

Используйте файлы таких размеров, чтобы они плотно входили в отверстие канала. При использовании слишком маленьких файлов прибор может показать завышенные данные, и замеренная длина окажется больше длины самого зуба. Опыт практики показывает, что при плотном вхождении файла количество ошибок уменьшается.

Нельзя допускать, чтобы файл при измерениях контактировал с металлическими конструкциями, пломбами или коронками. При работе в такой ситуации - например, через металлическую коронку, эндодонтический инструмент должен быть электроизолирован. Можно приобрести для этой цели тефлоновые римеры, а также можно использовать самополимеризующуюся пластмассу, изолирующие трубочки и т. д.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Совершенствование клинического применения апекслокатора Ryurex 5.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 17 человек. Изучались 30 корневых каналов всех групп зубов.

После выполнения всех правил и рекомендаций по работе с

апекслокатором проводили депульпирование, медикаментозную обработку корневых каналов. Затем вводили дрельбор, на проксимальном конце которого фиксировался инструментальный зажим (активный электрод) апекслокатора. Пассивный электрод (губная клипса) располагали на нижней губе пациента, включали апекслокатор, и на его жидкокристаллическом дисплее отображалась информация о глубине нахождения дрельбора в канале корня зуба. После достижения физиологического сужения регистрировали рабочую длину зубов. Зуб повторно медикаментозно обрабатывался и высушивался. После чего, на уже известную длину канал корня obturировался эндодонтической пастой с гутаперчевыми штифтами. Зуб закрывался под повязку, и пациент отправлялся на контрольную рентгенограмму.

После того как врач убеждался в качественном эндодонтическом лечении, он ставил постоянную пломбу из композита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех исследуемых случаях аппарат точно определял рабочую длину корневого канала.

В процессе эндодонтического лечения, с применением апекслокатора Ryurex 5 снижалось время пребывания пациента в кресле. Отпала необходимость в проведении промежуточной рентгенографии.

Таким образом, апекс-локатор Ryurex 5 имеет новые возможности, которые облегчают обработку корневого канала, благодаря специальной дисплейной графике и дружественному дизайну, что в свою очередь значительно облегчило и ускорило эндодонтическое лечение зубов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровский Е. В. Проблемы эндодонтического лечения // Клиническая стоматология. 1997. №1. С. 5-8.
2. Kaufman A., Fuss L., Eeila S., Waxenberg S. Reliability of different electronic apex locators to detect root perforations in vitro // Int. End. J. 1997. V. 30. №6. P. 403-407.
3. Kaufman A., Keila S., Yoshpe M. Accuracy of a new apex locator: an in vitro study // Int. End. J. 2002. V. 35. №4. P. 186-192.
4. Martinez-Lozano M. et al. Methodological considerations in the determination of working length // Int. End. J. 2001. V. 34. №5. P. 371-376.

Преимущества применения системы Mtwo и временной obtурации каналов «Метапексом» и «Метапастой» при лечении деструктивных форм периодонтитов

О.В. МОРОЗОВА, С.А. БОНДАРЬ

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Хронические периапикальные воспалительные процессы являются активными очагами одонтогенной инфекции, приводят к сенсibilизации, снижению общей иммунологической реактивности и неспецифической резистентности организма. Клинический опыт обуславливает необходимость оптимизации репаративной регенерации периодонта и костной ткани для дости-

жения стойкого положительного результата лечения (Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М., 2000). Деструктивные формы периодонтита в большинстве случаев приводят к преждевременной потере зубов, нарушению функции жевания, речи и эстетики и, при возможном сохранении функциональной и анатомической формы, требуют длительного лечения и наблюдения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сохранение зубов со значительной деструкцией костной ткани, оптимизация процесса лечения деструктивных форм периодонтита с использованием никель-титановых инструментов Mtwo, под контролем апекс-локации и рентгенографии, с применением остеоиндуктивных препаратов «Метапекс» и «Метапаста».

