

встречаются, как и у представителя любой другой профессии, однако врачебные ошибки приобретают большое общественное значение. Врач несет моральную ответственность перед своим пациентом и обществом. Врачебная ошибка – это добросовестное заблуждение врача, основанное или на несовершенстве медицинской науки, или на особом течении заболевания, или на недостатке знаний и опыта врача. При этом нет состава преступления или признаков проступка, в отличие от преступления и проступка, врачебная ошибка не может быть предусмотрена или предотвращена врачом, она не может являться результатом невежества или злоумышленного действия. Поэтому за врачебную ошибку врач не может быть наказуем ни в дисциплинарном, ни в уголовном порядке.

В нашей стране стоматолога-эксперта как специалиста на сегодняшний день нет. Даже при желании, нет возможности пройти специализацию и получить сертификат по этой специальности. Экспертом может быть специалист с высшим медицинским образованием, получивший подготовку по врачебной специальности и имеющий стаж работы (для внештатного – 10 лет, по страховой медицине – 5 лет), имеющий категорию или ученую степень, прошедший специальную подготовку по экспертизе и получивший лицензию на право экспертной деятельности (приказ от 24.10.1996г. № 63/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ»).

Необходимо, чтобы юриспруденцией был обеспечен такой четкий законопорядок, что сутяжничество не стало бы доходным промыслом отдельных лиц.

*Гонтарев С.Н., Успенская С.С., Хлебникова И.Г., Лепёхина М.В.,
Морозова Е.Д., Гонтарева И.С.*

ЛЕЧИТЬ ИЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ – ВОТ В ЧЕМ ВОПРОС?

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
ОГАЗ "Стоматологическая поликлиника г. Старый Оскол"*

Да! Существует такая дилемма у стоматологов. Лечить зубы с деструктивными изменениями в тканях периодонта или удалять? Хирурги и ортопеды, конечно, скажут удалять. С дальнейшим протезированием или имплантацией. Но как быть с детьми, подростками? У которых 6 зубы прорезались давно и, естественно, самые первые подверглись кариозному процессу. В детских поликлиниках их пытались лечить ампутиационным методом, который очень быстро приводил к развитию гранулем и обострению хронического воспаления. Пациенты в возрасте до 30-35 лет тоже хотят

сохранить свои зубы. И стоматологи, пытаясь выполнить свой профессиональный долг, вступают в тяжелый бой с бактериями, находящимися в корневом канале, которые привели к развитию воспаления в периодонте зуба с формированием апикальной гранулёмы или кисты.

Лечение зубов с нежизнеспособной пульпой преследует следующие цели: удаление некротизированных тканей и продуктов тканевого распада из просвета канала, герметичная obturation корневого канала, а соответственно восстановление функции зуба и тканей пародонта.

Эндодонтическое лечение складывается из трёх основных фаз:

1. Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала;
2. Окончательная дезинфекция корневого канала и создание оптимальных условий для заживления периапикальных тканей;
3. Obturation корневого материалом, обеспечивающим герметичную изоляцию периодонта от микробной инвазии.

Ранее при лечении нежизнеспособных зубов основное внимание уделялось не столько инструментальной обработке каналов, сколько его дезинфекции. Были предложены различные составы на основе сильных антисептиков. Однако, большинство препаратов, обладающих выраженным антибактериальным действием, приводят к гибели собственных клеток организма и, соответственно, к повреждению периапикальных тканей.

В результате научных исследований оптимальные результаты с точки зрения избирательной токсичности были получены для соединений йода, хлора. Широкое применение получили также препараты крезатин, формокрезол, монохлорфенол. Но и эти препараты имели существенный общий отрицательный эффект: они подвергаются быстрой (в течение 24 часов) инактивации при контакте с тканями зуба и тканевой жидкостью. Таким образом, внутриканальное использование этих препаратов приводит к тому, что на следующий день канал зуба оказывается незащищённым. И если в первые сутки не происходит элиминации всех бактериальных клеток. Оставшиеся микроорганизмы начинают размножаться. При этом тканевая жидкость, экссудат, кровь, находящиеся в канале, являются оптимальным субстратом для бактериального роста и повторного инфицирования канала извне.

В связи с этим в идеале антисептик для внутриканального введения должен обладать пролонгированным антибактериальным действием. На сегодняшний день таким эффективным и надежным препаратом является паста на основе гидроокиси кальция – японские препараты «Витапекс», «Метапекс». Или отечественный «Апексдент». Теория об использовании гидроокиси кальция при лечении зубов с нежизнеспособной пульпой

появилась эмпирическим путем. Обнаружилось, что введение гидроокиси кальция в канал оказывает огромное влияние на выделение экссудата из периапикальной области. В связи с этим был сделан вывод о его способности переводить воспаление в периапикальной области из экссудативной в репаративную фазу. Было также отмечено, что очень скоро после заполнения канала гидроокисью кальция в периапикальной области отмечаются признаки заживления, а уже через 2-3 месяца полная регенерация деструктивного очага.

