

На правах рукописи

**ШАРИПОВ
ХУРШЕД САИДЖОНОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА
ВНУТРИКАНАЛЬНОГО И ПРОЕКЦИОННО-
ПЕРИАПИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБОВ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В КАЧЕСТВЕ ОПОРЫ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ**

3.1.7. – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе - 2023

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

Научный руководитель: **Зарипов Акбар Рахмонович** - кандидат медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Макеева Ирина Михайловна** - доктор медицинских наук, профессор, директор Института стоматологии им. Е.В. Боровского, кафедра терапевтической стоматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, заведующая кафедрой

Аминджанова Замира Рустамовна – кандидат медицинских наук, Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ, научный сотрудник

Ведущая организация: Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 года в «___» часов на заседании диссертационного совета 73.3.005.01 Государственного образовательного учреждения «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

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

Автореферат разослан «___» _____ 2023 года

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

Хамидов Джура Бутаевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. На фоне наблюдаемых в последние годы изменений в области стоматологии актуальными являются вопросы профилактики развития стоматологических патологий, это обусловлено тем, что ряд действующих на сегодняшний день в данной области программ и обеспечение диспансерного учета ряда организованных групп людей (проведение санации ротовой полости в плановом порядке), которые были предложены ещё во времена СССР, а также в периоды независимости Республики Таджикистан, зачастую имеют формальный характер [Алимский А.В. с соавт., 2015; Ашуров Г.Г. с соавт., 2016].

По-прежнему, в Республике Таджикистан частота распространенности неосложненных форм кариозного поражения зубов среди взрослых лиц остается высокой ($94,9 \pm 3,4\%$), при этом необходимость в проведении лечения зубного кариеса на одного больного составляет в среднем $4,7 \pm 0,6$ пораженного зуба при неосложненных формах и $2,6 \pm 0,4$ зуба при осложненных формах заболевания (при пульпитах этот показатель составляет $1,8 \pm 0,3$; а при периодонтитах - $0,8 \pm 0,1$), уровень необходимости удаления зубов в среднем составляет $1,3 \pm 0,2$ зуба [Бобоев К.Р. с соавт., 2011; Тураев Н.Г. с соавт., 2013; Исмоилов А.А. с соавт., 2015; Ашуров Г.Г. с соавт., 2016; Тагаева Ш.О., 2018].

Проблема совершенствования эндодонтического лечения зубов с заболеваниями пульпы и периодонта долгие годы является одной из актуальных в стоматологии. Быстро развивающиеся современные технологии в стоматологической практике позволяют восстановить анатомическую форму зуба, а также его функцию при значительном разрушении коронковой части естественных зубов и даже их корней. При этом важным является эндодонтическое лечение, которое обеспечивает профилактику возникновения или устранения хронических периапикальных воспалительных очагов одонтогенной инфекции [Галанова Т.А. с соавт., 2011; Гутман Д.Л. с соавт., 2016].

Большой вклад в совершенствование методов лечения пульпита и периодонтита внесли отечественные [Дмитриева Л.А. с соавт., 2014; Тураев Н.Г., 2015] и зарубежные [Abella F. et al., 2012; Frisk F. et al., 2016] авторы. Стремление усовершенствовать эндодонтическое лечение пульпита и периодонтита обуславливается профилактикой преждевременной утраты зубов, облегчением лечения сопутствующей стоматологической патологии (гингивит, пародонтит, стоматит) с использованием зубосохраняющих методов лечения, а также необходимостью решения задачи по оптимизации регенерации околоверхушечной костной ткани [Бердженхолц Г. 2013; Тураев Н.Г. с соавт., 2014; Lopez-Lopez J. et al., 2012; Vera J. et al., 2014; Yang Y. et al., 2013].

Существующие недостатки эндодонтического характера, по-видимому, обусловлены отсутствием универсального, профессионального подхода к проведению эндодонтической терапии воспалительных поражений пульпы

и периодонтальных структур в зависимости от наличия конкретных показаний к применению того или иного способа терапии, что позволит улучшить её результаты. Более того, до сих пор нельзя считать до конца решенными проблемы улучшения результатов внутриканального и проекционно-периапикального лечения эндодонтических осложнений зубов, которые используются с целью обеспечения опоры для установки мостовидного протеза.

Степень разработанности темы исследования. Среди общего числа стоматологических патологий лидирующие по частоте встречаемости места занимают пульпиты и периодонтиты, являющиеся своеобразным хроническим очагом, находясь, соответственно, на второй и третьей позиции, уступая только первое место неосложненным формам зубного кариеса [Вейсгейм Л.Д. с соавт., 2014; Орехова Л.Ю. с соавт., 2011; Янушевич О.О. с соавт., 2014; Abella F. et al., 2012].

В ряде работ как отечественных [Кукушкин В.Л. с соавт., 2011; Рединова Т.Л. с соавт., 2012], так и зарубежных [Lopez-Lopez J. et al., 2012; Frisk F. et al., 2016] исследователей приводятся доказательства того, что наличие хронического одонтогенного инфекционного очага в ряде случаев, например, при ослаблении сопротивляемости организма по причине стресса либо в результате перенесенной тяжелой формы соматического заболевания, может способствовать возникновению хронического состояния в организме пациента.

С учетом отсутствия исчерпывающих данных об особенностях восстановления резорбтивного очага околоверхушечных тканей зубов, служащих в дальнейшем опорами супраконструкционных элементов несъемных ортопедических протезов, изучение периапикального состояния опорных зубов является весьма актуальной задачей, так как эти данные могут использоваться при оценке общей картины распространенности воспалительно-деструктивной формы эндопериапикальных изменений, что поможет составить научно обоснованный комплекс мер по профилактике и лечению таких изменений в системе металлокерамической конструкции.

Цель исследования. Проведение комплексного исследования, посвященного анализу и сравнительной оценке эффективности применения эндоканального и проекционно-периапикального лечения эндодонтических осложнений зубов, используемых в качестве опоры мостовидного протеза.

Задачи исследования:

1. Провести комплексную оценку предпротезного и протезного состояния полости рта у взрослого контингента больных.
2. Проанализировать частоту депульпирования и эндопериапикального состояния зубов, находящихся под металлокерамическими протезами.
3. Изучить состояние регенерации тканей периодонта осложненных форм кариеса зубов, служащих опорой несъемной ортопедической конструкции, в зависимости от возрастных и гендерных показателей.
4. Оценить эффективность результатов проекционно-периапикального

лечения зубов, используемых в качестве опоры ортопедического протеза, у пациентов с деструктивными формами апикальных периодонтитов малой и средней величины.

5. Проанализировать результаты использования стандартов эндопери-апикального лечения осложненных форм кариеса зубов, используемых в качестве опоры супраконструкционных элементов.

