

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

На правах рукописи

ТАГАЕВА ШАХЛО ОЛИМОВНА

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

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

3.1.7 –стоматология

**Научный руководитель:
кандидат медицинских наук, доцент
Тахтаходжаева С.Т.**

ДУШАНБЕ-2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЭНДОДОНТА И ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ (обзор литературы).....	13
1.1. Этиопатогенетические механизмы развития и разновидности эндо-пародонтальных поражений.....	13
1.2. Классификационные и лечебно-прогностические аспекты эндо-пародонтальных поражений.....	21
1.3. Эндодонтические аспекты стоматологических проблем и современные подходы к эндодонтическому лечению.....	30
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
2.1. Общая характеристика используемого материала.....	40
2.2. Методы исследования.....	47
2.2.1. Методика ретроспективного анализа эндопародонтального состояния эндодонтически леченных зубов.....	47
2.2.2. Методика изучения поведенческих факторов риска у больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией.....	48
2.2.3. Методика клинико-рентгенологической оценки показателей околоверхушечной резорбции и пародонтальной патологии.....	49
2.2.4. Методика изучения личностного реагирования к болезни у стоматологических пациентов, страдающих эндодонто-пародонтальной патологией.....	50
2.2.5. Методика выполнения плазмолифтинга в комплексной терапии сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии.....	51
2.3. Методика статистической обработки полученных материалов...	51
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ И КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭНДОДОНТО-	

ПАРОДОНТАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ЭНДОДОНТА.....	52
3.1. Результаты ретроспективного анализа эндопародонтального состояния эндодонтически леченых зубов.....	52
3.2. Исходные клинико-рентгенологические показатели сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии.....	59
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗУБОВ И ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	68
4.1. Результаты социологического исследования сохранения здоровья зубов и околозубных тканей у больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией.....	68
4.2. Результаты изучения личностного реагирования стоматологических пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией.....	80
ГЛАВА 5. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА И ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ.....	88
5.1. Динамика показателей сочетанного поражения пародонта и околоверхушечных тканей эндодонтически леченого зуба после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий.....	88
5.2. Результаты клинико-индикационной оценки пародонтологического лечения у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией.....	93
5.3. Результаты использования аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексной терапии сочетанного эндодонто-пародонтального поражения.....	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	112
ВЫВОДЫ.....	124
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	126
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	127

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
- РМА - 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
- PHP - индекс эффективности гигиены полости рта
- PRF – тромбоцитарная плазма пациента
- SBI – индекс кровоточивости десневой борозды

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 [1, 3, 9, 10].

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 [31].

Твердые и мягкие зубные ткани представляют собой единую в морфо-функциональном плане систему. Таким образом, развитие патологических изменений в отдельных тканях негативно отражается на функциональности зуба и всей зубочелюстной системы в целом [8]. В связи с этим, при попадании патологических микроорганизмов ангиотубулярным путем из пародонта в эндодонт и обратно происходит развитие сложного каскада патологических, функциональных и морфологических изменений. Вследствие этого, вероятно, возникли такие определения как: «эндодонто-пародонтальные поражения» [104, 147], «пародонтальный синдром» [131], «пародонтально-эндодонтические поражения» [49], «эндодонто-пародонтальная патология» [34, 38, 120].

При поражении эндодонто-пародонтальных тканей образование пульпитов часто сопровождается развитием пародонтита и, наоборот,

воспалительное поражение пародонта сопровождается развитием пульпитов [128, 153].

Плазма крови, обогащенная тромбоцитами, считаются естественными факторами роста в организме. В отличие от гормонов факторы роста могут работать только локально и не циркулируют в крови в свободной форме. При высвобождении в области хронического очага инфекции пародонтального генеза факторы роста обеспечивают: мобилизацию клеток, необходимых для заживления; регулируют рост и минерализацию костной ткани; стимулируют скорость дифференциации клеток, что способствует ускорению формирования десневых тканей и заживлению раны. Наиболее активное выделение тромбоцитами факторов роста происходит в течение первого часа присутствия в ране. В дальнейшем этот процесс замедляется, но, тем не менее, синтез продолжается еще 8 дней [113]. Именно по этой причине использование плазмофореза у лиц с эндодонто-пародонтальной патологией является своевременным и актуальным.

На сегодняшний день в стоматологии вопросы диагностики и лечения сочетанного поражения эндо и пародонтальных тканей представляют собой актуально значимую проблему не только для больного, но и для врача стоматологического профиля. При этом в Республике Таджикистан мало встречаемыми являются данные по изучению указанной проблемы [11, 25]. В связи с этим, многие авторы указывают на необходимость проведения исследований по изучению особенностей эндодонто-пародонтальных заболеваний.

Таким образом, в виду 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 эндодонтопародонтального лечения. При эндодонтопародонтальных поражениях патология пульпы и пародонта часто стимулирует заболевания пародонта и, напротив, пародонтит приводит к инфицированию пульпы со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями [128, 153].

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 [11, 25]. 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 клинико-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 кариелогического 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 14.01.14 - «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 годовых научно-практических конференциях Таджикского государственного медицинского университета с международным участием (2018, 2019, 2020, 2021); на годовых 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 годовых 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.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЭНДОДОНТА И ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ (обзор литературы)

1.1. Этиопатогенетические механизмы развития и разновидности эндопародонтальных поражений

Вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эндопародонтальных поражений ежегодно посвящается большое количество научных работ [20, 49]. Несмотря на это, в настоящее время данная патология остается значимой медицинской и социально-экономической проблемой, характеризуясь широкой распространенностью [17, 18, 98].

Возникающий вследствие сочетанного эндо и пародонтального поражения ряд сложных патологических морфофункциональных изменений определяется как эндопародонтальный синдром (ЭПС) [40]. Наличие связи между заболеваниями пульпы зуба и поражением пародонтальных тканей обусловлено их эмбриональными и анатомо-физиологическими особенностями [19, 72].

Чаще всего пациенты обращаются к стоматологу за помощью вследствие развития патологических воспалительно-деструктивных изменений в пульпе и тканях пародонта. Следует отметить, что ряд схожих клинических проявлений при хроническом апикальном периодонтите эндодонтического генеза в сочетании с хроническим локальным пародонтитом и хроническом апикальном периодонтите на фоне хронического генерализованного пародонтита при одинаковой стоматологической терапии приводит к низким результатам во втором случае [16, 33, 92].

Сочетанные заболевания пульпы и пародонта возникают вследствие близкого расположения указанных тканей. При этом основными местами их соединения являются: слюна, апикальное отверстие, латеральные и

дополнительные каналы и дентинные каналы [22, 28, 32, 74, 83, 134].

Патологические процессы в пародонте и пульпе являются причиной потери более 50% зубов [64]. Персистирующая инфекция в пульпарной ткани, с одной стороны, может вызвать вторичное инфицирование и деструкцию пародонта. С другой стороны, в более редких случаях выраженная пародонтальная инфекция оказывается причиной воспаления пульпы. При этом постановка диагноза и дифференциальная диагностика, по мнению авторов [47, 147], затруднены, поскольку заболевания нередко рассматриваются как самостоятельные процессы, и каждое первичное заболевание повторяет клинические характеристики другого.

Анатомические особенности строения эндодонтических структур, формируемые в период эмбрионального развития, обуславливают механизм миграции бактерий, что ведёт к взаимоусугублению воспалительного поражения эндо и пародонтальных тканей [14, 15].

По мнению Н.Х. Meng [104], сочетанное заболевание пародонта и пульпы является клиническим проявлением микробного воспалительного процесса, который передается из одного отдела в другой через соединения между пульпой и пародонтальными тканями.

В своих исследованиях S. Rupf et al. [70] определили, что выделенные из пародонтальных карманов и каналов зубных корней при ЭПС микроорганизмы аналогичны, при этом большинство из них являлись анаэробами.

При ЭПС в эндодонтических тканях обнаруживаются такие виды микробов, как: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* и *Treponema denticola* [114]. Кроме того, могут встречаться такие грибы, как *Candida albicans* [132].

В своих работах М. Sabeti et al. [66] указывает на, что причиной развития эндодонтических патологий могут являться различного рода вирусы (*Cytomegalovirus*, вирус Эпштейна-Барр, вирус герпеса Ю).

Сочетанные заболевания пародонта и пульпы первично возникают вследствие анатомической близости и наличия между ними сосудистых анастомозов [95, 96], которые объясняются общим эктомезенхимальным происхождением [125, 140].

При хроническом апикальном периодонтите или хроническом перирадикулярном абсцессе нередко у верхушки корня отмечается воспалительная костная резорбция. Указанная деструкция тканей в апикально-корональном направлении в противоположность краевому пародонтиту, который возникает в ответ на инфекции в десневом кармане, называется также ретроградным пародонтитом [27, 147].

Попавшие в зубные ткани инфекционные микроорганизмы могут мигрировать из пульпы в каналы зубных корней, пародонтальные ткани, и обратно, по дентинным канальцам, через апикальное отверстие, а также по боковым и дополнительным каналам [119].

По сведениям D.V. Kirkham [99], боковые отделы пародонта могут сообщаться с пульпой через латеральные каналы, которые проникают в пародонт на 8-19,1 мм апикальнее цементно-эмалевого соединения и встречаются у 23% исследованных зубов. В другом исследовании в 28% образцов диагностированы добавочные каналы, из которых 10% заканчивались на боковой поверхности корня [84].

У восьми зубов боковые каналы локализовались коронально, из них у пяти микроскопически подтвердилось соединение с пародонтальным карманом [122]. F.J. Vertucci [150] фуркационные каналы обнаруживал в 20-60% образцов. В молярах нижней челюсти их средний диаметр составлял 720 мкм.

В эндодонто-пародонтальном комплексе следующей соединяющей структурой являются дентинные канальцы, которые начинаются у пульпарно-дентинного комплекса с диаметром 2-5 мкм и распространяются до эмалево-дентинной границы, где их диаметр составляет до 9 мкм [146]. На 1 мм² поверхности пришеечного отдела зубного корня расположено до 15000

дентинных канальцев [120].

Согласно данным J.H. Simon et al. [130, 143], при проведении некоторых стоматологических вмешательств (профессиональная чистка зубов, снятие зубного камня, «запечатывание» фиссур и т.д.), а также при изменениях в тканях пародонта может произойти раскрытие дентинных канальцев. Через данные каналы может отмечаться сообщение пульпы с наружной поверхностью корня при деструкции цемента, в результате чего наблюдается гиперчувствительность шеек зубов [121].

Благодаря конической форме проницаемость канальцев повышается по мере углубления кариозного процесса в дентин. Установлено, что микробная колонизация дентинных канальцев может исходить из корневых каналов [129], а также пародонтальных карманов [108].

Следует отметить, что пульпа и пародонт сообщаются между собой через апикальное отверстие. Последнее является каналом миграции микроорганизмов, их токсинов и продуктов воспаления, в результате чего происходит периапикальное поражение, либо переход воспалительного процесса на пульпу из глубоких участков карманов пародонта [120].

Таким образом, при наличии большого числа дополнительных каналов в зубах возрастает риск распространения инфекции в случае воспалительного поражения эндо- и пародонтальных тканей [113].

К первичным причинам патологических процессов в пульпе также относятся аномалии развития, например нёбно-десневая борозда. Такие борозды встречаются в 4,4% боковых и 0,28% центральных резцов [144]. Сообщается о распространенности нёбно-десневой борозды в пределах 1,9-8,5% [78].

Нёбно-десневая борозда в большинстве случаев наблюдается на верхней челюсти в области центральных и латеральных резцов, при этом она идёт от шейки зубного корня до его верхушки [94]. По мнению данных

авторов, нёбно-десневая борозда сама по себе является довольно проблематичным фактором для пациента в плане появления сложностей при чистке зубов, а также и для стоматолога, так как в таком сложноступном месте происходит скопление зубного налета.

По сведениям J.H. Simon et al. [131], нёбно-десневые борозды связаны с формированием глубоких изолированных пародонтальных карманов трубчатой формы с внутрикостными дефектами и сообщением с пульпой возникает в зависимости от их глубины, протяженности и сложности. При рентгенологическом исследовании нёбно-десневые борозды представлены на снимках в виде темных линий, располагающихся параллельно либо наклоняющихся на проекцию корневых каналов [142]. Данные определяемые линии называются околопульпарными или темными вертикальными линиями [81].

В случае перфорации стенки корня образуется сообщение между его каналом и периодонтальной связкой. Это может произойти вследствие развития кариеса зубов, остеорезорбции или повреждения стенок зубных корней во время стоматологического вмешательства [96].

Корневые каналы сообщаются с периодонтом посредством дентинных канальцев, каналов в области разветвления корней, боковых и дополнительных корневых каналов, а также через апикальное отверстие [55, 108, 122]. Наиболее частой локализацией боковых и дополнительных каналов является верхушечная треть зубного корня [87]. В своих исследованиях Q.D. De Deus [73] наблюдал наличие дополнительных каналов в 27,4% исследуемых зубов. По данным J.L. Guttman [84], в 25,5% случаев они наблюдаются в области бифуркаций.

В работах некоторых ученых [73, 84] частота встречаемости дополнительных каналов в молярных зубах в области фуркации составляет 30%, а латеральные каналы наблюдаются в 10% случаев. Воспаление пульпы зуба нередко приводит к воспалению периодонта

[115], в результате распространения микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности в периапикальные ткани [85, 137, 138].

В стоматологической практике различают первичные пульпарные поражения с вовлечением пародонта, первично пародонтальные поражения с вовлечением пульпы и истинно сочетанные пульпарно-пародонтальные поражения [130, 131]. Патология пульпы в результате первичного пародонтита характеризуется неблагоприятным прогнозом, в то время как регенерация пародонта при первичном поражении пульпы в случае адекватного эндодонтического лечения более вероятна [154].

Изучая влияние заболевания пульпы на пародонт, К. Kerekes et al. [93] считают, что микробная флора в первичных эндодонтических инфекционных очагах по составу аналогична глубоким пародонтальным карманам. Воспаление пародонта, по их мнению, поддерживается за счет аккумуляции бактерий в зубодесневой области, а эндодонтические патологические очаги непосредственно соответствуют локализации инфекции в системе каналов.

Существующая иммунологически активная зона в пульпе зуба локализует очаг эндодонтического поражения и блокирует распространение патогенных микроорганизмов из эндодонтической системы в окружающие ткани [133]. По сведениям S. Seltzer et al. [128], отсутствие лечения эндодонтической инфекции является фактором риска прогрессирования пародонтального заболевания.

По мнению авторов дальнего зарубежья [82, 100, 101, 103, 110, 127, 145], также существует, наоборот, влияние пародонтита на эндодонтическую систему. В работах этих исследователей влияние пародонтита на пульпу зуба являлось предметом противоречивых дискуссий. Так, отложение микробного налета на обнаженной вследствие деструкции пародонта поверхности корня может вызвать патологический процесс в эндодонтической системе [62]. В корнях зубов в области поражения пародонта наблюдались воспалительные изменения, клеточные инфильтраты и некроз пульпарной ткани [128].

Микробные продукты жизнедеятельности и токсины могут дополнительно проникать в пульпу через открытые дентинные каналы, при этом также имеет значение тип пародонтологического лечения, например снятие отложений или сглаживание поверхности корня и аппликация лекарственных препаратов [82].

Изучая патоморфологические аспекты эндопериодонтальных осложнений при эндодонтическом лечении, L.L. Kirkevang et al. [98] констатируют, что длительное хроническое воспаление в периодонтальных тканях является реакцией организма на присутствие микроорганизмов в корневых каналах зуба, высвобождающих продукты своей жизнедеятельности и антигены через апикальное отверстие в близлежащие ткани.

При периапикальных поражениях эндодонтического происхождения и пародонтите запускаются схожие патогенетические механизмы, связанные с бактериальным воспалением, ответом системы иммунных клеток и остеоллизисом [17]. Развитие патологических изменений в эндодонте обусловлено бактериальной контаминацией пульпы, развитием в последней воспалительного и некротического процессов, костной резорбцией в периапикальной области и образованием гранулемы или кисты [35].

Множественная инфекция при перио- и пародонтальных поражениях, а также психогенные факторы риска посредством иммунологических реакций способствуют усилению активности костнорезорбционного процесса. Активность остеокластогенеза будет продолжаться до того момента, пока не будут инактивированы микроорганизмы. При этом деструктивный процесс в тканях обусловлен тем, что активность цитокинов и протеолитических веществ приводит к деградации соединительной ткани и резорбции костной ткани в области эндодонто-пародонтального поражения [30, 36].

В своих исследованиях К. Langeland et al. [100] обнаружили ретроградное поражение пульпы у больных с пародонтитом из-за распространения микробного налета до апикального отверстия. Вопреки

этому в исследованиях

В. Mazur et al. [103] и М. Torabinejad et al. [110] отмечалось полное сохранение функциональной способности пульпы даже при тяжелых формах пародонтита.

Четкая ассоциация между прогрессирующим пародонтитом и поражением пульпы до сих пор не установлена. Тем не менее, при пародонтите отмечается сужение корневых каналов по сравнению с зубами со здоровым пародонтом. Однако данное наблюдение R.L. Lantelme et al. [101] интерпретируется как репаративный процесс, чем воспалительная реакция.

Интерпретируя комбинированные поражения пародонта и пульпы зуба G. Sundqvist [137] и Р. Stashenko et al. [133] пришли к выводу о том, что заболевания пародонта и пульпы вызываются анаэробной смешанной инфекцией, ассоциированной с микробным налетом, которая имеет много общего по ряду микробиологических и иммунологических аспектов.

По мнению других исследователей [60, 105], общими патогенными микроорганизмами при комбинированном поражении пульпы и пародонта являются *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus*, *Eubacterium*, *Carnocytophaga* и *Lactobacillus spec.*

При здоровом пародонте и некротизированной пульпе доминирует только один-два вида бактерий. В противоположной ситуации, при наличии пародонтита с глубокими карманами, подчеркивают G.H. Bergenholtz et al. [63] и W.E. Moore [106], состав микроорганизмов в корневом канале и пародонтальном кармане аналогичен. Вероятна перекрестная инфекция между пародонтальным карманом и эндодонтической системой [153].

Сохранение зуба при развитии сочетанной патологии пульпы и пародонта, по мнению М. Arnold [59], является трудноосуществимым. Проведение технически сложных манипуляций, например закрытие перфорации, извлечение инородных материалов из корневых каналов или обработка облитерированных их участков, возможны при использовании

современных технических средств, достаточном клиническом опыте и глубоких теоретических знаниях.

Таким образом, одной из наиболее частых причин обращений за терапевтической стоматологической помощью являются воспалительно-деструктивные заболевания эндодонто-пародонтального характера. Сочетанные заболевания пульпы и пародонта являются клиническим проявлением воспалительного процесса микробной природы, который передается из эндодонта в пародонтальных структур. При эндодонто-пародонтальных поражениях запускаются схожие патогенетические механизмы, связанные с бактериальным воспалением, ответом системы иммунных клеток и остеоллизисом периапикальной зоны.

1.2. Классификационные и лечебно-прогностические аспекты эндо-пародонтальных поражений

Сложности для классификационного различия между эндо и пародонтальными поражениями представляет отсутствие характерных проявлений для каждого из них по отдельности. При развитии данного заболевания, как правило, сохранность зуба непродолжительная, при этом специалисты чаще при лечении останавливают свой выбор на удалении зуба, а ретроспективно определить первичность развития данного заболевания представляется сложным. Существующие на сегодняшний день классификации эндо-пародонтальных патологий созданы с учетом этиопатогенетических особенностей заболевания, методов его лечения и прогноза [39].

Особенности эндодонто-пародонтических поражений. В своих работах С. Clarke [67] сообщает о том, что при эндодонто-пародонтальных поражениях некроз пульпы может способствовать развитию воспалительного процесса в области периодонтальной связки и альвеолярной кости путем миграции патогенных микроорганизмов через раскрывшиеся дополнительные каналы зубного корня и через апикальное отверстие.

Пародонтальный карман при данном заболевании имеет, как правило, глубокий ход с постепенным расширением к апикальной части зуба. По этой причине, при развитии некроза пульпы может наблюдаться быстрое распространение воспалительного процесса на пародонтальные ткани с образованием пародонтальных карманов, в полости которых может наблюдаться гнойно-воспалительный экссудат. Кроме того, возможна угловая потеря костной массы, отечность десневой ткани с появлением кровоточивости из неё, а также шаткость зубов.

Особенности пародонто-эндодонтических поражений. Некоторые ученые [62] полагают, что при воспалительном процессе в пародонте не страдает пульпа до тех пор, пока процесс не дойдет до апикальной части корня. В свою очередь А.И. Грудянов с коллегами [19] привели свои данные о возможности перехода инфекционного процесса с пародонта на пульпу посредством дополнительных каналов, а при глубоком поражении пародонта микроорганизмы могут мигрировать и через апикальное отверстие.

Комбинированные пародонто-эндодонтальные и эндодонто-пародонтальные патологии имеют место в случае одновременно происходящих некротических поражений пульпы зуба и периапикально-пародонтальных изменений со схожими микроорганизмами, находящимися в эндодонте и пародонтальных карманах [71].

J.H. Simons соавторами [130] разработали следующий вариант классификации сочетанных поражений пульпы и пародонта:

- первичное поражение эндодонта;
- первичное поражение эндодонта с вторичным вовлечением пародонта;
- первичное поражение пародонта;
- первичное поражение пародонта с вторичным вовлечением эндодонта;
- комбинированное поражение эндодонта и пародонта.

Согласно данным авторам [131], при первичном повреждении эндодонта в виду развития некротического процесса в пульпе маргинальным путем может возникнуть выход экссудата, при этом

будет наблюдаться картина пародонтального поражения. Авторы рекомендуют в такой ситуации исследовать глубину пародонтального кармана, используя для этого гуттаперчевый штифт. Выход экссудата может происходить в области бифуркации. Как правило, при первичном поражении эндодонта применяемая эндодонтическая терапия дает хорошие результаты. Даже маргинальный процесс или возникшие при этом патологические изменения в фуркации могут пройти в результате эндодонтического лечения.

Первичное поражение эндодонта (пульпы) характеризуется следующими проявлениями:

- свищевой ход начинается у верхушки корня, бокового или фуркационного канала;
- зуб с кариозной полостью, восстановлен пломбой, покрыт коронкой или девитализирован;
- боль отсутствует или незначительная;
- отложения зубного камня минимальные или отсутствуют;
- отек прикрепленной десны;
- выделение экссудата через свищ;
- зондируемый и визиализируемый свищевой ход открывается в области десневой борозды или на свободной или прикрепленной десне;
- атрофия кости в области бифуркации.

При первичном поражении эндодонта (пульпы) с вторичным вовлечением пародонта наблюдается нижеследующая картина: [130, 131]

- утрата чувствительности зуба (некроз пульпы);
- острый или хронический процесс;
- гнойное отделяемое из пародонтального кармана (гнойная экссудация);
- одиночный костный карман, распространяющийся до верхушки корня; вовлечение бифуркации или латеральный патологический очаг

(ретроградный пародонтит;

- резорбция корня и деструкции кости.

При первичном поражении пародонта хронический маргинальный периодонтит распространяется вдоль поверхности корня, вплоть до апикальной его части. Начальная реакция пульпы протекает без особенностей, а затем она становится неадекватной. В области маргинального края формируется V-образный карман и наслоения зубного камня. Дальнейшее течение процесса зависит от состояния костной ткани альвеолярного отростка и эффективности эндодонтической терапии.

Авторы [131, 143] отмечают, что при первичном поражении пародонта и наличие пародонтита от средней до тяжелой формы вовлечение пульпы не подтверждается, т.е. наблюдается:

- нормальная реакция пульпы;
- обильные отложения микробного налета и зубного камня;
- значительная утрата прикрепления;
- глубокие и широкие костные карманы; возможная окклюзионная травма.

Констатируя характеристики первичного поражения пародонта с вторичным вовлечением пульпы (эндодонта), авторы [130] отмечают, что при наличии глубоких пародонтальных карманов пульпа зуба ретроградно вовлекается в воспалительный процесс. При этом, как правило:

- коронка зуба интактна;
- нарастающие пульпитные боли при необратимом пульпите (ретроградный пульпит) с положительным результатом пробы на чувствительность;
- отрицательный результат пробы на чувствительность при наступившем некрозе пульпы;
- обильное отложение микробного налета и зубного камня;
- выраженное и генерализованное увеличение глубины зондирования;
- подвижность зуба;

- рентгенологические изменения (вертикальная костная атрофия, распространяющаяся до боковых каналов или верхушки корня).

По мнению J.H. Simon et al. [131] при наличии такого варианта поражения невозможно проведение стоматологического вмешательства в однокорневых зубах, а в многокорневых зубах возможно выполнение резекции одного из корней. В последнем случае необходимо проведение эндодонтической терапии оставшегося корня с использованием антибактериальной терапии при поражении пародонта.

Возникновение комбинированных поражений может наблюдаться при одновременном развитии некротического процесса в пульпе и пародонтита в одном и том же зубе. В случае соединения обоих видов поражения (эндо- и пародонтального) отмечается усугубление процесса. В таком случае прогноз будет считаться неблагоприятным, особенно в зубах с одним корнем. Характеристика комбинированного поражения пульпы (эндодонта) и пародонта оказалась таковым [130]:

- наличие кариеса, перелома или пломбы;
- потеря чувствительности (некроз пульпы);
- генерализованная патологическая глубина зондирования;
- вероятное вовлечение бифуркации зуба;
- возможные рентгенологические изменения (слияние краевого и периапикального патологического очага через узкую область соединения; локализованное поражение при продольном переломе корня; одновременное наличие всех признаков отмечается не всегда).

При классифицировании эндо-пародонтальных поражений в научных работах С.Т. Велки, J.L. Gutmann [61] присутствует раздел «сопутствующие поражения пульпы зуба и пародонта». По данным авторов, при сочетанных воспалительных поражениях пульпы и пародонтальных тканей этиологическим фактором являются различные бактерии для каждой патологии в отдельности, в виду чего и лечение должно проводиться с учетом этого и индивидуально для каждой из этих патологий.

По предложенной G.W.Harrington et al. [87] классификации эндо-пародонтальные патологии подразделены в зависимости от метода лечения:

- патологии, при которых необходимо применение изолированной эндодонтической терапии;
- патологии, при которых необходимо применение изолированной пародонтологической терапии;
- патологии, при которых необходимо применение комплексной эндо- и пародонтологической терапии.

Согласно классификации К.Н. Rateitschak et al. [68] выделяют 3 типа, при которых учитывается локализация патологического процесса и состояние пульпы:

- при первом типе первичное поражение возникает в эндодонте, отмечается девитализация пульпы;
- при втором типе первичное поражение возникает в пародонте, при этом наблюдается восходящий пульпит;
- при третьем типе имеет место наличие очагов и в каналах зубных корней и в пародонте, отмечается девитализация пульпы.

При эндо-пародонтальных патологиях тактика терапии и её прогноз во многом зависят от корректной и четкой диагностики [42].

Под наблюдением Э.М. Гильмиярова с соавт. [23] находились 207 больных с воспалительно-деструктивными поражениями перико и пародонтальных тканей. В 49 случаях у больных наблюдалась сочетанная форма заболевания (хронический апикальный периодонтит и хронический локализованный пародонтит – 1-я группа), а в 54 случаях у больных был выявлен хронический апикальный периодонтит, который возник на фоне хронического генерализованного пародонтита (2-я группа). Обнаруженные выявленные диагностические особенности среди больных обеих групп явились поводом к дифференцированной тактике их терапии. Проведение эндодонтического лечения у больных 1-ой группы способствовало разрешению воспалительно-деструктивных процессов в перико и

пародонтальных тканях. При лечении больных 2-й группы эффективность терапии повышалась при использовании комплексного пародонтологического лечения.

Эндодонтическое лечение пульпита у больных мужского пола было выполнено на 97 (24,1%) зубах. А у пациентов женского пола данное лечение было проведено на 300 (37,6%) зубах [1].

Авторами [41] наблюдались 34 пациента с инфекционной патологией пародонта, которые были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия периапикальной инфекции. Первую группу составили 16 больных с воспалительным поражением пародонта, протекающего на фоне хронической периапикальной инфекции (эндо-пародонтальный синдром – ЭПС). Вторую группу составили 18 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), без развития апикального периодонтита. У пациентов 1-й группы во всех случаях был диагностирован хронический верхушечный периодонтит: в 5(31,3%) случаях был выявлен фиброзный верхушечный периодонтит, в 7(43,8%) случаях – гранулематозный и ещё у 4 (25,0%) больных наблюдался гранулирующий апикальный периодонтит.

Материалом в исследовании Л.А. Дмитриевой [24] послужило обследование и лечение 26 пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями в возрасте от 36 до 59 лет, принцип лечения которых предусматривал органосохраняющий принцип. При составлении комплексного лечения пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями автор рекомендует обязательное проведение компьютерной томографии и применение адекватных пародонтологических инструментов, соответствующих морфологии фуркационной области поражения.

В своем исследовании В.И. Митрофанова [38] описывает клинический пример повторного лечения 3.5 и 3.6 зубов с комбинированным поражением эндо и пародонта. Согласно полученным результатам, полноценная диагностика и проведение эндодонтической терапии с использованием

микроскопа и современного оборудования способствуют достижению хороших результатов лечения данной патологии.

