

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул
Федюнина А.Е., Луницына Ю.В.

PREVENTION OF COMPLICATIONS DURING AND AFTER ENDODONTIC DENTAL TREATMENT

Altai State Medical University, Barnaul
Fedyunina A.E., Lunitsina Y.V.

В статье представлены результаты анкетирования врачей-стоматологов г. Барнаула. Проанализированы знания врачей относительно стандартов оказания помощи и протоколов лечения в эндодонтии. Предложены меры профилактики развития осложнений, возникающих во время и после эндодонтического лечения.

Ключевые слова: осложнение, эндодонтическое лечение, стоматология, анкетирование

The article presents the results of a survey of dentists in Barnaul. The knowledge of doctors concerning the standards of care and treatment protocols in endodontics is analyzed. Measures to prevent the development of complications arising during and after endodontic treatment have been proposed.

Key words: complication, endodontic treatment, dentistry, questioning

Одно из главных мест в терапии стоматологических заболеваний занимает лечение кариеса, осложненного пульпитом или периодонтитом [2, 6]. В последние годы увеличивается количество осложнений и ошибок на различных этапах эндодонтического лечения. Это можно связать с появлением новых инструментов, эндомоторов, материалов для работы в корневых каналах (КК) и многим другим [3, 4]. Актуальным направлением сегодня остаются исследования, направленные на выявление причин неблагоприятных исходов эндодонтического лечения [1, 5].

Цель работы – выявить возможные причины неблагоприятных исходов эндодонтического лечения, связанные с ошибками, допускаемыми врачами-стоматологами на разных этапах.

Материалы и методы

Проведено анонимное анкетирование врачей-стоматологов. За основу взята анкета, разработанная Сирак С.В., Копыловой И.А. (2013), состоящая из 22 вопросов. В опросе приняло участие 54 врача-стоматолога.

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи Excel 2000 пакета MicrosoftOffice 2000.

Результаты и обсуждение

В анкетировании был задан отдельно вопрос для докторов, которые совмещают свою работу в государственном лечебном учреждении (ГУ) и частном учреждении (ЧУ), имеются ли, на их взгляд отличия в оказании эндодонтической помощи. Абсолютное большинство ответили, что отличия есть, и аргументировали это тем, что для полноценно оказанной помощи в ГУ недостаточно оснащения кабинета, а также отведенного времени на прием пациента. В ЧУ есть возможность внедрять использование высоких технологий лечения и диагностики, которые значительно облегчают работу врача-стоматолога. Благодаря увеличению в 25 раз при работе с микроскопом можно увидеть КК на всем протяжении, удалить фрагмент сломанного инструмента в ходе механической обработки КК, а так же убедиться, насколько хорошо обработан КК.

Первый и самый главный этап, с которого стоит начинать эндодонтическое лечение, это диагностическое рентгенологическое исследование. Наиболее распространенный метод - это прицельная рентгенограмма (визиограмма), им пользуются больше половины респондентов. Лишь каждый пятый доктор направляет пациента на конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ), С помощью панорамной рентгенограммы каждый десятый врач - стоматолог диагностирует осложнения кариеса, такие как пульпиты и периодонтиты. Ни один из респондентов не указал, что он не проводит диагностику осложнений, именно поэтому можно сделать вывод, что доктора переходят к следующему этапу лечения, опираясь не только на основные методы диагностики, но и дополнительные, однако наиболее точные и информативные методы используются редко.

Как показал опрос, большинство докторов для определения рабочей длины КК используют апекслокатор. Представители ГУ, прибегают к рентгенографии с введенным инструментом. Совместное применение апекслокатора и рентгенографии позволяет точнее определить рабочую длину КК. Неправильное измерение длины КК может привести к изменениям в тканях около апекса из-за некачественной обработки канала.

Одним из главных этапов эндодонтического лечения является механическая обработка КК. Докторам был задан вопрос, какие методики они используют в своей

практике. Абсолютное большинство выбирают технику в зависимости от клинической ситуации.

На данный момент в эндодонтическое лечение активно внедряется машинная обработка КК. Каждый третий доктор в своей практике применяет на постоянной основе эндомотор, либо в зависимости от клинической ситуации. Эти респонденты работают в частных клиниках города. А остальные стоматологи не обрабатывают КК данным аппаратом, и все они являются работниками ГУ, что обусловлено более низким качеством оснащения лечебных учреждений данной категории.

Вопрос относительно конусности мастер-файла вызвал затруднение у половины опрошенных врачей. 2% конусностью заканчивают обработку апикальной части четверть докторов. Все они работают в государственных ЛПУ. Инструментами 4% конусность пользуется каждый пятый доктор, 6% - каждый десятый. Инструментами 4% и 6% конусностью работают врачи-стоматологи ЧУ, так как среди них наиболее распространен метод инструментальной обработки с помощью эндомотора.

Ирригация КК во время механической обработки является важным этапом, но некоторые доктора могут его упускать. Для медикаментозной обработки КК респонденты используют гипохлорид натрия, хлоргексидин, перекись водорода, а также комбинацию растворов.

