На правах рукописи

Богдашкина

Марина Владиславовна

КЛИНИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСПЕКТИВНОЙ МОДЕЛИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

14.01.14 – стоматология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2011

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный руководитель
Доктор медицинских наук, профессор **Харитонова Марина Павловна**

Официальные оппоненты:
Доктор медицинских наук, профессор **Гилева Ольга Сергеевна**

Доктор медицинских наук, доцент **Латюшина Лариса Сергеевна**

Ведущая организация
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита диссертации состоится «20» декабря 2011 года в 10 часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д.208.102.03, созданного при государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д.3

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Основная цель социальной политики в Российской Федерации – создание и обеспечение для каждого гражданина максимального в социальном и экономическом плане уровня жизни, повышение ее качества.

Результаты научных исследований последних лет свидетельствуют о ряде неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья человека. Результаты проводимого эпидемиологического обследования полости рта жителей различных регионов России не отмечают снижение распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний (Русакова И.В., 2006, Брагин А.В., 2009; Алимский А.В., 2010). Показатели кариеса зубов и пародонта остаются на прежнем уровне, а основные стоматологические заболевания у взрослых имеют 100% распространенность (Дуброва Н.А., 2010). Особенно неблагополучным выглядит ситуация с увеличением числа тяжелой патологии челюстно-лицевой области (Губин М.А., 2005).

В структуре причин развития одонтогенных флегмон присутствуют и осложнения, связанные с несвоевременным лечением, или некачественным лечением хронического верхушечного периодонтита (Боровский Е.В., 2005; Кузьмина Э.М., 2008). Длительное существование очага хронической инфекции приводит к снижению уровня неспецифической резистентности организма. Деструктивные поражения в периодонте являются показанием для удаления зубов у 50% пациентов в возрасте до 35 лет и в 80% случаев у лиц более старшего возраста (Митронин А.В., 2009; Янушевич О.О., 2008). Лечение указанных заболеваний имеет высокую социальную значимость, связанную со значительными затратами на диагностику, лечение и реабилитацию пациентов.

Так преждевременная потеря зубов в 77% случаев является пусковым моментом в развитии дистрофических процессов зубочелюстной системы и

заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Кроме того, происходит нарушение многих функций (речи, жевания и др.), формируется эстетический дефект. Все это приводит к необходимости протезирования. Однако, даже рациональное протезирование не может полностью восстановить утраченные функции, что, в свою очередь, снижает общий уровень здоровья человека (Максимовский Ю.М., 2009).

Лечение верхушечного периодонтита остается сложной проблемой. Это связано со сложным анатомо-топографическим строением корня зуба, наличием индивидуальных особенностей в строении макро- и микроканалов, занимающих около 30% объема дентина, которые создают благоприятные условия для развития микроорганизмов (Черкасова Д.В., 2010).

В настоящее время активно развивается относительно молодой раздел стоматологии – эндодонтия, изучающая проблемы санации и обтурации системы корневых каналов. Появились возможности визуализации всех этапов эндодонтического лечения, разработаны адаптированные к микрофлоре корневых каналов лекарственные препараты, надежные методы и средства обтурации корневых каналов. При этом остается проблема - не снижающийся процент повторного лечения верхушечного периодонтита.

В концепции развития стоматологической помощи населению не обозначен объем эндодонтических манипуляций в зависимости от уровня их сложности. В новом стандарте подготовки врача стоматолога не акцентируется зависимость уровня подготовки специалиста от сложности эндодонтических проблем.

Цель исследования

Повышение качества лечения хронического верхушечного периодонтита путем разработки научно обоснованной модели и алгоритмов лечения корневых каналов различной степени сложности.

Задачи исследования

1. Путем анкетирования определить предпочтения врачей в выборе методов диагностики верхушечного периодонтита и технологии эндодонтического лечения использующиеся в различных стоматологических учреждениях;
2. Определить факторы, влияющие на качество эндодонтического лечения.
3.Провести ранжирование эндодонтических проблем по степени сложности
4. Разработать и внедрить новую модель эндодонтического лечения хронического верхушечного периодонтита.
5. Определить алгоритмы лечения корневых каналов различной степени сложности.

