

3 исследуемых групп в 100 процентах случаев наступила полная адаптация ко всем изготовленным видам ортопедических стоматологических протезов. С целью увеличения сроков эксплуатации конструкций пациентам даны рекомендации на дальнейшее динамическое ортопедическое наблюдение каждые 6 месяцев в течении всего срока эксплуатации установленных конструкций с обязательным посещением в аналогичные сроки врача-пародонтолога с целью соблюдения протокола гигиены полости рта и исключением либо предотвращением возникновения возможных осложнений тканей пародонта, а также строгого соблюдения посещений и рекомендаций лечащего врача-эндокринолога с целью поддержания на оптимальном уровне общесоматического здоровья.

Заключение. Таким образом, за исследуемый период 01.02.2021-20.01.2022 пациенты молодого возраста в диапазоне 25-44 лет в количестве 60 человек с установленным диагнозом сахарный диабет второго типа и имеющих компенсированную форму, в 100 процентах случаев нуждаются в стоматологической ортопедической помощи. Вариабельность периода адаптации зависела от видов изготовленных протезов и индивидуального соблюдения поддержания уровня гигиены полости рта. Оптимизация лечения стоматологических последствий общесоматических нарушений при сахарном диабете 2 типа с сокращением сроков адаптации и пролонгированием сроков эксплуатации ортопедических стоматологических конструкций возможна при неукоснительном соблюдении пациентами всех врачебных рекомендаций стоматологического и эндокринологического направлений с помощью профилактических мероприятий, отказом от вредных привычек и в целом, устойчивым формированием здорового образа жизни, что в целом благоприятно отразится на качестве жизни больных.

Буганова А.А.¹, Гонтарев С.Н.^{1, 2}, Гонтарева И.С.^{1, 2}, Мустафа Ясин^{2,3}.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ
В ЭНДОДОНТИИ

*¹ООО «ССБ. Объединенная стоматологическая поликлиника
Старооскольского городского округа», г. Старый Оскол*

²НИУ «БелГУ», г. Белгород

³ОГБУЗ «Яковлевская центральная районная больница», г. Строитель

Актуальность. В практической деятельности врача-стоматолога-терапевта нередко приходится встречаться с некоторыми проблемами в процессе эндодонтического лечения. Известно, что очаги периапикального повреждения – это результат действия микроорганизмов, обсеменяющих корневой канал. И если за пределами корневого канала микроорганизмы подвергаются действию защитных механизмов организма, то в его пределах ни системным антибиотикам, ни иммунным факторам инфекция недоступна. Это и объясняет необходимость эндодонтического лечения.

Но в попытке избавиться от инфицированной пульпы врач на клиническом приеме сталкивается со сложностью строения системы корневых каналов: многочисленными боковыми ответвлениями различных размеров, трансверзальными анастомозами и апикальной дельтой. Классическая методика обеззараживания корневых каналов механической обработкой и ирригацией дезинфицирующими растворами ограничена данными анатомическими особенностями и невозможностью проникать в латеральные и апикальные каналы. Это делает целесообразным поиск новых методов и технологий, которые могут улучшить очистку данных областей.

Еще одна проблема, достаточно часто возникающая на клиническом приеме – боли после эндодонтического вмешательства. Согласно современным исследованиям, ключевое звено в этиологии этих болей – выведение инфицированных дентинных опилок в периапикальную область при инструментальной обработке канала. Сравнивая методы препарирования «step-back» и «crown-down» можно прийти к выводу, что методика «crown-down», заключающаяся в последовательном очищении устьевой трети, срединной и апикальной, в наименьшей степени способствует экстракции «за апекс» дентинных опилок.

Несмотря на это, самыми популярными системами для обработки корневых каналов остаются вращающиеся инструменты из никель-титанового сплава, предусматривающие введение инструмента сразу на всю длину до апекса с последовательным увеличением диаметра инструмента, что и приводит к риску «проталкивания» инфицированных тканей за верхушку и последующим осложнениям в виде болей и долго незаживающих очагов деструкции костной ткани в периапикальной области.

В настоящее время врачи прилагают пациенту несколько основных способов помощи в борьбе с постпломбировочными болями. Это разнообразные виды фармакотерапии, например, назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, обладающих болеутоляющим, противовоспалительным эффектом (на основе нимесулида, кеторолака и др.), применение аппликаций и ротовых ванночек различных лекарственных средств на слизистую оболочку полости рта в проекции леченого зуба и физиотерапевтические процедуры.

Физические методы лечения с каждым годом набирают популярность и приобретают все большее значение в медицине. Процент хронических заболеваний растет, пациенты в повседневной жизни могут принимать сразу несколько лекарственных препаратов одновременно по поводу различных заболеваний. Каждый препарат имеет свой уникальный список побочных эффектов, а смешение лекарственных средств может и вовсе привести к серьезным последствиям для здоровья. Кроме того, риск возникновения аллергических реакций и сенсибилизации увеличивается. Поэтому все большее количество специалистов делает выбор в сторону физиотерапевтических процедур.