Научная новизна исследования. Впервые проведен комплексный анализ результатов применения традиционных и современных способов диагностики и эндодонтической терапии у пациентов с пульпитам и периодонтитами в различных стоматологических учреждениях. Доказано негативное влияние зубов с отсутствующей пульпой и наличием очага деструкции в области верхушки корня, используемых в качестве опоры ортопедической конструкции.

Впервые совершенствованы научно-обоснованные подходы по применению алгоритма эндодонтической терапии патологий пульпы и периодонта зубов, используемых в дальнейшем в качестве опоры мостовидного протеза. На основании клинко-рентгенологического анализа ближайших и отдаленных результатов оценивались качество и эффективность внутриканального и проекционно-периапикального эндодонтического лечения зубов, используемых в качестве опоры.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты проведенного исследования являются теоретической основой для разработки принципиально новых подходов к индивидуализации профилактики осложненных форм кариеса зубов, служащих опорами ортопедической конструкции. Полученные данные могут быть использованы органами практического здравоохранения при организации эндодонтической помощи среди обследованного контингента больных.

Показатели эндодонтического статуса пациентов с пульпитам и периодонтитами, выявленные по данным клинко-рентгенологических обследований, позволяют более объективно и целенаправленно планировать объемы лечебно-профилактической работы и отслеживать состояние эндодонтического здоровья опорных зубов.

Выявленные закономерности изменения клинко-рентгенологических параметров внутриканального и околоверхушечного состояния осложненных форм кариеса зубов, используемых в качестве опоры мостовидного протеза, позволяют наметить первоочередные задачи при реализации дифференцированной профилактики стоматологической патологии и усилить те направления лечебно-превентивной помощи, в которых больше всего нуждаются пациенты.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии с принципами и правилами доказательной медицины. Основу представленного исследования составляют проведение комплексного изучения предпротезного и протезного состояния полости рта, оценка эффективности применения эндоканального и проекционно-периапикаль-

ного лечения эндодонтических осложнений опорных зубов. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику реализации клинического этапа подготовки пациентов с целью протезирования несъемными ортопедическими конструкциями; методику изучения диагностических моделей и параллелометрию; методику реализации индивидуальной гигиены полости рта.

Внедрение результатов исследования. Методы и результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику и применяются на стоматологическом приеме в государственных (УКЦ «Стоматология», ГСП) и негосударственных (ООО «Раддод», ООО «Smile», ООО «Садаф», ООО «Стоматолог», ООО «Оила-Дент») стоматологических учреждений г. Душанбе. Методологический принцип к разработке дифференцированных подходов и повышению эффективности внутриканального и проекционно-периапикального лечения опорных зубов внедрен в практическую деятельность стоматологических учреждений города Душанбе. Результаты исследования используются в лекциях и семинарах, проводимых в ТГМУ им. Абуали ибни Сино со студентами, ординаторами и аспирантами, а также в лекциях и практических занятиях со слушателями и ординаторами кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа распространенности и интенсивности эндодонтических осложнений зубов, используемых в качестве опоры ортопедического протеза.
2. Существующие способы лечения осложненных форм кариеса и стандартизации при эндодонтическом лечении опорных зубов.
3. Оценка эффективности эндодонтического лечения опорных зубов и внутриучрежденческого контроля качества при их эндодонтическом лечении.
4. Дифференцированные подходы к лечению эндодонтических осложнений в системе ортопедической конструкции.

Апробация работы. Основные положения диссертации докладывались на кафедральных заседаниях сотрудников ортопедической стоматологии Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2019, 2020, 2021, 2022); научно-практических годичных конференциях сотрудников ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2019, 2021); научно-практической годичной конференции молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2020). 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 (2022).

Личный вклад соискателя. Все данные, приведенные в тексте работы, получены автором лично. Осуществлена постановка целей и задач исследования, произведен литературный поиск и подробно изложены воп-

росы разрабатываемой проблемы эндодонтической диагностики среди взрослого контингента населения. 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 11 научных работ, в том числе 4 научные статьи в журналах, входящих в перечень рецензируемых научных изданий Высшей аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 160 страницах, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, 2-х глав собственных исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Текст диссертации иллюстрирован 27 рисунками, содержит 16 таблиц. Библиография включает 136 источников, из них 85 источников отечественных и 51 - иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Мы провели анализ результатов проведения стоматологического лечения с применением несъемных ортопедических конструкций у пациентов с «частичным отсутствием зубов» (соответствующие III и IV классам согласно классификации Кеннеди), (и соответствующие II классу по Е.И. Гаврилову). Всего было обследовано 289 таких пациентов, возраст которых составлял от 20 до 50 и выше лет. Наименьшую группу составляют лица молодого возраста - 20-29 лет (10,4%). Остальные возрастные группы примерно одинаковы. На ортопедическое лечение мужчины обращались реже (33,2%), чем женщины (66,8%) (рис. 1).

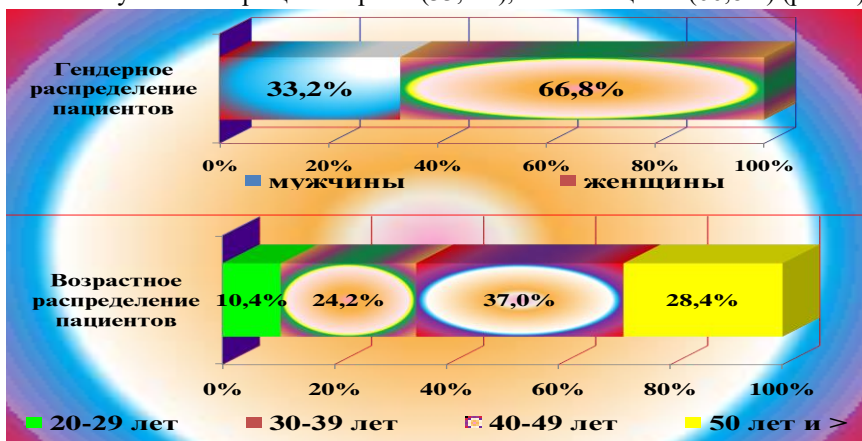


Рисунок 1. – Распределение ортопедических пациентов в зависимости от пола и возраста

Среди обследованных лиц с целью определения процента депульпированных зубов, покрытых металлокерамическими коронками, качества пломбировки каналов зубных корней, используемых под опору металлокерамических протезов и методов пломбирования каналов опорных зубов с учетом степени их заполнения, нами всего было проанализировано 1073 зуба под металлокерамикой по данным рентгенографии. Проведена оценка качества пломбирования корневых каналов 1042 зубов, находящихся под металлокерамическими протезами: 313 моляров, 300 премоляров, 259 резцов и 170 клыков.

