

Энг Тенг Кох,
преподаватель Стоматологического факультета
Национального университета Сингапура
(Сингапур)



Клиническое использование ПроРут МТА

Лечение формирующихся постоянных зубов с открытой верхушкой представляет значительную проблему. Успешная терапия корневых каналов складывается из хорошего доступа, полной биомеханической очистки и трехмерного заполнения системы корневых каналов.

Два приведенных ниже клинических примера демонстрируют использование материала ПроРут МТА (фото 1) в качестве апикального барьера при лечении открытой верхушки в инфицированных зубах,¹ а также как материала для закрытия перфорации корня.²

Клинические примеры

Случай 1

На фото 2 представлен рентгеновский снимок зуба 11 десятилетней девочки. В этом зубе стоматолог, к которому она обратилась, безуспешно пытался в течение 9 месяцев получить апексфиксацию с помощью гидроксида кальция. Во время первого посещения канал зуба был очищен, сформирован и заполнен гидроксидом кальция еще на 3 месяца. При втором посещении гидроксид кальция был вымыт раствором гипохлорита натрия и канал просушен бумажными штифтами. При проверке ручными файлами и под микроскопом апикальный барьер не определялся. После этого МТА, замешанный в соответствии с инструкцией производителя, был перенесен со стеклянной пластинки в апикальную часть канала с помощью прямого эндодонтического пистолета-аппликатора Медидента Эндо Ган. Обратной стороной бумажного штифта размера 70 цемент был слегка уплотнен.



Фото 2



Фото 3



Фото 4

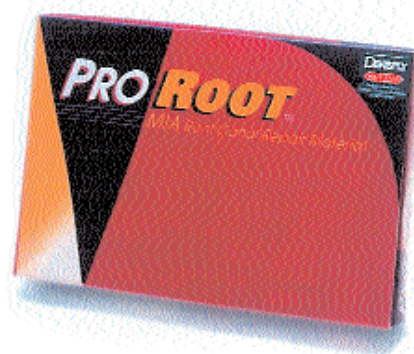


Фото 1

В канал внесли примерно 5 мм МТА. Поверх слоя МТА положили влажный ватный шарик и доступ в полость закрыли герметично временным материалом АйЭрЭм (фото 3). Чтобы убедиться в том, что МТА затвердел, пациентку осмотрели через 3 дня. После этого влажный ватный шарик был удален, доступ в полость герметически закрыли сухим ватным шариком и цементом АйЭрЭм и пациентку направили к протезисту для изготовления штифтовой коронки (фото 4).

Обсуждение

Апексфиксация при помощи гидроксида кальция обычно требует приблизительно от 3 до 18 месяцев. Это значит, что окончательная реставрация пораженного зуба будет отложена надолго. При использовании МТА апикальный барьер появляется почти сразу, что позволяет выполнить окончательную реставрацию через относительно короткий промежуток времени, как было показано в этом примере. При выполнении процедуры внесения МТА существует опасность проталкивания цемента через апекс в перирадикалярную область,



Фото 5

поэтому уплотнение материала нужно проводить бумажными штифтами с легким давлением.

Если канал длинный, то после слоя МТА его можно заполнить гуттаперчей до пространства для будущего штифта, сохранив в апикальной части слой МТА толщиной 3-5 мм. В этом клиническом случае канал был коротким и МТА применялся как для формирования апикального барьера, так и для пломбирования корневого канала.

Случай 2



Фото 6

Этот клинический пример иллюстрирует использование ПроРут МТА для закрытия перфорации корня. На фото 5 представлен рентгеновский снимок зуба 36 восемнадцатилетнего молодого человека. Пытаясь получить доступ по прямой в медиальный щечный канал бором Гейтс Глидден, стоматолог сделал перфорацию в коронковой трети канала. Из-за появившегося сильного кровотечения приостановили лечение и в зону кровотечения внесли гидроксид кальция. После этого врач оставил в полости ватный шарик и закрыл зуб временным цементом АйЭрЭм, а затем отпустил пациента.

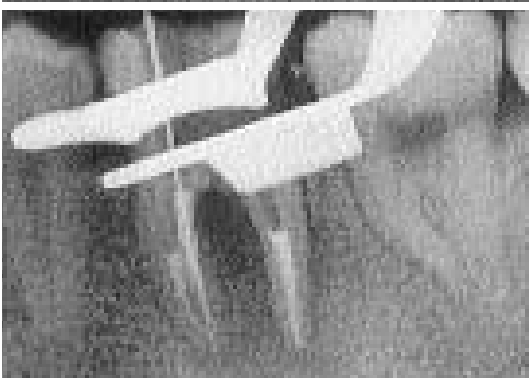


Фото 7

После применения местной анестезии зуб 36 изолировали раббердамом и удалили временную повязку твердосплавным шаровидным бором на высокой скорости. С помощью микроскопа определили место перфорации и при очистке и формировании канала избегали его. На рентгеновском снимке показана конусность сформированных каналов (фото 6).



