

На правах рукописи

**МУХИДИНОВ
ШАМСУДДИН ДАВЛАТАЛИЕВИЧ**

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОПЕРИАПИКАЛЬНЫХ
ПОРАЖЕНИЙ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ЗОНЕ**

14.01.14 - стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе - 2021

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Каримов Сафарахмат Мунаварович**
- кандидат медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Амхадова Малкан Абдрашидовна** – доктор медицинских наук, профессор, ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», заведующая кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии

Махмудов Джурабек Тешаевич – кандидат медицинских наук, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», ассистент кафедры терапевтической стоматологии

Ведущая организация: Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2021 года в «___» часов на заседании диссертационного совета Д 73.3.005.01 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ИПОвСЗ РТ и авторефератом на сайтах: www.ipovszrt.tj и www.vak.ed.gov.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2021 года

Ученый секретарь
диссертационного совета
к.м.н., доцент

Хамидов Джура Бутаевич

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В структуре стоматологической заболеваемости эндопериапикальные поражения (пульпиты и периодонтиты) по-прежнему занимают соответственно второе и третье места после кариеса зубов [Гильмияров Э.М. и соавт., 2013]. Нуждаемость в лечении зубов на одного больного по поводу эндопериапикальных поражений составляет $1,8 \pm 0,2$ зуба (пульпит – $1,1 \pm 0,25\%$; периодонтит – $0,7 \pm 0,2$) [Иорданишвили А.К. и соавт., 2015].

Наибольшую опасность для организма человека представляют хронические очаги эндопериапикальной инфекции. Очаги воспаления в области верхушки корня зуба могут быть причиной одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области и способны нарушать иммунологический статус организма [Галанова Т.А. и соавт., 2011; Байтус Н.А., 2012; Aggarwai V. et al., 2016].

Эффективное лечение эндопериапикальных поражений у взрослых пациентов является важным и актуальным в современной практической стоматологии [Chugal N.M. et al., 2011; Gunter S., 2015]. Современное эндодонтическое лечение у лиц с эндопериапикальными поражениями (ЭПП) зубов является высокотехнологичной стоматологической процедурой [Eriksen H.M., 2013; Hiatt J., 2017] и основывается на новых медицинских, технологических и эргономических принципах [Garni F.G. et al., 2014].

Принимая во внимание сложную анатомию системы корневых каналов, прогноз эндодонтического лечения при использовании новейших технологий крайне благоприятный [Simon J.H. et al., 2012]. Исследования показали, что через год в 10% зубов, пломбированных по поводу кариеса, возникают пульпит или периодонтит, а на 2-й и 3-й годы частота осложнений кариеса составляет 60% [Rotstein I. et al., 2013].

Несмотря на тесные анатомо-топографические связи пульпы зуба с окружающими тканями, очевидные эндопериапикальные поражения с яркой клинической картиной встречаются довольно редко. В определенных обстоятельствах эндопериапикальные заболевания являются самостоятельными нозологическими единицами, вопросы диагностики и лечения которых изучаются стоматологами в течение всей профессиональной карьеры [Прилукова Н.А. и соавт., 2012; Радышевская Т.Н. и соавт., 2016; Eriksen H.M., 2011].

Совершенствуя вопросы в указанном аспекте, следует отметить, что хронический воспалительный процесс эндопериодонтального характера в эстетически значимой окклюзионной зоне при отсутствии соответствующего лечения характеризуется неуклонным прогрессирующим течением и сопровождается определенными воспалительно-деструктивными осложнениями, что определяет актуальность планируемого исследования.

Степень изученности научной задачи. Основанием для выполнения диссертации служат научные исследования отечественных и зарубежных ученых, работы которых посвящены проблеме совершенствования

эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов, профилактики осложнений очаговой одонтогенной инфекции, вопросам оценки эффективности консервативного лечения пульпита и периодонтита, а также стандартам оказания и оценке качества эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов [Петрикас А.Ж. и соавт., 2013; Исаков С.В. и соавт., 2014; Лукиных Л.М. и соавт., 2014; М. Arnold, 2015]. В то же время до сегодняшнего дня в научных исследованиях не проводилось комплексное алгоритмизированное обследование кариесологического, эндодонтического и околоверхушечного статусов в эстетически значимой окклюзионной зоне. Исследователями не в полной мере раскрыты вопросы качества и эффективности эндопериапикального лечения зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, в зависимости от величины очага периапикального поражения.

В литературе не встретили данных о применении каких-либо пролонгированных способов и репрограммированных методов лечения эндопериапикальных поражений зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне. Пролонгированный способ эндоканального воздействия на периапикальный очаг деструкции и аутоинъекции по переходной складке причинных зубов в виде плазмолифтинга, обладают местно- и общетерапевтическим действиям, позволяя влиять на регенеративной способности деструктивного периапикального очага. Всё вышеизложенное обусловило цель нашего исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения эндопериапикальных осложнений зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне у стоматологических пациентов.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективное изучение распространенности кариеса зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне у населения Республики Таджикистан.
2. Проанализировать эндопериапикальное состояние ранее леченных зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне.
3. Оценить соблюдение стандарта ранее оказанной эндодонтической помощи и эффективности леченных эндопериапикальных поражений в эстетически значимой зоне зубного ряда.
4. Проанализировать результаты применения способов пролонгированного медикаментозного воздействия на систему корневых каналов и репрограммирования макрофагов аутокрови при периапикальной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне.
5. Разработать стандарт качества лечения эндопериапикальных осложнений фронтальных функционально-ориентированных групп зубов и выявить его эффективность в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Научная новизна исследования. Впервые был осуществлен ассоциированный анализ клинико-рентгенологического состояния

кариесологического и эндопериапикального статусов в эстетически значимой окклюзионной зоне. Были определены группы риска по основным классам эндопериапикальных поражений функционально-ориентированных зубов фронтальной группы в зависимости от адекватности эндодонтического лечения. На фоне изменений эндопериапикального состояния эндодонтически леченных зубов в эстетически значимой зоне зубного ряда впервые определялись закономерности развития репаративного процесса в околоверхушечной зоне в зависимости от формы эндодонтического вмешательства.

Проанализированы эффективность применения способов внутриканально-продолженного медикаментозного воздействия и использования репрограммирования макрофагов аутокрови на репаративные процессы периапикальных тканей зубов эстетически значимой зоны. Впервые разработаны дифференцированные подходы комплексного лечения эндопериапикальных поражений в эстетически значимой зоне зубного ряда в зависимости от размера околоверхушечной резорбции.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты проведенного исследования являются теоретической основой для разработки принципиально новых подходов к индивидуализации лечения эндопериапикальных поражений зубов в эстетически значимой зоне зубного ряда. Полученные данные могут быть использованы органами практического здравоохранения при организации эндодонтической помощи среди обследованного контингента больных.

Показатели эндопериапикального статуса зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне, выявленные по данным клинико-рентгенологических обследований, позволяют более объективно и целенаправленно планировать объемы лечебно-эндодонтической работы и отслеживать состояние эндопериапикального статуса обследованного контингента в динамике.

