

*На правах рукописи*

**ТАГАЕВА ШАХЛО ОЛИМОВНА**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ  
И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ЭНДОДОНТО-  
ПАРОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ**

3.1.7 – стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**ДУШАНБЕ-2022**

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Научный руководитель:** **Тахтаходжаева Саодат Тупалоновна** - кандидат медицинских наук, доцент

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

**Шокиров Мирзоумар Кодирович** – кандидат медицинских наук, Медико-санитарная часть ОАО «Международный аэропорт Душанбе», начальник

**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 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 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](http://www.ipovszrt.tj) и [www.vak.ed.gov.ru](http://www.vak.ed.gov.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года

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

**Хамидов Джура Бутаевич**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Большой проблемой в системе охраны здоровья населения являются воспалительные поражения пародонта, что обусловлено некоторыми обстоятельствами. Частота встречаемости данного заболевания среди взрослого населения, по-прежнему, остаётся высокой, при этом не наблюдается её спад. Данная патология, особенно на ранних своих стадиях, протекает малозаметно и скрытно, чем и обусловлена поздняя её выявляемость, а соответственно и позднее оказание специализированной стоматологической помощи [Ашуров Г.Г. и соавт., 2014; Алимский А.В. и соавт., 2015; Амхадова М.А. и соавт., 2016].

Несмотря на провозглашенный принцип целостности организма, в практической стоматологии существует понятие «органная патология», включающая поражения твердых и мягких тканей и органов полости рта. В результате специалисты в области стоматологии были подразделены на «органных» и «тканевых». В медицинской практике появились такие термины, как «органный» и «локалистический» принцип ведения пациента [Леонтьев В.К., 2016].

Учитывая малоизученности указанной проблемы и недостаточности отечественных исследований является актуальным изучение состояния пародонта, эндодонта и среды полости рта у больных с воспалительными заболеваниями пародонта путем проведения клинических и рентгенологических исследований, а также ретроспективного анализа.

**Степень разработанности темы исследования.** Основанием для выполнения диссертации служат научные исследования отечественных и зарубежных ученых, работы которых посвящены проблеме совершенствования эндопародонтального лечения. При эндодонто-пародонтальных поражениях патология пульпы и периодонта часто стимулирует заболевания пародонта и, напротив, пародонтит приводит к инфицированию пульпы со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями [Seltzer S. et al., 2010; Zehnder M. et al., 2012].

На сегодня в стоматологии проблема взаимодействия как пародонтального комплекса, так и эндодонто-пародонтальные взаимоотношения, проблема диагностики и лечения сочетанной эндодонтической и пародонтальной патологии, алгоритм диагностики и лечения эндодонтической патологии при воспалительных заболеваниях пародонта имеют актуальное значение не только для пациентов, но и для стоматологов любого профиля, независимо от того, в какой области стоматологии они работают. В Республике Таджикистан данные, освещающие эту проблему, единичны [Исмоилов А.А. и соавт., 2013; Ашуров Г.Г. и соавт., 2014]. Тем не менее, авторы все настойчивее указывают на необходимость дальнейшего изучения проблемы эндодонто-пародонтальных поражений.

**Цель исследования.** Совершенствование качественных и количественных

критериев диагностики и эффективности комплексного лечения эндодонто-пародонтального поражения.

#### **Задачи исследования.**

1. Провести ретроспективную оценку распространенности и интенсивности эндодонто-пародонтальных поражений.

2. Изучить исходные клинико-рентгенологические показатели сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии среди обследованного контингента больных.

3. Определить роль поведенческих факторов риска в возникновении эндодонтических и пародонтологических осложнений у больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией.

4. Определить тип отношения к болезни у стоматологических пациентов в зависимости от тяжести эндодонто-пародонтальной патологии.

5. Изучить динамику показателей эндопериапикальных и пародонтологических поражений после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

6. Определить степень эффективности использования аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексной терапии сочетанного эндодонто-пародонтального поражения.

**Научная новизна исследования.** Впервые по материалам ретроспективного анализа записей в амбулаторных медицинских картах стоматологических больных с патологией пародонта выявлена структура эндодонто-пародонтального поражения, оценивалась адекватность используемых специалистами методов диагностики и лечения упомянутых поражений и их соответствие предъявляемым требованиям.

Проводилось исследование больных с патологией пародонта, направленное на выявление характера и распространённости сочетанного эндодонто-пародонтального поражения и определение их потребности в специализированной помощи. По результатам кластерного анализа определялись наиболее типичные группы для активной реализации комплексного подхода в эндодонтическом и пародонтологическом лечении у больных с сочетанными эндодонто-пародонтальными поражениями.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Теоретическую основу представленного исследования составляют совершенствование принципов лечения стоматологических больных с эндодонто-пародонтальными поражениями зубов с учетом показателей заболеваемости, частоты их встречаемости, которая основана на Национальных программах по ведению данной категории больных. Проведенные исследования позволяют реально оценить эндодонто-пародонтальное состояние обслуживаемого населения, которое в значительной мере отличается от показателей официальной отчетности стоматологических учреждений.

Научное обоснование дифференцирования лечебно-профилактических

программ оказания пародонтологической и эндодонтической помощи у больных с сочетанными эндодонто-пародонтальными поражениями позволяет оптимизировать выбор наиболее эффективной методики в зависимости от тяжести исследуемой патологии.

Полученные в работе данные могут быть взяты для разработки дифференцированных мер первичной и вторичной профилактики эндодонто-пародонтальных поражений среди различных групп пациентов и населения. Полученные данные способствуют достижению более высокого качества и эффективности оказываемой эндодонтической и пародонтологической помощи, способствуют оптимальной профилактике эндодонто-пародонтальных поражений, улучшая их предотвратимость.

Разработанные и рекомендованные комплексные меры по уменьшению встречающихся ошибок диагностического, лечебного и организационного плана у больных с сочетанными эндодонто-пародонтальными поражениями будут способствовать повышению качества оказываемой пародонтологической и эндодонтической помощи населению республики. Материалы диссертации будут использованы в практической деятельности ряда стоматологических поликлиник Республики Таджикистан.

**Методология и методы исследования.** Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику изучения поведенческих факторов риска у больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией; методику клинко-рентгенологической оценки показателей околоверхушечной резорбции и пародонтальной патологии; методику изучения личностного реагирования к болезни у стоматологических пациентов, страдающих эндодонто-пародонтальной патологией; методику выполнения плазмолифтинга в комплексной терапии сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Оценка частоты эндо-пародонтальных осложнений среди обследованного контингента больных позволили прогнозировать их нуждаемость в стоматологической помощи кариеологического и пародонтологического статусов.

2. Использование алгоритмизированных подходов при наличии эндо-пародонтальных осложнений позволило разработать дифференцированные подходы к планированию соответствующего лечения.

3. Объем оказываемой эндодонто-пародонтологической стоматологической помощи пациентам определяется не только клинической картиной, но и их рентгенологической характеристикой.

4. Ближайшие и отдаленные результаты эндо-пародонтального лечения показали, что дифференцированные лечебно-профилактические подходы позволяют оптимизировать выбор наиболее эффективной методики в зависимости от тяжести исследуемой патологии.

**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.** Опубликованные материалы исследования используются в преподавании на профильных кафедрах ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» и ГОУ ИПОв СЗ РТ. Результаты научной работы также использованы в докладах на заседаниях межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» по специальностям 3.1.7 - «Стоматология», 14.01.03 - болезни уха, горла, носа и 14.01.07 - глазные болезни (2019, 2020), на совместных заседаниях профильных кафедр ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2019, 2020). Материалы диссертации внедрены в работу Учебно-клинического центра стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», ГСП, Государственного унитарного предприятия ГСП и негосударственных (ООО «Раддод», ООО «Smile») стоматологических учреждениях г. Душанбе.

