

Использование результатов анкетирования врачей-стоматологов для профилактики осложнений, возникающих на этапах эндодонтического лечения зубов

С.В. СИРАК, д.м.н., проф., зав. кафедрой

И.А. КОПЫЛОВА, асс. кафедры

Кафедра стоматологии факультета последипломного образования
Ставропольской государственной медицинской академии

The complications arising at the stage of sealing of root channels of teeth, their forecasting and preventive maintenance

S.V. SIRAK, I.A. KOPYLOVA



С.В. СИРАК



И.А. КОПЫЛОВА

Резюме

В статье представлены результаты анкетирования врачей-стоматологов по проблемам эндодонтического лечения зубов. Полученные данные свидетельствуют о низком уровне знаний врачей, использовании неадекватных методов и материалов для obturации корневых каналов зубов.

Ключевые слова: осложнения, пломбирование, верхнечелюстной синус, нижнечелюстной канал, профилактика.

Abstract

In clause results of questioning of doctors-stomatologists on problems эндодонтического treatments of a teeth are submitted. The received data testify to the lowest level of knowledge, use of inadequate methods and materials for root channels of teeth.

Key words: complications, sealing, sinus, jav the channel, preventive maintenance.

В структуре стоматологической заболеваемости в различных возрастных группах заболевания пульпы и периодонта занимают одно из ведущих мест [1, 5]. Низкое качество эндодонтического лечения, безусловно, является одной из причин возникновения осложнений [1-3, 5, 7]. Выведение пломбировочного материала в соседние анатомические образо-

вания – верхнечелюстной синус и нижнечелюстной канал – является одним из наиболее сложных осложнений, возникающих при несоблюдении техники проведения эндодонтического лечения. Клинически данное осложнение проявляется в болевом синдроме, воспалении, нарушении чувствительности пульпы зубов, что требует сложного лечения и длительной реабилитации [4, 5]. Хро-

низация патологических процессов или обострение имеющихся заболеваний возникает из-за несвоевременной диагностики выведения пломбировочного материала в данные анатомические образования.

Врачами-стоматологами в поликлинических условиях не всегда уделяется должное внимание вопросам предварительного рентгенологического обследо-

ния, определению рабочей длины и качеству обработки корневых каналов [4, 5].

Выведению пломбировочного материала за апекс в область нижнечелюстного канала и верхнечелюстного синуса способствуют не только анатомически обусловленные причины, но и ошибки, допускаемые на разных этапах эндодонтического лечения [8]. Среди них можно выделить образование уступа, что связано с преждевременным использованием файла слишком большого размера, ошибки при создании доступа, отклонением файла от первоначального направления; периапикальное расширение, возникающее при изменении формы канала в апикальной трети [6]. При неверной технике инструментальной обработки корневого канала происходит разрыв верхушечного отверстия. К сожалению, рентгенологические методы используются врачами уже на этапе обращения пациентов по поводу болей и онемения соответствующих зон лица [7].

На базе кафедры стоматологии факультета постдипломного образования СтГМА было проведено анкетирование врачей-стоматологов по определению уровня практических навыков эндодонтического лечения, техники препарирования корневых каналов, с целью прогнозирования возможных осложнений и разработки мер по их профилактике (табл. 1). При составлении анкеты мы стремились получить информацию об использовании современных технологий, применении адекватных методов лечения. Анкеты содержали 20 вопросов, касающихся этапов эндодонтического лечения, используемых инструментов и материалов. При подготовке анкет были использованы результаты исследований Боровского Е. В. (1998, 2003). Всего протестировано 350 врачей, группы формировались из состава обучающихся на циклах последипломного образования, в который входили врачи как государственных учреждений, так и отделений частных стоматологических кабинетов. Из 350 опрошенных 190 врачей имеют стаж работы до 5 лет, 30 человек –

от 5 до 10 лет, 130 врачей – свыше 10 лет.

По результатам анкетирования диагностическое рентгенологическое обследование до начала эндодонтического лечения 22,8% врачей выполняют всегда, 74,4% – иногда, а 2,8% анкетированных считают необязательным проведение данного этапа. Согласно ответам на вопросы анкеты, только 11,4% врачей-стоматологов пользуются апекс-слокаторами, 60% используют рентгенологический способ определения длины корневых каналов, 8,6% знают и используют средние табличные данные, а 20% вовсе не выполняют эту процедуру. Необходимо отметить, что самым важным этапом диагностики, проводимой до начала эндодонтического лечения, является рентгенологическое выявление основных и дополнительных корневых каналов, определение их длины и степени кривизны. От выполнения данного этапа будет зависеть качество дальнейшей инструментальной обработки и obturации корневых каналов.

