

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ФУРКАЦИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Одним из осложнений повторного эндодонтического лечения является риск возникновения перфораций твердых тканей зуба. Лечение перфораций предусматривает закрытие костного дефекта мембраной и последующее пломбирование перфорации минерал триоксид агрегатом (МТА) цементом. Наиболее перспективным является использование в качестве мембраны аутогенной богатую тромбоцитами плазму крови (БоТП), которая исключает возможность инфицирования пациента и инициирует процессы заживления. Размещение мембраны исключает возможность проталкивания материала для пломбирования перфорационного канала. Указанные свойства позволяют применять БоТП для лечения больных с перфорацией твердых тканей в области фуркации корней.

Состав. БоТП представляет собой сгусток венозной плазмы крови с концентрацией тромбоцитов 1000 000 ед/мкл, полученный путем двух этапного центрифугирования.

Фармакодинамика. БоТП обладает остеостимулирующей, регенирирующей активностью. Благодаря аутогенному происхождению исключается возможность инфицирования пациентов.

Показания к применению. Лечение перфорации твердых тканей зуба в области фуркации корней.

Способ лечения: Предварительно необходимо провести пломбирование корневого канала по стандартной методике. Зона перфорации обрабатывается 0.5% р-р гипохлорита натрия, для остановки кровотечения рекомендовано использование гемостатического геля ViscoStat (Ultradent). Приготовление БоТП мембраны. Для этого из локтевой вены пациента в стерильную пробирку проводят забор необходимого объема венозной крови (10-15 мл) и помещают их в центрифугу для получения БоТП путем центрифугирования на скорости 3000 об\мин 15 мин (по методике F. Adda, P.Bellon, 2003). После этого готовят мембрану из БоТП для закрытия костного дефекта. Мембрану получают следующим образом: извлеченную из пробирки богатую тромбоцитарную плазму помещают между двумя стерильными салфетками и прессуют, например, путем прокатывания скалкой, после чего готовую мембрану освобождают от салфеток. Мембрану размещают в области костного дефекта и уплотняют. После формирования барьера поверх него для герметичного закрытия дефекта размещают МТА цемент. Проводят рентгенконтроль. Дальнейший рентгенконтроль проводят спустя 1, 3 и 6 месяцев.