**Апробация работы.** Материалы диссертационной работы доложены: на годичных научно-практических конференциях Таджикского государственного медицинского университета с международным участием (2018, 2019, 2020, 2021); на годичных научно-практических конференциях молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2018, 2019, 2020); на научно-практических конференциях УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2018, 2020); на годичных конференциях ГОУ ИПОвСЗ РТ (2018, 2019). Диссертационная работа апробирована на межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» по специальностям 3.1.7 - «Стоматология», 3.1.3 - оториноларингология и 3.1.5 - офтальмология (2021).

**Личный вклад соискателя.** Все данные, приведенные в тексте работы, получены автором лично. Осуществлена постановка цели и задач исследования, произведен литературный поиск и подробно изложены вопросы разрабатываемой проблемы диагностики и лечения эндодонто-пародонтальных осложнений. Автором были осуществлены оценка эндодонто-пародонтального статуса, составление и заполнение разработанных для настоящей работы карт и анкет, проведение объективных клинических обследований и индексной оценки органов и тканей полости рта, анализа и описание рентгенограмм. Автором произведены обработка полученного цифрового материала с использованием методов вариационной статистики, анализ и обобщение полученных данных, написаны научные работы по теме исследования, оформлена рукопись диссертации.

**Публикации.** По результатам диссертационного исследования опубликовано 16 научных работ, из них 4 – в научных журналах, которые включены в перечень ВАК Министерства науки и высшего образования

Российской Федерации для опубликования материалов диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а также 1 рационализаторское предложение.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертационная работа описана на 147 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 16 таблицами и 17 рисунками. Библиографический перечень включает 154 источника, из них 52 на русском языке и 102 на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** С целью ретроспективной оценки качества эндодонтического лечения зубов у жителей г. Душанбе были обследованы 492 человека в возрасте от 20 до 60 лет и старше, из них 212 (43,1%) мужчин и 280 (56,9%) женщин. Все больные были распределены по полу и возрасту. По последнему критерию пациенты были распределены согласно рекомендациям ВОЗ (табл. 1)

**Таблица 1. - Структура обследованных групп стоматологических пациентов (n = 492)**

Возрастная группа, лет	Мужчины		Женщины		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20 - 29	47	9,5	57	11,6	104	21,1
30 - 39	54	11,0	73	14,8	127	25,8
40 - 49	50	10,2	69	14,0	119	24,2
50 - 59	35	7,1	51	10,4	86	17,5
60 и старше	26	5,3	30	6,1	56	11,4
Всего	212	43,1	280	56,9	492	100

Зубы, пролеченные по поводу неосложненного (546 ед.) и осложненного (1156 ед.) кариеса, были разделены на однокорневые и многокорневые. В целом в группе обследованных количество эндодонтически леченых зубов составило 67,9% от общего количества запломбированных (1702 ед.) зубов.

У 78 пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией в возрасте от 20 до 50 лет и старше пролечено 87 зубов, имеющих 96 очагов околоверхушечной деструкции в виде расширения периодонтальной щели и резорбции костных структур. Среди обследованных лиц активно реализовали основополагающие принципы профессиональной гигиены полости рта. У всех пациентов химико-механическую обработку корневых каналов проводили ручными эндодонтическими инструментами K-Remer, K-File, Hendstrem File.

В зависимости от тяжести воспалительного процесса в тканях пародонта и диаметра околоверхушечной резорбции периапикального пространства пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – 45 пациентов, у которых диагностировано легкое течение эндодонто-пародонтальной патологии

сочетанного характера с очагами периапикальной деструкции диаметром от 1 до 3 мм; 2-я группа – 19 пациентов с наличием сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии средней степени тяжести и очагами костной резорбции околоверхушечного пространства диаметром от 3 до 5 мм; 3-я группа – 14 пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией тяжелой степени и периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм.

В 1-й группе пациентов проводилось эндодонтическое лечение 32 зуба с 38 очагами околоверхушечного расширения и деструкции, во 2-й группе эндодонтическое лечение осуществлялось в 15 зубах с 18 очагами околоверхушечной резорбции. В 3-й группе пациентов с наличием 17 зубов и 19 очагами периапикальной деструкции не было осуществлено эндодонтическое лечение из-за большого диаметра околоверхушечной резорбции, наличием глубоких пародонтальных карманов, подвижности зубов и такие зубы были удалены.

Пациенты 1-й группы принимали внутрь кальцеин адванс в дозе 500 мг 2 раза в сутки в течение 1 месяца и среди них реализовались основополагающие принципы профессиональной гигиены полости рта с включением плазмолифтинга. С целью повышения эффективности консервативного лечения пародонтальной патологии вокруг эндодонтически леченых зубов в комплексную терапию включали гель «Гиалудент № 2» («Омега-Дент», Москва, Россия), содержащих гиалуроновую кислоту и компоненты с антимикробным и антиоксидантным действием. Среди пациентов 2-й группы назначался кальцийсодержащий препарат в вышеуказанной дозе, но на срок до 3 месяцев, также реализованы вышеуказанные лечебно-профилактические алгоритмы.

Пациентам основной группы ежедневно (10 сеансов) на десневые сосочки и в пародонтальные карманы каждого эндодонтически леченого зуба с помощью специальной насадки наносили гель «Гиалудент №2», содержащий хлоргексидин, метронидазол и натриевую соль гиалуроновой кислоты. Нанесенный препарат на 20 минут сверху изолировали одним слоем стерильного марлевого лоскута.

С использованием рентгенологических данных до реализации эндодонтического лечения, через 6 и 12 месяцев после вышеупомянутого лечения оценили диаметр очага периапикальной резорбции. Также до комплексного пародонтологического лечения эндодонто-пародонтальной патологии с включением плазмолифтинга, через 10 и 20 дней после ее реализации проводили визуальный осмотр слизистой оболочки, оценивали состояние тканей пародонта в зоне поражения с использованием папиллярно-маргинально-альвеолярного и пародонтального по Russel индексов, а также гигиеническое состояние ротовой полости по индексам ИГР-У, РНР и СРITN.

Контролем служили 14 пациентов с 18 зубами и 26 очагами периапикальной деструкции диаметром от 1 до 5 мм, наличием пародонтальной патологии легкой и средней степени тяжести, среди которых



также проводилось адекватное эндодонтическое лечение. Пациенты контрольной группы не принимали кальцийсодержащие препараты, среди них не была реализована профессиональная гигиена полости рта, не была выполнена процедура плазмолифтинга и не использовались компоненты с антимикробным и антиоксидантным действием.

Статистическая обработка материала выполнялась с помощью программы Statistica 10.0 и Microsoft Excel. Определялись следующие параметры описательной статистики: число наблюдений (n), средняя арифметическая величина (M), средняя ошибка средней арифметической (m), относительные величины (P, %). Уровень значимости принимался при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

У 492 стоматологических пациентов при ретроспективной оценке 1702 ранее пломбированных зубов рентгенологически было диагностировано 1156 эндодонтически леченых зубов по поводу осложненного кариеса, что составило 67,9% от общего количества запломбированных (1702). При этом среднее число зубов, леченых по поводу осложненного кариеса на одного обследованного, составило  $2,86 \pm 0,11$ . В ходе проведенного исследования были установлены статистически значимые различия в величине данного показателя у лиц разного пола ( $2,01 \pm 0,09$  и  $3,70 \pm 0,14$  соответственно у мужчин и женщин).

