

та не получит не по вине врача и клиники. При отсутствии дефектов в самой стоматологической услуге избежать возможных претензий со стороны пациента поможет хорошо разработанное, продуманное информированное согласие на эндодонтическое лечение.

При разработке документа помните также, что информация должна быть донесена до пациента в доступной форме, а пациент, являясь потребителем, имеет право не обладать специальными знаниями о специфике услуги (часть 4 статьи 12 Закона о за-

щите прав потребителей), чем и будет пользоваться в случае спора или конфликта. Это значит, что текст вашего согласия должен быть предельно понятен человеку, не имеющему медицинского образования, содержать расшифровки всех медицинских терминов, быть структурированным, логичным и ясным по содержанию.

Поступила 17.11.2016

Координаты для связи с автором:
esalygina@gmail.com

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. ФЗ №323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Закон РФ №2300-1 от 07.02.1992 года «О защите прав потребителей».

Zakon RF №2300-1 от 07.02.1992 года «O zashhite prav potrebitel'ej».

3. Решение Первореченского районного суда г. Владивостока по делу №2-23/11 от 03 июня 2011 года. Источник: <http://www.gccourts.ru/case/1152492>.

Reshenie Pervorechenskogo rajonnogo suda g. Vladivostoka po delu №2-23/11 от 03 июня 2011 года. Istochnik: <http://www.gccourts.ru/case/1152492>.

Эндодонтический калейдоскоп московской осени — 2016

Новый столичный образовательный стоматологический сезон, бурно начавшийся в сентябре 2016 года, буквально захлестнул стоматологическое сообщество своими яркими интереснейшими мероприятиями, посвященными различным профессиональным направлениям стоматологии. Это относится и к эндодонтии. Концентрация и насыщенность выступлениями самых авторитетных специалистов в этой области — отечественных и зарубежных — буквально зашкаливали. Форматы мероприятий — самые разнообразные. Остается только надеяться, чтобы их количество перешло в качество лечения пациентов, а также помогло и докторам существенно повысить планку собственных знаний и умений, уверенности в собственных способностях, улучшить эргономику в персональной клинической работе, добиваться эффективных долгосрочных результатов лечения своих пациентов.

Мы расскажем лишь о некоторых из прошедших событий.

В рамках XXXVI Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология XXI века» 26 сентября 2016 года под эгидой СТАР, секции эндодонтии СТАР прошел конгресс «Современные тенденции в эндодонтии». Его руководителями были Рабинович И. М. — д.м.н., профессор, председатель секции эндодонтии СТАР, президент РОО «Стоматологи столицы», заведующий отделением кариеологии и эндодонтии ЦНИИС и ЧЛХ МЗ РФ и д.м.н., проф. Митронин А. В. — декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, зав. кафедрой кариеологии и эндодонтии, главный внештатный специалист-стоматолог Департамента здравоохранения г. Москвы.

Научно-практическую программу открыл наш гость — известный лидер эндодонтии, имеющий высокую мировую репутацию, Джулиан Уэббер, хорошо знакомый нашим докторам. Свое выступле-

ние он посвятил новой инновационной эндодонтической системе никель-титановых инструментов WaveOne®GOLD — системе одноразовых инструментов, предназначенных для полного препарирования корневых каналов: формированию конического, последовательно сужающегося канала, который не только удовлетворяет биологическим условиям адекватной медикаментозной обработки для устранения из него всех бактерий, продуктов их распада и тканей пульпы, но также создает качественные условия для трехмерной obturации канала гуттаперчей.