Выявленные закономерности изменения клинико-рентгенологических показателей эндопериапикального статуса в эстетически значимой зоне позволяют наметить первоочередные задачи при реализации дифференцированного лечения поражений соответствующих локализаций и усилить те направления лечебно-эндодонтической помощи, в которых больше всего нуждаются пациенты.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику эндодонтической обработки корневых каналов зубов с периапикальной деструкцией; методику оценки качества эндодонтического лечения эндопериапикальных осложнений; методику рентгенологической оценки показателей очагов деструкции в периапикальной области: методику

применения тромбоцитарной аутологичной плазмы в комплексной терапии эндопериапикальных поражений.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа распространенности неосложненных и эндопериапикальных осложнений кариеса зубов в эстетически значимой зоне у стоматологических пациентов позволяют выявить их мотивацию к эндодонтическому лечению.
2. Выявлена динамика эндопериапикальных изменений на фоне реализации комплексного принципа дифференцированного подхода по совершенствованию эндопериапикального лечения осложненных форм кариеса зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне.
3. Использование клинико-рентгенологических методов обследования на этапе диагностики и планирования лечения зубов с эндопериапикальными поражениями в эстетически значимой окклюзионной зоне позволяет повысить его эффективность и уменьшить количество конфликтных ситуаций на стоматологическом приеме.
4. Результаты применения способов пролонгированного медикаментозного воздействия на систему корневых каналов и репрограммирования макрофагов аутокрови при околоверхушечной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне позволяют усилить репаративные процессы в перирадикулярной зоне.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена представительностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедре терапевтической стоматологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Предложенные эндодонтические методики и технологии используются в лечебной работе Учебно-клинического центра «Стоматология» Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино, Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе, Областной стоматологической поликлинике г. Худжанда, Общества с ограниченной ответственностью (ООО) «Раддод», ООО «Smile», ООО «Евродент». Результаты научной работы также использованы в докладах на заседаниях Межкафедральной экспертной комиссии ГОУ ИПОвСЗ РТ по стоматологическим дисциплинам (2018, 2019, 2020), на совместных заседаниях профильных кафедр ГОУ ИПОвСЗ РТ (2019, 2020).

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены: на годовых ежегодных XXIV и XXV научно-практических конференциях ГОУ ИПОвСЗ РТ (2018, 2019); на научно-практических конференциях сотрудников кафедр терапевтической и ортопедической стоматологии, а также челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ (2019, 2020); на совместных заседаниях профильных кафедр ГОУ ИПОвСЗ РТ (2019, 2020). Диссертационная работа апробирована на межкафедральном экспертном совете по стоматологическим дисциплинам ГОУ ИПОвСЗ РТ (2021).

Личный вклад соискателя. Автором определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме, предложены методологические подходы к проведению разных этапов клинического исследования. Личный вклад автора также состоит в самостоятельном выполнении всех этапов работы: сборе фактического материала, проведении клинико-рентгенологических и эндопериапикальных исследований, статистической обработке и анализе полученных данных, их систематизации и интерпретации, подготовке публикаций и докладов по материалам, полученным в процессе проведения научного исследования. Доля участия автора в накоплении научной информации более 80%, а в обобщении и анализе полученных результатов – до 100%.

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 13 научных работ, в том числе 5 научных статей в журналах, входящих в перечень рецензируемых научных изданий Высшей аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций. Получено 1 рационализаторское предложение.

Объём и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 166 страницах. В нее включены 7 таблицы, 42 рисунка. Список литературы состоит из 193 источников, в том числе 95 – литературные источники авторов СНГ и 98 – дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. С целью изучения частоты неосложненных и эндопериапикальных осложнений кариеса зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне был проведен ретроспективный анализ карт осмотра полости рта у населения, проживающих в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан. Вычисление достоверного количества ретроспективных наблюдений проводилось с использованием формулы бесповторной репрезентативной выборки из карт наблюдения «Комбинированная карта ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждаемости в лечении» с учетом численности генеральной совокупности, которая составила 2747 карт осмотра полости рта (табл. 1).

Таблица 1. - Распределение ретроспективного материала на основе массива проанализированных карт в зависимости от возраста и территориально-административных зон проживания

Возраст, в годах	Территориально-административная зона								Всего	
	г. Душанбе		Хатлонская область		Согдийская область		РПП*			
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
20-29	165	6,0	103	3,7	180	6,6	120	4,4	568	20,7
30-39	155	5,6	107	3,9	184	6,7	127	4,6	573	20,9
40-49	157	5,7	100	3,6	168	6,1	117	4,3	542	19,7
50-59	160	5,8	96	3,5	174	6,3	118	4,3	548	19,9
60 и >	148	5,3	93	3,4	170	6,2	105	3,8	516	18,8
Итого	785	28,6	499	18,1	876	31,9	587	21,4	2747	100

При терапевтическом осмотре были обследованы 320 человек в возрасте от 20 до 50 лет с таким же количеством зубов, обратившихся после ранее проведенного эндодонтического лечения зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне. В зависимости от вида используемой пасты пациенты были распределены на 2 группы – зубы, ранее запломбированные цинкоксид-эвгеноловой и резорцин-формалиновой пастой. В качестве рентгенологических методов исследования с целью оценки эффективности прежнего пломбирования корней и изучения состояния периапикальных структур применялись внутривитовое рентгенографическое исследование, ортопантомографическое исследование и конусно-лучевая КТ.

По результатам анкетирования и ретроспективного анализа эффективности эндодонтической терапии были установлены основные проблемы, наблюдаемые при первичном проведении эндодонтической терапии и во время закрытия корневых каналов передней группы зубов, и спланированы возможные пути их решения. В данном анкетировании участвовали 103 стоматолога, работающих в государственных и частных стоматологических учреждениях г. Душанбе. Целью на данном этапе исследования являлось изучение среди специалистов общего видения того, как проводится первичная эндодонтическая терапия в повседневной их деятельности (используемые методы вычисления рабочей длины корневого канала, способы инструментальной и медикаментозной обработки эндодонтических структур, каким образом закрываются корневые каналы, применяется ли в их практической деятельности изоляция рабочего поля с использованием коффердама). Кроме того, проводился анализ наиболее часто встречаемых среди стоматологов проблем.

Были изучены данные 462 прицельных внутривитовых рентгенограмм, результаты ортопантомографического исследования и конусно-лучевой КТ, а также проанализированы приведенные в медицинских картах пациента

данные. В ходе анализа результатов эндодонтической терапии обращали внимание на обнаружение и обработку всех каналов зубных корней, проведение их механической обработки и качество пломбирования, герметичность, результаты постэндодонтической реставрации, а также на состояние близлежащих тканей в отдаленном периоде после лечения.