Научная новизна исследования

Впервые на основании анкетирования врачей проведен анализ состояния эндодонтической помощи в различных стоматологических учреждениях.

Получены данные об оснащенности стоматологических учреждений с различной формой собственности и определены их возможности при лечении пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом.

Впервые проведено ранжирование эндодонтических проблем по степени их сложности.

Впервые разработана научно обоснованная модель и алгоритм эндодонтического лечения верхушечного периодонтита различной степени сложности.

Научно-практическая значимость работы

В результате проведенного исследования установлены наиболее значимые эндодонтические проблемы. Разработанная модель эндодонтической помощи определяет место лечения пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом, целесообразность назначения

дорогостоящих диагностических и лечебных мероприятий, применительно к конкретному пациенту.

Положения, выносимые на защиту

1. Среди пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом целесообразно выделение трех степеней сложности эндодонтических проблем.

2. Внедрение разработанной модели эндодонтического лечения снижает частоту повторных обращений хронического верхушечного периодонтита.

3. Использование предложенных алгоритмов лечения хронического верхушечного периодонтита способствует уменьшению числа осложнений

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на Всероссийских научно-практических конференциях «Актуальные проблемы стоматологии» (г. Екатеринбург, 2010, 2011), в г. Уфе 2010, 2011. Апробация работы проведена на заседании кафедр стоматологии общей практики и терапевтической стоматологии 25.10.2011 г. протокол № 2, заседании проблемной комиссии ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России (протокол № 10 от 14 ноября 2011 г).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе две в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура работы

Диссертационное исследование изложено на 115 страницах машинописного текста. Содержит введение, обзор литературы, главу с общей характеристикой материала и методов исследования, две главы собственных исследований, обсуждение результатов исследования, выводов, практических рекомендаций. Диссертация содержит 29 таблиц, 36 рисунков. Список использованной литературы включает 134 отечественных и 38 зарубежных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Материалом исследования служили анкеты врачей, мнения экспертов, амбулаторные истории болезней пациентов, обратившихся на повторное эндодонтическое лечение из различных клиник, и пациенты, лечившиеся в стоматологической клинике «Родент».

Дизайн исследования

На первом этапе исследования, на основании анкетирования врачей, определены их приоритеты в выборе эндодонтических технологий и изучено мнение врачей, по поводу причин повторного эндодонтического лечения. В анкетировании принимали участие врачи стоматологи из стоматологических учреждений с различной формой собственности и расположенных как в г. Екатеринбурге, так и в населенных пунктах Свердловской области, находившихся на сертификационном цикле повышения квалификации по терапевтической стоматологии в выборе эндодонтических технологий.

Критериями включения в группу анкетируемых было наличие сертификата врача стоматолога общей практики или врача стоматолога терапевта.

На следующем этапе исследования анализируя амбулаторные истории болезней пациентов, повторно обратившихся по поводу лечения хронического верхушечного периодонтита в стоматологическую клинику Родент, выявлены наиболее значимые эндодонтические проблемы.

С целью определения значимости эндодонтических проблем изучено мнение экспертов. В качестве экспертов выступили известные врачи стоматологи, занимающиеся эндодонтической практикой не менее 10 лет, имеющие степень кандидата медицинских наук, проживающие в различных городах России (Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Челябинске, Тюмени, Нижневартовске).

На основании полученных данных разработана и внедрена модель работы врача стоматолога, выполняющего эндодонтические манипуляции различной степени сложности, определены алгоритмы эндодонтического лечения.

В работе использованы социологические, общеклинические и статистические методы.

1) Социологические методы

Для выполнения поставленных задач разработаны анкеты для врачей и опросник экспертов. Анкета для врачей включала 27 вопросов, в которых заложена возможность получения информации о враче, его приоритетах в выборе эндодонтических технологий, оценке осложнений и причинах повторного эндодонтического лечения, определении наиболее значимых эндодонтических проблем.

Для экспертов предложено десять наиболее значимых эндодонтических проблем:

1	Облитерация корневого канала
2	Облитерация устья корневого канала
3	Наличие дентикля и петрификата в корневом канале
4	Искривление корневого канала
5	Наличие инородного тела в корневом канале (отлом инструмента)
6	Предшествующее лечение с использованием резорцин-формалинового метода
7	Предшествующее пломбирование корневого канала цементом
8	Наличие перфорации в стенке корневого канала
9	Перфорация дна полости зуба
10	Наличие ранее зафиксированного в корневом канале анкерного или стекловолоконного штифта
11	Другое

А также введена позиция – другое. Эксперты имели возможность оценить сложность эндодонтических проблем в баллах: от одного до десяти.

