

ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНОМУ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

*Черкасова Д.В., к.м.н., кафедра терапевтической стоматологии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

*Богдашикина М.В., соискатель кафедры стоматологии общей
практики ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

В настоящее время на территории России внедряется новая трехуровневая система оказания стоматологической помощи населению, предусматривающая внедрение участкового врача-стоматолога, который будет в основном проводить профилактическую работу на участке с населением в 10 тысяч человек. Планируется бюджетное финансирование этого этапа. На втором этапе оказание специализированной помощи в основном будет в рамках негосударственного финансирования.

Высокоспециализированную стоматологическую помощь пациентам будут оказывать в нескольких высокотехнологичных центрах, финансируемых за счет федерального бюджета.

В этой ситуации остается неуточненным вопрос об эндодонтическом лечении, требующем дорогостоящего оборудования. Учитывая то, что сложное эндодонтическое лечение чаще всего связано с проведением повторного лечения, необходимо определить показания и противопоказания к нему, а также определить подход к финансированию.

Нами на кафедре терапевтической стоматологии и кафедре стоматологии общей практики ГОУ ВПО УГМА Росздрава проведено анкетирование 168 врачей, обучающихся на сертификационном цикле. Анкета включала 27 вопросов закрытого типа, которые касались лечения заболеваний пульпы и периодонта. Статистическая обработка материала проведена с помощью компьютерной программы Vortex 7.08.

В результате анализа материала исследования анкетированные врачи отмечают, что основной причиной повторного эндодонтического лечения являются:

- Подготовка зубов к протезированию – 63%;
- Обострение хронического верхушечного периодонтита – 21%;
- Разрушении коронки зуба – 16%.

Кроме того, в условиях стоматологической клиники «Родент» проведен анализ амбулаторных историй пациентов, которым проводилось эндодонтическое лечение. Было проанализировано лечение 426 многокорневых зубов.

Выявлено, что 66% пациентов ранее уже проведено эндодонтическое лечение. При этом причиной повторного обращения явилось в 26%

обострение в области ранее леченого зуба, сопровождающееся болью, повышением температуры; 64% пациентов были направлены врачом-ортопедом, оцнившим ранее проведенное лечение как неудовлетворительное, затрудняющее использование эндодонтически леченных зубов в ортопедических конструкциях;

У 10% пациентов после эндодонтического лечения произошло разрушение коронки зуба.

Анализируя методы лечения ранее эндодонтически леченных зубов, можно отметить, что:

- в 73% – зубы были лечены методом одного штифта;
- в 21% – резорцин-формалиновым методом;
- в 6% – методом латеральной конденсации.

Таким образом, на основании данных литературы и собственных исследований повторное эндодонтическое лечение показано в зубах с недостаточным заполнением корневых каналов и рентгенологическими изменениями, при наличии свища, при нарушении герметичности реставрации, если при этом имеется деструкция в периапикальной области.

Прежде чем приступить к перелечиванию, мы оцениваем целесообразность сохранения данного зуба. Если зуб не может адекватно нести окклюзионную нагрузку, нет возможности использовать его в ортопедической конструкции или он не подлежит восстановлению, то проведение повторного эндодонтического лечения нецелесообразно. (Джон С. Родз, 2009).

Повторное эндодонтическое лечение как правило, более трудоемкое, сложное, длительное и дорогостоящее, чем первичное. Также оно не всегда удачно и предсказуемо.

Так как наиболее частой причиной неэффективности первичного лечения является повторное инфицирование периапикальной области, особое значение мы уделяем соблюдению правил асептики: эндодонтическое вмешательство обязательно проводится с использованием коффердама, что обеспечивает хороший визуальный доступ, предупреждает контаминацию корневых каналов слюной с бактериями и их реинфицирование, предотвращает аспирацию или заглатывание инструментов.

Для улучшения визуализации повторное эндодонтическое лечение проводится с использованием операционного микроскопа.

При проведении ревизии корневых каналов были использованы вращающиеся никель-титановые инструменты (ProTaper D, MTwo Rfile), ультразвуковые насадки, сольвенты (Endosolv E, R).