Для проведения ретроспективного исследования результатов obturации каналов зубных корней и проведенной эндодонтической терапии в клинических стоматологических учреждениях были проанализированы данные 203 медицинских карт наблюдаемых нами пациентов. Было установлено, что первичная эндодонтическая терапия проводилась на 340 зубов, при этом в 149 случаях были диагностированы пульпиты, в 138 случаях – верхушечные периодонтиты, а в 53 случаях производилось депульпирование зубов в виду наличия ортопедических показаний (табл. 2).

Таблица 2. - Количество проанализированных зубов с эндопериапикальными осложнениями и депульпированных по ортопедическим показаниям

Челюсть	Эндопериапикальные осложнения				Депульпированные зубы		Всего	
	пульпит		периодонтит		абс. к-во	%	абс. к-во	%
	абс. к-во	%	абс. к-во	%				
Верхняя	95	27,9	76	22,4	21	6,2	192	56,5
Нижняя	54	15,9	62	18,2	32	9,4	148	43,5
Всего	149	43,8	138	40,6	53	15,6	340	100

Нами проводились клинические и рентгенологические исследования эндопериапикальных осложнений зубов, находящихся в эстетически значимой окклюзионной зоне, у взрослого населения в возрасте от 20 до 50 лет. Целесообразность клинического применения эндодонтического лечения эндопериапикальных поражений зубов в эстетически значимой зоне предварительно определялась по данным рентгенологического их обследования. По данным клинического обследования проводился сравнительный анализ результатов эндоперирадикулярного поражения.

Были изучены данные рентгенологического обследования зубов с поражениями эндопериапикальных структур в окклюзионной зоне, имеющей эстетически важное значение, у 108 взрослых больных (59 лиц женского пола и 49 лиц мужского), возраст которых колебался от 20 до 45 лет. С использованием рентгенологической диагностики установлено наличие хронической периапикальной деструкции гранулирующей и гранулематозной формы соответственно в области 24 и 84 зубов фронтальной группы на верхней, 81 и 27 – на нижней челюсти.

В зависимости от размеров периапикальной резорбции все пациенты были распределены на 3 группы: в 1-ю группу вошли 67 (62,1%) пациентов, у которых диагностирована эндопериапикальная патология с очагами

околоверхушечной деструкции диаметром от 1 до 3 мм; во 2-ю группу – 36 (33,3%) пациентов с очагами периапикальной костной резорбции диаметром от 3 до 5 мм; в 3-ю группу – 5 (4,6%) пациентов с периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм.

Для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий, которые применяли при наличии эндопериапикальных поражений в эстетически значимой зоне, пациенты (108 человек) разделены на две группы: первую – основную группу составили 62 человек с хронической гранулирующей и гранулематозной периапикальной деструкцией соответственно в области 11 и 51 зубов фронтальной группы верхней (50) и нижней (12) челюстей, которым применяли «Коллапан-С-гель» с целью пролонгированного эндоканального воздействия, и плазмолифтинг. Вторая – группа сравнения состояла из 46 человек с хронической гранулирующей (13 зубов) и гранулематозной (33 зубов) периапикальной деструкций на верхней и нижней челюстях (соответственно 31 и 15 зубов), которым применяли традиционное эндодонтическое лечение с использованием кальцийсодержащую пасту с йодоформом «Метапекс».

Эффективность obturации каналов зубных корней оценивалась по данным контрольных рентгенографических исследований. Результаты проведенной терапии изучались в следующие сроки: через 6-12 месяцев после лечения; через 13-24 месяцев после лечения и спустя 2 года после проведенной терапии эндопериапикальных поражений. По данным контрольных ортопантомографических и конусно-лучевых КТ-исследований изучали динамические изменения в периапикальных структурах с проведением сравнительного их анализа с исходными результатами.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью программы Statistica 6.0. Статистическую значимость наблюдаемых различий в группах по средним их показателям определяли по t-критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Наличие корреляционной связи между показателями определяли с использованием программ статистического анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Решая поставленные в диссертации задачи по вопросу ретроспективной оценки распространенности дефектов твердых тканей зубов, мы пришли к выводу, что почти у каждого взрослого жителя Таджикистана встречаются какие-либо проблемы с зубами, которые находятся в эстетически значимой окклюзионной области. Наиболее часто встречаемыми патологиями являются осложнения зубного кариеса в виде пульпитов и периодонтитов указанной локализации.

В качестве одного из результатов оценки карт осмотра ротовой полости можно отметить увеличение числа обращений пациентов к стоматологу для оказания помощи эстетического характера. При оценке косвенных признаков можно утверждать, что каждый взрослый человек хотя бы один раз на протяжении своей жизни нуждается в проведении эстетического пломбирования зубов. Однако по данным ретроспективного анализа

стоматологического статуса больше граждан республики не обращаются за эстетической помощью – до 60,8% взрослого населения имеют нелеченные зубы в эстетически значимой окклюзионной зоне. Наиболее высокий уровень обращаемости по поводу осложненных форм кариеса (хронического пульпита и периодонтита – соответственно 38,6% и 52,6%), наименее низкий уровень – по поводу неосложненных форм кариеса (8,8%).

Уровень распространенности стоматологических дефектов эстетического характера среди жителей г. Душанбе различный. Исследованы карты осмотра полости рта 785 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет и старше. Обнаружено, что в среднем 56,9% пациентов имеют кариозные зубы, требующие эстетического лечения, из которых 36,3% подобных дефектов локализованы на премолярах и молярах верхней челюсти, 18,7% - на резцах и клыках верхней челюсти, 34,6% - на премолярах нижней челюсти, 3,4% - на клыках и резцах нижней челюсти. При этом только лишь 7,0% лиц ранее уже получали эстетическое стоматологическое лечение.

У населения вышеупомянутой зоны обнаружен рост распространенности кариеса в зависимости от его расположении в различных поверхностях функционально-ориентированных фронтальных групп зубов. Так, апроксимально-медиальный кариес был выявлен у 12,2% боковых и 9,8% центральных резцов верхней и нижней челюстей, апроксимально-дистальный кариес – соответственно у 18,6% и 13,9%. В премолярах верхней и нижней челюстей значение апроксимально-медиального расположение кариозного поражения составило 17,8%, апроксимально-дистального расположения – 18,3%. Пришеечное расположение кариеса было диагностировано у 2,4% боковых резцов обеих челюстей, у 2,8% центральных резцов и у 4,2% премоляров (рис. 1).