Следует отметить, что явные воспалительно-деструктивные поражения эндо- и пародонтальных тканей с четкими клиническими проявлениями встречаются не так часто, несмотря на их тесное взаиморасположение. В большинстве случаев воспалительные поражения пульпы и пародонта представляют собой самостоятельную нозологическую единицу, при этом вопросы диагностики и методов их терапии исследуются специалистами на протяжении всей их профессиональной деятельности [20, 21].

L.L. Kirkevang et al. [98], изучали возникающие изменения в эндо-пародонтальном статусе у взрослого населения Дании с 2003 года по 2009 году. Результаты исследования показали, что количество лиц с апикальными изменениями в эндодонтически леченых зубов имеют тенденции к увеличению.

Следует подчеркнуть, что некоторые специалисты плохо знакомы с современными возможностями лечения изучаемой патологии, что является причиной частого выполнения экстракции зуба при ЭПС. Положительные результаты терапии эндодонто-пародонтальной патологии могут наблюдаться при одновременном воздействии на очаг микроорганизмов в корневых и пародонтальных карманах. После этого, по возможности, по мнению П.В. Мороз [39], необходимо использование мероприятий по восстановлению костных опорных структур, что может привести к восстановлению функциональной способности зуба.

При определении метода терапии большое значение имеют данные анамнеза, состояние жизнеспособности пульпы, радиографическое исследование костной плотности, исследовании пародонтальных карманов и свищей с помощью зонда. Специалисты, не оценивающие тип эндо-пародонтальных взаимоотношений, в основном, проводят только эндодонтическую терапию, полагая, что в эндо- и пародонтальных тканях будет происходить одновременное восстановление [88].

Целью анкетирования А.И. Грудянова с соавт. [18] было изучение информированности стоматологов об особенностях выявления и лечения эндодонто-пародонтальных патологий (ЭПП). При опросе специалистов в 90 (51,14%) случаях они указывали на редкую частоту встречаемости ЭПП в их практической деятельности, в 62 (35,24%) случаях стоматологи часто встречались с данной патологией, ещё в 24 (13,64%) случаях опрашиваемые не смогли ответить на этот вопрос.

Некоторые исследователи считают, что о купировании ЭПС после проведения эндодонтической терапии можно судить через 1,5 года от начала лечения и при стабилизации нормальных показателей клинических и рентгенологических исследований [39].

У стоматологических пациентов проведено лечение 40 зубов с эндодонто-пародонтальными поражениями. В течение 3 месяцев из-за отсутствия положительной динамики в исследуемой группе было удалено 5% зубов (все – зубы верхней челюсти), тогда как в контрольной группе (без использования озono-воздушной смеси) было удалено 20% зубов (10% - зубы верхней челюсти, 10% - зубы нижней челюсти) [34].

А.А. Namasha et al. [86] проводили структурный анализ качества жизни у больных с эндодонто-пародонтальным поражением. Принимавшие участие в исследовании пациенты были разделены на 3 подгруппы в зависимости от тактики лечения. Проведение комплексного эндодонто-пародонтологического лечения улучшает качества жизни по всем шкалам как у пациентов с хроническим локальным пародонтитом в сочетании с апикальным периодонтитом, так и у пациентов с сочетанным генерализованным поражением пародонта и апикальным периодонтитом.

М. Zehnder et al. [153] определили наличие тенденции к снижению числа IgA при усугублении процесса поверхностного кариозного поражения зуба до развития эндо-пародонтальной патологии. У больных с острым воспалительным поражением пульпы, протекающем на фоне пародонтита, отмечается активация нейтрофильных гранулоцитов и иммунных сил

организма. При развитии хронической формы эндо-пародонтитов возникает расстройство соотношения основных субпопуляций Т-клеток крови, наблюдается уменьшение фагоцитарной активности по сравнению с таковыми в контрольной группе

Таким образом, следует подчеркнуть, что эндо-пародонтальные патологии являются сложным заболеванием, требующим от специалиста знания в области выявления, терапии и прогноза данного заболевания. Эндо-пародонтальные патологии характеризуются разнообразным механизмом развития.

1.3. Эндодонтические аспекты стоматологических проблем и современные подходы к эндодонтическому лечению

По правилу эндодонтию можно отнести к категории микрохирургического раздела медицины. Ни одна из известных специальностей не может сравниться с ней по количеству инвазивных инструментов. В связи с этим сам процесс эндодонтического лечения зубов в наибольшей степени подвержен риску «расточительного» отношения к их тканям [48].

В основе эндодонтической терапии лежит предотвращение перемещения из каналов зубных корней патогенных бактерий и их токсинов в периодонт, локальное воздействие на очаг воспалительного поражения в верхушечной зоне или предупреждение его развития. Следует отметить, что практически невозможно полностью удалить пульпу и пораженный инфекционным процессом дентин при проведении механической обработки каналов зубных корней, даже с помощью современных технологий. Патогенные бактерии распространяются в дентинные трубочки и могут достигать глубины 700 мкм, а токсины данных микроорганизмов в течение 24 часов могут выходить из канала зубного корня на его поверхность [46, 37].

Распространение апикального периодонтита ранее эндодонтически леченых зубов в разных странах достигает 50%, это значит, что

огромное количество пациентов нуждаются в повторной эндодонтической терапии [90].

Современная тенденция такова, что многие врачи отказываются от консервативного лечения зуба, предпочитая ему имплантологическое. Это объясняется высокой успешностью имплантации в сравнении с повторной эндодонтией. Удаление жизнеспособных зубов противоречит основному принципу стоматологии – сохранению естественных зубов пациента. По мнению М. Пуа [90], приблизительно в 70-80% случаев можно успешно устранить неудача эндодонтического лечения.

По современным данным у 30-60% эндодонтически леченых зубов около верхушке корня определяется лизис костной ткани. Основной причиной такой неэффективной терапии является работа с нарушением стандартов качества. Хорошо известен факт, что неадекватная обработка и obturация корневых каналов ассоциируется с неудачей более чем в 50% случаев [116]

Большой объем лечения неприемлемого качества создает общее впечатление, что эндодонтическое лечение является непредсказуемым методом лечения заболеваний пульпы и периодонта. Однако, подчеркивают D. Ricucci et al. [53] и I.Z. Strinberg [135], при соблюдении базовых принципов диагностики и лечения успешность может достигать значимых цифр в 80-90% при лечении как пульпита, так и периодонтита.

Вопрос о сохранении или удалении зубов встает особенно остро, когда стоматолог сталкивается с неудачей предыдущего эндодонтического лечения. Даже при отсутствии симптоматики выжидательная тактика не является предпочтительной, поскольку в большинстве случаев состояние таких зубов ухудшается.

Традиционным путем решения для сохранения таких зубов является повторное эндодонтическое вмешательство, которое преследует цель удалить инфекцию, вызвавшую заболевание, а также создать условия для последующей реконструкции зуба [111,139].

В отличие от первичного вмешательства наличие ортопедических реставраций, штифтов, литых вкладок, различного obturационного материала значительно осложняет задачу эндодонтического лечения. Кроме того, врач может столкнуться с процедуральными ошибками предыдущего лечения: ступенькой, ложным ходом, перфорациями, блокадой просвета канала, вызванного смещением истинного хода канала или фрагментом эндодонтического инструмента. Тем не менее, в таких случаях успешность такого рода лечения достаточно высока, в среднем четыре из пяти зубов с неудачей предыдущего эндодонтического лечения могут успешно вылечены и продолжать выполнять функцию в полости рта [107].

Развитие современных технологий и внедрение их в эндодонтию привели к появлению новых возможностей в специальности. Обновленные микрохирургические методики в эндодонтии позволили провести ретроградное препарирование корня с сохранением его естественной анатомии и пломбирование с биологически совместимыми материалами [13, 97].

С помощью компьютерной томографии (КТ) возможно исследование зубочелюстной системы в 3Dизображении, при этом также имеется возможность послойного исследования полностью всего канала зубного корня. Компьютерная томография позволяет исследовать все корни зуба и выявить наличие дополнительных каналов в зубных корнях, получить данные о форме поперечного сечения и определить имеющиеся искривления в каналах зубных корней. Таким

образом, полученные данные при КТ исследовании позволят подобрать правильное стоматологическое лечение, что улучшит его результаты [43].

Ряд ученых [5] изучили результатов эндодонтической терапии у больных с эндодонтической патологией с использованием КТ исследования. Было исследовано 1000 корневых каналов у 115 больных. По данным проведенного исследования были обнаружены неудовлетворительные результаты проведенного лечения. В 71,7% случаев отмечалась неполноценная инструментальная обработка и закрытие каналов зубных корней.

Для выявления закономерностей отображения корневых каналов, в том числе запломбированных, А.П. Аржанцева с соавт. [7] изучены 374 внутриротовые рентгенограммы, 53 ортопантограммы (ОПМГ), 47 конусно-лучевой компьютерной томограммы (КЛКТ) до и после эндодонтического лечения 194 пациентов. Выявлено, что зубов с необтурированными корневыми каналами при использовании внутриротовой рентгенографии невозможно отчетливо визуализировать в каждом корне более 1 корневого канала.

На ОПМГ корневые каналы визуализировались недостаточно отчетливо. Информация о состоянии корней зубов, полученная при КЛКТ перед эндодонтическими манипуляциями, позволил заранее спланировать рациональную тактику соответствующего лечения [56, 57].

Работа S. Patel et al. [112] посвящена изучению информативности конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) и периапикальной рентгенографии в процессе планирования и проведения эндодонтического лечения зубов. Анализ научных данных и клинических наблюдений выявил преимущества КЛКТ в сравнении с традиционными методами визуализации.

Обострение околокорневых хронических процессов наблюдается в 4,5% случаев эндодонтического лечения в одно посещение и в 8,9%

случаев при лечении в нескольких посещениях с помощью внутриканальных медикаментов [6].

В эндодонтической практике общепринятая точка зрения относительно успешности резекции верхушки корня представлена в одном из наиболее цитируемых систематических обзоров литературы [110].

Результаты показывают значительное снижение успешности хирургической ревизии при отдаленном наблюдении через 4 года, 6 и более лет. Вместе с тем прогноз ортоградной ревизии с увеличением времени наблюдения улучшался. Это позволило F.C. Setzer et al. [109] сделать вывод о предпочтительности нехирургических методов над хирургическими.

На основании данных 21 исследования, I. Tsesis et al. [111] были проанализированы 925 зубов, оперированных в традиционной методике с успешностью 65% и 699 зубов после микрохирургии, успешность которой составила 94%. Данные опубликованного исследования верхнего уровня доказательности этими же авторами также подтверждает высокую вероятность успешного исхода периодонтита ранее эндодонтически леченых зубов после микрохирургической апикоэктомии при наблюдении через 1 год. Результаты длительного наблюдения von Arx T. et al. [151] и M. Song et al. [69] до 4-5 лет за зубами после резекции верхушки корня также подтверждают высокую эффективность методики.

Решающим фактором успеха эндодонтического лечения считается механическая инструментальная обработка в комбинации с тщательной дезинфекцией системы каналов корня. Классическое исследование S. Kakehashi et al. [91] убедительно показало, что наличие микроорганизмов в пульпарной ткани приводит к развитию

инфицированного некроза пульпы с апикальным периодонтитом.

Несмотря на разные виды инструментальной обработки каналов, при использовании силера RoekoSeal наблюдается равномерное проникновение пломбировочного материала в ткань зубного корня, особенно при использовании техники Crown down и смешанной техники, с помощью которых возможна более эффективная механическая обработка каналов зубных корней и их закрытие [50].

В подавляющем большинстве случаев причиной неудачи эндодонтического лечения является внутриканальная инфекция, которая проникает в систему корневых каналов после лечения (вторичная инфекция), либо остается не удаленной во время предыдущего лечения и активной (персистирующая инфекция) [118].

При проведении анализа микробной флоры системы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения хронического язвенного пульпита В.Н. Царев с соавт. [51] обнаружили максимальную частоту обнаружения *Streptococcus sanguis*. Представителей этого вида обнаруживали в 16 зубах из 28, что составляло 57,1%. Представители *Streptococcus mutans* обнаружены в корневых каналах лишь у двух пациентов, что составило 7,1%. Установлены изменения видового состава вирулентной микрофлоры на этапах эндодонтического лечения.

Проведение как ортоградной, так и хирургической ревизии преследует одну и ту же цель – элиминацию колонизирующих микроорганизмов системы корневого канала, что должно привести к одинаковому результату – исчезновению симптоматики и восстановлению периодонта. Определение локализации этой инфекции имеет принципиальное значение для выбора оптимального плана лечения [148].

По сведениям других авторов [117], качество obturации, а именно

корректная длина и гомогенность корневой пломбы, имеет четкую корреляцию с успешностью эндодонтического лечения. Неадекватно запломбированный корневой канал на рентгенограмме предполагает недостаточность проведенной санации, а значит, возможность для активной жизнедеятельности микроорганизмов на протяжении всего объема корневого канала, констатируют N.M. Chugal et al. [65].

Для зубов с неудовлетворительной obturацией корневых каналов первым выбором плана лечения, по мнению M.A. Schaeffer et al. [124], должна быть ортоградная ревизия. Напротив, адекватно запломбированный канал на рентгенограмме, скорее всего, отражает подобающее качество проведенной эндодонтической работы на всех этапах.

K. Kojima et al. [136] утверждают, что в случаи неудачи эндодонтического лечения причинная инфекция персистирует в ограниченном пространстве, например на стенках корневого канала, внутри дентинных трубочек или ответвлениях в апикальной трети верхушке корня.

Вероятность успеха эндодонтического лечения можно оценить после тщательного сбора анамнеза, результатов клинического обследования и рентгенологического исследования с учетом современных научных данных. Несмотря на все достижения стоматологии, высококвалифицированная эндодонтическая помощь остается малодоступной [64, 123, 152]. По мнению исследователей ближнего [2, 4, 12] и дальнего [76, 77, 80, 75] зарубежья, при наличии сочетанных эндодонто-пародонтальных поражений от 30% до 65% зубов удаляется.

Успех эндодонтического лечения определяется множеством факторов, однако, по мнению B. Sebastian et al. [126], ключевая роль принадлежит тщательной инструментальной и медикаментозной обработке корневых каналов. Данный рабочий этап представляет собой важность для различных

последующих терапевтических манипуляций, например дезинфекции и obturации системы корневых каналов.

В прошлом предлагались многочисленные методики препарирования системы корневых каналов. Их можно классифицировать на апикально-корональные (например, методики пошагового отступления, кругового опилования и сбалансированных сил, а также противоизгибная обработка) и коронально-апикальные методики (например, Crown Down, Step Down и методика двойного конуса). Все указанные методики предназначены для выполнения следующих требований, сформулированных M. Hulsmann et al. [89]: максимально полное удаление тканей витальной или некротизированной пульпы; расширение корневого канала до диаметра, обеспечивающего достаточную дезинфекцию канала по всей длине и наложение медикаментозной повязки; сохранение целостности и локализации апикальной анатомии канала; исключение ошибок препарирования и чрезмерного ослабления корня зуба; придание каналу формы, способствующей трехмерной obturации.

При препарировании значительно искривленных корневых каналов или при наличии анатомических особенностей, например С-образных каналов, вышеуказанные цели не всегда удается выполнить в полном объеме. В таких сложных ситуациях для идентификации аномалий или кривизны корневых каналов показано применение трехмерного графического метода (конусно-лучевая компьютерная томография [58]).

Использование стоматологического микроскопа в эндодонтической практике и современных методик эндодонтического лечения повышает эффективность сохранения зубов со значительными кариозными [122,141] или травматическими поражениями [127], даже при одновременном влиянии нескольких патогенных факторов [55, 73, 108].

По сведениям F.G. Garni et al. [80], успех эндодонтического лечения снижается при наличии сочетанных пульпарно-пародонтальных поражений, обломков инструментов, внутриканальных уступов и очагов

резорбции корня. Вне всяких сомнений, констатируют R. Wong [152] и N. Imura et al. [141], вероятность достижения благоприятного прогноза в сложных клинических случаях повышается при проведении терапии специалистов в области эндодонтии, чем стоматологом общей практики.

Утверждается, что только после выяснения причины сочетанного эндодонто-пародонтального поражения можно назначить симптоматическую терапию [119,154].

Эндодонтическое лечение в виде пломбирование корневого канала проводится после интенсивной антисептической обработки для изоляции сохранившихся в корневом канале микроорганизмов и препятствия поступлению тканевой жидкости с апикальной стороны, а также для исключения повторной инфицирования корневого канала со стороны коронки. С этой целью применяется множество различных комбинаций из силеров и штифтов [52], в том числе серебряных штифтов, гуттаперчи и полимерных материалов [102].

Было выявлено, что динамическое течение деструктивных очагов в течение года наблюдения у всех больных была аналогичной, хотя больным с удовлетворительным рентгенологическим результатом в 64% случаев назначались препараты кальция. Было установлено, что при большом изначальном объеме очага деструкции через год после эндодонтической терапии также наблюдаются большие его размеры [45].

При эндодонтической терапии апикального периодонтита выявлено, что интенсивность электроосмотического выделения жидкость из корневых каналов зубов с помощью гальванофереза гидроксида меди-кальция (ГФ ГМК) постепенно увеличивается к 4-5 суткам, а затем медленно снижается к 10-12-м суткам. Под влиянием ГФ ГМК происходит лизис органических остатков пульпы и микробной биопленки в системе корневых каналов [26].

С учетом возможной взаимосвязи между инфекцией корневого канала и очаговым пародонтитом Р. Abbot [54] рекомендует сперва проводить эндодонтическую терапию. При отсутствии улучшения состояния пародонта показано нехирургическое пародонтологическое лечение с использованием ультразвука и хлоргексидина диглюконата [154].

В.В. Лабисом с соавт. [29] была выдвинута гипотеза о возможности использования бедной тромбоцитарной плазмы пациента (PRF) в комплексе с индивидуально подобранной антибактериальной терапией в качестве эндодонтического персонифицированного лекарственного средства при лечении хронических очагов инфекции в полости рта.

В отличие от традиционного эндодонтического лечения, сохранение жизнеспособности пульпы способствует продолжению роста корней несформированных зубов. При соблюдении показаний к применению данного метода сохранение жизнеспособности пульпы имеет высокий процент успеха, особенно в случаях частичной пульпотомии, в которых он составляет более 90% [79].

Таким образом, на основании вышеизложенных данных можно утверждать, что как ортоградная, так и хирургическая ревизия имеют схожий высокий уровень успешности и должны быть включены в ежедневную практику эндодонтиста. В отличие от стоматолога, владеющего безальтернативным планом эндодонтического лечения, ортоградной ревизией и выбор оптимального метода эндодонтического лечения является сложной задачей для эндодонтиста, владеющего обеими методиками.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика используемого материала

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 и рис. 1).

Таблица 2.1. - 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 >	26	5,3	30	6,1	56	11,4
Всего	212	43,1	280	56,9	492	100

Диагноз эндодонто-пародонтальное поражение устанавливался на основании комплексного стоматологического обследования с использованием клинических и рентгенологических методов. Сочетанное эндодонто-пародонтальное поражение оценивали по следующим критериям: локальность патологического процесса, наличия мягких и минерализованных над- и поддесневых зубных отложений, кровоточивости десен, нарушения зубодесневого прикрепления, наличия пародонтальных карманов различной глубины, патологической подвижности зубов различной степени выраженности, деструкции костной ткани альвеолярного отростка, подтвержденной рентгенологически, количество эндодонтически леченых

зубов, количество зубов с качественной и некачественной obturацией корневых каналов, количество зубов с деструктивными периапикальными изменениями, количество зубов без деструктивных периапикальных изменений, количество эндодонтически леченых зубов с пародонтальными изменениями, количество эндодонтически леченых зубов без пародонтальными изменениями.

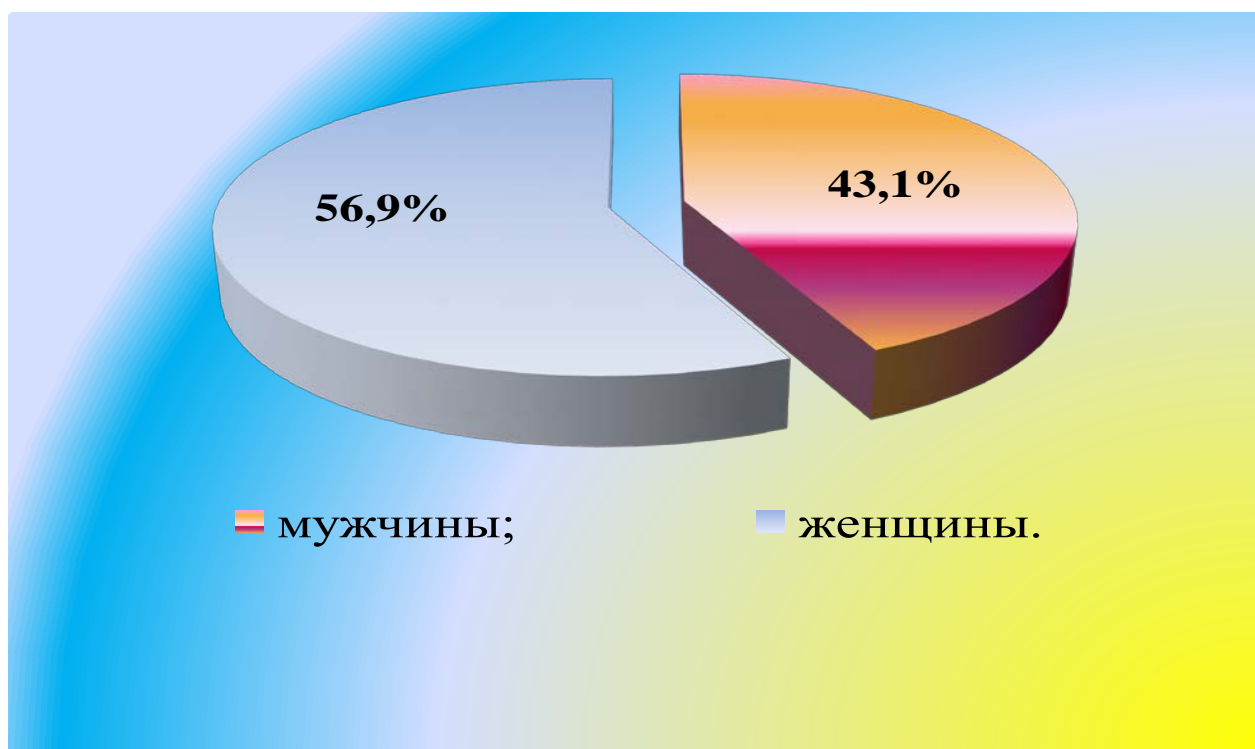


Рисунок 1. – Гендерное распределение обследованных пациентов, %

На основании клинико-рентгенологических данных нами рекомендовано условно выделить следующие формы сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии:

- эндодонто-пародонтальная патология зубов, не подвергших эндодонтическому лечению с периапикальными и пародонтальными поражениями без нарушения целостности зубодесневого прикрепления;
- эндодонто-пародонтальная патология с адекватной obturацией корневых каналов, периапикальными и пародонтальными

поражениями без нарушения целостности зубодесневого прикрепления;

- эндодонто-пародонтальная патология с неадекватной obturацией корневых каналов, периапикальными и пародонтальными поражениями без нарушения целостности зубодесневого прикрепления;
- пародонто-эндодонтическая патология нелеченых зубов с нарушением целостности зубодесневого прикрепления и периапикальной резорбцией;
- пародонто-эндодонтическая патология с адекватной obturацией корневых каналов и периапикальной резорбцией;
- пародонто-эндодонтическая патология с неадекватной obturацией корневых каналов и периапикальной резорбцией.

Эффективность эндодонтической терапии зубов оценивалась по наличию гомогенной obturации канала зубного корня на расстоянии до 0-2 мм в глубину от рентгенологически определяемой апикальности части корня, при отсутствии визуализации пустого пространства между пломбой и стенкой канала зубного корня, а также при отсутствии видимых периапикальных и пародонтальных изменений в проекции эндодонтически леченого зуба. При этом сформированный корневой канал имел правильное конусное расширение от устья корневого канала к верхушке корня и сохранял форму первоначального канала.

Неудачным считалось пломбирование канала зубного корня при значительном попадании пломбировочного материала в верхушечную область, при негомогенной obturации канала зубного корня, при его недостаточной obturации, в случае отсутствия рентгеноконтрастного пломбировочного материала в корневом канале зуба, отломе эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорации дна пульповой камеры, а также латеральной перфорации стенки корня эндодонтически леченого зуба.

О деструкции в области верхушки корня эндодонтически леченого зуба свидетельствовали следующие рентгенологические показатели: нарушение контуров кортикальной пластинки в области верхушки корня, разрежение или деструкция костной ткани в периапикальной области. О наличии воспалительного изменения в области пародонта эндодонтически леченого зуба свидетельствовали визуализации таких клинико-рентгенологических симптомов, как отечность, гиперемия, кровоточивость, экссудации и расширение периодонтальной щели, начиная с апекса до зоны зубодесневого прикрепления.

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. Химико-механическая обработка каналов зубного корня во всех случаях выполнялась ручными эндодонтическими инструментами K-Remer, K-File, Hestrem File по методу Crown Down и Step Back с лубрикантом ЭДТА и орошением 1,25% раствором NaOCl. Последний также использовался при завершающей медикаментозной обработке каналов зубных корней, при этом 1,25% раствор NaOCl вводили струйно в объеме 10 мл. После этого корневые каналы закрывались гуттаперчей способом латеральной компакции, в роли силера использовался эндометазон.

У наблюдаемых больных при клинико-рентгенологическом исследовании были выявлены сочетанные воспалительно-деструктивные поражения пародонтальных и верхушечных тканей, наблюдалось полная

гомогенная obturation пломбировочным материалом всего канала зубного корня вплоть до апекса.

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.

При легком течении сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии в области эндодонтически леченого зуба визуально определялось незначительное нарушение зубодесневого прикрепления и наличие зубодесневого кармана глубиной до 3 мм. На конусно-лучевом компьютерном томографе (КЛКТ) определяются незначительные изменения в костной ткани межальвеолярных перегородок. Отмечается истончение замыкательной кортикальной пластинки челюстей, иногда разрушение наружной и внутренней пластинки, она частично не прослеживается в боковых отделах эндодонтически леченых зубов.

При сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии средней степени тяжести в области эндодонтически леченых зубов выявлялись зубодесневые карманы глубиной 3-5 мм. Патологическая подвижность зубов достигла I степени. На КЛКТ выявляется характерная рентгеновская 3D-КТ-семиотика: снижение краевых отделов альвеолярных отростков эндодонтически леченых зубов, разрушение замыкательной кортикальной пластинки в боковых отделах альвеолярных отростков этих зубов, снижение краевых отделов

альвеолярных отростков на $1/3-1/4$ длины корней зубов, подвергших эндодонтическому лечению.

При сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии тяжелой степени тяжести в области леченого зуба образуются пародонтальные карманы глубиной более 5 мм. Патологическая подвижность зубов достигает II, реже III степени. На КЛКТ выявляется характерная рентгеновская 3D-КТ-семиотика: снижение высоты межзубных перегородок I ($1/3$) степени, в некоторых группах эндодонтически леченых зубов II ($1/2$) степени, снижение краевых отделов альвеолярных отростков до $1/2-2/3$ длины корней вокруг эндодонтически леченых зубов, отмечается убыль костной ткани по высоте и толщине альвеолярных отростков.

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 кальцецин 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 (РМА) и пародонтального (PI) по Russel индексов, а также гигиеническое состояние ротовой полости по индексам ИГР-У (упрощенный индекс гигиены полости рта), РНР (индекс эффективности гигиены полости рта) и СРITN (индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта). Важным достоинством выбранных нами индексных показателей является возможность количественной оценки субъективных и объективных клинических проявления эндодонто-пародонтального поражения, хорошая воспроизводимость, информативность и простота применения.

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.

2.2. Методы исследования

В соответствии с целью и основными задачами исследования были отобраны объекты изучения, сформулирована единица наблюдения, в строгом соответствии с которой формировалась совокупность, подлежащая исследованию по специально разработанной методике. Для решения конкретных задач был применен комплекс клинико-рентгенологических и социально-гигиенических методов.

2.2.1. Методика ретроспективного анализа эндодонтического состояния эндодонтически леченых зубов

Проведение ретроспективного анализа эндодонтического состояния эндодонтически леченых зубов дает необходимый объем информации для оценки уровня пораженности населения кариозными поражениями и позволяет определить объем оказанной и необходимой населению эндодонтической, а также пародонтологической помощи. Полученные материалы в указанном аспекте служат основой для научного планирования эндодонто-пародонтологической помощи среди обследованного контингента населения.

В связи с реализацией поставленных целей исследования возникла необходимость выбора методики ретроспективного изучения эндодонтических осложнений. Ретроспективная оценка эндодонтического состояния эндодонтически леченых зубов была проведена согласно разработанной и апробированной методике А.В. Алимского.

Весь собранный материал был зашифрован и разработан по единой программе, предусматривающей получение комплекса сведений об уровне и структуре эндодонтической патологии. Изучены и детально проанализированы следующие показатели:

- потребность стоматологических пациентов в оказании эндодонтической и пародонтологической помощи;

- количество эндодонтически леченных однокорневых и многокорневых зубов по поводу осложненного кариеса (% к числу обследованных);
- рентгенологическая картина эндодонтически леченых зубов;
- клинико-рентгенологическое состояние периапикальных и пародонтальных тканей эндодонтически леченых зубов;
- прирост эндодонтически леченых зубов с периапикальной и пародонтальной патологией в зависимости от возрастного фактора;
- распространенность случаев полной и неполной obturации каналов в однокорневых и многокорневых зубах.

