

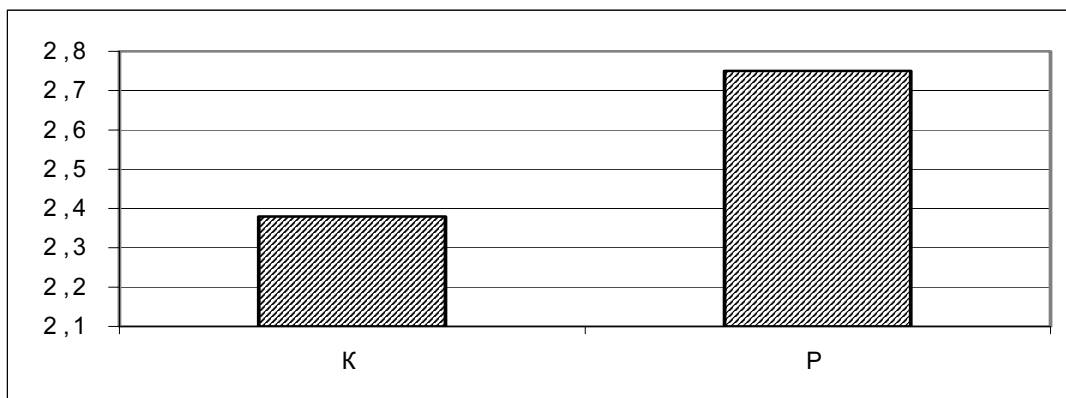


Рис. 6. Соотношение уровня энтропии элементов соединительной ткани пульпы контрольных животных и животных, получавших лечение с использованием препарата пульпотек (К – контроль, Р – пульпотек)

2. Анохин А. С. Лечение пульпита методом витальной ампу- тации с применением лизоцима: Автореф. дис. к. м. н. М., 1988. 20 с.

3. Боровский Е. В., Протасов М. Ю. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического ле- чения // Клиническая стоматология, 1998. № 3. С. 3–5.

4. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология. М.: Ме- дицина, 2002. 430 с.

5. Вильяр А. М., Абель М. Е., Капаун Л. М. О лечении пуль- пита современными методами // Заболевания челюстно-лице- вой системы и их профилактика: Тезисы I съезда научного обще- ства стоматологов Эстонии. Таллин, 9–10 декабря. 1988. С. 178–179.

6. Мелехов С. В., Капирулина О. В. Лечение пульпитов мно- гокорневых зубов ампутиационным методом с применением пре- парата Pulpotec // Стоматология сегодня. 2004. № 1. С. 29.

7. Рыбаков А. И., Иванов В. С. Клиника терапевтической стоматологии. М.: Медицина, 1980. 324 с.

8. Fotos P. G., Woolvert C. J., Mokas M. J., Mermigas M. E. Effect of eugenol on prostaglandin E levels polymorphonuclear cell and serum // Ann. Dent. 1988. Vol. 47. P. 19–22.

9. Hess J. C., Medioni E., Vene G. Therapeutique endodontique. Ensemble pulpodentaire. Pulpotomie // Encycl. Med. Chir. Odontologie. 2002. № 1.

10. Krupinska A., Krupinsky J. Treatment of the vital pulp in molar teeth by amputation under anesthesia // Czas Stomatol. 1973. Dec; № 26 (12). P. 1311–1315.

11. Marmasse A. Restarting treatment in endodontics // L'information Dentaire. 1996; Dec; № 44. P. 3535.

**V. V. TAIROV, S. V. MELEKHOV,
A. A. EVGLEVSKY**

CLINICO-EXPERIMENTAL ASPECTS OF APPLI- CATION OF THE MODERN MATERIALS USED FOR DIRECT COVERING OF A TOOTH PULP

Experiments on a pulp of a teeth of rats have shown, that these preparations for a direct covering stimulate forma- tion in it a replaceable connecting tissue and prevent diffusion of an inflammation on area of a root pulp. Clinical tests have shown high efficiency of treatment of patients a method of vital amputation of a pulp of a tooth.

Keywords: a pulp of a tooth, preparations for a direct covering, vital amputation.

С. Н. ДЪЯКОНОВ, С. В. МЕЛЕХОВ

ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ОДОНТОЛОГИЯ 2.0»

Кафедра терапевтической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета

Эндодонтия — раздел стоматологии, рассматри- вающий вопросы анатомии, физиологии и методов ле- чения патологии зубов и периодонта. В широком смыс- ле под эндодонтией следует понимать одонто-хирур- гическое вмешательство внутри зуба с целью его со- хранения с последующим восстановлением формы и функции терапевтическими или ортопедическими ме- тодами.

