



Опыт клинического применения аппарата ENDOEST 3D для оценки динамики прироста надпульпарного дентина при лечении гиперемии пульпы

Е. В. Володина

к.м.н., доцент, врач высшей категории, кафедра факультетской терапевтической стоматологии ГОУ ВПО Росздрава МГМСУ

Кариес является самым распространенным заболеванием твердых тканей зуба. По данным эпидемиологического обследования ВОЗ (1999), в России распространенность кариеса среди взрослого населения составляет 98 %, при этом КПУ равен 13,14 (Кузьмина Э. М., 1999).

Кариозное поражение, достигающее дентина, предоставляет возможность микроорганизмам проникать по дентинным трубочкам (Hoshino E., 1992). Считается, что образование зоны прозрачного дентина с избыточным отложением солей кальция является защитной реакцией. Тем не менее пульпа реагирует и в какой-то степени изменяется во всех зубах с кариозным разрушением. О функциональной связи этих тканей, пульпы и дентина, свидетельствует то, что реакция пульпы зависит от состояния дентина, а чувствительность последнего — от активности клеток пульпы [1]. И, как мы знаем, осложнениями кариеса являются пульпит и периодонтит.

В своей работе стоматолог-терапевт ежедневно сталкивается с лечением кариеса и его осложнений. Для постановки правильного диагноза — кариеса дентина или начального (гиперемия)

пульпита — и успешного лечения необходим комплексный метод обследования стоматологического пациента: изучение жалоб пациента, осмотр, дополнительные методы обследования, их анализ и заключение. Опрос пациента о причинах возникновения болей или их отсутствии при наличии полости, стоматологическое обследование зуба позволяют поставить предварительный диагноз и предположить, какими дополнительными методами воспользоваться. В качестве дополнительного метода исследования нами для постановки диагноза — кариеса дентина или начальный пульпит — применялся метод ЭОД, рентгенография [2].

В последние два года в своей работе для определения клинического состояния пульпы зуба мы используем аппарат ENDOEST 3D. С помощью этого прибора стало возможным и проведение электроодонтометрии, и определение толщины надпульпарного дентина витальных зубов при лечении этих заболеваний с применением анестезии, что позволяет нам продлить жизнеспособность зуба, основываясь на объективных данных и дополнительных методах обследования.

Характеристики аппарата следующие:

1) диапазон «диагностических» токов в режиме ЭОД — 0–199 мкА;

2) точность измерений толщины надпульпарного дентина в диапазоне от 3 до 0 мм (статистическая погрешность $\pm 0,2$ мм).

Целью нашей работы являлись определение допустимой толщины препарирования надпульпарного дентина по числовой и графической индикации, оценка эффективности наложения лечебных прокладок, подведение итогов двухлетних наблюдений.

Были проведены обследование и лечение 31 человека (11 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 18 до 37 лет с диагнозом «гиперемия пульпы». Постановка диагноза была проведена по общепринятой схеме: сбор анамнеза и жалоб, основные и дополнительные методы обследования.

Первым этапом лечения было проведение анестезии. Следующий этап — препарирование полости — осуществлялся под контролем ENDOEST 3D. Мы определяли толщину надпульпарного дентина при формировании полости. Данные представлены в таблице № 1. Лечение проводилось по стандартной

Таблица № 1. Толщина надпульпарного дентина при формировании полости (I посещение) с диагнозом «гиперемия пульпы»

Толщина надпульпарного дентина при формировании полости (в мм)	Число пациентов с данным значением толщины дентина
2,5–2,0	9
1,9–1,0	15
Менее 1,0	7

Таблица № 2. Толщина надпульпарного дентина с диагнозом «гиперемия пульпы» (II посещение)

Толщина надпульпарного дентина после удаления временной пломбы (в мм)	Число пациентов с данным значением толщины дентина
3,0–2,5	4
2,4–2,0	17
1,9–1,0	8
Менее 1,0	2



Рис. 1 а. Диагностическая рентгенограмма. 3.6: кариозный процесс под пломбой на заднеконтактной поверхности; 3.7: скрытая кариозная полость на заднеконтактной поверхности.



Рис. 1 б. Рентгенограмма. 3.6, 3.7: после препарирования с применением для определения толщины заместительного дентина ENDOEST 3D. 3.6: 1,5 мм; 3.7: 1,0 мм.



Рис. 1 в. Рентгенограмма. 3.6: толщина заместительного дентина — 1,8 мм; 3.7: толщина заместительного дентина — 1,3 мм после окончания лечения (через 45 дней).

схеме. Первое посещение завершалось наложением на дно сформированной полости лечебной прокладки Kerr «Life» под временную пломбу.

Повторное посещение проводилось через 1–1,5 месяца. При отсутствии жалоб удаляли временную пломбу, лечебную прокладку и повторно использовали ENDOEST 3D. Результаты представлены в таблице № 2.

При сравнении характеристик таблиц определили динамику прироста заместительного дентина: в среднем значении — 0,3 мм.

Рентгенограммы как дополнительный метод исследования помогли нам наблюдать этапы лечения (из лечебной практики) (рис. 1-2).

Выводы

Подводя итоги двухлетней работы, мы убедились в преимуществах использования аппарата ENDOEST 3D при лечении кариеса дентина и гиперемии пульпы с сохранением витального состояния зубов. Аппарат удобен в использовании и позволяет стоматологу:



Рис. 2 а. Рентгенограмма. 3.6: кариозный процесс, захватывающий большую часть жевательной поверхности (толщина заместительного дентина — от 1,2 до 1,4 мм); перед ортодонтическим лечением необходимо сохранить зуб витальным.



Рис. 2 б. Рентгенограмма через 2 месяца. 3.6 (толщина заместительного дентина — от 1,4 до 1,7 мм) под временной пломбой с ортодонтическим колпачком.

- провести лечебные мероприятия независимо от предварительно проведенной анестезии;
- выбрать метод лечения и определить пределы препарирования по совокупности методов обследования стоматологического пациента и числового

показателя на дисплее, совпадающего с графической индикацией;

- оценить эффективность лечебных мероприятий по приросту надпульпарного дентина. ■

Список литературы находится в редакции