Полученные данные позволили оценить ретроспективную динамику распространенности и интенсивности эндопародонтальной патологии и тем самым уточнить влияние возрастного фактора на степень пораженности указанной патологии. Это дало возможность более обоснованно наметить пути профилактики последних.

Таким образом, в республике впервые проведена ретроспективная оценка эндопародонтального состояния эндодонтически леченых зубов, что позволило объективно выявить изменения потребностей населения в указанной форме стоматологической помощи. Полученные результаты являются существенным дополнением к ранее проведенным клинико-рентгенологическим исследованиям стоматологического характера.

2.2.2. Методика изучения поведенческих факторов риска у больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией

Программой исследования было предусмотрено изучение поведенческих факторов риска в возникновении эндодонтических и пародонтологических осложнений. С этой целью было проведено социологическое исследование пациентов непосредственно в стоматологических учреждениях (приложение 1).

Социологическое исследование осуществлялось по следующей программе:

- оценка общественного мнения по организации стоматологической помощи больным;
- своевременность обращения к стоматологам с уровнем санитарной культуры пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией;
- действенные методы первичной профилактики эндодонто-пародонтальных поражений;
- мнение пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией о первичной профилактике стоматологических заболеваний;
- чем определяется позднее обращение пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией к специалистам.

Программа исследования мнения больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией включала:

- частоту обращения опрошенных к врачу-стоматологу;
- состояние стоматологического статуса опрошенных;
- предпочтение опрошенных при обращении к врачу-стоматологу;
- удовлетворенность стоматологической помощью, оказываемой в стоматологических учреждениях.

2.2.3. Методика клинико-рентгенологической оценки показателей околоверхушечной резорбции и пародонтальной патологии

У стоматологических пациентов с наличием эндопародонтальной патологией участки деструкции в периапикальных тканях эндодонтически леченых зубов оценивали клинико-рентгенологически с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии по специальной программы Schick Technologies CDR на этапе эндодонтической диагностики, после наложения корневой пломбы и активной реализации основополагающих принципов профессиональной гигиены полости рта, а также спустя 6 и 12 месяцев после соответствующего лечебно-профилактического воздействия.

Степень воспалительного процесса в тканях пародонта эндодонтически леченого зуба оценивали по индексу CPITN. Динамику воспалительного процесса в тканях пародонта считали удовлетворительной при его клинко-рентгенологическом исчезновении на 80%, а хорошей – при полном восстановлении пародонтальных структур. С целью динамического изучения рентгенологических показателей периапикальной резорбции в зависимости от размера очага деструкции в области верхушки корня зуба были условно сформированы 3 группы пациентов: первая – с очагами деструкции до 5 мм; вторая и третья группа – с очагами деструкции соответственно 5-8 мм и более 8 мм. Динамику очага деструкции в верхушечной зоне эндодонтически леченого зуба считали удовлетворительной при его уменьшении более чем на 60% от первоначального размера, а хорошей – при полном восстановлении костной ткани.

2.2.4. Методика изучения личностного реагирования к болезни у стоматологических пациентов, страдающих эндодонто-пародонтальной патологией

При изучении эндодонто-пародонтальных поражений и отношения к ним больного была использована тестовая клиническая методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни). Данная методика, рекомендуемая Личко А.Е. с соавторами [2009], преследует цель изучения клинко-эмоционального типа отношения пациента к болезни. Методика ТОБОЛ включает изучение 12 типов реагирования, определяемые при тестировании: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. У больных с комбинированными эндодонто-пародонтальными поражениями трехкратно изучался тип отношения к патологии: до проведения комплексной терапии, по окончании первого этапа терапии и после второго этапа эндодонтической терапии.

2.2.5. Методика выполнения плазмолифтинга в комплексной терапии сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии

Плазмолифтинг был проведен в амбулаторных условиях, суть который заключался в следующем. У больных забиралась венозная кровь в объеме 450-475 мл в пластиковый контейнер. В дальнейшем контейнер с кровью помещался в центрифугу СЛ-3,5 с программным управлением. Центрифугирование предполагало воздействие гравитационного поля равное 1000 g на помещенную в центрифугу кровь. Центрифугирование аутокрови проводилась в течение 15 минут при 2300 об/мин. После окончания центрифугирования венозной крови больного и разделение ее на плазму и форменные элементы, плазменный состав вводился по переходной складке эндодонто-пародонтального очага. Через 10 минут после локальной инъекции при хорошем субъективном самочувствии пациента, а также нормальных показателях давления крови больной покидал стоматологический кабинет.

2.3. Методика статистической обработки полученных материалов

Статистическая обработка материала выполнялась с помощью программы Statistica 10.0 и Microsoft Excel. Тип распределения определяли с помощью теста Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Определялись следующие параметры описательной статистики: число наблюдений (n), средняя арифметическая величина (M), средняя ошибка средней арифметической (m), относительные величины (P,%). Парные сравнения независимых выборок проводили по U-критерию Манни-Уитни, зависимых выборок - по T-критерию Вилкоксона. Парные сравнения независимых относительных величин выполнялись по критерию χ^2 и точному критерию Фишера. Множественные количественные сравнения независимых величин проводились с помощью ANOVA Краскела-Уоллиса, множественные качественные сравнения выполнялись по Q-критерию Кохрена. Уровень значимости принимался при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ И КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ЭНДОДОНТА

3.1. Результаты ретроспективного анализа эндодонтопародонтального состояния эндодонтически леченых зубов

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).

Следует отметить, что 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).

Как свидетельствуют данные табл. 2, среди обследованных мужчин в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет количество однокорневых эндодонтически леченых зубов составило соответственно $0,73 \pm 0,10$ и

1,08±0,12, а количество многокорневых зубов – 2,55±0,04 и 2,45±0,04 соответственно.

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

Возрастная группа, лет	Мужчины (n=212)	Женщины (n=280)	P
20 – 29	3,28±0,14	3,52±0,11	<0,001
30 – 39	3,53±0,16	4,12±0,13	<0,001
40 – 49	4,19±0,15	4,66±0,21	<0,001
50 – 59	4,63±0,19	5,15±0,33	<0,001
60 и старше	3,31±0,23	3,08±0,09	<0,001
В среднем	3,79±0,17	4,11±0,17	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между мужчинами и женщинами (по U-критерию Манна-Уитни)

У 40-49- и 50-59-летних мужчин значение исследуемых показателей для однокорневых зубов составило соответственно 1,44±0,10 и 1,91±0,16, а для многокорневых - 2,75±0,05 и 2,72±0,03 соответственно при соответствующем значении 0,18±0,06 и 3,13±0,17 в возрасте 60 лет и старше. Таким образом, однокорневые зубы подвергались эндодонтическому лечению статистически значимо реже, чем многокорневые зубы (табл. 3).

Аналогичная тенденция была обнаружена среди обследованных женщин. Так, в возрастных группах 20-29, 30-39 лет количество эндодонтически леченых однокорневых и многокорневых зубов сопоставимо (0,66±0,10, 1,10±0,12 и 2,86±0,01, 3,02±0,01 соответственно). У 40-49-летних женщин в структуре эндодонтически леченых зубов по поводу осложненного кариеса доля однокорневых составила 32,6% (1,52±0,13), многокорневых – 67,4% (3,14±0,08). В структуре зубов, леченых по поводу осложненного кариеса, доля однокорневых составила 39,0% (2,01±0,15) и 7,5% (0,23±0,05),

многокорневых – 61,0% (3,14±0,18) и 92,5% (2,85±0,04) соответственно для возрастных групп 50-50 и старше 60 лет.

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±0,10	2,55±0,04***	0,66±0,10	2,86±0,01***
30 – 39	1,08±0,12	2,45±0,04***	1,10±0,12	3,02±0,01***
40 – 49	1,44±0,10	2,75±0,05***	1,52±0,13	3,14±0,08***
50 – 59	1,91±0,16	2,72±0,03***	2,01±0,15	3,14±0,18***
60 и >	0,18±0,06	3,13±0,17***	0,23±0,05	2,85±0,04***
В среднем	1,07±0,10	2,72±0,07***	1,46±0,08	2,65±0,09***

Примечание: *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия между показателями при одно и многокорневых зубах (по U-критерию Манна-Уитни)

Усредненное значение эндодонтически леченых однокорневых и многокорневых зубов среди обследованных мужчин составило соответственно 1,07±0,10 и 2,72±0,07 при соответствующем значении 1,46±0,08 и 2,65±0,09 у женщин.

При изучении данных рентгенологического исследования были выявлены некоторые недостатки проведенной у пациентов эндодонтической терапии. В частности, в половине случаев была обнаружена гомогенная obturация зубов на протяжении всего канала. По результатам данного исследования среднее число зубов с эффективно установленными пломбами у мужчин составило 1,86±0,08 на одного пациента, у пациентов женского пола данный показатель составил 1,93±0,09.

Эффективно установленные пломбы на однокорневых зубах отмечались у 69,2% мужчин (в среднем 0,74±0,04 на одного обследованного),

а в многокорневых зубах качественное пломбирование наблюдалось в 46,7% случаев (в среднем $1,27 \pm 0,04$ на одного пациента). Среди наблюдаемых лиц женского пола данные показатели составили 67,8% ($0,99 \pm 0,03$) и 50,2% ($1,33 \pm 0,04$), соответственно. Среднее число зубов с некачественно установленными пломбами, выявленными при рентгенологическом исследовании среди пациентов мужского пола, составило $0,33 \pm 0,06$ и $1,45 \pm 0,03$ соответственно для однокорневых и многокорневых зубов (у женщин – соответственно $0,47 \pm 0,05$ и $1,32 \pm 0,05$ на одного обследованного).

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% ($0,54 \pm 0,02$) (табл. 4 и рис. 2).

Таблица 4. - Повозрастное распределение эндодонтически вылеченных зубов с различными признаками периапикальной и пародонтальной патологии на одного обследованного пациента

Возрастная группа, лет	Пациенты с периапикальной патологией	Пациенты с пародонтальной патологией	Пациенты без периапикальной патологии	Пациенты без пародонтальной патологии
20 – 29	$0,83 \pm 0,04$	$0,15 \pm 0,02$	$0,66 \pm 0,03$	$0,06 \pm 0,01$
30 – 39	$0,98 \pm 0,04$	$0,67 \pm 0,02$	$1,50 \pm 0,05$	$0,22 \pm 0,01$
40 – 49	$1,64 \pm 0,06$	$1,59 \pm 0,05$	$2,03 \pm 0,07$	$1,14 \pm 0,03$
50 – 59	$2,00 \pm 0,09$	$1,12 \pm 0,03$	$2,42 \pm 0,17$	$1,14 \pm 0,03$
60 и >	$0,10 \pm 0,01$	$0,13 \pm 0,01$	$1,23 \pm 0,05$	$0,15 \pm 0,01$
В среднем	$1,11 \pm 0,05$	$0,73 \pm 0,03$	$1,57 \pm 0,07$	$0,54 \pm 0,02$

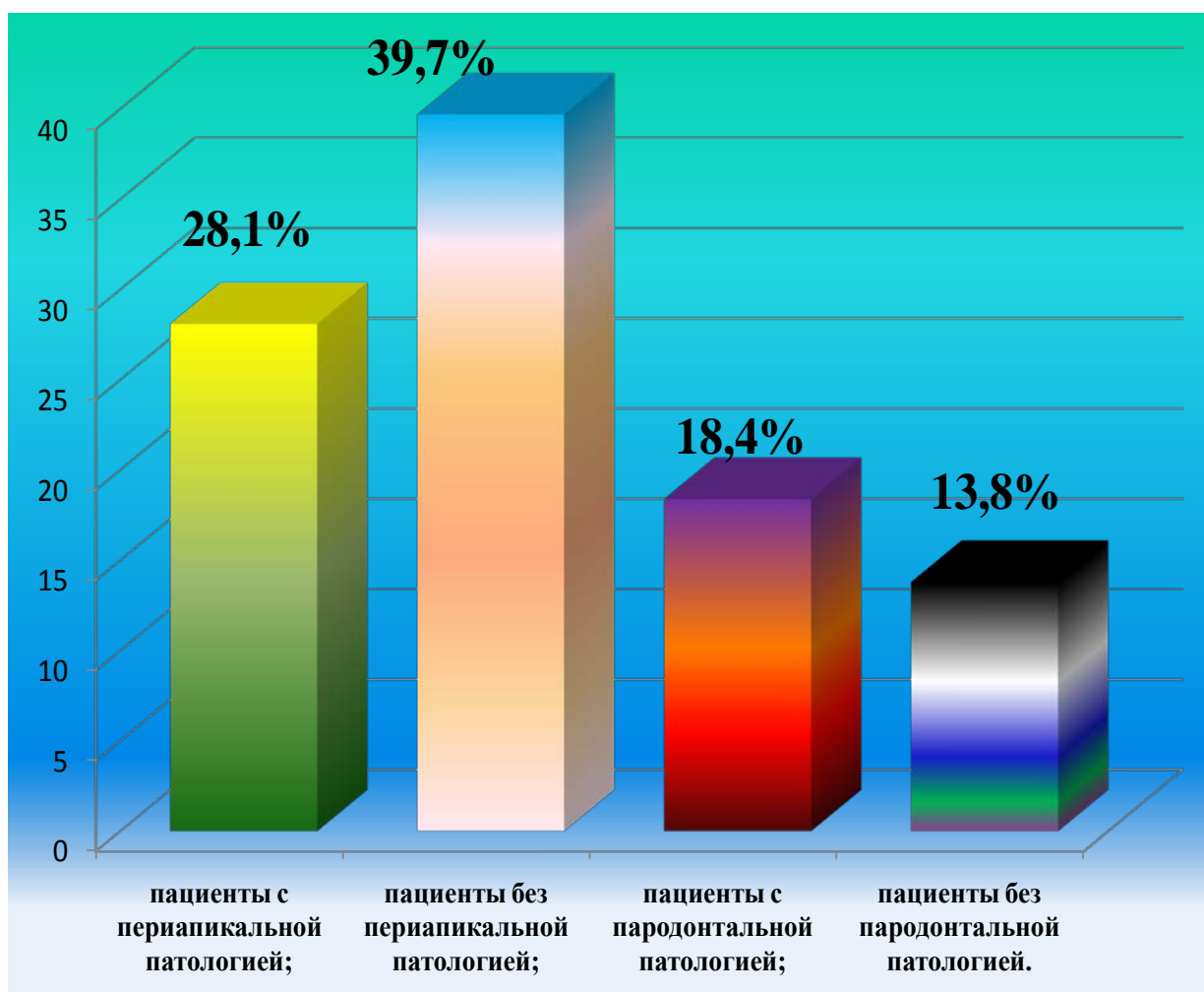


Рисунок 2. – Процентное распределение эндодонтически вылеченных зубов с различными признаками эндопериапикальной патологии (% к общему числу интенсивности эндодонтически вылеченных зубов)

Повозрастная структура обследованных лиц с периапикальными и пародонтальными патологиями и без наличия упомянутых клинико-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% (табл. 5).

Таблица 5. - Процентное распределение эндодонтически вылеченных зубов с различными признаками периапикальной и пародонтальной патологии в зависимости от возрастного фактора

Возрастная группа, лет	Пациенты с периапикальной патологией	Пациенты с пародонтальной патологией	Пациенты без периапикальной патологии	Пациенты без пародонтальной патологии
20 – 29	21,0	3,8	16,7	1,5
30 – 39	24,8	15,7	38,0	5,67
40 – 49	41,5	40,3	51,4	28,9
50 – 59	50,6	28,4	61,3	28,9
60 и >	2,5	3,3	31,1	3,8
В среднем	28,1	18,5	39,7	13,7

Как свидетельствуют данные таблицы 5, максимальный прирост эндодонтически леченых зубов с периапикальной и пародонтальной патологией был диагностирован в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет (соответственно 41,5%, 50,6% и 40,3%, 28,4%). Вместе с тем у 40-49-летних пациентов в структуре зубов, леченых по поводу осложненного кариеса, доля зубов без периапикальной и пародонтальной патологии соответствовала 51,4% и 28,9%, а в возрасте 50-59 лет – 61,3% и 28,9%. Минимальное значение эндодонтически вылеченных зубов с периапикальной и пародонтальной патологией было обнаружено в возрасте 60 лет и старше, где эти показатели соответствовали значения 2,5% и 3,3%. Такое положение дел можно объяснить тем, что в данной возрастной группе всегда обнаруживается максимальное количество удаленных зубов.

При изучении результатов пломбирования каналов однокорневых и многокорневых зубов было выявлено, что наиболее частой ошибкой при данном виде лечения являлось неполной закрытие канала. При пломбировании каналов однокорневых зубов данная ошибка встречалась в

43,2% случаев, при пломбировании каналов многокорневых зубов неполное закрытие каналов наблюдалось в 49,6% случаев. Частота таких видов эндодонтических ошибок при пломбировании однокорневых зубов, как латеральная перфорация дна зубной полости, попадание в канал отломанной части инструмента, составила 1,1%, а при пломбировании каналов многокорневых зубов этот показатель составил 4,3%. При пломбировании однокорневых зубов частота случаев выведения пломбировочного материала за апикальную часть зуба составила 29,3%, а при пломбировании многокорневых зубов данный вид осложнения наблюдался в 7,4% случаев.

Среди общего числа ошибок при некачественном пломбировании канала однокорневых зубов в 13,7% случаев наблюдалось неомогенное заполнение канала пломбировочным материалом, а при пломбировании многокорневых зубов этот показатель составил 22,2%. Отсутствие рентгеноконтрастного пломбировочного материала в корневом канале эндодонтически вылеченных зубов наблюдалась в 14,0% случаев в однокорневых и в 20,3% случаев в многокорневых зубах.

Таким образом, в результате ретроспективного анализа эндодонтического состояния эндодонтически леченых зубов установлена высокая потребность стоматологических пациентов в оказании эндодонтической и пародонтологической помощи у жителей г. Душанбе. Среди обследованных лиц половина эндодонтически леченых зубов подлежит перелечиванию. Полученные данные говорят о том, что в структуре общего числа ошибок при эндодонтической терапии преобладают ошибки, связанные с некачественным закрытием корневого канала. Эндодонтическое лечение в многокорневых зубах имеет более сложный прогноз по сравнению с терапией однокорневых зубов, что связано с морфологическими особенностями корневых каналов этих зубов.

3.2. Исходные клинико-рентгенологические показатели сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии

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 околоверхнечелюстного 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 первичном обследовании было выяснено, что 100% обследуемых с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией предъявляли жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов, а также возможность её появления при употреблении твердой или грубой пищи, и неприятный запах изо рта. При объективном исследовании конфигурация лица без изменений, патологические изменения в мягких тканях либо в костных структурах лица не наблюдаются. Раскрытие ротовой полости не нарушено, регионарные лимфоузлы не увеличены, пальпаторно болезненность не отмечается, мягкие, эластической консистенции.

При осмотре полости рта отмечалось наличие пигментированного налета на зубах. Также отмечалось наличие камней в над- и поддесневой области зубов. У больных с эндодонто-пародонтальной поражением отмечалось неплотное прилегание десны к шейке зубов, цвет десны цианотичный, наблюдается её отечность. Во время зондового исследования отмечались кровоточивость и болезненность, наблюдалось разрушение зубодесневого соединения. При вертикальном зондовом исследовании обнаружено наличие пародонтальных карманов.

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; CRITN – $94,5\%$ ($4,81 \pm 0,09$ 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 (табл. 6).

Таблица 6. - Исходные клинико-рентгенологические показатели сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии

Группа пациентов	Показатели				
	Диаметр очага резорбции (мм)	РМА (%)	PI (баллы)	ИГР-У (баллы)	РНР (баллы)
1-я – ЛСТ ЭПП* (n=45)	$2,9 \pm 0,2$	$19,7 \pm 1,60$	$1,65 \pm 0,46$	$1,79 \pm 0,28$	$1,57 \pm 0,2$
2-я - ССТ ЭПП** (n=19)	$2,7 \pm 0,2$ $p_1 > 0,05$	$18,5 \pm 1,60$ $p_1 > 0,05$	$1,59 \pm 0,37$	$1,63 \pm 0,25$ $p_1 > 0,05$	$1,55 \pm 0,2$
3-я – ТСТ ЭПП*** (n=14)	$4,8 \pm 0,6$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$22,3 \pm 1,15$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$	$2,04 \pm 0,21$	$2,35 \pm 0,21$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$	$1,69 \pm 0,2$
Н-критерий Краскела-Уоллиса	$p < 0,001$	$p < 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p > 0,05$

Примечание: * - легкая степень тяжести эндодонто-пародонтальной патологии; ** - средняя степень тяжести эндодонто-пародонтальной патологии; *** - тяжелая степень тяжести эндодонто-пародонтальной патологии. p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в 1 группе; p_2 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми во 2 группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Показатели индекса РМА у больных с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением в зависимости от интенсивности

воспалительного процесса приведены на рис. 3. В 1-й основной группе больных с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением легкая степень тяжести гингивита ($PMA < 30\%$) наблюдалась у 21 (46,7%) пациента. В 14 (31,1%) случаях была выявлена средняя степень тяжести (индекс PMA варьировал в пределах 31-60%). Ещё в 10 (22,2%) случаях была установлена тяжелая степень гингивита ($PMA > 61\%$).

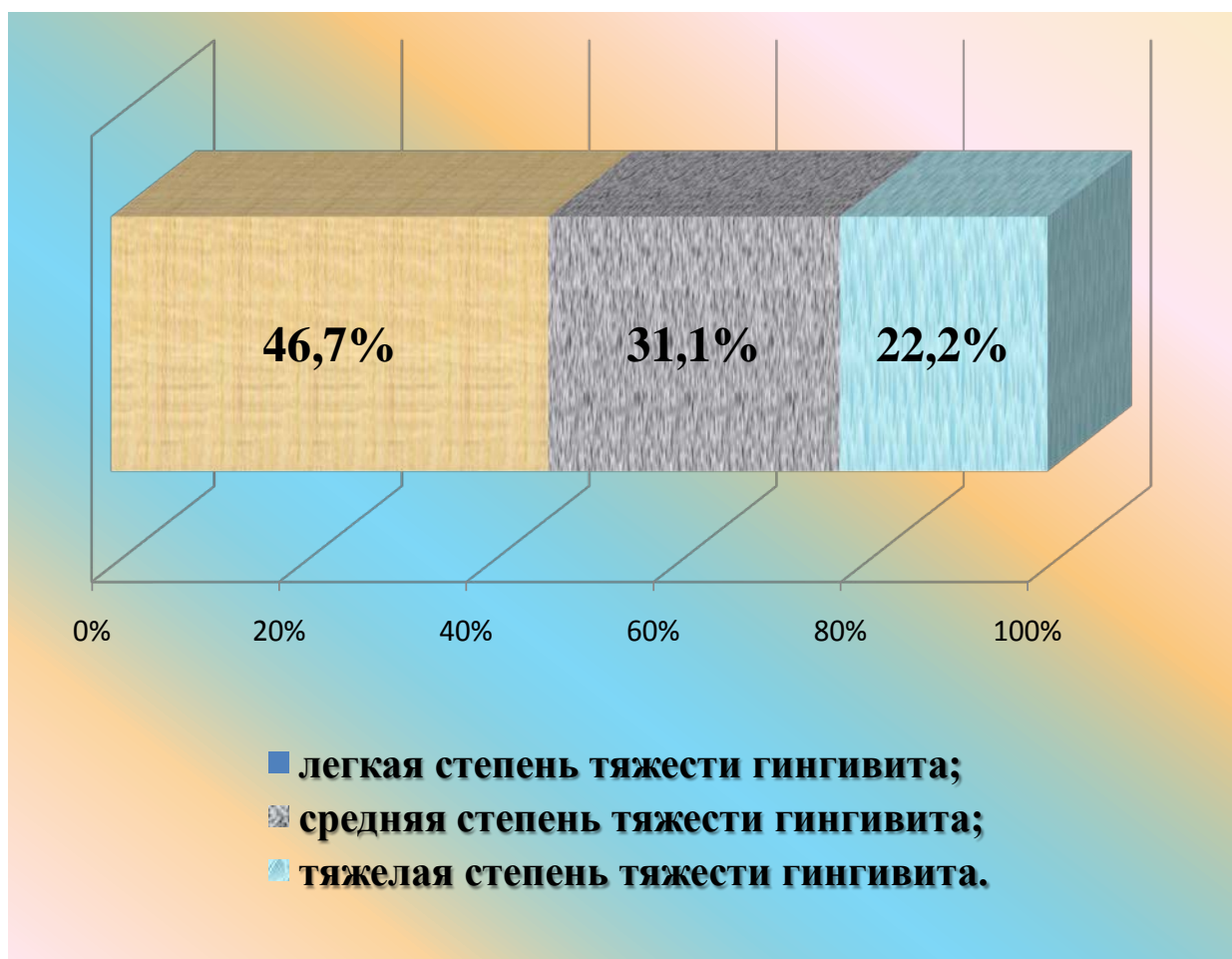


Рисунок 3. – Исходные показатели индекса PMA у больных с эндодонто-пародонтальной патологией

Среди обследованных лиц 2-й основной группы степень тяжести воспалительного процесса по индексу PMA 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 (n=45) больных с сочетанными эндодонто-пародонтальными заболеваниями в 19 (42,2%) случаях исходные показатели пародонтального индекса (PI) 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 ($PI=2,41\pm 0,26\%$), при которой отмечалось формирование глубоких (5,8 мм) патологических карманов, что соответствует 3 баллам по шкале CPITN (1,5). На ортопантограмме наблюдались признаки значительной резорбции альвеолярной межзубной перегородки (рис. 4).



Рисунок 4. – Исходное значение пародонтального индекса у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией

Совсем иная картина наблюдалась во 2-й группе (19 человек) при изучении индекса PI: легкая форма пародонтального воспаления была

обнаружена у 6 (31,6%) обследованных лиц, средняя форма – у 10 (52,6%), тяжелая форма – у 3 (15,8%). В 3-й группе обследованных (14 человек) величина исследуемых показателей составила соответственно 28,6% (4 человек) и 71,4% (10 человек). Следует отметить, что в этой группе не была выявлена тяжелая форма воспалительных явлений в структурных единицах тканей пародонта, что объясняется наличием максимального количества исключенных пародонтальных сегментов.

При изучении исходной величины индекса СРІТН (число пораженных сегментов на одного обследованного) выяснилось, что в среднем частота пародонтального поражения составила 94,5%. Показатель индекса СРІТН составил $4,81 \pm 0,09$. Десневая кровоточивость была выявлена у 25,4% пациентов, что согласно шкале ВОЗ указывает на низкий уровень. Интенсивность кровоточивости из дёсен составила $1,12 \pm 0,08$ сегмента, что также указывало на низкий уровень.

Супра- и субгингивальные отложения у пациентов с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением наблюдались в 53,7% случаев, что указывало на высокий уровень, при этом интенсивность составила $2,11 \pm 0,09$ сегмента, что соответствовало среднему уровню. Околодесневые карманы (до 5 мм в глубину) наблюдались в 15,4% случаев, показатель индекса СРІТН при этом составил $1,58 \pm 0,02$ сегмента, а исключенные (отсутствующие) пародонтальные сегменты у обследованных лиц составили $0,81 \pm 0,12$. Интактный пародонт у наблюдаемых пациентов с эндодонто-пародонтальным поражением наблюдался в 5,5% случаев, и в среднем составил $0,38 \pm 0,09$ сегмента.

Исходные показатели распространенности воспалительного поражения пародонта по индексу СРІТН у больных с легкой формой сочетанного эндодонто-пародонтального поражения составили 90,7%, при этом интенсивность составила $4,90 \pm 0,21$ сегмента. Наличие десневой кровоточивости наблюдалось у 22,7% больных данной группы, при этом её интенсивность составила $1,36 \pm 0,08$ сегмента, что соответствовало среднему

уровню. Наличие зубных отложений было выявлено в 28,2% случаев, а их интенсивность составила $1,69 \pm 0,06$ пародонтального сегмента, что соответствовало среднему уровню. Наличие пародонтальных карманов (до 3 мм в глубину) наблюдалось у 21,5% пациентов, при этом их интенсивность составила $1,29 \pm 0,06$ сегмента. Показатели исключенных (отсутствующих) сегментов у больных данной группы составили в среднем $1,10 \pm 0,08$ сегмента (18,3% из шести обследованных сегментов). Интенсивность зубов с интактным пародонтом, по результатам нашего исследования, составила в среднем $0,56 \pm 0,01$ сегмента (9,3% из шести обследованных сегментов) (рис. 5).