Джулиан Уэббер, один из создателей этой системы (Drs. Sergio Kuttler, Julian Webber, Wilhelm Pertot и Cliff Ruddle — доктора Серхио Куттлер, Джулиан Уэббер, Вильгельм Пертот и Клифф Раддл, совместно с командой Dentsply International — Dentsply Maillefer). В своем выступлении он отметил, что система WaveOne®GOLD — последнее поколение технологии реципрокальных файлов, сохраняет ту же самую философию простоты, как и первое поколение WaveOne (2011) с сильными дополнительными выгодами, которые достигнуты благодаря успехам в металлургии и материаловедении — в производстве эндодонтических файлов (технология M-Wire): улучшена гибкость на 80%, файлы имеют более высокую циклическую устойчивость от усталости и уменьшенный эффект вворачивания по сравнению со стандартными ротационными системами; новые файлы могут использоваться в более широком диапазоне морфологий канала благодаря расширенной гибкости своего материала, расширенному выпускаемому ряду размеров, улучшенной конструкции кончика файлов, наличию более высокой режущей эффективности по сравнению с первым поколением WaveOne. Работа с обновленной системой серии GOLD позволяет соответствовать минимально инвазивной стоматологии.

Интересно отметить, что материалы и технологии в металлургии не стоят на месте. На XII международ-

ном конгрессе VDW GmbH «Революционные технологии в эндодонтическом лечении» (29.09–01.10.2016) профессором Никола М. Гранде была представлена еще одна серия реципрокальных файлов серии Vortex Blue, также никель-титановых, но с еще более совершенными свойствами, в частности — с еще более высокой гибкостью. Это файлы с новым стандартом прочности для формирования изогнутых каналов.

Известные своей памятью формы, стандартные NiTi-файлы постоянно пытаются вернуться к своей первоначальной прямой форме. Фирменная обработка Vortex Blue роторных файлов снижает эту способность возвращения к ней после того, как файл попадает на естественный изгиб в канале зуба.

Vortex Блю обладают большой устойчивостью к циклической усталости. Минимум улучшения 65% в циклической усталостной прочности над M-Wire NiTi. Минимум 99% улучшения в циклической усталостной прочности по сравнению со стандартными NiTi-инструментами. (Максимально — выше, чем на 300%).

Исключительно интересный доклад «Апексификация — техника создания искусственного минерального барьера» представил Болячин А. В., к.м.н., паст-председатель секции эндодонтии StAP, врач-эндодонтист, клиника «Айсберг» (Центр дентальной травматологии, г. Москва).

Докладчиком были рассмотрены такие аспекты детской эндодонтии и лечения зубов при травмах (в том числе детских), как:

- нарушение процесса формирования дентина при патологии пульпы, возникшей до полного формирования корня;
- сложности лечения зубов с незавершенным формированием корня (дивергирующие стенки корня — канал в виде раструба) вызывают сложность механической обработки канала;
- большой диаметр апикального отверстия вызывает сложности контроля уровня obturation; малая толщина стенок корня, высока вероятность перелома корня; проблема широкого апекса: закрытый апекс менее 1 мм — минимальная сложность лечения; апикальный размер 1–1,5 мм — средняя степень лечения; открытый апекс более 1,5 мм — высокая степень лечения;
- методы лечения постоянных зубов с широким апексом при витальной пульпе;
- методы лечения постоянных зубов с широким апексом при некрозе пульпы.
- Апексификация — девитальная методика лечения, направленная на формирование минерализован-

ного барьера в области несформированной верхушки корня. Цель процедуры апексификации — ограничение пространства корневого канала, которое может быть затем качественно и герметично obturated.

Варианты выполнения апексификации:

- $\text{Ca}(\text{OH})_2$ — классическая апексификация, наиболее распространенная техника и материал в мире («золотой» стандарт; Frank, 1966);
- MTA — (Torabinejad M Hong CU, Pitt Ford TR. 1993) — техника искусственного апикального барьера.

Закрытие апикального отверстия. Материалы:

- $\text{Ca}(\text{OH})_2$ (Frank, 1966).
- Дентинные опилки (Tronstad, 19784 Holland et al, 1983).
- Трикальцийфосфат (Koeing et al., 1975).
- Лиофилизированный аллогенный дентин (Yoshida, 1998).
- Остеогенный протеин — 1 (Shabahang et al, 1999).
- MTA (Torabinejad, 1999).
- Клиническое применение $\text{Ca}(\text{OH})_2$
- Антимикробная активность.
- Способность растворять ткани.
- Ингибирование резорбции зуба.
- Стимуляция образования твердых тканей.
- Преимущества апексификации с гидроксидом кальция: относительная простота и дешевизна процедуры, не требуется специального оборудования, достаточно высокий процент успеха.

