



Рис. 1. Количество зубов с кариесом (компонент «К») в структуре индекса КП под коронками в зависимости от возраста пациентов, %

Максимальное количество зубов под ортопедическими конструкциями, пораженных кариесом,

Луцкая И.К., Федоринчик О.В.

ВРЕМЕННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРЕПАРАТАМИ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА

БелМАПО, г. Минск, Беларусь

Несмотря на усилия ученых и практиков, разрабатывающих новые средства и методы воздействия на патологические измененные ткани зуба и периодонта, процент успешного лечения не достигает максимальных значений. По данным различных авторов, после пломбирования корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи осложнения составляют от 5 до 20%.

Повышение эффективности терапии пульпита и апикального периодонтита обеспечивается качественной механической медикаментозной обработкой каналов. Однако микрофлора в виде биопленки в недоступных участках системы корневых каналов не удаляется современными инструментами и ирригацией при лечении в одно посещение [1,2,3].

Дезинфекция корневых каналов с помощью гидроксида кальция перед obturацией значительно снижает периапикальное воспаление по сравнению с obturацией без дезинфекции [1,3].

Результаты проведенных исследований дезинфекции дентинных канальцев показали, что $\text{Ca}(\text{OH})_2$ в чистом виде не всегда эффективен для уничтожения микробов. При наличии устойчивой к медикаментозному воздействию микрофлоры (часто проявляющейся на рентгенограмме деструктивными изменениями в области тканей апикального периодонта) более эффективным оказалась паста гидроксида кальция с йодоформом. Паста с йодоформом в сочетании с 2% раствором хлорексидина (экспозиция 1-2 мин.) повышает антимикробную активность, особенно против резистентных микроорганизмов [1,2].

В соответствии с рекомендациями большинства фирм, изготавливающих пасты на основе гидроксида кальция, длительность пребывания в зубе составляет около 14 дней, что создает некоторые неудобства в работе, часть пациентов не за-

отмечено у пациентов 65 лет и старше (58,7%). Несколько меньше зубов с кариозным разрушением было выявлено у больных 18–24 года (53,8%). У пациентов в возрасте 45–54 года компонент «К» в структуре индекса КП под коронками составлял около половины всех наблюдений (48,1%). В возрастных группах 35–44 и 55–64 года количество кариозных зубов под коронками отличалось незначительно (42,2% и 44,1%). Меньше всего зубов с кариозным поражением отмечено у пациентов 25-34 года (37,6%).

вершают лечение, забывая о необходимости повторного посещения стоматолога. С другой стороны, результаты научных исследований показали, что названные пасты вызывают полную инактивацию различных видов микроорганизмов в течение 12-72 часов в зависимости от их штаммов [1,2].

Результаты собственных клинических исследований и литературные данные позволили сформулировать *показания к временному пломбированию корневых каналов* при лечении осложненного кариеса.

Временное пломбирование пастой на основе гидроксида кальция показано при: 1) хроническом пульпите с закрытой полостью зуба, имеющем 2 и более корневых канала; 2) хроническом апикальном периодонтите с закрытой полостью зуба, имеющей 2 и более корневых канала; 3) остром апикальном периодонтите пульпарного происхождения с закрытой полостью зуба.

Временное пломбирование пастой на основе гидроксида кальция и йодоформом показано при: 1) остром гнойном пульпите с открытой и закрытой полостью зуба после снятия острых явлений; 2) хроническом язвенном пульпите с открытой и закрытой полостью зуба; 3) хроническом гиперпластическом пульпите с открытой и закрытой полостью зуба; 4) некрозе пульпы с открытой и закрытой полостью зуба; 5) остром апикальном периодонтите пульпарного происхождения с открытой полостью; 6) хроническом апикальном абсцессе со свищем с открытой и закрытой полостью; 7) хроническом апикальном абсцессе без свища с открытой и закрытой полостью зуба.

Не требуют временного пломбирования однокорневые зубы с хорошо проходимыми корневыми каналами при: 1) остром серозном пульпите; 2) хроническом (простом) пульпите с закрытой

полостью зуба; 3) хроническом апикальном периодонтите с закрытой полостью зуба.