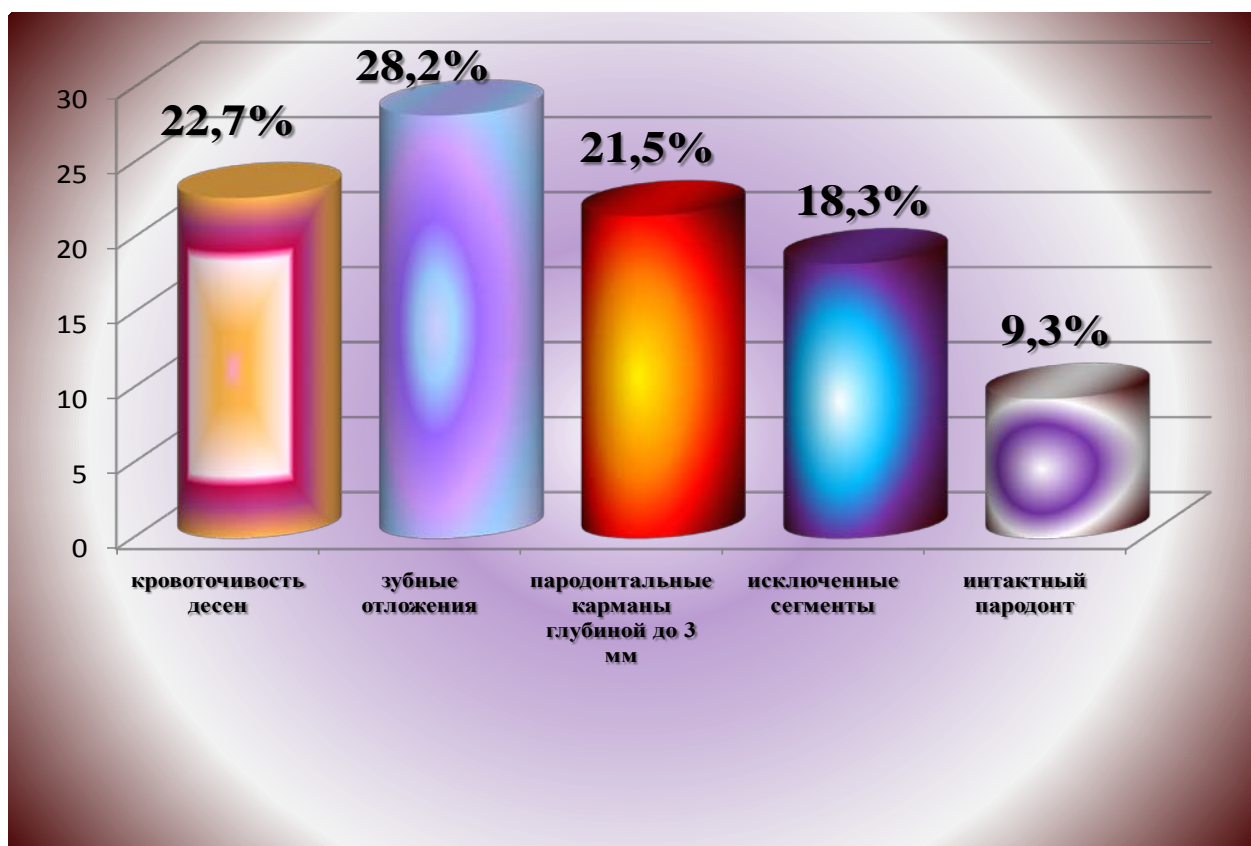


Рисунок 5. – Интенсивность индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени тяжести, %

В группе обследованных пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией средней степени тяжести распространенность патологических признаков в пародонтальных тканях по индексу CPITN

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, что соответствовало среднему уровню. 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. 6).

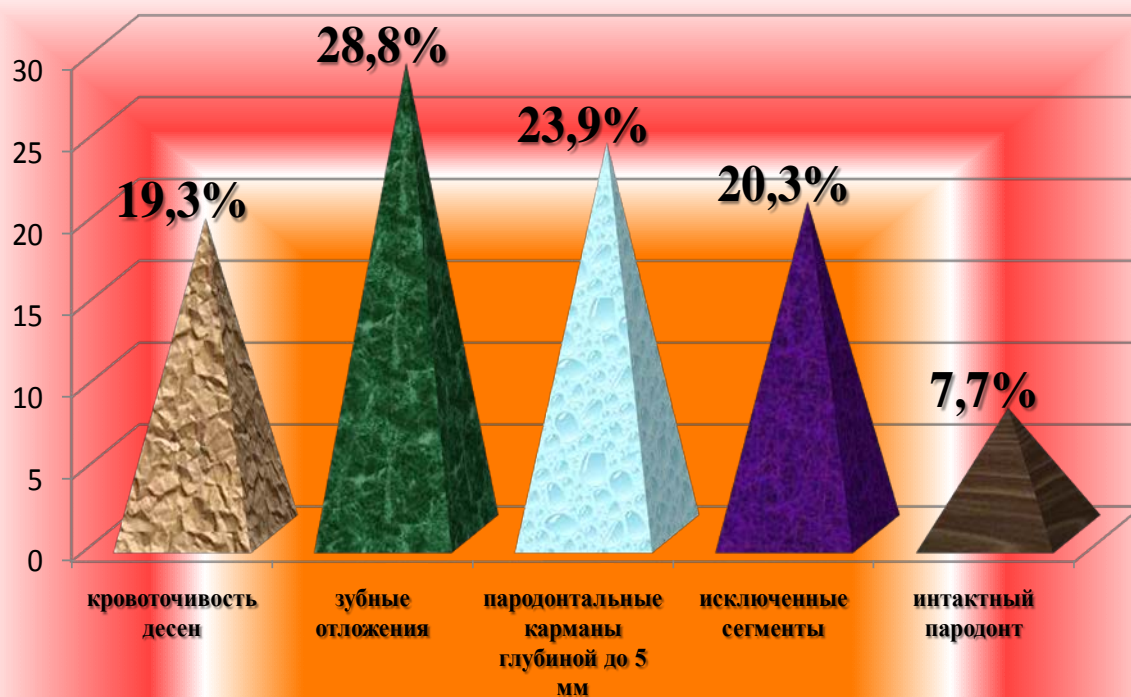


Рисунок 6. – Интенсивность индекса нуждаемости в стоматологической терапии пародонтальной патологии у больных со среднетяжелой формой эндодонто-пародонтального поражения, %

При изучении индекса CPITN 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 (рис. 7).

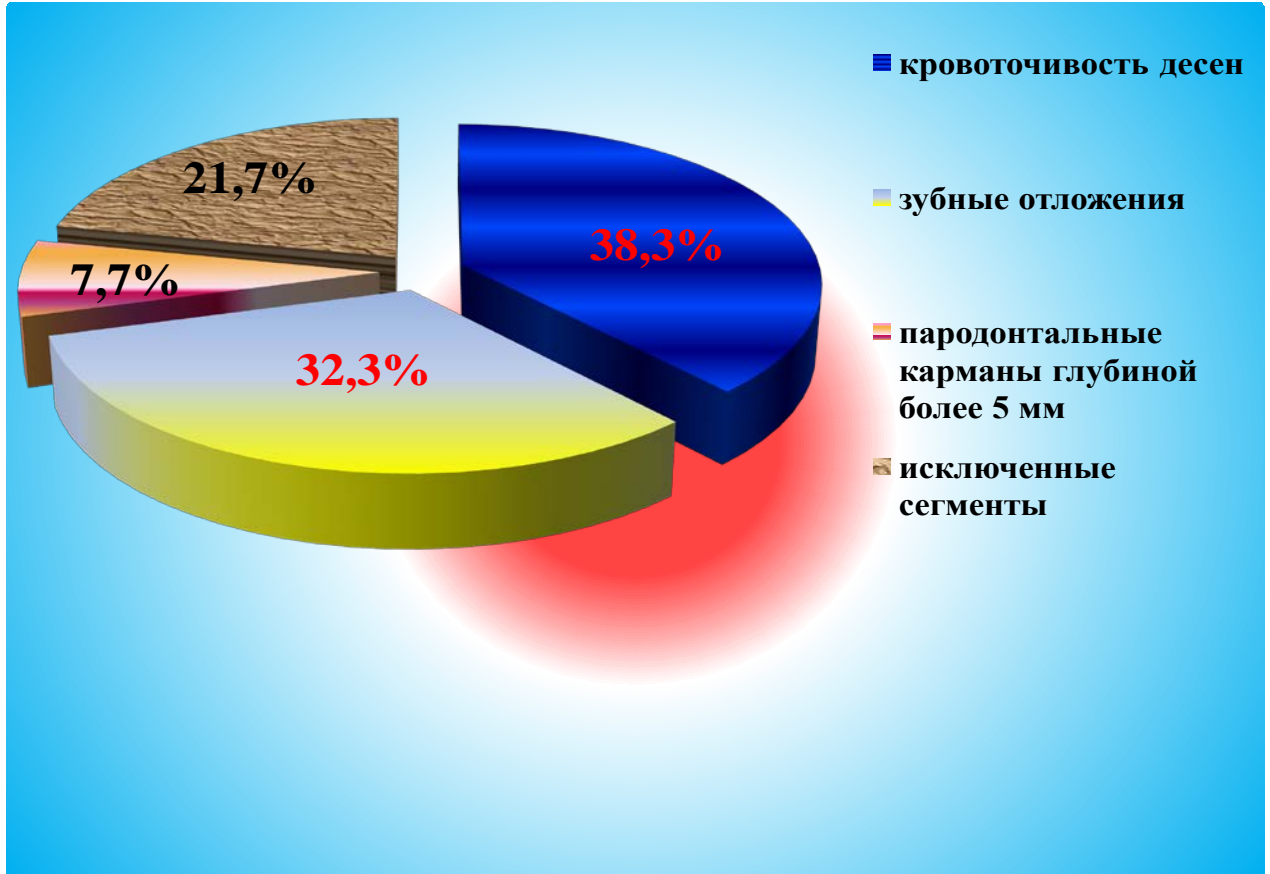


Рисунок 7. – Интенсивность индекса нуждаемости в стоматологической терапии пародонтальной патологии у больных с тяжелой формой эндодонто-пародонтального поражения, %

Кровоточивость наблюдались у 38,3% пародонтальных сегментов, что согласно шкале ВОЗ указывало на низкий уровень. Но при этом интенсивность данного признака была высокой - $2,30 \pm 0,22$ сегмента. Наличие над- и поддесневых отложений в зубах наблюдалось у 32,3% пациентов с тяжелой формой пародонтального поражения при интенсивности данного показателя $1,94 \pm 0,13$, что соответствовало высокому уровню интенсивности. 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 $0,46 \pm 0,02$.

Таким образом, согласно полученным результатам исследования, показатели распространенности и интенсивности вышеперечисленных признаков у больных с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением были высокими. В связи с этим больные нуждались в проведении полноценных лечебно-профилактических стоматологических мероприятий, в том числе и в непрерывной диспансеризации. Именно по этой причине среди обследованного контингента больных был реализован алгоритм лечебно-профилактического воздействия, вследствие чего нами достигнуты положительные результаты, о чём речь идет ниже (см. подраздел 5.1, 5.2 и 5.3).

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗУБОВ И ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

4.1. Результаты социологического исследования сохранения здоровья зубов и околозубных тканей у больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией

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.

Проведенные нами исследования позволяют констатировать, что в настоящее время за стоматологической помощью обращается лишь часть населения Республики Таджикистан. При этом доля населения, не обращающегося за стоматологической помощью, значительна, что не позволяет проведению вторичной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта. В то же время стабильная тенденция ухудшения стоматологического статуса населения в нашей республике диктует необходимость усиления профилактической составляющей в деятельности стоматологической службы.

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 с вышеуказанной патологией. Респондентам также был задан вопрос о действенных методах первичной профилактики эндодонто-пародонтальных поражений.

Мнение пациентов оценивалось в рамках пилотного исследования на базе учебно-клинического центра «Стоматология» Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, где было опрошено 78 человек, пришедших на прием к врачу. По возрастному составу группы респондентов-пациентов представлены лицами в возрасте от 20 до 40 лет и старше. По гендерному соотношению среди обследованных пациентов женщины преобладают в сравнении с мужчинами в соотношении примерно два к одному.

Респонденты были разбиты на 3 возрастные группы. Около половины опрошенных (48,3%) составили лица молодых трудоспособных возрастов в интервале 20-29 лет, около трети – лица старших трудоспособных возрастов (30-39 лет, 34,9%), доля остальных респондентов (40 лет и старше) составила 16,8% (рис. 8).

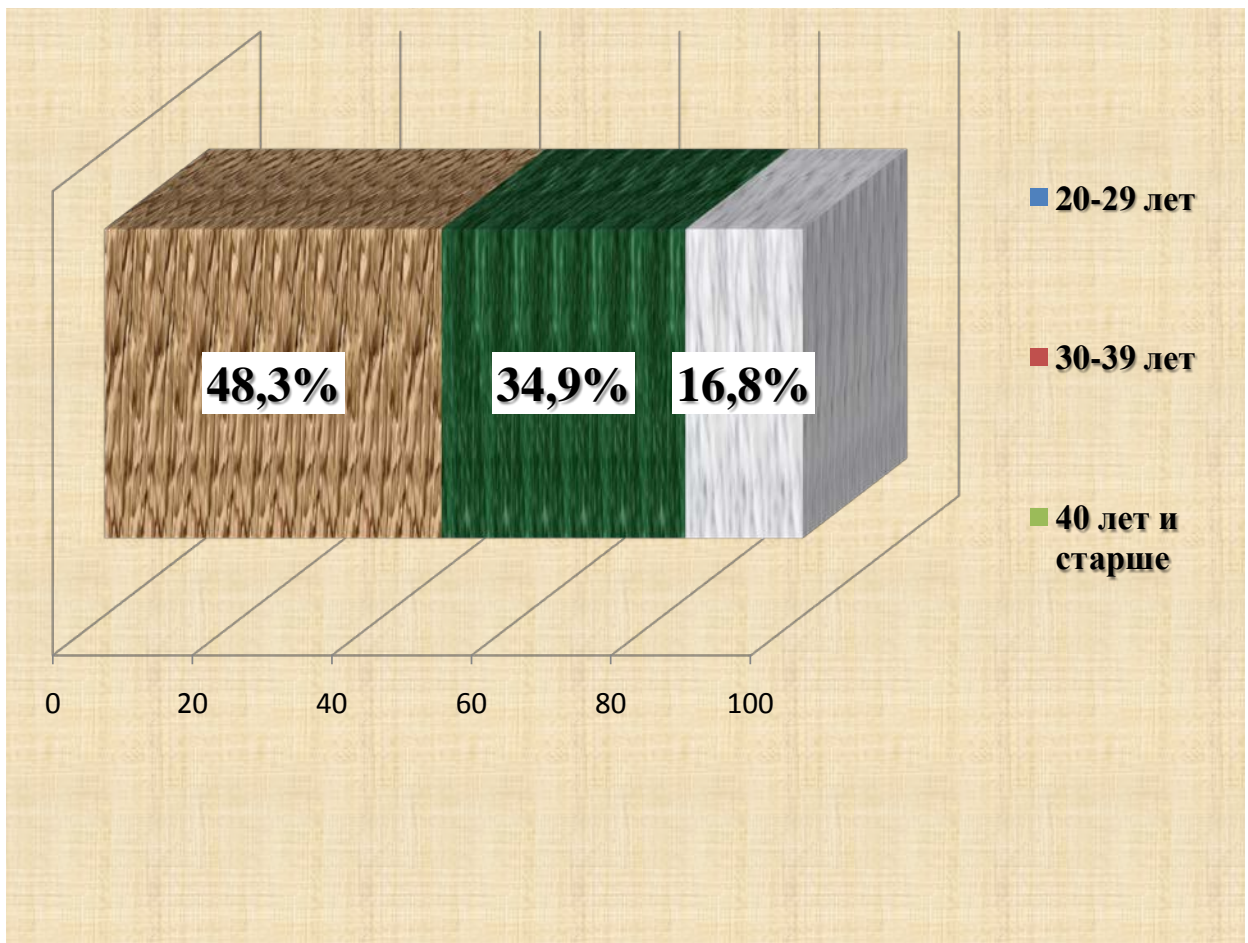


Рисунок 8. – Процентное распределение респондентов в зависимости от возрастного фактора

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%. Усредненные значения вышеуказанных показателей для обеих полов составили соответственно 25,3% и 26,4% (табл. 7).

Если к первой группе опрошенных респондентов прибавить тех, кто обращается к стоматологу регулярно с профилактической целью (7,9% - мужчин, 11,4% - женщин, 9,6% - оба пола), и тех, кто идет к врачу в ближайший после появления первых признаков сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии период (14,7% - мужчин, 13,3% - женщин, 14,0% - оба пола), ко второй группе прибавить категорию ответов «обращаюсь к стоматологу при наличии достаточных материальных средств» (7,8% - мужчин, 11,7% - женщин, 9,8% - оба пола), то складывается впечатление, что адекватное поведение по сохранению здоровья зубов распространено намного шире, чем вынужденные обращения (45,3% - мужчин, 47,4% - женщин, 46,3% - оба пола и 39,7% - мужчин, 43,6% - женщин, 41,7% - оба пола).

Поскольку все остальные причины обращения сравнительно малозначимы, численность групп с относительно адекватным и неадекватным поведением по сохранению здоровья зубов соотносится как три к двум. В целом нами отмечено принципиальных гендерных отличий в поводах обращения к стоматологу, что дает основания проводить сравнительный анализ мнений пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией с учетом пола респондентов.

Таблица 7. - Поводы обращения к стоматологу мужчины и женщины разного возраста с эндодонто-пародонтальной патологией, %

Возраст, лет	Поводы обращения к стоматологу							Итого
	Регулярно для профилактики	Сразу же после появления первых признаков	В ближайший свободный период	При наличии достаточных материальных средств	При появлении острой боли	Иное	Не ответили	
Мужчины								
20-29	10,5	24,8	17,1	12,4	28,6	2,8	3,8	100
30-39	10,7	26,7	18,7	10,7	21,3	5,2	6,7	100
40-49	6,3	21,6	13,7	4,4	35,3	8,7	10,0	100
50 и >	4,1	17,5	9,5	3,9	42,2	6,3	16,5	100
В среднем	7,9	22,7	14,7	7,8	31,9	5,7	9,3	100
Женщины								
20-29	20,2	29,2	14,3	7,7	23,0	3,2	2,4	100
30-39	18,7	38,4	16,6	9,3	7,8	5,9	3,3	100
40-49	4,6	28,1	12,5	12,2	20,3	12,6	9,7	100
50 и >	1,9	16,2	9,8	17,7	32,5	9,5	12,4	100
В среднем	11,4	28,0	13,3	11,7	20,9	7,8	6,9	100
Оба пола								
20-29	15,4	27,0	15,7	10,1	25,8	3,0	3,1	100
30-39	14,7	32,6	17,7	10,0	14,6	5,6	5,0	100
40-49	5,5	24,9	13,1	8,3	27,8	10,7	9,9	100
50 и >	3,0	16,9	9,7	10,8	37,4	7,9	14,5	100
В среднем	9,6	25,3	14,0	9,8	26,4	6,8	8,1	100

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.

Из распределения ответов респондентов можно сделать вывод, что значительная часть обращений к стоматологу связана с запущенной эндодонто-пародонтальной проблемой.

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%) (таблица 8).

Как показал опрос, суммарно около половины респондентов не рассматривают здоровье зубов как значимую проблему. Проблема опасения стоматологических вмешательств у респондентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией оказалась значима не более чем для четверти опрошенных. Группа иных ответов, составившая 8,1% от общего числа опрошенных, не однородна. С одной стороны, в ней присутствуют ответы, что респонденты с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией не доводят проблемы до запущенного состояния, и потому в таком состоянии

не обращаются (3,9% всех ответивших), с другой – ответы касаются большой занятости на работе, неудачного графика работы поликлиники, отсутствия свободного времени (4,2% всех ответивших). По сути, эта подгруппа дополняет тех, кто здоровье зубов считает мало значимой проблемой, а помехи для своевременного обращения – существенными.

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. Среди этой группы лиц, регулярно обращающихся для профилактического осмотра, доля лиц, указавших, что стоматологические вмешательства связаны с риском для здоровья, наибольшая.

В группе пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией, обращающихся к стоматологам при появлении острой боли, не стали отвечать на вопрос о причинах позднего обращения к стоматологу 5,7% респондентов. Среди этой группы наибольшая доля респондентов, опасаящихся стоматологических вмешательств (33,1%). Доля респондентов, не рассматривающих здоровье зубов как значимую проблему, составила суммарно 57,7%.

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-пародонтального

здоровья зубов для респондентов, тем более адекватно их поведение в отношении сохранения здоровья таких зубов.

Результаты анализа ответов респондентов подтверждают утверждение, что боязнь стоматологических вмешательств приводит в итоге к острой зубной боли в эндодонто-пародонтальном комплексе. Аналогичная предопределенность психологического восприятия ситуации поведением наблюдается в других группах респондентов: среди тех, кто обращается к стоматологу после появления первых признаков эндодонто-пародонтальных проблем, сравнительно большая доля лиц обращает внимание на большие очереди в стоматологических учреждениях. Среди тех, кто обращается к стоматологу в ближайший свободный период после появления первых признаков эндодонто-пародонтальных проблем, сравнительно большая доля лиц обращает внимание на наличие поликлиники рядом с местом работы или местом жительства. Среди тех, кто обращается к стоматологу при появлении достаточных материальных средств, самая большая доля лиц, объясняющая позднее обращение к стоматологу, отсутствием средств для получения качественной стоматологической помощи, хотя никто в этой группе не указал на возможность связи стоматологических вмешательств с риском для здоровья.

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 (табл. 9).

В результате комплексного анализа вопроса в указанном аспекте среди опрошенных респондентов прослеживается общая тенденция: чем более адекватно поведение опрошенных в отношении сохранения здоровья зубов и околозубных тканей, тем более действенными воспринимаются меры профилактики. Респонденты, обращающиеся за стоматологической помощью

при появлении первых признаков эндодонто-пародонтальных поражений, несколько чаще считают профилактические меры не действенными.

Таблица 9. - Распределение пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией по оценкам действенности мер профилактики в зависимости от повода визита к стоматологу, %

Причина обращения	Мера действен-на	Мера не действен-на	Не знаю (не ответили)	Общий итог
1	2	3	4	5
Использование фторсодержащих препаратов				
Острая боль	10,5	3,8	85,7	100
Первые признаки заболевания	11,0	4,8	84,1	100
Профилактический визит	12,8	7,0	80,2	100
В среднем	11,7	5,4	82,9	100
Регулярная (не реже 2 раз в день) и продолжительная (не менее 3 минут) чистка зубов				
Острая боль	63,2	9,0	27,8	100
Первые признаки заболевания	71,7	11,0	17,2	100
Профилактический визит	70,9	7,0	22,1	100
В среднем	68,4	8,7	22,9	100
Качество зубной пасты				
Острая боль	52,6	9,0	38,3	100
Первые признаки заболевания	66,9	11,0	22,1	100
Профилактический визит	70,9	5,8	23,3	100
В среднем	62,6	7,8	29,6	100
Использование зубной нити				
Острая боль	46,6	6,8	46,6	100
Первые признаки заболевания	61,4	6,9	31,7	100
Профилактический визит	67,4	1,2	31,4	100
В среднем	54,7	7,2	38,2	100
Использование зубочистки				
Острая боль	40,6	9,8	49,6	100
Первые признаки заболевания	47,6	14,5	37,9	100
Профилактический визит	47,7	11,6	40,7	100
В среднем	44,3	12,3	43,3	100

1	2	3	4	5
Зубные элексиры				
Острая боль	32,3	11,3	56,4	100
Первые признаки заболевания	42,1	15,2	42,8	100
Профилактический визит	48,8	10,5	40,7	100
В среднем	40,2	11,7	48,1	100

Первая из предложенных респондентам для оценки – это вопросы использования фторсодержащих препаратов. Следует подчеркнуть, что в среднем 82,9% пациентов затруднились с оценкой действенности этой меры, т.е. подчеркнули ответ «не знаю». Это означает, что информация об этой мере профилактики болезней зубов и околозубных тканей отсутствует или не поступает к ним в доступной форме. Положительно оценили действенность этой меры 11,7% пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией, 5,4% из них считали эту меру не действенна (рис. 9).

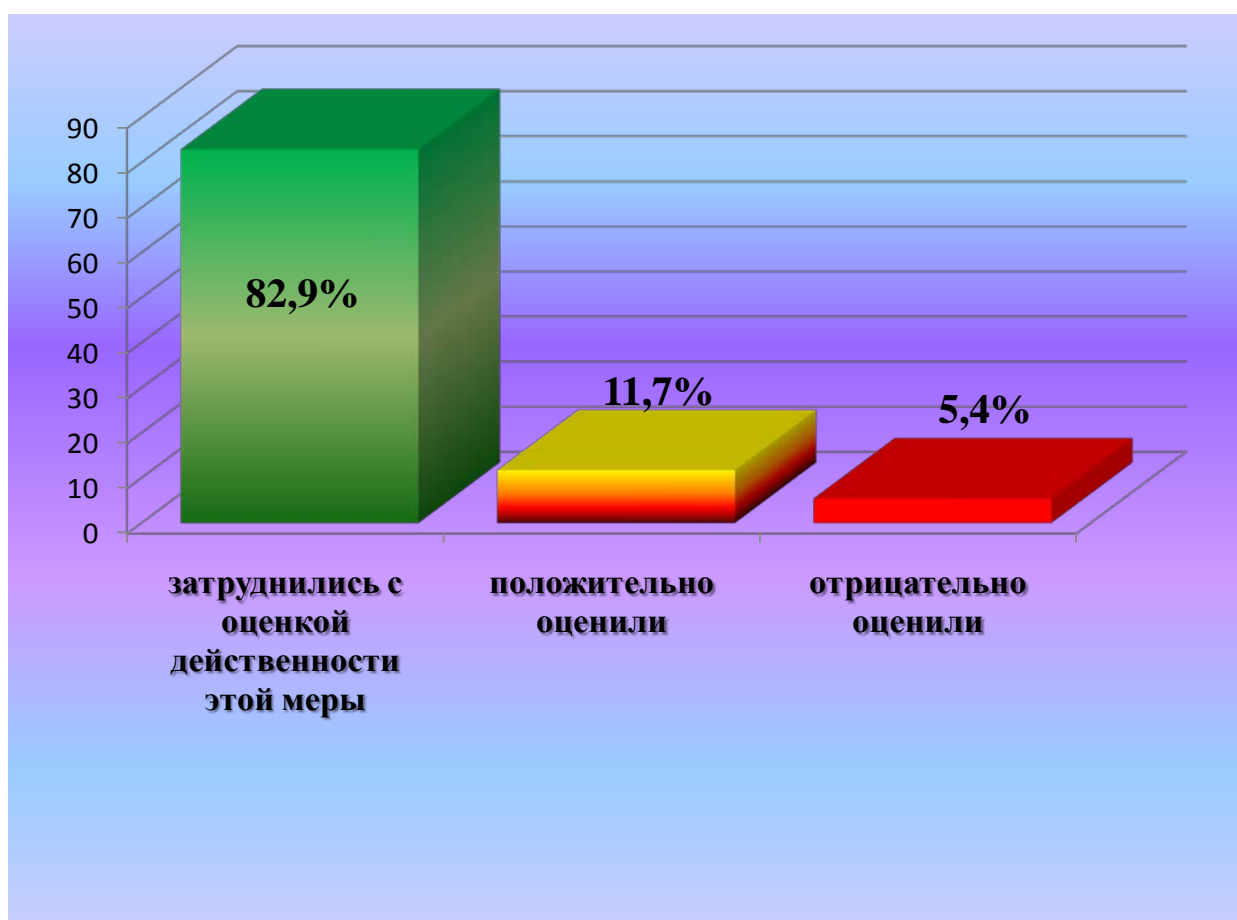


Рисунок 9. – Мнение респондентов в отношении использования фторсодержащих препаратов

Регулярная (не реже 2 раз в день) и продолжительная (не менее 3 минут) чистка зубов оценивается 68,4% респондентами как наиболее действенная из всех рассмотренных мер профилактики стоматологических заболеваний. Среди респондентов, обратившихся по поводу острой боли, 9,0% опрошенных считает чистку зубов действенной мерой и больший процент (27,8%) не определились с мнением, в сравнении с респондентами, которые пришли в стоматологических учреждениях с профилактической целью (соответственно 7,0% и 22,1%).

Качество зубной пасты как действенная мера профилактики стоматологических заболеваний также рассматривается большей частью респондентов (62,6%). Не важными оценили действенность зубной пасты 7,8% из них, не ответили на этот вопрос 29,6% опрошенных (рис. 10).