На этапе медикаментозной обработки для более эффективного воздействия на патогенную флору корневых каналов используем

антисептические растворы из группы хлорсодержащих: 3% гипохлорит натрия, обладающий выраженным бактерицидным и протеолитическим действием, 2% раствор хлоргексидина. При этом объем антисептического раствора составляет не менее 2–3 мл после каждого используемого инструмента.

С целью повышения эффективности гипохлорита натрия можно использовать подогретый раствор, активировать раствор в канале ультразвуком, мастер-штифтом.

Не менее важным моментом является обработка канала перед obturацией, которая проводится с целью удаления смазанного слоя, формирующегося в ходе препарирования стенок канала машинными или ручными инструментами. Для удаления смазанного слоя мы используем рекомендованную Д. Кантаторе последовательность ирригации перед пломбированием:

- заполняем канал и полость зуба 10–15% раствором ЭДТА, активируя его ультразвуком;
- промываем канал 10 мл 3% раствора гипохлорита натрия;
- высушиваем стерильными бумажными штифтами и проводим пломбирование канала.

При пломбировании мы широко используем метод вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи. При разогревании в корневом канале гуттаперча становится пластичной, проникает в микропространства дентина и дополнительные каналы. Теплая гуттаперча обладает адгезией и, расширяясь, плотно прижимает корневой пломбировочный материал к дентину стенок обработанного канала.

После пломбирования устье корневого канала закрываем сразу же стеклоиономерным цементом или низкомодульным композитом.

Не менее важным моментом является своевременное восстановление коронковой части зуба, так как долгосрочный успех напрямую зависит от качества выполненной реставрации, от точности краевого прилегания коронки, надежности фиксации ортопедической конструкции.

Таким образом, использование при повторном эндодонтическом лечении современных технологий повышает наши возможности и позволяет получать более предсказуемые результаты лечения.

Проводимое лечение затратно и, вероятно, должно проводиться в специализированных кабинетах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джон С. Роудз «Повторное эндодонтическое лечение. Консервативные и хирургические методы». Москва «МЕДпресс-информ». – 2009. – 212 с.

2. Ламли Ф., Адамс Н., Томпсон Ф. «Практическая клиническая эндодонтия». Москва «МЕДпресс-информ». – 2007. – 127 с.
3. Митрофанов В.И., Шорина Т.В. «Повторное эндодонтическое лечение. Алгоритм действия в различных клинических ситуациях». Клиническая эндодонтия. – Том 1. – № 3–4. – 2007. – С. 76–83.
4. Калашников В.Н., Воропасвал.А., Геворкян А.А. «Эндодонтическое перелечивание зубов». Дентал Юг. – № 3. – 2009. – С. 38–41.
5. Городов О.Н. «Выбор врачом технологии как фактор качества эндодонтического лечения». Сибирский медицинский журнал. – № 2. – 2008.

ВЛИЯНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

*Бузова Е.В., аспирант кафедры терапевтической стоматологии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

*Ронь Г.И., д.м.н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

Лучевая терапия, несомненно, обладает эффективным противораковым воздействием и составляет неотъемлемую часть противораковой терапии [4]. Однако лучевая терапия способна оказывать нежелательное воздействие на здоровые ткани, включенные в поле облучения [2, 3]. Профилактика и лечение изменений, возникающих под действием ионизирующего излучения, разрабатываются в течение последних двух десятилетий, но до настоящего времени частота и тяжесть лучевых повреждений сохраняются на высоком уровне [1, 4]. Поэтому необходимы дальнейшие исследования, направленные на повышение эффективности коррекции этих нарушений.

У пациентов с продолжительным сроком жизни, наряду с лучевыми реакциями, повышен риск развития постлучевых осложнений, в частности лучевого кариеса [2]. Изучение особенностей течения лучевого кариеса и состояния полости рта после лучевой терапии имеет большое значение для разработки методов стоматологической реабилитации данного контингента пациентов.

Цель исследования – оценить стоматологический статус пациентов в различные сроки после проведения лучевой терапии по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.