

Поэтому целесообразно применять в практической деятельности для обработки твердых тканей алмазные боры Рославльского завода, используя скорость вращения 30000 об/мин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов Ю.К. Состояние края кариозной полости после препарирования различными инструментами//Стоматология. 1989. С.18 -19.
2. Нигматов Р. Использование и оценка эффективности ионно-плазменной обработки стоматологических боров. Автореф. дис. канд.мед. наук. Ташкент, 1991.
3. Пеккер Р.Я., Солнцев А.С. Зависимость краевой проницаемости от микроструктуры стенок кариозной полости после препарирования/ Труды Всероссийского съезда стоматологов. Волгоград, 1976. С.219-223.
4. Ризник Б.М. Исследование величины шероховатости обработанной под коронку поверхности зуба в зависимости от вида применяемого абразива//Актуальные вопросы стоматологии. Полтава, 1981. С.108.
5. Солнцев А.С. Влияние вида зубных боров, скорости вращения и нагрузки на качество формирования пломбирования кариозных полостей: Автореф. дис. канд. мед. наук. Омск, 1985. С.20.
6. Щигабутдинов Т.С., Хасанов Р., Менекеев Х.С. Экспериментальное исследование повышения температуры пульпы в процессе препарирования зубов//Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Казань, 1969.Т.27. С.249-255.
7. Gustafson G., Sundstrom B., Enamel: Morphological consideration. J/Dent.Res//1975.V.54, Special Issue B. P.114-117.

УДК 616.314: 616.314.18-002.4: 616.314-089.27

Н.М. Батюков, Э.В. Стрекотина

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА Кафедра терапевтической стоматологии

Завершающим этапом эндодонтического лечения осложнения кариеса зубов является пломбирование корневых каналов. Качество пломбирования канала - один из наиболее важных факторов, обеспечивающий благоприятный исход лечения верхушечных периодонтитов (ВП) [1,2]. Эффективность пломбирования определяется уровнем введения пломбировочного материала и степени его адгезии к стенкам канала, обуславливающей герметизм obturации, что исключает возможность реинфицирования периодонта и создает условия для регенерации костной ткани периапикальной области. Кроме того, корневой пломбировочный материал должен быть устойчив к воздействию тканевой жидкости, не рассасываться в верхушечной части корневого, канала в отдаленные сроки [3].

Известно большое количество средств и методов пломбирования каналов. Имеется несколько десятков паст и цементов для корневых пломб. Все пластичные материалы вводятся машинным каналонаполнителем или мануально другим эндодонтическим инструментом. При таком методе введения материала, имеющего

в момент пломбирования пастообразную консистенцию, высокая вероятность избыточного выведения его за пределы верхушечного отверстия. Особенно это имеет значение при лечении деструктивных форм периодонтитов, когда верхушечное отверстие расширяют в процессе механической обработки канала.

В настоящее время во всем мире для пломбирования каналов широко используется гуттаперча. Материал индифферентный, не раздражает ткани, устойчив к рассасыванию. Гуттаперчевые штифты применяют как вспомогательное средство пломбирования, вводя их в канал вместе с материалом, либо самостоятельно. Используют механическое уплотнение гуттаперчи (пломбирование методом бокового уплотнения), ее химическое размягчение и конденсацию (обработка в хлороформе), термоконденсацию [3-5].

Нами изучался метод термоконденсации гуттаперчи, фиксированной на несущем стержне (стальном или пластмассовом).

Данное техническое решение предусмотрено программой Thermaphil, включающей в себя все необходимое для соответствующей выполнению методики механической эндодонтической подготовки канала и последующего его пломбирования. Принцип пломбирования заключается во введении в канал разогретого гуттаперчового штифта на несущем стержне до уровня верхушечного отверстия. В устьевой части канала стержень отрезают. Горячая гуттаперча очень пластична и адгезивна, благодаря чему легко заполняет все микропространства в корневом канале и обеспечивает хороший герметизм obturации [5]. Перед введением штифта длину и диаметр канала определяют при помощи специального верификатора, позволяющего точно подобрать требуемый штифт. Канал заполняют небольшим количеством смолы Terma Seal, после чего вводят стержень с разогретой гуттаперчей.

