

Анализ возможностей повторного эндодонтического лечения врачами стоматологических поликлиник Челябинской области на терапевтическом приеме

А.Ю. СОБОЛЬ, асс. кафедры

И.А. БУТЮГИН, к.м.н., зав. кафедрой

Кафедра терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ

Analysis of the abilities to re-intervention of root canals by doctors Chelyabinsk region clinic's dentists, dealing with therapeutic reception

A.Ju. SOBOL, I.A. BUTYUGIN

Резюме

По данным анонимного анкетирования врачей подробно изучены основные причины объективных и субъективных возможностей врачей для повторного эндодонтического лечения на терапевтическом стоматологическом приеме в различных стоматологических учреждениях г. Челябинска и области. Установлены факторы, влияющие на решение врачей о применении резорцин-формалинового метода в современных условиях.

Ключевые слова: анкетирование врачей, резорцин-формалиновый метод, повторная эндодонтия, ультразвук.

Abstract

According to the anonymous doctors questioning, the main causes of objective and subjective possibilities for re-intervention in root canals by physicians at a therapeutic dental reception in different dental clinics of Chelyabinsk city and Chelyabinsk region were studied in detail. The influencing factors for the physician's decision according using of the resorcinol-formalin method were established.

Key words: questioning of dentists, resorcinol-formalin method, repeated root canal treatment, ultrasound.

Актуальность проблемы

Несколько десятилетий в нашей стране лечение осложнений кариеса многокорневых зубов проводилось преимущественно «ампутационными» методами. Каналы зубов, не подзревая о разветвленной и многообразной системе корневых каналов, не лечили и даже не чистили, а в основном «проходили», если в них могли проникнуть поочередно пульпэкстрактор и дрельбор больших размеров. Вся надежда возлагалась на «антисептические, мумифицирующие, импрегнационные и obturационные» свойства резорцин-формалиновой жидкости или пасты, содержащей антисептик. Теперь доказано, что компоненты этих паст накапливаются в организме, являясь мутагенными и канцерогенными факторами [8], поэтому в современной эндодонтической практике подобные материалы

уже не должны применяться, тем более что на данный момент выбор эндодонтических инструментов колоссально велик и продолжает увеличиваться, делая работу врача стоматолога-терапевта захватывающе интересной и творческой.

За годы застоя в стоматологии, когда эндодонтия почти не развивалась, у многих пациентов стоматологических клиник зубы лечили импрегнационным методом. Конструкции на имплантатах не могут пока составить конкуренцию нативным зубам, даже если эти зубы ранее подвергались неэффективному лечению. Рабухина Н. А. и соавт. (1997) показали, что дефекты пломбирования даже у однокорневых зубов обнаружены у 40% пациентов, а у многокорневых зубов выявляются более чем в 75% случаев. Почти такую же картину получили и Соло-

вьева А. М., Пыжьянова М. Н. в 2005 году [9].

Вот почему проблема перелечивания, то есть повторного эндодонтического вмешательства или повторной интервенции в корневые каналы, в настоящее время является архиважной для врачей-стоматологов. Современные возможности стоматологии – эндодонтические увеличительные приборы, ручные и машинные инструменты, ультразвуковые аппараты, медикаменты, специальные наборы приспособлений и т. д. – делают проблему решаемой [4-7]. Надо только овладеть методиками и приобрести опыт. Но и тут не все просто, поскольку решение данного вопроса складывается из нескольких составляющих: технического оснащения кабинетов, в частности ультразвуковыми аппаратами; желания самих врачей обновлять свои знания



Рис. 1

и приводить свою практику в соответствие с современными требованиями эндодонтического лечения; интересен ли врачам их род деятельности или они мечтают о другой специализации. Получение информации такого рода возможно только путем анонимного анкетирования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ подхода к повторному эндодонтическому лечению зубов с деструктивными формами апикального периодонтита, ранее запломбированных цинкоксид-эвгенольной и резорцин-формалиновой пастами врачами, ведущих терапевтический прием в различных клиниках Челябинской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения данной цели исследования была разработана анкета, содержащая 17 вопросов, затрагивающих различные стороны повторного эндодонтического вмешательства. В частности, выяснялись вопросы о частоте использования резорцин-формалинового метода врачами в настоящее время и причинах, побудивших применить его. Запрашивалась информация о стаже, возрасте респондентов и возможности обновлять свои знания в этой области науки. Выяснялось стремление и желание врачей заниматься повторной эндодонтией.

