

АНАЛИЗ МЕТОДОВ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «7-я городская стоматологическая поликлиника»*

В статье приводится анализ данных, полученных при анкетировании 123 врачей-стоматологов г. Минска по вопросам методов и материалов, применяемых ими для сохранения жизнеспособности пульпы. Для медикаментозной обработки полостей доктора в основном используют 0,05% раствор хлоргексидина: 55,28% – при непрямом покрытии пульпы и 69,11% – при прямом. Установлено, что большинство опрошенных в своей практике для покрытия пульпы используют материалы на основе гидроксида кальция (82,93–86,18%). Наиболее приемлемым материалом для закрытия лечебных прокладок большая часть анкетированных стоматологов назвали стеклоиномерные цементы. С осложнениями после проведенного прямого или непрямого покрытия пульпы в своей практике сталкивались 87,8% анкетированных.

Ключевые слова: *пульпа зуба, анкетирование, прямое покрытие пульпы, непрямоe покрытие пульпы, цинк-оксид-эвгенол, гидроксид кальция, адгезивные системы, стеклоиномерные цементы, минерал триоксид агрегат, успех лечения.*

T. V. Chernysheva

APPLICATION OF PULP VITALITY PRESERVATION METHODS IN STOMATOLOGIC PRACTICE

The results of the survey of dentists in Minsk on pulp vitality preservation techniques and materials are presented in the article.

It is shown that dentists mainly use 0.05% chlorgexidine in cavities during the procedures of direct and indirect pulp capping.

It is established that the majority of respondents (82.93–86.18%) used calcium hydroxide materials for pulp capping in their practice.

The majority of respondents prefer to use glass ionomers for covering materials which were used for pulp capping. 87.8% of the respondents faced with the complications after direct or indirect pulp capping in their practice.

Key words: *tooth pulp, questioning, direct pulp capping, indirect pulp capping, zinc oxide eugenol, calcium hydroxide, adhesive systems, glass ionomers, mineral trioxide aggregate, success of treatment.*

В клинической практике врачам-стоматологам часто приходится сталкиваться с проблемой сохранения жизнеспособности пульпы. В ситуациях, когда при лечении кариеса дентина-пульпа оказывается вскрытой (например, в силу анатомических особенностей зуба или молодого возраста пациента), необходимо стремиться к сохранению витальности зуба. Часто при лечении кариеса дентина полость очень глубокая и после некрэктомии остается тончайший слой надпульпарного дентина, а пульповая камера при этом остается невскрытой, отсутствуют клинические признаки дегенеративных изменений в пульпе и периапикальных тканях. В таких случаях перед врачом встает выбор: приступить к эндодонтическому лечению или использовать более консервативные методы лечебного воздействия на пульпу, способствующие формированию репаративного дентина.

Методами, позволяющими сохранить пульпу при невскрытой и вскрытой полости зуба, являются не прямое и прямое покрытие пульпы [2]. Применяя данные методы при обратимых поражениях пульпы (к которым относятся глубокие кариозные полости, гиперемия пульпы, случайное обнажение пульпы при препарировании или травме зуба) возможно купирование воспаления и стимулирование образования третичного дентина. Таким образом формируется надежный биологический барьер для проникновения микроорганизмов в ткани апикального периодонта, сохраняется жизнеспособность пульпы и витальность зуба в целом.

Цель исследования – изучение распространенности применения врачами-стоматологами материалов и методов для сохранения жизнеспособности пульпы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 123 врача-стоматолога. Минска, работающих в учреждениях здравоохранения государственной и частной форм собственности. Врачам предлагалось заполнить специально разработанную анкету, состоящую из 17 вопросов. Помимо общих сведений, в анкете содержались вопросы, касающиеся материалов и методов, используемых для покрытия пульпы, использования дополнительных методов для диагностики состояния пульпы, успешности лечения и частоты осложнений. Полученные данные обработаны с использованием методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Большее половины опрошенных врачей (70 человек) работают в государственных учреждениях здравоохранения, что составило 56,91%, 21 человек – в частных клиниках либо в платных кабинетах государственных учреждений (17,07%); 32 человека – совмещают работу в обоих видах учреждений (26,02%). Средний стаж работы врачей по специальности составил $11,77 \pm 0,82$ года (от 1 года до 35 лет).

