

# Особенности эндодонтического лечения зубов перед протезированием несъемными конструкциями протезов

Категория: [Стоматология](#)

*М.В. Липунова, К.Г. Саввиди, Г.Л. Саввиди*

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ», кафедра стоматологии ФПДО.

## Библиографическая ссылка на статью:

Липунова М.В., Саввиди К.Г., Саввиди Г.Л. Особенности эндодонтического лечения зубов перед протезированием несъемными конструкциями протезов //Верхневолжский медицинский журнал.-2011.-Т.9. Вып.3 №11 – С.14-15.

Качественное эндодонтическое лечение зубов, используемых в качестве опор для несъемных конструкций протезов, является обязательным условием эффективного ортопедического лечения. Подготовка к протезированию металлокерамическими и метал-лопластмассовыми протезами нередко требует депульпирования зубов.

Эндодонтическое лечение проводилось нами при зубоальвеолярном удлинении и зубов на 1,5–2 мм, значительном наклоне их в сторону дефекта, аномалии положения, а также при разрушении естественных коронок, когда было показано применение культевых литых вкладок.

Успех эндодонтического лечения во многом определяется качеством пломбирования каналов корней, трехмерной герметизацией всей разветвленной системы каналов, играющей роль надежного барьера между полостью зуба и периодонтом [4]. Эндодонтическое лечение с использованием гибких инструментов и соблюдением современных стандартов обработки каналов корней позволяет качественно запломбировать магистральные каналы [1, 3]. С целью дополнительной obturации ответвлений от макроканала, а также стерилизации системы каналов нами был использован депофорез гидроокиси меди-кальция. Этот метод, предложенный А. Кнаппвостом, позволяет добиться плотной obturации дентальных трубочек и ответвлений каналов слаборастворимыми соединениями, сульфидами меди. Ионы купрала стерилизуют каналы корня [2, 4].

Целью настоящего исследования явилось изучение отдаленных результатов эндодонтического лечения каналов корней зубов перед протезированием.

## **Материал и методы**

Проведено лечение 82 зубов (24 премоляра и 58моляров верхней и нижней челюстей) у 56 пациентов (22 мужчины и 34 женщины) в возрасте от 48 до 76 лет.

При депульпировании зубов по ортопедическим показаниям (27 моляров и 15 премоляров) после девитализации пульпы проводили эндодонтическую обработку каналов, включающую прохождение и

формирование канала, создание апикального упора и обработку стенок канала корня по существующим стандартам.

Применение депофореза гидроокиси меди-кальция в зубах с хорошо проходимыми каналами корней нередко вызывает опасность выведения ионов купрала в периодонт в большом количестве с последующим развитием асептического воспаления, что сопровождается появлением резких болей.

Исходя из этого после подсушивания апикальную часть канала заполняли материалом «Кальцин-пульпин Плюс» («Омега Дент») на основе гидроокиси кальция. Быстро отверждающаяся временная корневая пломба позволяла изолировать периодонт от избытка ионов купрала и тем самым избежать раздражения периапикальных тканей. Затем в канал вводили гидроокись меди-кальция («Купрал»), проводили сеанс депофореза ( $D = 7,5 \text{ мА} \times \text{мин}$ ). Кариозную полость закрывали временной пломбой, создавали отверстие в пломбе для оттока осмотически выделяющейся в канал жидкости. Повторный сеанс депофореза проводили через 7-8 дней. Суммарная доза соответствовала  $15 \text{ мА} \times \text{мин}$  в каждом канале. После завершения депофореза временную корневую пломбу удаляли, канал повторно обрабатывали и пломбировали гуттаперчевыми штифтами и силером AN plus методом латеральной конденсации.