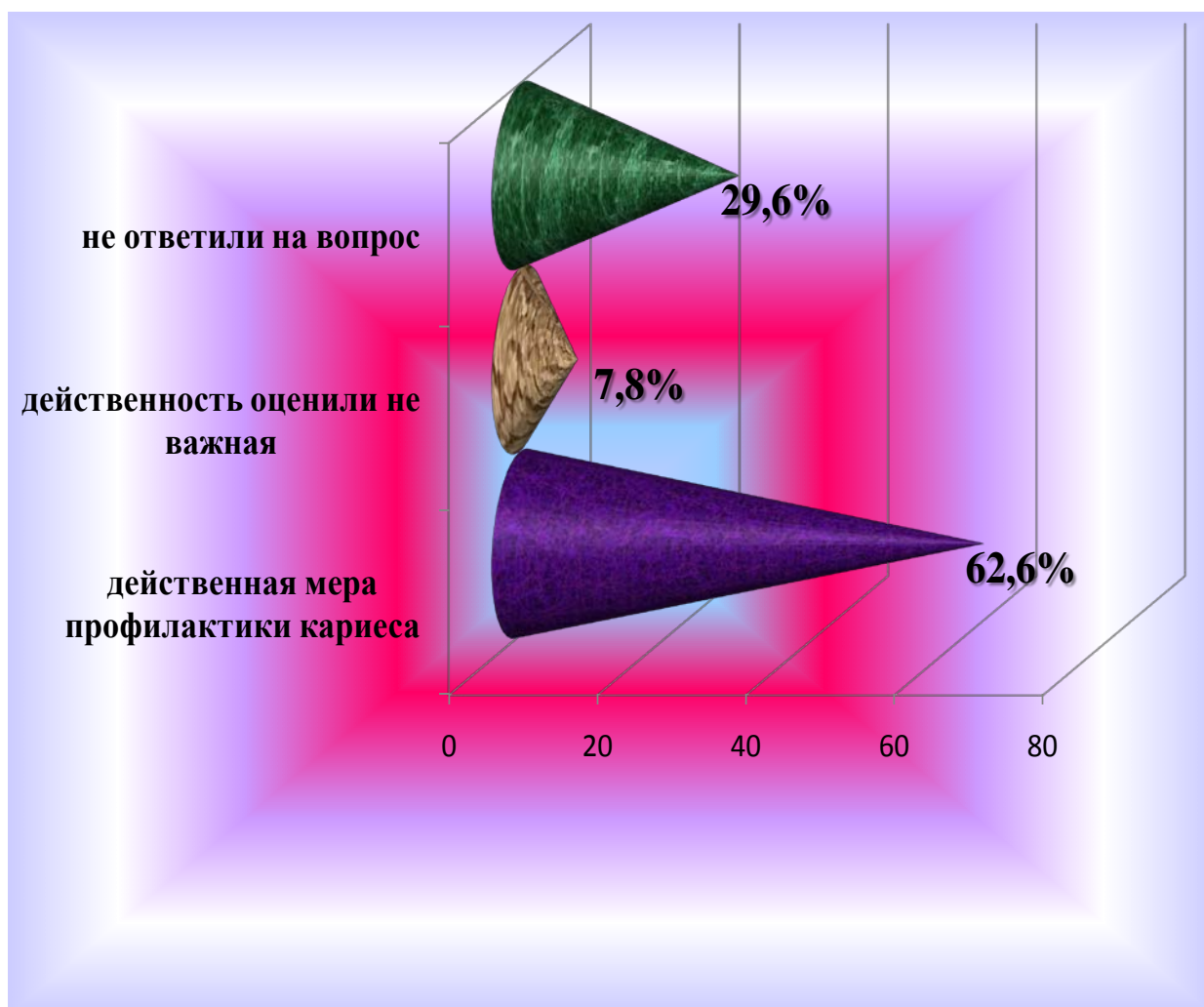


Рисунок 10. – Мнение респондентов в отношении использования зубных паст

Значимость вышеназванного фактора значительно выше оценивается теми, кто пришел с профилактической целью (70,9%), по сравнению с респондентами с острой болью (52,6%). Более позитивно к использованию зубной нити относятся пациенты с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией, пришедшие к стоматологу с профилактической целью в сравнении с теми, кого привела к специалисту острая боль (67,4% и 46,6% соответственно).

Использование зубной нити, как действенную меру профилактики стоматологических заболеваний, расценивают около половины респондентов (54,5%), более трети (38,2%) не определились с ответом, удельный вес негативных суждений сравнительно мал (7,3%) (рис. 11).

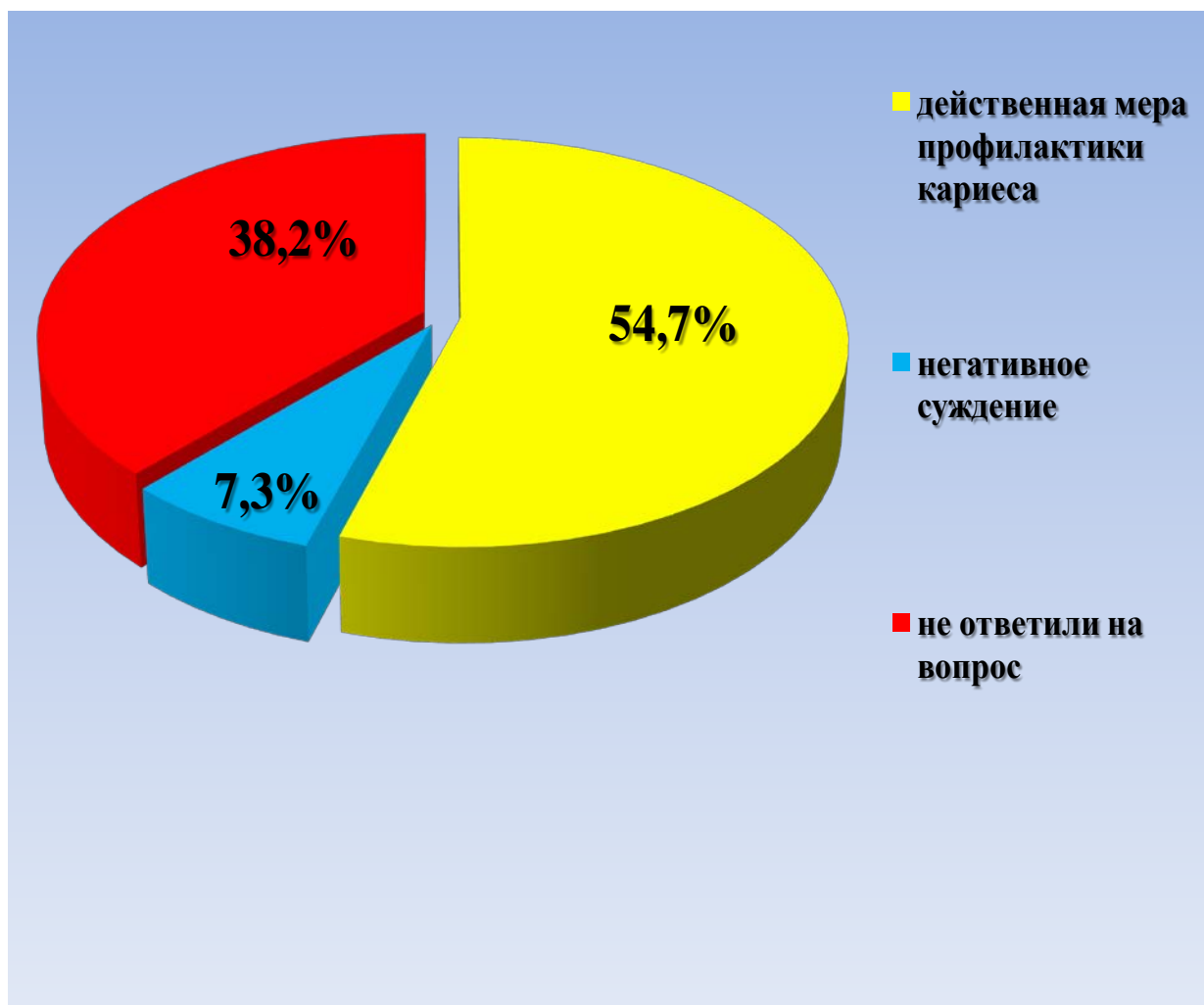


Рисунок 11. – Мнение респондентов по поводу использования зубной нити

Использование зубочисток считают действенным средством профилактики болезней зубов и околозубных тканей 44,3% респондентов, почти столько же неопределенных ответов (43,3%), то есть уровень информированности пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией нельзя считать удовлетворительным.

Зубные эликсиры, также как зубная нить или зубочистки, считаются действенной мерой профилактики с меньшей долей пациентов (40,2%) по сравнению с пациентом не определившимися во мнении относительно данного вопроса (48,1%). В 32,3% случаев пациенты с острой болью отмечали положительный профилактический эффект от зубных эликсиров, а пришедшие с профилактической целью - в 48,8% случаев.

Таким образом, по результатам анализа можно отметить, что население не имеет полной информации о необходимых мерах первичной профилактики эндодонто-пародонтальных осложнений население или же недостаточно знаний об их действенности. Даже по поводу действенности регулярной чистки зубов пятая часть респондентов (22,9%) не имеет сложившегося суждения. На сегодняшний день усиление мер профилактики в стоматологической практике во многом зависит от приверженности населения к выполнению профилактических мер по предупреждению развития стоматологических патологий.

4.2. Результаты изучения личностного реагирования стоматологических больных с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением

При изучении оценки отношения пациентов с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением в 3-х группах (с легкой, средней и тяжелой степенью тяжести) результаты были сопоставимыми по поло-возрастному показателю ($p > 0,05$). При этом были определены некоторые особенности при изучении личностного реагирования на патологию в зависимости от тяжести заболевания, а также в зависимости от проводимого комплексного эндодонто-пародонтального лечения.

Результаты исследования различных видов отношения к патологии у больных с эндодонто-пародонтальной патологией, представлены на рис 12.

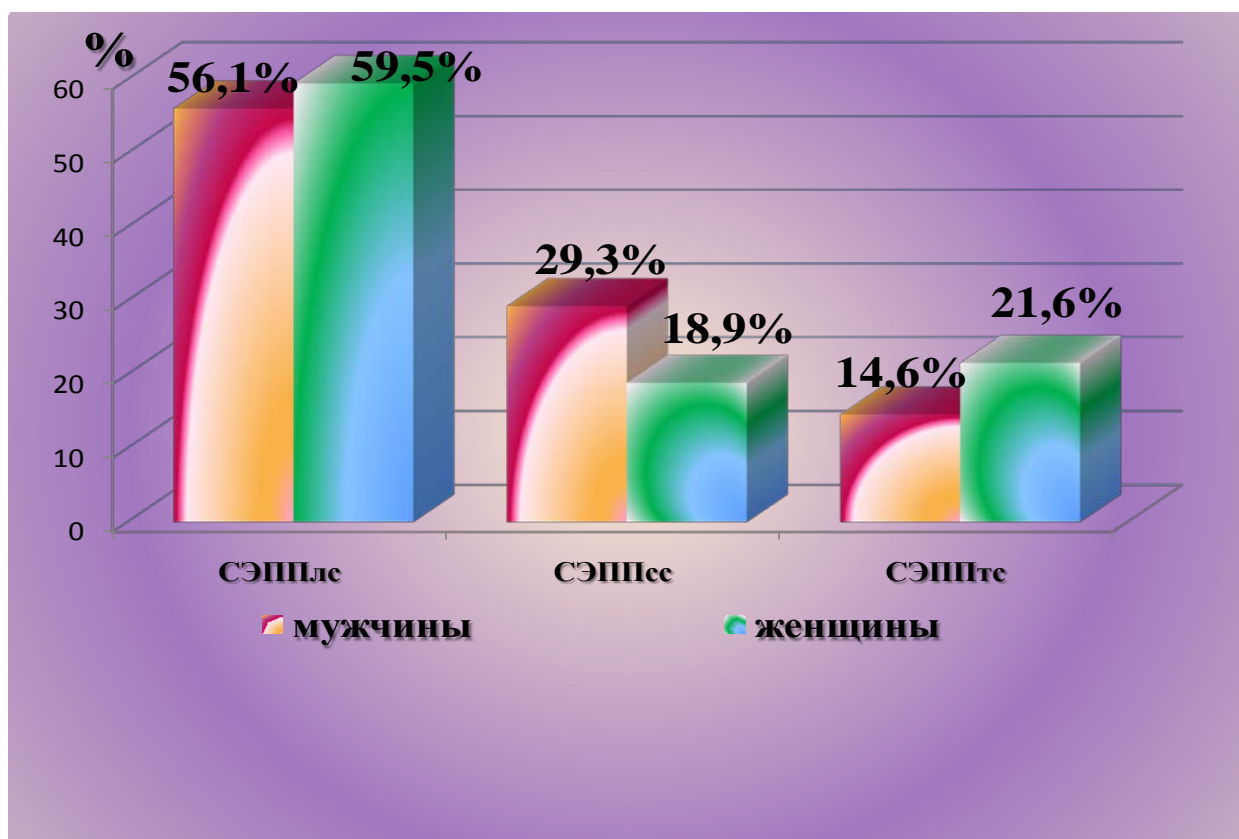


Рисунок 12. - Гендерное распределение пациентов, страдающих сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией

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%.

На рисунке 13 приведены показатели встречаемости различных типов отношения к патологии у больных с легкой степенью эндодонто-пародонтального поражения. 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.

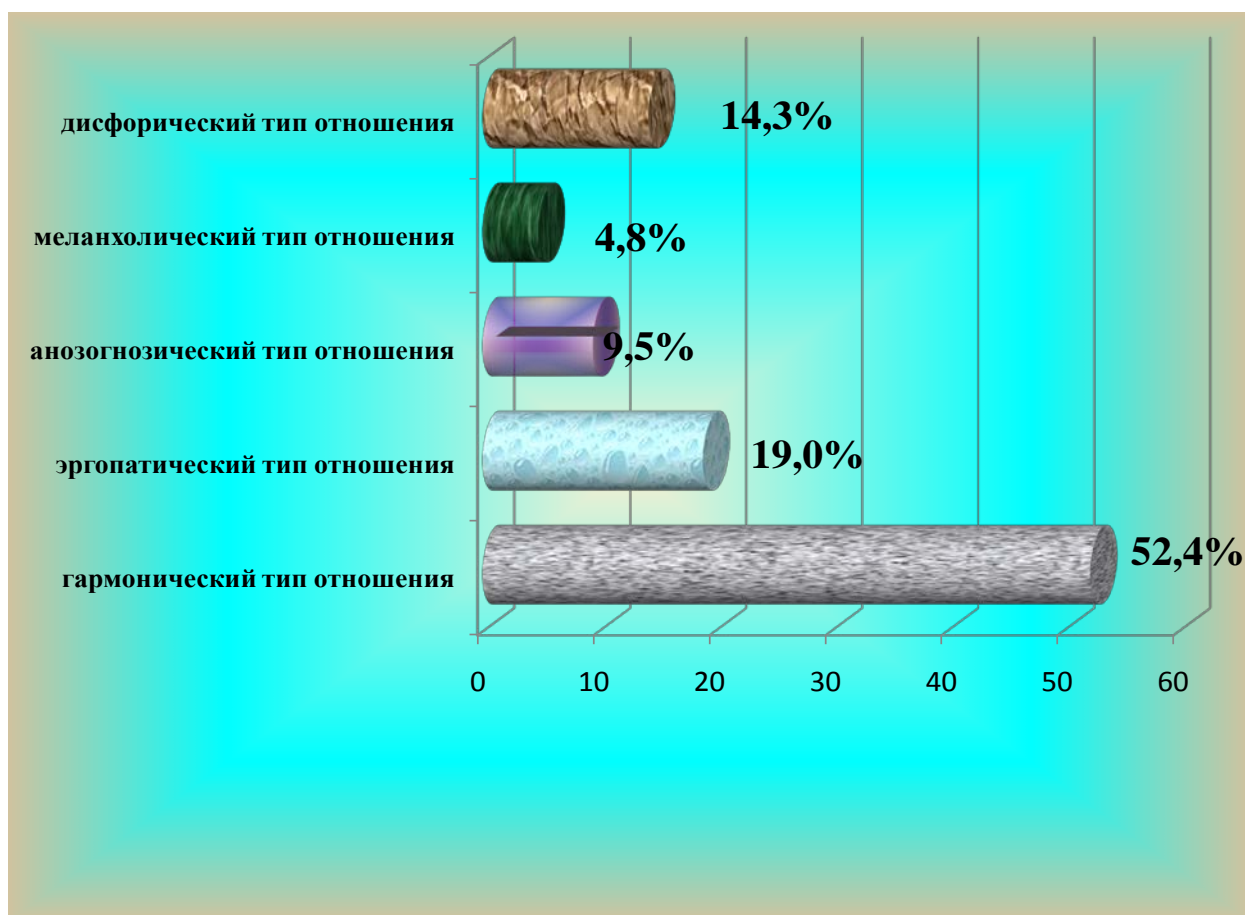


Рисунок 13. - Тип отношения к патологии у больных с легкой степенью сочетанного эндодонто-пародонтального поражения

При гармоничном типе больные с эндодонто-пародонтальным поражением в основном оценивали свое состояние адекватно, без завышения тяжести заболевания, при этом принимая во внимание аспекты и длительность проводимой эндопародонтальной терапии. У пациентов с эргопатическим типом отмечалось избирательное отношение к проводимому обследованию и терапии, связанное с нежеланием прерывания своей рабочей деятельности из-за необходимости прохождения стоматологического обследования и лечения.

У пациентов с анозогнозическим типом отмечалось наличие мнения об отсутствии у них эндодонто-пародонтального заболевания, при этом выявленные признаки данной патологии (десневая кровоточивость, зубные камни и налёт, наличие пародонтальных карманов, неустойчивость зуба и т.д.) воспринимались ими как «несерьезные».

При меланхолическом типе у больного отмечалось отсутствие веры в успех проводимой терапии, даже при условии наступления удовлетворительного состояния. У пациентов с дисфорическим (агрессивным) типом наблюдалось гневливо-мрачное отношение с элементами злобы, проявлениями ненавистного отношения к здоровым окружающим, при этом такие пациенты требовали к себе уделения большего внимания со стороны медперсонала.

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%) (рис. 14).

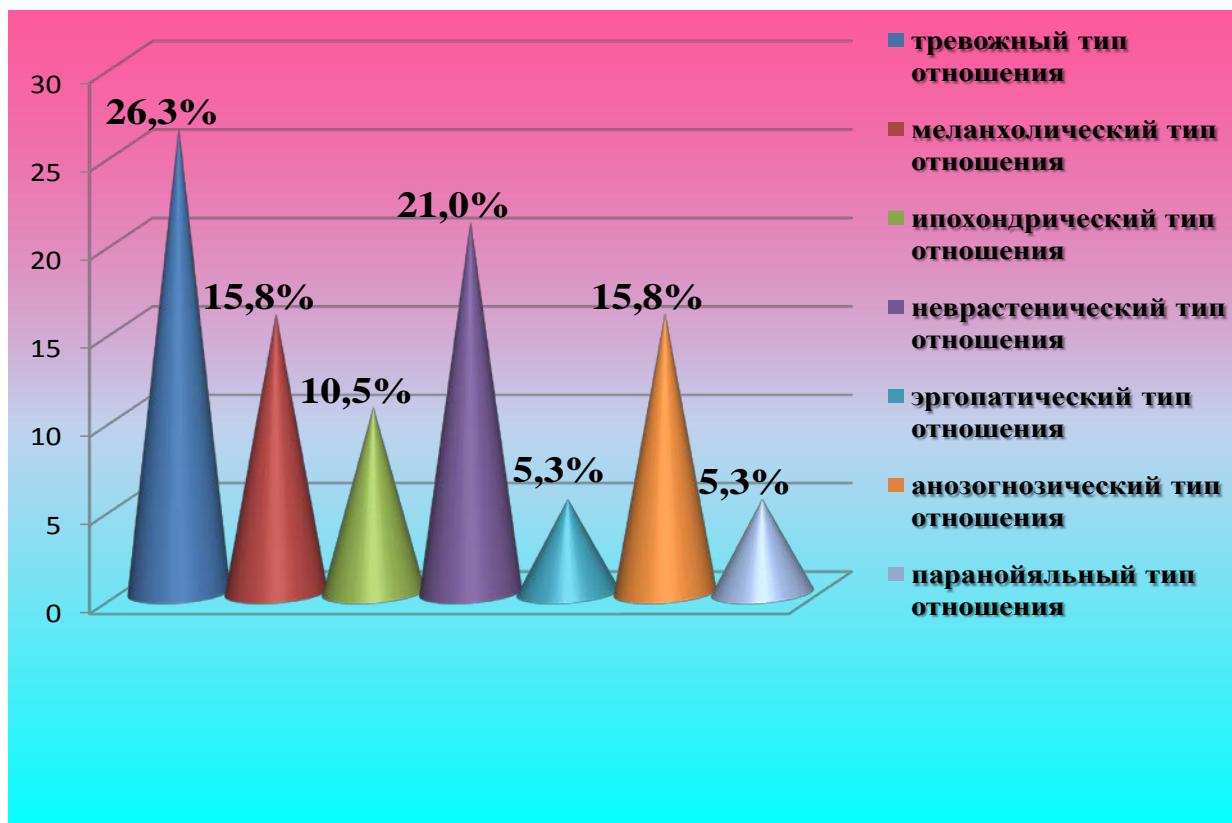


Рисунок 14. - Тип отношения к болезни у пациентов со средней формой сочетанного эндодонто-пародонтального поражения (до начала терапии)

В 26,3% случаев больные с тревожным типом отношения к эндодонто-пародонтальной патологии стремились больше узнать о своём заболевании и вариантах его лечения, при этом старались подобрать более профессионального врача для проведения данного лечения. Среди больных с ипохондрическим типом в 10,5% случаев наблюдалось повышение внимания к субъективным и иным неприятным ощущениям, при этом пациенты готовы были к лечению, но с малой верой в его успех.

У 21,0% пациентов с неврастеническим типом отмечались раздражительность, нетерпение, стремление к началу проведения стоматологической терапии. У больных с паранойяльным типом отношения к эндодонто-пародонтальной патологии, диагностированных в 5,3% случаев, наблюдались чрезмерная подозрительность и особая настороженность к проводимым лечебно-профилактическим мероприятиям.

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 (рис. 15).

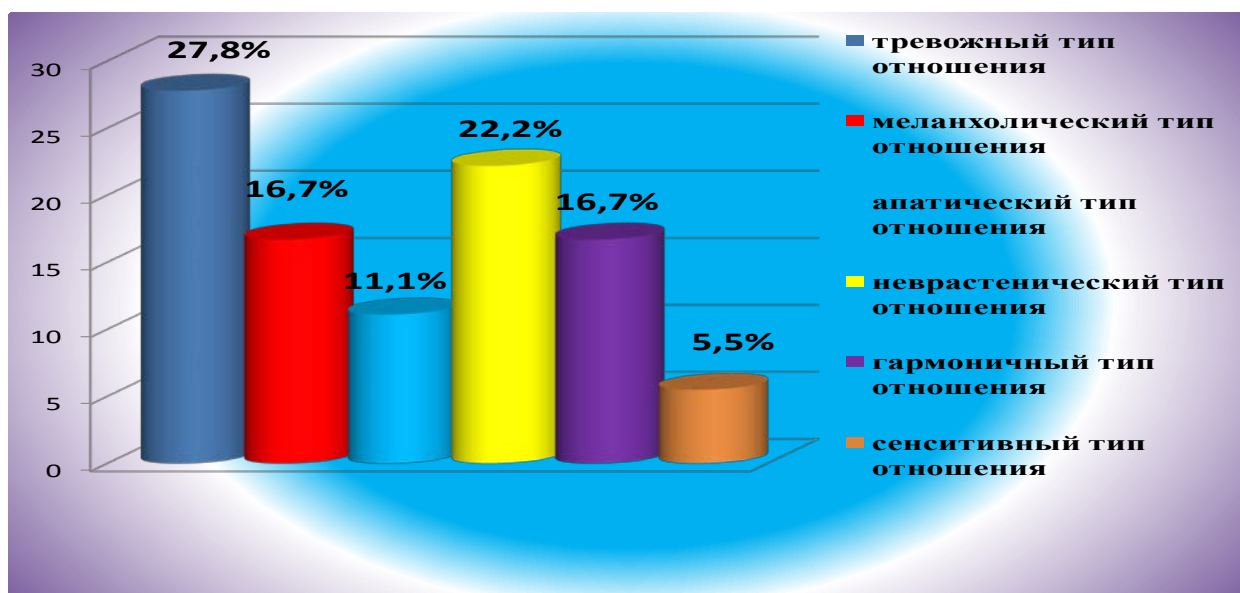


Рисунок 15. - Тип отношения к болезни у пациентов, страдающих тяжелой формой сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии, до лечения

Межличностные реагирования в отношении пациентов с тревожным, меланхолическим, неврастеническим и гармоничным типом отношения были описаны выше. У больных с апатическим типом наблюдалось полное безразличие к наличию у него эндодонто-пародонтальной патологии, её исходу, а также к эффективности терапии. Данные больные были пассивными при диагностических обследованиях и проведении терапии, в связи с чем специалистам приходилось проявлять настойчивость. При сенситивном типе у больных отмечалось беспокойство по поводу успешности проведения эндодонто-пародонтальной терапии.

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 (рис. 16).

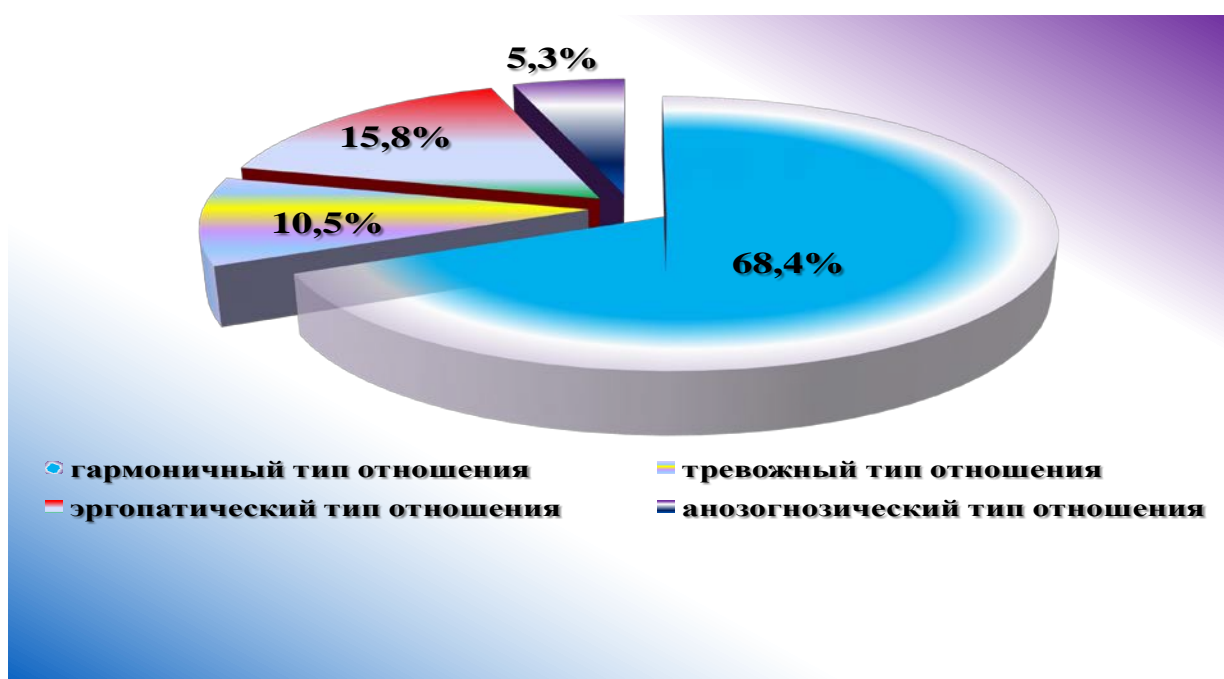


Рисунок 16. - Тип отношения к болезни у пациентов, страдающих средней формой сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии, после комплексного лечения

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% (рис. 17).

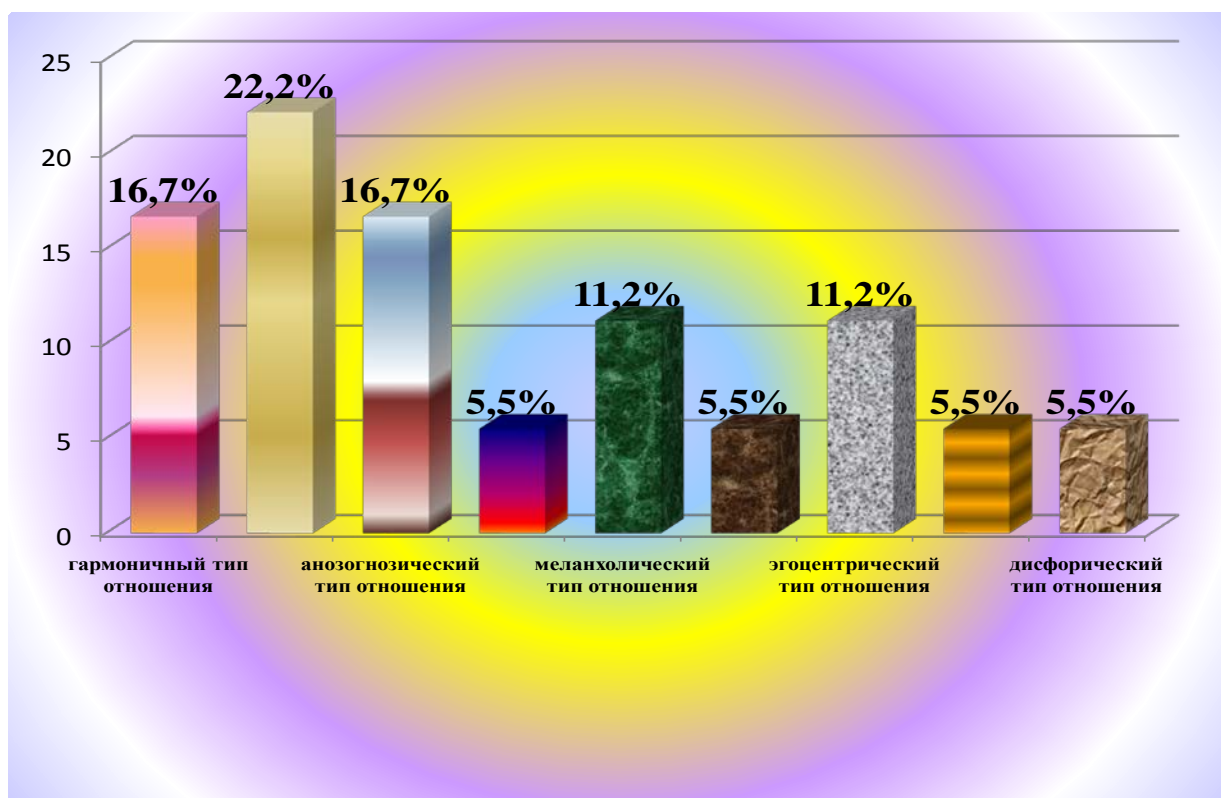


Рисунок 17. - Тип отношения к болезни у пациентов, страдающих тяжелой формой сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии, после комплексного лечения

При эгоцентрическом типе отношения больные с тяжелой формой сочетанного эндодонто-пародонтального поражения отличались своим показным страдальческим видом, появлением у них тревоги в связи с

проводимой терапией, пытались вызвать у окружающих к себе сочувствие. При паранойальном типе у больных отмечаются подозрительность и настороженность к назначенной эндодонто-пародонтальной терапии, возникшую у них патологию пациенты приписывают к осложнениям проводимой прежде терапии. У больных с дисфорическим типом наблюдался озлобленный характер, угрюмое настроение и постоянно недовольное состояние.

