

УДК 616.311.2

М.В. Липунова, К.Г. Саввиди, Г.Л. Саввиди, И.Я. Пиекалнитс,
Ю.В. Иванова, Ю.В. Галкина

Возможности применения «Триоксидента» для пломбирования апикальной части каналов корней зубов

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

В статье приводятся результаты перепломбирования 42 зубов (25 моляров и 17 премоляров) верхней и нижней челюсти с использованием материала «Триоксидент» (Владмива) у 56 пациентов (26 женщин и 30 мужчин) в возрасте 62–75 лет. Изучение результатов лечения в сроки два–четыре года после наложения протезов выявило развитие вторичного травматического синдрома у 3 пациентов, потребовавшего удаления зубов. У остальных больных с перелеченными каналами корней существенных изменений в периапикальных тканях не выявлено. Данный пломбировочный материал для запечатывания апикальных отделов каналов корней зубов при повторном эндодонтическом лечении показал свою достаточную эффективность.

Ключевые слова: запечатывание апикальных отделов корней зубов, эндодонтическое лечение, триоксидент.

Possibilities of application of "Trioksident" for sealing of apikalny part of canals of fangs

M.V. Lipunova, K.G. Savvidi, G.L. Savvidi, I.Ya. Piekalnite,
Yu.V. Ivanova, Yu.V. Galkina

Tver State medical academy

The results of filling of 42 teeth (25 molars and 17 premolars) of the upper and lower jaw using «Trioxydent» material in 56 patients (26 females and 30 men) aged 62–75 years are given in the article. The study of treatment results during 24 years after prosthesis placement has revealed secondary traumatic syndrome development in 3 patients, the teeth were extracted. In remained patients who had root canals retreated essential changes in periapical tissues have not been detected. It may be stated the filling material is sufficiently effective to seal apical portions of dental root canals when endodontic treatment is repeated.

Key words: sealing of apical portions of dental roots, endodontic treatment, trioxydent.

Повторное эндодонтическое лечение зубов, как правило, показано при сохраняющихся остаточных болях, наличии деструктивных изменений в периапикальных тканях, а также при необходимости использования зубов в качестве опор мостовидных протезов. В подобном вмешательстве чаще всего

нуждаются зубы, вылеченные с применением цемента без должной эндодонтической обработки каналов. «Монопломбы» также не обладают необходимой пластичностью, что приводит к неполной obturации апикальной части корневого канала, микропротечкам и развитию деструктивных очагов у верхушек корней. Сохранить эти зубы возможно только после удаления корневой пломбы, тщательной эндодонтической обработки и надежной obturации системы каналов корня. Однако в результате распломбирования магистрального канала корня и его обработки апикальные сужения оказываются, как правило, разрушенными, не имеют строгой геометрической формы, что делает невозможным как припасовку гуттаперчевых штифтов, так и использование текучих эпоксидных силеров, эффективно применяемых в каналах без нарушений в апикальной зоне. Вместе с тем obturация апикальной части магистрального канала необходима для исключения микропротечек. Также требованиям отвечает ProRoot Densply или его отечественный аналог «Триоксидент» (Владмива). «Триоксидент» является водонепроницаемым биосовместимым бактерицидным цементом. Его широко используют для ретроградного пломбирования и закрытия перфораций корней зубов. Обладая всеми положительными свойствами ProRoot Densply, используемого в эндодонтии, «Триоксидент» стоит значительно дешевле, что делает его доступным для применения в клинике.

Цель исследования

Провести клиническую оценку эффективности применения материала «Триоксидент» для obturации апикальных отделов каналов корней зубов при повторном эндодонтическом лечении перед протезированием.

Материалы и методы

В клинику кафедры стоматологии ФПДО ТГМА обратились 56 пациентов (26 женщин и 30 мужчин) в возрасте 62–75 лет для подготовки зубов к протезированию несъемными протезами. Рентгенологическое обследование депульпированных ранее зубов показало необходимость перепломбирования 42 зубов (25 моляров и 17 премоляров верхней и нижней челюсти), которые планировали использовать в качестве опор мостовидных протезов или с целью восстановления искусственными коронками анатомической формы зуба. На рентгенограммах выявлена недостаточная obturация корневых каналов, «пропущенные» каналы, очаги деструкции костной ткани у верхушек корней

После осмотра и сбора анамнеза по рентгенограммам выявляли степень изгиба и толщину стенок каналов корней, уровень их obturации.

