналов

Е.В. ВОЛОДИНА, к.м.н., доцент
Кафедра кариесологии и эндодонтии
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Clinical aspects of the use of non-eugenol material for permanent obturation of infected root canals

E.V. VOLODINA

Резюме: Выбор материала для постоянной obtурации корневых каналов при лечении осложненного кариеса является первоочередной задачей для стоматолога. В статье представлены клинические случаи лечения периодонтита, одонтогенного гайморита с применением материала для пломбирования корневых каналов Granulotec (PD, Switzerland). Результаты лечения оценивались клинически и рентгенологически на момент обращения и через 3–6 месяцев. В настоящее время применение Granulotec при лечении пульпита, периодонтита и их осложнений приводит к успешному лечению данных заболеваний.

Ключевые слова: пульпит, периодонтит, корневые каналы, эндодонтическое лечение, пломбировочный материал.

Abstract: The choice of material for permanent obturation of the root canals in the treatment of complicated caries is a top priority for the dentist. The article presents clinical cases of treatment of periodontitis, odontogenic sinusitis using the material for filling the root canals with «Granulotec» (PD, Switzerland). The results of the treatment were evaluated clinically and radiologically at the time of treatment and after 3–6 months. Currently, the use of «Granulotec» in the treatment of pulpitis, periodontitis and their complications leads to the successful treatment of these diseases.

Key words: pulpitis, periodontitis, root canals, endodontic treatment, filling material.

Ежедневно стоматолог-терапевт принимает пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта. Очаги острого и хронического воспаления при пульпитах и периодонтитах причиняют пациенту физические и моральные неудобства, они могут служить источником развития одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, способны осложнить течение заболеваний внутренних органов и систем, провоцировать развитие очагово-обусловленных заболеваний. Поэтому указанные очаги инфекции требуют своевременного, адекватного и эффективного эндодонтического лечения [4–6, 9–11].

Успешное лечение данных заболеваний во многом обусловлено мануальными навыками специалиста, инструментами для эндодонтической обработки, препаратами для медикаментозной обработки и пломбирования корневых каналов. На всех этапах работы специалиста возникает много вопросов. Даже если все условия этапности эндодонтического лечения были успешно осуществлены, непредсказуемо сложная форма каналов не позволяет быть уверенным на 100% в удалении из каналов всей инфекции [7]. Также имеются вопросы по материалам для пломбирования корневых каналов, так как они не только заполняют пространство корневых каналов, но и находятся в непосредственной близости с мягкими тканями периодонтальной связки, в результате чего происходит взаимодействие корневых пломб с собственными тканями человеческого организма [2, 3, 9].

Пломбировочный материал для заполнения корневых каналов должен обеспечивать герметичную изоляцию корневого канала от проникновения инфекции из кариозной полости и при этом не оказывать раздражающего действия на периапикальные ткани, а в идеале оказывать репаративное действие очагов деструкции; не должен растворяться и разлагаться под действием тканевой жидкости. Конечно, материалы для корневых пломб должны обладать рентгеноконтрастностью, так как клиническая работа оценивается по рентгенограмме: начиная с постановки диагноза, заканчивая качеством пломбирования во время лечения и оценкой результатов лечения деструктивных форм периодонтитов [1, 7].

В разные годы для obtурации корневых каналов было предложено множество различных материалов и их модификаций, однако на сегодняшний день ни один материал не отвечает всем требованиям, предъявляемым к идеальному пломбировочному материалу. В связи с этим при obtурации корневых каналов часто используют комбинации различных материалов. В качестве основы обычно используются штифты из биосовместимых материалов, которые не обеспечивают герметичного пломбирования, но легко удаляются из канала. Микропространства, образующиеся между штифтом и стенками канала, заполняются пастообразным материалом, обеспечивающим защиту от проникновения инфекции. Таким образом, материалы для obtурации корневых каналов можно

разделить на две большие группы: штифты и корневые герметики.

Соответственно всегда возникает вопрос выбора пломбировочных материалов для заполнения корневых каналов при лечении пульпита и периодонтита, широко представленных разными странами на российском стоматологическом рынке.