2) Общеклинические методы обследования

- опрос (выяснение анамнеза жизни и анамнеза заболевания)
- внешний осмотр челюстно-лицевой области

- осмотр полости рта (с оценкой состояния зубных рядов, состояния тканей пародонта)

- зондирование (с целью определения болезненности/безболезненности, а также определения границ пломбы или кариозной полости)

- оценка состояния пломб

- перкуссия зуба

- осмотр десны в проекции корней причинного зуба

- оценка состояния пародонта причинного зуба (целостность зубодесневого прикрепления, глубина пародонтального кармана, наличие/отсутствие зубного налета, зубного камня).

Для оценки состояния периапикальных тканей и системы корневых каналов, а также для контроля над состоянием периапикальных тканей в отдаленные сроки после лечения, проводилась прицельная внутриротовая контактная рентгенография или визиография. Для определения наличия

пародонтального поражения проводилась ортопантомография. По данным рентгенограмм отмечалось: наличие/отсутствие очага деструкции костной ткани в периапикальной области, наличие/отсутствие в системе корневых каналов, инородных тел, степень искривленности корневых каналов, наличие склерозирования или дентиклей. В ситуациях, затрудняющих определение диагноза, больных направляли на компьютерную томографию в стоматологическую поликлинику УГМА, или стоматологические клинники «Уралдент» и «Гарант».

3) Статистические методы

Результаты, полученные в ходе собственных исследований, обработаны параметрическими и непараметрическими методами анализа, закодированы и обработаны с помощью компьютерной статической программы Vortex 7.0.8. Оценку значимости эндодонтических проблем экспертами проводили методом ранжирования с определением медианы (Me) и моды (Mo).

Результаты исследований

Результаты анкетирования врачей

При анализе 153 анкет врачей отмечено, что средний возраст анкетируемых составил 46 лет, в основном это были женщины.

В течение 2009 - 2010 учебного года больше всего (50%) было врачей из муниципальных поликлиник, несколько реже (30%) из частных поликлиник и из частных кабинетов (27%) и только 10% из различных стоматологических кабинетов, предприятий, высших учебных заведений. Стаж работы анкетируемых составил от 1 до 30 и более лет.

Практически все врачи в качестве дополнительного обучения отмечают прохождение курсов повышения квалификации 1 раз в 5 лет, реже конференции, семинары и самостоятельное изучение современной литературы.

Анализируя процент обратившихся пациентов по поводу хронического верхушечного периодонтита можно отметить, что он составляет в среднем 17%. При этом врачи стоматологи отмечают, что процент успешного эндодонтического лечения составляет от 14 до 92% .

При лечении хронического верхушечного периодонтита чаще используют ручное расширение устья корневых каналов, реже машинное расширение, еще реже используют ультразвуковые насадки.

Врачи отмечают, что на успех эндодонтического лечения влияет опыт работы 30%, знание анатомо-топографических особенностей строения зубов 35%, владение современными методами пломбирования корневых каналов 35%.

Среди причин неудачного эндодонтического лечения врачи отмечают:

1. Недостаточный опыт
2. Плохую оснащенность эндодонтическими инструментами
3. Отсутствие средств визуализации устьев корневых каналов
4. Отсутствие дополнительных средств в лечении корневых каналов (ультразвук, лазер, депофорез, озон).

Причинами повторного лечения хронического верхушечного периодонтита, по мнению врачей, являются

- выпадение пломб 50,2%
- появление боли, дискомфорта в зубе 7,4%
- выявленные изменения в области верхушки корня 25,1%
- выявленное рентгенологически негомогенное расширение корневого канала 13,1%
- наличие свищевого хода 3,2%

Для обработки корневых каналов врачи нашего региона используют в основном гипохлорит 91,4% и реже применяют современные методы обработки лазер 2,6%, озон – 2,6%

Корневые каналы чаще 72,6% пломбируют силером+гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации. Остается в арсенале методик

применяемых врачами пломбирование резорбции формалиновой смесью (11,2%), а в 4,6% случаев проводится пломбирование цементом.