Таким образом, по данным теста «тип отношения к болезни» у больных с различной формой тяжести эндодонто-пародонтального поражения отмечались высокие показатели личностного отношения к патологии. Эффективность эндодонто-пародонтальной терапии способствует улучшению реагирования больных на патологию, позволяет снизить эмоциональную дезадаптацию, помогает повысить желание на проведение терапии и осознание её выполнения.

ГЛАВА 5. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА И ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

5.1. Динамика показателей сочетанного поражения пародонта и околоверхушечных тканей эндодонтически леченого зуба после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий

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). Анализ убыли площади очага резорбции выявил высокий показатель ($48,3 \pm 2,6\%$).

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). Следует отметить, что при полноценном эндодонтическом лечении площадь очага деструкции в периапикальных тканях уменьшилась в 4,8 раза и восстановление костной ткани в форме убыли площади очага наблюдается в $60,0 \pm 3,5\%$ (табл. 10).

Через 6 месяцев после реализации комплекса лечебных мероприятий эндодонтического характера у пациентов 2-й группы диаметр очага околоверхушечной резорбции уменьшился до $2,3 \pm 0,2$ мм против исходного значения $2,7 \pm 0,2$ мм. Обнаружено, что после проведенного эндодонтического лечения площадь очага резорбции в периапикальных тканях спустя 6 месяцев

уменьшилась всего лишь в 1,2 раза. Следовательно, убыль очага околоверхушечной резорбции составила $14,8 \pm 1,3\%$.

Таблица 10. - Клинико-рентгенологические показатели сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии после реализации комплексного лечения

Группа пациентов	Динамика периапикальной деструкции (мм)			Критерий Фридмана
	до лечения	после лечения		
		6 месяц	12 месяц	
1-я группа (n = 45)	2,9±0,2	1,5±0,3 $p_1 < 0,001$	0,6±0,2 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
2-я группа (n = 19)	2,7±0,2	2,3±0,2 $p_1 > 0,05$	1,4±0,2 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$	<0,001
3-я группа (n = 14)	4,8±0,6	1,9±0,2 $p_1 < 0,001$	0,3±0,1 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,01$	$p_{1-2} < 0,01$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} < 0,001$	

Примечание: p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми до лечения; p_2 – через 6 месяцев после лечения (по Т-критерию Вилкоксона). p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} – статистическая значимость различия показателей между соответствующими группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Во 2-й группе через 12 месяцев после адекватного эндодонтического лечения выявлен более удовлетворительный рентгенологический результат. Так, диаметр очага периапикальной деструкции спустя 12 месяцев уменьшился в 1,9 раза по отношению к исходному диаметру ($2,7 \pm 0,2$ мм), доходя до $1,4 \pm 0,2$ мм. 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.

Во 2-й группе пациентов площадь очага околоверхушечной резорбции через 6 и 12 месяцев после эндодонтического лечения составила соответственно $2,3 \pm 0,2$ мм и $1,4 \pm 0,2$ мм по сравнению с исходной величиной ($2,7 \pm 0,2$ мм) и убыль очага деструкции соответствовала $14,8 \pm 1,3\%$ и $39,1 \pm 2,3\%$. В 1-й основной группе значение исследуемых показателей составило соответственно $1,5 \pm 0,3$ мм и $0,6 \pm 0,2$ мм ($2,9 \pm 0,2$ мм) при значении убыли площади очага периапикальной деструкции $48,3 \pm 2,6\%$ и $60,0 \pm 3,5\%$.

У пациентов 3-й группы значительное уменьшение размеров околоверхушечной резорбции отмечалось спустя как 6 месяцев ($1,9 \pm 0,2$ мм), так и 12 месяцев ($0,3 \pm 0,1$ мм) после проведенного нами эндодонтического лечения. Как свидетельствуют полученные результаты в динамическом аспекте, редукция диаметра 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 $84,2 \pm 3,1\%$. Различия показателя редукции диаметра очага деструкции во всех сроках наблюдения были достоверными ($p < 0,05$; $p < 0,001$).

Достоверно позитивные рентгенологические признаки спустя 6 месяцев после полноценного эндодонтического лечения нами обнаружены у пациентов 3-й основной группы: по сравнению с исходным данным ($4,8 \pm 0,6$ мм) диаметр очага околоверхушечной резорбции корня зуба уменьшился в 2,5 раза, восстановление костной ткани наблюдалось в $66,3 \pm 3,4\%$ случаев. Через 12 месяца после соответствующего лечения площадь очага деструкции уменьшилась в 16 раз, а восстановление очага резорбции наблюдалось в $93,8 \pm 4,2\%$ случаев.

Таким образом, у больных, в лечении которых не использовались кальцийсодержащие средства (2-я группа) и не применялся плазмолифтинг, размеры очага околоверхушечной деструкции после проведенной комплексной терапии спустя 24 месяца сократились в $39,1 \pm 2,3\%$ случаев. У больных, в лечении которых применялся кальцецин 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 ходе динамического наблюдения нами выявлена определенная закономерность: обнаружено достоверное влияние диаметра очага резорбции на скорость репаративных процессов в околоверхушечных тканях после проведения эндодонтической терапии. Так, через 1 год после лечения полная репарация костной ткани в околоверхушечной области при диаметра очага резорбции 1-2 мм наблюдалась в $67,3\%$ случаев, при размерах деструктивных очагов от 3 до 4 мм полное восстановление тканей отмечалось в $37,6\%$ случаев, а при диаметре очага резорбции 5 мм и более полная репарация костной ткани отмечалась в $25,3\%$ случаев.

В результате динамического наблюдения за пародонтологическими признаками у пациентов с сочетанным поражением пародонта и околоверхушечных тканей в зависимости от реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера с применением плазмолифтинга, антимикробных и антиоксидантных препаратов отмечались следующие результаты. При использовании в лечении «Гиалудент №2» у больных обеих групп спустя 10 дней полностью проходили явления десневой кровоточивости во время чистки зубов, а также отмечалось исчезновение неприятного запаха изо рта. Но в то же время при осмотре пародонтальных тканей оставалась некоторая цианотичность и отечность межзубных сосочков и свободной десны. 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, при этом сопоставимое между обеими группами. Достоверно снижались показатели индекса РМА ($p < 0,05$), с $19,7 \pm 1,60\%$ до $15,3 \pm 0,81\%$, что свидетельствуют об уменьшении воспалительных явления в тканях пародонта (табл. 11).

Таблица 11. - Индексная оценка состояния тканей пародонта до и после лечения у пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой и средней степеней тяжести ($M \pm m$)

Индекс- ные пока- затели	1-я основная группа(n=45) (легкая степень тяжести)			2-я основная группа(n=19) (средняя степень тяжести)		
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
		10 дней	20 дней		10 дней	20 дней
РМА (%)	19,7±1,60	15,3±0,81 $p_1 < 0,001$	15,9±0,80 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	22,3±1,15*	16,7±0,49 $p_1 < 0,001$	7,9±0,36* $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
PI (баллы)	1,65±0,46	0,90±0,21 $p_1 < 0,01$	0,63±0,19 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	2,04±0,21	1,48±0,22* $p_1 < 0,05$	0,75±0,20 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$
ИГР-У (баллы)	1,79±0,28	1,31±0,29 $p_1 < 0,05$	1,09±0,12 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	2,35±0,21	1,72±0,30 $p_1 > 0,05$	1,43±0,20* $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$
РНР (баллы)	1,57±0,20	1,20±0,14 $p_1 < 0,05$	1,01±0,10 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	1,69±0,18	1,47±0,21 $p_1 > 0,05$	1,19±0,29 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$

Примечание: p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми до лечения; p_2 – через 10 дней после лечения (по T-критерию Вилкоксона). *отмечены статистически значимые ($p < 0,05$) различия показателей по сравнению с таковыми в 1 группе (по U-критерию Манна-Уитни)

При контрольном осмотре пациентов обеих групп спустя 20 дней после терапии в ротовой полости не наблюдались признаки воспаления пародонтальных тканей. Цвет десны был бледно-розовым, последняя плотно

прилегал к шейке зубов, болевой синдром и покраснение тканей не наблюдались. По всем индексным параметрам отмечалось статистически значимое снижение не только по сравнению с исходными данными, но также достоверно отличались от таковых, наблюдаемых на 10 сутки после лечения.

Таким образом, было установлено, что при сочетанном поражении пародонта и околоверхушечных тканей у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией использование плазмолифтинга, прием кальцийсодержащих препаратов системного действия в рекомендуемых производителем дозах (от 1 до 3 месяцев по 1000 мг/сутки) и применение препаратов содержащих антимикробных и антиоксидантных средств существенно влияет на скорость восстановления костной ткани в периапикальных тканях очага деструкции и околозубных тканей.

5.2. Результаты клинико-индикационной оценки пародонтологического лечения у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией

Для решения поставленных задач нами внедрена комплексная система лечения и профилактики эндодонто-пародонтальных заболеваний и в дальнейшем оценивались отдаленные результаты внедрения лечебно-профилактических мероприятий эндодонто-пародонтального характера с использованием различных индексов.

Особое значение перед распределением больных по группам придавали изначальным показателям оценки состояния пародонтальных тканей. Больным основной группы проводили сбор анамнестических данных, осмотр пародонтальных тканей, оценку интенсивности десневой кровоточивости, тест Шиллера-Писарева, гингивоскопическое исследование, исследование глубины пародонтальной борозды и зубодесневых карманов, индексов гигиены Грина-Вермильона, РМА, СРITN, модифицированного пародонтального индекса (PI), проведение рентгенологического исследования. Контрольная группа пациентов соблюдала лишь

традиционные принципы гигиены ротовой полости и динамическое наблюдение.

Для больных основной группы в индивидуальном порядке проводился подбор объема и тактики лечебно-профилактических мероприятий, в которые были включены: гигиена ротовой полости, её санация, удаление локальных травматических компонентов, чистка межзубных промежутков, профессиональная чистка ротовой полости, вызов желания у каждого больного к сохранению ротовой полости в хорошем состоянии, назначение курсового лечения.

В контрольной группе пациентов так же, как и в основной, были проведены общие мероприятия, а затем осуществлялись только контрольные осмотры с использованием вышеуказанных методов для сравнения результатов без оказания специализированной помощи в плановом порядке.

Определение распространенности (индекс РМА) и глубины патологического процесса в пародонте зубов (индекс РІ) позволяло объективно оценивать динамику состояния пародонта у пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией и эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий на этапах диспансерного наблюдения (табл. 12).

Таблица 12. - Динамика используемых индексов в группах пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией ($M \pm m$)

Оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий	Сравниваемые группы	Индекс РМА (%)	Индекс РІ (в баллах)
1	2	3	4
Исходный уровень	традиционной профилактики	$18,15 \pm 0,95$	$0,68 \pm 0,07$
	профессиональной профилактики	$17,23 \pm 0,87$	$0,65 \pm 0,06$
	P	$>0,05$	$>0,05$

1	2	3	4
Через 1 месяц	традиционной профилактики	19,24 ± 0,85	0,68 ± 0,07
	профессиональной профилактики	13,97 ± 0,72	0,53 ± 0,05
	P	<0,001	<0,05
Через 3 месяца	традиционной профилактики	18,45 ± 0,81	0,64 ± 0,06
	профессиональной профилактики	12,10 ± 0,63	0,47 ± 0,05
	P	<0,001	<0,01
Через 6 месяцев	традиционной профилактики	18,00 ± 0,76	0,63 ± 0,06
	профессиональной профилактики	10,60 ± 0,60	0,40 ± 0,04
	P	<0,001	<0,001
Через 1 год	традиционной профилактики	18,00 ± 0,77	0,64 ± 0,07
	профессиональной профилактики	8,00 ± 0,52	0,29 ± 0,04
	P	<0,001	<0,001
Через 1,5 года	традиционной профилактики	17,13 ± 0,75	0,62 ± 0,06
	профессиональной профилактики	5,80 ± 0,45	0,2 ± 0,03
	P	<0,001	<0,001
Через 2 года	традиционной профилактики	17,70 ± 0,82	0,63 ± 0,07
	профессиональной профилактики	3,72 ± 0,40	0,15 ± 0,02
	P	<0,001	<0,001
Через 3 года	традиционной профилактики	17,80 ± 0,86	0,62 ± 0,07
	профессиональной профилактики	1,40 ± 0,18	0,10 ± 0,02
	P	<0,001	<0,001
Критерий Фридмана		<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей при сравнении между обоими видами профилактики (по U-критерию Манна-Уитни). Критерий Фридмана высчитывался в динамике по каждому виду профилактики

Как свидетельствуют данные таблицы 12, у лиц с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией исходные значения индексов РМА и РІ в обеих группах были примерно одинаковы (соответственно $18,15 \pm 0,95\%$, $17,23 \pm 0,87\%$ и $0,68 \pm 0,07\%$, $0,65 \pm 0,06\%$).

Через один месяц в группе профессиональной профилактики эндодонто-пародонтальных воспалительных заболеваний отмечалось значительное клиническое улучшение состояния пародонтальных тканей. Так, показатель индекса РМА снизился в 1,2 раза, а индекс РІ – в 1,0 раза. Среди обследованных лиц через 3 месяца значение исследуемых индексов снизилось одинаково, составляя соответственно 1,4 раза при соответствующих значениях 1,6 раза спустя 6 месяцев после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Через один год в группе, где реализовались профессиональные принципы профилактики эндодонто-пародонтальных осложнений отмечалось значительное клиническое улучшение состояния пародонтальных тканей: показатели индекса папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса снизились в 2,2 раза, а пародонтального индекса – в 2,3 раза.

Следует отметить, что за этот период в группе лиц, где реализовывались лишь традиционные принципы профилактики эндодонто-пародонтальных осложнений (контрольная группа) значения вышеуказанных индексов практически не изменились. Так, в этой группе значение индекса РМА через 1, 3, 6 и 12 месяцев составило соответственно $19,24 \pm 0,85\%$, $18,45 \pm 0,81\%$, $18,00 \pm 0,76\%$ и $18,00 \pm 0,77\%$ при усредненном значении $17,13 \pm 0,75\%$, $17,70 \pm 0,82\%$ и $17,80 \pm 0,86\%$ соответственно через 1,5, 2 и 3 года по сравнению с исходными данными ($18,15 \pm 0,95\%$). Аналогичная динамика с недостоверной вероятностью ($p > 0,05$) была получена для пародонтального индекса (РІ). Через три года значение данного индекса составило $0,62 \pm 0,07\%$ по сравнению с исходными данными ($0,68 \pm 0,07\%$) и редукция данного показателя составила всего лишь 8,8%.

В основной группе обследованных пациентов результаты, полученные через 1 и 6 месяцев после активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндодонто-пародонтального характера, показали достоверную динамику индексов РМА (соответственно 18,9% и 38,5%) и PI (соответственно 18,5% и 38,4%). Редукция вышеуказанных индексов через 1 год, 2 и 3 года составила 53,6%, 78,4% и 91,9% соответственно для папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса при соответствующем значении 55,4%, 76,9% и 84,6% - для пародонтального индекса.

Исследования, проведенные через три года также, позволили сделать вывод о положительной динамике клинических индексов у пациентов основной группы с сочетанными эндодонто-пародонтальными осложнениями. Так, в группе пациентов, где реализовались профессиональные принципы лечебно-профилактических мероприятий, по сравнению с исходными данными редукция папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса составила 91,9%, для пародонтального индекса – 84,6%.

Как наглядно следует из таблицы 12, в основной группе через три года после активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий существенное снижение балльных значений индексов РМА (с $17,23 \pm 0,87\%$ до $1,40 \pm 0,18\%$) и PI (с $0,65 \pm 0,06\%$ до $0,10 \pm 0,02\%$) характеризовало состояние околозубных тканей на уровне риска развития воспалительных заболеваний, в основном за счет наличие пациентов с указанной патологией в стадии обострения в начале исследования.

В группе традиционной профилактики (контроля) отсутствовали значимые изменения в эндодонто-пародонтальном состоянии на протяжении всего времени наблюдения. Вышеуказанные индексы показали свою высокую диагностическую точность, с помощью которых возможно исследование почти всех визуально определяемых проявлений заболевания

от воспалительных изменений до деструкции в перио-пародонтальном комплексе.

Для более точной констатации состояния околозубных тканей эндодонтически леченых зубов на этапах диспансерного наблюдения нами применялся тест Шиллера-Писарева, а также проводилось гингивоскопическое исследование. В 2 (6,5%) случаях у больных контрольной группы спустя 3 года после начала применения традиционных мер профилактики были установлены признаки усугубления тяжести пародонтального поражения. Ещё в 3 (9,7%) случаях была выявлена I степень йодопозитивности (желтое окрашивание), что указывало на начальное развитие воспаления в эндопародонтальном комплексе.

Вместе с тем у пациентов группы профессиональной профилактики после проведения лечебно-профилактических мероприятия эндодонто-пародонтального характера, включавших профессиональную гигиену ротовой полости, использование лечебно-профилактических зубных гелей с противовоспалительным эффектом, явления воспалительного поражения десны проходили, о чем свидетельствовало бледно-желтое окрашивание при нанесении раствора Люголя, отсутствием побледнения эпителии при проведении пробы Кёчке, за исключением одного пациента (3,0%) с эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени в стадии ремиссии, у которых сохранялась I степень йодопозитивности (желтое окрашивание).

Гингивоскопия позволяла нам уточнить пределы распространения воспалительного процесса у больных с вышеупомянутой патологией при контрольных осмотрах, а также в 3 (9,1%) случаях у наблюдаемых из контрольной группы позволила в конце периода наблюдения выявить визуально неопределяемую воспалительную реакцию десны. По нашему мнению, данный способ можно отнести к разряду доклинических тестов, способствующих своевременному выявлению пародонтальных патологий, определению необходимости использования дополнительных методов исследования и динамического контроля у стоматолога.

В начале исследования у больных обеих групп отмечалась высокая частота пародонтальных поражений - 76,7% случаев. Однако после проведения профилактических мероприятий и лечения пародонтальной патологии уже через три месяца среди пациентов группы профессиональной профилактики наблюдалось увеличение числа лиц со здоровым секстантами пародонта до 57,6%.

Через три года после проведения индивидуальных превентивных мероприятий профессионального характера эндодонто-пародонтальное состояние зубов стабилизировалось, и в лечении воспалительных заболеваний пародонта нуждались 15,2% больных, что в 4 раза ниже, чем до реализации профилактических программ.

В целом за период наблюдения прирост распространенности эндодонто-пародонтальной патологии у больных, получавших традиционную профилактику, составил 22,6%, в то время как у пациентов с профессионально проводимой профилактикой наблюдалось его снижение на 51,5% по сравнению с исходными показателями.

Необходимо выделить особую значимость состояния ротовой полости, так как появление зубного налета и камней, содержащих патогенные микроорганизмы, могут явиться этиологическим фактором в развитии эндодонто-пародонтального заболевания, а его изменение позволяет контролировать данный фактор на этапах профилактики заболеваний околозубных тканей. В результате проведения индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий нами были зарегистрированы наиболее значимые изменения гигиенического состояния полости рта, что способствовало устранению пародонтопатогенной ситуации, прекращению прогрессирования патологического процесса и стабильному состоянию околозубных тканей на протяжении всего времени наблюдения.

Полученные результаты позволят отметить, что через три года в группе традиционной профилактики по-прежнему преобладают лица с неудовлетворительным состоянием полости рта (16 человек, 51,6%). В

группе же профессиональной профилактики, где реализовались профессиональные принципы гигиенического ухода за органами полости рта, достигнутые в течение первого года наблюдения, показатели стабилизируются с преобладанием лиц с хорошим (25 человек, 75,8%) и удовлетворительным (8 человек, 24,2%) гигиеническим состоянием ротовой полости.

Полученные результаты показали, что корректно сформированная программа по индивидуально проводимым мерам профилактики и лечения больных с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией, заключающаяся в изменении домашней гигиены ротовой полости, профессиональной чистке зубов и назначении антимикробных и антиоксидантных средств, способствует улучшению гигиенического состояния ротовой полости на протяжении долгого периода.

5.3. Результаты использования аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексной терапии сочетанного эндодонто-пародонтального поражения

Разработка методов лечения эндодонто-пародонтального поражения до сих пор остается одной из важнейших задач практической стоматологии. В настоящее время предложено много способов лечения этого хронического заболевания. Однако до сих пор мы не встретили в литературе данных о применении каких-либо эфферентных методов для лечения сочетанного эндодонто-пародонтального поражения, хотя имеется большое количество данных о хорошем эффекте этих методов при лечении различных заболеваний. Плазмолифтинг является разновидностью эфферентных методов лечения хронических заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, обладает общетерапевтическим действием и позволяет влиять на состав крови микроциркуляторного русла пародонта путем элиминации из нее токсинов и других патологических компонентов.

Наиболее интересным направлением в указанном аспекте является применение при пародонтальной патологии плазмы, обогащённой тромбоцитами, концентрация тромбоцитов в которой не менее 1 000 000/мкл. Такая концентрация тромбоцитов, по сведению ряда авторов [41, 63], является достаточной для достижения необходимого стимулирующего эффекта. По их мнению, в плазме, обогащённой тромбоцитами, содержатся фибрин, фибронектин и витронектин - так называемые адгезивные молекулы, усиливающие миграцию клеток, оптимизирующие процессы регенерации.

С учетом вышеизложенного, данный фрагмент диссертационной работы является итогом исследования клинико-рентгенологических показателей пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией в процессе терапии традиционным и комплексным (с включением плазмолифтинга) методами лечения. Кроме того, нами проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов комплексного эндодонто-пародонтального лечения.

При первичном обращении пациенты (64 человек) предъявляли жалобы на неприятный запах изо рта, кровоточивость дёсен, гноетечение в области подвижных зубов, обнажение шеек и корней зубов в зоне локализации эндодонто-пародонтальной патологии. Со слов пациентов, большинство из них (40 чел., 62,5%) отмечали развитие заболевания в последние 3 года, у 9 (14,1%) из них длительность патологии в среднем составляла 5 лет, у 15 (23,4%) – более 10 лет.

Пациенты с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией, как правило, отмечали обострения воспалительного процесса 1 раз в 3 месяца, а некоторые (7 чел., 10,9%) и чаще. В результате чего оно сопровождалось кровоточивостью десен при приеме пищи, увеличением подвижности зубов указанной локализации, боли в деснах, в ряде случаев появлением пародонтальных абсцессов. Регулярное лечение эндодонто-пародонтальной патологии проводилось лишь у 4 (6,3%) пациентов, которое заключалось в антисептической обработке полости рта, удаление над- и поддесневых

зубных отложений, вскрытии абсцессов. Следует отметить, что среди пациентов не было проведено каких-либо эндодонтическое вмешательство в зоне эндодонто-пародонтального поражения.

Как было сказано выше, 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 (показатели индексной диагностики у них представлены в таблице 13), а для второй, так называемой группы сравнения, применялось традиционное комплексное лечебно-профилактическое мероприятие (показатели индексной диагностики у больных группы сравнения представлены в таблице 14).

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 (табл. 13).

Как свидетельствуют данные таблицы 13, показатели индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения в ближайшие

сроки (через 7 дней) после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий, с выполнением подслизистого введения аутоплазмы, значительно улучшались.

Таблица 13. - Показатели индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения до и после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий (ЛПМ), включающего плазмолифтинг

Изучаемые показатели	СЭПП легкой степени			СЭПП средней степени		
	До	после	р	до	после	р
РМА, %	32,50±1,14	23,33±0,9	<0,001	35,27±1,2 [*]	29,01±1,1 ^{***}	<0,001
КПИ, баллы	3,41±0,10	2,76±0,06	<0,001	4,18±0,15 ^{***}	3,53±0,09 ^{***}	<0,001
ПИ, баллы	4,21±0,17	3,07±0,12	<0,001	5,14±0,22 ^{***}	3,84±0,16 ^{***}	<0,001
ИГРУ, баллы	2,25±0,07	0,60±0,06	<0,001	2,33±0,10	0,92±0,09 ^{***}	<0,001
SBI, баллы	2,78±0,21	0,58±0,11	<0,001	2,82±0,24	1,15±0,15 ^{***}	<0,001
ВПЗ, баллы	2,05±0,05	1,52±0,09	<0,001	2,44±0,10 ^{***}	2,13±0,03 ^{***}	<0,001
ГПК, мм	2,72±0,23	1,34±0,14	<0,001	4,65±0,23 ^{***}	3,58±0,12 ^{***}	<0,001

Примечание: здесь и далее в таблицах

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс;

КПИ – комплексный пародонтальный индекс;

ПИ – пародонтальный индекс;

ИГРУ – упрощенный индекс гигиены полости рта;

SBI – индекс кровоточивости десневой борозды;

ВПЗ – величина подвижности зубов (индекс Miller);

ГПК – глубина пародонтальных карманов;

СЭПП – сочетанная эндодонто-пародонтальная патология;

ЛПМ – лечебно-профилактическое мероприятие.

р – статистическая значимость различия показателей до и после реализации комплекса ЛПМ (по Т-критерию Вилкоксона); * р<0,05, *** р<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при СЭПП легкой степени (по U-критерию Манна-Уитни)

К 7-му дню от начала реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий 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 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%).

Динамическое наблюдение за показателями индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения до и после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий без применения плазмолифтинга отражено в таблице 14.

Таблица 14. - Показатели индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения до и после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий без применения плазмолифтинга (группа сравнения)

Изучаемые показатели	СЭПП легкой степени			СЭПП средней степени		
	До	после	р	до	после	р
РМА, %	32,01±2,40	23,25±2,7	<0,001	37,33±1,2 *	31,36±1,1 ***	<0,001
КПИ, баллы	3,50±0,16	3,02±0,18	<0,01	3,58±0,18	3,19±0,04	<0,01
ПИ, баллы	4,02±0,25	2,66±0,23	<0,001	5,14±0,22 ***	3,84±0,16 ***	<0,001
ИГРУ, баллы	2,40±0,12	0,53±0,13	<0,001	2,45±0,17	1,01±0,11 ***	<0,001
SBI, баллы	2,74±0,20	1,71±0,12	<0,001	2,82±0,24	2,01±0,10 *	<0,01
ВПЗ, баллы	2,07±0,07	1,76±0,13	<0,01	2,44±0,10 ***	2,13±0,03 **	<0,01
ГПК, мм	3,61±0,12	2,33±0,06	<0,001	4,81±0,32 ***	4,04±0,20 ***	<0,05

Полученные результаты показали, что у пациентов группы сравнения до и после реализации комплексного лечебно-профилактического воздействия эндодонто-пародонтального характера также улучшался уровень гигиены полости рта. Применение данного курса обеспечивало более комфортное состояние пациентов после активной реализации соответствующих мероприятий, сокращало сроки заживления периапикальной ткани и повышало эффективность лечения за счет местного остеотропного и противовоспалительного действия аутоплазмы инъекционной формы. У пациентов данной группы спустя 7 дней от начала инициального лечебно-профилактического воздействия значение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса уменьшалось на 27,4% у лиц с легкой формой сочетанного эндодонто-пародонтального поражения, на 16,0% - со средней формой упомянутой патологии.

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%.

В группе пациентов с легкой формой эндодонто-пародонтального поражения в течение 7 дней после инициального лечебно-профилактического воздействия отмечалось снижение кровоточивости десен (на 59,9%), со средней степени тяжести на 28,7%. Величина подвижности зубов,

проведенного через недели от начала внедрения лечебно-профилактического воздействия, у пациентов с легкой формой эндодонто-пародонтального поражения составила $1,76 \pm 0,13$ балла против ее исходного значения ($2,07 \pm 0,07$ балла), при средней тяжести указанной патологии – соответственно $2,13 \pm 0,03$ и $2,44 \pm 0,10$ балла.

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.