Удаление очага инфицирования периодонта и воздействие на микрофлору корневых каналов; устранение влияния биогенных аминов – продуктов распада тканевых белков; снятие или уменьшение воспаления в периодонте; создание условий для регенерации всех компонентов периодонта; десенсибилизация организма больного – основные задачи лечения хронических форм периодонтита (Иванов В. С. с соавт., 1990). Каждый этап эндодонтического лечения от инструментальной обработки до obturации корневых каналов должен соблюдаться неукоснительно и тщательно.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашей клинической практике мы производим обработку корневых каналов ручными и машинными инструментами, но предпочтение на стороне механических никель-титановых инструментов MTwo, разработанных профессором Меланино и произведенных фирмой VDW (Германия). Безусловными преимуществами инструментов Mtwo являются гибкость и режущая эффективность, при этом высокая эффективность прохождения и обработки канала, обеспеченная лезвиями двойной заточки, сопровождается качественной рекапитуляцией опилок инфицированного дентина стенок канала благодаря увеличенным пространствам между лезвиями. Таким образом, прохождение, обработка и формирование канала производится быстро и качественно. При использовании инструмента применение бокового давления и нефорсированное прохождение канала (до ощущения вкручивания) делают процесс более эффективным. Гибкость и усталостная прочность инструментов Mtwo позволяют эффективно и безопасно обрабатывать даже самые искривленные каналы.

Для успешного эндодонтического лечения необходимо провести полную деконтаминацию системы корневого канала. Уничтожение инфекции канала корня – главное в эндодонтической обработке, в этом случае успех лечения может превышать 90,0%

(Sigueira J. J. F., Rocas I. N., 2001). Для дезинфекции корневого канала при периодонтитах широко используются антисептики, среди которых наибольшее распространение получили препараты, содержащие хлор и йод в различных соединениях (Боровский Е. В., 1999). Однако в большом проценте случаев мы имеем дело с клиническими ситуациями, при которых возникает необходимость не только в антисептической обработке, но и в отсроченном пломбировании каналов препаратами с пролонгированным лекарственным эффектом.

На стоматологическом рынке широко представлены препараты гидроксида кальция. В нашей клинике предпочтение отдано препаратам «Метапекс» и «Метапаста». Высокое значение pH среды пасты (12,5), которое обеспечивает быстрый, стойкий и продолжительный бактерицидный эффект внутри инфицированных каналов и в периапикальной области (в первые 48 ч после пломбировки каналов пастой гибнет до 99,0% патогенной микрофлоры) и не опускающийся ниже 12,0 pH, в течение двух-трех недель. Йодоформ, входящий в состав пасты «Метапекс», значительно усиливает ее бактерицидный эффект. При помощи материалов «Метапекс» и «Метапаста» удается полностью «простерилизовать» систему корневых каналов и запустить механизмы интеграции одонтобластов и цементабластов, которые приводят к образованию защитного твердотканевого барьера в области резорбции при деструктивных формах периодонтита. Материалы гидроксида кальция, имеющие pH меньше 12,0, обладают очень слабым антимикробным действием и не позволяют «простерилизовать» очаг воспаления от микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности – липосахаридных комплексов (эндотоксинов), которые пропитывают корневой дентин и, в свою очередь, являются этиологическим фактором развития резорбтивных процессов в периодонте, что подтверждается рядом российских специалистов в их клинических исследованиях (Барер Г. М. с соавт., 1999).

Для проведения исследования было проведено обследование и лечение 70 зубов с различными формами деструктивных изменений периодонта. Для диагностики использовались следующие методы обследования: основные (осмотр, перкуссия, пальпация) и дополнительные (ЭОД, денальная рентгенография, апекс-локация).

Первым этапом лечения зубов является одонтопрепарирование, с обязательным последующим частичным восстановлением опорных пунктов зуба, вне зависимости от степени разрушения коронки зуба, для качественной медикаментозной обработки каналов. Эндодонтическая обработка корневых каналов осуществлялась никель-титановыми инструментами Mtwo с использованием ЭДТА-содержащих препаратов, эндодонтическим микромотором VDW Silver. Для определения рабочей длины каналов использовали мультисистотный апекс-локатор VDW Rayrex 5. Тщательную медикаментозную обработку корневых каналов осуществляли раствором гипохлорита натрия 3,0-5,0%, обработанные каналы obturировали методом латеральной конденсации гуттаперчи с силерами AH-Plus, Acroseal, 2 Seal, а также термопластифицированной гуттаперчей. «Метапекс» в качестве постоянного пломбировочного материала нами не используется. Между посещениями при отсроченном пломбировании препаратами «Метапаста» или «Метапекс» в качестве временной пломбы, для надежной герметизации, отдаю предпочтение Luxatemp Inlay (DMG).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Об эффективности проводимого лечения судили по данным клинического наблюдения и рентгенографии. В процессе лечения нами было отмечено исчезновение болевых ощущений, прекращение подвижности зубов. По данным рентгенографии отмечено до 90,0% случаев полная регенерация околоверхушечного очага деструкции через 12 мес.