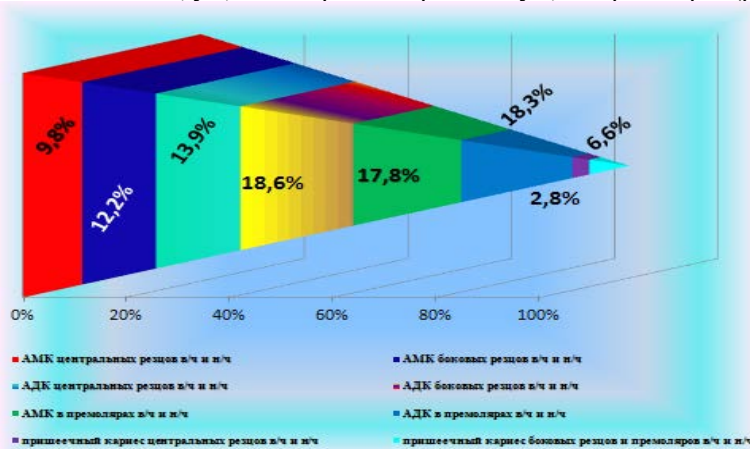


Рисунок 1. - Распространенность кариеса эстетической зоны в зависимости от расположения в различных поверхностях зубов у населения Районов республиканского подчинения

Также проанализированы состояние кариенологического статуса в эстетически расположенных группах зубов у 499 карт осмотра полости рта населения Хатлонской области Республики Таджикистан. Среди обследованного контингента населения частота встречаемости кариеса, требующего эстетического стоматологического пломбирования, составила 64,7%. Частота кариенологических изменений на аппроксимальных поверхностях зубов, сказывающихся на эстетику, диагностирована в 90,5% случаев, на пришеечной – в 9,5% случаев. Аппроксимально-медиальный кариес был выявлен в 39,8% зубов, аппроксимально-дистальный – в 49,7%, пришеечный – в 10,5% зубов. На основании проведенного ретроспективного анализа карт осмотра полости рта можно резюмировать, что со временем потребность в эстетической стоматологической помощи будет только нарастать.

Результаты ситуационного анализа 876 карт осмотра полости рта у населения Согдийской области свидетельствуют о высокой их нуждаемости в эстетической стоматологической помощи. Обнаружено, что у в 58,3% случаев зубы, расположенные в эстетически значимой окклюзионной зоне, требуют эстетического пломбирования. Для центральных и боковых резцов верхней и нижней челюстей эта цифра составляет 17,6%, для клыков соответствующего расположения – 5,2%, для премоляров – 43,5%, для моляров верхней челюсти – 33,7%.

На терапевтическом приеме мы обследовали 320 пациентов (320 зубов) в возрасте от 20 до 50 лет, обратившихся после ранее проведенного эндодонтического лечения зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, с диагнозом хронический периодонтит и обострение хронического периодонтита. Из общего количества обследованных у 104 человек (104 зуба, 32,5%) отмечены жалобы на боли при накусывании с разной степенью болезненности, при этом у 31 пациента по переходной складке в области причинного зуба имелись отек, гиперемия, подвижность I-II степени, а у 7 пациентов зарегистрированы жалобы на свищевой ход с отделяемым в проекции верхушки корня зуба. Жалобы на дефект пломбы, скол части ранее эндодонтически леченого зуба выявлены у 131 пациента (131 зуб, 40,9%). 85 (26,6%) пациентов обратились за повторным эндодонтическим лечением по ортопедическим показаниям.

Все пациенты в зависимости от вида используемой пасты были разделены на 2 группы – зубы, расположенные в эстетически значимых зонах, ранее запломбированные цинкоксид-эвгеноловой пастой и зубы, запломбированные резорцин-формалиновой пастой. Такой выбор объясняется тем, что эти две разновидности корневого пломбировочного материала составляют доминирующее большинство на терапевтическом поликлиническом приеме г. Душанбе. Определение пломбировочного материала, находящегося в корневом канале, проводилось путем изучения клинических признаков – каналы зубного корня, при пломбировании которых использовалась резорцин-формалиновая паста, отличались характерным цветовым оттенком - от светло-

розового до темно-коричневого. Кроме того, изучались отраженные в картах пациента данные о проводимой ранее эндодонтической терапии.

При ситуационном анализе ранее проведенного эндодонтического лечения, нами выявлено, что из 320 зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, 183 (57,2%) из них запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 137 (42,8%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой. Для дополнительного обследования всех зубов проводили рентгенографию.

По данным клинических наблюдений, 32,5% пациентов, зубы которых в эстетически значимой зоне ранее пролечены эндодонтически по поводу хронического пульпита и обострения хронического пульпита в период 2018-2019 гг., предъявляли жалобы, характерные для обострения хронического периодонтита, такие как боль при накусывании и дотрагивании на причинный зуб, постоянная ноющая боль, ощущение «выросшего зуба», подвижность, боль на десне, отек по переходной складке, асимметрия лица.

По количеству зубов, расположенных в эстетически значимой зоне, при обострении заболевания преобладали зубы, корневые каналы которых ранее были запломбированы резорцин-формалиновой пастой (63 зуба, 60,6%), а также 41 (39,4%) зуб, в корневых каналах, которых имелась цинкоксид-эвгеноловая паста.

На наш взгляд, это процентное соотношение достаточно высокое и показывает низкую эффективность эндодонтического лечения зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне. Основную группу зубов в обострении заболевания составило суммарное значение моляров верхней челюсти справа и слева (65 зуба, 62,5%), при этом 49 (75,4%) из них ранее запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 16 (24,6%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой.

Премоляров верхней и нижней челюсти в указанном обострении было 23 (22,1% от общего количества зубов в обострении), из их числа 13 (56,5%) ранее запломбированы цинкоксид-эвгеноловой пастой и 10 (43,5%) – резорцин-формалиновой пастой. Функционально-ориентированных фронтальных групп зубов (клыков и резцов) на верхней и нижней челюсти было 16 (15,4%), из их числа 4 (25,0%) запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 12 (75,0%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой. Значительное преобладание зубов, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой, в обострении заболевания, на наш взгляд, является показателем низкой эффективности этого пломбирочного материала, а, возможно, его пагубным влиянием на ткани периапикального периодонта. Мы считаем, что преобладание моляров верхней челюсти в обострении обусловлено изначально большим их количеством в исследовании и более сложной анатомией корневых каналов, чем у других групп зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне.

Среди обследованных пациентов диагноз хронического периодонтита вне стадии обострения в зубах, расположенных в эстетически значимой

окклюзионной зоне, был поставлен 216 (67,5%) пациентам. Они либо не предъявляли никаких жалоб, либо их жалобы не связаны с ранее проведенным эндодонтическим лечением. От общего количества этих же пациентов 131 (60,6%) из них обратились с жалобами на скол зуба (пломбы), попадание пищи и/или травму слизистой щеки и/или языка острыми краями зубов. В этой группе пациентов без обострения хронического одонтогенного процесса общее количество зубов, где при пломбировании использовалась резорцин-формалиновая паста, составило 110 (50,9%) единиц, а в 106 (49,1%) случаях использовалась цинкоксид-эвгеноловая паста.