Проводилось анонимное и добровольное анкетированное опрашива-

ние зубных врачей и стоматологов, занимающихся терапевтическим приемом населения в г. Челябинске и других городах области, работающих в лечебно-профилактических учреждениях государственной и негосударственной форм собственности.

В течение 2010 года в данном исследовании приняли участие 452 человека различных возрастов и стажа работы. Прежде всего, нас интересовала частота обращаемости пациентов на терапевтический прием с зубами, ранее пролеченными резорцин-формалиновым методом. Полученные данные статистически обработаны при помощи программы Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из приведенных данных (табл. 1, 2) видно, что к 50,7% врачей достаточно часто обращаются пациенты, которым ранее проводилось лечение зубов с осложнением кариеса импрегнационным методом. Такие зубы являются источником хронической инфекции, и по наблюдениям наших респондентов, при обострении процесса могут вызывать боль (в 6,2% случаев). Девитальные зубы нередко имеют показание для протезирования. А если в системе корневых каналов обнаруживаются дефекты пломбирования, служащие причиной возникновения хронической инфекции, следовательно, такие зубы направляются ортопедами для повторного лечения и санации системы

корневых каналов на терапевтическом приеме. Выпадение пломбы, по мнению наших респондентов (60,4% случаев), является наиболее частой причиной обращения пациентов за терапевтической помощью. Поскольку дальнейшее рентгенологическое обследование выявляет, как правило, несостоятельность корневой пломбы, следовательно, возникает необходимость в повторной эндодонтии. 14,2% ответивших на данный вопрос врачей отметили возможное комбинирование причин обращаемости.

Следующим этапом нашего исследования явилось выяснение дальнейшей тактики врача, ведущего терапевтический прием, при выявлении эндодонтической патологии в зубах, запломбированных ранее резорцин-формалиновой или цинкоксид-эвгенольной пастой. Поскольку пломбирование каналов одной пастой также со временем показало свою несостоятельность, не обеспечивая obturation корневых каналов даже в тех случаях, когда на рентгенограмме в каналах обнаруживается пломбировочный материал [1, 2].

Из таблиц 3 и 4 мы видим, что даже не берутся перелечивать зубы, ранее запломбированные резорцин-формалиновым методом, 8,9% ответивших врачей, и цинкоксид-эвгенольной пастой – 5,3% врачей. Конечно, при принятии решения о проведении повторного эндодонтического лечения врачу необходимо объективно оценить собственные возможности, поскольку методы повторного лечения достаточно сложны, и если врач в своей практике не сталкивается с ними достаточно часто, то у него нет необходимого навыка для выполнения этих манипуляций. Это подтверждают данные опроса, отображающие ситуацию. Всегда удается достичь успеха в повторном лечении при резорцин-формалиновом методе только 4,2% отвечавших врачей, 32,7% данная манипуляция удавалась часто, в основном (54,2%) данная манипуляция удавалась редко.

Более оптимистическую картину мы видим при повторной эндодонтии зубов, запломбированных цинкоксид-эвгенольной пастой. Почти одинаковое процентное содержание для вариантов «всегда» и «часто»: 35,8% и 40,5% соответственно. Хотя и в этой категории распломбирования материалов 5,3% врачей не решаются на повторное эндодонтическое лечение. Возможно, он имели когда-то негативный опыт и сейчас боятся

повторения подобной ситуации, а возможно, у них нет необходимого оборудования, в частности ультразвуковых аппаратов. Данный вопрос мы тоже выясняли и получили следующую картину.

1,4% опрошенных врачей не ответили на данный вопрос. Тем не менее, мы видим печальную ситуацию оснащенности или, точнее сказать, не оснащенности необходимым для качественной работы оборудованием: 54,4% врачей не имеют возможности при эндодонтических манипуляциях использовать ультразвуковые аппараты, которые не только облегчают процесс лечения, но и позволяют параллельно добиваться более качественной стерильности системы корневых каналов за счет известных физических свойств ультразвука: турбулентности, кавитации и гидродинамического эффекта. В настоящее время это доказано в ряде исследований и подтверждено тем, что эффективность антисептической обработки системы макро- и микроканалов корней существенно повышается при прохождении и применении ультразвука в обработке каналов [3, 10].

