

Б.Ж.ТАКИМЕТБЕКОВА

ГККП «Городская детская стоматологическая
поликлиника», г.Алматы

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ФИССУР ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Для выбора методики герметизации в условиях поликлиники, фиссуры лучше различать по доступности для визуального осмотра и возможности нанесения материала, так как герметики значительно эффективнее в комплексе с аппликационными методами для профилактики кариеса.

Ключевые слова: фиссура, герметизация, герметик, эмаль.

Актуальность. В настоящее время существует необходимость владения несложной и полезной методикой герметизации фиссур у детей. И каждый врач-стоматолог, работающий на смешанном приеме, может с легкостью ее изучить. Интактность фиссуры, отсутствие фиссурного кариеса, незаконченная минерализация жевательной поверхности, минимальный срок со времени прорезывания зуба - являются дополнительными показаниями, позволяющие врачу выбрать тактику герметизации с целью предотвращения кариеса на этой поверхности, при составлении плана профилактических мероприятий у конкретного пациента. Относительными противопоказаниями к проведению герметизации являются отсутствие выраженных фиссур и ямок на жевательной поверхности, или отсутствие пространства фиссуры, в котором скапливается зубной налет [1,2].

Материал и методы исследования. Для выбора методики герметизации в условиях поликлиники, фиссуры лучше различать по доступности для визуального осмотра и возможности нанесения герметика, без пустот по всей поверхности фиссуры, а не по форме и глубине фиссуры. Исходя из этого, фиссуры можно разделить на открытые, то есть доступные для визуального осмотра на наличие или отсутствие кариозного поражения, и закрытые, где визуально определить кариес невозможно.

Методом герметизации фиссур зубов пролечено 12 детей в возрасте 12-16 лет. Лечение из-за отсутствия аппарата для депофореза проводилось на базе кабинетов двух клиник – ГДСП и стоматологической клиники АСИПО. Лечение по поводу хронического периодонтита постоянных зубов у подростков проводилось ровно по нижеописанной методике.

Результаты исследований. Методика герметизации открытой фиссуры состоит из четырех основных этапов. Во-первых, следует провести тщательную очистку стенок и дна фиссуры, удалить мягкий зубного налета, остатки пищи. Она производится при помощи циркулярных щеток и специальных средств, не содержащих фторидов и помогающих удалить зубной налет. В таких случаях не следует использовать

гигиенические зубные пасты и порошки, так как входящие в них отдушки могут отрицательно влиять на герметик. Если прорезывания зубов прошло около года или более, в пространстве фиссуры скапливается большое количество плотного, фиксированного налета, который не удаляется циркулярной щеткой, поэтому нужен пескоструйный аппарат, а при его отсутствии - мелкодисперсный алмазный бор. Очищенные поверхности должны быть хорошо промыты от пасты и инородных частиц. Также следует убедиться в отсутствии кариозного поражения [3,4].

На втором этапе производится кислотная подготовка поверхности специальным гелем для увеличения площади поверхности эмали за счет усиления ее пористости. Кислотное воздействие не должно продолжаться более 10-15 секунд. Затем обработанная поверхность промывается водой в течении 30 секунд и высушивается и делается изоляция от слюны ватными валиками.

И только третьим этапом наносится герметизирующий материал на подготовленную поверхность эмали. Герметик располагают на высушенную эмаль и распределяют тонким слоем по всей поверхности фиссуры без пустот, повторяя копию фиссуры. Удобная расфасовка материала в шприц с канюлей, позволяет быстро внести герметик сразу на зуб, без использования дополнительных инструментов. Если образовались пузырьки, то следует удалить зондом и сделать 15-ти секундную паузу для затекания материала вглубь фиссуры. Герметик полимеризуют галогеновой лампой в течение 20-40 секунд в зависимости от требований производителей препарата. Далее проводится коррекция окклюзионных контактов с использованием копировальной бумаги на предмет суперконтактов зубов. А четвертый этап подразумевает проведение аппликации фторсодержащим лаком или гелем всех зубов, в том числе и подвергшихся процедуре герметизации.

В практической деятельности данную методику использовали у 12 больных. Лечение по поводу хронического периодонтита постоянных зубов у подростков проводилось ровно по описанной методике (рисунок 1,2, 3, 4).