Общее число запломбированных верхнечелюстных моляров составило 110 (50,9%) единиц, при этом в 67 (60,9%) случаях при их пломбировании использовалась резорцин-формалиновая паста, а в 43 (39,1%) случаях использовалась цинкоксид-эвгеноловая паста. Общее число запломбированных верхне- и нижнечелюстных премоляров составило 78 (36,1%) единиц, при этом в 40 (51,3%) случаев при их пломбировании использовалась цинкоксид-эвгеноловая паста, а в 38 (48,7%) случаях использовалась резорцин-формалиновая паста. Среди пациентов с хроническим воспалительным поражением периодонта вне стадии его обострения общее число запломбированных зубов передней группы на верхней и нижней челюсти было 28 (13,0%), при этом в 5 (17,9%) случаях при их пломбировании использовалась резорцин-формалиновая паста, а в 23 (82,1%) случаях использовалась цинкоксид-эвгеноловая паста.

Во время проведения повторного лечения каналов зубных корней мы обнаружили, что используемый при предыдущем пломбировании данных каналов материал располагался в коронковой трети канала, а в средней и апикальной частях корневого канала материал, в основном, отсутствовал, и содержимое этой части корневого канала имело темный цвет с гнилостным запахом.

Средний возраст пациентов с диагнозом хронический периодонтит в зубах эстетически значимой зоне, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой, составлял $49,5 \pm 7,5$ года. Средний возраст пациентов с диагнозом хронический периодонтит аналогичной локализации в зубах, ранее запломбированных цинкоксид-эвгеноловой пастой, равнялся $39,5 \pm 7,5$ года.

С диагностической целью пациентам проводили рентгенологическое исследование ранее эндодонтически леченых зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне. Всего было сделано лишь 183 снимка зубов, так как остальные пациенты (137 человек) отказались пройти рентгенологическое обследование по различным причинам. Из 183 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет было 67 (36,6%) мужчин и 116 (63,4%) женщин. Оказалось, что из 183 зубов в 95 (51,9%) случаях при пломбировании использовалась резорцин-формалиновая паста, а в 88 (48,1%) случаях использовалась цинкоксид-эвгеноловая паста.

На рентгенограммах 95 зубов, расположенных в эстетически значимой зоне, при предыдущем пломбировании которых использовалась резорцин-формалиновая паста, в 54 (56,8%) случаях была обнаружена гранулематозная форма хронического воспалительного поражения периодонта, в 22 (23,2%) случаях – гранулирующая форма, в 6 (6,3%) – с фиброзной формой, без рентгенологических изменений в периапикальной области – 13 (13,7%) зубов (рис. 2).

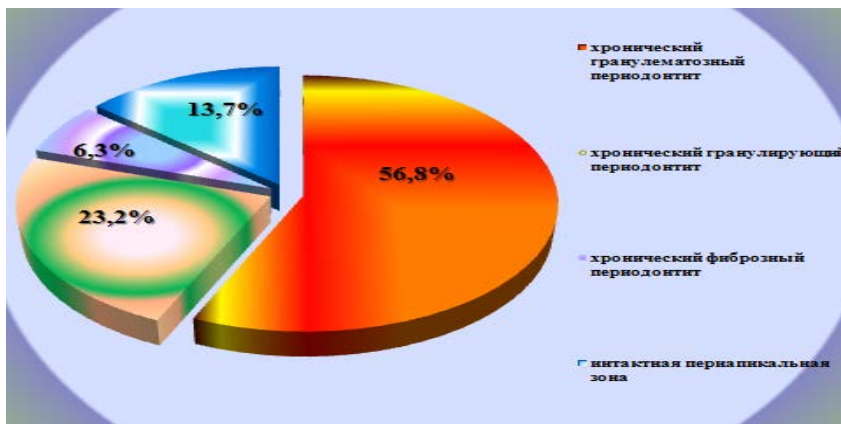


Рисунок 2. - Структуризация эндопериапикального состояния зубов ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне

На рентгенограммах 88 зубов аналогичного расположения, ранее запломбированных цинкоксид-эвгеноловой пастой, нами обнаружено 47 (53,4%) зубов с хронической гранулематозной формой воспалительного поражения периодонта, в 13 (14,8%) случаях была установлена хроническая гранулирующая форма воспалительного поражения периодонта, в 7 (8,0%) случаях – хроническая фиброзная воспалительного поражения периодонта, в 4 (4,5%) случаях – с радикулярной кистой, отсутствие каких-либо рентгенологических признаков периапикальных изменений отмечено в 17 (19,3%) случаях.

Из 183 рентгенограмм в группе центральных и боковых резцов верхней челюсти хронический периодонтит был установлен в области 34 (18,6%) зубов, схожий диагноз был обнаружен в области 18 (9,8%) центральных и боковых резцов нижней челюсти, в области клыков верхней и нижней челюсти значение указанной нозологии составило соответственно 7 (3,8%) и 2 (1,1%), в 40 (21,9%) и 33 (18,0%) случаев - соответственно в области премоляров верхней и нижней челюсти. В группы моляров верхней челюсти (16-й и 26-й) значение визуализированной нозологии составило 26,8% (49 зуб) (рис. 3).

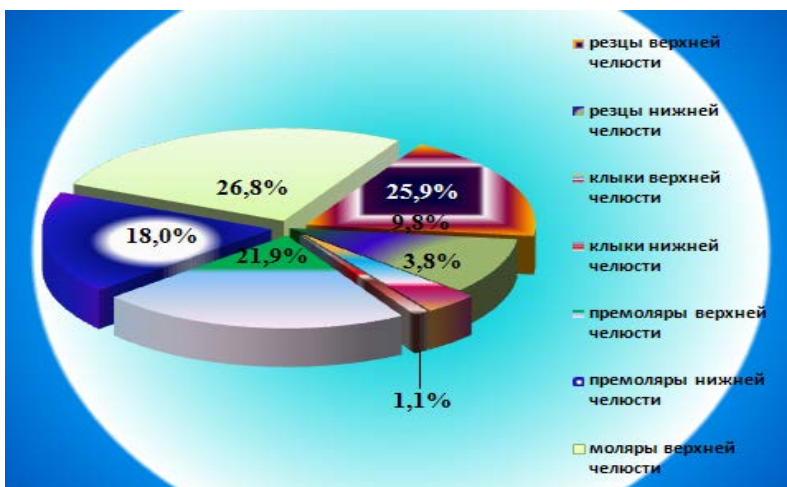


Рисунок 3. - Локализация хронического периодонтита в области функционально-ориентированных зубов эстетической зоны

Из полученных выше данных становится очевидным, что в эстетически значимой окклюзионной зоне значительное количество ранее эндодонтически леченых зубов с хроническим периодонтитом обнаружено в области моляров и премоляров верхней челюсти (соответственно 26,8% и 21,9%). Вслед за ним указанная патология доминировала в группе центральных и боковых резцов верхней челюсти и премоляров нижней челюсти (соответственно 18,6% и 18,0%).

Также нами проводился структурный анализ хронического периодонтита среди обследованного контингента больных. Как выяснилось, на рентгенограммах 34 центральных и боковых, ранее эндодонтически леченых резцов верхней челюсти, обнаружено 11 (32,4%) зубов с гранулематозной формой хронического периодонтита, 8 (23,5%) – с гранулирующей формой, 15 (44,1%) – с хроническим фиброзным периодонтитом.