Лазеротерапия – один из наиболее эффективных методов физиотерапевтического лечения, оказывающий целый ряд положительных эффектов на организм: повышает энергетический обмен, резистентность организма, иммунитет, а при местном применении обладает значительным противовоспалительным, обезболивающим и противоаллергическим действием. После эндодонтического лечения применение лазерного излучения решает сразу несколько задач: оказывает мощное стерилизационное действие на микрофлору корневых каналов, повышая эффективность ранее проведенного лечения, стимулирует регенерацию в периапикальной области и устраняет постпломбировочную боль.

Цель исследования: повысить эффективность эндодонтического лечения с помощью современных технологий – применения аппарата лазерного излучения «Мустанг-2000».

Материалы и методы. В группу исследования включили 50 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с диагнозом хронический апикальный периодонтит. Лечение подвергались жевательные зубы как верхней, так и нижней челюсти. Корневые каналы были обработаны механически вращающимися никель-титановыми инструментами и медикаментозно ирригацией 3% раствором NaOCl с помощью шприца, а затем запломбированы гуттаперчевыми штифтами и пастой «Тизедент» («Владмива») в технике латеральной конденсации.

После оценки рентгенологической картины в каждом случае получили следующие результаты: у 38 зубов (76%) каналы запломбированы до апекса, у 7 зубов (14%) отмечается незначительное выведение материала за апекс. И в 5 оставшихся зубах, составивших 10%, по снимку определялось недопломбирование корневого канала.

После пломбирования каналов пациентам были даны направления на физиотерапевтическое лечение. 6 пациентов отказались от проведения каких-либо дополнительных методов лечения, и им был назначен препарат Нимесил согласно инструкции по приему курсом в 5 дней в случае возникновения постпломбировочной чувствительности. Остальным (44 случая) была назначена лазеротерапия курсом 3 процедуры. Воздействие излучением КЛ03-2000 местно на мягкие ткани, длительность процедуры 2-3 минуты, мощность 10м Вт.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценивались результаты влияния лазера «Мустанг-2000» как в краткосрочной перспективе (устранение постпломбировочной

боли), так и в долгосрочной (заживление очага деструкции костной ткани и восстановление костного рисунка).

Возникновение болей на следующий день отмечалось у 27 пациентов. Из их числа спустя сутки после первой процедуры жалобы на боли исчезли у 5 (33.3%), уменьшились у 16 пациентов (66.6%).

После второй процедуры жалобы на боль прекратились у 13 (65%), значительно уменьшились у 7 пациентов (35%). 1 пациент от продолжения лечения аппаратом «Мустанг-2000» отказался в связи с отсутствием болей после первой процедуры.

После третьей процедуры жалобы отсутствовали у всех обследуемых пациентов.

У контрольной группы из 6 пациентов, отказавшихся от лазерного воздействия, после курса приема Нимесила отмечалась так же положительная динамика в виде снижения или полного отсутствия болей, что говорит об эффективности медикаментозного устранения постпломбировочной чувствительности. Но принимая во внимание тот факт, что НПВС имеют достаточно большой список побочных действий, особенно в отношении слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, следует отметить, что физиотерапевтические процедуры, включая лазерную терапию, будут обладать большим преимуществом.

Пациентам было назначено повторное посещение через 6 месяцев. На рентгенологических снимках всех обследуемых пациентов определяется положительная динамика – уменьшение очага деструкции, частичное восстановление костной структуры в области верхушек корня.

Выводы. Несмотря на высокий уровень развития стоматологической науки, обилие современных инструментов и материалов для обработки и пломбирования корневых каналов, обладающих максимальной биологической совместимостью с тканями зуба, периодонта и костной тканью, врачам после манипуляций в корневых каналах периодически приходится сталкиваться с осложнениями в виде постпломбировочных болей ноющего характера и при накусывании на зуб после процедуры. Кроме того, не всегда получается прийти к положительному результату в эндодонтическом лечении из-за анатомических особенностей строения системы корневых каналов, даже при тщательной механической и медикаментозной обработке.

Согласно проведенному нами исследованию, лазерная терапия оказалась эффективна в 100% случаях и привела к успешному избавлению пациентов от неблагоприятных осложнений лечения.

Для достижения наиболее положительного результата после эндодонтического лечения, завершающегося пломбированием каналов, рекомендуется назначение пациенту лазерной терапии в профилактических целях сразу после окончания лечения в кабинете врача-стоматолога-терапевта. Данные рекомендации активно используются врачами Социальной стоматологии Белогорья в ежедневной практике, что позволяет повысить вероятность успеха проведенного лечения, а также благополучно избежать осложнений в виде постпломбировочных болей, и, как следствие, сформировать у пациента благоприятное впечатление от оказанного лечения.

Бугорков И.В., Бугоркова И.А.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО УСТРАНЕНИЮ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького» МЗ РФ, г. Донецк*

Актуальность. Различные эпидемиологические исследования и литературные источники указывают на прогрессирующий пародонтит за счет снижения резистентности и прироста системных заболеваний у наших пациентов, соответственно пародонтальные