давления, и избежать возникновения краевой щели, и как следствие вторичного кариеса, так как получается улучшенная связь композита с твёрдыми веществами зуба. При применении предлагаемой матрицы, мы можем избежать создания ингибированного кислородом слоя, за счёт плотного прижатия предлагаемой матрицы к пломбировочному материалу и в связи с этим, полимеризации материала без доступа кислорода. С помощью подачи воздуха, подогретого до температуры 37^0 усиливается процесс полимеризации. Тем самым значительно снижается содержание остаточного мономера и возможность раздражения тканей пульпы.

Матрица удобна для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРМАНЕНТНОГО ВАКУУМА

Маланьин И.В., Голуб Ю.Н.
Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Кубанской государственной медицинской академии, Краснодар

Общеизвестно, что выход токсических продуктов некротизированной пульпы в периапикальную область приводит к её воспалению (Sundqvist, G.: Bacteriological studies of necrotic dental pulps, Umena University Odontological Dissertations, no. 7, 1976). По мере расширения кровеносных сосудов и накопления жидкости, давление в периапикальной части может увеличиваться. Давление в результате накопления жидкости становится просто невыносимым. Сильная боль, если её не облегчить, может достичь уровня, когда не будут помогать даже сильные наркотики. Однако удаления остатков пульпы может оказаться недостаточно, и тогда единственной альтернативой становится прямой доступ к верхушке через кость. Доступ к корню зависит от знания средних значений длины корней, пальпации поверхности кости для определения выпуклостей, образованных корнями и поддержания асептики поля после удаления кортикальной пластинки (Arens, D.E., Adams, W., and DeCtro, R.: Endodontic surgeru, New York, 1981, Harper & Row, Publishers).

Данная операция является достаточно травматичной и довольно сложна по техническому исполнению, что побудило нас к разработке устройства для удаления эксудата через канал зуба, позволяющего избежать хирургического вмешательства.

Целью данной работы явилось повышение эффективности лечения апикального периодонтита путем использования в комплексе терапевтических мероприятий перманентного вакуума.

Предложенное нами устройство выполнено в виде каппы на весь зубной ряд, к которой закреплен полый эластичный баллончик, для создания перманентного вакуума, имеющий впускной и выпускной клапаны на основаниях, к впускному клапану подведена эластичная трубка - отсос, второй конец которой вводят в корневой канал зуба, причём на горизонтальном изгибе трубки - отсоса с её нижней стороны выполнен заодно с трубкой резервуар для сбора экссудата.

Устройство применяют следующим образом: После трепанации, экстирпации остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм) канал, как обычно, промывают, очищают, а затем высушивают, на сколько это возможно. Затем пациенту одевают, на 40 – 60 минут, ранее изготовленную каппу с эластичным баллоном, так, что бы конец дренажной трубки плотно входил в подготовленный канал. После этого производят нажатие на эластичный баллончик. При нажатии на баллончик, из него выходит воздух через выпускной клапан (который действует аналогично ниппелю), в связи с этим внутри него создаётся отрицательное давление. Воздух в баллончик будет поступать через впускной клапан, откачивая экссудат из зуба по дренажной эластичной трубке. Количество посещений 3 – 5 с интервалом в 1 сутки. После лечения канал пломбируется по общепринятой методике, предпочтительно с применением гутаперчивых штифтов и метода латеральной конденсации.

При лечении периодонтита применение предложенного устройства было апробировано у 100 пациентов, 50 больных составили контрольную группу, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000.

У 52% пациентов контрольной группы, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000, в течении 4-5 дней ощущалась боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с начальными стадиями заболеваний периодонта – и дольше.

Пациенты, которым лечение осуществляли с помощью предложенного устройства, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. У 4 пациентов неудобства возникали лишь при приёме твёрдой пищи, в течение первых 2-3 дней.

При контрольном осмотре через 12 месяцев после пломбирования каналов у 5 (10%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. У 8 (16%) больных на контрольных рентгеновских снимках отмечено увеличение ширины периодонтальной щели, и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы, при контрольном осмотре через 1 год, после лечения с применением предложенного способа, клиническая картина была более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

Известно, что хроническое воспаление периодонта протекает на фоне существенного изменения местных защитных реакций как специфического, так и неспецифического характера. Компоненты специфической и неспецифической иммунной защиты полости рта действуют комплексно, создавая несколько путей иммунного ответа. Но при периодонтите происходит сбой в антибактериальном барьере полости рта. Лечение с помощью предложенного устройство способст-

вовало снижению напряжения факторов естественной резистентности и купированию воспалительного процесса, что свидетельствовало об устранении локальной иммунобиологической напряженности.

