

В результате исследования удалось установить, что полоскания дистиллированной водой снижают количество сахарозы на поверхности языка в 1,2 раза (400 ± 35 мкг/см²), что составляет незначительную разницу от исходных значений после углеводной нагрузки (490 ± 20 мкг/см²). Слабокислые полоскания раствором винной кислоты уменьшили количество сахарозы в 1,9 раза (250 ± 25 мкг/см²), уксусной – в 2,5 (190 ± 20 мкг/см²), а лимонной – в 3,3 раза (150 ± 15 мкг/см²). Наибольшее снижение сахарозы достоверно удалось зафиксировать после полоскания раствором лимонной кислоты, а наименьшее – после дистиллированной воды. Проведя сравнительный анализ аналогичного исследования, проведенного нами в группе соматически здоровых лиц, выявлено, что наименьшие значения сахарозы получены после полосканий раствором лимонной кислоты, а максимальные – после дистиллированной воды. Результаты приведены в таблице №2.

Условия исследования	Сахароза, мкг/см ² , n=5			
	Питьевая вода	0,1 % р-р уксусной кислоты	0,1 % р-р лимонной кислоты	0,1 % р-р винной кислоты
Углеводная нагрузка	451±37	425±40	381±64	432±42
Полоскания десорбирующим раствором	188±29	122±15	43±7	131±13
Соотношение	2,9	3,5	8,9	3,3

Таблица 2. Концентрация сахарозы мкг/см² после десорбции с поверхности спинки языка у соматически здоровых пациентов

Можно заметить корреляцию между двумя проведенными исследованиями. Однако, заметна разница в кратности снижения сахарозы. Так кратность снижения сахарозы после полоскания лимонной кислотой в группе соматически здоровых лиц составило 8,9, а в группе больных сахарным диабетом 1 типа – 3,3.

Заключение. Проведенное исследование показало наличие десорбирующего свойства растворов лимонной, уксусной, винной кислот. Выявлена высокая эффективность раствора лимонной кислоты, применяемого в виде полоскания полости рта у больных сахарным диабетом 1 типа. Не смотря на имеющиеся местные особенности полости рта пациентов больных сахарным диабетом 1 типа, такие как сухая слизистая, сниженный поток слюны, слабокислые полоскания раствором лимонной кислоты являются эффективными.

Бавыкина Т.Ю., Перязев А.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЖНИХ РЕЗЦОВ С ДВУМЯ КАНАЛАМИ

*Медицинский институт НИУ «БелГУ»
кафедра стоматологии общей практики, г. Белгород
ООО Семейная стоматология, г. Белгород*

Актуальность. Ежедневная эндодонтическая практика связана с проведением манипуляций в анатомически сложной системе корневых каналов. Зачастую она проявляется в виде гиперкальцификации устьев и собственно каналов, искривлении

каналов, количестве каналов, характеризующимся девиацией. С развитием новых технологий в стоматологии, направленных на диагностику и лечение предоставляется возможным пополнять знания об анатомическом строении зубов (в том числе о количестве корней и каналов).

На первый взгляд, резцы нижней челюсти большинству стоматологов кажутся анатомически примитивными и достаточно простыми при эндодонтическом лечении, не влекут технических сложностей и чрезмерных временных затрат. Однако подобные мнения весьма опрометчивы и обманчивы. По данным литературных источников, несмотря на свою незаурядность, резцы нижней челюсти имеют два канала, которые могут заканчиваться как одним, так и двумя апикальными отверстиями. Маршинская А.А., Гизатуллина Э.Р. в своем исследовании сообщают, что в 6% у 33-х и в 2% у 43-х зубы являются двухкорневыми, двухканальными, с двумя апикальными отверстиями [1]. Баракат Х. выявлено, что среди причин неуспешного эндодонтического лечения, пропущенные корневые каналы составляют 3,4%, недопломбировка до рентгенологической верхушки (16%), выведение материала за апекс (5,6%) [2]. Проводя эндодонтические манипуляции с применением оптического увеличения, веду прием реферативных пациентов, направленных с целью поиска каналов.

