

Таким образом, выявлено, что лимфадениты челюстно-лицевой области встречаются в 6,8% случаев, чаще в возрастном периоде от 6 до 10 лет. Острые серозные лимфадениты составляют 56,2%, острые гнойные – 43,8%. Одонтогенные лимфадениты составляют 48,2%, неодонтогенные – 38,8%, первичные – 13%.

Наибольшая заболеваемость детей лимфаденитами наблюдается в зимний (30%) и весенне-осенний период (26%-25%).

У девочек несколько чаще диагностировались лимфадениты – 36 (56,2%), чем у мальчиков – 28 (43,8%).

Роль одонтогенных очагов инфекции возрастает в возрасте 6-10 лет, что связано с увеличением интен-

сивности поражения зубов кариесом и связанных с ним осложнений. Неодонтогенные очаги инфекции преобладают у детей в возрасте до 6 лет.

Литература:

1. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - М.: Медпресс, 2001. - 160 с.

2. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. - М.: Медпресс, 2004. - 56 с.

3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: ООО Червона Рута-Турс, 2002. - С.52-73.

УДК 616.31

ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА, ПРОФИЛАКТИКА ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ

Н.Б. Хайдарова

**Государственный медицинский университет города Семей
кафедра стоматологических дисциплин**

Резюме

Опыт лечения осложненного кариеса свидетельствует о том, что хорошее знание анатомии, топографии, дифференциальной диагностики и адекватного применения основных и дополнительных методов исследования при лечении пульпита и периодонтита значительно снижает риск возникновения ошибок и осложнений в эндодонтии.

Тұжырым

АСҚЫНҒАН ТІСЖЕГІНІ ЭНДОДОНТИЯЛЫҚ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕР МЕН АСҚЫНУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

Н.Б. Хайдарова

Асқынған тісжегі ауруын емдеу тәжірибесі куәландырады, ұлпа және периодонт қабынуларын емдеу кезінде анатомияны, топографияны, ажырату диагностикасын жақсы білу және негізгі мен қосымша зерттеу әдістерін тиімді қолдану эндодонтиядағы қателіктер мен асқынулардың пайда болуын алде қайда төмендетеді.

Summary

PREVENTIVE MAINTENANCE OF ERRORS AND COMPLICATIONS AT ENDODONTUS TREATMENT OF THE COMPLICATED CARIES

N.B. Khaidarova

The experience of treatment of the complicated caries testifies that the good knowledge of anatomy, topography, differential diagnostic both adequate application of the main (basic) and padding method of testings at treatment of a pulpitis and periodontitis considerably reduces (descends) of risk of originating of errors and complications in endodonties.

Анализ многочисленных клинических исследований, в том числе и в настоящее время, подтверждает, что наибольший процент ошибок и осложнений в клинике терапевтической стоматологии встречается при лечении осложненного кариеса /1/.

Наши предварительные исследования свидетельствуют о том, что условно ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении можно разделить на три группы:

- На этапе диагностики,
- Во время инструментальной и медикаментозной обработки системы корневых каналов,
- На этапе obturation корневых каналов.

Так, во время диагностики клинического состояния наиболее часто в практической стоматологии затруднения представляет дифференциация между острым и обострением хронического пульпита, а также диагностика острого периодонтита и обострения хронического периодонтита. Для снижения частоты этой врачебной ошибки необходимы тщательный собранный анализ, проведение по показаниям основных и дополнительных методов исследования (зондирование, перкуссия, паль-

пация, термопроба, электроодонтометрия, рентгенография).

Во время инструментальной и медикаментозной обработки системы корневых каналов особое внимание придается подготовительным мероприятиям. В частности, с внедрением новых технологий обязательно наложение коффердама, не требующего больших затрат времени и значительно повышающего эффективность обработки. При этом исключается возможность аспирации мелких стоматологических инструментов, врач-стоматолог предохранен от заражения инфекционными заболеваниями (гепатит, СПИД и т.д.), обеспечивается защита мягких тканей полости рта, создается сухое рабочее поле, и для врача-стоматолога обеспечиваются бесстрессовые условия работы.

Известно (2), что перед инструментальной обработкой корневого канала следует полностью удалить кариозный дентин, предотвращая попадание микроорганизмов в систему корневых каналов. Для достижения этой цели при значительно разрушенной коронке зуба рационально восстановительное пломбирование, позволя-

ющее также получить исходную точку для измерения рабочей длины зуба.

Частичное восстановление коронки зуба следует проводить таким образом, чтобы не было попадания пломбирочного материала в просвет устьев корневых каналов. Также при восстановлении культы коронки целесообразно учитывать направление оси зуба.

