

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц

18.11. 2011 г.

Регистрационный № 092-0911

**ВРЕМЕННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ
ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ РАЗРАБОТЧИК:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

Д-р. мед. Наук, проф. И.К. Луцкая, О.В. Федоринчик, Т.А. Запашник

Минск 2011

Инструкция может применяться в терапевтической и хирургической стоматологии и использоваться врачами-стоматологами, работающими в частных и государственных поликлиниках.

ПОКАЗАНИЯ К ВРЕМЕННОМУ ПЛОМБИРОВАНИЮ

Не требуют временного пломбирования:

Однокорневые зубы с хорошо проходимыми корневыми каналами

1. Острый серозный пульпит.
2. Хронический (простой) пульпит закрытой полостью зуба.
3. Хронический апикальный периодонтит закрытой полостью зуба.

Временное пломбирование водным раствором гидроокиси кальция показано в следующих случаях:

1. Хронический пульпит закрытой полостью зуба, имеющий 2 и более корневых каналов.
2. Хронический апикальный периодонтит с закрытой полостью зуба имеющий 2 и более корневых каналов.
3. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения с закрытой полостью зуба.
4. Острый гнойный пульпит открытой и закрытой полостью зуба.
5. Хронический язвенный пульпит открытой и закрытой полостью зуба.
6. Хронический гиперпластический пульпит открытой и закрытой полостью зуба.
7. Некроз пульпы открытой и закрытой полостью зуба.
8. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения с открытой полостью.
9. Хронический апикальный абсцесс со свищем открытой и закрытой полостью зуба.
10. Хронический апикальный абсцесс без свища открытой и закрытой полостью зуба.

Эндодонтическое лечение проводится при диагнозе пульпит и периодонтит (по показаниям выполняется витальная и девитальная экстирпация пульпы). В качестве средства для девитализации пульпы используется паста Депульпин, которая накладывается на вскрытый рог пульпы сроком на 5–7 дней и герметично изолируется временной пломбой. Проводится местное обезболивание. Всем пациентам, нуждающимся в эндодонтическом лечении, назначается рентгенологическое исследование при первичном диагностическом обследовании (на этапах измерения полной рабочей длины, пломбирования корневых каналов), а также в отдаленные сроки (через 6 и 12 мес.) после завершения лечения. При необходимости применяется метод временного пломбирования корневых каналов.

Механическая обработка пульповой камеры и устьев каналов может выполняться ручными инструментами как до, так и после временной

пломбировки корневых каналов. Удаление кариозного и инфицированного дентина с помощью ручных инструментов позволяет снизить риск перфорации дна полости зуба. Обработка пульповой камеры ручными инструментами после удаления временной пасты из корневых каналов обеспечивает в последующем качественную адгезию фотополимера к тканям зуба.

Техника работы. На первом этапе режущий элемент вводят в кариозную полость перпендикулярно обрабатываемой поверхности, плотно прижимая к стенке зуба. Производятся возвратно-поступательные движения. На этапе удаления деструктурированного дентина сначала используется ложкообразный инструмент, удаляющий размягченный дентин. Иссечение дентина производится скользящими горизонтальными движениями, без усилий. Начинается препарирование с более инфицированного участка. Используется визуальный контроль — стоматологическое зеркало. Для дальнейшего удаления мягкого пигментированного дентина с устьев полости используется трехлопастный экскаватор. Лопасть ставится перпендикулярно обрабатываемой поверхности, и при помощи вращения ручки инструмент поворачивают на 90–120°. Движения скользящие, без усилия. Выбор инструмента для последующей обработки стенок зависит от локализации препарированного зуба, локализации и размера кариозной полости. Так, четырехлопастный экскаватор удобнее использовать на зубах верхней челюсти. Движения скребущие, с одновременным движением головки и ручки инструмента (как и с трехлопастным). В зависимости от размера полости применяются большой или малый многогранные экскаваторы. Одноплоскостные многогранные экскаваторы целесообразнее использовать при лечении зубов нижней челюсти, тогда как двухплоскостные — верхней челюсти.