В 2005 году группой ведущих ученых-стоматологов нашей страны под руководством профессора Е. В. Бо- ровского (председателя секции «Эндодонтия» СТАР) разработаны «Рекомендации по эндодонтическому

лечению». В основу этих рекомендаций были положе- ны принятые в Европе и США стандарты эндодонти- ческого лечения. Для стоматологов России этот доку- мент должен определить формирование единого про- фессионального подхода в реализации медицинских аспектов практической стоматологии. А также законо- дательно-правовых документов, определяющих орга- низацию, финансирование, страхование и защиту прав физических и юридических лиц в системе оказания и получения стоматологической помощи на территории России с применением эндодонтического лечения и использованием надлежащего набора инструментария

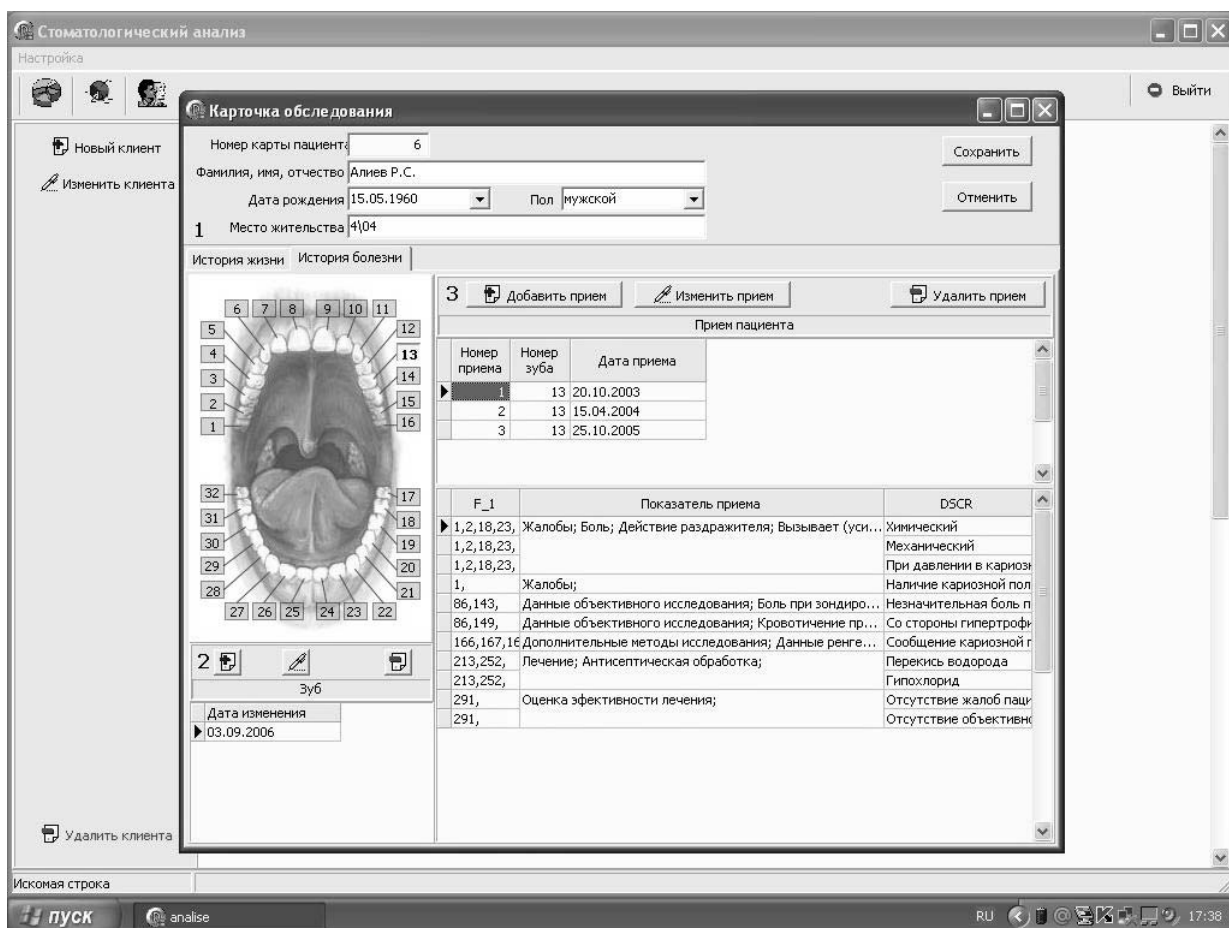


Рис. 1. Главное меню карты обследования пациента

и средств в соответствии со стоматологическим статусом пациента.