У женщин достоверное увеличение количество эндодонтически леченых зубов наблюдалась в возрастных группах 40-49 и 50-69 лет (соответственно  $4,66 \pm 0,21$  и  $5,15 \pm 0,33$ ), а минимальное значение эндодонтически леченых зубов у них приходился на возраст 20-29 ( $3,52 \pm 0,11$ ), 30-39 ( $4,12 \pm 0,13$ ), 60 лет и старше ( $3,08 \pm 0,09$ ), составляя в среднем  $4,11 \pm 0,17$  на одного обследованного. Максимальный удельный вес эндодонтически леченых зубов у мужчин отмечен в возрасте 50-59 лет ( $4,63 \pm 0,19$ ) с вариабельности от  $3,28 \pm 0,14$  и  $3,31 \pm 0,23$  соответственно у 20-29- и старше 60-летних лиц до  $3,53 \pm 0,16$  и  $4,19 \pm 0,15$ -соответственно у 30-39- и 40-49-летних пациентов (табл. 2).

**Таблица 2. - Значение количество эндодонтически леченых зубов у лиц разного пола в зависимости от возраста (M ± m)**

Возрастная группа, лет	Мужчины	Женщины
20 – 29	$3,28 \pm 0,14$	$3,52 \pm 0,11$
30 – 39	$3,53 \pm 0,16$	$4,12 \pm 0,13$
40 – 49	$4,19 \pm 0,15$	$4,66 \pm 0,21$
50 – 59	$4,63 \pm 0,19$	$5,15 \pm 0,33$
60 и старше	$3,31 \pm 0,23$	$3,08 \pm 0,09$
В среднем	$3,79 \pm 0,17$	$4,11 \pm 0,17$

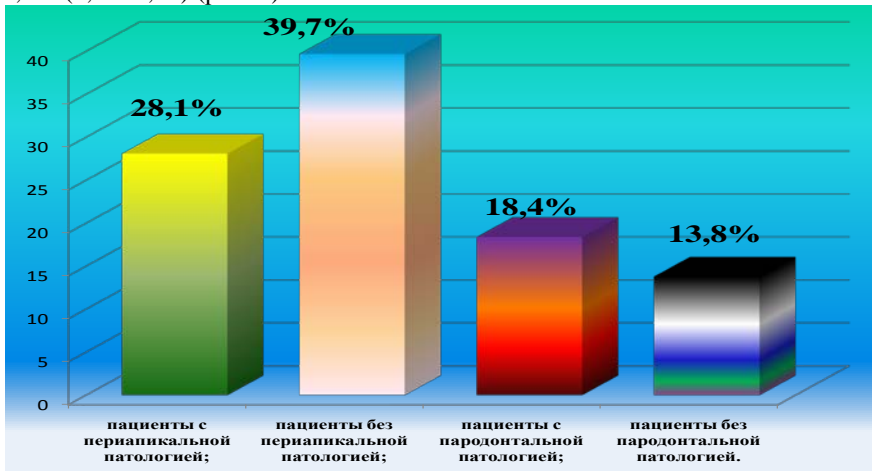
У 40-49- и 50-59-летних мужчин значение исследуемых показателей для однокорневых зубов составило соответственно  $1,44 \pm 0,10$  и  $1,91 \pm 0,16$ , а для многокорневых -  $2,75 \pm 0,05$  и  $2,72 \pm 0,03$  соответственно при соответствующем

значении  $0,18 \pm 0,06$  и  $3,13 \pm 0,17$  в возрасте 60 лет и старше. Таким образом, однокорневые зубы подвергались эндодонтическому лечению статистически значимо реже, чем многокорневые зубы (табл. 3).

**Таблица 3. - Повозрастное распределение количества однокорневых и многокорневых эндодонтически вылеченных зубов у мужчин и женщин**

Возрастная группа, лет	Мужчины		Женщины	
	однокорневые зубы	многокорневые зубы	однокорневые зубы	многокорневые зубы
20 – 29	$0,73 \pm 0,10$	$2,55 \pm 0,04$	$0,66 \pm 0,10$	$2,86 \pm 0,01$
30 – 39	$1,08 \pm 0,12$	$2,45 \pm 0,04$	$1,10 \pm 0,12$	$3,02 \pm 0,01$
40 – 49	$1,44 \pm 0,10$	$2,75 \pm 0,05$	$1,52 \pm 0,13$	$3,14 \pm 0,08$
50 – 59	$1,91 \pm 0,16$	$2,72 \pm 0,03$	$2,01 \pm 0,15$	$3,14 \pm 0,18$
60 и >	$0,18 \pm 0,06$	$3,13 \pm 0,17$	$0,23 \pm 0,05$	$2,85 \pm 0,04$
В среднем	$1,07 \pm 0,10$	$2,72 \pm 0,07$	$1,46 \pm 0,08$	$2,65 \pm 0,09$

Анализ клинико-рентгенологической картины состояния периапикальных и пародонтальных тканей эндодонтически леченых зубов среди обследованных лиц выявил, что деструктивные изменения в области верхушки корня в среднем имелись у 28,1% зубов ( $1,11 \pm 0,05$ ), а в тканях пародонта этих же зубов в 18,5% случаев ( $0,73 \pm 0,03$ ). В то время среднее число леченых зубов по поводу осложненного кариеса без клинико-рентгенологических признаков периапикальной деструкции и пародонтальных изменений составило соответственно 39,7% ( $1,57 \pm 0,07$ ) и 13,7% ( $0,54 \pm 0,02$ ) (рис. 1).



**Рисунок 1. – Процентное распределение эндодонтически вылеченных зубов с различными признаками эндопериапикальной патологии (% к общему числу интенсивности эндодонтически вылеченных зубов)**

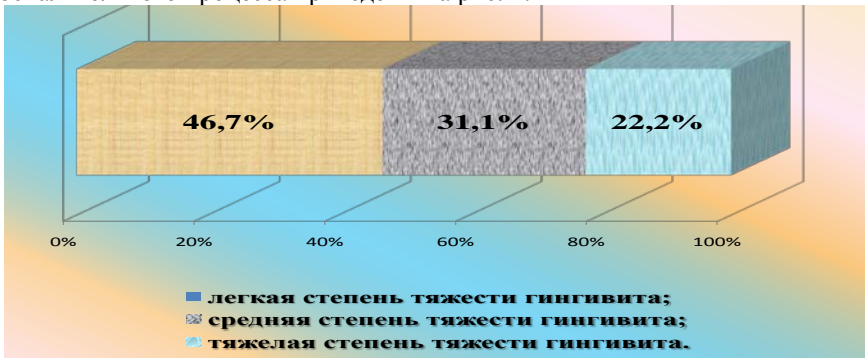
Повозрастная структура обследованных лиц с периапикальными и

пародонтальными патологиями и без наличия упомянутых клиничко-рентгенологических признаков свидетельствует о следующем. У 20-29-летних лиц периапикальные изменения в области верхушки корня эндодонтически леченого зуба имелись в 21,0% случаев, пародонтальные изменения – в 3,8% случаев, в то время как число леченых зубов без периапикальной и пародонтальной патологии соответствовало 16,7% и 1,5%. Распределение вышеупомянутых признаков в возрасте 30-39 лет составило соответственно 24,8%, 15,7%, 38,0% и 5,67%.

В результате проведенного осмотра пациенты были в зависимости от тяжести эндодонто-пародонтальной патологии разделены на 3 группы: 1-я группа – 45 пациентов, у которых диагностировано легкое течение эндодонто-пародонтальной патологии сочетанного характера с очагами периапикальной деструкции диаметром от 1 до 3 мм; 2-я группа – 19 пациентов с наличием сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии средней степени тяжести и очагами костной резорбции околоверхушечного пространства диаметром от 3 до 5 мм; 3-я группа – 14 пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией тяжелой степени и периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм.