Инструментальная обработка корневого канала, предполагающая устранение очага инфекции и формирование необходимой формы корневого канала с наименьшим просветом в области апикального сужения, производится одним из методов:

Метод «StepBack». Используется расширение канала от верхушечного отверстия до устья с помощью инструментов возрастающего диаметра. Первый этап — определение рабочей длины. В конце работы апикальная часть имеет форму умеренного конуса. Канал расширяется на 2 размера больше исходного на данном уровне (например, если первый K-file был №15, то нужно на данном уровне расширить до №25). Следующие 2 номера на 1 мм короче и т.д. Между каждыми двумя номерами файлов использовался основной файл на всю длину для реэвакуации. Все этапы проводятся в сочетании с антисептической обработкой корневого канала методом «StepBack» и «CrownDown» (смешанный метод) и медикаментозно (3% раствором гипохлорида натрия или 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата), после чего просушиваются бумажными штифтами. При работе данным методом необходимо соблюдать строгую последовательность применения инструментов от меньшего к большему,

использовать в изогнутых каналах предварительно изогнутые инструменты, промывать канал после каждого инструмента раствором антисептика, после каждого выведения инструмента из канала осуществлять тщательную его очистку в специальных подставках, которые содержат поролоновую губку, смоченную в дезинфицирующем растворе.

Метод «CrownDown» применяется в труднопроходимых, узких каналах, а также при обработке инфицированных зубов. Техника основана на последовательной работе инструментами от большего к меньшему, начиная от устья к апексу. Данный метод расширения канала не требует определения рабочей длины в самом начале.

Полость зуба заполняется антисептиком методом «StepBack» и «CrownDown» (смешанный метод) и медикаментозно (3% раствором гипохлорида натрия или 0,05% раствором хлоргексидинабиглюконата), просушивается бумажными штифтами, и вводится в канал первый инструмент. Оптимальным для обработки коронковой и средней трети канала (от 1/2 до 2/3 его длины) считается файл №35. Он предшествует использованию специальных расширителей (Gates). Рентгенограмма позволяет определить глубину прохождения канала, возможный изгиб. После использования файла №35 канал препарировается №2 Gate, затем №3 без продвижения вглубь канала. Канал промывается. Если файл №35 сразу не проникает на нужную глубину, канал вначале расширяется меньшими инструментами. После препарирования №2 и №3 gates файлом проходят глубже в канал, который затем расширяется №35 и 40 на глубину, не достигая 3 мм до верхушки — это предварительная рабочая длина канала.

Затем определяется полная рабочая длина. Препарирование продолжается вглубь до анатомического сужения канала с использованием меньших файлов — на всю рабочую длину канала. Убеждаемся, что апикальная область очищена и расширена не менее №25 файла. Завершаем работу сглаживанием стенок, используя №30 и №35 H-files.

Чаще всего используется смешанная методика препарирования, когда первые шаги начинаются от полости зуба до сужения или изгиба канала. Затем определяется полная рабочая длина и продолжается препарирование канала от апикального сужения в сторону устья.

После качественной механической обработки получается воронкообразной формы канал с минимальным диаметром в области апекса и максимальным у его устья; форма отпрепарированного канала повторяет его оригинальную форму, но больше в диаметре; сохраняется баланс между диаметром канала и толщиной его стенок; обеспечивается неизменная позиция апикального отверстия; создается апикальный упор, предотвращающий проталкивание пломбирочного материала в периодонт. После медикаментозной обработки стенки корневого канала просушиваются при помощи бумажных штифтов.

Методика временного пломбирования корневых каналов

Пломбирование канала пастой можно произвести как вручную, так и с помощью каналонаполнителя.

