

Лечение осложненного кариеса препаратом – «Эодент».

Издание: **Стоматологический вестник**

№9 2011 г.

**А.Ж. Коптлеуова, врач-стоматолог,
г. Актобе**

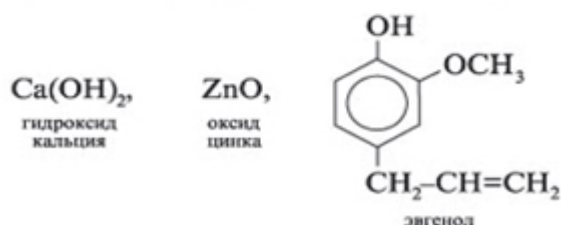
**У.С. Бисенгалиева, врач-стоматолог,
г. Астана**

**М.Г. Иманкулова, врач-стоматолог,
ГККП ОДСП, г. Костанай**

**Б.Е. Баймульдинова, врач-стоматолог,
ГККП ОДСП, г. Костанай**

Тактика лечения зубов в детском возрасте зависит от клинико-морфологических особенностей, а разработка плана лечения должна быть направлена на достижение конечной цели – сохранение зуба и устранение очагов хронической инфекции. Консервативные методы лечения периодонтита не всегда позволяют добиться полной ликвидации одонтогенного очага инфекции, поэтому возникает необходимость в оперативном вмешательстве, завершающемся удалением зуба.

Существует мнение, что при тяжелых хронических заболеваниях ребенка (хронические пневмонии и бронхиты, хронические заболевания почек, частые респираторные заболевания, тяжелые формы ангины) резко расширяются показания для радикальной санации. На современном этапе развития стоматологии считается, что у детей удаление постоянного зуба является крайней мерой, даже в сложных случаях



для сохранения зуба должны применяться консервативно-хирургические методы. Воспалительные процессы в пульпе и периодонте у детей тесно взаимосвязаны. Среди хронических периодонтитов 32 % развились из-за неправильно леченого

пульпита, 38 % – из-за нелеченого кариеса и 30 % – в результате травмы. Лечение периодонтита молочных зубов представляет очень сложную манипуляцию. Задача детского и терапевта-стоматолога – уметь правильно оценить состояние молочного зуба с периодонтитом.

Молочный зуб с периодонтитом подлежит удалению, если: до физиологической смены остается менее 2 лет; при подвижности зуба II–III степени, при резорбции корня больше чем на половину длины, при указании в анамнезе на несколько обострений патологического процесса. Не поддающийся лечению молочный зуб может стать хроническим очагом у ослабленных детей с пониженной сопротивляемостью. Мнение некоторых авторов – любой ценой сохранить молочный зуб при периодонтите – с позиций профилактики аномалий постоянного прикуса неоправданно. Лечение зубов со сформированными корнями принципиально не отличается от такового у взрослых. Наибольшую трудоемкость представляет лечение молочных и особенно постоянных зубов с незаконченным формированием корней.

На основании только клинической картины не всегда удается принять правильное решение. Иногда неглубокая кариозная полость без свища на десне или даже интактный зуб могут наблюдаться при значительной резорбции или раннем прекращении формирования корня. Поэтому существует неукоснительное правило: прежде чем лечить любой зуб при хроническом периодонтите, особенно у детей, необходимо сделать рентгенологическое исследование для оценки состояния корня, периапикальных тканей и вовлечения зачатка постоянного зуба в воспалительный процесс.

Лечение острого периодонтита, развившегося на фоне лечения острого или

хронического пульпита, заключается в ликвидации воспаления в пульпе, что приводит к прекращению воспалительного процесса в периодонте. Поэтому многие препараты для лечения периодонтитов содержат гидроксиапатит.

Гидроксиапатит является основой неорганического матрикса костных тканей. Характеризуется биосовместимостью с тканями человека и не вызывает реакции отторжения. Стимулирует образование костной ткани. Поэтому он входит в состав многих зубных пломбировочных паст, для заполнения корневых каналов при лечении пульпита и периодонтита.



При лечении зубов у детей как со сформированными, так и с сформированными корнями (молочными и постоянными) широко используют препараты на основе гидроксиапатита. Гидроксиапатит, являясь компонентом корневых пломб, обладает низкой растворимостью, содержит 39-40 % кальция и 13-19 % фосфора. Смешивая гидроксиапатит с окисью цинка в соотношении 1:1 и эвгенолом, получают пасту, которой пломбируют каналы.

Анализ отдаленных результатов лечения с применением гидроксиапатита показал, что ликвидация воспалительного процесса и восстановление костной ткани вокруг корня зуба происходили значительно быстрее, чем при использовании резорцин-формалиновой пасты. Это способствует оздоровлению организма ребенка в кратчайшие сроки,

профилактике хронического одонтогенного воспалительного процесса.

В состав стоматологического цинкокси-дэвгенольного быстротвердеющего материала ЭОДЕНТ входит гидроксиапатит. Его применяют в качестве изолирующей подкладки под все виды пломб, кроме композитных, для временной фиксации коронок, а также для временного пломбирования при лечении кариеса как постоянных, так и молочных зубов. Цинкокси-дэвгенольный стоматологический материал «Эодент» выпускается в комплекте порошок/жидкость. Порошок содержит окись цинка, гидроксиапатит, стимулирующий регенерацию костной ткани, и рентгеноконтрастный наполнитель. Жидкость содержит эвгенол с пластифицирующими добавками, обеспечивающими высокую наполненность системы порошок-жидкость при замешивании и низкую растворимость материала.

Стоматологический материал «Эодент» быстротвердеющий характеризуется хорошим краевым прилеганием и низкой растворимостью. В жидкость «Эодент» быстро-твердеющий введен катализатор, способствующий отверждению цемента в полости зуба в течение 4-6 минут. ■

ЛИТЕРАТУРА:

1. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. – М.: АО «Стоматология», 1999. – 176 с.
2. Боровский Е.В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клиническая стоматология. – 2003. – № 1. – С. 38–40.
3. Ковалев Е.В., Шундрик М.А., Марченко И.Я. Воспаление периодонта. – Полтава: Дивосвіт, 2006. – 172 с.
4. Николишин А.К. Современная эндодонтия практического врача. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 236 с.
5. Новиков В.С. Заполнители // Вестник стоматологии. – 1998. – № 4. – С. 4–6.
6. Педорез А.П., Пиляев А.Г., Педорез Н.А. Предсказуемая эндодонтия. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – 364 с.