При выполнении второго этапа исследования критериями включения пациентов являлись: наличие очага околоверхушечного поражения малой (до 5 мм) и средней (от 5 до 8 мм) величины; отсутствие разнонаправленных межсистемных нарушений, которые могут способствовать усугублению общего состояния больного в случае обострения хронического соматического заболевания; наличие добровольного согласия от больного на выполнение проекционно-периапикальной терапии зубов, выступающих в последующем в качестве опоры для установки стоматологических протезов. Затем принималось решение о дальнейшей тактике консервативного лечения деструктивных периодонтитов с очагами поражения малой и средней величины с учетом дальнейшего их использования в качестве опорных зубов.

На клиническом этапе работы от общего количества пациентов (289 человек) для исследований были отобраны 124 больных с эндопериапикальными изменениями в области ранее леченных, а также нелеченых зубов с околоверхушечными изменениями, нуждающихся в ортопедическом лечении. Всем обследованным пациентам после завершения полной санации полости рта были изготовлены несъемные протезы общим количеством 256, из них в 46 случаях это были цельнолитые металлические протезы (в том числе коронки и мостовидные конструкции); в 163 случаях были изготовлены металлокерамические протезы и мостовидные металлокерамические ортопедические конструкции; в остальных 47 случаях изготавливаемые ортопедические конструкции являлись комбинированными (сочетание металлокерамических конструкций с цельнолитыми) мостовидными.

С целью формирования репрезентативной группы в зависимости от периапикального состояния опорных зубов они были сгруппированы. Так, из 141 зуба, находящиеся под опорными коронками, 88 (62,4%) оказались ранее леченые зубы с перирадикулярными изменениями, 37 (26,2%) – эндодонтически леченые зубы без периапикальных изменений, 16 (11,4%) – с интактной пульпой.

В работе также представлены результаты клинико-рентгенологического наблюдения за проекционно-периапикальным лечением зубов, используемым в качестве опоры ортопедические протезы, имеющие малые и средние очаги околоверхушечной резорбции. С целью лечения

деструктивных форм периодонтитов использовались внутриканальные лекарственные повязки, содержащие ортофосфаты кальция. Все зубы после эндопериапикального лечения в дальнейшем были использованы в качестве опоры ортопедической конструкции.

Для проведения научного анализа были исследованы 76 больных (из которых 24 мужского пола и 52 женского) с установленными диагнозами: хронический околоверхушечный периодонтит с наличием свищевого хода (30 пациентов) и хронический околоверхушечный периодонтит при отсутствии свища (46 пациентов). Среди обследованных лиц нами проведено проекционно-периапикальное лечение верхушечных периодонтитов на 26 (34,2%) молярах, 13 (17,1%) премолярах и 37 (48,7%) зубах фронтальной группы.

Согласно полученным при конусно-лучевой КТ результатам диаметр околоверхушечной резорбции в области зубов, служащих в дальнейшем опорами ортопедической конструкции, в 55,3% случаев (42 человека) составлял малую величину (до 5 мм, 20 мм²), в остальных случаях (44,7%, 34 человек) – среднюю величину (от 5 до 8 мм; 20-50 мм²).

Диаметр околоверхушечной резорбции на 19 молярах составлял среднюю величину, колеблясь от 5 до 8 мм, на 7 молярах – малую величину (до 5 мм). При визуализации диаметра околоверхушечной резорбции очаг поражения средней величины был зарегистрирован в 9 премолярах, малой величины - в 4 премолярах. В области фронтальных групп зубов диаметр периапикального резорбтивного очага средней величины был обнаружен в области 24 центральных и боковых резцов, в остальных 13 зубах диаметр резорбтивного очага составлял малую величину.

Приходится констатировать, что у многих пациентов при обращении отмечалась стадия обострения хронического воспалительного процесса в области верхушечного периодонта. В подобной ситуации первоначальной нашей целью при проведении лечения являлось устранение острых клинических признаков данной патологии, то есть перевести течение заболевания из острой фазы в хроническую. После этого мы проводили механическую и медикаментозную санацию каналов зубных корней, для чего использовали стоматологическое оборудование NiTi (американской фирмы «ProTaper», Dentsply).

После проведения механическим и медикаментозным путем санации канала зубного корня роль временно накладываемой медикаментозной повязки выполнял «ТрАпекс-гель» (российской фирмы Полистом), в составе которого содержится формоформирующий полиэтиленгликоль, ZnO и H₂O, а также в нем присутствуют ортофосфаты кальция, антиоксидантные и антибактериальные либо противовоспалительные вещества. Указанную повязку с помощью машины при скорости её вращения в 100-200 об/мин. помещали вглубь корневого канала так, чтобы он был выведен за пределы апикального пространства. После этого в канал зубного корня вводили предварительно подготовленный гуттаперчевый

штифт повышенной конусности (06).

Изначально внутриканальное и околоврехушечное нахождение выше-названной временной лекарственной повязки было ограничено от 7 до 14 дней с использованием дентин-пасты для герметизации сформированной кариозной полости опорных зубов. После истечения указанного срока и отсутствия негативной реакции околоврехушечного очага, была удалена временная дентин-паста, извлечены гуттаперчевый штифт, а также ранее наложенный «ТрАпекс-гель». Затем названный гель в течение указанного периода времени повторно вводили внутрь корневого канала и в околоврехушечные участки в соответствии с ранее упоминаемым способом под пломбу из стеклоиономерного цемента. В отдаленном после лечения периоде, также как и при первоначальном проведении конусно-лучевого КТ-исследования, изучали показатели размеров очага периапикальной резорбции.

Среди ортопедических пациентов только лишь при полном или неполном излечении проекционно-периапикального очага резорбции нами принималось решение о постоянной obturации корневого канала. В исходной схеме проекционно-периапикального лечения зубов с очагами деструкции малой и средней величины, служащих в дальнейшем опорами ортопедической конструкции, мы планировали проводить диспансерный контроль на протяжении 1-3 лет.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С целью оценки состояния ротовой полости перед протезированием и анализа качества предшествующей терапии были исследованы 100 человек (среди которых 56 женщин и 44 мужчины). Данные пациенты составили 1-я группу наблюдаемых лиц (с исходным перед протезированием состоянием ротовой полости). Возраст пациентов данной группы варьировал от 20 до 50 и выше лет. Данные пациенты после выполнения тщательной и полноценной предпротезной санации полости рта обследовались еще раз для оценки качества вновь проведенной стоматологической терапии (эти пациенты составили 2-ю группу наблюдения – состояние ротовой полости после выполнения предпротезной санации). Стоит отметить, что многие пациенты после ликвидации болевого синдрома и установки пломб в пораженных кариесом зубах отказывались от проведения последующего протезирования зубов. В результате полный курс ортопедической терапии (с выполнением ревизии установленных реставрационных пломб, оценкой состояния каналов зубных корней, подвергнутых эндодонтической терапии, а также проведение терапии пародонтальной патологии) был

выполнен только у 50 пациентов (3-я группа – состояние полости рта после ортопедического лечения).