Методика «ручного» пломбирования

1. При помощи ограничителя фиксируют рабочую длину канала на К-файле, К-римере или на специальной канюле-насадке на шприц.
2. На кончике К-файла, К-римера либо при помощи специальной канюли-насадки в корневой канал до верхушки вносят небольшое количество пасты.
3. Конденсируют пасту при помощи смоченной ватной турунды, намотанной на рабочую часть какого-либо эндодонтического инструмента.
4. Вводят следующую порцию пасты на $2/3$ рабочей длины канала.
5. Конденсируют пасту смоченной ватной турундой, намотанной на рабочую часть какого-либо эндодонтического инструмента.
6. Вводят следующую порцию пасты на $1/3$ рабочей длины канала.
7. Избыток пасты, скопившийся над устьем, продавливают в канал с помощью ватного шарика.
8. Полость зуба герметично изолируют временной пломбой на 48 ч.

Методика пломбирования с использованием каналонаполнителя.

1. Подбирают каналонаполнитель необходимого размера. Используют каналонаполнитель на размер меньше, чем последний инструмент, применявшийся для расширения корневого канала, что позволит предотвратить его заклинивание и образование в канале воздушных пробок.
2. Каналонаполнитель фиксируют в наконечнике и рабочую часть погружают в пасту таким образом, чтобы небольшое количество материала задержалось на спирали.
3. Инструмент аккуратно погружают в канал до верхушки, после чего машина включается на малые обороты (100–120 об./мин) на 2–3 с, затем инструмент медленно извлекается из канала при работающей бормашине. После этого бормашина выключается.
4. Каналонаполнитель вновь обволакивают пломбировочным материалом, вводят в канал на $2/3$ рабочей длины, включают бормашину и нагнетают материал в канал.
5. Повторяют процедуру, при этом каналонаполнитель вводится в канал на $1/3$ рабочей длины.
6. Избыток пасты, скопившийся над устьем, продавливают в канал с помощью ватного шарика.
7. Полость зуба герметично изолируют временной пломбой на 48 ч.

Примечание:

Если апикальное отверстие широкое или оно было расширено в процессе инструментальной обработки, то первую порцию пасты вводят и конденсируют «ручным» способом, и лишь затем применяют каналонаполнитель.

При лечении пульпита без явлений периодонтита (низкая контаминация каналов) используется метод временного пломбирования корневых каналов пастой на основе водного раствора гидроксида кальция. При пульпите с явлениями периодонтита, хронического периодонтита, острого и при

обострении хронического (после снятия острых явлений) корневые каналы дополнительно обрабатываются 2% раствором хлоргексидина (экспозиция 1–2 мин), после чего временно пломбируются пастой на основе гидрооксида кальция с йодоформом. Временный силер вносился в обработанный (механически и медикаментозно) и просушенный корневой канал при помощи каналонаполнителя или специальной канюли и герметично изолировался временной пломбой сроком на 2 дня (48 ч).

Во второе посещение удалялась временная пломба. Из корневого канала Н-файлом необходимого размера соскабливающими движениями удаляются остатки временного силера. Соскабливания периодически чередовались ирригацией корневого канала антисептическим раствором при помощи эндодонтического шприца с иглой. Манипуляция проводилась до полного отсутствия остатков временного силера на Н-файла, после чего корневой канал высушивался бумажными штифтами и пломбируется постоянно с использованием силера и гуттаперчевых штифтов методом латеральной конденсации. Для постоянного пломбирования по показаниям применяются силеры, в основе которых содержатся цинкоксидэвгенол, гидроксиапатит, стеклоиономерный цемент, гидроксид кальция и йодоформ.

Оценка качества эндодонтического лечения проводится непосредственно после лечения и в отдаленные сроки — через 6, 12 мес.

Качество лечения оценивается с учетом жалоб пациента, объективных данных состояния причинного зуба и контрольного рентгенологического исследования.

Критериями клинического благополучия считаются: отсутствие жалоб больного; безболезненная перкуссия; нормальное состояние переходной складки в области проекции вершины корня исследуемого зуба; положительная динамика или отсутствие патологических изменений в тканях апикального периодонта на рентгенограмме.