

О.И. Филиппова,
врач-стоматолог-терапевт,
врач высшей категории
Стоматологическая поликлиника
Губкинского городского округа,
Белгородская обл.

Некоторые клинико-рентгенологические примеры применения технологий и пломбировочных материалов в эндодонтии

Одной из важных проблем стоматологии, несмотря на многочисленность исследований, является лечение осложненного кариеса зуба: пульпита и периодонтита. Длительное воспаление верхушечного периодонта может привести к потере функциональной пригодности зубов, а также представляет собой серьезную угрозу развития хронических состояний (очаговообусловленных заболеваний).

Немаловажным условием успеха лечения является соблюдение мер по обеспечению асептики и антисептики в эндодонтии. А именно наложение коффердама, дезинфекция операционного поля, полное удаление кариеса и неплотно прилегающих пломб, полное препарирование корневых каналов и удаление смазанного слоя, герметичная obturation корневого канала. Особенно важно соблюдение асептики, когда речь идет о депульпировании интактных зубов в целях ортопедического лечения, о лечении пульпита, острого периодонтита, о недопустимости выведения за апекс инфицированных корневых инструментов, штифтов, содержимого корневых каналов, что нередко происходит при неаккуратном препарировании каналов.

При эндодонтическом лечении необходимо поделиться с методом пломбировки корневых каналов. Пломбировочные материалы для пломбирования корней зубов следует подбирать индивидуально, с учетом возраста пациента, общего состояния здоровья, локализации и характера воспалительного процесса в пульпе зуба и других факторов.

В стоматологической практике (непосредственно в нашей стоматологической поликлинике) применяются

пасты на основе окиси цинка и эвгенола, а именно Эндометазон (Septodont), Тиэдент (ВладМиВа); для повышения надежности obturation канала используются гуттаперчевые штифты и эндодонтические obturаторы Термафил с AN plus (Dentsply).

Эндометазон и Тиэдент содержат смесь кортикостероидов, улучшающих трофику тканей и значительно сокращающих частоту и силу болезненных периапикальных реакций. За счет содержания в них эвгенола, выведенный за верхушку материал подвергается рассасыванию, не успев затвердеть.

Работа проводится по классическим стандартам эндодонтии:

1. Адекватная диагностика
2. Полное препарирование каналов
3. Плотная obturation
4. Динамическое наблюдение

Мною проведено эндодонтическое лечение с клинико-рентгенологической оценкой его ближайших и отдаленных результатов у трех групп больных, в лечении которых использовались различные методики подготовки корневых каналов и их пломбирования:

- I. Заполнение только пастой (Эндометазон или Тиэдент);
- II. Холодная латеральная конденсация гуттаперчевых штифтов;
- III. Obturation каналов obturаторами Термафил с термостабильным полимерным эндогерметиком AN Plus.

Рентгенологическое исследование проводилось как в процессе эндодонтического лечения (контроль глубины обработки, формирования и пломбирования корневых каналов), так и после лечения (оценка

качества заполнения каналов) в сроки 1 и 6 мес, более 3 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первый метод

В I группу включили 29 пациентов, из них 11 — с хроническим верхушечным периодонтитом (ХВП) в стадии обострения. После пломбировочных материалов у всех пациентов с ХВП при случайном выведении материала за верхушку корня реакция на пломбирование отсутствовала. Улучшение общего состояния и исчезновение клинических симптомов обострения периодонтита отмечалось у всех пациентов на 3–5-й день после первичного обращения.

Через 5–6 мес, по данным рентгенологического исследования, имела место регенерация костных структур у 5 пациентов с ХВП, выведенный пломбировочный материал рассосался. Через 3 года и более у 4 пациентов пломбировочная паста рассосалась в апикальной трети корней зубов, появилось расширение периодонтальной щели.

В последнее время установлено, что даже при наличии обширных периапикальных изменений бактерии в подавляющем большинстве находятся в системе корневых каналов и если обнаруживаются за верхушкой корня, то редко и в незначительных количествах. Поэтому причиной патологических изменений в периодонте и окружающей экстрарадикулярной ткани следует считать, главным образом, патогенные действия продуктов распада внутрикорневых бактерий. Апикальный периодонтит представляет собой иммунный ответ на эндодонтическую инфекцию. Терапевтическая задача прекращения заапикальных патологических процессов представляет собой устранение или существенное понижение степени инфицированности эндодонта до такого уровня, чтобы иммунная система пациента сумела защитить пораженные ткани за пределами верхушек корней и способствовала их восстановлению. Для этого иммунная система должна быть в «соответствующей форме», поэтому от уровня ее «возможности» и будет зависеть эффективность эндодонтического лечения.