Получив добровольное информированное согласие на лечение, у пациентов удаляли дефектные пломбы и проводили дезobturацию каналов корней. При выраженном изгибе корней пломбы из цемента удаляли с помощью вращающихся эндодонтических инструментов, а также вручную с

использованием гибких инструментов, лубрикантов и раствора гипохлорита натрия по существующим стандартам. Каналы тщательно промывали и подсушивали. В апикальную зону с помощью спредера вводили свежезамешанную массу «Триоксидент» (Владмива) и уплотняли вручную гибким инструментом. После тщательной obturации апикальной трети каналов материалом «Триоксидент» проводили дозированный электрофорез гидроксида меди кальция с целью достижения надежной obturации механически недоступных участков системы каналов корней, импрегнации их соединениями меди. Свободную часть канала промывали 5% взвесью высокодисперсной гидроокиси кальция на дистиллированной воде, после чего канал заполняли суспензией гидроксида меди кальция. Небольшое количество суспензии распределяли по дну полости и проводили сеанс депофореза (Д7,5 мА x мин) с помощью отечественного прибора для проведения дозированного электрофореза гидроксида меди кальция фирмы Геософт. Силу тока подбирали индивидуально, она составляла 0,7–1,0 мА. Далее полость закрывали временной пломбой, сделав в ней отверстие для оттока экссудата, образующегося после проведения депофореза купралом. Инфицирование канала исключалось благодаря высокой бактерицидности последнего. Повторный сеанс депофореза назначали через 7 дней. Количество электричества на каждый канал составляло 15 мА x мин. После завершения второго сеанса депофореза свободные части корневых каналов промывали, подсушивали и пломбировали гуттаперчевыми штифтами и силером АН plus методом латеральной конденсации. Коронки зубов восстанавливали упроченным стеклоиономерным цементом, протезировали металлическими штампованными или металлокерамическими искусственными коронками.

Результаты и их обсуждение

Проведенные клинические наблюдения и изучение отдаленных результатов эндодонтического лечения не выявили каких-либо осложнений в сроки два–четыре года после наложения протезов. Только у трех пациентов спустя 2 года было отмечено развитие вторичного травматического синдрома, зубы были удалены и проведено повторное протезирование. В остальных случаях пациенты во время осмотра жалоб не предъявляли. Слизистая оболочка полости рта в области опорных зубов мостовидных протезов была без видимых патологических изменений, перкуторная реакция отсутствовала. На контрольных рентгенограммах зубов с «перелеченными» каналами корней существенных изменений в периапикальных тканях не выявлено

Заключение

Таким образом, можно констатировать что использование биосовместимого цемента «Триоксидент» (Владмива) для запечатывания апикальных отделов каналов корней при повторном эндодонтическом лечении дает

положительный результат. Обтурация верхушечных участков каналов позволяет использовать дозированный электрофорез купрала для стерилизации системы каналов корней и импрегнации дентина сульфидами меди, не опасаясь избыточного ощелачивания периапикальных тканей и последующего асептического воспаления периодонта. Сочетание методики obturation апикальных отделов корневых каналов материалом «Триоксидент» и последующего депофореза купралом значительно улучшает качество эндодонтического лечения и, соответственно, протезирования.

Литература

- 1) Орехова Л.Ю., Перхун Т.В., Лавров И.К. Особенности эндодонтического лечения зубов у лиц пожилого возраста // Эндодонтия Today, 2008. – № 1. – С. 35–42.
- 2) Боровский Е.В. Проблемы эндодонтического лечения зубов // Клиническая стоматология, 1997. – № 2. – С. 5–8.
- 3) Алпатов В.Г., Кисельников Л.П. Клиникорентгенологическая оценка эффективности различных технологий эндодонтического лечения постоянных зубов у подростков и лиц молодого возраста // Эндодонтия Today, 2012. – № 2. – С. 35–41.
- 4) Дрожжина В.А., Абрамова Н.Е. Обоснование выбора obturationного материала при повторном эндодонтическом лечении // Материалы 13й международной конференции челюстнолицевых хирургов и стоматологов. – СПб., 2008. – С. 172.
- 5) Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л., Ратников К.Е. Особенности психологии пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов и выбор тактики ортопедического лечения // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. - Т. 10. - № 1. - С. 29-34.
- 6) Липунова М.В., Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л. Особенности эндодонтического лечения зубов перед протезированием несъемными конструкциями протезов // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. - Т. 9. - № 3. - С. 14-15.
- 7) Саввиди Г.Л. Методика функционального оформления дистального отдела базиса полного протеза верхней челюсти // Стоматология. - 1992. - № 1. - С. 72.
- 8) Липунова М.В., Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л. Опыт повторного эндодонтического лечения зубов с плохо проходимыми каналами корней при подготовке рта к протезированию // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. - Т. 7. - № 4. - С. 16-17.
- 9) Саввиди Г.Л. Модифицированная методика объемного моделирования базиса полного объемного протеза // Стоматология. - 1997. - № 1. - С. 37.
- 10) Саввиди Г.Л., Саввиди К.Г. Методика функционального оформления внутренней поверхности базиса протеза нижней челюсти при подвижных складках слизистой // Стоматология. - 1999. - № 4. - С. 42.
- 11) Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л. Клиническая оценка эффективности применения эластичного самополимеризующегося силиконового

материала «ufi gel sc» для перебазирования полных съемных имедиат-протезов // Верхневолжский медицинский журнал. - 2008. - Т. 6. - № 1. - С. 7-9.