

Parodontită cronică generalizată (forma ușoară)	7
Parodontită cronică generalizată (forma medie)	52
Parodontită cronică generalizată (forma gravă)	13
Gingivite	26
Candidoză	4
Stomatită herpetică acută	3
Ulcer decubital	5
Herpes obișnuit (simplu)	3
Stomatită cronică aftoasă recidivantă	2
Alveolită	34
Pericoronarită	35
Chist radicular	7
Abces parodontal	2
Alveolotomie	6
Chist retenționat	1
Periostită	22

## REZULTATE ȘI DISCUȚII

1. În timpul tratamentului pacienții erau satisfăcuți cu rezultatele tratamentului și nu s-au observat reacții adverse la „Betadine“.
2. Nu provoacă arsuri, usturime, nu schimbă dinții și mucoasa cavității bucale în culoare.
3. Acțiune antiinflamatorie pronunțată.
4. Durata tratamentului este mai mică (4-7 vizite) de cât în tratamentul cu „Stomatidină“, „Tantum Verde“, „Chlorhexidine“ (10 vizite).

Folosirea „Betadine“ în practica stomatologică permite de a trasa eficacitatea lui, este un preparat cu spectru larg de

ment cu 30%, nu provoacă reacții adverse, este destul de ieftin, are un gust plăcut. Pe baza datelor clinice obținute îl recomandăm pentru aplicarea în practica medicilor stomatologi din Republica Moldova.

## Concluzii

- Spectrul larg de acțiune.
- Eficacitate înaltă.
- Nu se dezvoltă toleranță la preparat.
- Inofensiv, nu provoacă senzație de arsură.
- Nu se dezvoltă rezistență microbiană.
- Este hidrosolubil, ușor se spală cu apă.
- Corelație ideală între preț și calitate.
- Nu schimbă culoarea mucoasei și dinților.
- De deluat înainte de folosire.
- Durata tratamentului cu „Betadine“ mai mică decât în tratamentul tradițional.
- „Betadine“ — este un antiseptic eficace pentru sterilizarea canalelor radiculare.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Бернадский Ю.И., Бернадская Г.П. и др. Некоторые итоги научной работы кафедры хирургической стоматологии Киевского медицинского института // 1й съезд стоматологов МССР, тез. докл., Кишинев, 1988, ч.1, -с.5—9.
2. Иванов А.С. Резекция верхушек корней корневых зубов как метод лечения хронических периапикальных процессов / Автореф. дис... к.м.н., Л., 1976, -15с.
3. Sandu A., Hodonoagă T., Melnic V. Remediul „Betadine“ în tratamentul complex al sinusitelor purulente acute și cronice în acutizare, Chișinău, 2005.
4. Таран А. Использование антимикробного средства Бетадин в хирургической клинике / Кишинев, Метод. рекомендация, 2002.
5. Топало В.М. Одонтогенные флегмоны подвисочной ямки // Актуальные вопросы стоматологии: Тез. докл. VII научно-практической конференции стоматологов МССР, Кишинев, 1981, — с. 63—65.
6. Топало В.М. Случай острого диффузного одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у больного гемофилией // Probleme actuale de stomatologie., Chișinău, 1995, -p.68—70.
7. Шаргородский А.Г. Пути предупреждения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // 1й съезд стоматологов МССР, тез. докл., Кишинев, 1988, ч.1, -с.158.

Prezentat la 29.05.2007

## УСИЛЕНИЕ РЕСТАВРАЦИИ БОКОВЫХ (ЖЕВАТЕЛЬНЫХ) ЗУБОВ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ АРМИРУЮЩЕЙ БАЛКИ.

### РЕЗЮМЕ

В статье приведены сведения наблюдений решения данной задачи учитывая физиологию зубочелюстной системы и новые методы адгезивной технологии восстановления зуба.