Необходимость разработки «Рекомендаций по эндодонтическому лечению» определяется положениями и требованиями законов Российской Федерации.

Поводом для разработки данных «Рекомендаций...» послужили требовательность пациентов к обеспечению, сохранению и поддержанию здоровья со стороны врачей и стоматологических учреждений, а также повышение ответственности врачей и стоматологических учреждений за качество оказываемой помощи. Выполнение требований настоящих «Рекомендаций...» со стороны врачей-стоматологов не обеспечивает 100%-ной гарантии излечения патологических изменений в полости рта в силу уже имеющейся у пациента патологии зубочелюстной системы, органов и тканей полости рта или других общесоматических заболеваний, однако их следует неукоснительно соблюдать при проведении эндодонтического лечения.

Эндодонтическое лечение, как и любое другое медицинское вмешательство, проводится после получения информированного добровольного согласия пациента, которое включает в себя следующие сведения:

- результаты обследования пациента;
- полный диагноз;
- предлагаемый план лечения;
- методы и технологии лечения, применяемые в настоящем лечебно-профилактическом учреждении;
- существующие и разрешенные к применению в Российской Федерации методы и технологии лечения;
- осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения;

- осложнения, которые могут возникнуть даже при правильном проведении лечения.

К сожалению, на наш взгляд, практическое применение «Рекомендаций...» не представляется возможным из-за их сложности и объема. Решить эту проблему могли бы современные компьютерные технологии, а именно программы, адаптированные для целей и задач, стоящих перед эндодонтическим лечением.

В настоящее время существует большое количество созданных для стоматологических кабинетов и клиник программных пакетов. Но при ближайшем ознакомлении с их работой возникает впечатление, что они создавались в недостаточном контакте со специалистами-медиками или их создание преследовало чисто финансовую сторону процесса лечения (в таком представлении – обслуживания населения), т. к. информация об истории заболевания и его лечении отражена не совсем полно, как того требует медицинская практика.

Статистические и компьютерные методы позволяют сопоставить сложные этиопатогенетические закономерности в развитии кариеса зубов. Например, была определена функциональная и корреляционная зависимость КПУ и кп от факторов внешней и внутренней среды, определяющих развитие кариеса [12].

Основными критериями, позволяющими диагностировать осложнения кариеса, служат детальная характеристика болевого синдрома, анамнестические сведения, результаты инструментального исследования (зондирование, перкуссия, термометрия) и вспомогательных методов (ЭОД и рентгенография, лабораторные методы) [2,14].