• Этапы выполнения:

- Изоляция, доступ, удаление тканевого распада, ирригация канала.
- Механическая обработка канала.
- Определение длины.
- Внесение плотного материала.
- Герметичная коронковая реставрация.
- Периодичность посещений при выполнении апексификации: обычно требуется от 6 до 24 месяцев (в среднем 1 год $\pm$ 6 месяцев). Повторное заполнение канала — каждые 3 месяца — до тех пор, пока не появятся рентгенологические признаки апексификации.
- Недостатки апексификации с использованием $\text{Ca}(\text{OH})_2$:
- неполноценный барьер;
- достаточно высокий риск перелома;
- герметичность коронковой реставрации;
- «усталость пациента».
- Техника искусственного апикального барьера с MTA. Способность формирования большего по толщине дентинного мостика. Состав MTA (трикальцийфосфат, Дикальций силикат, Трикальций алюминат,



Тетракальций алюминиоферрит, оксид кальция, оксид висмута).

Укладка апикальной матрицы (внесение МТА в апикальную часть канала (4–5 мм); временная реставрация на 1–4 дня; проверка отверждения материала; пломбирование канала гуттаперчей или укладка композита.

«Ошибки и осложнения в эндодонтии. Перфорация корневого канала зуба 2.2. Клинический случай» — так назывался очень полезный для практических врачей доклад Корнетовой И.В. — к.м.н., врача-стоматолога стоматологического центра «Стомус» (г. Санкт-Петербург). Многочисленные прицельные клинические слайды дополняли выступление.

По статистике, 9% от осложнений в эндодонтии. Перфорация — это вторжение в поддерживающие структуры зуба. Она вызывает воспаление, ухудшение прогноза лечения. Часто перфорация возникает при поиске устья канала, незнании топографии корневых каналов, при изогнутых каналах (боковые перфорации), при облитерированных каналах; при повторном лечении, извлечении инструментов, удалении штифтов; при наклонах зубов. Нагрузка и воспаление могут вызывать резорбцию корня. Важный фактор — несоблюдение технологий.

Критериями оценки перфорации являются локализации, уровень повреждения, размер и форма, время.

Перфорация влияет на состояние периодонта. Если при зондировании выявляется интактный связочный аппарат — немедленное закрытие. Если выявлено повреждение периодонта — нарушение связочного аппарата — необходим междисциплинарный подход. Показан выбор тактики лечения, сделан прогноз лечения. Были представлены материалы (в том числе биосовместимые), техника закрытия перфорации, подчеркнута важность отсутствия бактериального обсеменения. Критериями успеха являются отсутствия симптомов (боли), подвижности, сообщения между перфорацией и десневой бороздой, свищевого хода, восстановление функции зуба, отсутствие рентгенологических признаков деминерализации костной ткани в области перфорации, периодонтальная связка в области перфорации.

В качестве профилактики и выбора тактики лечения рекомендованы: рентгеновский снимок, пред-

варительно изогнутые инструменты малого размера, визуализация рабочего поля, небольшое апикальное давление при работе инструментами, истинный канал (если это апикальная треть канала), ирригация, качественная obturation.

В докладе опытного врача-стоматолога **Немаевой А.В.**, хорошо известной докторам по участию и выступлениям на пре- и постконгрессах по эндодонтии (Международные эндодонтические конгрессы, проходящие в московском отеле «Милан», организованные компанией «Эндофорум»), были представлены следующие материалы.

Интереснейшая таблица со статистическими данными: «Результаты эндодонтического перелечивания зубов», источник: de Chevigny, C., T.T.Dao et al. (2008) — «Treatment outcome in endodontics: the Toronto study-phases 3 and 4: ortograde retreatment» (J. Endod 34 (2). P. 131–137).

Протокол перелечивания в собственной практике:

1. Применение микроскопа.
2. Удаление старых реставраций и кариозных поражений с последующим стенок до начала работы в корневых каналах.
3. Применение коффердама.
4. Распломбировка с применением ультразвуковых насадок, машинных и ручных инструментов.
5. Медикаментозная обработка с применением 3% раствора гипохлорита натрия, 18% ЭДТА, 2% раствора хлоргексидина.