Тогда возникает вопрос: каков арсенал и подход опрашиваемых нами врачей к стерилизации системы корневых каналов? Основным этио-

логическим фактором развития воспалительных заболеваний пульпы и периодонта являются бактерии. Поэтому успех эндодонтического лечения во многом зависит от эффективности дезинфекции корневых каналов. Мы надеялись, что большинству практикующих врачей сегодня хорошо известно, что наиболее эффективным препаратом, используемым для дезинфекции корневых каналов и растворения органических остатков, является гипохлорит натрия. Однако даже среди специалистов до сих пор нет единого мнения по поводу концентрации раствора гипохлорита натрия, которую необходимо использовать в процессе эндодонтического лечения. Исследования показали, что 0,5% раствор NaOCl не уступает 5% по антибактериальной активности. Его эффективность зависит только от времени экспозиции – в каждом корневом канале ирригационный раствор должен находиться не менее 30 мин. При этом в процессе препарирования корневого канала проводить замену раствора рекомендуется после каждого использования инструмента, а по окончании его – максимально часто. Необходимо помнить, что при работе без раббердама и выраженных деструктивных периапикальных процессах

применение раствора гипохлорита натрия в концентрации более 1% может быть небезопасным. Для повышения активности раствора гипохлорита натрия рекомендуется подогревать его до температуры 38-42°C [8].

Необходимо заметить, что некоторые респонденты отмечали несколько вариантов из предложенных ответов, следовательно, общее количество ответов получилось больше общего количества анкет. В графе «другие методы» 4,4% опрашиваемых врачей сообщили об использовании депофореза, электрофореза, йодиола, фурацилина, 3% перекиси водорода и 2% раствора хлоргексидина. Все это является отголоском прошлого века и не отвечает требованиям современной эндодонтии (табл. 5).

Поэтому нас заинтересовала возможность наших врачей обновлять свои знания по эндодонтии.

На вопрос «Имеете ли вы возможность обновлять свои знания по эндодонтии?» 12% отвечавших ответили отрицательно, а некоторое количество из ответивших положительно указали на самообразование.

Достаточно щепетильным остается вопрос о применении резорцин-формалинового метода в настоящее время, когда неоднократно доказана его несостоятельность и вредность.

Таблица 1. Частота обращаемости пациентов, нуждающихся в повторном эндодонтическом лечении зубов, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой

Варианты ответов	Часто	Редко	Не обращались
Всего	229	208	15
%	50,7	46,0	3,3

Таблица 2. Причина обращения пациентов

Варианты ответов	По направлению ортопеда	Выпала пломба	Жалобы на боль
Всего	151	273	28
%	33,4	60,4	6,2

Таблица 3. Возможная частота успеха повторного эндодонтического лечения зубов, запломбированных ранее резорцин-формалиновой пастой

Варианты ответов	Всегда	Часто	Редко	Не берусь
Всего	19	148	245	40
%	4,2	32,7	54,2	8,9

Таблица 4. Возможная частота успеха повторного эндодонтического лечения зубов, запломбированных ранее цинкоксид-эвгенольной пастой

Варианты ответов	Всегда	Часто	Редко	Не берусь
Всего	162	183	83	24
%	35,8	40,5	18,4	5,3

На основании данных таблицы 7 следует сделать вывод, что ситуация на рынке стоматологических услуг меняется к лучшему, поскольку больше половины респондентов (57,2%) не используют данную методику при эндодонтическом лечении осложнений кариеса, а те 3,9%, которые все же заявляют о частом применении данной технологии, отмечают свой предпенсионный или пенсионный возраст.

Из приведенной диаграммы (рис. 1) видно отношение врачей к данному вопросу в зависимости от полученного ими образования. Если среди стоматологов большая часть (61,1%) не пользуется резорцин-формалиновым методом, а 38,9% отметили, что применяют данный метод редко, то среди зубных врачей отношение к данному вопросу меняется коренным образом. Так, ими было отмечено, что не применяют резорцин-формалиновый метод всего 30%, но применяют его 70%, а часть из них указывает на частое применение данной технологии.

Выяснение причин, послуживших к принятию решения о применении

врачами резорцин-формалинового метода, можно видеть в таблице 7.