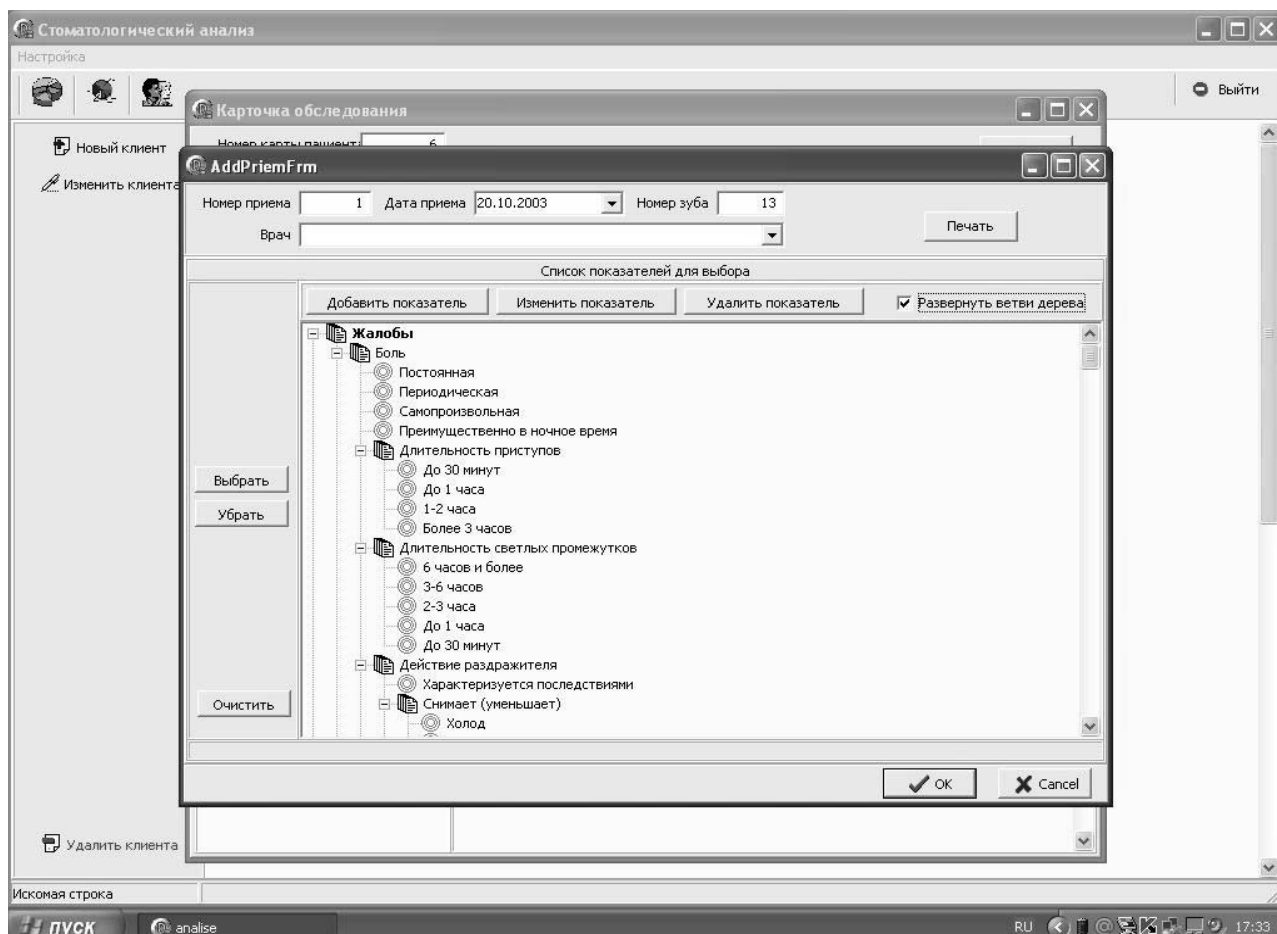


Рис. 2. Обследование пациента – жалобы

Наиболее убедительными показателями благоприятного прогноза являются отдаленные результаты лечения и многофакторный анализ основных причин возникновения осложнений при лечении пульпита и периодонтита.

Среди факторов, влияющих на положительный результат лечения, авторы отмечают прежде всего полностью выполненный объем хирургической и антисептической обработки полости зуба и корневых каналов [11].

Широко обсуждается вопрос о выборе корневого пломбировочного материала, объеме и уровне заполнения корневых каналов при различных патологических состояниях [8].

Неблагоприятный прогноз исхода лечения определяется также расхождением клинического, рентгенологического и патоморфологического диагноза и, соответственно, неверно выбранного лечебного комплекса [5].

Имеются отдельные сообщения об использовании современных математических и компьютерных методов при диагностике и прогнозировании осложнений кариеса. Разрабатываются математические модели отдельных симптомокомплексов и патогенетических звеньев в течении и лечении пульпита и периодонтита [1, 4].

Перспективный результат, полученный из начальных тестов, предполагает, что экспертная система хорошо подходит к области эндодонтической диагностики и может успешно включать другие прикладные области в стоматологической диагностике [9].

Материалы и методы

Недостатки существующих программ были учтены авторами при создании консультативно-диагностической системы «Одونتология» [3]. При создании КДС был разработан справочник терминов, наиболее полно отражающий требования к описательной части лечебного процесса зубов.

В 2006 году справочник претерпел значительные изменения: был пополнен современными стоматологическими данными и лучше структурирован. КДС позволяет накапливать и концентрировать информацию, пригодную для дальнейшей интеллектуальной обработки и предназначенную для диагностики стоматологических заболеваний и оценки эффективности лечения через систему запросов. КДС была полностью переписана на объектно-ориентированном языке DELFI и получила новый интерфейс («Одонтология 2.0»).

При вводе новой информации в базу данных используется разработанный справочник терминов (рис. 1, 2, 3, 4). В сервис программы для наиболее полного оформления всей имеющейся в распоряжении доктора информации, такой как зубная формула (с индексами КПУ, СИП, Федорова–Володкиной), включены режим просмотра рентгеновских снимков, выведение на экран текстового протокола. Базу данных желательно заполнять случаями, описывающими лечение с удачным исходом, иначе зачем анализировать случаи, которые сами вызывают сомнение в правильности выбранного диагноза и курса лечения.