В тех случаях, когда прохождение каналов корней и дальнейшая эндодонтическая обработка были затруднены из-за выраженного изгиба корней или вследствие облитерации в области верхушек, каналы расширяли не менее чем на  $1/2$  длины. Депофо-рез гидроокиси меди-кальция проводили дважды с интервалом 7-8 дней. Суммарная доза составляла  $15 \text{ мА} \times \text{мин}$  при лечении каждого канала. После завершения депофореза проходимую часть каналов корней пломбировали атацамитом или материалом «Купродент».

В 42 случаях в качестве опорных зубов планировали использовать ранее депульпированные зубы, требующие повторного эндодонтического лечения. Каналы корней распломбировывали на  $2/3$  длины, затем проводили депофорез с гидроксидом меди-кальция ( $D = 5 \text{ мА} \times \text{мин}$ ) трижды с перерывом в 7-8 дней. Суммарная доза составляла  $15 \text{ мА} \times \text{мин}$  при лечении каждого канала. После завершения депофореза проводили дальнейшую дезобтурацию каналов, обрабатывали их и пломбировали гуттаперчей и силером методом латеральной конденсации.

При безуспешных попытках распломбировать и пройти каналы корней (14 зубов) до верхушек мы проводили депофорез гидроксида меди-кальция трижды ( $D = 5 \text{ мА} \times \text{мин}$ ), после чего проходимые участки каналов заполняли атацамитом или материалом «Купродент». Коронки зубов восстанавливали упроченным стеклоиономерным цементом, а затем протезировали коронками.

## **Результаты и обсуждение**

Изучение отдаленных результатов лечения зубов проводили через 2 года и более. Контрольную группу составили 55 пациентов, у которых эндодонтическое лечение зубов перед протезированием проводилось без использования гидроокиси меди-кальция.

При повторных осмотрах обращали внимание на ткани, окружающие зубы, перкуторную реакцию, данные рентгенографии. На повторные осмотры явилось 52 пациента основной и 35 пациентов контрольной групп.

При осмотрах зубов пациенты жалоб не предъявляли, перкуссия зубов была безболезненной. У всех больных зубы были покрыты искусственными коронками, слизистая оболочка в области опорных зубов была без патологических изменений.

В основной группе на контрольных рентгенограммах зубов, вылеченных с использованием гидроксида меди-кальция, в  $73,9 \pm 0,2\%$  изменений в периапикальных тканях не отмечалось. Не выявлялись очаги резорбции костной ткани у верхушек корней. Значительно реже, чем в контрольной группе, отмечалось расширение периодонтальной щели у верхушек зубов ( $3,8 \pm 0,3\%$  основной группы и  $34,1 \pm 0,2\%$  контрольной.  $P < 0,001$ ). В контрольной группе у верхушек корней двух моляров отмечались очаги резорбции костной ткани диаметром  $2,0 \times 2,5$  мм.

Результаты повторного эндодонтического лечения зубов с очагами деструкции костной ткани в области верхушек корней (14 зубов) у пациентов среднего возраста показали, что, несмотря на дополнительную нагрузку, которую испытывали в мостовидных протезах опорные зубы, вылеченные с использованием депофореза, очаги деструкции не только не увеличивались, но и частично замещались костной тканью.

Таким образом, использование депофореза гидроксида меди-кальция при депульпировании зубов перед протезированием, а также при повторном эндодонтическом лечении в дозе  $15 \text{ мА} \times \text{мин}$  позволяет импрегнировать дентинные трубочки сульфидами меди, обеспечивать длительную стерильность в системе каналов, тем самым повышая качество эндодонтического лечения зубов.

## **Литература**

1. Абрамова Н.Е., Леонова Е.В. Опыт повторного эндодонтического лечения зубов с плохим прогнозом на успех // Эндодонтия Today. - 2003. - № 1-2. - С. 60-65.
2. Кнаппвост А. Депофорез гидроксида меди-кальция // Клиническая стоматология. - 1998. - № 2. - С. 12-15.
3. Николаев А. И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология. - СПб., 2001. - 390 с.
- 4 Румянцев В.А. Наностоматология. - М., 2010. - С. 133— 136