Определяющим при эндодонтическом лечении является знание анатомо-топографических особенностей строения системы корневых каналов в зависимости от групповой принадлежности зуба, что должно быть одним из основополагающих правил при лечении осложненного кариеса. Анализ наших предварительных результатов показал, что около 27,3 % осложнений возникает вследствие незнания и пренебрежения основами анатомии строения полости зуба.

Важным этапом в эндодонтии является создание первичного эндодонтического доступа. При препарировании системы корневых каналов необходимо неукоснительно придерживаться следующих требований:

1. Препарирование кариозной полости должно обеспечивать полное удаление свода полости зуба;

2. Стенки кариозной полости должны плавно переходить в стенки полости зуба, тем самым обеспечивая беспрепятственный ввод эндодонтических инструментов корневые каналы.

Для раскрытия полости зуба в последнее время настоятельно рекомендуются боры с неагрессивной верхушкой, при этом снижается риск перфорации дна полости зуба. Ошибки при формировании первичного эндодонтического доступа возникают зачастую в практике врача-стоматолога из-за несоблюдения или неправильного определения оси зуба, а также при недостаточности знаний анатомии и топографии зубов.

Для обнаружения устьев корневых каналов применяют эндодонтические зонды, рекомендуются ведущими эндодонтистами развитых стран мира (3, 4) применение инструментов для расширения устьев корневых каналов и эндолубрикантов на основе ЭДТА. При зондировании корневых каналов определяют длину, форму сечения и кривизну канала, а также степень их проходимости.

На этапе диагностики осложненного кариеса обязательно рентгенологическое исследование. К сожалению, на практике лишь около 45,8% врачей-стоматологов считают обязательным применение данного дополнительно метода исследования, что значительно повышает риск возникновения ошибок и осложнений.

С учетом реальных условий отечественной практической стоматологии нами рекомендуется при отсутствии апекс локаторов рентгенологическое определение рабочей длины корневого канала. Для этого необходимы К-файл преимущественно 15 размера, рентгеноконтрастный металлический или силиконовый ограничитель и определитель длины инструментов.

Инструмент, используемый для определения рабочей длины зуба рентгенологическим способом, следует выбирать так, чтобы без особых усилий достичь точки вблизи эндодонтической верхушки. Подтверждением этого является легкое сжатие инструмента стенками канала, что обеспечивает его неподвижность в момент проведения рентгенологического исследования.

Если используемый эндодонтический инструмент будет меньше 15 размера, то возможна неправильная интерпретация результатов рентгенологического исследования.

Наш опыт лечения осложненного кариеса свидетельствует о том, что хорошее знание анатомии, топографии, дифференциальной диагностики и адекватного применения основных и дополнительных методов исследования при лечении пульпита и периодонтита значительно снижает риск возникновения ошибок и осложнений в эндодонтии.

Литература:

1. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. – М., 1999.- 345 с.
2. Хоменко Л.А., Биденко А.В. Современная эндодонтия. – К., 2000.- 134 с.
3. Хельвиг Э. и др. Терапевтическая стоматология.- Львов, 1999.- 409 с.
4. Чиликин В.Н. Новейшие технологии в эстетической стоматологии.- М., 2001. – 92 с.

УДК 616.314-084

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Ю.А. Заворохина, Т.М. Токанов, К.М. Пилипенко, М.А. Ганжа

Стоматологический салон «Дантист» г. Семей

Тұжырым

ПАРОДОНТ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУЫНЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ

Ю.А. Заворохина, Т.М. Токанов, К.М. Пилипенко, М.А. Ганжа

Семей регионы үшін пародонт ауруымен байланысты мәселе үнемі ауқымды, себебі осы ауруға ұқсас аурулардың болуы жоғары деңгейде. Пародонт ауруының алдын алуы пародонтпен ауырған пациенттің тісі мен тінінің интактілі функциональді жағдайын сақтап қалу болады. Профилактиканың негізі тұрғындардың ауыз қуысын күте білудің гигиеналық талаптарын сақтай білудің тәрбиесіне негізделген. Міндетті түрде жетілдірілген, сонымен қоса әрбір пациентпен стоматологиялық салондарда жеткілікті түрде әңгімелер өткізу керектігіне және аурудың дұрыс профилактикасын қалыптастыруға бағытталған.

Summary

SOME ASPECTS OF PREVENTION OF PERIODONTAL DISEASES

Y.A. Zavorohina, T.M. Tokanov, K.M. Pilipenko, M. Ganzha

Problems associated with periodontal disease, and always relevant, especially in our region, where the number of such diseases is high enough. Prevention of periodontal disease using intact to preserve functionally complete teeth and periodontal