Для работы в режиме анализа врач использует

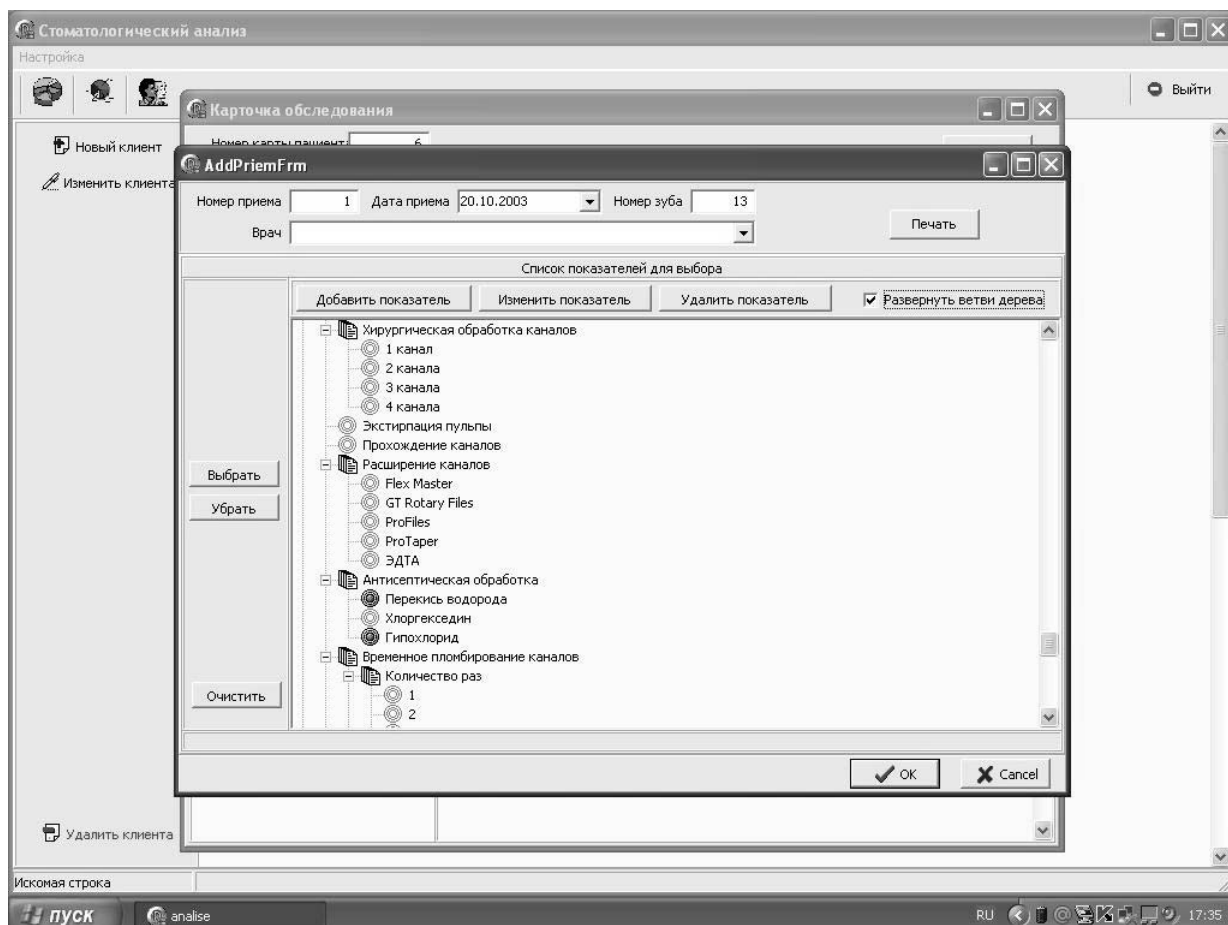


Рис. 3. Раздел карты пациента «Лечение»
(хирургическая и антисептическая обработка корневых каналов)

стандартный набор запросов из меню либо составляет запрос с использованием того же справочника, которым пользовался при оформлении данных, составляющих базу данных. Далее для углубленного изучения, скажем, проведения научного исследования, сгенерированный в результате обработки запроса файл может быть импортирован в статистическую систему (EXEL, STATISTICA и др.).

Полученные результаты

В настоящем исследовании клинические наблюдения проводились за больными с различными формами одонтогенной патологии. Всего для настройки системы «Одونتология 2.0» были использованы данные 89 случаев лечения пульпита и периодонтита во временной динамике от 2 до 5 лет.

Наиболее сложной задачей, которая стоит перед врачом любой специальности, является прогнозирование, т. е. предвидение вероятного возникновения заболевания или предсказание характера течения и исхода болезни, как правило, основанное на знании закономерностей развития патологического процесса.

Прогноз исхода и течения заболевания определяется многими факторами: достоверностью клинического диагноза, возможностями современной терапии, индивидуальными особенностями организма больного и пр.