Для улучшения визуализации устьев корневых каналов, только (0,9%) врачей используют микроскоп, (2,4%) лупу.

При работе с плохо проходимыми каналами стоматологи предпочитают использовать методы мумификации остатков пульпы крезопастой (47,7%) и только (28,1%) используют депофорез.

Таким образом, основными проблемами при лечении хронического верхушечного периодонтита являются недостаточное оснащение рабочих мест врача стоматолога, отсутствие средств для визуализации, физиотерапевтических аппаратов, а так же недостаточно знаний и опыта. Этим врачи объясняют высокий процент повторного обращения пациентов.

Проведение повторного эндодонтического лечения усложняется, в первую очередь, ранее проводимой обработкой корневых каналов лечением с использованием резорбцин-формалинового метода, пломбирование корневого канала цементом, затем наличием фрагментов инструментов, оставленных при первичном лечении, наличием ятрогенной перфорации дна полости зуба, перфорации корневого канала, а так же плохой визуализацией при обработке корневых каналов.

Среди опрошенных врачей больше всего было врачей терапевтов, несколько врачей общей практики и пародонтологов. Интересно отметить, что независимо от места работы врачи стоматологи общей практики реже используют современные эндодонтические технологии.

Проведенное исследование позволяет отметить, что лечение верхушечных периодонтитов проводится в различных стоматологических учреждениях: муниципальных, частных, расположенных как в городе Екатеринбурге, так и в Свердловской области, имеющих разный уровень оснащения.

В большей степени лечением верхушечного периодонтита занимаются врачи стоматологи терапевты, реже врачи общей практики и еще реже пародонтологи, имеющие различный опыт работы, различного возраста. Отмечено, что осложнения после эндодонтического лечения у терапевтов стоматологов встречаются реже. Однако пациентов с повторным эндодонтическим лечением у них больше. Это связано с тем, что терапевты чаще используют современные методы диагностики в лечении верхушечного периодонтита.

Анализ амбулаторных карт пациентов

С целью выявления причин повторного эндодонтического лечения проведен анализ 115 (156 зубов) амбулаторных историй болезни пациентов, обратившихся в стоматологическую клинику «Родент». Выявлено, что 98% пациентов ранее лечились в муниципальных поликлиниках города Екатеринбурга (рис. 1).

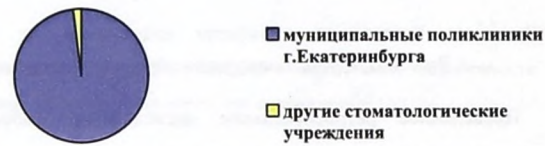

Рис. 1. Вид учреждения

Во всех случаях зубы лечили по поводу хронического периодонтита, проводя ручную обработку корневых каналов, при этом ни в одном случаев не использовали средств визуализации.

При пломбировании корневых каналов - 29 % использовали резорцин-формалиновую пасту - 18,8% одним штифтом пасту, 52,2% латеральную конденсацию (рис. 2).

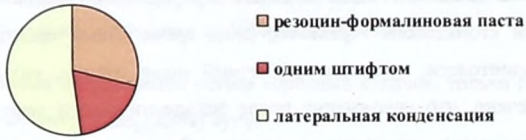

Рис. 2. Способ пломбирования корневых каналов

Причиной повторного обращения в 53,8% случаях было выпадение пломбы, разрушение коронки зуба, в 7,6% обострение хронического периодонтита, 37,9% - направление ортопеда, с указанием на негомогенное пломбирование корневого канала и изменения в области верхушки корня (рис. 3).

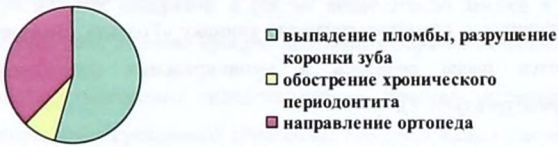

Рис. 3. Причины повторного обращения пациентов

Проведенное ретроспективное исследование амбулаторных карт показывает сходство выявленных проблем с обозначенными врачами при анкетировании.