Рис. 1. Дентальные рентгенограммы (клинический пример 1)



Рис. 2. Дентальная рентгенограмма (клинический пример 2)



Рис. 3. Дентальные рентгенограммы (клинический пример 3)



Рис. 4. Дентальная рентгенограмма (клинический пример 4)

Клинические примеры :

1. Пациентка А., 50 лет. На момент обращения основной жалобой была подвижность 4.1 зуба, периодически возникающее болезненное накусывание на зуб. На основании клинкорентгенологических данных поставлен диагноз «радикулярная киста 4.1 зуба». Механическую обработку канала проводили инструментами Mtwo до 030/05 с ирригацией канала раствором «Белодеза» 3,0%. Проведено отсроченное пломбирование «Метапексом» с выведением материала в зону деструкции. Через две недели канал obturated гуттаперчей с силером AN-plus. Рентгенологически и клинически результаты через 12 мес. свидетельствуют о положительном восстановлении костной структуры в зоне деструкции (рис. 1).

2. Пациентка К., 27 лет. Обратилась с жалобами на наличие свища в области 1.8 зуба. Основываясь на данных клинкорентгенологического обследования, поставлен диагноз «хронический апикальный периодонтит 1.8 зуба». При проведении лечебных манипуляций

обнаружено, что доступ к каналам ручными инструментами невозможен из-за ограничения открывания рта. Каналы обработаны инструментом Mtwo до 025/06 с ирригацией каналов раствором «Белодеза» 3,0%. Небный канал запломбирован в первое посещение гуттаперчей методом латеральной конденсации, с силером «Акросил». Щечные каналы obturated «Метапексом», в течение 10 дней свищевой ход закрылся. Произведено пломбирование щечных каналов гуттаперчей с силером AN-plus.

3. Пациент С., 35 лет. Обратился с жалобами на наличие полости в 3.6 зубе, периодически возникающие боли в зубе при накусывании. В результате обследования 3.6 зуба поставлен диагноз «хронический апикальный периодонтит 3.6 зуба». Каналы обработаны инструментами Mtwo до 025/06 с ирригацией раствором «Белодез» 3,0%. Проведено отсроченное пломбирование «Метапастой». Через 14 дней каналы obturated гуттаперчей с силером Acroseal.

4. Пациентка О., 27 лет. Обратилась с жалобами на наличие по-

лости в 3.6 зубе, боли при накусывании. Зуб 3.6 ранее был лечен резорцин-формалиновым методом. На рентгенограмме пломбировочный материал в каналах 3.6 зуба не визуализируется. Поставлен диагноз «хронический гранулирующий периодонтит 3.6 зуба». В процессе лечения каналы обработаны инструментом Mtwo до 025/06 с ирригацией каналов раствором «Белодез» 3,0%. Каналы obturated «Метапексом», через 12 дней произведено пломбирование гуттаперчей, с силером AN-plus.

Таким образом, проведенные наблюдения позволяют считать, что препаратом выбора при лечении больных с указанной патологией является «Метапекс» и «Метапаста». Установлена высокая клиническая эффективность разработанного консервативного алгоритма лечения деструктивных форм периодонтита, включающего обработку каналов системой Mtwo и временное пломбирование пастами «Метапекс» и «Метапаста». Результаты метода подтверждены рентгенологически – редукцией очагов деструкции костной ткани в периапикальной области.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барер Г. М., Царев В. Н., Овчинникова И. Л. Комплексное антибактериальное лечение апикального периодонтита // Клиническая стоматология. 1999. №1. С. 18-22.
2. Боровский Е. В. Клиническая эндодонтия. – М.: АО «Стоматология», 1999. – 175 с.
3. Иванов В. С., Урбанович Л. И., Бережной В. П. Воспаление пульпы зуба. – М.: Медицина, 1990. – 208 с.
4. Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М. Эндодонтическое лечение периодонтитов. Учебное пособие. – СПб., 2000. – 88 с.
5. Siqueira J. J. F., Rocas I. N., Magalhaes F. A. et al. Antifungal effects of endodontic medicaments // Aust. Endod. J. 2001. V. 27. №3. P. 112-114.