Как показало настоящее исследование, наиболее убедительными показателями благоприятного прогноза являются отдаленные результаты лечения и многофакторный анализ основных причин возникновения осложнений при лечении пульпита и периодонтита.

Однако возможен и прием действия «от обратного», т. е. неблагоприятный прогноз исхода лечения определяется расхождением клинического, рентгенологического и патоморфологического диагноза и, соответственно, неверно выбранного лечебного комплекса [5].

В качестве примера приводим результаты оценки эффективности лечения заапикальной патологии. Говоря о степени репаративных процессов в периодонте, нужно отметить определенную зависимость данных, характеризующих результаты лечения периодонтита, от сроков лечения [6, 14].

Рентгенологическая картина изменений при хроническом верхушечном периодонтите достаточно определенно характеризует протекающие процессы [7].

В динамические сроки наблюдения прослежены изменения тканей в области верхушечного отверстия при деструктивных формах периодонтита.

В 3% случаев выявлено увеличение размера заапикального очага, а в 27% динамики уменьшения очага отмечено не было. Эти обстоятельства определяют рентгенологическую эффективность лечения только на 70%.

Хотя доверительный интервал 95% очень узкий и малодостоверный, факт неуклонного ухудшения состояния тканей периодонта со временем имеет место быть. Поэтому следует согласиться с данными литературы о том, что нельзя считать решенным вопрос лечения даже однокорневых зубов, когда на окончательную ликвидацию периодонтального очага уходит 1,5–2 года, а нередко и 3–8 лет [10, 13].