Большое значение имеет выбор метода инструментальной обработки корневых каналов. Техникой Step Back пользуется 37,2% врачей, Crown Down – 57,1%, обе методики используют 2,9% анкетированных, 2,8% врачей-стоматологов вообще не придерживаются какой-либо техники. Большинство анкетруемых – 91,5% – не пользуются эндодонтическими наконечниками. Такое большое количество опрошенных стоматологов, не применяющих эндодонтический наконечник, свидетельствует о низкой технической оснащенности врачей.

Успех лечения также определяет и выбор средства для промывания корневых каналов. Ответы на вопросы анкет свидетельствуют, о том, что 5,7% врачей все еще используют 3% раствор перекиси водорода, 2,9% применяют 0,02% хлоргексидин, 51,4% анкетированных промывают корневые каналы раствором гипохлорита натрия. Известно, что именно этот раствор оказывает наиболее выраженный антимикробный эффект, на патогенную микро-

флору корневого канала. На вопрос о концентрации раствора гипохлорита натрия 14,3% врачей указали на показатель 0,5%, 74,3% анкетированных применяют 3% раствор, а 11,4% врачей-стоматологов вообще не используют данный раствор.

Известно, что качественно высушить корневой канал представляется возможным только с помощью бумажных штифтов. Ими пользуется 28,6% врачей. Ватную турунду применяют 51,4% анкетированных. Настораживает тот факт, что 2,9% врачей для высушивания корневых каналов используют воздух, что может привести к развитию осложнений, например, воздушной эмболии. Таким образом, более половины опрошенных врачей неполноценно выполняют заключительный этап перед пломбированием корневых каналов.

Для obturации каналов 5,8% опрошенных используют цинк-фосфатные цементы и препараты на основе резорцин-формалиновой смолы, 2,9% применяют препараты на основе резорцин-формалиновой смолы и препараты на основе оксида цинка и эвгенола, 71,4% применяют препараты на основе оксида цинка и эвгенола, 5,7% – материалы на основе эпоксидных смол, 8,5% – препараты на основе оксида цинка и эвгенола и материалы на основе эпоксидных смол, 5,7% – цинк-фосфатные цементы и препараты на основе оксида цинка и эвгенола. Такое относительно распространенное применение цинк-фосфатных цемента вызывает опасения, так как известно, что данный материал имеет серьезные недостатки – не рассасывается при выведении «за верхушку», вызывает деструктивные изменения в тканях периодонта. Резорцин-формалиновый метод используют 65,7% врачей, хотя его применение является крайне нежелательным из-за высокой токсичности входящих в состав пасты компонентов. Кроме этого, возможное перепломбирование корневых каналов, obturированных с использованием резорцин-формалинового метода, вызывает значительные трудности.

Согласно данным анкет, для obturации корневых каналов 68,6% анкетированных используют гуттаперчевые штифты, в то время как 31,4% врачей не применяют их вообще, а значит, не обеспечивают надежной герметизации системы корневого канала. Успех эндодонтического лечения определяет также и выбор методики obturации корневого канала. Так, методом одного штифта пользуются 22,8% врачей, 31,4% применяют метод латеральной конденсации, 2,9% используют методику вертикальной конденсации, а 28,6% анкетированных вообще не применяют ни один из перечисленных методов. Эти данные указывают на недостаточное владение техникой obturации корневого канала, а значит, свидетельствуют о низком качестве эндодонтического лечения.

Для расширения корневых каналов 80% врачей используют препараты ЭДТА, в то время как остальная часть стоматологов средства для декальцинации дентина не применяет вообще, следовательно, при проведении инструментальной обработки корневого канала повышается риск заклинивания и отлома эндодонтического инструментария.

Ответы на вопросы анкет показали, что 37,2% врачей пломбируют корневые каналы до анатомической верхушки, 51,4% – до физиологической верхушки. С огорчением следует отметить, метод заапикальной терапии при остром периодонтите применяют 8,6% человек, при хроническом периодонтите – 62,9%, а 2,8% анкетированных применяют этот метод всегда, и только четверть опрошенных считают нецелесообразным пломбирование «за верхушку». Анализ анкет позволяет сделать вывод о низком уровне эндодонтической помощи из-за применения неадекватных методов лечения (резорцин-формалиновый метод) и значительного количества врачей, предпочитающих «завершечную терапию» [1, 2].