При взаимодействии с физиологическим раствором образуется паста со значением рН 12,5. Помимо этого гидроокись кальция обладает коэффициентом диссоциации равным 0,17. Это значит, что при введении в канал происходит её ионизация и постоянное медленное растворение в жидкости, заполняющей дентинные трубочки, латеральные и дополнительные каналы и периапикальные ткани. Иными словами, происходит контролируемое пролонгированное выделение ионов Ca^{+2} и OH -ионов.

Несомненно, что терапевтический эффект $\text{Ca}(\text{OH})_2$ связан с действием гидроксильных групп, которые приводят к снижению парциального давления кислорода и повышению рН в очаге периапикального воспаления. Снижение парциального давления кислорода в тканях способствует процессам регенерации и образования костной ткани, а положительное действие щелочной среды подтверждается тем, что в зоне активной минерализации костной ткани определяется повышение уровня рН. Ионы Ca обладают стимулирующим действием на определённые виды щелочных фосфатаз. Которые принимают непосредственное участие в процессах костеобразования.

Благодаря значению рН=12,5 гидроокись Ca обладает прекрасным и уникально широким антибактериальным действием. Ни один из известных штаммов эндопатогенных микроорганизмов не способен к существованию при таком уровне рН, в связи с чем, непосредственное воздействие препарата приводит к их немедленной гибели. Но бактериальные клетки могут сохраняться в трещинах основного канала или в дополнительных каналах. Но даже в этих труднодоступных местах следует ожидать гибели микроорганизмов в результате постоянного пролонгированного действия $\text{Ca}(\text{OH})_2$. В этих случаях действие препарата должно быть сильным, в течение недель, а иногда и месяцев. Кровь, экссудат, тканевая жидкость со временем снижает показатель рН, соответственно препарат лишается своего антибактериального действия. На этом этапе «использованная» паста удаляется из канала, канал промывается гипохлоритом натрия и заполняется новой порцией препарата с высокощелочным рН.

Ещё одной особенностью терапевтического действия $\text{Ca}(\text{OH})_2$ является способность к денатурации белков. Под действием $\text{Ca}(\text{OH})_2$ происходит двукратное увеличение объема некротизированных тканей с последующим двукратным увеличением

скорости их растворения NaClO_3 . В связи с этим, некротизированные ткани, находящиеся в пределах корневого канала и не устраненные в результате хемомеханической обработки, по прошествии недели или более, при нахождении в канале $\text{Ca}(\text{OH})_2$ будут легко растворяться и вымываться из канала под действием гипохлорита натрия.

Таким образом, метод долгосрочного применения гидроксида кальция можно использовать в зубах с обширными периапикальными поражениями, выраженными экссудативными явлениями, незавершенным формированием корня зуба, прогрессирующей воспалительной резорбцией корня, также при повторном эндодонтическом лечении зубов, традиционные методики в которых оказались не эффективными.

Ну так стоит вопрос: «Лечить или не лечить?»

Дерзайте, рискуйте, экспериментируйте, господа стоматологи!

Гонтарев С.Н., Хлебникова И.Г., Моисеева М.А., Моисеев И.О.,

Котенёва Ю.Н., Гонтарева И.С., Ефимова А.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРАДОНТА КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
ОГАУЗ "Стоматологическая поликлиника г. Старый Оскол"*

Устранение травматического фактора в полости рта играет важную роль для больных с заболеваниями пародонта и проводится по индивидуальным показаниям.

В нашей практике, в некоторых случаях, при лечении заболеваний пародонта избирательное шлифование осуществляется и перед хирургическим вмешательством. Для проведения окклюзионного шлифования зубов определяется ряд показаний, среди которых отмечают у пациента наличие повышенного тонуса жевательной мускулатуры (бруксизм), дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, выдвижения резцов верхней и нижней челюстей, выраженной подвижности отдельных зубов, обнажения шеек и корней отдельных зубов, являющееся результатом неравномерной резорбции костной ткани лунок. После профессиональной гигиены полости рта и антибактериальной терапии перед кюретажем проводится функциональное шлифование. Нами проведено исследование в количестве 100 человек, со средней и тяжелой степенью тяжести заболевания пародонта, из них в избирательном