Современный подход к лечению периодонтита

О.Г. УРСЕГОВА, О.Р. СОКОЛОВА, Р.Г. БУЯНКИНА

ООО «СтомКрамз», г. Красноярск

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Лечение периодонтита остается актуальной проблемой в стоматологии на протяжении последних десятилетий. При хроническом верхушечном периодонтите фактором, поддерживающим хронический воспалительный процесс в периодонте, способствующим образованию деструкции в периапикальных тканях и как следствие формированию кисты, свищевого хода, является бактериальное депо в дентинных канальцах системы корневого канала. Важно, что при этом заболевании отмечается высокая инфицированность дентина, бактерии также проникают в цемент, что обуславливает возможность рецидивирующего течения (Боровский Е. В., 2003; Максимова О. П., 2005). Учитывая высокую инфицированность системы каналов корня зуба, важным компонентом лечения периодонтита является антимикробная обработка системы микро- и макроканалов. В процессе лечения рекомендуется как одномоментное (при удалении инфицированной пульпы), так и пролонгированное (между посещениями) антисептическое воздействие. В современной эндодонтической практике не существует универсального средства, способного уничтожить все многообразие микрофлоры в тканях зуба.

Антисептические растворы, такие как гипохлорит натрия, в сочетании с комплексами ЭДТА, обеспечивают хорошую санацию поверхностных слоев дентина. Применение средств на основе ЭДТА для расширения корневых каналов и гипохлорита натрия для

ирригации системы корневых каналов не вызывает сомнения, и обсуждаются вопросы фармакологической формы, процентного содержания вещества в растворе, температуры используемого средства. Однако при кратковременной обработке невозможно добиться удаления всех микроорганизмов из дентина и цемента, а пролонгированным действием эти антисептики не обладают. Из огромного арсенала средств и методов пролонгированного воздействия на систему корневого канала на сегодняшний день при лечении периодонтита используют средства, относящиеся к разным фармакологическим группам и имеющие различные сферы влияния на процессы, происходящие при воспалении в периодонте и системе корневого канала (Максимова О. П., 2002; Чиликин В. Н., 2002; Боровский Е. В., 2003).

Выбор препарата для медикаментозного воздействия на систему корневых каналов определяется врачом и зависит от конкретной клинической ситуации, показаний и противопоказаний, оснащения клиники, собственных предпочтений доктора. Готовые фармакологические формы препаратов для лечения корневого канала на основе антисептиков, антибиотиков, кортикостероидов позволяют обосновать выбор средства лечения в конкретной клинической ситуации. Несмотря на широкий арсенал средств медикаментозного воздействия на систему корневого канала, в ситуации лечения деструктивных форм периодонтита, выбор стоматолога за препаратами на основе гидроокиси кальция,

так как в данной ситуации важной составляющей является стимуляция репаративных процессов в костной ткани периапикальной области. Средства, имеющие в своем составе гидроокись кальция, как для временного, так и для постоянного пломбирования корневых каналов, используются давно. В литературе имеются данные о высокой эффективности данных препаратов при лечении деструктивных форм периодонта (Шопен Ф., 1997; Спектор С. М., 2002).

В условиях стоматологической клиники ООО «СтомКрамз» при лечении деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита применяется препарат Calasept (производитель Nordiska Dental AB, Швеция) с 2000 года. Препарат Calasept обладает выраженным антибактериальным действием. При прямом контакте препарата с тканями 99,9% бактерий, присутствующих в корневом канале, погибают за 1-6 мин. Корневые каналы и околоверхушечные ткани становятся стерильными через 1-4 недели после заполнения канала. Кроме того, Calasept активно участвует в растворении некротических тканей, которые являются питательной средой для микроорганизмов. При контакте с жизнеспособными тканями он индуцирует регенерацию, приводит к образованию твердотканевого дентинно-цементного барьера в пульпопериодонтальной области и восстановлению костной ткани в очаге поражения (Шопен Ф., 1997; Кротов В. В., 2005).

Условия участкового принципа работы на предприятии и диспан-