В ходе опроса пациентов было установлено, что среднестатистический период с момента последнего визита к стоматологу составил от 6 месяцев до 7 лет. Структурное распределение периода обращения пациентов к специалисту оказалось таковым: 6 месяцев – у 5,6% опрошенных, 1 год – у 50,7%, 2 года – у 18,8%, 3 года – у 8,4%, 4 года – у 11,8%, 5 лет – у 2,3%, 6 лет – у 1,5%, 7 лет – у 0,9%.

При изучении показателей интенсивности зубного кариеса было установлено, что усреднённые величины данного показателя у пациентов первой группы составили $12,56 \pm 1,06$. Среди этих же обследованных лиц удельный вес структурных элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» соответствует $0,90 \pm 0,25$ (7,17%), $1,41 \pm 0,27$ (11,23%), $3,47 \pm 0,17$ (27,63%), $0,20 \pm 0,09$ (1,59%) и $6,58 \pm 0,28$ (52,38%). Во второй исследуемой группе удельный вес структурных элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» соответствует $0,76 \pm 0,09$ (6,85%), $1,33 \pm 0,22$ (11,99%), $3,29 \pm 0,14$ (29,67%), $0,14 \pm 0,05$ (1,26%) и $5,57 \pm 0,28$ (50,23%) при соответствующих значениях $0,11 \pm 0,06$ (0,88%), $1,67 \pm 0,31$ (13,30%), $3,42 \pm 0,17$ (27,22%), $2,12 \pm 0,10$ (16,88%) и $5,24 \pm 0,44$ (41,72%) в третьей исследуемой группе.

У всех пациентов обследованных групп в зависимости от вида пломбировочного материала в 65,4% случаев пломбы с удовлетворительным качеством изготовлены из композитов светового способа отвердевания, в 12,2% случаев они были изготовлены из композитов химического метода отвердевания, в 6,7% случаев пломбы были изготовлены из стеклоиономерного цементного материала, ещё в 15,7% случаев они были изготовлены из традиционного пломбировочного материала (рис. 2).

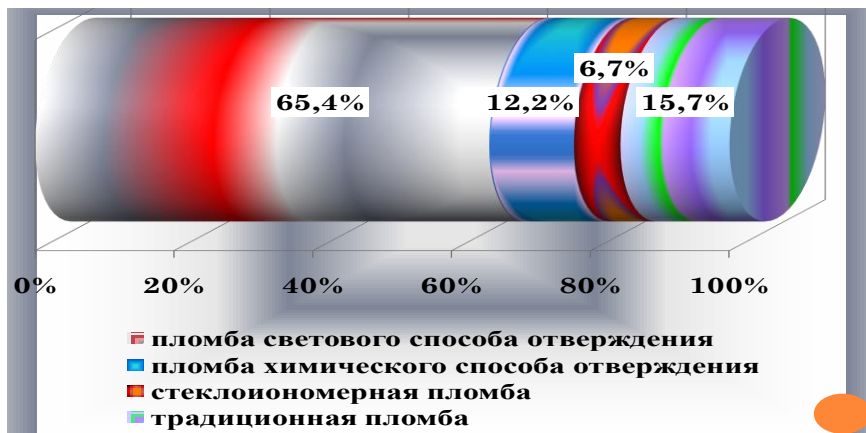


Рисунок 2. – Распределение ранее наложенных пломб с удовлетворительным качеством в зависимости от вида пломбировочного материала

У пациентов с установленными ранее пломбами доля зубов с наличием интактной пульпы составила 65,7%, а доля зубов, лишенных пульпы, составила 34,3%. Среди обследованных пациентов первой группы из общего количества ранее наложенных пломб (163 шт.) реставрации с неудовлетворительным качеством были выявлены в 41,1% случаях (67 пломб) и сроки наложения этих пломб составили от 1 года до 8 лет. Неудовлетворительные пломбы по своей локализации в основном представлены I классом (44,7%), II (31,2%), III (7,7%), IV (3,9%), V (11,9%) и VI (0,6%) классом по Блэку.

При изучении характера используемого для изготовления этих пломб материала отмечалась следующая картина: в 17,3% пломбы были изготовлены композитов светового метода отвердевания, в 25,5% случаев пломбы изготавливались из композитов химического метода отвердевания, в 2,9% случаев пломбы были изготовлены из стеклоиономерного цементного материала, а в 54,2% случаев они были изготовлены из традиционного материала.

Доля первичного кариеса в ранее не подвергавшихся пломбировке зубов составила 45,3%, при этом показатели интенсивности составили $2,2 \pm 0,04$ единиц на одного наблюдаемого. По особенностям топической локализации подвергшиеся первичной пломбировке пораженные кариозным процессом зубные полости согласно классификации Блэка отмечалась следующая картина: I класс был установлен в 55,6% случаев, II класс был установлен в 21,8% случаев, III класс был установлен в 6,9% случаев, IV класс был установлен в 3,3% случаев, V класс – в 9,8% случаев, и VI класс – в 2,6% случаев.

Среди обследованных лиц внутриканальному лечению ранее подверглись $1,8 \pm 0,3$ зуба на одного обследованного пациента. В 59,8% зубов с эндодонтическим лечением произведено полноценное пломбирование корневых каналов, среди которых одно-, двух- и трехкорневых зубов составили соответственно 38,6%, 24,5% и 36,9%. Среди обследованных лиц неполноценному пломбированию корневых каналов подверглись 40,2% зубов, среди которых одно-, двух- и трехкорневых зубов соответствовало 10,2%, 23,7% и 66,1%.

При рентгенологическом обследовании было выявлено, что среди 3,8% ранее пломбированных и эндодонтически нелеченых зубов имеются околоврешечные очаги костной резорбции. Независимо от качества obturации корневого канала для внутриканального пломбирования в 75,8% случаев была использована гуттаперча.

При оценке пародонтологического статуса распространённость признаков заболеваний пародонта среди всех обследованных групп в среднем составила 58,5%. Структуризация патологических признаков пародонта показала, что хронический очаговый и генерализованный гингивит был отмечен в 11,5% и 3,6% наблюдениях, наличие хронического очага воспаления в пародонтальных тканях было отмечено в 29,3% случаев,

наличие хронического генерализованного воспалительного процесса в пародонтальных тканях лёгкой и средней формы было отмечено соответственно в 9,2% и 4,9% случаев. Среди обследованных лиц интактное состояние тканей пародонта визуализировалось в 41,5% случаев.