Нередко в работе практикующего стоматолога встречается клиническая картина, когда один из жевательных зубов частично разрушен 2/3, а корни сохранены. Существуют и множество методик для восстановления. Удаление с последующим применением мостовидной конструкции. Удаление— имплантация с последующим протезированием. При отсутствии противопоказаний оставшийся корень используется для изготовления штифтового

Голомоз В.И.  
Врач стоматолог  
терапевт цеха  
Здоровье САОЗТ ММЗ  
г. Рыбница  
Гылка А.А.  
Врач стоматолог  
терапевт г. Рыбница

зуба: с вкладкой, с наружным кольцом (Richmond), с керамической коронкой. Современная адгезивная техника благодаря микрогибридным композитам последнего поколения, позволяет восстанавливать зуб, даже в случаях значительной потери твердых тканей. Это, в свою очередь дает возможность добиться продления жизненного цикла поврежденных зубов. Теория артикуляционного равновесия (Godon) построена на том, что зубная система представляет собой единое целое. Стабильное существование этой системы возможно в том случае, когда непрерывность зубного ряда сохранена. При этом каждый отдельный зуб находится под влиянием замкнутой цепи сил, которые не только удерживают отдельные зубы в одном и том же положении, но и сохраняют зубные ряды. Для передачи нагрузки в мезиодистальном направлении формируют контактный пункт. Нагрузка при жевании в оральновестибулярном направлении может привести к вывиху и отлому реставраций. Для усиления искусственного зуба и при наличии кариозного процесса или пломба на апроксимальных поверхностях соседних зубов мы предлагаем использовать стекловолоконную или стальную балку, фиксируемую концами в кариозных полостях и проходящую через паз в штифте искусственного зуба. Эти консервативные решения позволяют достичь эстетических результатов, сравнимых с результатами протезирования не только во фронтальном участке зубной дуги.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На протяжении 3-х лет мы наблюдали данную методику, адгезивного восстановления зубного ряда, с применением армирующей балки, и реставрировали 19 зубов. 7 мужчин возраст от 22 до 48 лет. Трое с заболеванием пародонта. 12 женщин, возраст от 19 до 54 лет. Пять с заболеванием пародонта. Все работы производились на фоне рентген контроля. У 4-х пациентов наблюдали постпломбировочные боли. У 3-х пациентов боли прошли самостоятельно через 2-3 дня, у 1-го через 4-5 дней на фоне УВЧ терапии. У 5-х с заболеванием пародонта укрепились зубы, за счёт шинирования балкой. Незначительный скол материала 4-х. Отломов и разрушений балки не наблюдали.

Первым этапом является подготовка разрушенного зуба и его корней к восстановлению. Требования: на рентгенографии отсутствие воспалительного процесса и резорбции на корнях и в области бифуркации. Наличие плотного цельного дна, наличие ровного хорошо проходимого канала для фиксации в нём анкерного штифта, каналы должны быть запломбированы до физиологического апекса, стенка зуба возвышаться над десной на 1-2 мм.

Если каналы подлежат перепломбировке, то по одной из технологий (step-bask или crown-do-

wn или сбалансированных сил), расширить их на 4 номера от начального. Для расширения устья используем дрилы: Gates Glidden, Largo (Pesso). Для прохождения: K-reamer, K-flexoreamer, для расширения: K-file, K-file nitiflex, Hedstroem file. Запломбировать канал до физиологического апекса, методом латеральной конденсации гуттаперчей, для этого применяем: каналонаполнитель Lentulo, спредер, конденсатор. Наиболее прямой и проходимый канал расширяем, чтобы штифт входил на 2/3 длины. Фиксируем стеклономерным цементом (Core max -2 или Endo-jen).

Изготовление из ортодонтической проволоки (№-06) армирующей балки производится индивидуально и зависит от разновидности конструкции, но всегда подчиняется нескольким правилам.