6. Временное пломбирование с гидроокисью кальция под герметичной временной пломбой (СИЦ, IRM) на 7–10 дней.

7. Пломбирование различными методиками с применением эпоксидного силера и гуттаперчи (непрерывная волна, комбинированная методика) или МТА.

• Зубы, перелеченные за период 2011–2015 гг. — с отсутствием патологии после перелечивания в соответствии с протоколом, показаны в таблице 2.

Интересной была и вторая самостоятельная часть выступления доктора Немаевой А. В. — **«Эргономические аспекты применения средств визуализации в эндодонтии»**. В нем докладчица акцентировала внимание на том, что использование систем увеличения (очки и линзы, бинокулярные лупы и телескопические системы, операционный микроскоп) заслуживают особого внимания, так как они в совокупности с улучшением визуализации принимают участие в формировании правильной рабочей осанки врача-стоматолога. Для работы без напряжения с прямой осанкой рекомендуется рабочее расстояние около 40 см. Ради улучшения визуального контроля полости зуба оно в большинстве случаев сокращается до 20 см с преимущественно прямым обзором. В результате этой экстремальной и, в большинстве случаев, продолжительной перегрузки возникают нейромышечные расстройства, которые при переходе в хроническую форму могут стать причиной профессиональной непригодности. Немаева А. В. поделилась со слушателями информацией о проводимой в настоящее время работе: исследование нейромышечной патологии и зрительной усталости среди врачей стоматологов-терапевтов, применяющих системы увеличения (в том числе бинокулярные лупы, операционные микроскопы и др.) и работающих без данных средств. Проведено анкетирование врачей-стоматологов, в котором помимо применяе-

Таблица 1

Зубы, перелеченные без апикального периодонтита (АП)	93% заживлений
Зубы, перелеченные с АП	80% заживлений
Среди зубов, перелеченных с АП:	
без перфораций	87% заживлений
с перфорациями	56% заживлений
с некачественной пломбировкой каналов	88%
с качественной пломбировкой каналов	66%

Таблица 2

2011–2015 годы	Количество зубов	Отсутствие патологии	Процент заживлений
Зубы, перелеченные без АП	43	42	97
Зубы, перелеченные с АП	31	27	87

мых средств визуализации анализируются данные по осанке/рабочей позе, по конструктивным особенностям стоматологического кресла, по стажу работы, по жалобам на различные отделы позвоночника.

Кроме этого, на конгрессе «Современные тенденции в эндодонтии» прозвучали и еще несколько интересных актуальных докладов, в частности:

- «Инновации в обработке корневых каналов с последующей obturацией термопластической гуттаперчей» — Платонов Е.В., врач-эндодонтист, медицинский центр пластической хирургии и стоматологии Medlounge (г. Москва).

- «Использование эндодонтической системы самоадаптирующихся файлов» — Кузнецов Д. М., врач-эндодонтист (г. Москва).

- «Роль эндодонтического лечения зубов при болезнях пародонта» — Митронин А. В., Галиева Д. Т., Зиновьева А. И., МГМСУ им. А.И. Евдокимова (г. Москва).

- «Двухканальные и трехканальные премоляры: диагностика числа и расположения каналов» — Скалет Я. А., врач-терапевт, сеть стоматологических клиник «Юнидент» (г. Москва).

Совсем в другом формате, очень интересном для наших читателей — тандем смежного специалиста и стоматолога, прозвучал доклад врача-оториноларинголога, к.м.н. **Ирины Андреевны Осиповой** на 19-м заседании Московского дискуссионного клуба стоматологов 30 октября — **«Ведение пациентов с патологией полости носа и околоносовых пазух до и после операции синус-лифтинга. Роль оториноларинголога»** («Петровские Ворота», Москва).

В выступлении доктора обсуждались такие важнейшие темы, как особенности анатомии и физиологии верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и остиомеатального комплекса (ОМК); схемы обследования пациентов перед проведением синус-лифтинга (СЛ) и дентальной имплантации (ДИ); схемы лечения — консервативного и хирургического патологии носа и околоносовых пазух (ОНП) — перед СЛ и ДИ, показания, сроки реабилитации; осложнения СЛ, выявление ВЧП после СЛ и ДИ.