Анализ мнения экспертов

При анализе мнения 11 экспертов выявлена неоднозначность их мнения. Облитерацию корневого канала, как эндодонтическую проблему эксперты оценивают от 4 до 8 баллов, облитерацию устья корневого канала от 1 до 5 баллов, наличие дентикля и петрификата от 2 до 7 баллов, искривление корневого канала от 3 до 6 балов, наличие инородного тела в корневом канале (отлом инструмента) от 4 до 9, предшествующее эндодонтическое лечение с использованием резорцин-формалинового метода

эксперты отмечают однозначно 7 баллов, предшествующее пломбирование корневого канала цементом от 4 до 8, наличие перфорации в стенке корневого канала от 6 до 9 баллов, перфорацию дна полости зуба однозначно эксперты оценивают в 5 баллов, наличие ранее зафиксированного в корневом канале анкерного или стекло-волокнистого штифта, как сложную эндодонтическую проблему оценивают эксперты от 3 до 8 баллов.

Столь разнородная оценка сложностей эндодонтических проблем, как показывает анализ рабочих мест экспертов, связано с наличием средств визуализации устьев корневых каналов и их состояния.

Так при наличие микроскопа такие позиции, как облитерация устья корневого канала оценивается в 1 балл, наличие дентикля и петрификата в корневом канале в 2 балла, наличие ранее зафиксированного в корневом канале анкерного или стекловолоконного штифта в 3 балла в отличие от работающих без микроскопа. При этом уровень сложности соответственно повышается.

В графе другое эксперты предлагают для оценки сложности эндодонтических проблем учитывать анатомо-топографические особенности строения корневых каналов, в частности, его искривление.

Полученные результаты подвергли статистическому анализу методом ранжирования, что позволило выделить три степени сложности эндодонтических проблем. Для устранения, которых требуется разное оборудование и разного уровня подготовка врачей.

I степень - 1. Искривление корневого канала до 15 градусов (35 балла), 2. Облитерация устья корневого канала (35 баллов).

II степень - 1. Наличие дентикла и петрификата в корневом канале (50 баллов), 2. Наличие ранее зафиксированного в корневом канале анкерного или стекловолоконного штифта (58 баллов) 3. Перфорация дна

полости зуба (69 баллов), 4. Искривление корневого канала до 45 градусов (55 баллов);

III степень - 1. Облитерация корневого канала (75 баллов), 2. Наличие инородного тела (отлом инструмента) в корневом канале (75 баллов), 3. Предшествующее пломбирование корневого канала с использованием резорцин-формалиновой пасты, 4. Наличие перфорации в стенке корневого канала (87 баллов), 5. Искривление корневого канала более 45 градусов (75 баллов), 6. Предшествующее пломбирование корневого канала цементом (85).

По данным проведенного анализа эндодонтическую помощь населению можно представить в виде трехуровневой модели.

I уровень - структурно-организационный стандарт стоматологического модуля врача стоматолога общей практики. Он является максимально приближенным к населению и доступным для всех. На этом уровне врач стоматолог общей практики, используя простейшие диагностические исследования (опрос, осмотр, перкуссия, пальпация, прицельная внутриротовая рентгенография).

1. Определяет уровень сложности и необходимость эндодонтического лечения.

2. Проводит лечение верхушечного периодонтита в зубах с хорошо проходимыми корневыми каналами и при I степени сложности.

3. В дальнейшем осуществляет мониторинг состояния здоровья за эндодонтически леченными пациентами.

II уровень - структурно-организационный стандарт специализированного стоматологического модуля.

Эндодонтическую помощь оказывают врачи стоматологи, имеющие сертификат врача стоматолога терапевта.

На этом уровне важно принятие решения о возможных вариантах дальнейшей эндодонтической помощи и выполнение манипуляций 1 и 2 степени сложности.

III уровень - структурно-организационный стандарт регионального стоматологического центра. На этом этапе врач стоматолог (эндодонтист).

1. Использует узкоспециализированное клинико-диагностическое оборудование: микроскопов, томографов.

2. Выполняет манипуляции 3 уровня.

3. Принимает решения о возможных вариантах дальнейшего лечения с использованием хирургических методов.

4. Оказывает учебно-методические (образовательные) услуги врачам стоматологам по использованию новых технологий эндодонтического лечения.