- в опорных зубах опорные части балки располагаются в дентине,
- в искусственном зубе несущая часть располагается по центру коронки,
- несущая часть шире опорной настолько, что её части армируют вестибулярные и оральные бугры.

### ПОДГОТОВКА БАЛКИ:

- кислотное травление 3 минуты ортофосфорной кислотой 36% ;
- промывание водой 30 сек., сушка струёй воздуха до полного исчезновения влаги;
- наносим адгезивную систему (Прайм Андбонд) и сушим мягкой струёй, 10 сек.;
- полимеризуем опорные и несущие части балки по 10 сек. с двух сторон сверху и снизу.

Подготовка кариозных полостей производится по одной из методик: удаление размягченного, пигментированного дентина, старых пломб — шаровидным, алмазным бором, турбиной с охлаждением. Формирование угла 90 градусов между дном и стенкой на одном уровне для наибольшей площади прилегания балки — алмазным, фиссурным бором турбиной под охлаждением. Скол эмали под углом 45 градусов алмазным копьевидным, фиссурным бором турбиной под охлаждением. Протравка ортофосфорной кислотой 36 % дентин — 10 сек., эмаль — 30 сек. Промывание струёй воды в течение 20 сек. 2-а раза. Сушим полость струёй воздуха, отражённой от эмали — нельзя пересушивать дентин. На поверхности не должно быть свободных капель воды, но дентин должен быть чуть влажным, как бы искриться. Нанесение адгезивной системы PRIME & BOND на дентин и эмаль, сушим мягкой струёй воздуха, для выхода ингибированного кислорода, полимеризация.

Но прежде чем приступить к реставрации, нужно иметь или создать следующие условия работы в кабинете:

- 1) Работа в «четыре руки».
- 2) Использование слюноотсоса и пылесоса, а

в зависимости от вида реставрации ровер-дама.

- 3) Температурный режим 21-24С. С понижением температуры <21С уменьшается пластичность композита, а >24С повышается пластичность, что затрудняет работу (трудно удержать форму, тяжело вытеснить ингибированный кислородом слой, что нарушает адгезию).
- 4) Наличие безмаслянного компрессора или компрессора, оснащённого дополнительными фильтрами для улавливания капелек масла (Радлинский С.В., 2001).

Восстановление начинаем с разрушенного зуба, формируем дно, стенки и тело до уровня головки штифта. Вставляем армирующую балку в кариозные полости, чтобы она лежала в пазах анкерного штифта, и фиксируем 3 точки фотополимерным материалом.

Поэтапно, подобрав цвет, реставрируем зуб и восстанавливаем соседние, соблюдая все правила. И завершают реставрацию финишной обработкой и полировкой (полидент).

Использовали: набор стоматологических инструментов, проволока ортодонтическая №06, стеклоиномерный цемент для корневых каналов

JenDental, Coremax-2 (Япония), штифты внутриканальные анкерные Dental (Швейцария), каризма Глюма, гибридный композит (Германия).

## ВЫВОД

Описанная выше адгезивная технология является предметом выбора врача стоматолога в конкретной клинической ситуации. Применение этого способа позволяет в одно посещение при отсутствии лабораторных этапов с минимальным удалением зубных тканей, опорных зубов, достичь оптимального внешнего вида с восстановлением, как эстетической, так и функциональной целостности зубного ряда. Адгезивный путь возможен только при изоляции рабочего поля (кофердам) и выполнении всех технологических требований.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1) Курляндский В.Ю. 1969г. Основные формы поражения сформированной зубочелюстной системы. «Москва».
- 2) Радлинская В.Н. Радлинский С.В. Современные технологии реставрации зубов. «Полтава».
- 3) Вульффорд М. Клиническая техника эндодонтической подготовки к реставрации. Дент Арт, 1996 №4 ст.30—38.
- 4) Радлинский С.В. Пломба-реставрация-Художественная реставрация. Дент Арт, 2004 №3 ст33—40.

*Prezentat la 20.04.2007*