Средний показатель индекса нуждаемости в проведении терапии пародонтальных патологий (СРITN) в данной группе составил $3,01 \pm 0,15$ секстанта: показатель интенсивности десневой кровоточивости составил $1,28 \pm 0,05$ пародонтального секстанта, суб- и супрагингивальные минерализованные зубные отложения – $1,10 \pm 0,04$ секстанта, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – $0,55 \pm 0,03$ секстанта, патологические зубодесневые карманы глубиной 5 мм и более – $0,05 \pm 0,02$ секстанта, исключенные секстанты – $0,03 \pm 0,01$.

В ходе активной реализации стоматологического комплекса лечебно-профилактических мероприятий среди всех обследованных групп наблюдалось улучшение кариесологических, эндодонтических, гигиенических, а также пародонтологических показателей. При этом наиболее лучшие показатели после вновь проведенной терапии были установлены в третьей наблюдаемой группе пациентов. Так, в структуре интенсивности зубного кариеса отмечалось практически полное отсутствие компонента «К», на 78,9% возросло количество зубов с пломбами на фоне роста на 45,2% оптимального числа установленных пломб. В этой группе наблюдаемых лиц вследствие необходимости проведения полной подготовки опорных зубов, выступающих в качестве опоры для установки протезов, доля зубов, подвергшихся эндодонтическим вмешательствам, возросла на 69,4% на фоне роста на 45,7% и доли зубов с качественным внутриканальным пломбированием.

Вследствие проведения в предпротезном периоде профессиональной гигиены ротовой полости у наблюдаемых лиц доля пациентов с оптимальной гигиеной ротовой полости увеличилась на 43,4%, показатель индекса нуждаемости в проведении терапии пародонтальных патологий (СРITN) уменьшился на 92,7% за счет снижения в структуре данной индекса пародонтологических секстантов с наличием зубных камней в над- и поддесневом пространстве, а также за счет снижения количества секстантов с наличием зубодесневых карманов и десневой кровоточивости (на 93,2% и 33,7%, соответственно). Заметное снижение доли пародонтальных карманов (на 93,2%) обусловлено удалением зубов вместе с пародонтальными карманами перед установкой ортопедической конструкции. Доля пациентов, находящихся на диспансерном контроле, возросла с 6,0% до 45,0%.

В течение двухлетнего периода времени функционирования консультативно-экспертного кабинета (КЭК) с момента применения системы внутриучрежденческого мониторинга качества оказания медицинской помощи пациентам в УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино наблюдается заметное улучшение данного показателя.

Согласно результатам исследования, через КЭК прошли 99,2% первично обратившихся пациентов, которым было назначены клинические и рентгенологические методы диагностики, был составлен предварительный план проводимой терапии, после чего пациент направлялся к соответствующим специалистам.

После внедрения системы внутриучрежденческого мониторинга с созданием КЭК, доля случаев нарушения при оказании медицинской помощи в 2022 г. оказалась в 4 раза ниже, чем это было в 2020 году, когда выполнялся выборочный анализ амбулаторных карт (соответственно 10,5% и 2,9% случаев). Выявленные нарушения главным образом были обусловлены результатами эндодонтических вмешательств, при которых отмечалась трудная проходимость каналов зубных корней.

Согласно полученным при исследовании результатам, заметно возросло общее число пациентов, находящихся на диспансерном контроле (с 17,7% в 2020 году до 26,2% в 2022 году). Также отмечается увеличение и числа пациентов, прошедших полный курс терапии патологий органов и тканей ротовой полости - с 52,3% в 2020 году до 68,9% в 2022 году, включая с проведением ортопедического лечения – с 16,9% в 2020 году до 26,7% в 2022 году.

Оказалось, что наиболее часто (22,8-25,1% случаев) мостовидные протезы зарегистрированы у лиц в возрасте 30-39 и 40-49 лет, несколько реже у лиц в возрасте 50-59 лет (21,1%) и старше 60 (16,0%). В молодом возрасте (20-29 лет) они составили всего лишь 15,0%. При этом нами отмечено, что наиболее часто металлокерамические и пластмассовые мостовидные протезы выявлены у пациентов в возрасте 30-39 и 40-49 лет (соответственно 3,2% и 3,6%) (табл. 1).

Таблица 1. – Возрастная характеристика пациентов, имевших различные мостовидные протезы

Возраст (лет)	Виды мостовидных протезов									
	Металлические		Металлические с напылением		Металло-керамические		Пластмассовые		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
20 – 29	62	10,5	15	2,5	5	0,8	7	1,1	89	15,0
30 – 39	94	15,9	22	3,7	9	1,5	10	1,7	135	22,8
40 – 49	104	17,5	24	4,1	10	1,7	11	1,9	149	25,1
50 – 59	93	15,7	21	3,5	2	0,3	9	1,5	125	21,1
60 и >	66	11,1	15	2,5	7	1,2	7	1,1	95	16,0
Всего	419	70,7	97	16,3	33	5,5	44	7,4	593	100

При определении процента депульпированных зубов, покрытых металлокерамическими коронками, выяснилось, что из 1073 зубов под супраконструкциями были депульпированы 1042, что составляет 97,1%. Из 138 моляров верхней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками, 128 (56,9%) корневые каналы первого моляра были

обтурированы до верхушек, а 97 (43,1%) из них оказались с частичной obturацией. Величина исследуемых показателей для второго моляра верхней челюсти соответствовала значениям 101 (53,4%) и 88 (46,6%). Среди всех 414 исследуемых каналов корней верхнечелюстных моляров, на которых установлены металлокерамические протезы, в 55,3% случаев их obturация отмечалась до апикальной части, а в 44,7% случаев obturация корневого канала оказалась неполной. Среди 276 исследуемых каналов корней нижнечелюстного первого моляра полная их obturация до апикальной части была отмечена в 149 (54,0%) случаях, а в остальных 127 (46,0%) случаях она была неполной.

В общей сложности от общего числа 939 исследованных каналов корней верхне и нижнечелюстных моляров с наличием металлокерамических протезов, в 509 случаев отмечалось полное пломбирование каналов зубных корней вплоть до апикальной части, а в остальных 430 случаях отмечалась частичная их obturация, что составляет 54,2% и 45,8% соответственно. Величина данных показателей для первого и второго моляров верхней и нижней челюстей соответствовала значениям 277 (55,3%), 224 (44,7%) и 232 (53,0%), 206 (47,0%).