При индексной оценке исходного состояния пародонта обследованных пациентов 1-й группы получены следующие данные: РМА -  $19,7 \pm 1,60\%$ ; PI -  $1,65 \pm 0,46$  балла; ИГР-У -  $1,79 \pm 0,28$  баллов; РНР -  $1,57 \pm 0,20$  баллов; СРITN – 94,5% ( $4,81 \pm 0,09$  сегмента). Диаметр очага околоверхушечной резорбции в среднем составил  $2,9 \pm 0,2$  мм. Значения исследуемых индексов у пациентов 2-й группы соответствовали  $18,5 \pm 1,60\%$  с балльной оценкой  $1,59 \pm 0,37$ ,  $1,63 \pm 0,25$  и  $1,55 \pm 0,19$  (в 3-й группе соответственно  $22,3 \pm 1,15\%$  с балльным значениям  $2,04 \pm 0,21$ ,  $2,35 \pm 0,21$  и  $1,69 \pm 0,18$ ). Диаметр очага периапикальной деструкции в среднем составил  $2,7 \pm 0,2$  мм и  $4,8 \pm 0,6$  мм.

Показатели индекса РМА у больных с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением в зависимости от интенсивности воспалительного процесса приведены на рис. 2.



**Рисунок 2. – Исходное значение индекса РМА у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией**

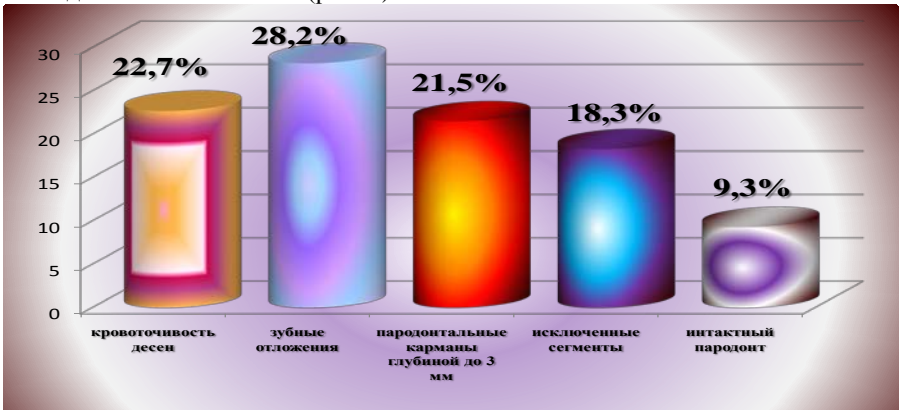
В 1-й основной группе больных с сочетанным эндодонто-пародонтальным

поражением легкая степень тяжести гингивита ( $РМА < 30\%$ ) наблюдалась у 21 (46,7%) пациента. В 14 (31,1%) случаях была выявлена средняя степень тяжести (индекс РМА варьировал в пределах 31-60%). Ещё в 10 (22,2%) случаях была установлена тяжелая степень гингивита ( $РМА > 0,61\%$ ).

Среди обследованных лиц 2-й основной группы степень тяжести воспалительного процесса по индексу РМА составила соответственно 50,0% (3 человек), 35,7% (6 человек) и 14,3% (10 человек) по отношению соответствующих значений 15,8% (7 человек), 31,6% (5 человек) и 52,6% (2 человек) – в 3-й группе обследованных лиц.

В 1-й группе больных с сочетанными эндодонто-пародонтальными заболеваниями в 19 (42,2%) случаях исходные показатели пародонтального индекса указывали на легкую форму патологии:  $PI=0,93\pm 0,27\%$ . В 24 (53,3%) случаях показатели пародонтального индекса соответствовали средней степени воспаления пародонта ( $PI=1,89\pm 0,21\%$ ), при которой наблюдались значительные деструктивные нарушения, о чем свидетельствовали данные рентгенологического исследования. У 2 (4,5%) больных была выявлена тяжелая форма воспаления пародонта ( $PI=2,41\pm 0,26\%$ ).

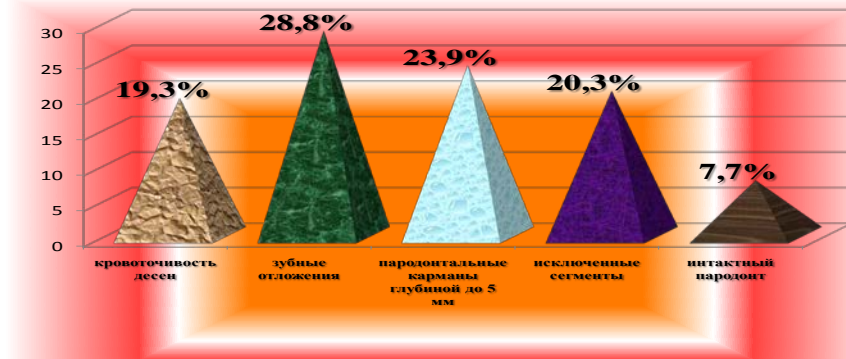
Наличие десневой кровоточивости наблюдалось у 22,7% больных с легкой формой сочетанного эндодонто-пародонтального поражения. Наличие зубных отложений было выявлено в 28,2% случаев, наличие пародонтальных карманов наблюдалось у 21,5% пациентов. Показатели исключенных сегментов у больных данной группы составили в среднем 18,3%, интенсивность зубов с интактным пародонтом составила 9,3% из шести обследованных сегментов (рис. 3).



**Рисунок 3. – Интенсивность индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени тяжести, %**

В группе обследованных пациентов с сочетанной эндодонто-

пародонтальной патологией средней степени тяжести распространенность патологических признаков в пародонтальных тканях по индексу СРІТN составила 98,7% при интенсивности  $5,54 \pm 0,40$  сегмента. Десневая кровоточивость наблюдалась у 19,3% пациентов при интенсивности  $1,16 \pm 0,04$  сегмента. Наличие над- и поддесневых отложений в зубах наблюдалось в 28,8% случаев, что также соответствовало среднему уровню, а интенсивность данного показателя составила  $1,73 \pm 0,07$ , т.е. также указывающая на средний уровень интенсивности. Наличие зубодесневых карманов (до 5 мм в глубину) отмечалось в 23,9% случаев при их интенсивности  $1,43 \pm 0,07$  сегмента. Наличие исключенных зубов наблюдалось в 20,3% случаев, а их интенсивность составила в среднем  $1,22 \pm 0,18$ . Частота интактного пародонта составили 7,7% случаев при его интенсивности  $0,46 \pm 0,04$  (рис. 4).



**Рисунок 4. – Интенсивность индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией средней степени тяжести, %**

При изучении индекса СРІТN у больных с тяжелой формой эндодонто-пародонтального поражения показатель распространенности пародонтитов составил 100%, при этом интенсивность данного признака составила  $6,0 \pm 0,18$  сегмента. Интенсивность исключенных зубов у пациентов данной группы была наиболее высокой -  $1,30 \pm 0,06$  сегмента, и наблюдалась в 21,7% из шести обследованных сегментов. Наличие зубодесневых карманов ( $>5$  мм в глубину) отмечалось в 7,7% случаев при их интенсивности  $0,46 \pm 0,02$ .

У стоматологических пациентов здоровье полости рта в значительной степени определяется их поведенческими факторами. Работая в указанном аспекте у больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией, нами доказана связь возникновения эндодонтических и пародонтологических осложнений с таким поведенческим фактором риска, как плохая личная гигиена полости рта.

С учетом вышеизложенного, мы проанализировали, как связана своевременность обращения к стоматологам с уровнем санитарной культуры

пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией. Проблема сохранения стоматологического аспекта здоровья рассматривалась в рамках социологического опроса пациентов.

Для характеристики мнений пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией о первичной профилактике стоматологических заболеваний существенным является повод обращения к врачу. По данным опроса, среди мужчин-респондентов нами выделены две наиболее многочисленные и примерно равные группы: первая группа - 22,7% опрошенных обращались к стоматологу сразу же при появлении первых признаков эндодонто-пародонтальных поражений; вторая - 31,9% опрошенных обращались к стоматологу только с острой болью. Среди опрошенных женщин данные показатели соответствовали 28,0% и 20,9%.