Большинство респондентов 53,66% ($n = 66$) сталкиваются с лечением глубоких кариозных полостей (K02.1 кариес дентина) каждый день, 27,64% ($n = 34$) – 2–3 раза в неделю, 11,38% ($n = 14$) – раз в неделю и 7,32% ($n = 9$) – 1–2 раза в месяц. Гиперемия пульпы (K04.00 Начальный пульпит (гиперемия пульпы)) диагностируют и лечат на приеме каждый день 23,58% ($n = 29$) опрошенных, 2–3 раза в неделю – 32,52% ($n = 40$), 1 раз в неделю – 17,89% ($n = 22$), 1–2 раза в месяц – 26,02% ($n = 32$). Достаточно редко доктора сталкиваются с лечением случайно вскрытой

пульпы: 78,05% (n = 96) – 1–2 раза в месяц и реже, остальные – 1 раз (20,33%, n = 25) и 2–3 раза в неделю (1,63%, n = 2).

При анализе результатов опроса выявлено, что большинство врачей не используют в своей практике для диагностики состояния пульпы и оценки ее жизнеспособности дополнительные методы обследования. Так, к рентгенологическому исследованию перед лечением глубоких кариозных полостей прибегают лишь 35,77% (n = 44) опрошенных, гиперемии пульпы – 40,65% (n = 50), случайно вскрытой пульпы – 29,27% (n = 36). Еще реже доктора пользуются методом электроодонтодиагностики: только 18,7% (n = 23) врачей используют ЭОД перед лечением глубоких кариозных полостей, 21,95% (n = 27) – гиперемии пульпы, 10,57% (n = 13) – случайно вскрытой пульпы.

Как показало анкетирование, подавляющее большинство стоматологов – 73,98% (n = 91) – при препарировании глубоких кариозных поражений предпочитают произвести полную некрэктомию, удалив весь кариозный дентин (пока на дне не останется светлый плотный дентин, либо произойдет вскрытие пульпарной камеры). 26,02% опрошенных (n = 32) готовы произвести частичную некрэктомию, опасаясь подвергнуть пульпу излишнему воздействию, оставив на дне слой кариозного дентина.

Обращает на себя внимание тот факт, что лишь 59,35% (n = 73) и 62,6% (n = 77) знакомы с методами лечения, именуемыми непрямым и прямым покрытием пульпы соответственно, не знакомы – 8,13% (n = 10) и 4,07% (n = 5). Треть опрошенных 32,52% (n = 40) владеют обоими методами не в полном объеме.

Интересно, что при случайном (травматическом) вскрытии пульпарной камеры 59,35% (n = 73) предпочитают приступить к эндодонтическому лечению, а 40,65% (n = 50) – произвести прямое покрытие пульпы и динамическое наблюдение.

В результате обработки полученного при анкетировании материала установлено, что при лечении глубоких кариозных полостей без вскрытой пульпы проводят медикаментозную обработку полости 68,29% врачей-стоматологов (n = 84), а при проведении прямого покрытия пульпы – 89,43% (n = 110). При этом предпочтение в обоих случаях отдается 0,05% раствору хлоргексидина: 55,28% (n = 68) врачей используют его при непрямом покрытии пульпы и 69,11% (n = 85) – при прямом. Реже всего доктора применяют 2,5–3% раствор гипохлорита натрия: 4,07% (n = 5) при непрямом покрытии пульпы и 9,76% (n = 12) – при прямом (рис. 1).

Несмотря на развитие современного материаловедения и широкое внедрение во всем мире в стоматологическую практику новых и уже доказавших свою эффективность материалов [1], большинство анкетированных по-прежнему предпочитают для покрытия пульпы использовать материалы на основе гидроксида кальция. Так, 82,93% респондентов (n = 102) считают материалы на основе гидроксида кальция оптимальными для непрямого покрытия пульпы. Реже всего анкетированные врачи для этой цели используют материалы на основе минерал триоксид агрегата (14,63%, n = 18) и адгезивные системы (13,01%, n = 16) (рис. 2).

Установлено, что для прямого покрытия пульпы опрошенные врачи чаще всего также приме-