Оценка клинической эффективности разработанной модели эндодонтической помощи пациентам с хроническим верхушечным периодонтитом проведена в стоматологической клинике «Родент».

Врач стоматолог общей практики принимает пациентов с эндодонтическими проблемами первой степени. Врач стоматолог терапевт проводит лечение пациентов, как с проблемами первой степени, так и второй степени сложности. Стоматологи, имеющие сертификаты на использование отдельных эндодонтических технологий, такие как: машинная обработка корневых каналов, обработка корневых каналов методом депофореза, анализ компьютерных томограмм и другие проводит лечение всех форм хронического верхушечного периодонтита и всех степеней тяжести эндодонтических проблем.

Для повторного осмотра приглашены 213 ранее лечившихся в разные годы у различных врачей пациентов. На осмотр явились 145 пациентов. Анализу подвергли 156 зубов (табл. 1).

Таблица 1

Распределение эндодонтически леченых зубов в зависимости от сроков лечения и степени сложности эндодонтических проблем

Степень сложности	1 степень		2 степень		3 степень		Всего	
Сроки	количество	%	количество	%	количество	%	количество	%
До 1 года	8	10,5	2	4,0	4	13,8	14	9,0
От 1 года до 2х лет	31	40,8	21	41,2	8	27,6	60	38,5
От 2х лет до 3х лет	35	46,1	28	54,8	2	6,9	65	41,7
Более 3х лет	2	2,6	0	0	15	51,7	17	10,9
Всего	76	100	51	100	29	100	156	100

Проведенный анализ позволяет отметить, что при обращении пациенты жалоб не предъявляли: первая степень сложности была у 48,7% пациентов, вторая – у 32,7% и третья степень сложности у 18,6% (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по степени сложности эндодонтических проблем

Степень	Количество	%
1	76	48,7
2	51	32,7
3	29	18,6

При этом 42,3% зубов было вылечено врачом общей практики, 7,9% лечение пациентов с первой степенью сложности и 84% со второй степенью сложности вылечено врачом стоматологом терапевтом, эндодонтист только в 5,3% лечил пациентов с первой степенью сложности, 16% со второй степенью и 100% с третьей степенью сложности (табл. 3).

Таблица 3

Структура деятельности врачей разной квалификации при лечении хронического верхушечного периодонтита различных уровней сложности

Квалификация врача	Уровень сложности			Всего
	1 степень	2 степень	3 степень	
Врач стоматолог общей практики	66/ 86,8%	0	0	66/ 42,3%
Врач стоматолог терапевт	6/ 7,9%	43/ 84%	0	49/ 31,4%
Врач стоматолог терапевт (эндодонтист)	4/ 5,3%	8/ 16%	29/ 100%	39/ 25%
Всего	76/ 100%	51/100%	29/100%	156/100%

Таким образом, в структуре деятельности врача стоматолога общей практики в 100% объема - это пациенты с первой степенью сложности, у врача стоматолога терапевта помощь получили 26% пациенты с первой степенью и 74% со второй степенью сложности, эндодонтист принял 11% пациентов с первой, 22% со второй и 67% с третьей степенью сложности (табл. 4).

Таблица 4

Структура вылеченных зубов врачами разной квалификации

Квалификация врача	Уровень сложности			Всего
	1 степень	2 степень	3 степень	
Врач стоматолог общей практики	66/ 100%	0	0	66/ 100%
Врач стоматолог терапевт	6/ 26%	43/ 74%	0	49/ 100%
Врач стоматолог терапевт эндодонтист	4/ 10%	8/ 20,5%	29/ 74,5%	39/ 100%

Необходимость повторного эндодонтического вмешательства выявлены только у 7 пациентов со сроком лечения более трех лет. Среди осложнений было 5 случаев несостоятельности пломб в 2 зубах с первой и третьей степенью сложности, в одном случае не отмечено уменьшение очага

деструкции в области верхушки корня зуба и в одном случае наблюдалась подвижность штифта в зубе с первой степенью сложности (табл. 5).