Цель исследования: обосновать клинические аспекты эндодонтического лечения нижних резцов с двумя каналами.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 10 принятых реферативных пациентов, в 100 % случаев был obturирован 1 канал, что подтверждалось рентгенологически. Один из клинических случаев представлен на рисунке 2. При сборе анамнеза выявлено, что перед началом лечения с целью диагностики выполнялся прицельный снимок радиовизиографом (рисунок 1), при анализе которого очевидны признаки двух каналов только в 42 зубе, корневые каналы 31,32,42 зубов склерозированы, просвет их не прослеживается на всем протяжении. Стоит отметить, что при выполнении снимков с применением радиовизиографа, на рентгенограмме определяется проекция объекта на плоскость. Судить о глубине расположения того или иного фрагмента исследуемого объекта по одной рентгенограмме нельзя. Чтобы точно определить, где расположен интересующий объект, надо выполнять рентгенограммы в нескольких проекциях. Ведущей диагностической системой на сегодняшний день является конусно-лучевая компьютерная томография, позволяющая получить трехмерное изображение.

После снятия временной пломбы визуально установлено, что гуттаперчей obturирован в 100% случаев вестибулярный канал, доступ к полости зуба был создан прямолинейно от режущего края к полости зуба (рисунок 3). Стрелками обозначено устье язычного канала и вестибулярного, obturированного гуттаперчей.

Одной из технических ошибок при формировании доступа к каналам отмечено наличие нависающего края, недостаточное расширение в оральном направлении. При поиске язычных каналов использовался операционный микроскоп Karl Kaps, пломбирование каналов проводилось по методу латеральной конденсации гуттаперчи. Результат представлен на рисунках 4 и 5. В 100% случаев наблюдалось слияние двух каналов, одно апикальное отверстие. На рисунке 5 можно наблюдать феномен прицельных снимков радиовизиографом, на снимке в 31 и 32 зубе визуально отмечается по 1 каналу, а на рисунке 4 – по 2 канала. В зависимости от выбора направления источника излучения удастся получить изображения как с двумя каналами, так и с одним, то необходимо учитывать при выполнении исследований радиовизиографом.



Рисунок 1.
RVG 31,32,42 зубов до лечения

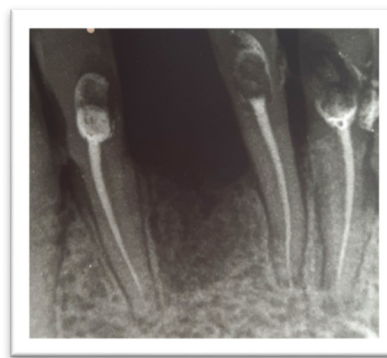


Рисунок 2.
RVG 31,32,33 зубов с 1 каналом



Рисунок 3. Создание доступа к язычному каналу в 31,32,42 зубе



Рисунок 4. RVG 31,32 зубов

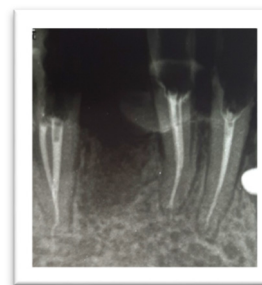


Рисунок 5. RVG 42 зуба

Выводы. Проведенные наблюдения позволяют выделить следующие аспекты при эндодонтическом лечении резцов с двумя каналами: перед началом эндодонтического лечения необходима диагностика методом конусно лучевой компьютерной томографии, что дает полную информацию о строении корневой системы. Всегда необходимо учитывать высокий процент отклонения от нормы в количестве каналов. Создавать адекватный доступ к каналам (расширение в вестибуло-оральном направлении). Руководствуясь данными радиовизиографического исследования - проводить диагностику в нескольких проекциях.

Литература

1. Маршинская А.А., Гизатуллина Э.Р. Анатомия каналов постоянных резцов и клыков нижней челюсти по данным конусно-лучевой компьютерной томографии. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию юбилею со дня образования Республики Башкортостан 2019. С.:169-173.
2. Баракат Х. Клинико-анатомические особенности строения корневой системы зубов в практике врача-стоматолога дис. канд. мед. наук., 2019.184 с.