На основании полученных результатов приходится констатировать, что состояние используемых показателей у пациентов основной группы улучшалось, по-видимому, вследствие комплексного применения лечебно-профилактических мероприятий: профессиональной чистки полости рта, проявления заинтересованности больных к гигиеническому уходу и подслизистого введения аутоплазмы. Активная реализация комплекса лечебно-профилактических мероприятий в эндодонто-пародонтальном очаге способствовала снижению воспалительного процесса, вследствие чего отмечалось более плотное прилегание десны к шейкам зубов, что способствовало предотвращению новых зубных отложений. При этом, у 12,6% больных с эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени тяжести и у 29,2% пациентов средней степени исследуемые показатели ухудшались уже к сроку 6 месяца, вследствие чего возникала необходимость проведения дополнительной мотивации и активной реализации профессиональной гигиены полости рта. Такое состояние, на наш взгляд,

связано с тем, что у пациентов со средней тяжести эндодонто-пародонтальной патологией образуются более глубокие зубодесневые карманы, вследствие чего происходит обнажение цемента корней зубов, а на шероховатой поверхности корня бактериальная бляшка и зубной камень образуются быстрее, усиливая воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта эндодонто-пародонтального очага поражения. При этом обострение воспалительного процесса приводит к ухудшению гигиены полости рта, так как пациент при чистке зубов щадит пораженные очаги, чтобы не вызвать спонтанной кровоточивости и болевые ощущения.

При оценке степени выраженности воспалительных явлений в тканях пародонта эндодонто-пародонтального очага через 6 месяцев после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий, включающего подслизистого инъецирования аутоплазмы, следует отметить, что в исследуемых группах динамика клинических показателей зависела от степени тяжести заболевания. Так, в отдаленные сроки наблюдения у группы пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой и средней степеней 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%) (табл. 15).

Одним из основных показателей успешного лечения сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии является уменьшение глубины пародонтальных карманов, которое отражает интенсивность процессов репарации околокорневых тканей и является одним из важных критериев прогнозирования длительности ремиссии. 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.

Таблица 15. - Показатели индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения до и через 6 месяцев после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий, включающего плазмолифтинга

Изучаемые показатели	СЭПП легкой степени			СЭПП средней степени		
	До	через 6 месяцев	p	до	через 6 месяцев	p
РМА, %	32,50±1,14	25,25±0,7	<0,001	35,27±1,2 [*]	28,69±1,2 ^{***}	<0,001
КПИ, баллы	3,41±0,10	2,65±0,05	<0,001	4,18±0,15 ^{***}	3,69±0,06 ^{***}	<0,01
ПИ, баллы	4,21±0,17	3,25±0,07	<0,001	5,14±0,22 ^{***}	4,33±0,19 ^{***}	<0,01
ИГРУ, баллы	2,25±0,07	1,05±0,14	<0,001	2,33±0,10	1,22±0,12	<0,001
SBI, баллы	2,78±0,21	1,67±0,29	<0,001	2,82±0,24	1,98±0,19	<0,01
ВПЗ, баллы	2,05±0,05	1,76±0,33	>0,05	2,44±0,10 ^{**}	2,29±0,08	>0,05
ГПК, мм	2,72±0,23	1,50±0,24	<0,001	4,65±0,23 ^{***}	3,93±0,15 ^{***}	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и через 6 мес после реализации комплекса ЛПМ (по Т-критерию Вилкоксона); *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при СЭПП легкой степени (по U-критерию Манна-Уитни)

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 степеней 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% (табл. 16).

Таблица 16. - Показатели индексной оценки сочетанного эндодонто-пародонтального поражения до и через 6 месяцев после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий без применения плазмолифтинга (группа сравнения)

Изучаемые показатели	СЭПП легкой степени			СЭПП средней степени		
	До	через 6 месяцев	p	до	через 6 месяцев	p
РМА, %	32,01±2,40	28,18±2,7	<0,05	37,33±1,2 _*	35,38±1,1 _{***}	>0,05
КПИ, баллы	3,50±0,16	3,28±0,19	>0,05	3,58±0,18	3,39±0,04	>0,05
ПИ, баллы	4,02±0,25	3,87±0,36	>0,05	5,14±0,22 _{***}	4,99±0,23 _{**}	>0,05
ИГРУ, баллы	2,40±0,12	2,34±0,18	>0,05	2,45±0,17	2,41±0,14	>0,05
SBI, баллы	2,74±0,20	2,15±0,21	<0,001	2,82±0,24	2,28±0,14	>0,05
ВПЗ, баллы	2,07±0,07	1,97±0,13	>0,05	2,44±0,10 _{***}	2,37±0,22 _*	>0,05
ГПК, мм	3,61±0,12	3,48±0,17	>0,05	4,81±0,32 _{***}	4,73±0,22 _{***}	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и через 6 мес после реализации комплекса ЛПМ (по Т-критерию Вилкоксона); *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при СЭПП легкой степени (по U-критерию Манна-Уитни)

В отношении последующих клинических показателей выявлена следующая закономерность. К 6 месяцам от начала реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий в группе сравнения среди лиц с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени наблюдалось незначительное снижение пародонтального индекса на 3,7%, при средней степени тяжести – на 2,9%.

Среди обследованных лиц группы сравнения после активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий за последующие 6 месяцев статистически значимых изменений упрощенного индекса гигиены полости рта не произошло: значение исследуемого индекса

при легкой форме эндодонто-пародонтального поражения снизилось на 2,5%, а при средней форме указанной патологии – на 1,6%. Такое снижение, но с более значимых статистических изменений (соответственно на 21,5% и 19,2%), обнаружено при изучении динамики индекса кровоточивости десневой борозды. Недостоверное снижение зарегистрировано в отношении величины подвижности зубов (на 4,8% и 2,9% соответственно) и глубины пародонтальных карманов (на 3,6% и 1,7% соответственно).

Среди обследованного контингента после реализации комплекса мероприятий в первой группе пациентов, получавших плазмолифтинг, были достигнуты следующие сроки ремиссии: у пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией легкой степени тяжести – 10 месяцев, со средней – 8 месяцев. В группе сравнения сроки ремиссии составляли соответственно 7 и 5 месяцев. Несомненно, положительный эффект от местного применения аутоплазмы у пациентов первой группы объясняется выраженным регенерирующим и остеотропным действием плазмы, являющейся естественным фактором роста.

До и лечения и через год после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндодонто-пародонтального характера всем пациентам выполнялись контрольные ортопантограммы. До лечения результаты данного рентгенологического исследования показали, что выявленные изменения альвеолярной кости у пациентов в основном были активными, т.е. наблюдалась нечёткость 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ретроспективная оценка распространенности сочетанного эндодонто-пародонтального поражения среди различных контингентов населения, проживающих в тех или иных административно-территориальных зонах Республики Таджикистан, в последние годы приобретает большой теоретический и практический интерес. Это, прежде всего, связано с возможностью получения дополнительной и весьма обширной информации об изменениях в уровне и структуре пораженности населения эндодонто-пародонтальными поражениями. Исследование данных вопросов позволяет в комплексе оценить объем и характер изменений. Вместе с тем проведение ретроспективного анализа пораженности населения эндодонто-пародонтальными поражениями, анализ уровня и структуризация последней дают возможность оценить организационную сторону данного вопроса и определить состояние эндодонтической помощи населению.

С учетом изложенного и в связи с дифференцированным подходом к проблемам организации стоматологической службы и профилактики эндодонто-пародонтальных патологий большое значение уделяется вопросам ретроспективного изучения их распространенности и интенсивности, в связи с чем нами проведено комплексная оценка 1702 ранее пломбированных зубов. Из общего количества зубов величина распространенности эндодонто-пародонтального поражения составила 67,9%, а интенсивность исследуемой патологии - $2,86 \pm 0,11$. В возрастных группах 40-49 и 50-69 лет количество эндодонтически леченых зубов составило соответственно $4,66 \pm 0,21$ и $5,15 \pm 0,33$. Минимальное значение этих зубов приходился на возраст 20-29, 30-39 и старше 60 лет (соответственно $3,52 \pm 0,11$, $4,12 \pm 0,13$ и $3,08 \pm 0,09$).

В возрастных группах 20-29 и 30-39 лет среди обследованных лиц количество многокорневых эндодонтически леченых зубов составило соответственно $2,55 \pm 0,04$ и $2,45 \pm 0,04$, а количество однокорневых зубов - $0,73 \pm 0,10$ и $1,08 \pm 0,12$ соответственно. В возрастных группах 40-49 и 50-59 лет значение исследуемых показателей для многокорневых зубов составило

соответственно $2,75 \pm 0,05$ и $2,72 \pm 0,03$, а для однокорневых - $1,44 \pm 0,10$ и $1,91 \pm 0,16$ при значении $3,13 \pm 0,17$ и $0,18 \pm 0,06$ в возрасте 60 лет и старше. Полученные материалы позволяют отметить, что среди населения многокорневые зубы подвергались эндодонтическому лечению статистически значимо больше, чем однокорневые.

Визуализация рентгенологической картины показала, что от общего количества эндодонтически вылеченных зубов на полную рабочую длину корневого канала запломбирована 49,7% и 50,1% мужчин и женщин соответственно. Среднее число зубов, в области которых рентгенологическая картина соответствовала всем критериям качества пломбирования, составило соответственно $1,86 \pm 0,08$ и $1,93 \pm 0,09$ на одного обследованного.

У мужчин качественное пломбирование среди однокорневых зубов наблюдалось в 69,2% случаев, что составляет $0,74 \pm 0,04$ единиц на одного обследованного. Исследуемый показатель в многокорневых зубах у этих же лиц составила соответственно 46,7% и $1,27 \pm 0,04$ единиц. Среди женщин вышеназванные показатели в одно- и многокорневых зубах соответствовали 67,8%, $0,99 \pm 0,03$ единиц и 50,2%, $1,33 \pm 0,04$ единиц. У мужчин среднее число одно- и многокорневых зубов, в области которых рентгенологическая картина не соответствовала всем критериям качества пломбирования, составила $0,33 \pm 0,06$ и $1,45 \pm 0,03$ соответственно (у женщин $-0,47 \pm 0,05$ и $1,32 \pm 0,05$ соответственно).

Деструктивные изменения в области верхушки корня ранее леченых зубов в среднем имелись у 28,1% зубов, а в тканях пародонта этих же зубов в 18,5% случаев. В то время среднее число леченых зубов по поводу осложненного кариеса без признаков периапикальной деструкции и пародонтальных изменений составило соответственно 39,7% и 13,7%.

Максимальный прирост эндодонтически леченых зубов с периапикальной и пародонтальной патологией был диагностирован в возрастных группах 40-49 (41,5%, 50,6% соответственно) и 50-59 лет (40,3%, 28,4% соответственно). Минимальное значение эндодонтически вылеченных

зубов с периапикальной и пародонтальной патологией было обнаружено в возрасте 60 лет и старше (2,5% и 3,3% соответственно).

Распространенность таких эндодонтических ошибок, как отлом инструмента, латеральная перфорация дна полости зуба колебалась от 1,1% в однокорневых до 4,3% в многокорневых зубах. В однокорневых зубах удельный вес случаев с выведением пломбировочного материала за апикальное пространство превышал в четыре раза (29,3%) против аналогичного показателя в многокорневых зубах (7,4%).

Таким образом, эндодонтическое лечение в многокорневых зубах имеет менее благоприятный прогноз, чем лечение однокорневых зубов, что может быть обусловлено особенностями морфологии корневых каналов этих зубов.

При первичном осмотре в зависимости от тяжести эндодонто-пародонтальной патологии пациенты нами сгруппированы по нижеследующему принципу: первая группа – пациенты, у которых диагностировано легкое течение эндодонто-пародонтальной патологии сочетанного характера с очагами периапикальной деструкции диаметром от 1 до 3 мм; вторая группа – пациенты с наличием сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии средней степени тяжести и очагами костной резорбции околоверхнечелюстного пространства диаметром от 3 до 5 мм; третья группа – пациенты с эндодонто-пародонтальной патологией тяжелой степени и периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм.

Исходное состояние пародонтологического статуса у пациентов первой группы оказалось таковым: значение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса составило $19,7 \pm 1,60\%$; пародонтального индекса – $1,65 \pm 0,46$ балла; упрощенного индекса гигиены полости рта – $1,79 \pm 0,28$ баллов; индекса эффективности гигиены полости рта – $1,57 \pm 0,20$ баллов; индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта – 94,5%. Вместе с тем диаметр очага периапикальной резорбции в среднем составил $2,9 \pm 0,2$ мм. У пациентов второй группы значения вышеупомянутых индексов в

перечисленном порядке соответствовали $18,5\pm 1,60\%$ с балльной оценкой $1,59\pm 0,37$, $1,63\pm 0,25$, $1,55\pm 0,19$ и $2,7\pm 0,2$ мм при соответствующих значениях $22,3\pm 1,15$; $2,04\pm 0,21$; $2,35\pm 0,21$; $1,69\pm 0,18$ и $4,8\pm 0,6$ мм у пациентов третьей группы.

Наличие над- и поддесневого зубного камня у пациентов с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением наблюдалось у 53,7% обследованных, что соответствовало высокому уровню распространенности. Показатель индекса CPITN при этом составил $2,11\pm 0,09$ сегмента, что согласно шкале ВОЗ указывает на средний уровень интенсивности зубного камня. Наличие пародонтальных карманов (до 5 мм в глубину) наблюдалось в 15,4% случаев, показатель индекса CPITN при этом составил $1,58\pm 0,02$ сегмента, а исключенные (отсутствующие) пародонтальные сегменты у обследованных лиц составили $0,81\pm 0,12$. Интактный пародонт у наблюдаемых пациентов с эндодонто-пародонтальным поражением наблюдался в 5,5% случаев, и в среднем составил $0,38\pm 0,09$ сегмента.

Полученные результаты позволяют резюмировать, что у лиц с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией патологические признаки пародонта и околоверхушечной резорбции очень высоки, что послужили поводом для активной реализации комбинированного алгоритма лечебно-профилактического воздействия среди обследованного контингента.

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. Полученные результаты позволяют отметить, что в настоящее время за эндодонтической и пародонтологической помощью обращается лишь часть населения Республики Таджикистан. При этом доля населения, не обращающегося за эндодонто-пародонтальной помощью, значительна, что не позволяет проведению вторичной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта. В то же время стабильная тенденция ухудшения эндодонто-

пародонтального статуса населения в нашей республике диктует необходимость усиления профилактической составляющей в деятельности стоматологической службы.

С учетом вышеизложенного, проблема сохранения стоматологического аспекта здоровья нами рассматривалась в рамках социологического опроса пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией. Лица молодых трудоспособных возрастов в интервале 20-29 лет составили около половины опрошенных (48,3%), лица старших трудоспособных возрастов (30-39 лет, 34,9%) - около трети, 16,8% составила доля остальных респондентов (40 лет и старше).

Среди мужчин-респондентов по данным интервьюирование, нами выделены две наиболее многочисленные и примерно равные группы: 1-я группа - 22,7% опрошенных обращались к стоматологу сразу же при появлении первых признаков эндодонто-пародонтальных поражений; 2-я - 31,9% опрошенных обращались к стоматологу только с острой болью эндодонто-пародонтального характера. Данные показатели среди опрошенных женщин соответствовали 28,0% и 20,9%.

Если к первой группе опрошенных респондентов прибавить тех, кто обращается к стоматологу регулярно с профилактической целью (7,9% - мужчин, 11,4% - женщин, 9,6% - оба пола), и тех, кто идет к врачу в ближайший после появления первых признаков сочетанной эндодонто-пародонтальной патологии период (14,7% - мужчин, 13,3% - женщин, 14,0% - оба пола), ко второй группе прибавить категорию ответов «обращаюсь к стоматологу при наличии достаточных материальных средств» (7,8% - мужчин, 11,7% - женщин, 9,8% - оба пола), то складывается впечатление, что адекватное поведение по сохранению здоровья зубов распространено намного шире, чем вынужденные обращения (45,3% - мужчин, 47,4% - женщин, 46,3% - оба пола и 39,7% - мужчин, 43,6% - женщин, 41,7% - оба пола).

В каждой возрастной группе пациентов с эндодонто-пародонтальной патологией выявили определенная специфика поводов обращения к стоматологу. Так, в более младших возрастах (20-29 и 30-39 лет) это большая частота профилактических визитов – 15,4% и 14,7% 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 отсутствие средств для получения качественной помощи (15,6%), территориальная недоступность (4,0%), очереди (8,5%), а также внимание к здоровью зубов (11,5%). Вторая группа ответов связана с мнением, что стоматологические вмешательства связаны с риском для здоровья (1,7%) и боязнью стоматологических манипуляций (24,2%).

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.

5,7% пациентов с названной сочетанной патологией эндодонтопародонтального характера, обращающихся к стоматологам при появлении острой боли, не стали отвечать на вопрос о причинах позднего обращения к стоматологу. Среди этой группы доля респондентов, не рассматривающих здоровье зубов как значимую проблему, составила суммарно 57,7%.

Особенности поведения пациентов с сочетанной эндодонтопародонтальной 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. В результате комплексного анализа вопроса в указанном аспекте среди опрошенных респондентов прослеживается общая тенденция: чем более адекватно поведение опрошенных в отношении сохранения здоровья зубов и околозубных тканей, тем более действенными воспринимаются меры профилактики.

Таким образом, по результатам анализа можно отметить, что в отношении основных мер первичной профилактики эндодонтопародонтальных осложнений население или не информировано, или не имеет четко сложившегося мнения об их действенности.

У пациентов с сочетанной эндодонтопародонтальной патологией нами установлены определенные особенности в личностном реагировании на болезнь с учетом тяжести исследуемой патологии, а также с учетом активной реализации комплексной терапии эндодонтопародонтального характера. Как свидетельствуют полученные данные, количество мужчин и женщин с сочетанной эндодонтопародонтальной 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 эндодонтопародонтальной патологии, отмечены наиболее благоприятные показатели личностного

реагирования на болезнь. Так, среди обследованных этой группы в подавляющем большинстве случаев отмечены анозогнозический (9,5%), эргопатический (19,0%) и гармонический (52,4%), типы отношения к эндодонто-пародонтальной патологии. В этой же группы только у 4,8% опрошенных отмечен меланхолический тип отношения к болезни, а у 14,3% - дисфорический тип отношения.

При наличии сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией средней степени тяжести отмечены нижеследующие формы отношения к существующей патологии: неврастенический (21,0%), эргопатический (5,3%), меланхолический (15,8%), тревожный (26,3%), ипохондрический (10,5%), паранойяльный (5,3%) и анозогнозический (15,8%).

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

Проведенное комплексное эндодонто-пародонтальное лечение у больных с тяжелой формой заболевания способствовало перемене их отношения к патологии. Так, в 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%.

Таким образом, по данным теста «тип отношения к болезни» у больных с различной формой тяжести эндодонто-пародонтального поражения отмечались высокие показатели личностного отношения к патологии. Эффективность эндопародонтальной терапии способствует улучшению

реагирования больных на патологию, позволяет снизить эмоциональную дезадаптацию, помогает повысить желание на проведение терапии и осознание её выполнения.

Динамика показателей сочетанного поражения пародонта и периапикальной ткани эндодонтически леченого зуба после активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий свидетельствует о том, что у пациентов 1-й основной группы существенное уменьшение размеров очагов деструкции отмечалось 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, анализ убыли площади очага резорбции выявил высокий показатель ($48,3 \pm 2,6\%$).

У пациентов 1-й группы через 12 месяцев еще большее уменьшение размеров периапикальной резорбции имело место 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). Наши расчеты показали, что при полноценном эндодонтическом лечении восстановление костной ткани в форме убыли площади очага наблюдается в $60,0 \pm 3,5\%$ и площадь очага деструкции в периапикальных тканях уменьшается в 4,8 раза.

Через 12 месяцев после адекватного эндодонтического лечения во 2-й группе пациентов нами выявлен более удовлетворительный рентгенологический результат. Так, диаметр очага периапикальной деструкции уменьшился в 1,9 раза по отношению к исходному диаметру ($2,7 \pm 0,2$ мм), доходя до $1,4 \pm 0,2$ мм. 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.

Спустя 6 и 12 месяцев после эндодонтического лечения во 2-й группе пациентов убыль очага деструкции соответствовала $14,8 \pm 1,3\%$ и $39,1 \pm 2,3\%$ и площадь очага околоворхушечной резорбции составила соответственно $2,3 \pm 0,2$ мм и $1,4 \pm 0,2$ мм по сравнению с исходной величиной ($2,7 \pm 0,2$ мм). В 1-й основной группе значение исследуемых показателей составило соответственно $1,5 \pm 0,3$ мм и $0,6 \pm 0,2$ мм ($2,9 \pm 0,2$ мм) при значении убыли площади очага периапикальной деструкции $48,3 \pm 2,6\%$ и $60,0 \pm 3,5\%$.

Значительное уменьшение размеров периапикальной деструкции у пациентов 3-й группы отмечалось спустя как 6 месяцев ($1,9 \pm 0,2$ мм), так и 12 месяцев ($0,3 \pm 0,1$ мм) после проведенного нами эндодонтического лечения. Через 6 месяцев после эндодонтического лечения редукция диаметра показателя очага околоворхушечной резорбции составила $60,4 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$), спустя 12 месяцев - $93,8 \pm 4,2\%$ ($p < 0,001$) в сравнении с исходной величиной диаметра периапикальной резорбции ($4,8 \pm 0,6$ мм). При сопоставительной оценке упомянутого показателя в сроки наблюдения от 6 до 12 месяцев убыль очага резорбции составила $84,2 \pm 3,1\%$.

Таким образом, у больных, в лечении которых не использовались кальцийсодержащие средства (2-я группа) и не применялся плазмолифтинг, размеры очага околоворхушечной 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 ходе динамического наблюдения нами выявлена определенная закономерность: обнаружено достоверное влияние диаметра очага резорбции на скорость репаративных процессов в околоверхушечных тканях после проведения эндодонтической терапии. Так, через 1 год после лечения полная репарация костной ткани в околоверхушечной области при диаметра очага резорбции 1-2 мм наблюдалась в 67,3% случаев, при размерах деструктивных очагов от 3 до 4 мм полное восстановление тканей отмечалось в 37,6% случаев, а при диаметре очага резорбции 5 мм и более полная репарация костной ткани отмечалась в 25,3% случаев.

У пациентов с сочетанным поражением пародонта и околоверхушечных тканей в зависимости от реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера с применением плазмолифтинга, антимикробных и антиоксидантных препаратов отмечались следующие результаты. При использовании в лечении «Гиалудент №2» у больных обеих групп спустя 10 дней полностью проходили явления десневой кровоточивости во время чистки зубов, а также отмечалось исчезновение неприятного запаха изо рта. Но в то же время при осмотре пародонтальных тканей оставалось некоторая цианотичность и отечность межзубных сосочков и свободной десны.

При контрольном осмотре пациентов обеих групп спустя 20 дней после терапии в ротовой полости не наблюдались признаки воспаления пародонтальных тканей. Цвет десны был бледно-розовым, последняя плотно прилегала к шейке зубов, болевой синдром и покраснение тканей не наблюдались. По всем индексным параметрам отмечалось статистически значимое снижение не только по сравнению с исходными данными, но также достоверно отличались от таковых, наблюдаемых на 10 сутки после лечения.

Таким образом, было установлено, что при сочетанном поражении пародонта и околоверхушечных тканей у пациентов с эндодонто-

пародонтальной патологией использование плазмолифтинга, прием кальцийсодержащих препаратов системного действия в рекомендуемых производителем дозах (от 1 до 3 месяцев по 1000 мг/сутки) и применение препаратов содержащих антимикробных и антиоксидантных средств существенно влияет на скорость восстановления костной ткани в периапикальных тканях очага деструкции и околозубных тканей.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективный анализ клинико-рентгенологической картины состояния периапикальных и пародонтальных тканей эндодонтически леченых 1156 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. 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 эндодонто-пародонтальной патологией тревожный тип отношения к болезни обнаружены при легкой степени

тяжести - гармонический (52,4%), эргопатический (19,0%) и анозогнозический (9,5%), при средней степени тяжести - тревожный (26,3%), меланхолический (15,8%), ипохондрический (10,5%), неврастенический (21,0%), эргопатический (5,3%), анозогнозический (15,8%) и паранойяльный (5,3%) и при тяжелой степени тяжести меланхолический – в 16,7%, апатический – в 11,1%, 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 $60,4 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$), от 6 до 12 месяцев $84,2 \pm 3,1\%$, 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). Использование плазмолифтинга, прием кальцийсодержащих препаратов системного действия 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 применения аутоплазмы, значительно улучшались. В группе пациентов с легкой формой эндодонто-пародонтальной патологии величина индекса РМА уменьшилась, в среднем, на 28,2%, при средней формы тяжести - на 17,8%. В отдаленные сроки также наблюдалась тенденция к дальнейшему снижению индекса КПИ 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 пломбировочных 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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский, А.В. Частота встречаемости пульпита у лиц, страдающих заболеваниями пародонта / А.В. Алимский, Г.Э. Умалатова // Маэстро стоматологии. - 2015. - № 3 (59). - С. 84-85.
2. Аминджанова, З.Р. Распространенность и интенсивность кариеса зубов в зависимости от степени тяжести сопутствующей соматической патологии / З.Р. Аминджанова, А.А. Исмоилов, Ф.М. Ёраков // Вестник Таджикского национального университета. - Душанбе, 2015. - № 1/1 (156). - С. 232-235.
3. Амхадова, М.А. Комплексное лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом с применением фотодинамической терапии / М.А. Амхадова, И.С. Копецкий, В.В. Прокопьев // Медицинский алфавит. Стоматология. - 2016. - № 2. - С. 31-34.
4. Анализ качества эндодонтического лечения зубов жителей города Новосибирска по данным клинико-рентгенологического обследования / Т.Г. Петрова [и др.] // Эндодонтия today. - 2011. - № 3. - С. 59-62.
5. Анализ качества эндодонтического лечения по данным компьютерной томографии / О.Ю. Халилова [и др.] // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 31-33.
6. Антанян, А.А. Эндодонтическое лечение в одно посещение: современные стандарты / А.А. Антанян // Эндодонтия today. - 2011. - № 3. - С. 31-36.
7. Аржанцев, А.П. Особенности рентгенологической картины на этапах эндодонтического лечения / А.П. Аржанцев, З.Р. Ахмедова // Стоматология. - 2015. - № 4. - С. 39-43.

8. Ашуров, Г.Г. Структурная оценка интенсивности кариеса зубов при разнонаправленных межсистемных нарушениях / Г.Г. Ашуров, А.В. Алимский, Г.Э. Муллоджанов // Вестник Таджикского национального университета. - Душанбе, 2015. - № 1/4 (168). - С. 254-256.
9. Ашуров, Г.Г. Патология полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном: Монография / Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов. - Душанбе, 2016. - 319 с.
10. Ашуров, Г.Г. Эффективность лечения хронического пародонтита у больных с межсистемным нарушением / Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов // Научно-практический и теоретический журнал непрерывного последипломного образования ТИППМК. - Душанбе, 2014. - № 1. - С. 6-9.
11. Ашуров, Г.Г. Результаты структурного анализа эндодонтического лечения осложненных форм кариеса у больных с отягощенным анамнезом / Г.Г. Ашуров, Н.Г. Тураев, А.А. Исмоилов // Вестник педагогического университета. - Душанбе, 2014. - № 2(57). - С. 254-256.
12. Биосовместимая терапия в лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / М.А. Амхадова [и др.] // Медицинский алфавит. Стоматология. - 2016. - № 2. - С. 19.
13. Булавко, Р.А. Стратегия и тактика комплексного лечения периодонтита в нестандартной клинической ситуации / Р.А. Булавко // Эндодонтия today. - 2011. - № 3. - С. 23-30.
14. Галеева, З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта / З.Р. Галеева // Эндодонтия today. - 2012. - № 2. - С. 3-7.
15. Галеева, З.Р. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндопародонтальными очагами инфекции / З.Р. Галеева, Л.Р. Мухамеджанова, Н.М. Грубер // Практическая медицина. - 2012. - № 8(64). - Том 2. - С. 31-34.

16. Григорович, Э.Ш. Клинические показатели состояния пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом с различным гистологически определяемым исходом противовоспалительного этапа лечения / Э.Ш. Григорович, Д.С. Черкашин, Р.В. Городилов // Российский стоматологический журнал. - 2010. - № 1. - С. 19-23.
17. Грудянов, А.И. Современное представление об этиологии и подходах к лечению эндодонто-пародонтальных поражений / А.И. Грудянов, И.М. Макеева // Вестник Российской Академии медицинских наук. - 2013. - № 6. - С. 34-36.
18. Грудянов, А.И. Частота встречаемости эндодонто-пародонтальных поражений и информированность врачей об особенностях их диагностики и лечения / А.И. Грудянов, М.К. Макеева // Стоматология. - 2014. - № 3. - С. 11-14.
19. Грудянов, А.И. Современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению эндодонто-пародонтальных поражений / А.И. Грудянов, М.К. Макеева, Н.В. Пятигорская // Вестник Российской Академии медицинских наук. - 2013. - № 8. - С. 34-36.
20. Грудянов, А.И. Эндодонто-пародонтальные поражения. Серия клинических случаев / А.И. Грудянов, К.Е. Москалев // Эндодонтия today. - 2007. - № 1. - С. 11-14.
21. Грудянов, А.И. Эндодонто-пародонтальные поражения. Принципы диагностика и лечения / А.И. Грудянов, К.Е. Москалев, И.М. Макеева // Эндодонтия. - 2010. - Том IV. - № 1-2. - С. 37-41.
22. Денисов, А.Б. Слюна и слюнные железы / А.Б. Денисов. - Издательство РАМН. - Москва, 2016. - 370 с.