Выявили определенная специфика поводов обращения к стоматологу в каждой возрастной группе пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией: в младших возрастах это большая частота профилактических визитов – 15,4% (20-29 лет) и 14,7% (30-39 лет) против 5,5% среди 40-49-летних и 3,0% среди лиц 50 лет и старше. Среди 20-29- и 30-39-летних опрошенных, в сравнении с более старшими респондентами (40-49 лет, 50 лет и старше), достоверно выше доля обращающихся к стоматологу на ранних стадиях развития эндодонто-пародонтальной патологии (соответственно 27,0% и 32,6%), ниже удельный вес тех, кого только острая боль вынуждает идти к стоматологу (соответственно 25,8% и 14,6%). Число респондентов, не ответивших на вопрос о поводах обращения за стоматологической помощью, прямо пропорционально возрасту респондентов – 3,1%, 5,0%, 9,9% и 14,5% соответственно.

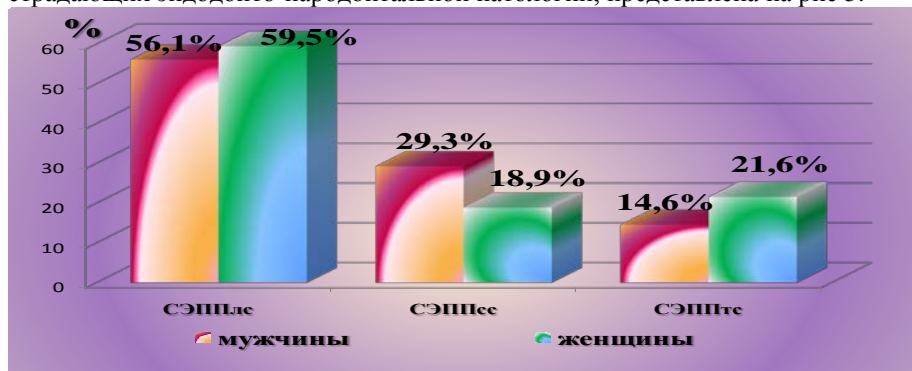
Все варианты ответов на вопрос «Чем определяется позднее обращение?» можно разделить на две группы. Первая объединяет ответы в соответствии с логикой «Зубная боль – не угроза для жизни, есть более срочные дела», где значимыми причинами позднего обращения являются очереди (8,5%), территориальная недоступность (4,0%), отсутствие средств для получения качественной помощи (15,6%), а также внимание к здоровью зубов (11,5%). Вторая группа ответов связана с боязнью стоматологических манипуляций (24,2%) и мнением, что стоматологические вмешательства связаны с риском для здоровья (1,7%).

Распределение ответов о причинах позднего обращения дифференцировано по значимым для респондентов поводам визита к стоматологу. В группе пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией, регулярно обращающихся для профилактического осмотра, лишь четверть респондентов не стали отвечать на этот вопрос, или ответили, что не доводят проблемы до запущенного состояния. Около половины респондентов (46,8%) дали ответы в соответствии с логикой «Зубная боль – не угроза для жизни», а 17,2% - ответы об опасении стоматологических вмешательств.

Наибольшая доля лиц, не рассматривающих здоровье зубов как значимую

проблему, обозначилась в группе респондентов, которые обращаются к стоматологу при появлении достаточных материальных средств (71,6%). Распределение ответов о причинах позднего обращения определяется поведением по сохранению здоровья зубов. Прослеживается четкая тенденция: чем более значима проблема эндодонто-пародонтальной патологии здоровья зубов для респондентов, тем более адекватно их поведение в отношении сохранения здоровья таких зубов.

Особенности поведения пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией отражаются и на их отношении к различным мерам первичной профилактики, что демонстрируется ответами респондентов на вопрос, какие из представленных в анкете мер профилактики стоматологических заболеваний они считают значимыми. Частота встречаемости различных типов отношения к болезни у пациентов, страдающих эндодонто-пародонтальной патологией, представлена на рис 5.



**Рисунок 5. - Гендерное распределение пациентов, страдающих сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией**

Как свидетельствуют данные иллюстрации, количество мужчин и женщин с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени составили соответственно 56,1% и 59,5%, средней – 29,3% и 18,9%, тяжелой степени – 14,6% и 21,6%.

У пациентов, страдающих легкой формой эндодонто-пародонтальной патологии, отмечаются наиболее благоприятные показатели личностного реагирования на болезнь. Согласно полученным результатам, среди 21 пациента 1 группы в 11 (52,4%) случаях наблюдался гармонический тип отношения к болезни, в 4 (19,0%) случаях наблюдался эргопатический тип, ещё в 2(9,5%) случаях наблюдался анозогнозический тип. Меланхолический тип наблюдался лишь в 1 (4,8%) случае, а дисфорический тип был установлен в 3 (14,3%) случаях.

У пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией средней

степени тяжести (19 человек) отмечены нижеследующие формы отношения к существующей у них патологии: тревожный (5 человек, 26,3%), меланхолический (3 человека, 15,8%), ипохондрический (2 человека, 10,5%), неврастенический (21,0%), эргопатический (1 человек, 5,3%), анозогнозический (3 человека, 15,8%) и паранойяльный (1 человек, 5,3%).

У лиц с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией тяжелой степени тяжести тревожный тип отношения к болезни обнаружен в 27,8% случаев, меланхолический – в 16,7% случаев, апатический – в 11,1% случаев, неврастенический, гармоничный и сенситивный типы отношения – соответственно в 22,2%, 16,7% и 5,5% случаев.

Проведенное успешное лечение с продолжительностью более 15 суток у пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией средней степени тяжести позволило в 68,4% случаев (13 человек) изменить мнение к существующей патологии на благоприятное, относящиеся к гармоничной тип отношения, в 10,5% случаев – к тревожный, в 15,8% случаев – к эргопатический, в 5,3% случаев – к анозогнозический тип отношения.

Проведенное комплексное эндодонто-пародонтальное лечение у больных с тяжелой формой заболевания способствовало перемене их отношения к патологии. Так, в 3 (16,7%) случаях после проведенной терапии наблюдался гармоничный тип отношения к болезни, в 22,2% случаев – эргопатический тип отношения, в 16,7% случаев – анозогнозический, в 5,5% случаев – неврастенический, в 11,2% случаев – меланхолический, в 5,5% случаев – апатический. По окончании терапии, независимо от ее эффективности, наблюдался рост числа больных с эгоцентрической, паранойяльной и дисфорической типами отношения к болезни – соответственно 11,2%, 5,5% и 5,5%.

Как свидетельствуют полученные результаты, у пациентов 1-й основной группы существенное уменьшение размеров очагов деструкции отмечалась спустя как 6, так и 12 месяцев после эндодонтического лечения и различия в зависимости от временного фактора были достоверными. Так, диаметр очага околоверхушечной резорбции спустя 6 месяцев после эндодонтического лечения в среднем уменьшился в 1,9 раза, доходя до значения  $1,5 \pm 0,3$  мм против исходного значения ( $2,9 \pm 0,2$  мм). Еще большее уменьшение размеров очагов околоверхушечной резорбции у пациентов 1-й группы имело место через 12 месяцев после эндодонтического лечения. Полученные данные показали, что за этот период наблюдения диаметр очага деструкции достоверно снизился до значения  $0,6 \pm 0,2$  мм против исходного значения рентгенологической картины ( $2,9 \pm 0,2$  мм).

Во 2-й группе через 12 месяцев после адекватного эндодонтического лечения выявлен более удовлетворительный рентгенологический результат. Произведенные расчеты показали, что через 12 месяцев наблюдения убыль очага околоверхушечной резорбции в среднем составила  $39,1 \pm 2,3\%$  относительно исходного диаметра очага и  $48,2 \pm 3,4\%$  по отношению размера очага спустя 6 месяцев после эндодонтического лечения. Напротив, в



отношении патологических признаков пародонтологического характера не были достигнуты позитивные сдвиги. Это можно объяснить тем, что среди контрольной группы пациентов не были реализованы основополагающие принципы профессиональной гигиены полости рта.