Из 155 премоляров верхней челюсти под металлокерамическими коронками 83 (27,7%) приходится на первые премоляры, 72 (24,0%) на вторые. Из 157 корневых каналов премоляров верхней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками, только 105 (66,9%) запломбированы до верхушки, 51 (32,5%) каналы премоляров obturированы частично и у 1 (0,6%) корневого канала пломбировочный материал выведен за верхушку. Значение исследуемых параметров для корневого канала вторых премоляров верхней челюсти, используемых под опору металлокерамических протезов, составило соответственно 49 (66,2%), 24 (32,4%) и 1 (1,4%). Величина исследуемых показателей у первых премоляров верхней челюсти составила 56 (67,5%), 27 (32,5%), при этом ни в одном случае пломбировочный материал не был выведен за верхушку.

Из 145 корневых каналов премоляров нижней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками, 94 (64,8%) запломбированы до верхушки, 49 (33,8%) каналов премоляров obturированы частично и у 2 (1,4%) каналов визуализировалось завершечное выведение пломбировочного материала. Величина исследуемых показателей у первых премоляров нижней челюсти составила соответственно 45 (57,7%), 32 (41,0%), в то время у 1 (1,3%) корневого канала пломбировочный материал выведен за верхушку. Значение исследуемых параметров для корневого канала вторых премоляров нижней челюсти, используемых под опору металлокерамических протезов, составило соответственно 49 (73,1%), 17 (25,4%) и 1 (1,5%).

Из 429 корневых каналов резцов и клыков 322 приходится на верхнюю челюсть, 107 – на нижнюю. Проведенный анализ показал, что резцы верхней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками,

пломбированы до верхушки в 78,2% случаев, резцы нижней челюсти под супраконструкционными элементами – в 77,9%.

Из 163 корневых каналов центрального резца верхней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками, только 125 (76,7%) запломбированы до верхушки, 35 (21,5%) каналов этих же резцов obturированы частично и у 3 (1,8%) корневых каналов пломбировочный материал визуализировался за верхушечным отверстием. Исследуемые показатели в боковых резцах верхней челюсти составили соответственно 112 (80,0%), 17 (19,3%) и 1 (0,7%). Аналогичная вариабельность нами была обнаружена в резцах нижней челюсти, где полная obtурация центрального резца была отмечена в 77,8% случаев, а частичная его obtурация - в 22,2% случаев; в боковом резце полная и частичная obtурация наблюдалась в 78,0% и 22,0% случаев, соответственно. В клыках, расположенных на верхней челюсти и содержащих металлокерамические протезы, полное пломбирование корневых каналов было установлено в 100% случаев.

На основании данных рентгенографии также нами определялось состояние периодонта в опорных зубах с частичной и полноценной obtурацией корневых каналов. В группе моляров верхней и нижней челюстей обнаружены следующие изменения: среди 430 исследуемых каналов зубных корней наличие периадикулярных изменений было обнаружено в 272 (63,3%) случаях; из общего числа 100 исследуемых каналов зубных корней у верхне- и нижнечелюстных премоляров с неудовлетворительной obtурацией в 60 (60,0%) случаях были обнаружены периапикальные изменения. В ходе изучения состояния фронтального ряда зубов на обеих челюстях мы получили такие данные: из 84 корневых каналов с частичной obtурацией у 56 (66,7%) выявлены околоверхушечные изменения.

Следующим этапом нашей работы явилось определение качества работы obtурации корневых каналов в зависимости от метода пломбирования. Для этого из общего количества было отобрано 560 зубов (167 моляров, 151 премоляр и 283 фронтальных зуба), у которых имелась возможность точно определить метод пломбирования – использование гуттаперчи или метод одной пасты.

Среди всех 167 исследуемых моляров в 90 случаях при пломбировке использовалась гуттаперча, а в 77 случаях использовалась только паста. При этом среди 90 зубов, при пломбировке которых использовалась гуттаперча, в 71 (78,8%) случае obtурация корневого канала была выполнена до апикальной части, а среди 77 зубов, при пломбировке которых использовалась только паста, такие результаты были отмечены в 12 (15,6%) случаях. Среди 155 исследуемых премоляров моляров в 88 случаях при пломбировке использовалась гуттаперча, а в 67 случаях использовалась только паста. При этом среди 88 зубов, при пломбировке которых использовалась гуттаперча, в 81 (92,0%) случае obtурация корневого канала была выполнена до апикальной части, а среди 67 зубов,

при пломбировке которых использовалась только паста, такие результаты были отмечены в 31 (46,3%) случае.

Среди 283 исследуемых зубов фронтальной группы в 170 случаях при пломбировке использовалась гуттаперча, а в 113 случаях использовалась только паста. При этом среди 170 зубов, при пломбировке которых использовалась гуттаперча, в 166 (97,5%) случае obturация корневого канала была выполнена до апикальной части, а среди 113 зубов, при пломбировке которых использовалась только паста, такие результаты были отмечены в 90 (79,6%) случае.

При проведении конусно-лучевого КТ-исследования изучались наибольший и наименьший размеры очага резорбции костной ткани, его площадь, уровень плотности костных структур (в соотношении к плотности интактной альвеолярной ткани у этого больного) как в очаге деструкции (зона минимальной плотности периапикальной кости), так и на участках в 5 мм от апикальной части корня пораженного зуба, отступая в медиальную, латеральную и противоположную сторону. Результаты исследования показали, что выраженность изменений в тканях периодонта околоверхушечной деструктивной зоны зависели от возраста пациента. Так, в возрастной группе пациентов 20-29 лет, наибольший размер расположенного в периодонтальных тканях патологического очага на момент обращения пациента и спустя полгода после проведенной эндодонтической терапии оказался заметно больше, чем в при осмотре спустя 24 месяца (соответственно, в 4,2 и 4,1 раза).

При оценке состояния околоверхушечных тканей опорных зубов у пациентов с деструктивным хроническим воспалительным поражением периодонтальных тканей у пациентов возрастной категории 30-39 лет после проведения эндодонтической терапии не наблюдались статистически значимые изменения со стороны показателей размеров очага резорбции, а также в показателях плотности твердых тканей верхушечной зоны периодонта. При этом у пациентов женского пола отмечались значимые изменения в показателях наименьшего размер деструктивного околоверхушечного очага и его площади. Спустя 24 месяца после проведения эндодонтической терапии этот показатель у пациентов женского пола снизился по отношению к исходному и полугодовому периоду наблюдения в 2,0 и 1,9 раза, соответственно. Площадь деструктивного очага резорбции к 2-летнему периоду наблюдения после проведенной эндодонтической терапии уменьшилась по отношению к исходному и полугодовому периоду наблюдения в 2,2 и 2,1 раза, соответственно.

