

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО УДАЛЕНИЮ КАРИЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРАСИТЕЛЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОРАЖЕННЫХ КАРИЕСОМ

Неьматов.Д.Б., Усманов Фарход Комилжанович

*Ташкентский государственный стоматологический институт, Кафедра
Факультетской ортопедической стоматологии.*

Актуальность. В ряде случаев при иссечении кариозных тканей трудно избежать обнажения пульпы. Для принятия правильного решения клиницист должен обладать глубокими знаниями в области топографической анатомии, гистологии, микробиологии и адгезивных технологий. Выявлению и удалению кариозных тканей помогают специальные красители такие как кариес маркеры. Концепция иссечения только наружного и сохранения внутреннего дентина известна с 1960-х гг. При использовании только визуального и тактильного контроля в ходе лечения глубокого кариеса риск обнажения пульпы довольно высок, поскольку в норме глубокий и репаративный дентин мягче, чем поверхностный и промежуточный. Также использование тактильных или визуальных методов для оценки кариеса является субъективным. Эти техники могут быть ненадежными. Внедрение в стоматологическую практику красителей (кариес детекторов) на основе пропиленгликоля (например, Caries Detector, Kuraray) значительно облегчило дифференциацию слоев дентина. Кариес индикатор работает, окрашивая денатурированный коллаген в определенный цвет обычно красный или зеленый, в зависимости от используемого продукта. Он обычно состоит из 1% раствора кислого красного в растворителе пропиленгликоля. Коллагеновые волокна наружного кариозного дентита ослабляются, что позволяет проникать растворителю и окрашивать субстрат. В частности, наружный кариозный дентин окрашивается темным, насыщенным цветом, а внутренний остается слегка розовым. Имеются убедительные клинические доказательства целесообразности сохранения инфицированного дентина, иссечение которого привело бы к обнажению пульпы. Изоляция кариесогенных микроорганизмов от источников питания с помощью герметичной реставрации ведет к гибели или инактивации патогенов, устраняя риск прогрессирования поражения.

Материал и методы. Краситель для окрашивания деминерализованного дентина готовили по методу Фусаямы и Терасимы. Основной фуксин (0,5 г) смешивали со 100 г пропиленгликоля реагента и механически перемешивали до растворения кристаллов основного фуксина. Приготовленный краситель был нанесен на 70 полостей, подготовленных для стоматологического факультета после полного удаления кариеса, подтвержденного преподавателем. Зубы были запланированы для композитных реставраций. Использовались только постоянные боковые зубы, изолированные под коффердамом. Краситель наносился на всю подготовленную поверхность зуба. Краситель выдерживали в полости зуба 10 секунд, после чего излишки смывали с сакшином. Препараты высушивали и исследовали на наличие деминерализованного дентина,

выявленного с помощью фуксинового красителя. Цветная фотосъемка всех препарирований проводилась при увеличении 1:1. Если присутствовали участки, окрашенные фуксином, фотография ориентировалась таким образом, чтобы показать эти участки как можно лучше. Каждая препарированная полость рассматривалась отдельно. Для каждого зуба регистрировались следующие дополнительные данные: (1) номер зуба (от 1 до 70); (2) тип препарирования (Медико-окклюзионно-дистальные полости); (3) предполагаемый окончательный реставрационный материал - микрогибридные композиты; (4) расположение в пределах препарирования дентина, окрашенного фуксином (чтобы отличить дентин-эмалевый переход [ДЭГ] от других окрашенных участков); и (5) глубина препарирования.

Результаты и обсуждение. У сорок два зубов дентин был окрашен фуксином по завершении удаления кариеса. Моляры составили 80,6%, а премоляры — 19,4% окрашенных зубов. Статистической связи между типом и глубиной препарирования продемонстрировать не удалось. Окрашивание фуксином напрямую зависело от глубины препарирования полости. Чем глубже препарирование, тем больше вероятность того, что останется окрашенный фуксином дентин. У пятидесяти девяти (82%) зубов было окрашивание в области критической важной зоне, эмалевой дентин границы (ДЭГ) было оставлен поражённый кариесом дентин, там, где его не должно быть. Расположение пятна ДЭГ было распределено следующим образом: проксимальная стенка — 29; под бугорками и гребнями — 36; десневая стенка — 36. Во многих зубах наблюдалось окрашивание ДЭГ более чем в одном месте.

Заключение. Определение того, что именно представляет собой кариозный дентин, очень важно для стоматологической практики. Сам по себе цвет является ненадежным ориентиром при определении наличия кариозного дентина". В этом исследовании ДЭГ была очищена от всех изменений цвета, связанных с кариозным процессом, и по тактильному ощущению с помощью зонда была признана здоровой; тем не менее, 59% зубов показали окрашивание фуксином в ДЭГ. О чём нам это говорит, что нельзя полагаться только на наши острое зрение и зонд это субъективно, а кариес маркер даёт нам объективную картину, Где же всё-таки нужно убраться. Адгезивная фиксация должна осуществляться к как можно менее поврежденному дентину поверхностному, зону преферического запечатывания следует формировать только в области неокрашенных красителем тканей (чистые поверхностный дентин, ДЭГ и эмаль). При удалении наружного кариозного дентина в пределах ЗПЗ (допускается сохранение лишь слабо окрашенных тканей) нужно избегать обнажения пульпы. Используемая методика адгезивной фиксации должна обеспечивать максимальную прочность сцепления в зону преферического запечатывания и в области внутреннего кариозного дентина.