

*С. А. Фёдорова*

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОПЕРИОДОНТИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ «GUTTAFLOW2»**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. В. И. Даревский,*

*3-я кафедра терапевтической стоматологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** Эффективность лечения эндопериодонтита во многом зависит от качества obturation корневых каналов. Целью исследования было изучить эффективность obturation корневых каналов с помощью системы «Guttaflow2» при лечении эндопериодонтита. динамическое наблюдение в течение 18 месяцев свидетельствует о хороших результатах течения патологического процесса во всех 8 случаях.*

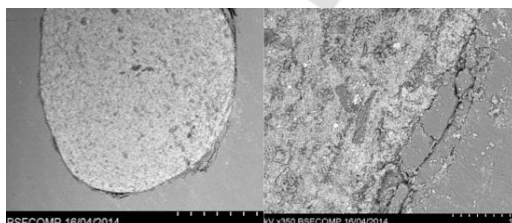
***Ключевые слова:** эндопериодонтит, эндодонтия, силер, гуттаперча.*

***Resume.** The effectiveness of the treatment of endoperiodontitis depends on the quality of root canal obturation. The aim of the study was to examine the effectiveness of root canal obturation using the system «Guttaflow2» in the treatment of endoperiodontitis. Dynamic observation for 18 months shows good results of pathological process in all eight cases.*

***Keywords:** endoperiodontitis, endodontics, sealer, guttapercha.*

**Актуальность.** Эффективность лечения эндопериодонтита во многом зависит от качества obturation корневых каналов. На сегодняшний день результаты лечения эндопериодонтита остаются низкими и одной из причин этому является недостаточная obturation корневых каналов. Поиск средств для качественной obturation корневых каналов является актуальным. Для получения положительного результата лечения эндопериодонтита необходима максимально качественная obturation системы корневых каналов (3D obturation), которая достигается не только эффективной механической и медикаментозной обработкой, но и свойствами самой obturationной системы (силер, филлер). Она должна обладать следующими свойствами: хорошо затекать в мельчайшие пространства, сохранять свой объем, хорошо адаптироваться к дентину и гуттаперче, обладать бактерицидными свойствами, не раздражать периодонт. В настоящее время известен целый ряд методов obturation корневых каналов. Однако качество obturation остается не всегда хорошим. В связи с этим поиск obturationного материала и изучение качества obturation корневых каналов новыми материалами является актуальным.

Сегодня появилась новая жидкая холодная obturационная система, которая сочетает в себе «два в одном»: силер и гуттаперчу. Данная система не обладает усадкой, а, напротив, обладает свойством легкого расширения (рисунок 1). Материал показывает повышенную текучесть под давлением, а содержание микросеребра обеспечивает оптимальную защиту от реинфекции.



*Рисунок 1* – Адаптация материала к дентину корневого канала (исследования in vitro, 2014 год)

**Цель:** изучить эффективность obturации корневых каналов с помощью системы «Guttaflow2» при лечении эндопериодонтита.

**Задачи:**

1. Оценить качество obturации корневых каналов с помощью системы «Guttaflow2».
2. Оценить эффективность лечения эндопериодонтита при obturации корневых каналов системой «Guttaflow2».

**Материал и методы.** В исследовании приняло участие 8 пациентов в возрасте 40-50 лет практически здоровых обоого пола. Для диагностики и в процессе динамического наблюдения применяли методы исследования: опрос, осмотр, инструментальные и лучевой метод исследования (контактная близкофокусная рентгенография зубов и ОПТГ). Проведено комплексное лечение 8 зубов. Лечение включало: периодонтологическое лечение (гигиенические мероприятия, root planing ручной, местная медикаментозная терапия с применением лечебных повязок); эндодонтическое лечение (неоднократное временное пломбирование каналов Ca(OH)<sub>2</sub> (период лечения от 3 до 6 месяцев) и последующая окончательная obturация системы корневых каналов «Guttaflow2»); контроль осуществляли через 6, 12, 18 месяцев.

**Результаты и их обсуждение.**

Оценка результатов исследования проводилась через 18 месяцев после начала лечения. Результаты индексной оценки состояния тканей периодонта, а также состояния периапикальных тканей до и после лечения представлены в таблице №1.