У пациентов 3-й группы редукция диаметрального показателя очага периапикальной резорбции через 6 месяцев после эндодонтического лечения составила  $60,4 \pm 3,4\%$ , спустя 12 месяцев значение исследуемого показателя составило  $93,8 \pm 4,2\%$  в сравнении с исходной величины диаметра околоврхушечной деструкции ( $4,8 \pm 0,6$  мм).

У больных, в лечении которых не использовались кальцийсодержащие средства (2-я группа) и не применялся плазмолифтинг, размеры очага околоврхушечной деструкции после проведенной комплексной терапии спустя 24 месяца сократились в  $39,1 \pm 2,3\%$  случаев. У больных, в лечении которых применялся кальцеин адванс (по 500 мг 2 раза в день в течение 30 дней) и использовался плазмолифтинг (1-я группа), размеры очага периапикальной деструкции уменьшились в  $60,0 \pm 3,5\%$  случаев. А в группе лиц, которым препарат назначался аналогичным образом, но в течение 3 месяцев с выполнением плазмолифтинга (3-я основная) – в  $93,8 \pm 4,2\%$  случаев.

В результате динамического наблюдения за пародонтологическими признаками у пациентов с сочетанным поражением пародонта и околоврхушечных тканей в зависимости от реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера с применением плазмолифтинга, антимикробных и антиоксидантных препаратов отмечались следующие результаты. При сравнении показателей индексов PI, ИГР-У, РНР у больных эндодонто-пародонтальным поражением до и спустя 10 дней после проводимой терапии отмечалось их заметное снижение (табл. 4).

**Таблица 4. - Индексная оценка состояния тканей пародонта до и после лечения у пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой и средней степеней тяжести ( $M \pm m$ )**

Индексные показатели	1-я основная группа (легкая степень тяжести)			2-я основная группа (средняя степень тяжести)		
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
		10 дней	20 дней		10 дней	20 дней
РМА (%)	$19,7 \pm 1,60$	$15,3 \pm 0,81^*$	$15,9 \pm 0,80^*$	$22,3 \pm 1,15$	$16,7 \pm 0,49^*$	$7,9 \pm 0,36^{**}$
PI (баллы)	$1,65 \pm 0,46$	$0,90 \pm 0,21^*$	$0,63 \pm 0,19$	$2,04 \pm 0,21$	$1,48 \pm 0,22$	$0,75 \pm 0,20^{**}$
ИГР-У (баллы)	$1,79 \pm 0,28$	$1,31 \pm 0,29^*$	$1,09 \pm 0,12$	$2,35 \pm 0,21$	$1,72 \pm 0,30$	$1,43 \pm 0,20^*$
РНР (баллы)	$1,57 \pm 0,20$	$1,20 \pm 0,14^*$	$1,01 \pm 0,10$	$1,69 \pm 0,18$	$1,47 \pm 0,21$	$1,19 \pm 0,29^*$

**Примечание:** \* $p < 0,05$  - достоверность различий с исходными значениями;

\*\* $p < 0,05$  - достоверность различий между 10 и 20 днями после лечения.

Для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий, которые применяли при наличии сочетанного эндодонто-пародонтального поражения, пациенты были разделены на две группы. Среди пациентов

первой группы применялось лечебно-профилактическое воздействие, включавшее, наряду с комплекса мероприятий, применение плазмолифтинга, а для второй, так называемой группы сравнения, применялось традиционное комплексное лечебно-профилактическое мероприятие.

Клиническое обследование показало, что на первичном приеме у всех пациентов без исключения гигиена полости рта была неудовлетворительной. Так, среди обследованных лиц с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени тяжести значение папиллярно-маргинально-альвеолярного и комплексного периодонтального индексов было равно максимальному значению (соответственно  $32,50 \pm 1,14\%$  и  $3,41 \pm 0,10$  балла). Такое же неблагоприятное состояние зарегистрировано при изучении пародонтального индекса ( $4,21 \pm 0,17$  балла), упрощенного индекса гигиены полости рта ( $2,25 \pm 0,07$  балла), индекса кровоточивости десневой борозды ( $2,78 \pm 0,21$  балла), индекса подвижности зубов ( $2,05 \pm 0,05$  балла) и глубины пародонтальных карманов ( $2,72 \pm 0,23$  мм) до реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндодонто-пародонтального характера. Такая же тенденция наблюдалась у лиц со средней тяжести вышеназванной патологии – соответственно  $35,27 \pm 1,17\%$ ,  $4,18 \pm 0,15$  и  $5,14 \pm 0,22$  баллов,  $2,33 \pm 0,10$  и  $2,82 \pm 0,24$  баллов,  $2,44 \pm 0,10$  балла и  $4,65 \pm 0,23$  мм.

Из полученных данных можно заключить, что показатели индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения в ближайшие сроки после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий, с выполнением подслизистого введения аутоплазмы, значительно улучшались. В течение недели от начала реализации лечебно-профилактических мероприятий наблюдалась тенденция к дальнейшему снижению комплексного периодонтального индекса у лиц с легкой и средней формой эндодонто-пародонтального поражения (соответственно на  $19,1\%$  и  $15,6\%$ ). Аналогичное снижение зафиксировано в отношении пародонтального индекса (соответственно на  $27,1\%$  и  $25,3\%$ ), упрощенного индекса гигиены полости рта (соответственно на  $73,3\%$  и  $60,5\%$ ), индекса кровоточивости десневой борозды (соответственно на  $79,1\%$  и  $59,2\%$ ), величина подвижности зубов (соответственно на  $25,9\%$  и  $12,7\%$ ), а также глубины пародонтальных карманов (соответственно  $50,7\%$  и  $23,0\%$ ).

При сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии легкой степени тяжести усредненное значение комплексного периодонтального индекса через 7 дней от начала активной реализации соответствующих мероприятий уменьшилось на  $13,7\%$ , при средней степени тяжести вышеупомянутой патологии – на  $10,9\%$ .

Через 7 дней после начального этапа лечебно-профилактического воздействия пародонтальный индекс у лиц с легкой формой эндодонто-пародонтального поражения продолжал снижаться и достиг значения  $2,66 \pm 0,23$  балла,  $3,84 \pm 0,16$  балла – со средней формой вышеуказанного

поражения. К сроку 7 дней от начала комплексного воздействия у пациентов с легкой формой соответствующего поражения достоверно ухудшилось значение упрощенного индекса гигиены полости рта, достигая редуцированного значения 77,9%, со средней степени тяжести – 58,8%.

Сравнительный анализ, проведенный между группами, показал, что после комплексного лечения без использования курса плазмолифтинга, у пациентов I и II группы глубина пародонтальных карманов через 7 дней исследования было значительно ниже (соответственно  $2,33 \pm 0,06$  мм и  $4,04 \pm 0,20$  мм) по сравнению с группой, получившая аутоплазмы (соответственно  $1,34 \pm 0,14$  мм и  $3,58 \pm 0,12$  мм). Как следует из данных, между группами глубина пародонтальных карманов в зависимости от тяжести эндодонто-пародонтальной патологии, по сравнению с исходными значениями, снизилась на 35,5% и 16,00% в группе сравнения, 50,7% и 23,0% в группе, включающего плазмолифтинг.

В отдаленные сроки наблюдения у группы пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой и средней степени тяжести отмечалась тенденция к снижению показателей папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (соответственно на 22,3% и 18,7%), комплексного периодонтального индекса (соответственно на 22,3% и 11,7%), пародонтального индекса (соответственно на 22,8% и 15,8%), упрощенного индекса гигиены полости рта (соответственно на 53,3% и 47,6%), индекса кровоточивости десневой борозды (соответственно на 39,9% и 29,8%), а также величина подвижности зубов (соответственно на 14,2% и 6,2%).