Через 2 года после окончания проведения эндодонтического лечения опорных зубов резорбтивные очаги малой величины регенерируются в неполном объеме. Так, за этот период максимальный размер резорбтивного очага у 20-29-летних мужчин и женщин уменьшился соответственно на 79,1% и 76,6%, у 30-39-летних – соответственно на 51,6% и 47,2%, при

значении 53,9% и 45,8% соответственно у 40-49-летних мужчин и женщин. Уменьшение величины минимального размера резорбтивного очага периапикальной зоны оказалось таковым: 87,3% и 80,2% - 20-29-летних мужчин и женщин; 51,1% и 50,0% - у 30-39-летних; 52,2% и 48,2% соответственно у 40-49-летних мужчин и женщин.

Среди обследованных лиц нами проведено проекционно-периапикальное лечение верхушечных периодонтитов на 26 (34,2%) молярах, 13 (17,1%) премолярах и 37 (48,7%) зубах фронтальной группы. Диаметр околовушечной резорбции (ОР) на 19 молярах составлял среднюю величину, колеблясь от 5 до 8 мм, на 7 молярах – малую величину (до 5 мм). При визуализации диаметра околовушечной резорбции очаг поражения средней величины был зарегистрирован в 9 премолярах, малой величины - в 4 премолярах. В области фронтальных групп зубов диаметр периапикального резорбтивного очага средней величины был обнаружен в области 24 центральных и боковых резцов, в остальных 13 зубах диаметр резорбтивного очага составлял малой величины (табл. 2).

Таблица 2. - Распределение деструктивных форм периодонтитов в зависимости от величины периапикального резорбтивного очага (n=76)

Группа зубов	Очаг деструкции малой величины (до 5 мм)		Очаг деструкции средней величины (от 5 до 8 мм)	
	абс. к-во зубов	%	абс. к-во зубов	%
Фронтальные	13	35,1	24	64,9
Премоляры	4	30,8	9	69,2
Моляры	7	26,9	19	73,1
Всего	24	31,6	52	68,4

В целом, по данным конусно-лучевой компьютерной томографии диаметр околовушечной резорбции в области 24 (31,6%) зубов, служащих в дальнейшем опорами ортопедической конструкции, составлял малую величину (до 5 мм, 20 мм²), в остальных случаях (68,4%, 52 зуба) – среднюю величину (от 5 до 8 мм; 20-50 мм²).

У пациентов с исходным размером очага периапикальной резорбции 0,8 мм, средняя величина площади патологического очага (S) составила 0,5 мм², при этом разница в показателях минеральной плотности периапикальной кости (D) в области патологического очага и в интактной зоне при первичном исследовании составляла в среднем 0,3%. У этих же пациентов продолжительность контакта эндо-периапикальных тканей с временной повязкой из «ТрАпекс-гель» в среднем составила 2 недели, с количеством внутриканальной аппликаций - 3.

В группе пациентов при исходном размере периапикального резорбтивного очага равную 2,6 мм, средняя площадь поражения составила 5,3 мм², различия минеральной плотности очага поражения и здорового периапикального участка составили 3,0%. Значение двух названных

показателей перед obturацией корневых каналов составило соответственно 0,8 мм и 0,5 мм². Тогда как, разница в показателях минеральной плотности периапикальной кости в области патологического очага и в интактной зоне при первичном исследовании оказалась одинаковой.

У пациентов с исходным значением околоверхушечной резорбции со значением 3,2 мм полученные результаты демонстрируют, что средняя площадь резорбтивного очага составила 8,0 мм², различия минеральной плотности околоверхушечного очага резорбции и здорового участка исследуемой зоны составили 4,5%. Величина исследуемой зоны перед obturацией корневых каналов соответствовала значениям 1,4 мм, 1,5 мм² и 0,2%. При исходной величине резорбтивного апикального очага 3,8 мм исследуемые показатели составили соответственно 11,3 мм² и 6,3%, а перед obturацией корневых каналов - 1,7 мм, 2,3 мм² и 1,4% соответственно. Вместе с тем, в отдаленные сроки наблюдения названные показатели соответствовали значениям 0,6 мм, 0,3 мм² и 0,1%.

Проведенные расчеты показали, что при деструктивной форме периодонтита малой величины средняя исходная величина апикального резорбтивного очага (мм), площадь околоверхушечного поражения (S), минеральная плотность очага деструкции и здорового периферического участка этой же зоны (D) составила соответственно 2,6 мм, 6,3 мм² и 3,5%. Исследуемые параметры очага поражения перед obturацией корневого канала соответствовали значениям 1,0 мм, 1,1 мм² и 0,4%. В отдаленные сроки наблюдения (8 нед.) после постоянной obturации корневого канала значение исследуемых параметров составило соответственно 0,2 мм, 0,1 мм² и 0,03%.

У пациентов с исходным размером резорбтивного очага 4,6 мм при продолжительности контакта эндопериапикальных тканей в течение 3 недель с пятью внутриканально-эндопериапикальными аппликациями, параметры околоверхушечного резорбтивного очага перед obturацией корневого канала составили соответственно 2,3 мм, 4,2 мм² и 2,3%. В отдаленные сроки наблюдения (3 нед.) величина исследуемых показателей соответствовала физиологическим значениям с полным восстановлением названных параметров.

При наличии исходной величины резорбтивного очага 5,8 мм с продолжительностью курса эндопериапикального лечения зубов в течение 6 недель параметры исследуемого очага перед obturацией корневых каналов составили соответственно 2,6 мм, 5,3 мм² и 3,0%. В указанные сроки наблюдения показатели резорбтивного очага вернулись к физиологическим значениям с полным исчезновением деструктивного очага.

При наличии исходной величины резорбтивного очага 6,6-7,8 мм продолжительность курса эндопериапикального лечения зубов составляла 8-14 недель. К этапу постоянной obturации корневого канала диаметр резорбтивного очага варьировался от 2,7 до 3,8 мм. Средняя площадь

периапикальной деструкции колебался от 5,7 мм² до 11,3 мм². У лиц с исходным размером резорбтивного очага с колебаниями от 6,6 мм до 7,8 мм на фоне проведенного эндопериапикального лечения с количеством аппликаций от 8 до 14, различия минеральной плотности очага периапикальной деструкции и здорового участка костной ткани перед obturацией корневого канала варьировались от 3,2% до 6,3%. Среди указанных категорий пациентов в отдаленные сроки наблюдения (от 7 до 9 нед.) размер резорбтивного очага колебался от 0,5% до 1,1%, средняя площадь поражения уменьшалась соответственно в 2,1 и 1,2 раза, по сравнению с исходными величинами.