Рисунок 1 - Хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.6

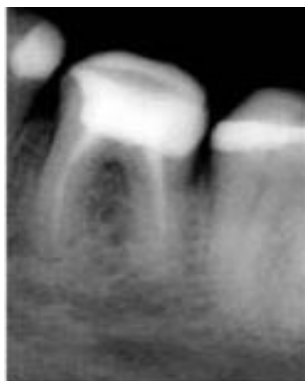


Рисунок 2 - После депофореза прошло 12 мес



Рисунок 3 - Хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.7



Рисунок 4 - После депофореза прошло 14 мес

Показания к проведению депофореза:

- 1) При эндодонтическом лечении зубов с непроходимыми корневыми каналами;
- 2) При сильном инфицировании содержимого канала;
- 3) При отломе эндодонтического инструмента в просвете канала (без выхода за верхушку);
- 4) В случае безуспешного лечения зуба "традиционными" методами, при наличии широкого апикального отверстия;
- 5) При методе витальной экстирпации пульпы (требуется применение специальной довольно трудоемкой методики).

Противопоказания к проведению депофореза: злокачественные новообразования; тяжелые формы аутоиммунных заболеваний; беременность;

непереносимость электрического тока; аллергическая реакция на медь; обострение хронического периодонтита; нагноившаяся киста челюсти.

8) наличие в канале серебряного штифта.
Приводим клинический пример наблюдения. Б-я М., 16 лет, обратилась с жалобами на боли в области зуба 4.6. Поставлен диагноз: Обострение хронического периодонтита зуба 4.6 (рисунок 5). При обследовании отмечена облитерация канала зуба 4.6. Назначен и проведен курс депофореза, в результате которого наблюдалась полная ликвидация воспалительных явлений (рисунок.6).



Рисунок 5 - Хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.6



Рисунок 6 - После депофореза прошло 15 мес

Заключение. Абсолютное большинство исследователей совершенно справедливо считает, что профилактика фиссурного кариеса обычными аппликационными методами сложна и недостаточно эффективна, так как 75% кариозных поражений, выявленных после традиционных местных профилактических мероприятий, локализуется именно в естественных ямках и фиссурах на жевательной поверхности зубов. Применение герметиков в комплексе с аппликационными методами для профилактики кариеса значительно эффективнее, по данным исследований герметизацией достигается 90-100% редукции кариеса.

Несмотря на перечисленные недостатки, рассмотренный метод несомненно открывает новые возможности в эндодонтии. Однако чтобы депофорез гидроксида меди-кальция занял достойное место в отечественной стоматологии необходимо более широко знакомить с ним практических врачей организовать соответствующую научно-методическую поддержку внедрения депофореза в практику, разработать

нормы затрат рабочего времени врача на проведение этой процедуры, включая инструментальную обработку каналов. Кроме того, необходимо сформулировать требования к материально-технической оснащённости кабинета, которая позволяла бы технически правильно проводить депофорез (наличие слюноотсоса, возможность работы с помощником, кресло, позволяющее придать пациенту горизонтальное положение).

Депофорез может быть не только самостоятельным методом лечения, но и неотъемлемой частью комплексного эндодонтического лечения, основная цель которого-достижение максимальной эффективности, надёжности и безвредности для пациента. В конечном итоге, после проведения депофореза корень зуба становится абсолютно стерильной системой, закрытой от внешнего воздействия вредных микроорганизмов, что позволяет зубу полноценно выполнять свои функции, в том числе быть качественной опорой под мостовидные протезы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. – 680 с.
- 2 Федорова Ф.М. Клинико-лабораторное обоснование повторного лечения хронических периодонтитов с применением метода депофореза: Дисс...канд.мед.наук. – Самара: 2006. – С.58.
- 3 Геворкян А.А. Электрофорез (депофорез) гидроокиси меди кальция при лечении острого и обострения хронического периодонтита, в ранее некачественно леченых зубах: Автореф. дис. . канд. мед. наук. — М.: 2002. — 19 с.
- 4 Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – М.: «МЕДпресс-информ», 2007. – 923 с.