В отдаленные сроки наблюдения у лиц основной группы глубина пародонтальных карманов в зависимости от тяжести сочетанной патологии эндодонто-пародонтального характера уменьшилась на 44,9% при легкой и на 15,5% при средней ее форме по сравнению с исходными данными.

Результаты обследования, проведенного через 6 месяцев после активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий без использования плазмолифтинга, показали, что в I и II группе среди лиц с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой и средней степени тяжести значение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса снизилось недостоверно (на 12,0% и 5,2% соответственно). Недостоверное снижение показателя пародонтального индекса обнаружено при легкой степени вышеуказанной патологии (на 6,3%), со средней формой – на 5,3%.

До лечения результаты данного рентгенологического исследования показали, что выявленные изменения альвеолярной кости у пациентов в основном были активными, т.е. наблюдалась нечеткость и неровность контуров костной деструкции в зонах межальвеолярных гребней, а также вокруг корней, отмечались признаки остеопороза рядом с резорбционной областью. В отдаленном периоде после проведенной терапии отмечалось снижение активности костной деструкции в пародонте: наблюдалось

появление более четких контуров костной ткани, наблюдалось повышение плотности костной ткани на фоне снижения и исчезновения участков остеопороза.

Однако, полная репарация деструктивных участков по данным рентгенологического исследования наблюдалась только у 87,4% больных с легкой степени исследуемой патологии, получивших плазмолифтинг, 83,1% - со средней степени тяжести, 64,5% - в группе сравнения. Признаки повышения активности деструктивных процессов в костной ткани альвеолярных отростков у больных основной группы не наблюдались. В группе сравнения у 17,4% пациентов с легкой формой сочетанного эндодонто-пародонтального поражения и у 28,9% лиц со средней формой деструкция костной ткани увеличивалась.

Таким образом, у пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией в результате активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий, включающего плазмолифтинг, отмечалось снижение воспалительных явления в тканях пародонта, о чем свидетельствовало уменьшение величины всех исследуемых клинических показателей. Следует отметить, что более значимый результат был отмечен в первой группе пациентов с сочетанной формой вышеуказанной патологии легкой степени тяжести.

## ВЫВОДЫ

1. При ретроспективной оценке 1702 ранее пломбированных зубов у 492 стоматологических пациентов рентгенологически было диагностировано 1156 эндодонтически леченых зубов по поводу осложненного кариеса, что составило 67,9% от общего количества запломбированных. Усредненное значение эндодонтически леченых однокорневых и многокорневых зубов среди обследованных мужчин составило соответственно  $1,07 \pm 0,10$  и  $2,72 \pm 0,07$  при соответствующем значении  $1,46 \pm 0,08$  и  $2,65 \pm 0,09$  у женщин. Ретроспективный анализ клинико-рентгенологической картины состояния периапикальных и пародонтальных тканей эндодонтически леченых зубов выявил, что деструктивные изменения в области верхушки корня в среднем имелись у 28,1% зубов ( $1,11 \pm 0,05$ ), а в тканях пародонта этих же зубов в 18,5% случаев ( $0,73 \pm 0,03$ ). В то время среднее число леченых зубов по поводу осложненного кариеса без клинико-рентгенологических признаков периапикальной деструкции и пародонтальных изменений составило соответственно 39,7% ( $1,57 \pm 0,07$ ) и 13,7% ( $0,54 \pm 0,02$ ).

2. При индексной оценке исходного состояния пародонта обследованных пациентов 1-й группы получены следующие данные: РМА -  $19,7 \pm 1,60\%$ ; PI -  $1,65 \pm 0,46$  балла; ИГР-У -  $1,79 \pm 0,28$  баллов; РНР -  $1,57 \pm 0,20$  баллов; СРITN – 94,5% ( $4,81 \pm 0,09$  сегмента). Значения исследуемых индексов у пациентов 2-й группы соответствовали  $18,5 \pm 1,60\%$  с балльной оценкой  $1,59 \pm 0,37$ ,  $1,63 \pm 0,25$

и  $1,55 \pm 0,19$ , в 3-й группе - соответственно  $22,3 \pm 1,15\%$ ,  $2,04 \pm 0,21$ ,  $2,35 \pm 0,21$  и  $1,69 \pm 0,18$ . Диаметр очага околоверхушечной резорбции у пациентов 1-й, 2-й и 3-й группы в среднем составил  $2,9 \pm 0,2$  мм,  $2,7 \pm 0,2$  мм и  $4,8 \pm 0,6$  мм соответственно.

3. Среди мужчин-респондентов выделены две наиболее многочисленные и примерно равные группы: первая группа - 22,7% опрошенных обращались к стоматологу сразу же при появлении первых признаков эндодонто-пародонтальных поражений; вторая - 31,9% опрошенных обращались к стоматологу только с острой болью. Среди опрошенных женщин данные показатели соответствовали 28,0% и 20,9%. Выявили определенная специфика поводов обращения к стоматологу в каждой возрастной группе: в младших возрастах это большая частота профилактических визитов – 15,4% (20-29 лет) и 14,7% (30-39 лет) против 5,5% среди 40-49-летних и 3,0% среди лиц 50 лет и старше. Среди 20-29- и 30-39-летних опрошенных достоверно выше доля обращающихся к стоматологу на ранних стадиях развития эндодонто-пародонтальной патологии (соответственно 27,0% и 32,6%), ниже удельный вес тех, кого только острая боль вынуждает идти к стоматологу (соответственно 25,8% и 14,6%).

4. У пациентов, страдающих легкой формой эндодонто-пародонтальной патологии в подавляющем большинстве случаев отмечены гармонический (52,4%), эргопатический (19,0%) и анозогнозический (9,5%) типы отношения к эндодонто-пародонтальной патологии. У пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией средней степени тяжести отмечены нижеследующие формы отношения к существующей у них патологии: тревожный (26,3%), меланхолический (15,8%), ипохондрический (10,5%), неврастенический (21,0%), эргопатический (5,3%), анозогнозический (15,8%) и паранойяльный (5,3%). У лиц с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией тяжелой степени тяжести тревожный тип отношения к болезни обнаружен в 27,8% случаев, меланхолический – в 16,7% случаев, апатический – в 11,1% случаев, неврастенический, гармоничный и сенситивный типы отношения – соответственно в 22,2%, 16,7% и 5,5% случаев.

5. Редукция диаметрального показателя очага периапикальной резорбции через 6 месяцев после эндодонтического лечения составила  $60,4 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,05$ ), спустя 12 месяцев значение исследуемого показателя составило  $93,8 \pm 4,2\%$  ( $p < 0,001$ ) в сравнении с исходной величины диаметра околоверхушечной деструкции ( $4,8 \pm 0,6$  мм). При сопоставительной оценки упомянутого показателя в сроки наблюдения от 6 до 12 месяцев убыль очага резорбции составила  $84,2 \pm 3,1\%$ . Использование плазмолифтинга, прием кальцийсодержащих препаратов системного действия в рекомендуемых производителем дозах и применение препаратов содержащих антимикробных и антиоксидантных средств существенно влияет на скорость восстановления костной ткани в периапикальных тканях очага деструкции и околозубных тканей.