При обработке КК ручными или машинными инструментами согласно современным протоколам лечения вне зависимости от клинической ситуации рекомендуется использовать этилендиаминтетраацетат (ЭДТА). Благодаря ЭДТА удаляется смазанный слой, который образуется в процессе обработки КК. Следуют рекомендациям протокола больше половины респондентов. Треть врачей применяют эндолубриканты лишь при плохопроходимых КК. Для высушивания КК абсолютное большинство опрошенных используют бумажные штифты. Этот факт безусловно положительный, снижается вероятность инфицирования КК при накручивании турунды на корневую иглу. Почти каждый десятый доктор пользуются специальными растворами для высушивания КК. И лишь единицы, среди опрошенных врачей – стоматологов, до сих используют в своей практике ватные турунды. Ни один из докторов не высушивает КК с помощью пустера, благодаря чему может снизиться процент возникновения такого осложнения, как подкожная эмфизема.

Результаты использования силеров для obturation КК почти в равном количестве разделились между материалом на основе эпоксидных смол и на основе цинкоксидэвгенола. Пломбирование КК силером с эпоксидными смолами отдают предпочтение доктора из ЧУ, а цинкоксидэвгенолом пломбируют КК доктора из ГУ. Возможно, данный факт обусловлен тем, что в составе паст на основе цинкоксидэвгенола часто входят кортикостероиды и антисептики, а времени для

хорошей обработки недостаточно, поэтому в ГУ отдают предпочтения им. Или же обусловлено дешевизной данной группы материалов по сравнению с полимерными силерами. Один из опрошенных докторов из ЧУ использует в своей практике биокерамический силер, который является современным материалом, с большим количеством преимуществ.

Следует отметить, что всего лишь один доктор использует для obturации КК резорцин–формалиновую (РФ) пасту, т.к. перелечивание таких зубов вызывает трудности в случае возникновения осложнений после эндодонтического лечения. Но при пломбировании плохопроходимых КК прибегают к резорцин–формалиновому методу почти половина респондентов, большинство из которых являются представителями ГУ. Возможно, это связано с недостаточно отведенным временем на прием пациента.

Для obturации КК абсолютное большинство стоматологов используют гуттаперчевые штифты. Наиболее распространенной методикой пломбирования КК является метод латеральной конденсации, ее использует каждый второй респондент. Метод одного штифта в своей практике использует четверть докторов. Наименее распространенными методиками среди опрошенных врачей являются: метод инжекторного пломбирования, горячей вертикальной конденсации. Их используют в своей практике врачи–стоматологи ЧУ.

Среди опрошенных докторов абсолютное большинство придерживаются правила пломбировать КК до рентгенологической верхушки. Однако при отсутствии патологических процессов в периапикальной области данный уровень пломбирования будет чрезмерным. Четверть респондентов пломбируют КК до физиологического отверстия, т. е., не доходя до рентгенологической верхушки 1–1,5 мм. За апикальное отверстие пломбировочный материал сознательно выводит один доктор, что в свою очередь может привести к развитию осложнений.

После эндодонтического лечения рекомендуется всегда использовать рентгенологический контроль, благодаря которому можно обнаружить такие ошибки как выведение пломбировочного материала или недостаточная obturация КК. Из опрошенных докторов в практике этот важный этап не пропускают почти все врачи, лишь два представителя ГУ используют рентгенологический контроль иногда, что может быть обусловлено ограниченным недостаточным временем на прием пациента в поликлинике.

Выводы

На основании анкетирования врачей–стоматологов выявлены следующие причины, приводящие к развитию осложнений:

Низкая распространенность применения информативных методов диагностики (КЛКТ) в клинической практике, особенно врачами ГУ.

Низкий процент применения современного эндодонтического оборудования (эндомоторы) для качественной обработки КК.

Недостаточная для качественной антисептической обработки и obturation канала конусность мастер-файла.

Низкий процент использования эндолубрикантов и методик активации антисептического раствора в клинической практике.

Применение силеров на основе эвгенола и резорцин-формалина для лечения. Чрезмерное пломбирование корневого канала, незнание анатомии верхушки корня.

Список литературы:

1. Арутюнов А.В. Проблемы эндодонтического лечения зубов по данным анкетирования. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2014;4(146):7-11.
2. Белова Н.М., Полевая Н.П., Елисеева Н.Б. Неудачи эндодонтического лечения и их профилактика. *Медицинский алфавит*. 2019;1(5):12-22.
3. Косилова А.С., Осколкова Д.А., Плешакова Т.О., Луницына Ю.В., Токмакова С.И. Сравнительная характеристика современных силеров и предпочтения врачей-стоматологов. *Проблемы стоматологии*. 2012;5:26-30.
4. Луницына Ю.В. Опыт применения ультразвука для повторного эндодонтического лечения. *Проблемы стоматологии*. 2011;1:30-31.
5. Сирак С.В., Копылова И.А. Профилактика осложнений, возникающих во время и после эндодонтического лечения зубов (по результатам анкетирования врачей-стоматологов). *Международный журнал экспериментального образования*. 2013;8:104-107.
6. Токмакова С.И., Чечун Н.В., Сысоева О.В., Бондаренко О.В. Проблемы повторного эндодонтического лечения и пути их решения. *Эндодонтия Today*. 2011;1:10-12.