Дополнительные методы терапии, а именно

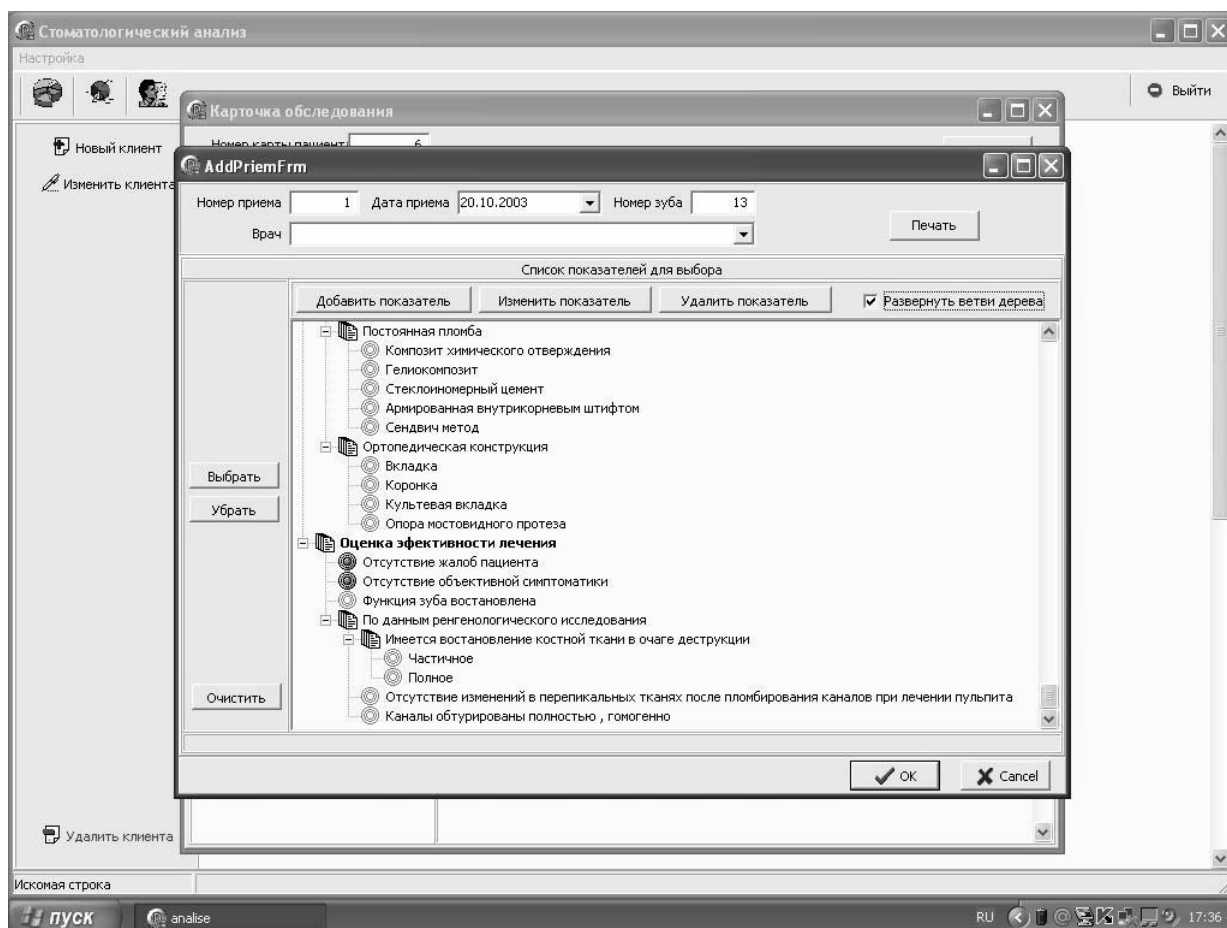


Рис. 4. Раздел карты пациента «Оценка эффективности лечения»

общие, хирургические, ортопедические и физиотерапевтические, при местном лечении кариеса и его осложнений повышают его эффективность, как было установлено в настоящем исследовании.

Ортопедическое и физиотерапевтическое лечение в данной ситуации – это методы реабилитации, т. к. суммарно в 26%, а при периодонтитах в 37% случаев помимо эндодонтической патологии коронки зубов были частично или полностью разрушены. Это еще раз указывает на отсутствие профилактики (в широком смысле) со стороны стоматологов и низкую стоматологическую грамотность населения.

Все неэффективные случаи лечения приходятся на хронические случаи пульпита и периодонтита, длительный период реабилитации также необходим преимущественно хроническим формам периодонтита. Отсюда очевидно вытекает очень осторожное отношение к эффективности отдаленного прогноза при указанных формах.

Даже при самом смелом предположении о судьбе пролеченного периодонтита необходимы длительный (не менее года) период реабилитации, щадящее отношение к указанному зубу, прежде всего в плане избыточного жевательного давления.

Оценивая клинко-рентгенологические результаты лечения пульпитов и периодонтитов, врач должен знать, что благоприятный прогноз зависит от правильного выбора показаний к тому или иному методу лечения. При проведении же лечения избранным методом – главным образом от качества выполнения в полном объеме эндодонтических манипуляций, стабильности уровня общей и специфической реактивности организма, обеспечивающей окончательную

реабилитацию периодонта с учетом строго индивидуальных особенностей каждого пациента.

Несомненную помощь при спорных вопросах врачу могут оказать методы компьютерной диагностики и прогнозирования, в том числе и предлагаемая консультативно-диагностическая система, ориентированная на одонтогенную патологию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворниченко Г. П. Исследование, математическое моделирование и прогнозирование динамики кариеса и его осложнений: Автореф. дис. канд. мед. наук. Киев, 1986. 15 с. Библиогр.: 3 назв.
2. Иванов В. С., Овруцкий Г. Д., Гемонов В. В. Практическая эндодонтия. М.: Медицина, 1984. 222 с.
3. Мелехов С. В. Обоснование лечебно-профилактических мероприятий и прогноза при развитии осложнений кариеса зубов: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1997. 26 с.
4. Миргазизов М. З., Ткачев А. Д., Петрушин А. Р. Применение математических методов и ЭВМ в стоматологии. Кемерово: кн. из-во, 1984. 134 с.
5. Пачаджанова Л. Н. Современное клиническое течение и лечение периостита челюсти в условиях Таджикистана: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21. Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко. М., 1990. 20 с.
6. Рыбаков А. И., Иванов В. С. Клиника терапевтической стоматологии. М.: Медицина, 1980. 320 с.
7. Bogaerts P., Simon J. H. Absence de guérison après traitement endodontique adéquat // Rev-Belge-Med-Dent. 1992. № 4. P. 101–115.
8. Cvek M. Prognosis luxated non-vital maxillary incisors treated with calcium hydroxide and filled with gutta-percha // Endod-Dent-Traumatol. 1992. Vol. 8, № 2. P. 45–55.
9. Firriolo F. G., Wang T. Diagnosis of selected pulpal pathoses using an expert computer system // Oral-Surg-Oral-Med-Pathol. 1993. Vol. 76. № 3. P. 390–396.

10. Garcia J. R., Lolianno F. Sobreobturaciones accidentales con cemento medicamentoso // Rev-Soc-Odontol-La-Plata. 1990. № 5. P. 7–10.

11. Haapasalo M. Black-pigmented gram-negative anaerobes in endodontic infections // FEMS-Immunol-Med-Microbiol. 1993. Vol. 6. № 2. P. 213–217.

12. Mjor I. A., Toffenetti F. Placement and replacement of resin-based composite restorations in Italy // Oper-Dent. 1992. Vol. 17. № 3. P. 82–85.