На рентгенограммах ранее запломбированных корневых каналов 18 центральных и боковых резцов нижней челюсти, обнаружено 3 (16,7%) зубов с хроническим гранулематозным периодонтитом, с хроническим гранулирующим и фиброзным периодонтитом – соответственно 2 (11,1%) и 13 (72,2%) зубов. Рентгенологические признаки периапикальных изменений в ранее эндодонтически леченых клыках верхней (11) и нижней (6) челюсти в основном имели гранулематозные и фиброзные на верхней (соответственно 72,7% и 27,3%) и нижней (соответственно 33,3%) челюсти.

На рентгенограммах 40 ранее эндодонтически леченных премолярах верхней челюсти из трех форм хронического периодонтита доминировали фиброзные и гранулематозные формы (соответственно 50,0% и 35,0%), с гранулирующими рентгенологическими признаками оказались всего лишь 6 (15,0%) зубов. На

премолярах нижней челюсти удельный вес зубов с перечисленными формами хронического периодонтита составил соответственно 9, 3 и 21 зуба при соответствующем процентном значении 27,3%, 9,1% и 63,6%.

Из 49 моляров верхней челюсти с рентгенологическими признаками хронического периодонтита, основную массу составляла гранулема-тозная форма (26 зубов, 53,6%), с гранулирующими признаками околоверхушечного пространства оказались 14 (28,5%) зубов. Фиброзная форма хронического периодонтита в ранее эндодонтически леченых молярах визуализировалась в 7 (14,3%) зубах, в остальных случаях обна-ружено 2 (4,1%) зуба с радикулярной кистой в околоверхушечном пространстве.

С целью оценки нуждаемости пациентов в повторном проведении эндодонтической терапии зубов, локализованных в эстетически значимой области, были изучены данные 300 ортопантограмм, снятых у 142 (47,3%) лиц мужского пола и у 158 (52,7%) лиц женского пола, возраст которых составлял от 20 до 50 лет. По данным ОПМГ у 62 (20,7%) пациентов изменений в верхушечном периодонте фронтальных групп зубов не выявлено. У 238 (79,3%) лиц были выявлены деструктивные изменения у верхушки корня зубов, расположенных в эстетической зоне зубного ряда. Следовательно, распространенность эндопериапикальной патологии в эстетически значимой окклюзионной зоне среди «эндодонтических» субъектов составила 79,3%, эндодонтически «здоровыми» были 29 (20,4%) мужчин и 38 (24,1%).

Результаты проведенного интервьюирования врачей-стоматологов, ведущих терапевтических прием, свидетельствует о недостаточном внедрении в стоматологическую практику современных, высокотехнологичных и высокоэффективных способов внутриканального лечения зубов. Полученные фактические материалы в указанном аспекте свидетельствуют о том, что с использованием машинных никель-титановых инструментов обработку корневых каналов проводят лишь 28,8% опрошенных. Вместе с тем представляется недостаточным количество специалистов, использующих апекслокаторы и измерительные рентгенограммы для определения рабочей длины корневого канала при выполнении эндодонтического лечения (соответственно 5,7% и 23,9%).

При проведении эндодонтического лечения раствор гипохлорита натрия технологически правильно применяют только лишь 7,9% опрошенных врачей-стоматологов терапевтического приема. Нами выяснилось, что эндодонтическое лечение осложненных форм кариеса большинство респондентов проводят без дополнительного оптического увеличения (97,3%) и, не изолируя рабочего поля с помощью коффердама (92,6%). На вопрос: «Какие методики пломбирования корневых каналов используете в своей практике?» - среди опрошенных специалистов наиболее популярным методом внутриканальной obturation оказалась латеральная компакция гуттаперчи (66,4%). 27,4% опрошенных применяют методики внутриканальной obturation с использованием термопластифицированной гуттаперчи: при этом obturation корневого канала

разогретой гуттаперчей на носители используют 5,2%, инъекционный способ введения расплавленной гуттаперчи в канал – 7,2%, технику вертикальной компакции гуттаперчей -15,0% респондентов.

Проанализировав технологические этапы эндодонтического лечения, стало очевидным, что наибольшие трудности у практических врачей вызывают все этапы без исключения, как создание эндодонтического доступа (11,9%), первичное прохождение (24,7%) и поиск устьев (50,8%) корневых каналов, механическая обработка (4,1%) и внутриканальной obtурации (8,5%).

Результаты анкетирования специалистов показали, что все стоматологи при диагностическом исследовании пациентов с пульпитом и периодонтитом проводят опрос и осмотр - 100% и 100% случаев, соответственно, зондовое исследование используется в 48,7% и 46,5% случаев, перкуторное исследование применяется в 78,3% и 97,5%, пальпаторное исследование альвеолярного отростка в области пораженного зуба проводится в 30,3% и 56,2% случаев, исследование апекс-локации проводится в 87,4% и 70,4%, определение реакции зуба на температуру исследовалось в 8,4% и 2,9%, электроодонтометрическое исследование проводилось в 29,8% и 18,9% случаев, соответственно.

Рентгенологическое исследование с целью диагностики и определения тактики терапии у пациентов с пульпитами однократно применялись в 94,3% случаев, дважды данным метод использовался в 75,6% случаев, трижды – в 39,1% наблюдений, в 4 и более случаях данный метод исследования применялся в 16,9% наблюдений. При этом во всех случаях проводилось внутриротовое рентгенографическое исследование, ортопантомографическое исследование проводилось в 12,6% случаев, а конусно-лучевая компьютерная томография использовалась в 1,8% случаев.

При терапии деструктивного поражения периодонтальных тканей специалисты только в 16,2% случаев применяли способы, направленные на улучшение процессов репарации в периапикальных костных структурах. Терапия таких пациентов за один визит проводилась в 5,3% случаев, несколько посещений к стоматологу для оказания стоматологической помощи отмечалось в 37,6% случаев, консервативно-оперативные способы лечения периапикальных патологий применялись в 3,3% случаев. Всеми специалистами при терапии патологий эндопериапикальных зубных тканей учитывалось наличие показаний согласно имеющимся стандартам оказания стоматологической помощи.

При активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндодонтического характера наиболее интенсивно процессы восстановления костной ткани периапикальной зоны проходили в сроки от 6 до 12 месяцев после проведенного лечения. У пациентов основной группы процесс реоссификации костной ткани периапикальной зоны начинался уже через 3 месяца после эндодонтического лечения и был наиболее выражен к 9-12 месяцам. Так, через 3 месяца полная реоссификация очага периапикальной

деструкции определялась в 66,1% случаев, а частичная реоссификация в 33,9% случаев.

Полученные рентгенологические результаты через 3 месяца после эндо-периапикального лечения у пациентов группы сравнения констатируют факт полной реоссификации резорбтивного очага костной ткани в 21,7% случаев. При этом частичная реоссификация составила 60,9%, а в 17,4% случаев очаг периапикальной деструкции оставался без изменений. Значение исследуемых показателей у пациентов группы сравнения через 6 месяцев после эндо-периапикального лечения составило соответственно 39,1%, 50,0% и 10,9%.