Поскольку сейчас считается, что непроходимых каналов нет, то данный вариант ответа мы заключили в кавычки, однако выясняется, что это наиболее выраженная причина (48,3%), влияющая на применение врачами-терапевтами резорцин-формалинового метода. 19,6% отмечают, что они не всегда могут обнаружить устья корневых каналов. Совместно с 2,7% ответов, указывающих на возможную узость каналов, все вышеперечисленное можно считать субъективными факторами. К числу относительно объективных факторов можно отнести искривленность каналов, которую отмечают 20,5% респондентов. Совместно с ответом в разделе «другое» отмечена возможная фрагментация инструмента.

Таким образом, применение резорцин-формалинового метода, использовавшееся широко на протяжении многих десятилетий прошлого века, продолжается, хоть и не столь активно, и в наше время. В связи с чем необходимо разработать рекомендации и методики по улучшению каче-

ства и упрощению процесса повторной эндодонтии в зубах, пролеченных ранее резорцин-формалиновым методом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровский Е. В. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности лечения зубов с осложнениями кариеса // Клиническая стоматология. 2006. №2. С. 6-9.

Borovskij E. V. Kliniko-rentgenologicheskaja ocenka effektivnosti lechenija zubov s oslozhenijami kariesa // Klinicheskaja stomatologija. 2006. №2. S. 6-9.

2. Боровский Е. В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клиническая стоматология. 2003. №1. С. 38-40.

Borovskij E. V. Sostojanie endodontii v cifrah i faktah // Klinicheskaja stomatologija. 2003. №1. S. 38-40.

3. Барец Г. М., Овчинникова И. А. Эндодонтия и ультразвук // Клиническая стоматология. 2003. №2. С. 38-40.

Barer G. M., Ovchinnikova I. A. Endodontija i ul'trazvuk // Klinicheskaja stomatologija. 2003. №2. S. 38-40.

Таблица 5. Методы, которые используются для стерилизации системы корневых каналов (помимо гипохлорита натрия)

Варианты ответов	Всего	%
Ультразвук	57	12,7
Кальций-содержащие препараты	165	36,6
Антибиотики	38	8,3
Сочетанно	196	43,3
Другие методы	20	4,4

Таблица 6. Применение врачами резорцин-формалинового метода

Варианты ответов	Часто	Редко	Не применяю
Всего	18	175	259
%	3,9	38,9	57,2

Таблица 7. Факторы, влияющие на решение о применении резорцин-формалинового метода

Варианты ответов	Всего ответов	%
Узость каналов	12	2,7
Искривленность каналов	93	20,5
«Непроходимость» каналов	218	48,3
Нет достаточного времени на эндодонтическое вмешательство	36	8,0
Не обнаруживаются устья корневых каналов	89	19,6
Другое	4	0,8

4. Дубова М. А., Шпак Т. А., Корнетова И. В. Современные технологии в эндодонтии. – СПб.: Издательский Дом СПбГУ, 2005.

Dubova M. A., Shpak T. A., Kornetova I. V. *Sovremennye tehnologii v endodontii*. – SPb.: Izdatel'skij Dom SPbGU, 2005.

5. Роудз Джон С.. Повторное эндодонтическое лечение: Консервативные и хирургические методы. Пер. с англ. М.К. Макеева. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.

Roudz Dzhon S.. *Povtornoje endodonticheskoe lechenie: Konservativnye i hirurgicheskie metody*. Per. s angl. M.K. Makeeva. – M.: MEDpress-inform, 2009.

6. Гутман Дж. Л., Думша Т. С., Ловдел П. Э. Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение. Пер. с англ. Е.М.Черновол. – М.: МЕД-пресс-информ, 2008.

Gutman Dzh. L., Dumsha T. S., Lovdel P. Je. *Reshenie problem v endodontii: Profilaktika, diagnostika i lechenie*. Per. s angl. E.M.Chernovol. – M.: MED-press-inform, 2008.

7. Лукиных Л. М., Егорова Л. И. Апикальный периодонтит: учебное пособие. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородской гос. медицинской академии, 2010.

Lukinyh L. M., Egorova L. I. *Apikal'nyj periodontit: uchebnoje posobie*. – N. Novgorod: Izd-vo Nizhegorodskoj gos. medicinskoj akademii, 2010.

8. Козн С., Бернс Р. Эндодонтия. Пер. с англ. О.А. Шульги и А.Б. Куадже. – СПб.: Мосби, 2000.