Таблица 5

Анализ выявленных осложнений

Уровень сложности	Квалификация врача		
	Врач стоматолог общей практики	Врач стоматолог терапевт	Врач стоматолог терапевт эндодонтист
1 уровень	5		
2 уровень		1	
3 уровень			1

Таким образом, рациональное распределение пациентов для лечения с учетом уровня подготовки врача и степени сложности эндодонтической проблемы позволило практически исключить повторное обращение пациентов после лечения хронического верхушечного периодонтита. Только в 4,5% случаях отмечается необходимость повторного лечения корневых каналов.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование выявило высокую степень разнообразия применения методов обследования, технологий лечения при оказании эндодонтической помощи в медицинских организациях различной организационно-правовой основы и форм ответственности. В эндодонтической практике врачи стоматологи чаще (89%) используют наиболее простые методы обследования – осмотр, перкуссия, прицельная внутриротовая рентгенография зубов.

Редко (2%) используются такие информационные диагностические исследования, как компьютерная томография. При эндодонтическом лечении врачи стоматологи редко (6%) используют дополнительные способы визуализации устьев корневых каналов: лупа – 2,4%, микроскоп – 0,9%.

2. На качество лечения верхушечного периодонтита наряду с квалификацией врача, уровнем материального оснащения поликлиники, влияет степень сложности эндодонтических проблем.

3. Выделено три степени сложности эндодонтических проблем с учетом анатомо-топографических особенностей строения корневых каналов и результатов ранее используемых методов лечения.

4. Разработана модель эндодонтического этапа лечения верхушечного периодонтита, учитывающая степень сложности эндодонтических проблем, уровень подготовки врачей, оснащения рабочего места врача-стоматолога.

5. Определены алгоритмы лечения корневых каналов различной степени сложности, позволяющие исключить перелечивание корневых каналов в сроки до трех лет и снизить частоту осложнений до 4.5% в сроки более трех лет.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Врачам-стоматологам при планировании эндодонтического лечения пациента с хроническим верхушечным периодонтитом необходимо использовать предлагаемую нами модель и алгоритм, учитывающие степень сложности эндодонтической проблемы и уровень материального оснащения стоматологической поликлиники.

2. При выявлении эндодонтических проблем третьей степени сложности рационально проводить компьютерную томографию и использовать операционный микроскоп.

3. При лечении хронического верхушечного периодонтита третьей степени сложности целесообразно использовать лечебно-диагностическое оборудование различных стоматологических учреждений.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Черкасова Д.В. Современные походы к лечению зубов с верхушечным периодонтитом /Д.В.Черкасова, **М.В. Богдашкина**// Пути повышения качества жизни жителей крупного индустриального центра. Материалы международной стоматологической конференции. – Екатеринбург. – 2008. – С.23-25

2. Ронь Г.И. Частота и структура верхушечного периодонтита /Г.И. Ронь, Д.В.Черкасова, **М.В. Богдашкина** / - Медицинская наука и образование Урала– Тюмень. – 2009. – №4. - С.121-122

3. Харитонова М.П. К проблеме организации эндодонтической помощи /М.П.Харитонова, **М.В. Богдашкина**// Современные стоматологические технологии. Сборник статей. - Барнаул. – 2010. – С.290-291

4. Харитонова М.П. Особенности повторного эндодонтического лечения /М.П. Харитонова, Д.В.Черкасова, **М.В. Богдашкина**// Актуальные вопросы стоматологии. Сборник статей всероссийской научно-практической конференции. – Уфа. – 2010. – С.89-91

5. Черкасова Д.В. /Д.В.Черкасова, **М.В. Богдашкина//** Показания и противопоказания к повторному эндодонтическому лечению зубов. Сборник статей всероссийской научно-практической конференции «Стоматология Большого Урала». - Екатеринбург. - 2010. - С.72-75

6. Богдашкина М.В. Тактика врача при развитии осложнений, связанных с ирригацией корневых каналов. Актуальные вопросы стоматологии. Сборник статей всероссийской научно-практической конференции. – Уфа. – 2011. – С.34-35

7. Богдашкина М.В. Приоритеты врачей в выборе методов лечения хронического верхушечного периодонтита Уральский медицинский журнал. - Екатеринбург. – 2011. - № 12 . – С.47-48

8. Харитонова М.П. /М.П.Харитонова, **М.В. Богдашкина**// Оценка степени сложности эндодонтических проблем. Проблемы стоматологии. – Екатеринбург. – 2011. - № 5. – С.26-29