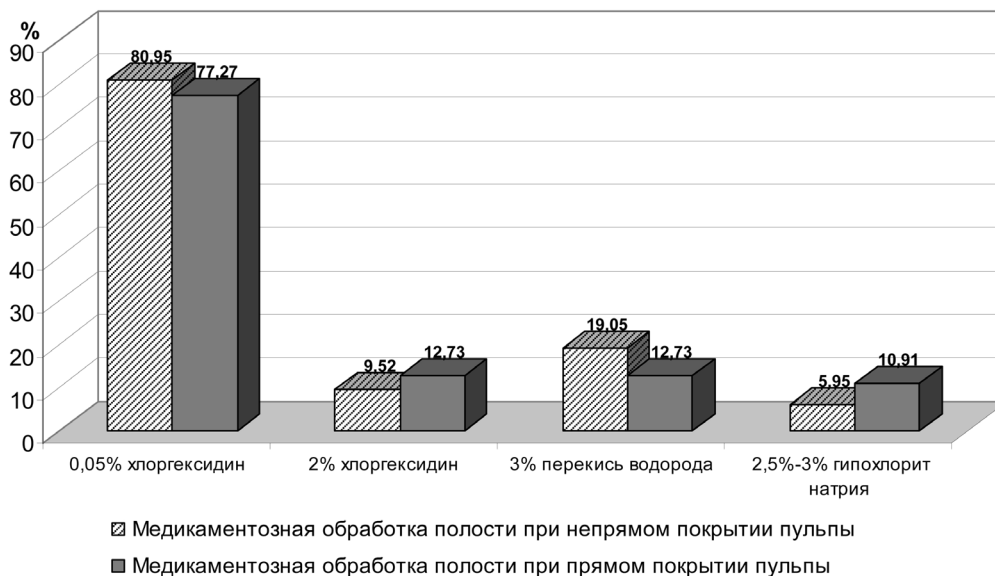


Рис. 1. Медикаментозная обработка полости при непрямом и прямом покрытии пульпы

□ Оригинальные научные публикации

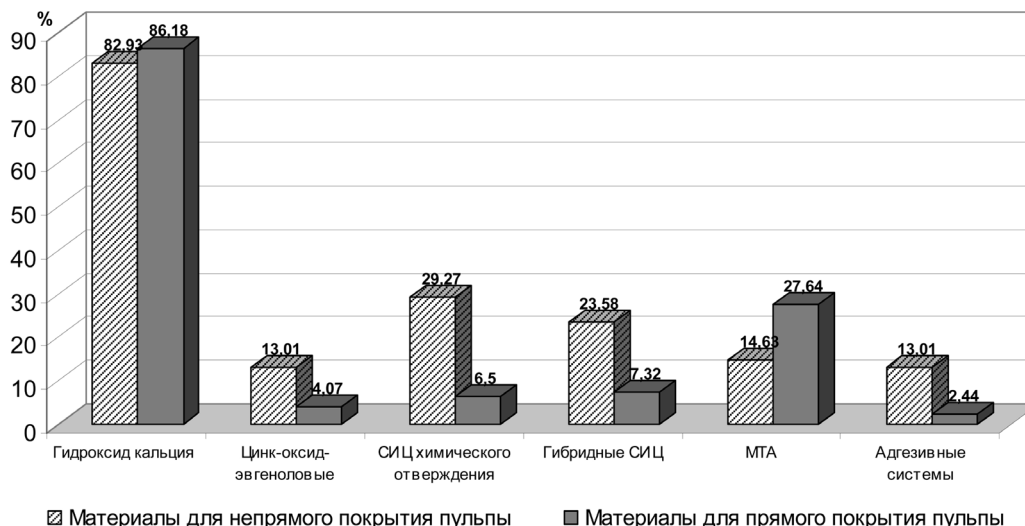


Рис. 2. Материалы, применяемые врачами-стоматологами для непрямого и прямого покрытия пульпы

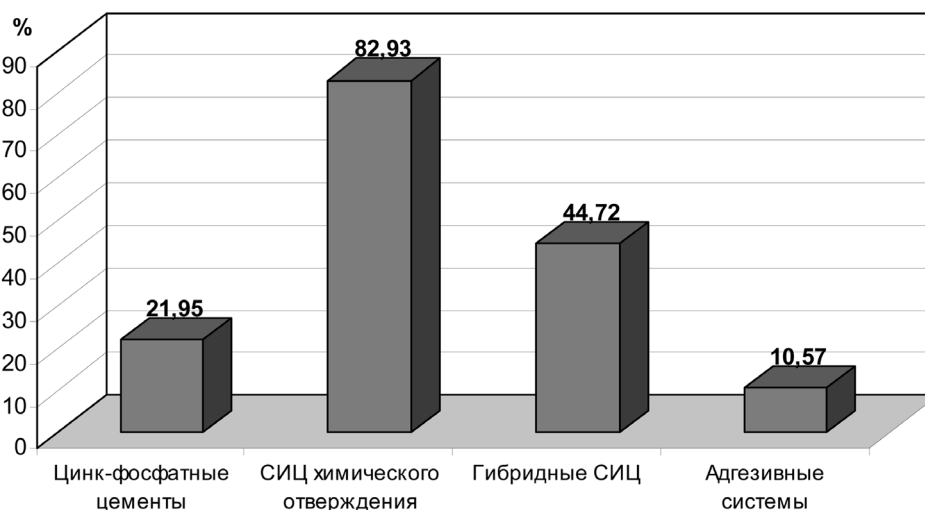


Рис. 3. Материалы, используемые для закрытия материалов для покрытия пульпы

няют материалы на основе гидроксида кальция – 86,18% (n = 106) (рис. 2).