Свой выбор мы остановили на безэвгенольном, рентгеноконтрастном материале для постоянной obturации инфицированных корневых каналов — Granulotec (PD, Швейцария). В составе пломбировочного материала имеются такие составляющие как фенол (антисептическое, бактерицидное действие), дексаметазон (глюкокортикоидное, противовоспалительное, противоаллергическое, иммунодепрессивное действие), формальдегид (противомикробное, дезодорирующее, противопаразитарное действие), гваякол (противомикробное, антисептическое, местнораздражающее действие), йодоформ (противомикробное свойства) [1, 8, 9]. Такой состав пасты позволил нам применять ее для одномоментного лечения сложных клинических случаев пульпитов, деструктивных форм периодонтита.

Лечение пульпита, периодонтита проводилось в одно посещение с использованием для заполнения

корневых каналов «Гранулотека». Подготовка корневых каналов проводилась по стандартной методике. Ниже представлены три клинических случая.

Клинический случай 1

Пациентка N., 56 лет, обратилась в клинику терапевтической стоматологии по поводу плотной припухлости десны с вестибулярной поверхности 4.6; увеличение припухлости и ее уплотнение отмечала в течение полутора лет. Объективно: 4.6 — на задне-контактной поверхности определялась кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия зуба отрицательна; при пальпации с вестибулярной поверхности десны определялось значительное выбухание плотной консистенции, безболезненное. Был поставлен диагноз, после проведенных методов обследования, принятых в стоматологической клинике — 4.6 — K04.7 Периапикальный абсцесс без свища.

Клинический случай 2

Пациентка В., 51 год, обратилась в клинику терапевтической стоматологии по поводу болей при накусывании, припухлости десны с вестибулярной поверхности 3.3; боли при накусывании отмечала в течение полугода. Объективно: 3.3 — на латеральной поверхности определялась пломба, перкуссия зуба отрицательна на момент обращения; при пальпации с вестибулярной поверхности десны определялось выбухание плотной консистенции, безболезненное. Был поставлен диагноз, после проведенных методов обследования, принятых в стоматологической клинике — 3.3 — K04.7 Периапикальный абсцесс без свища.

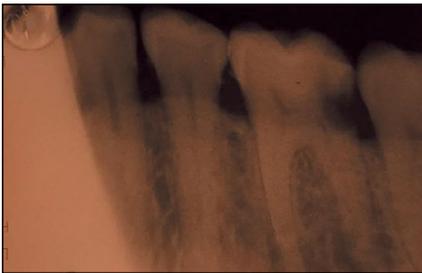


Рис. 1. Предварительный снимок 4.6 — K04.7



Рис. 2. Контроль пломбирования 4.6 — K04.7



Рис. 3. Рентгенограмма через 4 месяца 4.6 — K04.7, восстановление кортикальной пластинки альвеолярной кости



Рис. 4. 3.3 — K04.7 — на момент обращения



Рис. 5. 3.3 — K04.7 — рентгенограмма через 5 месяцев — структуризация альвеолярной кости



Рис. 6. Панорамная рентгенограмма на момент обращения к стоматологу



Рис. 7. Панорамная рентгенограмма через 3 месяца

Клинический случай 3

Пациента Г., 23 года, была направлена в клинику терапевтической стоматологии врачом-отоларингологом по поводу одонтогенного гайморита. Объективно: 2.5, 2.6 — под пломбами, вертикальная перкуссия болезненна.

На основании методов обследования был поставлен диагноз 2.5, 2.6 — К04.60 Имеющий сообщение (свищ) с верхнечелюстной пазухой.

Клинические проявления левостороннего гайморита прошли в течение месяца.

Во всех трех представленных клинических случаях терапевтическое лечение проводилось в одно посещение. Клинические наблюдения проводились в различные сроки обращения пациентов, так как при отсутствии жалоб и стихании проявлений заболеваний пациенты не обращались в клинику. Отсутствие жалоб

мы наблюдали и на постпломбировочные боли, как и отсутствие болезненной перкуссии, что свидетельствовало о хорошем сочетании веществ входящих в состав препарата, оказывающих длительное антимикробное воздействие, стимулирующее образование костной ткани альвеолярной кости в короткие сроки.