Таким образом, с целью дополнительной антисептической обработки корневых каналов, по показаниям, рекомендуется использовать временное пломбирование препаратами на основе гидроксида кальция на 48 часов. При лечении пульпита без изменений в области апикального периодонта с этой целью используется паста на основе водного раствора гидроксида кальция. При пульпите с деструктивными изменениями в области апикального периодонта, хроническом периодонтите, остром и обострении хронического (после снятия острых явлений) каналы дополнительно обрабатывают 2% р-ром хлоргексидина (1-2 мин.), после чего временно пломбируют пас-

той на основе гидроксида кальция с йодоформом.

Литература

1. Исследование микробной контаминации зубных карманов и корневых каналов зубов / Луцкая И.К., Коломиец Н.Д., Федоринчик О.В [и др.] // Материалы 10-й науч.-практ. конф. по стоматологии в рамках 7-й междунар. спец. выставки «Стоматология Беларуси 2011».- Минск, 2011.- С. 27-31.
2. Федоринчик О.В. Микробная контаминация корневых каналов на этапах их обработки// Актуальные вопросы медицинской науки и практики: к 80-летию БелМАПО: материалы конгресса «Новые подходы в системе последиplomного обучения и подготовки специалистов» // ARS MEDICA. – 2011. - №14(50).- С.406-407.

Удод А.А., Антипова И.М.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КИСЛОУСТОЙЧИВОСТЬ ЭМАЛИ ЗУБОВ И ЕЁ ПРОЗРАЧНОСТЬ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Минерализация эмали зубов является, как известно, одной из характеристик, в значительной мере определяющей резистентность её к действию кариесогенных факторов. О минерализации можно судить по устойчивости эмали к действию кислот. Среди различных методов оценки кислотоустойчивости в клинической практике наиболее часто используется показатель структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали (СФКУЭ) по тесту эмалевой резистентности (ТЭР). В последние годы в связи с развитием реставрационных технологий и формированием принципиально нового направления, получившего название «эстетическая стоматология», возрос интерес к оценке эстетических параметров зубов – анатомической формы, цвета и прозрачности. Последняя, безусловно, определяется структурой и химическим составом эмали. Однако этот аспект пока остался за пределами внимания исследователей. Именно поэтому представляется интересным параллельное исследование структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали и её прозрачности.

Целью нашего исследования явилось изучение коррелятивных взаимоотношений показателей структурно-функциональной кислотоустойчивости по тесту эмалевой резистентности и прозрачности эмали, которую определяли с помощью компьютерного анализа цифрового изображения, у лиц разного возраста.

Были обследованы 104 пациента в возрасте от 18 до 40 лет. Пациенты были разделены на две равные группы (52 человека) по возрастному принципу (первая группа – обследованные 18-25 лет, вторая – пациенты 30-40 лет). У всех пациентов проводили определение индекса интенсивности поражения зубов кариесом, гигиениче-

ского индекса Федорова-Володкиной, структурно-функциональной кислотоустойчивости по тесту эмалевой резистентности.

Исследования структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали проводили по методике, разработанной В. Р. Окушко, Л. И. Косаревой (1983), на интактных центральных резцах верхней челюсти. В основу этого метода положен колориметрический подход к оценке глубины микродефектов эмали после дозированной кислотной травмы с последующим окрашиванием протравленного участка и визуальной оценкой интенсивности с помощью стандартной десятибалльной шкалы синего цвета. Получали количественную оценку, выраженную в баллах, и принимали ее за показатель структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов.

Показатели прозрачности эмали определяли на тех же интактных центральных резцах с помощью компьютерной обработки цифрового изображения, используя разработанный оригинальный программный продукт «LEKA». Цифровое фото выполняли в режиме «макросъемка» и «точечный экспозамер» с соблюдением необходимых параметров проведения фотосъемки при естественном освещении. Изображение, сохраненное в формате JPEG, транспортировали в компьютерную базу пациентов. Введенное в программу изображение зуба увеличивали, выделяли несколько зон на режущем крае, программа автоматически осуществляла анализ показателей выделенных областей, все данные выводились на экран. Прозрачность измеряли в условных единицах в диапазоне от 0 (непрозрачная зона) до 10 (прозрачная).

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты. Индекс ин-