Б.Ж.ТАКИМЕТБЕКОВА

БАЛАЛАР ТІСТЕРІНІҢ АШЫҚ ФИССУРАЛАРЫН ГЕРМЕТИЗАЦИЯЛАУ ЕРШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Емхана жағдайында герметизацияның әдісін таңдау барысында тіс фиссураларын визуальді көріп тексеру және герметик затын жағып орналастыру бойынша айырып қараған. Осындай көз қараста герметиктерді тіс жегін алдын алу жолындағы қолданылатын аппликациялық жолдармен бірге кешенді түрде пайдаланған тиімді.

Түйінді сөздер: фиссура, герметизациялау, герметик заты, кіреуке

В.ЗН.ТАКИМЕТБЕКОВА

FEATURES OF A SEALING TECHNIQUE OF OPEN FISSURES OF TEETH IN CHILDREN

Resume: For selecting sealing methods in a polyclinic conditions, fissures better to distinguish on availability for visual inspection and possibility of material application, as sealants significantly more effective in combination with application methods for caries prevention.

Keywords: fissure, sealing, sealant, enamel.

УДК 616.31-77:669-076-092.4

Б.Ж. НЫСАНОВА, К.Д. АЛТЫНБЕКОВ

Казахстан, Алматы

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
Институт стоматологии

РАЗРАБОТКА И ПРЕДКЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ СПЛАВОВ ДЛЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Изучение и внедрение отечественных конкурентоспособных стоматологических сплавов в ортопедическую стоматологию, разработка рациональной конструкции литых зубных конструкций, а также совершенствование методов лечения пациентов с различными дефектами зубных рядов на основе использования новых отечественных сплавов определило цель и задачи нашего исследования. Разработанные сплавы «Stomet 1 kz» и «Stomet 2 kz» для ортопедической стоматологии не оказывают отрицательного воздействия на состояние как органов ротовой полости, так и других систем организма.

Ключевые слова: отечественный сплав, морфология, стоматология

В современной ортопедической стоматологии разрабатываются более совершенные материалы и применяются инновационные технологии с целью улучшения качества ортопедического лечения пациентов с различными дефектами зубных рядов. [1,2,3]. В настоящее время наблюдается тенденция к практическому применению неблагородных сплавов на основе кобальта и хрома без никеля, обладающих более высокой удельной прочностью, отличной химической стойкостью в агрессивных средах и пониженным коэффициентом усадки при литье. Известно, что состав и качество входящих компонентов обуславливают эксплуатационные и технологические характеристики сплава.

Самым распространённым конструкционным материалом в ортопедической стоматологии в течение долгого времени была нержавеющая сталь, однако многолетний опыт использования зубных протезов из нержавеющей стали выявил ряд существенных недостатков изделий из этого сплава, одним из которых является значительная усадка при литье. К сожалению, в РК достаточно широко используются сплавы металлов на основе никеля и хрома для зубного протезирования несъёмными конструкциями. Однако сплавы на основе никель-хрома по своим физико-механическим и эксплуатационным свойствам не соответствуют требованиям международного

стандарта ISO 1562-84, предъявляемым к сплавам для литья каркасов несъёмных зубных протезов. На основании вышеизложенного, напрашивается вывод о необходимости разработки новых сплавов с учётом биотолерантности, механических, функциональных и стоимостных параметров.

Целью настоящей работы явилось оценка состояния тканей биопрепаратов подопытных животных для разработки новых конструкционных материалов в ортопедической стоматологии.

Для разработки новых сплавов из местного сырья проведен сравнительный анализ образцов стоматологических сплавов импортного производства двух видов:

1) IMG - хим. состав: Co-62,5%, Cr-29,5%, Mo-5,5%, Si-1,4%, Mn-0,6%, C-0,3%, N-0,2%.

2) I-BOND NF - хим. состав: Co-63%, Cr-24%, Bi-8%, Mo-3%, Nb-1%, Si-1%.

3) Использованы металлические сплавы:

4) а) кобальто-хромовый металлокерамический сплав (I-BOND NF), № регистрации РК МТ-5 №004646;

5) б) никель-хромовый сплав I-BOND, № регистрации О2 РК – МТ-5 №004647;

6) в) кобальто-хромовый IMG, № регистрации РК – МТ-5 №004648.

7) Экспериментальные исследования на животных:



Рисунок 1 - Экспериментальные животные – беспородные белые мыши и импланты в виде дисков