Таким образом, на терапевтическом приеме врач-стоматолога убедились в эффективности применения материала для постоянной obturации корневых каналов Granulotex при лечении пульпитов и деструктивных форм периодонтитов, одонтогенных гайморитов.

Поступила 27.03.2017

Координаты для связи с автором:
127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д. 4

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии. — М.: Литерра, 2006. — 562 с.

Barer G. M. Racional'naja farmakoterapija v stomatologii. — M.: Literra, 2006. — 562 s.

2. Максимовский Ю. М., Дмитриева Л. А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. — М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2015.

Maksimovskij Ju. M., Dmitrieva L. A. Terapevticheskaja stomatologija. Nacional'noe rukovodstvo. — M.: Izd-vo «GEOTAR-Media», 2015.

3. Митронин А. В. Комплексное лечение и реабилитация больных с деструктивными формами хронического периодонтита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — С. 39–41.

Mitronin A. V. Kompleksnoe lechenie i reabilitacija bol'nyh s destruktivnymi formami hronicheskogo periodontita: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. — M., 2004. — S. 39–41.

4. Митронин А. В., Понякина И. Д. Комплексное лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом на фоне сопутствующих заболеваний // Эндодонтия today. 2009. №3. С. 32–37.

Mitronin A. V., Pobjakina I. D. Kompleksnoe lechenie pacientov s hronicheskim apikal'nym periodontitom na fone soputstvujushih zabolevanij // Endodontija today. 2009. №3. S. 32–37.

5. Николаев А. И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология. Учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 658–716.

Nikolaev A. I., Cepov L. M. Prakticheskaja terapevticheskaja stomatologija. Uchebnoe posobie. — M.: MEDpress-inform, 2007. — S. 658–716.

6. Севбитов А. В., Браго А. С., Васильев Ю. Л., Золотова Е. В., Агаркова М. Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении // Эндодонтия today. 2016. №2. С. 30–32.

Sevbitov A. V., Brago A. S., Vasil'ev Ju. L., Zolotova E. V., Agarkova M. Ju. Povtornoe endodonticheskoe lechenie: v kakih sluchajah nuzhno nastojat' na ego provedenii // Endodontija today. 2016. №2. S. 30–32.

7. Barker B. C. Anatomy of root canals Part I: Permanent incisors, canines and premolars // Austral. Dent. J. 1973. Vol. 18. №5/6. P. 320–327.

8. Esposito, Lawrence J. «Vanillin», Kirk-Othmer encyclopedia of chemical technology, 4th ed. Vol. 24. — New York: John Wiley & Sons, 1997. — P. 812–825.

9. Schatzle M., Loe H., Lang N. P. The clinical course of chronic periodontitis // J. Clin Periodontol. 2004. Vol. 31. №12. P. 1122–1128.

10. Sirak S. V. Clinical and morphological substantiation of treatment of odontogenic cysts of maxilla // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. 2014. T. 5. №5. P. 682–690.

11. Wagenberg B. D. Considerations in treatment planning of the periodontal patient // Dent. Today. 2005. Vol. 24. №3. P. 108, 110–114.

**Мифы об ортодонтии**

(пособие для пациентов)

Автор: С. Н. Вахней

Разобраться самому и грамотно объяснить пациенту, в какой последовательности проводятся вмешательства, поможет алгоритм проведения мероприятий по реконструкции зубочелюстной системы.

**Имплантация для всех**

(пособие для пациентов)

Автор: А. Ю. Февралева

Что такое имплантат, что влияет на его приживление, какие протезы можно изготовить на имплантатах, и что необходимо для успешного и долгосрочного результата лечения.

**Болезни пародонта**

(пособие для пациентов)

Авторы: О. В. Савич, А. Ю. Февралева

Наглядная информация для работы врача с пациентом. Объяснение причин возникновения заболеваний пародонта. Профилактика и этапы лечения.