6. Показатели индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий, с выполнением подслизистого введения аутоплазмы, значительно улучшались. В группе пациентов с легкой формой патологии величина папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса уменьшилась, в среднем, на 28,2%, при средней формы тяжести эндодонто-пародонтальной патологии - на 17,8%. В отдаленные сроки также наблюдалась тенденция к дальнейшему снижению комплексного периодонтального индекса у лиц с легкой и средней формой эндодонто-пародонтального поражения (соответственно на 19,1% и 15,6%). Аналогичное снижение зафиксировано в отношении пародонтального индекса (соответственно на 27,1% и 25,3%), упрощенного индекса гигиены полости рта (соответственно на 73,3% и 60,5%), индекса кровоточивости десневой борозды (соответственно на 79,1% и 59,2%), величина подвижности зубов (соответственно на 25,9% и 12,7%) и глубины пародонтальных карманов (соответственно 50,7% и 23,0%).

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Больным с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией (СЭПП) рекомендуется проводить комплексное обследование (клиническое, клинико-инструментальное, рентгенологическое), а также комплексное лечение (проведение профессиональной гигиены полости рта, консервативное лечение воспалительного заболевания эндопериапикальных тканей, выполнение плазмолифтинга).

2. Установленная корреляционная связь между распространенностью СЭПП и состоянием околозубных тканей должна учитываться при диспансеризации лиц с повышенным риском к стоматологическим заболеваниям, проведении осмотров, лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение эндопериапикальных поражений.

3. В целях совершенствования стоматологической помощи эндодонто-пародонтального характера необходимо расширить объем ежегодной санации полости рта за счет поликлинического лечения заболеваний эндодонта и пародонта, использование современных пломбирочных материалов, усиление профилактического направления эндодонто-пародонтологической помощи.

4. Больным СЭПП следует рекомендовать повторное обследование через 3-6 месяцев после проведения комплексного лечения и, при наличии неблагоприятных клинико-рентгенологических показателей, проводить повторно профессиональную гигиену и противовоспалительную терапию.

5. Результаты исследований могут быть использованы в учреждениях здравоохранения, в учебном процессе в институтах последипломного образования в сфере здравоохранения и медицинских университетах.

### Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Тагаева, Ш.О. Результаты обследования и лечения эндодонто-пародонтальных поражений с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии / **Ш.О. Тагаева**, С.Т. Тахтаходжаева // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. -2018. -№ 1. -С. 75-79.
2. Тагаева, Ш.О. Диагностические и лечебные возможности конусно-лучевой компьютерной томографии при сочетанном поражении эндодонто-пародонтальных тканей: сб. науч. тр. / **Ш.О. Тагаева**, С.Т. Тахтаходжаева // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2018. -С. 219-220.
3. Тагаева, Ш.О. Этиопатогенетические механизмы развития и разновидности эндодонто-пародонтальных поражений / **Ш.О. Тагаева**, А.А. Исмоилов, Х.С. Сафолов // Стоматология Таджикистана. - 2018. - № 1. – С. 75-80.
4. Тагаева, Ш.О. Клинический случай лечения сочетанного эндодонто-пародонтального поражения: сб. науч. тр. / **Ш.О. Тагаева**, С.Т. Тахтаходжаева // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2018. -С. 222-223.
5. Мухиддинов, Ш.Д. Результаты исследования частоты эндопериапикальных осложнений у стоматологических пациентов в зависимости от возраста и пола / Ш.Д. Мухиддинов, С.М. Каримов, **Ш.О. Тагаева** // Стоматология Таджикистана. - 2018. - № 2. – С. 30-33.
6. Тагаева, Ш.О. Совершенствование рентгенологических принципов эндодонто-пародонтального лечения: сб. науч. тр. / **Ш.О. Тагаева**, С.М. Каримов // Стоматологическая помощь работникам предприятий с вредными и опасными условиями труда. - Москва, 2018. -С. 55-58.
7. Тагаева, Ш.О. Существующие принципы классификации и аналитическая оценка эндо-пародонтальных поражений в стоматологии / **Ш.О. Тагаева**, Ш.Д. Мухиддинов, С.М. Каримов // Стоматология Таджикистана. - 2018. - № 2. – С. 74-80.
8. Тагаева, Ш.О. Ситуационная оценка качества эндодонтического лечения у пациентов с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением / **Ш.О. Тагаева** // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. -2018. -№ 3. -С. 69-72.
9. Тагаева, Ш. О. Особенности диагностики и лечения эндодонто-пародонтальных поражений: сб. науч. тр. / **Ш.О. Тагаева**, С.Т. Тахтаходжаева //Материалы 66-ой годичной научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2018. -С. 464-465.
10. Тагаева, Ш.О. Эффективность эндодонтического лечения при пародонтальных поражениях: сб. науч. тр. / **Ш.О. Тагаева** // Материалы 13-ой международной научно практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им . Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2018. -С. 90.
11. Тагаева, Ш.О. Состояние эндопериапикального статуса ранее леченых зубов при эндодонто-пародонтальном поражении / **Ш.О. Тагаева**, Ф.М. Ёраков, З.Д. Давлятмирова // Стоматология Таджикистана. - 2019. - № 1. – С. 35-37.
12. Тагаева, Ш.О. Использование современных методов диагностики для постановки диагноза и мониторинга этапов лечения у пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями / **Ш.О. Тагаева**, С.Т. Тахтаходжаева // Стоматология Таджикистана. - 2019. - № 2. – С. 22-24.
13. 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. Мухиддинов,

**Ш.О. Тагаева, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов // Вестник Авиценны. - Душанбе, 2019. - № 3. - С. 443-449.**

14. Тагаева, Ш.О. Особенности динамики состояния пародонта при комбинированном лечении эндодонто-пародонтального поражения / С.Т.Тахтаходжаева, **Ш.О. Тагаева**, Н.Э. Уманова, Н.А. Убайдуллаева // Авчи Зухал. - Душанбе, 2020. - № 1. - С. 56-60.

15. Тагаева, Ш. О. Опыт использования аутоплазмы в комплексной терапии заболеваний пародонта: сб. науч. тр. / **Ш.О. Тагаева** // Материалы 15-ой международной научно практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». – Душанбе, 2020. -С. 574.

16. Тагаева, Ш.О. Результаты использования аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексной терапии сочетанного эндодонто-пародонтального поражения / **Ш.О. Тагаева** // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2021. - № 2. - С. 68-74.**

#### **Удостоверение на рационализаторское предложение:**

17. Тагаева, Ш.О. Способ клинико-рентгенологической оценки результатов репрограммирования макрофагов в комплексной терапии эндодонто-пародонтального и эндо-периапикального поражения / **Ш.О. Тагаева**, Ш.Д. Мухидинов, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров. Выдано от 29.03.2019 г., № 000234.

#### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПЗ – величина подвижность зуба

ГПК – глубина пародонтального кармана

ИГРУ – упрощенный индекс гигиены полости рта

ИПО в СЗ РТ – Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

КЛКТ - конусно-лучевая компьютерная томография

КПИ – комплексный периодонтальный индекс

КТ - компьютерная томография

ЛПМ - лечебно-профилактическое мероприятие

ООО – общество с ограниченной ответственностью

ОПМГ – ортопантограмма

PI – пародонтальный индекс

PMA – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

СЭПП – сочетанная эндодонто-пародонтальная патология

СЭППлс. - сочетанная эндодонто-пародонтальная патология легкой степени

СЭППсс. - сочетанная эндодонто-пародонтальная патология средней степени

СЭППтс. - сочетанная эндодонто-пародонтальная патология тяжелой степени

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет

ТОБОЛ - тип отношения к болезни

ЭДТА – этилендиаминтетрауксусная кислота

ЭПП - эндодонто-пародонтальное поражение

CRITN - индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

IgA – иммуноглобулин А

RHP - индекс эффективности гигиены полости рта

PRF – тромбоцитарная плазма пациента

SBI – индекс кровоточивости десневой борозды



Разрешено в печать 08.12.2021. Сдано в печать  
13.12.2021. Формат 60x84 1/16. Объем 1,5 п.л.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура  
Times New Roman. Тираж 100 экз. Типография  
ООО “Ориёнгандж”