

ным, стимулирующим и местноанестезирующим действием. Лечили моляры и премоляры с локализацией кариозного дефекта на жевательной поверхности. Диагноз ставили на основании анамнеза, данных объективного обследования и показателей электровозбудимости пульпы зуба. При оперативной обработке в отдельных случаях на дне кариозной полости оставляли участки размягченного дентина. После определения электровозбудимости пульпы на дно кариозной полости накладывали пасту этония и закрывали ее постоянной пломбой. Лечение заканчивали в одно посещение.

Через 1—2 года установлено, что в 103 вылеченных зубах электрометрическая чувствительность пульпы осталась на том же уровне, что и в ближайшие сроки после лечения (10—15 мкА). В 5 случаях отмечено снижение электровозбудимости пульпы зуба до 40 мкА при отсутствии жалоб со стороны больного. В 2 случаях при выпадении пломбы развился хронический пульпит.

Следовательно, паста этония может с успехом применяться при лечении острого глубокого кариеса.

УДК 616.314—18—002—089.87

**В. М. Ермолаева, З. Г. Шарафутдинова, Р. В. Гимадеева, В. Д. Шевченко (Казань).
Опыт лечения пульпита методом витальной экстирпации**

Известно, что девитальные методы лечения пульпита нередко сопровождаются осложнениями и требуют повторных посещений. В отличие от них витальные методы выполнимы обычно в одно посещение и позволяют избежать токсического влияния девитализирующих препаратов на околоверхушечные ткани.

Нами проведено витальное экстирпационное лечение 131 зуба с воспаленной пульпой у 131 больного в возрасте от 20 до 60 лет с хроническим фиброзным, острым ограниченным и травматическим пульпитом. В числе леченных зубов 76 однокорневых и 55 многокорневых, из них 72 зуба верхней челюсти, 59 — нижней. Корневой канал пломбировали жидким фосфат-цементом.

Для обезболивания использовали только проводниковую анестезию 1—2% раствором тримеканна либо лидокаина на фоне предварительной премедикации. Оперативную обработку кариозной полости и ампутацию коронковой и корневой пульпы проводили с соблюдением правил асептики. Кровотечение пульпы останавливали введением в корневой канал турунды с перекисью водорода либо с эпсилонаминокапроновой кислотой.

Анализ показал, что у 88 больных вмешательство выполнено совершенно безболезненно, 32 пациента испытывали незначительную болезненность, у 11 анестезия оказалась безуспешной. Этим больным раствор анестетика вводили в полость пульпы.

При обследовании в ближайшие дни после лечения 127 больных жалоб не предъявляли. У 4 отмечены осложнения со стороны верхушки корня. Спустя 18 мес после лечения клинически и рентгенологически обследованы 40 человек. Патологических изменений в области леченного зуба не выявлено ни у одного пациента. У 10 лиц обнаружен очаг деструкции у верхушки корня.

Наш опыт позволяет рекомендовать для практики витальную экстирпацию пульпы, как эффективный метод лечения хронического фиброзного, острого ограниченного и травматического пульпита.

УДК 616.314.165—202.2—039.71

С. Ш. Зарипова (Казань). Профилактика обострений хронического верхушечного периодонтита

Наши наблюдения касаются терапии хронического верхушечного периодонтита у 220 больных в возрасте от 18 до 77 лет, у которых лечили 264 зуба — 70 многокорневых и 194 однокорневых. Хронический гранулирующий периодонтит констатирован у 170 пациентов, гранулематозный — у 31, фиброзный — у 51, радикулярные кисты — у 12.

Для предотвращения обострений при лечении в 1—2 посещения после инструментальной и антимикробной обработки стенок корневого канала в его просвет вводили преднизолон на турунде в виде 3% раствора. После 10-минутной экспозиции корневые каналы высушивали чистыми ватными турундами и пломбировали жидким фосфат-цементом.

Контролем служили 100 больных, у которых лечили 123 зуба по поводу хронического верхушечного периодонтита.

Из 264 зубов, леченных с использованием преднизолона, обострения зарегистрированы в 8 зубах (в контрольной группе — в 13). У 170 больных с верхушечным гранулирующим периодонтитом, у которых был применен преднизолон, обострения наблюдались в 5 случаях, в контрольной группе — в 9 из 65 ($P < 0,001$). При хроническом гранулематозном периодонтите была такая же картина.

Таким образом, введение преднизолона в просвет корневого канала перед его пломбированием приводит к снижению частоты обострений воспалительного процесса в околоверхушечных тканях.