Фото 8

Для визуализации зоны перфорации выполнен рентгеновский снимок с ручным файлом в медиальном щечном канале зуба 36 (фото 7). От апекса до перфорации канал был obturated теплой секционной гуттаперчей с силером Рот. Для герметизации перфорации оставшаяся часть медиального щечного канала была заполнена материалом МТА, который внесли с помощью изогнутого эндодонтического пистолета-аппликатора Медидента Эндо Ган и уплотнили обратной стороной бумажного штифта размера 35. Медиальный язычный и дистальный каналы obturated теплой секционной гуттаперчей с силером Рот. Поверх слоя МТА помещен влажный ватный шарик, и полость герметично закрыта цементом АйЭрЭм. Через 3 дня провели осмотр пациента и после того, как убедились в твердости МТА, полость заполнили амальгамой (фото 8). При осмотре через 6 недель зуб был асимптоматичным, и пациента направили к его лечащему врачу для изготовления постоянной коронки. Обследование через шесть месяцев показало, что уже не определяется периапикальное рентгенологическое просветление, связанное с медиальным и дистальным корнями, а также отсутствуют признаки нарушения периодонта в зоне перфорации (фото 9).



Фото 8

Обсуждение



Эндодонтия

В качестве восстановительных материалов для закрытия перфораций корня и фуркации корней были использованы и испытаны многие стоматологические материалы, однако они не дали ожидаемых результатов. В отличие от большинства реставрационных материалов, МТА не чувствителен к влаге. В сравнении с амальгамой, цементами Супер ЭБК или АйЭрЭм он показал лучшие герметизирующие свойства.¹ МТА обладает не только биосовместимостью; при применении в качестве восстанавливающего материала на его поверхности образуется слой цемента корня, что подтвердили исследования на животных.²

МТА имеет удобное рабочее время — около 5 минут. Это дает возможность проверить на рентгенограмме расположение материала после уплотнения. Если внесение проведено неудачно, цемент можно вымыть и повторить процедуру снова.

Очень важно наложить влажный ватный шарик поверх слоя МТА, чтобы быть уверенным в последующем отверждении материала. В условиях отсутствия влаги цемент может не затвердеть в течение

нескольких дней. В таком случае его следует вымыть, а процедуру внесения повторить еще раз.

Существует два пути устранения перфорации при помощи МТА.² Один из них описан выше, а другой заключается в том, чтобы закрыть при помощи МТА исключительно перфорационный дефект, используя микроинструмент для восстановления. Через несколько дней и после того, как вы удостоверитесь в том, что цемент застыл, корневой канал заполняется гуттаперчей. Первый метод обеспечивает хорошую герметизацию канала, однако его недостатком является то, что повторное лечение больше невозможно. Второй метод оставляет возможность перелечивания, если попытка лечения была неудачной, однако с этим методом бывает трудно достичь качественной герметизации, особенно если дентинная стенка является тонкой. После подобной техники при обследовании через несколько месяцев часто наблюдается ухудшение состояния периодонта вокруг зоны перфорации и даже развитие костного дефекта, и получение хорошего результата становится уже довольно проблематичным.

Литература

1. Torabinejad M, Watson TF, Pitt Ford TR. Sealing ability of a mineral trioxide aggregate when used as a root and filling material. J Endodon 1993; **19**: 591-5.
2. Pitt Ford TR, Torabinejad M, McKendry DJ, Hong CU, Kariyawasam SP. Use of mineral trioxide aggregate for repair of furcal perforations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1995; **79**: 756-62.

СИСТЕМА ИМПЛАНТАТОВ ANTHOGRYR
(Франция)

2 типа соединения
(внешние шестигранники и внутренние восьмигранники)

99% ЧИСТОГО ТИТАНА

2 вида имплантатов

1 хирургический набор на 2 вида имплантатов

STOMATORG
стоматорг

121099, г. Москва
ул. Новый Арбат, 34
тел./факс (095)2051097
Internet: www.stomatorg.ru
e-mail: mail@stomatorg.ru

Продукция сертифицирована Госстандартом РФ и зарегистрирована в Минздраве РФ.