

ПЛАНИРОВАНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ЗНАЧЕНИЕ ЭТАПОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЭНДОДОНТИИ

Диагностика— это ход мыслей, итог синтеза субъективных и объективных факторов. В клинической стоматологии непосредственный контакт врача с больным, биопсихосоциальный подход, доверительные взаимодействия составляют ядро практической деятельности врача-стоматолога. Неумение вести диалог с пациентом — один из определяющих факторов, ведущий к ошибкам в диагностике, выборе лечебной тактики и непредсказуемому прогнозу в эндодонтии.

Например, во время опроса врач-стоматолог не всегда выясняет факторы риска, ведущие к стоматологическим проблемам (игнорирует этиологию), не проводит инструктаж по методам и средствам гигиены ротовой полости, отсутствуют контрольные визиты пациентов.

При опросе (I этап) для исключения возможных ошибок на этапах обследования пациента необходимо:

- выявить жалобы и предположить конкретную нозоформу соответственно классификации;
- выяснить факторы риска, ведущие к развитию стоматологических проблем;
- оценить общее состояние (аллергеноз, сопутствующие заболевания и др.).

При осмотре (II этап обследования) недооценка уровня стоматологического статуса пациента приводит также к неблагоприятному прогнозу в эндодонтии. Поэтому при визуальном осмотре следует руководствоваться рекомендациями ВОЗ (включая индексы ОНI-S, КПИ, КПУ) для оценки состояний всех тканей полости рта.

Детализированное обследование (III этап) пораженного зуба включает использование диагностических приемов (перкуссия, электроодонтодиагностика (ЭОД), рентгенограммы и др.) при обязательной оценке состояния тканей коронки и корня зуба. Постановка правильного диагноза пораженного

зуба во многом зависит от соблюдения последовательности обследования пациента и осмысленности проведения диагностических манипуляций.

Трудности в диагностике необратимых форм пульпита и апикального периодонтита чаще всего обусловлены бессимптомным течением заболевания. Для предупреждения ошибок в диагностике кариеса и его осложнений необходимо учитывать *критерии оценки обоснования диагноза*:

- систематизированные данные опроса и осмотра с учетом показателей оценочных индексов стоматологического статуса;

- детализированную диагностику пораженного зуба: клиническую симптоматику (данные опроса), результаты обследования тканей зуба (зондирование, перкуссия, ЭОД, рентгенограмма и т. д.);

- объективную оценку и анализ данных рентгенодиагностики.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Рентгенография при диагностике пульпита и апикального периодонтита применяется для обнаружения дентиклей, гранулем, кистогранулем, наружной и внутренней резорбции, определения анатомических особенностей канала, а также для выявления патологических состояний в тканях периодонта. Ошибки при диагностике могут возникать и при неверной интерпретации рентгенограмм области верхней челюсти, когда происходит наложение контуров верхней челюстной пазухи, резцового отверстия на верхушку корня. На нижней челюсти ментальное отверстие иногда принимается за очаг деструкции костной ткани.

Достоверная рентгенологическая оценка состояния зубов при эндодонтическом лечении имеет как диагностическое, так и прогнатическое значение. Наиболее часто используются внутриротовая (прицельная) рентгенография зубов на пленку, а также радиовизиография и ортопантомография (ОПТГ). Информативность данных методик может быть снижена из-за взаимного наложения рентгеновского изображения анатомических образований, верхушек корней зубов и очагов периапикальной деструкции. Это может стать причиной диагностических и тактических ошибок

при планировании и проведении эндодонтического лечения различных клинических форм пульпита и верхушечного периодонтита. Трехмерная денальная компьютерная томография (КТ) в определенных ситуациях расширяет возможности рентгенологической диагностики, поскольку позволяет получить трехмерное изображение зубов и челюстей, в том числе и поперечное послойное изображение корня на разных уровнях его длины, что особенно актуально в эндодонтической практике.

Если врачи-стоматологи не проводят рентгенологического обследования перед началом эндодонтического лечения, то при работе в каналах могут возникнуть различные осложнения (например, перфорация дна полости зуба или стенок корневого канала). Эти ошибки обусловлены недооценкой направления корневого канала (его кривизной) или бифуркацией и другими патологическими состояниями, не обнаруженными до начала препарирования.

В процессе эндодонтического лечения рентгенограмма необходима для контроля рабочей длины и степени механической обработки корневых каналов, а также для оценки качества obturации и отдаленных ее результатов.

При проведении рентгенологического исследования важно соблюдать режим безопасности для пациента во избежание чрезмерного облучения. С этой целью на отдельных этапах лечения корневых каналов эффективно использовать электрометрический метод — апекслокатор.