Анализ результатов эндодонтического лечения в группе сравнения с хроническим деструктивным гранулирующим и гранулематозным периапикальным периодонтитом в эстетически значимой окклюзионной зоне показал, что восстановление костной ткани в периапикальной области через 9 месяцев после проведенного лечения наблюдалось в 43,5% случаев, а частичное восстановление – в 56,5% случаев. Через 12 месяцев рентгенологического наблюдения перечисленные показатели восстановления резорбтивного очага периапикальной зоны соответствовали 71,7% и 28,3%.

В целом, через 12 месяцев после активной реализации способа эндоканального и проекционно-периапикального воздействия с учетом показателей клинико-рентгенологического исследования хорошие результаты после проведенной эндо-периапикальной терапии фронтальных зубов, расположенных в эстетически значимой зоне (отсутствие каких-либо жалоб и клинических проявлений данной патологии, восстановление жевательной функции зуба, на рентгеновских снимках отмечается репарация костной ткани в околоврхушечной области) в основной группе больных наблюдались в 95,2% случаев с оценкой в 5 баллов по рентгенологическим критериям, тогда как в сравнительной группе больных хорошие результаты были отмечены в 71,7% случаев. Результаты проведенной эндодонтической терапии зубов с деструктивным поражением околоврхушечной области гранулирующего и гранулематозного характера оценивались как удовлетворительные (отсутствие каких-либо жалоб и клинических проявлений данной патологии, на рентгеновских снимках отмечается значительное сокращение размеров очага деструктивного поражения костной ткани) в 4,8% случаев среди больных основной группы и в 28,3% случаев среди больных сравнительной группы.

Таким образом, проведенные исследования показали значительную эффективность способа пролонгированного медикаментозного воздействия на систему корневых каналов при периапикальной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне. Введение биоактивного геля в корневой канал и периапикальный очаг деструкции, а также применение тромбоцитарной аутологичной плазмы способствовало ускоренной регенерации костной ткани, что значительно сокращает сроки реабилитации пациентов с различными формами деструктивного хронического периапикального периодонтита в эстетически значимой окклюзионной зоне.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективное изучение патологии зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, свидетельствует о том, что среди взрослого населения г. Душанбе 56,9% пациентов имеют кариозные зубы, требующие эстетического лечения, из которых 36,3% подобных дефектов локализованы на премолярах и молярах верхней челюсти, 18,7% - на резцах и клыках верхней челюсти, 34,6% - на премолярах нижней челюсти, 3,4% - на клыках и резцах нижней челюсти. У населения Хатлонской области частота кариесологических изменений на апроксимальных поверхностях зубов, сказывающихся на эстетике, диагностирована в 90,5% случаев, на пришеечной – в 9,5% случаев. Апроксимально-медиальный кариес был выявлен в 39,8% зубов, апроксимально-дистальный – в 49,7%, пришеечный – в 10,5% зубов названной локализации.

2. У населения Согдийской области в 58,3% случаев зубы, расположенные в эстетически значимой окклюзионной зоне, требуют эстетического пломбирования. Для центральных и боковых резцов верхней и нижней челюстей эта цифра составляет 17,6%, для клыков соответствующего расположения – 5,2%, для премоляров – 43,5%, для моляров верхней челюсти – 33,7%. У населения районов Республиканского подчинения апроксимально-медиальный кариес был выявлен у 12,2% боковых и 9,8% центральных резцов верхней и нижней челюстей, апроксимально-дистальный кариес – соответственно у 18,6% и 13,9% зубов. В премолярах верхней и нижней челюстей значение апроксимально-медиального расположения кариозного поражения составило 17,8%, апроксимально-дистального расположения – 18,3%. Пришеечное расположение кариеса было диагностировано у 2,4% боковых резцов обеих челюстей, у 2,8% центральных резцов и у 4,2% премоляров.

3. При ситуационном анализе ранее проведенного эндодонтического лечения нами выявлено, что из 320 зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, 183 (57,2%) из них запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 137 (42,8%) – цинкоксид-эвгеноловой пастой. На рентгенограммах 95 зубов названной локализации, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой, выявлено 54 (56,8%) зуба с гранулематозной формой хронического периодонтита, 22 (23,2%) – с гранулирующей, 6 (6,3%) – с фиброзной формой, 13 (13,7%) зубов - без рентгенологических изменений в периапикальной области. На рентгено-граммах 88 зубов аналогичного расположения, ранее запломбированных цинкоксид-эвгеноловой пастой, обнаружено 47 (53,4%) зубов с хроническим гранулематозным периодонтитом, 13 (14,8%) – с хроническим гранулирующим, 7 (8,0%) – с хроническим фиброзным периодонтитом, 4 (4,5%) – с радикулярной кистой, 17 (19,3%) - без каких-либо рентгенологических признаков периапикальных изменений.

4. Оценка соблюдения стандарта при проведении эндодонтического лечения зубов, расположенных в эстетически значимой зоне, показала следующее. При эндоканальной терапии воспалительного поражения пульпы

зубов, содержащих один или два корня, данный стандарт относительно формирования доступа к зубной полости соблюдался в 68,9% и 65,2% наблюдений, соответственно; в отношении формирования устья каналов зубных корней стандарт соблюдался в 68,8% и 63,1% наблюдений, соответственно; в отношении определения рабочей длины канала зубного корня стандарт был выполнен в 57,6% и 54,5% наблюдений, соответственно; в отношении гомогенной герметизации канала зубного корня стандарт был выполнен в 63,3% и 62,6% наблюдений, соответственно. Во время терапии зубов с воспалительным поражением периодонта, содержащих один или два корня и находящихся в эстетически значимой зоне, стандарт эндопериапикальной терапии в отношении формирования доступа к зубной полости соблюдался в 66,4% и 63,6% наблюдений, соответственно; в отношении формирования устья каналов зубных корней данный стандарт соблюдался в 67,3% и 61,2% наблюдений, соответственно; в отношении определения рабочей длины канала зубного корня – в 55,3% и 58,2% наблюдений, соответственно; в отношении гомогенной герметизации канала зубного корня стандарт был выполнен в 59,4% и 56,7% наблюдений.

5. Результаты применения способов пролонгированного эндоканального воздействия и репрограммирования макрофагов аутокрови при периапикальной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне позволяют отметить, что полная и частичная реоссификация очага периапикальной деструкции через 3 месяца определялась соответственно в 66,1% и 33,9% случаев. Значение полного и частичного восстановления очага периапикальной деструкции через 6 месяцев составило соответственно 72,6% и 27,4% при соответствующем значении 83,9% и 16,1% через 9 месяцев после соответствующего лечения. Через 12 месяцев после реализации эндопериапикального лечения у лиц основной группы полное и частичное восстановление периапикального очага деструкции отмечалось соответственно в 95,2% и 4,8% случаев.