13. Valavanis D., Spyropoulos G., Kerezoudis N. E semasia tes endodontikes therapeias ste cheirurgike endodontia // Odontostomatol-Proodos. 1990. Vol. 44. № 6. P. 387–394.

14. Weiselberg M., Vogelsson K. R. Endodontic problems and failures: how predict, evaluate and prevent many of them // J-N-J-Dent-Assoc. 1992. Vol. 63. № 4. P. 25–33.

S. N. DJAKONOV, S. V. MELEKHOV

OPTIMIZATION OF THE ESTIMATION OF EFFICIENCY ENDODONTIC TREATMENTS WITH USE IT IS APPARATUS – THE PROGRAM COMPLEX «ODONTOLOGY 2.0»

The computer diagnostic program «ODONTOLOGY 2.0» which use allows to spend objectively an estimation of efficiency endodontic treatments is offered and approved on a clinical material.

Keywords: the computer program, endodontic, efficiency of treatment.

**А. Н. БОНДАРЕНКО, Т. В. АКСЕНОВА, Л. В. НАПОЛЬНИКОВ,
Л. С. ЕРМОШЕНКО, Ю. Э. УШАКОВА**

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ И ПЕРИОДОНТА В РАМКАХ ПРИНЦИПА РАННЕЙ АКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета

Острый воспалительный процесс в пульпе и периодонте ведет к развитию выраженной стресс-реакции организма пациента, что связано прежде всего с появлением интенсивного болевого синдрома, который по праву называют «эталоном боли». Немаловажными являются также нарушения в общем и местном иммунном ответе [4], которые могут способствовать, с одной стороны, распространению воспалительного процесса за пределы основного очага, а с другой – создают условия для обострения или прогрессирования воспаления в других очагах, в том числе неodontогенной природы [3, 5]. Традиционная терапия острого пульпита и периодонтита, предусматривающая лишь проведение мероприятий по санации очага воспаления, не способствует быстрой и полноценной нормализации показателей иммунного ответа [4]. Особую проблему представляет собой оказание неотложной помощи данной категории пациентов. Зачастую этот важный этап подменяется собственно лечением (в ряде случаев – в одно посещение!) выявленной патологии. Как результат – высокая вероятность развития осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после вмешательства. Ранее проведенными исследованиями доказано, что назначение индивидуально подобранных гомеопатических препаратов позволяет корректировать фагоцитарную активность и состояние интралейкоцитарных ферментных бактерицидных систем нейтрофильных гранулоцитов, а значит, благоприятно для быстрого достижения иммуномодулирующего эффекта [2, 7]. Целесообразным является также применение переменного магнитного поля низкой частоты, обладающего противовоспалительным, иммуномодулирующим и протекторным в отношении тканей периодонта действием [1].

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности схемы оказания неотложной помощи при остром воспалении пульпы и периодонта с сочетанным применением гомеопатических средств и переменного магнитного поля.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели были предприняты наблюдения за 20 больными с острым общим пульпитом и 50 пациентами с острым и обострившимся хроническим периодонтитом. До начала лечения у всех пациентов с пульпитом определялась активность миелопероксидазы в нейтрофилах периферической и локальной (из области причинного зуба) крови (Sato, 1928). У больных с острым воспалением в периодонте оценивалась степень активации нейтрофилов циркулирующего и локального пула по интенсивности NBT-теста (И. В. Нестерова, 1980). Выбор названных показателей обусловлен высокой степенью их информативности для прогнозирования течения воспалительного процесса в пульпе и периодонте [6]. По результатам исследования пациенты распределены на две подгруппы: 1-я подгруппа – больные с благоприятным прогнозом, 2-я подгруппа – пациенты с угрозой развития осложнений (табл. 1, 2).

В контрольной группе – 30 пациентов (10 больных с пульпитом, в том числе 8 пациентов отнесены к 1-й подгруппе, 2 – к 2-й и 20 больных с периодонтитом, из них 12 человек отнесены к 1-й подгруппе, 8 – к 2-й) – помощь оказывалась в соответствии с традиционными принципами эндодонтического вмешательства. В основной группе – 40 больных (10 с пульпитом, в том числе 6 пациентов отнесены к 1-й подгруппе, 4 – к 2-й, 30 с периодонтитом, 23 из них отнесены к 1-й подгруппе, 7 – к 2-й подгруппе) – эндодонтические лечебные манипуляции дополнялись назначением низкочастотного переменного магнитного поля (индукция – 30 мТл, режим – непрерывный, время воздействия – 20 мин, источник – аппарат «Градиент-1») на область причинного зуба и индивидуально подобранных гомеопатических средств. Наиболее часто пациентам с острым