Например, пациент А., 1974 года рождения, в 2002 г. лечил зуб 3.6 по поводу обострения хронического гранулематозного периодонтита (рис. 1). Лечение выполнили по методу 1 пломбирования каналов, а именно заполнением корневых каналов только пастой «Эндометазон». В процессе пломбирования материал был несколько выведен за верхушки корней. Уже через полгода был виден положительный результат со стороны периодонта — восстановление периапикальной костной ткани (рис. 2). Выведенный пломбировочный материал рассосался в большей степени. В течение 10 лет после ежегодного рентгенологического контроля отмечалась регенерация костной ткани, гранулемы практически исчезли (рис. 3).



Рис. 1. Больной А., 39 лет: в 2002 г. зуб 3.6 пролечен по поводу обострения хронического периодонтита. Состояние периодонтальных тканей: деструктивные изменения в области корней



Рис. 2. Состояние периодонтальных тканей через 1 год после лечения: уменьшение размеров деструктивных очагов и уменьшение плотности костной ткани



Рис. 3. Состояние периодонтальных тканей через 10 лет после лечения: в области дистальных корней деструктивные очаги исчезли, плотность костной ткани повысилась, незначительные деструктивные изменения в области медиального корня

Второй метод

Во II группу включили 35 пациентов, из них 7 — с хроническим периодонтитом. Провели лечение с холодной латеральной конденсацией гуттаперчевых штифтов, в общей сложности 38 зубов.

Пломбирование гуттаперчей в наибольшей степени соответствует основным требованиям к материалу. Заполнение канала гуттаперчей методом боковой (латеральной) конденсации холодных гуттаперчевых штифтов с силером (герметиком) считается одним из самых надежных методов пломбирования корневых каналов. При этом эффективность бокового уплотнения определяется тщательностью очистки корневого канала.

Во II группе пациентов уже через две недели после пломбирования воспалительные процессы стихали, а через год происходило восстановление тканей периодонта. Анализ ближайших и отдаленных результатов свидетельствовал о высокой лечебной эффективности. Через 3 года у 7 пациентов с зубами, пролеченными

по поводу периодонтита, отмечена положительная динамика — ликвидация костных деструктивных изменений в периапикальных тканях, у остальных пациентов патологии в области периодонта вылеченных зубов не обнаружено.

Третий метод

В III группе пациентов лечили с применением obturаторов Термафил. Всего вылечено 35 зубов у 32 пациентов, из них 3 зуба с хроническим верхушечным периодонтитом.

Термафил — это система пломбирования корневых каналов зуба разогретой гуттаперчей на пластиковом носителе (obturatorе). При разогревании гуттаперча становится пластичной и плотно запечатывает не только

основной канал зуба, но и небольшие дополнительные каналы, неровности, пространства. Высокая герметичность пломбирования значительно снижает риск развития микроорганизмов в корневом канале. Это позволяет использовать вместе с Термафил менее токсичные пломбировочные пасты и в меньшем количестве. Поэтому ускоряется процесс пломбирования каналов, что актуально при эндодонтическом лечении зубов.

В практической деятельности после obturации каналов с Термафил 26 пациентов предъявляли жалобы на дискомфорт и боли при накусывании в течение 5–6 дней. При соответствующем физиотерапевтическом лечении боли исчезали значительно быстрее. Спустя 6 мес при рентгенологическом исследовании у всех пациентов III группы отмечена положительная динамика: ликвидация костных деструктивных изменений в периапикальных тканях.

Через 3 года и более среди обследованных пациентов патологии в области корней не обнаружено (рис. 4, 5); в одном зубе (однокорневом), пролеченном по поводу хронического периодонтита, отмечено формирование периодонтальной щели.

ВЫВОДЫ

Сравнительный клинко-рентгенологический анализ ближайших и отдаленных результатов эндодонтического лечения осложненного кариеса зубов с использованием усовершенствованных методов подготовки корневых каналов с последующим пломбированием их гуттаперчевыми штифтами по способу латеральной конденсации и системой «Термафил» свидетельствовал об их высокой лечебной эффективности.



Рис. 4. Больной Р., 55 лет: корневой канал зуба 4.4 запломбирован системой «Термафил» в 2002 г.



Рис. 5. Больной Р.: состояние периодонта через 6 лет

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беер Р., Бауман М.А., Кувельбаса А.М. Иллюстрированный справочник по эндодонтии. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. 240 с.
2. Максимова О.П., Петлев С.А. Клинические размышления о биологических основах и путях развития эндодонтии сегодня. — Клиническая стоматология. — 2002; 3: 22—26.
3. Лечение каналов зубов с использованием системы «Термафил». — URL: www.stomatolog-kzn.ru/article/98/.
4. Овсяян А.П. Эндодонтия в XXI веке. — *Новости Dentsply*. — 2001; 6: 22-8.