Неудовлетворительное качество эндодонтического лечения объясняется тем, что рентгенологический контроль после пломбирования проводится иногда в

54,3% случаев, и только 45,7% врачей-стоматологов проводят рентген-контроль всегда.

В процессе анализа анкет большое количество осложнений при эндодонтическом лечении зубов объясняется отсутствием информации о современных технологиях и низким уровнем мануальных навыков, а также редким использованием методов расширения канала «от большего к меньшему», методов электрометрического контроля прохождения корневого канала, рентгеноконтроля на всех этапах лечения. Профилактика выведения пломбировочного материала в нижнечелюстной канал и верхнечелюстной синус, по нашему мнению, должна заключаться в соблюдении правила «пяти шагов».

Для нижнечелюстного канала:

1. Определение «группы риска», куда входят женщины в возрасте от 25 до 45 лет, у которых предполагается эндодонтическое лечение моляров и премоляров нижней челюсти.

2. Обзорная рентгенография с целью предварительного определения на ортопантограмме отношения верхушек корней к нижнечелюстному каналу. Как дополнительный метод – получение панорамных снимков в разных проекциях.

3. Проведение радиовизиографического или компьютерно-томографического исследования.

4. Прохождение, расширение и пломбирование корневых каналов под электрометрическим и радиовизиографическим контролем, с исключением агрессивных паст.

5. При выявлении нижнечелюстных каналов без альвеолярной стенки или vystоянии верхушек корней в просвет нижнечелюстного канала – зубосохраняющая операция с ретроградным пломбированием корневого канала.

Для верхнечелюстного синуса:

1. Определение «групп риска», куда входят мужчины и женщины в возрасте от 25 до 55 лет, у которых предполагается эндодонтическое лечение моляров, премоляров, клыка.

2. Обзорная рентгенография с целью предварительного определения отношения верхушек кор-

ней зубов ко дну верхнечелюстного синуса, рентгеноконтроль на этапах пломбирования корневых каналов. Как дополнительный метод – получение панорамных снимков в разных проекциях.

3. Проведение радиовизиографического или РКТ-исследования.

4. Прохождение, расширение и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим и/или радиовизиографическим контролем.

5. Исключение агрессивных пломбировочных материалов.

С помощью анкетирования было выявлено большое количество проблем в эндодонтии. Наиболее значимые из них:

1. Недостаточная информированность врачей о необходимости проведения каждого этапа эндодонтического лечения, а именно – создание оптимального эндодонтического доступа, точное определение рабочей длины корневых каналов, эффективная инструментальная обработка, особенно в апикальной зоне, рентгенологический контроль на всех этапах пломбирования корневого канала.

2. Частое применение «заапикальной» терапии ведет к развитию осложнений в виде выведения пломбировочного материала в соседние анатомические образования, такие как нижнечелюстной канал и верхнечелюстной синус. Данные осложнения требуют обязательного хирургического вмешательства и длительной послеоперационной реабилитации пациента.

3. Неадекватное применение резорцин-формалинового метода, в частности в зубах с хорошо проходимыми корневыми каналами, врачами муниципальных учреждений с целью экономии времени и намеренного уменьшения количества посещений (нарушение методики проведения) ведет к снижению качества эндодонтического лечения и развитию воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Недостаточная информированность врачей, а также крайне слабые знания по анатомии челюстно-лицевой области, ставят под сомнение качество акаде-