6. Анализ обеспечения стандартов качества внутриканального лечения свидетельствует о том, что спустя 2 года отсутствие клинико-рентгенологических признаков патологии в пролеченных одно- и двухкорневых зубах с воспалительным поражением пульпы было отмечено в 85,8% и 76,3% наблюдений, соответственно. Эдодонтическая терапия воспалительным поражением пульпы зубов, содержащих один или два корня, оказалась неэффективной в 14,2% и 23,7% наблюдений, соответственно, о чем свидетельствовало наличие очагов рентгенологического «просветления». Оценка эффективности лечения эндопериапикального осложнения одно- и двухкорневых зубов спустя 2 года после реализации комплекса проекционно-периапикальных мероприятий показала отсутствие клинико-рентгенологических признаков околоверхушечной патологии в 63,6% и 48,5% случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациентам с хроническим деструктивным периодонтитом неза-висимо от его формы целесообразно использовать способ пролонгиро-ванного медикаментозного воздействия на систему корневых каналов и тромбоцитарной аутологичной плазмы в проекции причинного зуба.

2. Разработанный нами метод проекционно-периапикального лечения деструктивных перирадикулярных поражений с использованием остеоиндуктивных препаратов и плазмолифтинга является недорогим и сертифицированным, что позволяет рекомендовать его для применения в эндодонтической практике.

3. При планировании проведения лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с эндоперапикальными патологиями необходимым является выделение «эндопародонтальный синдром», в лечении которого следует применять профессиональные проекционно-периапикальные методы эндодонтической терапии.

4. При планировании эндодонтических мероприятий в зубах, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне, вне зависимости от степени тяжести деструктивных поражений, необходимо проводить рентгенологическое исследование периапикальной ткани.

5. У больных с эндоперапикальными патологиями в комплекс планируемых мер профилактики необходимо включить индивидуальную коррекцию гигиены ротовой полости, с учетом состояния организма пациента, в данном случае, ротовой полости.

6. Выбор наиболее оптимального комплекса лечебно-профилактических мероприятий в лечении пациентов с эндоперапикальными поражениями необходимо проводить с учетом индивидуального подхода и оценкой выраженности деструктивных изменений зубов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Мухидинов, Ш.Д. Клинико-рентгенологическая оценка эндоперапикального состояния леченых зубов, расположенных во фронтальном участке функционально-ориентированных групп зубов: сб. науч. тр. / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов // Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -Душанбе, 2019. -С. 73.
2. Ашуров, Г.Г. Ретроспективная оценка эндоперапикального состояния ранее леченых зубов / Г.Г. Ашуров, С.М. Каримов, **Ш.Д. Мухидинов** // **Российский стоматологический журнал**. -Москва, 2019. -№ 3-4. -С. 112-114.
3. Ашуров, Г.Г. Клинико-рентгенологические показатели поражения пародонта и периапикальных тканей эндодонтически леченого зуба у пациентов с эндодонто-пародонтальными осложнениями / Г.Г. Ашуров, Ш.Д. Мухидинов, Ш.О. Тагаева, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов // **Вестник Авиценны**. -Душанбе, 2019. -№ 21(3). -С. 443-449.
4. Мухидинов, Ш.Д. К вопросу о распространенности дефектов зубного ряда в эстетически значимой окклюзионной зоне: сб. науч. тр. / **Ш.Д. Мухидинов** // Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -Душанбе, 2019. -С. 121.

5. Мухидинов, Ш.Д. Комплексная оценка эндо-пародонтального состояния ранее леченых зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне: сб. науч. тр. / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров // **Материалы XXV годичной конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2019. -С. 154-155.**
6. Мухидинов, Ш.Д. Степень реоссификации резорбтивного участка околоверхушечной зоны эстетических групп зубов / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, М.Р. Гурезов // **Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 1. –С. 27-31.**
7. Мухидинов, Ш.Д. Результаты ретроспективной оценки распрос-транненности дефектов в эстетически значимой окклюзионной зоне: сб. науч. тр. / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, А.А. Исмоилов // **Материалы XXV годичной конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2019. -С. 155-156.**
8. Мухидинов, Ш.Д. Воспалительно-деструктивные заболевания зубов эндопериапикального характера / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, М.Т. Минглиева // **Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 1. –С. 81-84.**
9. Мухидинов, Ш.Д. Аналитическая оценка этиопатогенетических механизмов развития эндо-периапикальных поражений / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, М.Ш. Султанов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -Душанбе, 2019. -№ 1. -С. 92-95.**
10. Мухидинов, Ш.Д. Рентгенологические показатели деструктивных изменений околоверхушечной патологии зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, Х.М. Сирождинов // **Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 2. –С. 14-17.**
11. Мухидинов, Ш.Д. Результаты применения способа пролонгированной антисептической обработки системы корневых каналов при периапикальной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, М.Р. Гурезов, Ф.М. Ёраков // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -Душанбе, 2019. - № 3. -С. 59-63.**
12. Исмоилов, А.А. Эффективность применения тромбоцитарной аутоплазмы при наличии околоверхушечной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне / А.А. Исмоилов, **Ш.Д. Мухидинов**, Б.Я. Исаева, Ф.А. Курбонов // **Стоматология Таджикистана. -2020. -№ 1. –С. 12-16.**
13. Исмоилов, А.А. Результаты использования тромбоцитарной аутологичной плазмы при перирадикулярной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне / А.А. Исмоилов, **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, Ф.М. Ёраков // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2021. № 1. С. 21-25.**

Удостоверение на рационализаторское предложение

1. Мухидинов, Ш.Д. Способ клинико-рентгенологической оценки результатов репрограммирования макрофагов в комплексной терапии эндодонто-пародонтального и эндопериапикального поражения / **Ш.Д. Мухидинов**, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров, Ш.О. Тагаева. Выдано от 29.03.2019 г., № 000236.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АДК	–	апроксимально-дистальный кариес
АМК	–	апроксимально-медиальный кариес
ВАК	–	Высшая аттестационная комиссия
ИПОвСЗ	–	Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
ГМК	–	гидроксид меди-кальция
ГОУ	–	Государственное образовательное учреждение
ГФ	–	гальванофорез
КЛКТ	–	конусно-лучевая компьютерная томограмма
КТ	–	компьютерная томография
ООО	–	Общество с ограниченной ответственностью
ОПМГ	–	ортопантомограмма
РК	–	радикулярная киста
РРП	–	районы республиканского подчинения
ТГМУ	–	Таджикский государственный медицинский университет
ХГП	–	хронический гранулематозный периодонтит
ХГРП	–	хронический гранулирующий периодонти
ХФП	–	хронический фиброзный периодонтит
ЭПП	–	эндопериапикальное поражение
ЭПС	–	эндопародонтальный синдром
IgA	–	иммуноглобулин А

Разрешено в печать 15.10.2021. Сдано в печать 20.09.2021.
Формат 60x84 1/16. Объем 1,5 п.л. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Тираж 100 экз. Типография ООО “Ориёндж”