Koen S., Berns R.. *Endodontija*. Per. s angl. O.A. Shul'gi i A.B. Kuadzhe. – SPb.: Mosbi, 2000.

9. Соловьева А. М., Пыжьянова М. Н. Ретроспективный анализ

эффективности эндодонтического лечения у населения крупного индустриального центра // Эндодонтия today. 2004. №1-2. С. 3-8.

Solov'eva A. M., Pyzh'janova M. N. *Retrospektivnyj analiz effektivnosti endodonticheskogo lechenija u naselenija krupnogo industrial'nogo centra* // Endodontija today. 2004. №1-2. S. 3-8.

10. Gondim E et al. Investigation of the adaptation of root-end filling materials in root-end cavities prepared with ultrasonic tips // Int Endod J. 2003. №36 (7). P. 491-499.

Поступила 08.11.2011

*Координаты для связи с авторами:
454092, г. Челябинск,
ул. Воровского, д. 64*

Правила предоставления статей в журналы издательства «Поли Медиа Пресс»

(«Эндодонтия today», «Пародонтология», «Стоматология детского возраста и профилактика»)

Информация авторам

В журнале публикуются статьи практических врачей и научных сотрудников, подготовленные по материалам оригинальных научных исследований и клинических наблюдений, а также тематические обзоры литературы.

К публикации принимаются только оригинальные статьи, т.е. те печатные материалы, которые не были ранее опубликованы либо одновременно направлены в другие печатные издания.

Оригинальные статьи и тематические обзоры, принимаемые к публикации, должны обязательно иметь:

- 1) краткое резюме (3-5 предложений) на двух языках (русском и английском);
- 2) ключевые слова (3-5 слов) на русском и английском;
- 3) переведенное на английский язык название;
- 4) информацию о должностях и научных званиях авторов;
- 5) список литературы – минимум 10 ссылок. Причем его надо дополнять зарубежными источниками – их должно быть не менее половины от числа отечественных. Все русскоязычные ссылки литературы должны быть дополнительно транслитерированы!

Пример транслитерации ссылок:

1. Адамян А.А., Лизанец М.Н., Добыш С.В. и др. Результаты лабораторного исследования порошкообразных медицинских сорбентов и перспективы их использования в хирургии // Вестник хирургии им. Грекова. 1991. - №7-8. С. 37-41.

Adamyany A.A., Lizanets M.N., Dobysh S.V. i dr. *Rezultaty laboratornogo isledovaniya poroshkoobraznyh meditsinskih sorbentov i perspektivy ih ispolzovaniya v hirurgii* // Vestnik hirurgii im. Grekova. 1991. - №7-8. S. 37-41.

- 6) направление для публикации от ведущего научного учреждения в установленной форме;
- 7) информацию об обратной связи с авторами (телефон, почтовый адрес, адрес электронной почты). Аналогичные требования предъявляются к описаниям клинических случаев (за исключением списка литературы, резюме и ключевых слов). Рукописи принимаются от авторов в электронном виде, вместе с распечатанным вариантом статьи, рисунков, таблиц, диаграмм, фотографий и т. п. Также возможна пересылка статей в редакцию с помощью электронной почты.

Формат электронной версии статьи:

- 1) Текст статьи и таблицы в формате редактора Microsoft Word, отступы 2 см, межстрочный интервал 1,5, шрифт Times New Roman 12 размера.
- 2) Диаграммы и графики в формате Microsoft Excel, Microsoft Word, Corel Draw.
- 3) Рисунки, рентгенограммы и фотографии (в т.ч. авторов) в виде отдельных файлов (а не вставленные в общий файл со статьей формата MS Word) формата tif, gif, jpg, bmp или в оригинале.

Обязательно в тексте должно быть указано конкретное место для расположения в нем того или иного иллюстративного материала (рисунки, графики, таблицы, диаграммы и т.п.).

Обращаем внимание авторов на то, что принятые редакцией материалы рецензируются и могут быть подвергнуты редакторской правке для устранения опечаток, неточностей, стилистических, грамматических и синтаксических ошибок.

Принятые материалы авторам не возвращаются.

**Наши координаты: 115230, Москва, а/я 332;
тел.: (495) 781-28-30, 969-07-25, (499) 678-21-61
e-mail: dentoday@mcn.ru; dentoday@orc.ru**