Таблица 1

Вопрос	Варианты ответов, абс. (%)					
1. Пол	мужской			женский		
	140 (40)			210 (60)		
2. Возраст, лет	20-30	30-40	40-50	50-60		
	220 (62,8)	20 (5,7)	50 (14,3)	60 (17,2)		
3. Место работы	государственное учреждение			частное учреждение		
	220 (62,8)			130 (37,2)		
4. Стаж работы, лет	До 5		5-10		свыше 10	
	190 (54,3)		30 (8,6)		130 (37,1)	
5. Когда в последний раз проходили курсы повышения квалификации, лет назад	1	2	3	4	5 и более	
	19 (5,4)	17 (4,9)	15 (4,3)	11 (3,1)	288 (82,3)	
6. Диагностическое рентгенологическое обследование до начала лечения	всегда		иногда		не провожу	
	80 (22,8)		260 (74,4)		10 (2,8)	
7. Применяете способы определения длины к/к	рентгенологический	апекслокатор		антропометрический	не выполняю этот этап	
	210 (60)	40 (11,4)		30 (8,6)	70 (20)	
8. Используете технику ручной обработки к/к	Не использую	Step Back		Crown Down	Обе техники	
	10 (2,8)	130 (37,2)		200 (57,1)	10 (2,9)	
9. Наконечник эндодонтический	пользуюсь			не пользуюсь		
	30 (8,5)			320 (91,5)		
10. Используете для промывания к/к	раствор гипохлорита натрия	0,02% раствор хлоргексидина	3% раствор перекиси водорода	раствор гипохлорита натрия и перекиси водорода	несколько растворов	
	180 (51,4)	10 (2,9)	20 (5,7)	90 (25,7)	50 (14,3)	
11. Используете раствор гипохлорита натрия в концентрации	0,5%		3%	5%	не использую	
	50 (14,3)		260 (74,3)	–	40 (11,4)	
12. Используете для высушивания к/к	ватную турунду		бумажные штифты	воздух	ватную турунду и бумажные штифты	
	180 (51,4)		100 (28,6)	10 (2,9)	60 (17,1)	
13. Используете материал для заполнения к/к	Ц-Ф + Р-Ф*	Р-Ф + О Ц-Э**	Препараты на основе оксида цинка и эвгенола	Материалы на основе эпоксидных смол	О Ц-Э + Э***	Ц-Ф + О Ц-Э****
	20 (5,8)	10 (2,9)	250 (71,4)	20 (5,7)	30 (8,5)	20 (5,7)
14. Используете гуттаперчевые штифты	да			не использую		
	240 (68,6)			110 (31,4)		
15. Пользуетесь методикой obturation к/к	метод одного штифта	метод латеральной конденсации	метод вертикальной конденсации	термомеханическая конденсация	не использую	использую все методы
	80 (22,8)	110 (31,4)	10 (2,9)	–	100 (28,6)	50 (14,3)
16. Резорцин-формалиновый метод	применяю			не применяю		
	230 (65,7)			120 (34,3)		

Таблица 1 (продолжение)

17. ЭДТА при расширении к/к	применяю		не применяю	
	280 (80)		70 (20)	
18. Пломбируете к/к	до анатомической вер- хушки	до физиологической верхушки	выводите за апекс	
	130 (37,2)	180 (51,4)	40 (11,4)	
19. Метод заапикаль- ной терапии	при остром пе- риодонтите	при хроническом периодонтите	не применяю никогда	применяю всегда
	30 (8,6)	220 (62,9)	90 (25,7)	10 (2,8)
20. Рентгенологи- ческий контроль на этапах прохождения и пломбирования к/к	во всех случаях	нет	иногда	
	160 (45,7)	–	190 (54,3)	

*цинк-фосфатные цементы и препараты на основе резорцин-формалиновой смолы;

**препараты на основе резорцин-формалиновой смолы и препараты на основе оксида цинка и эвгенола;

***препараты на основе оксида цинка и эвгенола и материалы на основе эпоксидных смол;

****цинк-фосфатные цементы и препараты на основе оксида цинка и эвгенола

мического образования и требуют серьезной корректировки последипломного курса обучения, в том числе и циклов повышения квалификации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский А. В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации // Стоматология для всех. 2004. №2. С. 38-42.

2. Алейников А. С., Максимовский Ю. М., Гринин В. М. Эффективность повторного эндодонтического лечения после пломбирования наиболее

распространенными пастами // Эндодонтия today. 2008. №2. С. 67-72.

3. Боровский Е. В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования // Клиническая стоматология. 1998- №1. С. 6-9.

4. Боровский Е. В. Как улучшить стоматологическое здоровье россиян? // Стоматология сегодня. 2006. №1-2. С. 4-6.

5. Боровский Е. В. Ошибки эндодонтического лечения зубов // Клиническая эндодонтия. 2003. С. 44-47.

6. Мамедова Л. А., Олесова В. Н. Современные техноло-

гии эндодонтического лечения. – Н. Новгород, 2002. – 144 с.

7. Петрикас А. Ж., Эхте А. А. Критерии качества эндодонтического лечения и «да» и «нет» резорцин-формалиновому методу // Новое в стоматологии. 1999. №1. С. 3-10.

8. Шумский А. В., Поздний А. Ю. Эндодонтия в вопросах и ответах. Учебное пособие. – М., 2003. – 163 с.

Поступила 23.06.2009

Координаты для связи с авторами:
г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310

Журнал «Эндодонтия today»

подписной индекс

15626

в объединенном каталоге «Пресса России - 2010»

WWW.ENDODONT.RU