23. Дифференциально-диагностические признаки сочетанных поражений периапикальных тканей / Э.М. Гильмияров [и др.] // Стоматология. 2013. № 1. С. 17-20.
24. Дмитриева, Л.А. Особенности современного алгоритма обследования и лечения пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями / Л.А. Дмитриева // Эндодонтия today. - 2015. - № 4. - С. 34-37.
25. Исмоилов, А.А. Клинико-рентгенологические результаты эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов у больных с неблагоприятным соматическим фоном / А.А. Исмоилов, Н.Г. Тураев // Вестник Таджикского национального университета. – Душанбе, 2013. - № 1/2(106). - С. 228-231.
26. Клинико-лабораторная оценка и обоснование способа гальванофереза гидроксида меди-кальция при эндодонтическом лечении апикального периодонтита / В.А. Румянцев [и др.] // Стоматология. - 2015. - № 1. - С. 14-19.
27. Клинико-рентгенологические особенности различных форм хронических периодонтитов / М.А. Чибисова [и др.] // Институт стоматологии. - 2016. - № 2. - С. 38-43.
28. Коротько, Г.Ф. Секрция слюнных желез и элементы саливадиагностики / Г.Ф. Коротько. - М., 2016. - 134 с.
29. Лабис, В.В. Междисциплинарный подход к лечению хронических очагов инфекции в полости рта и новому методу мониторингования его эффективности / В.В. Лабис, Э.А. Базилян, И.Г. Козлов // Медицинский алфавит. Стоматология. 2016. - № 2(22). - С. 30-31.
30. Ларина, М.В. Психогенные факторы риска развития кариеса зубов у лиц молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед.наук / М.В. Ларина. - Уфа, 2009. - 23 с.

31. Леонтьев, В.К. Минерализующая функция слюны (ротовой жидкости) и ее особенности как биологической жидкости полости рта / В.К. Леонтьев // Эмаль зубов как биокибернетическая система. - М. 2016. - С. 29-37.
32. Смешанная слюна (состав, свойства, функции): учебно-методическое пособие / П.А. Леус [и др.]. - Минск.: БГМУ, 2014. - 42 с.
33. Лукиных, Л.М. Хронический генерализованный пародонтит. Часть 1. Современный взгляд на этиологию и патогенез / Л.М. Лукиных, Н.В. Круглова // Современные технологии в медицине. - 2011. - № 1. - С. 123-125.
34. Макеева, М.К. Клинико-рентгенологические результаты лечения эндодонто-пародонтальных поражений с применением озono-воздушной смеси / М.К. Макеева // Стоматология. - 2013. - № 5. - С. 73-74.
35. Максимова, О.П. Две стороны эндодонтии / О.П. Максимова // Клиническая стоматология. - 2012. - № 1. - С. 32-34.
36. Максюков, С.Ю. Иммунологические механизмы развития и прогрессирования остеорезорбции при периодонтальных поражениях / С.Ю. Максюков, Т.В. Гайворонская, В.А. Проходная // Институт стоматологии. - 2014. - № 1. - С. 100-102.
37. Митронин, А.В. Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периодонта (часть 1). Аспекты применения антибактериальных препаратов / А.В. Митронин, М.М. Герасимова // Эндодонтия today. - 2012. - № 1. - С. 9-14.
38. Митрофанов, В.И. Клинический случай лечения сочетанного эндодонто-пародонтального поражения / В.И. Митрофанов // Эндодонтия today. - 2013. - № 1. - С. 36-39.
39. Мороз, П.В. Эндо-пародонтальный синдром: анатомические предпосылки развития, этиология, классификация и тактика

- лечения / П.В. Мороз // Институт стоматологии. - 2014. - № 2. - С. 91-93.
40. Мороз, П.В. Эндодонтическое лечение в комплексной терапии пародонтита / П.В. Мороз, Н.М. Гаджиев, С.Л. Кононенко. - 2010. www.city-dent.ru.
41. Мороз, П.В. Гуморальные и цитокиновые механизмы изменений врожденного иммунитета ротовой полости при сочетанном поражении эндодонта и пародонта / П.В. Мороз, А.С. Ломова, М.Г. Курбатов // Стоматология. - 2015. - № 6. - С. 70-71.
42. Мухамеджанова, Л.Р. Оценка распространенности и структура эндопародонтальных поражений: значение в клинической практике / Л.Р. Мухамеджанова // Клиническая стоматология. - 2011. - № 2. - С. 99-101.
43. Особенности эндодонтического лечения премоляров со сложной системой корневых каналов / Л.Ю. Орехова [и др.] // Эндодонтия today. - 2011. - № 3. - С. 63-67.
44. Оценка качества жизни больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне сахарного диабета II типа при применении комплексной терапии в сочетании фитопрепарата «Масло солодки» и ультразвукового скейлера / М.А. Амхадова [и др.] // Медицинский алфавит. Стоматология. - 2014. - № 1. - С. 26-29.
45. Прилукова, Н.А. Влияние общих и местных факторов на репаративные процессы периапикальных тканей после эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита / Н.А. Прилукова, Т.Л. Рединова // Стоматология. - 2012. - № 4. - С. 11-14.

46. Профилактика инфицирования тканей периодонта в процессе эндодонтического лечения зубов / И.М. Макеева [и др.] // Стоматология. - 2009. - № 3. - С. 38-40.
47. Скрипкина, Г.И. Роль клинической лабораторной диагностики в прогнозировании кариеса зубов у детей / Г.И. Скрипкина // Стоматология. - 2015. - № 5. - С. 61-63.
48. Соловьева, О.А. Малоинвазивный эндодонтический доступ / О.А. Соловьева, Ю.А. Винниченко, А.В. Винниченко // Стоматология. - 2015. - № 3. - С. 56-59.
49. Хохрина, Т.Г. Патоморфологические аспекты эндопериодонтальных осложнений при эндодонтическом лечении / Т.Г. Хохрина // Эндодонтия today. - 2010. - Том IV. - № 1-2. - С. 43-45.
50. Шумилович, Б.Р. Контроль качества obturation корневых каналов при использовании силера на основе полидиметилсилоксана и метода латериальной конденсации гуттаперчи (клинико-лабораторное исследование) / Б.Р. Шумилович, О.В. Холодович, А.В. Наумова // Эндодонтия today. - 2011. - № 3. - С. 72-76.
51. Царев, В.Н. Определение изменения видового состава микрофлоры при язвенном пульпите на этапах эндодонтического лечения / В.Н. Царев, А.В. Митронин, Д.А. Черджијева // Эндодонтия today. - 2011. - № 3. - С. 5-10.
52. Эндодонтическое лечение зубов с применением наноимпрегнации купралом и штифтов из полипропилена / В.А. Румянцев [и др.] // Стоматология. - 2009. - № 5. - С. 11-15.
53. A prospective cohort study of endodontic treatment of 1369 root canals: results after 5 years / D. Ricucci [et al.] // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. - 2011. - Vol. 112. - P. 825-842.

54. Abbot, P. Endodontic management of combined endodonticperiodontal lesions / P. Abbot // J N Z Soc Periodontol. - 2013. - Vol. 83. - P. 15-28.
55. Adriaens, P.A. Bacterial invasion in root cementum and radicular dentin of periodontally diseased teeth in humans / P.A. Adriaens, J.A. Boever, W.J. Loesche // J Periodontol. - 2009. - Vol. 59. - P. 222-230.
56. Aggarwai, V. The evaluation of computed tomography scans and ultrasounds in the differential diagnosis of periapical lesions / V. Aggarwai, A. Logani, N. Shah // J Endod. - 2008. - Vol. 34. - P. 1312-1315.
57. American association of endodontics and the American academy of oral and maxillofacial radiology // Use of cone-beam computed tomography in endodontics // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod. - 2011. - Vol. 111. - P. 234-237.
58. American Dental Association Council on scientific affairs: The use of cone-beam computed tomography in dentistry // JADA. - 2012. - Vol. 143. - P. 899-902.
59. Arnold, M. Decision making and successful endodontic treatment in a complex clinical case / M. Arnold // Dental IQ Intern Endodont J. - P. 37-50.
60. Baumgartner, J.C. Bacteria in the apical 5 mm of infected root canals / J.C. Baumgartner, W.A. Falkler // J Endod. - 2011. - Vol. 17. - P. 380-383.
61. Belk, C.E. Perspective, controversies and directives on pulpal-periodontal relationship / C.E. Belk, J.L. Gutmann // J Canad Dent Assoc. - 2009. - Vol. 56. - P. 1013-1017.
62. Bender, I.B. The effect of periodontal disease on the pulp / I.B. Bender, S. Seltzer // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 2010. - Vol. 33. - P. 458-464.

63. Bergenholitz, G.H. Endodontics and periodontics / G.H. Bergenholitz // Textbook of clinical periodontology. - Copenhagen: Munksgaard, 2013. - 133 p.
64. Chen, S.Y. The influence of endodontic treatment upon periodontal wound healing / S.Y. Chen, H.L. Wang, G.N. Glickman // J Clin Periodontol. - 2011. - Vol. 24. - P. 449-456.
65. Chugal, N.M. A prognostic model for assessment of the outcome of endodontic treatment / N.M. Chugal, J.M. Clive, L.S. Spangberg // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. - 2011. - Vol. 91, N 3. - P. 342-352.
66. Citomegalo virus and Epstein-Barr virus active infection in periapical lesions of teeth with intact crown / M. Sabeti [et al.] // J Endod. - 2013. - Vol. 29. - P. 321-323.
67. Clarke, C. Periodontal defects of pulpal origin: evidence in early man / C. Clarke // Amer J Physical Antropol. - 2012. - Vol. 82. - N 3. - P. 371-376.
68. Colour atlas of dental medicine: part 1. Periodontology, 2nd ed. Thieme medical publishers / K.H. Rateitschak [et al.]. - New York, 2014. - P. 311-313.
69. Comparison of clinical outcomes of endodontic microsurgery: 1 year versus long-term follow-up / M. Song [et al.] // J Endod. - 2014. - Vol. 40, N 4. - P. 490-494.
70. Comparison of profiles of key periodontal pathogens in the periodontium and endodontium / S. Rupf [et al.] // Endo Dent Traumatol. - 2010. - Vol. 16. - P. 269-275.
71. Correlations between microbiological features of the endodontic space and the periodontal pocket in combined endo-perio lesions / S.I. Rusu [et al.] // Europ Cells Materials. - 2018. - Vol. 16. P. 5-32.

72. Czarnecki, R.T. A histologic evaluation of the human pulp in teeth varying degrees of periodontal disease / R.T. Czarnecki, H. Schilder // J Endod. - 2013. - Vol. 5. - P. 242-253.
73. De Deus, Q.D. Frequence, location and direction of the lateral, secondary and accessory canals / Q.D. De Deus // J Endod. - 2012. - Vol. 1. - P. 361-366.
74. Edgar, W.M. Saliva and oral health / W.M. Edgar, D.M. - Milane BDA, London, 2010. - 140 p.
75. Epidemiological evaluation of the outcomes of nonsurgical root canal treatment in a large cohort of insured dental patients / M.P. Lazarski [et al.] // J Endod. - 2011. - Vol. 27. - P. 791-796.
76. Eriksen, H.M. Endodontology-epidemiological-considerations / H.M. Eriksen // Endod Dent Traumatol. - 2013. - Vol. 7. - P. 189-195.
77. Eriksen, H.M. Epidemiology of apical periodontitis / H.M. Eriksen // Essential Endodontology. - Blackwell Munksgaard, 2011. - P. 262-274.
78. Everett, F.G. The disto-lingual groove in the maxillary lateral incisor; a periodontal hazard / F.G. Everett, G.M. Kramer // J Periodontol. - 2012. - Vol. 43. - P. 352-361.
79. Gabriel, K. Vital pulp therapy after trauma / K. Gabriel, W. Roland // Dental IQ: Intern Endodont J. - 2015. - N 2. - P. 35-41.
80. Garni, F.G. The outcome of endodontic retreatment: a 2-year follow-up / F.G. Garni, M.M. Gagliani // J Endodont. - 2014. - Vol. 30. - P. 1-4.
81. Gound, T.G. Treatment options for the radicular lingual groove: a review and discussion / T.G. Gound, G.I. Maze // Pract Periodont Aesthet Dent. - 2010. - Vol. 10, N 3. - P. 369-375.

82. Guldener, P.H. The relationship between periodontal and pulpal disease / P.H. Guldener // *Inter Endod J.* - 2018. - Vol. 18. - P. 41-54.
83. Gunter, S. Endo perio lesions: background and case reports / S. Gunter // *Dental IQ: Intern Endodont J.* - 2015. - N 2. - P. 66-73.
84. Gutmann, J.L. Prevalence, location and patency of accessory canals in the furcation region of permanent molars / J.L. Gutmann // *J Periodontol.* - 2015. - Vol. 49. - P. 21-26.
85. Haapasalo, M. Bacterioides spp. in dental root canal infections / M. Haapasalo // *Endod Dental Traumatol.* - 2009. - Vol. 5. - P. 1-10.
86. Hamasha, A.A. Quality of life and satisfaction of patients after nonsurgical primary root canal treatment provided by undergraduate students, graduate students and endodontic specialist / A.A. Hamasha, A. Hatiwsh // *Intern Endod J.* - 2013. - Vol. 46. - P. 113101139.
87. Harrington, G.W. Periodontal-endodontic considerations. 3rd ed. / G.W. Harrington, D.R. Steiner. - Philadelphia: W.B. Saunders Co. - 2012. - P. 466-484.
88. Hiatt, J. Pulpal periodontal disease / J. Hiatt // *J Periodontol.* - 2017. - Vol. 48. - P. 598-603.
89. Hulsmann, M. Mechanical preparation of root canals: shaping goals, techniques and means / M. Hulsmann, O.A. Peters, P.M. Dummer // *Endodontic Topics.* - 2015. - Vol. 10. - P. 30-36.
90. Ilya, M. Retreatment in endodontics: decision making process to choose non- surgical or surgical procedure. Part I / M. Ilya // *Dental IQ: Intern Endodont J.* - 2015. - N 2. - P. 115-127.
91. Kakehashi, S. The effects of surgical exposures of dental pulps in germ-free and conventional laboratory rats / S. Kakehashi, H.R. Stanley, R.J. Fitzgerald // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* - 2015. Vol. 20. - P. 340-349.

92. Kavac, J. Histopathology and etiopathogenesis of chronic apical periodontitis periapical granuloma / J. Kavac, D. Kavac // *Epidemiol Microbiol Immunol.* - 2011. - Vol. 60, N 2. - P. 77-86.
93. Kerekes, K. Similarities in the microfloras of root canals and deep periodontal pockets / K. Kerekes, I. Olsen // *Endod Dent Traumatol.* - 2010. - Vol. 6. - P. 1-5.
94. Kerezoudis, N.R. Bilateral buccal radicular groove in maxillary incisors case report / N.R. Kerezoudis, G.L. Siskos, V. Tsatsas // *Intern Endod J.* - 2013. - Vol. 36, N 12. - P. 898-906.
95. Kerns, D.G. Endodontic and periodontal interrelationships / D.G. Kerns, S. Cohen. K.M. Hargreaves // *Cohen's pathways of the pulp.* 10th ed. St. - Louis: Mosby Elsevier, 2011. - 187 p.
96. Kerns, D.G. Endodontic and periodontal interrelationships. In: Cohen S. and Hargreaves K.M., Eds. *Pathways of the pulp*, 9th ed. / D.G. Kerns, G.N. Glickman. - St. Louis: Mosby Inc. - 2011. - P. 650-667.
97. Kim, S. Modern endodontic surgery concepts and practice: a review / S. Kim, S. Kratchman // *J Endod.* - 2016. - Vol. 32, N 7. - P. 601-623.
98. Kirkevang, L.L. Ten-year follow-up observations of periapical and endodontic status in a Danish population / L.L. Kirkevang, M. Vaeth, A. Wenzel // *Intern Endod J.* - 2012. - Vol. 45. - P. 829-839.
99. Kirkham, D.B. The location and incidence of accessory pulpal canals in periodontal pockets / D.B. Kirkham // *JADA.* - 2009. - Vol. 91. - P. 353-356.
100. Langeland, K. Periodontal disease, bacteria and pulpal histopathology / K. Langeland, H. Rodrigues, W. Dowden // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* - 2014. - Vol. 37. - P. 257-270.

101. Lantelme, R.L. Dentin formation in periodontally diseased teeth / R.L. Lantelme, S.L. Handelman, R.J. Herbison // *J Dent Res.* - 2016. - Vol. 55. - P. 48-51.
102. Marga, R. Bioceramics in endodontics: clinical application / R. Marga, S. Richard // *Dental IQ: Intern Endodont J.* - 2015. - N 2. - P. 16-18.
103. Mazur, B. Influence of periodontal disease of the dental pulp / B. Mazur, M. Massler // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* - 2011. - Vol. 17. - P. 592-603.
104. Meng, H.X. Periodontic-endodontic lesions / H.X. Meng // *Ann Periodontol.* - 2013. - Vol. 4. - P. 84-90.
105. Microbiological evaluation of periapical infections in Egypt / M.O. Wasfy [et al.] // *Oral Microbiol Immunol.* - 2012. - Vol. 7. - P. 100-105.
106. Moore, W.E. Microbiology of periodontal disease / W.E. Moore // *J Periodont Res.* - 2017. - Vol. 22. - P. 335-341.
107. Ng, Y.L. A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: part I – periapical health / Y.L. Ng, V. Mann, K. Gulabivala // *Inter Endod J.* - 2011. - Vol. 44, N 7. - P. 583-609.
108. Occurrence of invading bacteria in radicular dentin of periodontally diseased teeth / G. Giuliana [et al.] // *J Clin Periodontol.* - 2013. - Vol. 24. - P. 478-485.
109. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature – part 1: Comparison of traditional root-end surgery and endodontic microsurgery / F.C. Setzer [et al.] // *J Endod.* - 2010. - Vol. 36, N 11. - P. 1757-1765.

110. Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: a systematic review / M. Torabinejad [et al.] // J Endod. - 2015. - Vol. 35, N. 7. - P. 930-937.
111. Outcomes of surgical endodontic treatment performed by a modern technique: an updated meta-analysis of the literature / I. Tsesis [et al.] // J Endod. - 2013. - Vol. 39, N 3. - P. 332-339.
112. Patel, S. The potential application of cone beam computed tomography in the management of endodontic problems / S. Patel, A. Dawood, T.P. Ford // Intern Endod J. - 2017. - Vol. 40. - P. 818-830.
113. Peeran, S.W. Endo-perio lesions / S.W. Peeran, M. Thiruneervannan, K.A. Abdulla // Intern J Sci. Technol Res. - 2013. - Vol. 2, N 5. - P. 268-274.
114. Phenotypic and genotypic characterization of oral yeasts from Finland and the US / J. Hannula [et al.] // Oral Microbiol Immunol. - 2009. - N 12. - P. 358-365.
115. Pulpitis-induced interradicular periodontal changes in experimental animals / S. Seltzer [et al.] // J. Periodontol. - 2017. - Vol. 38. - P. 124-129.
116. Ray, H.A. Periapical status of endodontically treatment teeth in relation to the technical quality of the root filling and coronal restoration / H.A. Ray, M. Trope // Inter Endod J. - 2013. - Vol. 28. - P. 12-18.
117. Ricucci, D. A study of periapical lesions correlating the presence of a radiopaque lamina with histological findings / D. Ricucci, F. Mannocci, T.R. Ford // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. - 2016. - Vol. 101, N 3. - P. 389-394.
118. Ricucci, D. Histologic investigation of root canal-treated teeth with apical periodontitis: a retrospective study from twenty-four

- patients / D. Ricucci, J.F. Siqueira, A.L. Bate // *J Endod.* - 2009. - Vol. 35, N 4. - P. 493-502.
119. Rotstein, I. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions / I. Rotstein, J.H. Simon // *J Periodontol.* - 2014. - Vol. 34. - P. 165-173.
120. Rotstein, I. Prognosis in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions / I. Rotstein, J.H. Simon // *J Periodontol.* - 2015. - Vol. 13. - P. 334-342.
121. Rotstein, I. The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition / I. Rotstein, J.H. Simon // *Endodontic Topics.* - 2016. - N 13. - P. 34-46.
122. Rubach, W.C. Periodontal disease, accessory canals and pulp pathosis / W.C. Rubach, D.F. Mitcheil // *J Periodontol.* - 2012. - Vol. 36. - P. 34-38.
123. Ruddle, C.J. Micro-endodontic nonsurgical retreatment / C.J. Ruddle // *Dent Clin North Am.* - 2010. - Vol. 41. - P. 429-454.
124. Schaeffer, M.A. Determining the optimal obturation length: a meta-analysis of literature / M.A. Schaeffer, R.R. White, R.E. Walton // *J Endod.* - 2010. - Vol. 31, N 4. - P. 271-274.
125. Schroeder, I.E. *Orale strukturbiologie* / I.E. Schroeder. - 5 Aufl., Stuttgart: Thieme, 2010.
126. Sebastian, B. Root canal straightening during preparation: a critical review / B. Sebastian, S. Edgar // *Dental IQ: Intern Endodont J.* - 2015. - N 2. - P. 46-51.
127. Seltzer, S. The dynamics of pulp inflammation; correlation between diagnostic data and actual histologic findings in the pulp / S. Seltzer, I.B. Bender, M. Ziontz // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* - 2010. - Vol. 16. - P. 846-851.

128. Seltzer, S. The interrelationship of pulp and periodontal disease / S. Seltzer, I.B. Bender, M. Ziontz // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 2010. - Vol. 16. - P. 1474-1490.
129. Shovelton, D.H. The presence and distribution of microorganisms within non-vital teeth / D.H. Shovelton // Brit Dent J. 2015. - Vol. 117. - P. 101-107.
130. Simon, J.H. Predictable endodontic and periodontic failures as a result of radicular anomalies / J.H. Simon, D.H. Glick, A.L. Frank // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 2011. - Vol. 31. N 6. - P. 823-826.
131. Simon, J.H. The relationship of endodontic periodontic lesions / J.H. Simon, D.H. Glick, A.L. Frank. // J Periodontol. - 2012. - Vol. 43. - P. 202-208.
132. Slots, J. Yeasts, enteric rods and pseudomonas in the subgingival flora of severe adult periodontitis / J. Slots, T.E. Rams, M.A. Listgarten // Oral Microbiol Immunol. - 2012. - N 3. - P. 47-52.
133. Stashenko, P. Role of immune cytokines in the pathogenesis of periapical lesions / P. Stashenko // Endod Dent Traumatol. - 2010. - Vol. 6. - P. 89-96.
134. Stashenko, P. Periapical inflammatory responses and their modulation / P. Stashenko, R. Teles, R. D'Souza // Crit Rev Oral Biol Med. - 2017. - Vol. 9. - P. 498-507.
135. Strinberg, I.Z. The dependence of the results of pulp therapy on certain factors / I.Z. Strinberg // Acta Odontol Scand. - 2013. - Vol. 14 (Suppl 21). - P. 169-175.
136. Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital pulps. A meta-analysis / K. Kojima [et al.] // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod. - 2014. - Vol. 97, N 1. - P. 95-99.

137. Sundqvist, G. Bacteriological studies of necrotic dental pulps: Umea University, Odontological Dissertations No 7 / G. Sundqvist. - Sweden, 2010.
138. Sundqvist, G. Taxonomy, ecology and pathogenicity of the root canal flora / G. Sundqvist // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. - 2012. - Vol. 78. - P. 522-530.
139. The dynamics of periapical lesions in endodontically treated teeth that are left without intervention: a longitudinal study / I. Tsesis [et al.] // J Endod. - 2013. - Vol. 39, N 12. - P. 1510-1515.
140. The endodontic-periodontal lesions: a rational approach to treatment / C. Solomon [et al.] // JADA. - 2016. - Vol. 126. - P. 473-479.
141. The outcome of endodontic treatment; a retrospective study of 2000 cases performed by a specialist / N. Imura [et al.] // J Endod. - 2016. - Vol. 33. - P. 1278-1282.
142. The prevalence of the palatoradicular groove in a selected Saudi population and the effect of oral health / M. Al-Sultan [et al.] // Saudi Dental J. - 2009. - Vol. 125. - P. 178-186.
143. The radicular groove: its potential clinical significance / J.H. Simon [et al.] // J Endod. - 2010. - Vol. 26. - P. 295-298.
144. The relationship of palate-gingival grooves to localized periodontal disease / J.A. Withers [et al.] // J Periodontol. - 2011. - Vol. 52. - P. 41-44.
145. Torabinejad, M. Identification and relative concentration of B and T lymphocytes in human chronic periapical lesions / M. Torabinejad, J.D. Kettering // J Endod. - 2015. - Vol. 11. - P. 122-125.
146. Torneck, C.D. Dentin-pulp complex / C.D. Torneck, J.K. Avery // Tens Cate Oral Histology: development, structure and function. - St. Louis: Mosby, 2016.

147. Trabert, K.C. Diagnosis and management of endodontic-periodontic lesions. 11th ed. / K.C. Trabert, M.K. Kang. - St. Louis: Saunders by Elsevier, 2012. - 312 p.
148. Treatment out-come in endodontics: the Toronto study – phases 3 and 4: orthograde retreatment / C. De Chevigni [et al.] // J Endod. - 2018. - Vol. 34, N 2. - P. 131-137.
149. Vera, I. Тактика ведения больных с эндодонто-периодонтальным лизисом тканей / I. Vera, M. Trope, K. Serota// Клиническая стоматология. - 2011. - № 3. - С. 4-6.
150. Verticci, F.G. Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures / F.G. Verticci // Endod Topics. - 2015. - Vol. 10. - P. 3-12.
151. von Arx, T. 5-year results comparing mineral trioxide aggregate and adhesive resin composite for root-end sealing in apical surgery / T. von Arx, S. Hanni, S. Jensen // J Endod. - 2014. - Vol. 40, N 8. - P. 1077-1081.
152. Wong, R. Conventional endodontic failure and retreatment / R. Wong // Dent Clin North Am. - 2014. - Vol. 48. - P. 265-272.
153. Zehnder, M. Pathologic interactions in pulpal and periodontal tissues / M. Zehnder, S.I. Gold, G. Hasselgren // J Clin Periodontol. - 2012. - Vol. 29. - P. 663-671.
154. Zehnder, M. Paro-endo Lasionen; Atiologie, Diagnostik und Therapievorschläge – Eine Literaturübersicht / M. Zehnder, F. Paque, G. Hasselgren // Endodontie. - 2014. - Vol. 13. - P. 133-146.

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ АНКЕТА

В современных условиях необходим принципиально новый подход к организации эндодонто-пародонтологической стоматологической помощи населению. Повышение ее качества связана с решением комплекса клинико-организационных и социально-гигиенических вопросов, в связи с чем просим Вас, уважаемые пациенты, внимательно прочесть анкету и ответить на каждый ее вопрос.

Мы надеемся, что это Вас не затруднит, но поможет нам правильно спланировать работу для улучшения качества стоматологической помощи.

Анкета изучения общественного мнения по организации стоматологической помощи населению:

1. Сколько Вам лет? (подчеркнуть)

- 1.1. до 20 лет
- 1.2. от 20 до 40 лет
- 1.3. от 40 до 60 лет
- 1.4. 60 лет и старше

2. Пол:

- 2.1. муж.
- 2.2. жен.

3. Место проживания:

- 3.1. городской житель
- 3.2. сельский житель

4. Социальная группа:

- 4.1. служащие
- 4.2. рабочие
- 4.3. студенты вузов
- 4.4. учащиеся школ.

5. Образование:

- 5.1. начальное
- 5.2. неполное среднее
- 5.3. среднее специальное
- 5.4. высшее

6. С какого возраста болят у Вас зубы?:

- 6.1. до 5 лет
- 6.2. с 5-14 лет
- 6.3. с 15-19 лет
- 6.4. с 20-29 лет
- 6.5. с 30-39 лет
- 6.6. после 40 и более лет
- 6.7. никогда не болели

7. У вас здоровые зубы?:

- 7.1. да
- 7.2. нет

8. Когда Вы предпочитаете лечить болезни зубов и пародонта?:

- 8.1. когда не беспокоят
- 8.2. когда беспокоят

9. Когда в последний раз Вы обращались к врачу-стоматологу?:

- 9.1. не помню
- 9.2. более 3 лет назад
- 9.3. год назад
- 9.4. месяц назад
- 9.5. совсем недавно

10. Что Вы предпочитаете при обращении к врачу-стоматологу?:

- 10.1. наложение пломбы без препарирования зубов
- 10.2. лечение зуба под анестезией с наложением пломбы
- 10.3. удаление зуба
- 10.4. консультацию

11. Удовлетворены ли Вы стоматологической помощью оказываемой в государственных стоматологических учреждениях?:

11.1. да

11.2. нет

12. Удовлетворены ли Вы стоматологической помощью оказываемой в частных стоматологических учреждениях?:

12.1. да

12.2. нет