Нами проведено пломбирование каналов 16 зубов (клыков и резцов) у больных, леченных по поводу хронического гранулирующего ВП. В первых двух случаях пломбирования произошло избыточное выведение смолы в периапикальные ткани. Следовательно, при широко раскрытом анатомическом верхушечном отверстии корня требуется использовать ее минимальное количество, достаточное лишь для легкого смазывания стенок, т.к. основной объем канала плотно заполняет штифт. Следует также точно подбирать диаметр штифта, который должен не более чем два размера превышать диаметр последнего использовавшегося при механической обработке инструмента. Уровень введения штифта, выверенный верификатором и зафиксированный кольцом-ограничителем на ручке штифта, как правило, точно соответствовал требуемой длине. После рентгенологического контроля, выполненного непосредственно после пломбирования, в четырех случаях потребовалась коррекция положения штифта в пределах 2-3 мм.

Хорошая рентгенологическая контрастность штифта и возможность точного мануального регулирования уровня его введения делают метод удобным для практического применения. Он может быть использован при пломбировании каналов всех групп зубов, если возможна их соответствующая эндодонтическая подготовка.

Нам удалось добиться точного соответствия уровня пломбирования канала анатомическому верхушечному отверстию (по данным рентгенографии) в 14 случаях (87,5%). Через 3 месяца после проведенного лечения во всех этих случаях отмечено клиническое благополучие. Больные жалоб не предъявляли. Кли-

нико-инструментальное обследование не выявило признаков воспаления верхушечного периодонта. Данные электронной контактной термометрии и биоэлектрометрии свидетельствуют о наличии деструктивных изменений, однако отмечается положительная динамика их значений. Так, если до начала лечения средняя температура слизистой оболочки десны в области причинного зуба равна $34,5 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$, то при повторном обследовании $34,7 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$. Контрольные средние значения равны $34,9 \pm 0,03^{\circ}\text{C}$. Температурный отрицательный градиент стал равен $0,2^{\circ}\text{C}$, что свидетельствует о хроническом воспалительно-деструктивном процессе. Очевидно нормализация локальной температуры.

Биоэлектрометрические исследования, проведенные в те же сроки, выявили средние значения индекса биоэлектромагнитной реактивности тканей пародонта 1,0 усл.ед. (контроль 1,1 усл.ед.) при исходном уровне 0,8 усл.ед.

При рентгенологическом обследовании зубов установлено, что пломбировочный материал полностью заполняет корневой канал и уровень его точно соответствует верхушечному отверстию корня. В периапикальных тканях отмечаются признаки начинающейся регенерации кости, уплотнение рентгенологической структуры ткани, уменьшение размеров деструкции. Положительные рентгенологические изменения наблюдали в 9 случаях (56,25%), состояние периодонта без видимых изменений в пяти (31,25%). В двух случаях отмечено прогрессирование деструкции. Выведенная за верхушку корня смола не рассасывается, следовательно, необходимо дальнейшее освоение методики, однако перспективность пломбирования канала горячей гуттаперчей на несущем стержне очевидна. Метод прост в практическом применении, позволяет сократить время пломбирования канала, повысить качество пломбирования, процент благоприятных результатов лечения ВП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В.С., Балашов А.И. Отдаленные результаты лечения верхушечных периодонтитов. /Актуальные вопросы эндодонтии. Тр. ЦНИИС. М., 1990. С.40-42.
2. Иванов В.С., Овруцкий Г.Д., Гемонов В.В. Практическая эндодонтия. М.: Медицина. 1984. С.224.

УДК 612.312.3:616-08 М.П. Харитонова

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НА СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЯЗЫКА Кафедра терапевтической стоматологии

Изменение функционального состояния слюнных желез, согласно данным литературы, наблюдается при целом ряде заболеваний внутренних органов, что основано на тесной взаимосвязи желез с различными системами организма [1,5-9]. Описанию языка при патологических процессах в органах и системах организма посвящено множество работ, а взаимосвязь состояния языка с состоянием внутренних органов доказана многими авторами [2, 4, 12, 13].

Однако в литературе нам не встретились данные, указывающие на участие слюнных желез в механизме развития заболева-