**Таблица 1.** Оценка результатов исследования

	№1		№2		№3		№4		№5		№6		№7		№8	
О-HIS	2,6	0,7	1,9	0,6	3,1	1,3	2,2	0,7	2,4	0,6	2,3	0,7	2,9	1,2	1,7	0,6

GI	1,6	0,8	1,4	0,7	2,3	1,0	1,1	0,9	1,5	0,7	1,2	0,7	2,7	1,1	1,2	0,7
ПИ	3,8	2,8	2,0	1,5	4,0	2,9	2,8	2,3	2,9	2,5	3,1	2,5	3,7	2,5	1,9	1,5
ИПК	40%	60%	40%	60%	30%	55%	40%	60%	45%	65%	40%	70%	35%	50%	45%	70%
Вакуумная проба	40 сек	60 сек	40 сек	60 сек	30 сек	55 сек	40 сек	60 сек	45 сек	65 сек	40 сек	70 сек	35 сек	50 сек	45 сек	70 сек
Размер очага деструкции	6*23 мм	-	3*14 мм	-	5*25 мм	-	4*21 мм	-	5,5*2,5	-	4*3 мм	-	8*2,8 мм	-	4*2,6 мм	-

Таким образом, динамическое наблюдение в течение 18 месяцев свидетельствует о хороших результатах течения патологического процесса во всех 8 случаях.

В качестве примера приводим клинический случай.

Пациент 40 лет по добровольному согласию.

Из анамнеза: общие заболевания, аллергические реакции и вредные привычки отрицает.

Из анамнеза болезни установлено, что ранее (около 10 лет назад) зуб 3.6 лечился по поводу осложненного кариеса, ноющие боли появились последние 3-4 года, в связи с этим жевание осуществлялось преимущественно на 1 стороне. Кровоточивость десен беспокоит периодически, в течении последних 5-6 лет. К врачу-периодонтологу обращалась эпизодически.

Жалобы: на кровоточивость десны при чистке зубов, на периодические ноющие боли, усиливающиеся при накусывании в области зуба 3.6.

При проведении ОПТГ было установлено: вертикальный тип деструкции костной ткани с убылью костной ткани в области зубов 1.4, 1.3, 1.2 4 -5мм, в области зубов 4.2, 4.1, 3.1,3.2 до 4 мм с нарушением целостности кортикальной пластинки альвеолярного края в\ч и н\ч. Расширение периодонтальной щели в области зубов 2.3, 2.6, 3.6, 3.7. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки дистального корня зуба 3.6 с вовлечением бифуркации размеров 6x23 мм.

На основании данных анамнеза, жалоб и объективных методов был выставлен основной диагноз: хронический генерализованный сложный периодонтит средней степени тяжести и хронический простой локализованный эндопериодонтит легкой степени тяжести в области зуба 3.6.

Было проведено стандартное периодонтальное лечение, включающее: гигиенические мероприятия, root planing ручной, местная медикаментозная терапия с применением лечебных повязок, физиотерапевтическое лечение. Далее проводилось эндодонтическое лечение зуба 3.6, включающее: вскрытие и раскрытие

полости зуба, удаление распада пульпы, определение рабочей длины (рисунок 3), химико-механическая обработка корневого канала, временная obturation гидроокисью кальция (проводилось трижды в течение трех месяцев), повторное эндодонтическое лечение с заменой гидроокиси кальция в корневых каналах, obturation корневых каналов «Guttaflow2», контроль через 18 месяцев (рисунок 4).

Название индексов	До лечения	После лечения
ОHI-S	2,6	0,7
GI	1,6	0,8
ПИ	3,8	2,8
Вакуумная проба	40 секунд	60 секунд
ИПК	40%	60%

Рисунок 2 – Индексная оценка состояния тканей периодонта до и после лечения



Рисунок 3 – Зуб 3.6 до лечения



Рисунок 4 – Зуб 3.6 после лечения

#### **Выводы:**

1. В результате комплексного лечения (периодонтологического и эндодонтического) достигнуто значительное улучшение состояния тканей периодонта.

2. В течение 18 месяцев достигнуто практически полное восстановление дефекта твердых тканей в области бифуркации и апекса зубов.

*S. A. Fedorova*

**ASSESSMENT OF QUALITY OF ENDOPERIODONTITIS TREATMENT  
IN APPLYING «GUTTAFLOW 2»**

*Tutor Associate professor V. I. Darevskij  
3-rd department of therapeutic dentistry,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Дедова, Л. Н. Диагностика болезней пародонта: учеб.-метод. пособие / Л. Н. Дедова. – Мн.: БГМУ, 2004. – 70 с.
2. Данилевский, Н. Ф. Терапевтическая стоматология, 2 том: учебник/ Н. Ф. Данилевский.- Киев: Медицина, 2010. – 544 с.
3. Л. Н. Дедова, Ю. Л. Дедова, Л. А. Денисов. Эндопериодонтит – новое в классификации болезней пародонта // Стоматолог. – 2012. - №3(6). – С. 16-21.