По актуальной статистике, пациенты, страдающие патологией ОНП, составляют до 20% населения планеты, частота выявления патологии ВЧП у пациентов перед планируемым СЛ — более 42%.

Интраоперационными осложнениями СЛ, достигающими 7–30%, являются повреждения мембран, кровотечение, а послеоперационные — развитие острых и хронических синуситов — от 3–20%. При планировании СЛ у пациента с ВЧП важно сотрудничество специалистов по лучевой диагностике, хирургов (имплантологов) — и лор-врачей. Проблемы взаимодействия стоматологов и оториноларингологов кроются в разделении специалистов в процессе обучения, в несоответствии выбора метода лучевой диагностики этими докторами, в отсутствии стоматологов в многопрофильных поликлиниках, а лор-врачей в стоматологических клиниках, в недоверии к смежным специалистам.

Необходимо клиническое оториноларингологическое обследование пациентов с патологией полости носа и ОНП перед планируемым СЛ, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, оценка состояния ОМК; оценка данных лучевых методов диагностики; дополнительно — передняя активная манометрия, исследование мукоцилиарного транспорта.

В случае необходимости — перед стоматологическим приемом, и в первую очередь — перед СЛ и ДИ, важно провести консультацию у лор-врача, своевременное адекватное консервативное / хирургическое лечение лор-патологии. Одними из причин таких патологий нередко являются инородные тела — пломбировочный материал (что иногда происходит при эндодонтическом лечении корневых каналов зубов ВЧ) в толще слизистой оболочки ВЧП, кисты ВЧП менее 1/3 объема и др.

Показаниями к обращению за консультациями и предварительным лечением у лор-врача перед стоматологическими вмешательствами, являются острый инфекционный ринит; аллергический ринит, обострение, острый синусит (катаральный, гнойный). В соответствии с классификацией, острый синусит (менее 12 недель); рецидивирующий острый синусит (2–4 случая острого синусита за год); хронический синусит (более 12 недель); обострение хронического синусита (усиление имеющихся и/или появление новых симптомов). Если доктора — лор-врачи и врачи-стоматологи — работают в тандеме, то возможны (в случае необходимости, сейчас эта методика находится в развитии) симультанные (совместные) операции и консультации при ведении данных пациентов после операции.

В докладе особо подчеркивалась роль лучевой диагностики. Сравнивались роль:

- ортопантомографии (ОПТГ), которая, несмотря на низкую лучевую нагрузку 10–40 мкЗв; низкую стоимость метода, является «золотым стандартом» рентгенодиагностики ЗЧС. Но данный метод обладает и ключевыми недостатками: отсутствием трехмерного изображения, визуализации полости носа и ОНП, низкой эффективностью оценки состояния дна ВЧП (56% в сравнении с КЛКТ);

- КЛКТ ОНП-метода, имеющего высокое разрешение при низкой лучевой нагрузке 40–120 мкЗв; высокую эффективность оценки состояния ЗЧС, полости носа и ОНП; получение трехмерного объема, удобства в использовании в амбулаторной практике. Но метод обладает и рядом недостатков: часто результат выдается только на диске, сложности с открытием программы на компьютере у смежных специалистов, информативность исследования и соответственно — интерпретация результатов уступает исследованиям, выполненным на мультиспиральном КТ (МСКТ);

- МСКТ ОНП-метода, позволяющего добиваться высокой информативности и в удобном формате получать результат для лор-анализа. К его недостаткам можно отнести более высокую лучевую нагрузку (400–600 мкЗв) и ограниченные возможности для планирования стоматологического лечения.

И все же, работая в тандеме лор-врач и врач-стоматолог, можно существенно оптимизировать планируемое вмешательство, расширить возможные показания для благоприятного прогнозирования, добиваться качественных успешных результатов лечения пациентов с патологией полости носа и околоносовых пазух до и после СЛ и ДИ.

Материал подготовила Галина МАСИС