Наиболее приемлемым материалом для закрытия лечебных прокладок большая часть анкетированных стоматологов назвали стеклоиономерные цементы. При этом 82,93% (n = 102) отдадут предпочтение классическим СИЦ химического отверждения, а 44,72% (n = 55) опрошенных – гибридным СИЦ. Делают выбор в пользу цинк-фосфатных цементов 21,95% (n = 27), меньше всего врачей доверяют адгезивным системам – 10,57% (n = 13) (рис. 3).

Большинство врачей – 78,05% (n = 96) – выбирают тактику проведения прямого покрытия в два посещения, тем самым увеличивая дискомфорт для пациента и расходуя много рабочего времени на проведение данной процедуры. Кроме того, такая тактика не может гарантировать полную герметичность реставрации и защиту пульпы от микрофлоры полости рта, что,

в свою очередь, может привести к осложнениям. Остальные 21,95% (n = 27) после прямого покрытия пульпы в то же посещение закрывают зуб постоянной реставрацией.

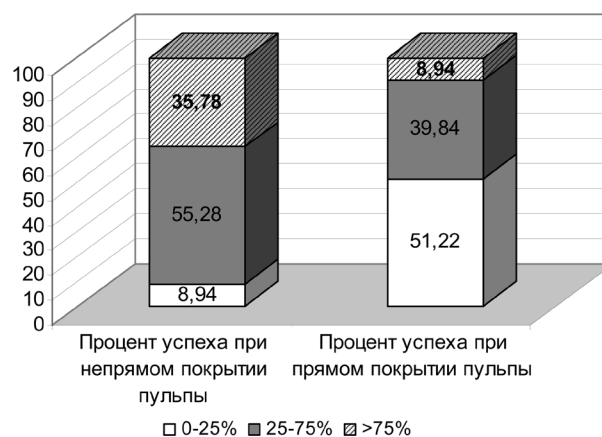


Рис. 4. Процент успеха при проведении врачами непрямого и прямого покрытия пульпы

Оригинальные научные публикации □

С осложнениями после проведенного прямого или непрямого покрытия пульпы в своей практике сталкивались 87,8% (n = 108) опрошенных. При этом успешным (процент успеха выше 75%) проведенное не прямое покрытие пульпы назвали 35,77% (n = 44), а прямое покрытие – лишь 8,94% (n = 11). Больше половины респондентов – 51,22% (n = 63) считают проведенное ими прямое покрытие пульпы неудачным и оценивают процент успеха не выше 25% (рис. 4).

Выводы

1. По результатам анкетирования установлено, что рентгенографию перед лечением глубоких кариозных полостей, гиперемии пульпы и случайно вскрытой пульпы проводят 29,27–40,65% опрошенных, ЭОД – 10,57–21,95%. В полном объеме методами покрытия пульпы владеют только 59,35–62,6% респондентов.

2. Для медикаментозной обработки полостей доктора в основном используют 0,05% раствор хлоргексидина: 55,28% – при не прямом покрытии пульпы и 69,11% – при прямом.

3. Большая часть респондентов для непрямого и прямого покрытия пульпы применяют материалы на основе гидроксида кальция (82,93–86,18%), а наиболее приемлемым материалом для закрытия лечебных прокладок большая часть анкетированных стоматологов назвали стеклоиномерные цементы.

4. Исследование показало, что 78,05% опрошенных (n = 96) выбирают тактику проведения прямого покрытия пульпы в два посещения.

5. Установлено, что подавляющее большинство анкетированных – 87,8% – сталкивались с осложнениями после проведенного прямого и непрямого покрытия пульпы и считают эти методы лечения не очень успешными.

Таким образом, проведенное анкетирование показало недостаточный уровень знаний врачей-стоматологов о методах сохранения витальности зуба. Очевидна необходимость разработки четких алгоритмов действий для диагностики и лечения обратимых поражений пульпы и ознакомление с ними врачей-стоматологов. Крайне важным является внедрение в клинику современных эффективных материалов, способствующих сохранению жизнеспособности пульпы.

Литература

1. Манак, Т. Н., Чернышева Т. В. Методы и материалы, применяемые для защиты пульпы и стимуляции репаративного дентиногенеза // Стоматологический журнал. – 2012. – № 4. – С. 274–281.

2. Seltzer and Bender's Dental Pulp / Edited by Kenneth M. Hargreaves, Harold E. Goodis, Franklin R. Tay. 2012. – 2nd Edition. Quintessence Publishing Co Inc. 501 p.

Поступила 17.12.2014 г.