Применение предложенного устройства позволяет: за короткие сроки (3 - 5 дней) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития периодонтита; получить стойкий лечебный эффект. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, устройство для удаления экссудата из зуба с применением перманентного вакуума удобно для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. При применении предложенного устройства эксудат эффективно удаляется не только из канала и многочисленных его разветвлений, но и из тканей периодонта. Полученные данные позволяют рекомендовать предложенное устройство, как в техническом исполнении, так и по времени его воздействия.

НОВЫЙ СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБОВ ФОТОПОЛИМЕРНЫМИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Маланьин И.В.
Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Кубанской государственной медицинской академии, Краснодар

Современные технологии и огромный выбор стоматологических материалов делают работу стоматологов сродни искусству, однако цель стоматолога – сделать реставрацию не только внешне красивой, но и восстанавливающей здоровье зубов пациента.

Общеизвестно, что полимеризационная усадка при затвердевании фотополимерного пломбировочного материала приводит к уменьшению объёма, вследствие чего образуется краевая щель между композитной пломбой и твёрдыми тканями зуба. В эти щели могут попадать вместе со слюной микроорганизмы полости рта. Это приводит к маргинальной окраске пломб и вторичному кариесу. Недостаточное краевое прилегание композитного материала не компенсируется макромеханическим удерживанием.

В связи с этим, для уменьшения полимеризационного стресса применяют лампы с “плавным стартом”, при работе которой, в первую секунду лампа выдаёт минимальную мощность, в связи с тем, что полимеризационный стресс происходит в течении первой секунды, а затем, в течении 5 секунд, мощность полимеризационного потока возрастает до рабочей, но применение таких фотополимерных ламп недоступно в широкой стоматологической практике, так как их стоимость достаточно высока. Данные недостатки побудили авторов к созданию нового способа пломбирования композитными материалами светового отверждения.

Задачей нашего исследования явилось сокращение время работы, повышение качества пломбирования и предотвращение осложнений.

При разработке предложенного нами способа мы применяли композитные материалы светового отверждения и стандартную фотополимерную лампу. В связи с тем, что при нахождении полимеризующего источника на расстоянии от полимеризуемого материала, мощность светового потока уменьшается прямо пропорционально расстоянию световода до материала, мы предлагаем в течении первых секунд, для ликвидации полимеризационного стресса, световод лампы держать на расстоянии 3 – 5 см., плавно поднося к полимеризуемому материалу, тем самым плавно наращивая мощность светового потока.

Известно, что нагревание композитной пломбы при её обработке вызывает дальнейшую полимеризацию материала (E. Hellwig, J. Klimek, T. Attin.: Einfuhrung in die Zahnerhaltung 1999). На основе этих данных мы предлагаем на конце световода укрепить термоэлемент, который включают одновременно с лампой, что приводит к лучшей полимеризации материала и снятию полимеризационного стресса, полной полимеризации материала за более короткое время.

При нанесении очередной порции материала, она не соприкасается с предыдущей порцией и полимеризуется в течение 5 секунд, причём термоэлемент, укреплённый на световоде лампы, включают одновременно с полимерным потоком и полимеризационный поток от фотополимерной лампы подают в момент, когда конец световода находится на расстоянии 3 - 5 см. от порции материала подлежащего полимеризации, а затем - в течение 2 секунд непосредственно около материала.

Предложенный нами способ пломбирования зубов позволяет: повысить качество пломбирования кариозных полостей всех классов. При применении предложенного способа, можно свести к минимуму полимеризационную усадку, за счёт техники приближения источника полимеризации, и избежать возникновения краевой щели, и как следствие вторичного кариеса, так как получается улучшенная связь композита с твёрдыми веществами зуба. С помощью подогрева материала усиливается процесс полимеризации. Тем самым значительно снижается содержание остаточного мономера и возможность раздражения тканей пульпы. Предложенный способ удобен врачу тем, что затрачивается минимальное количество времени на постановку и моделировку пломбы, не требует дополнительного дорогостоящего оборудования.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНСАДОЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Маланьин И.В., Бондаренко И.С.
Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Кубанской государственной медицинской академии, Краснодар

Заболевания пародонта являются широко распространенной патологией челюстно-лицевой области. По данным разных авторов, распространенность болезней пародонта варьирует до 98%. Однако, несмотря на значительное количество методов, предло-