По результатам диспансерного наблюдения у лиц с деструктивными очагами поражения малой величины почти во всех случаях наблюдалось восстановление всех исследуемых параметров. У лиц с исходным поражением резорбтивного очага от 4,6 мм до 5,8 мм после реализации комплексного лечения в сроки наблюдения от 3 до 6 недели, также исследуемые параметры, соответствовали физиологическим параметрам. В остальных случаях в зависимости от большого масштаба околоврешечного разрушения (от 6,6 мм до 7,8 мм) к этапу постоянной obturации корневого канала в сроки от 7 до 9 нед. нами удалось добиться только лишь неполного излечения резорбтивного очага и, тем не менее, такие зубы являлись абсолютным показанием к использованию в качестве опора супраконструкционных элементов.

60 пациентам (34 мужчины и 26 женщин) нами выполнено эндодонтическое лечение зубов по поводу различных форм пульпита. Эндодонтическое лечение при пульпите выполнено на 25 однокорневых, 26 двухкорневых и 9 трехкорневых зубах. У 38 человек (15 мужчин и 23 женщин) выполнено эндодонтическое лечение по поводу острого и хронического фиброзного периодонтита (в предыдущих разделах данной главы подробно проанализированы результаты лечения деструктивных форм периодонтитов). Эндодонтическое лечение при данных формах периодонтита выполнено на 13 однокорневых, 14 двухкорневых зуба, а также 11 трехкорневых зубах. После эндодонтического лечения зубов с использованием современных протоколов лечения все леченые зубы без исключения в дальнейшем служили опорами несъемной ортопедической конструкции.

К двухлетнему периоду наблюдения результаты оценки качества проведенной эндодонтической терапии пульпита зубов с содержанием одного, двух и трёх корней показали, что, соответственно, в 96,2%, 88,6% и 83,3% случаев, проведенное лечение оказалось эффективным (при оценке учитывалось общее число корней в пролеченных зубах), то есть в них не были обнаружены по данным клинико-рентгенологических исследований признаки патологического процесса.

Таким образом, совершенствование качества эндодонтической помощи при лечении осложненных форм кариеса зубов, служащих в дальнейшем

опорами ортопедической конструкции, представляет собой одну из наиболее значимых задач в деятельности любого учреждения, в котором оказывается стоматологическая помощь населению. Для достижения этой цели необходимым считается использование системы управления качеством эндодонтической помощи.

ВЫВОДЫ

1. При комплексной оценке предпротезного состояния полости рта было обнаружено, что у всех пациентов обследованных групп в зависимости от вида пломбирочного материала в 65,4% случаев пломбы с удовлетворительным качеством изготовлены из композитов светового способа отверждения, в 12,2% случаев – из композитов химического способа отверждения, в 6,7% случаев – из стеклоиономерного цементного материала и в 15,7% случаев из традиционного материала. Из общего количества ранее наложенных пломб с удовлетворительным качеством в 65,7% случаев зубы оказались с интактной пульпой, в 34,3% случаев – зубы были депульпированы. При клинорентгенологическом анализе пародонтологического статуса из проявлений заболеваний пародонта обнаружены: кровоточивость дёсен у 63,4% обследованных, суб- и супрагингивальные минерализованные зубные отложения – у 58,8%, патологические зубодесневые карманы различной глубины – у 42,9%, резорбция межзубных костных перегородок – у 48,5%, подвижность зубов – у 43,0%, смещение зубов и травматическая окклюзия – соответственно у 5,7% и 4,4% обследованных пациентов.

2. При изучении протезного состояния полости рта ортопедических пациентов выявлено 593 мостовидных несъемных протеза. Основной контингент больших (70,5%), имели металлические мостовидные протезы, на втором месте (16,3%) оказались мостовидные протезы с напылением нитрид-титана. Более совершенные виды протезов (металлокерамические и пластмассовые) составили лишь незначительную часть (соответственно 5,6% и 7,6%). Всего были проанализированы 1231 коронка и 640 промежуточных частей несъемных ортопедических конструкций различного вида: 70,5% – металлические коронки; 16,4% – комбинированные коронки; 5,6% – металлокерамические коронки; 7,5% – пластмассовые коронки. Промежуточная часть несъемных ортопедических протезов металлической и комбинированной природы соответствовала значениям 56,3% и 31,6%, металлокерамической и пластмассовой природы – соответственно 5,0% и 7,1%.

3. При определении процента депульпированных зубов, покрытых металлокерамическими коронками, выяснилось, что из 1073 зубов под супраконструкциями были депульпированы 1042, что составляет 97,1%. Из 939 корневых каналов моляров верхней и нижней челюстей, покрытых металлокерамическими коронками, 509 корневых каналов были obturированы до верхушек, а 430 оказались с частичной obturацией, что

составляет 54,2% и 45,8% соответственно. Величина данных показателей для первого и второго моляров верхней и нижней челюстей составила соответственно 277 (55,3%), 224 (44,7%) и 232 (53,0%), 206 (47,0%). Исследуемые показатели у первых премоляров нижней челюсти составили соответственно 45 (57,7%), 32 (41,0%), в 1 (1,3%) корневом канале пломбирочный материал выведен за верхушку. Значение исследуемых параметров для корневого канала вторых премоляров нижней челюсти, используемых под опору металлокерамических протезов, составило соответственно 49 (73,1%), 17 (25,4%) и 1 (1,5%). Резцы верхней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками, пломбированы до верхушки в 78,2% случаев, резцы нижней челюсти под супраконструкционными элементами – в 77,9%.

4. Через 2 года после успешного завершения эндодонтического лечения опорных зубов резорбтивные очаги малой величины регенерируются в неполном объеме. Так, за этот период максимальный размер резорбтивного очага у 20-29-летних мужчин и женщин уменьшился соответственно на 79,1% и 76,6%, у 30-39-летних – соответственно на 51,6% и 47,2% при значении 53,9% и 45,8% соответственно у 40-49-летних мужчин и женщин. Уменьшение величины минимального размера резорбтивного очага периапикальной зоны оказалось таковым: 87,3% и 80,2% - 20-29-летних мужчин и женщин; 51,1% и 50,0% - у 30-39-летних; 52,2% и 48,2% - соответственно у 40-49-летних мужчин и женщин.

5. По данным конусно-лучевой компьютерной томографии из общего количества зубов (n=76) с деструктивными очагами различной величины диаметр околоверхушечной резорбции в области 24 (31,6%) зубов, служащих в дальнейшем опорами ортопедической конструкции, составлял малую величину (до 5 мм, 20 мм²), в остальных случаях (68,4%, 52 зуба) – среднюю величину (от 5 до 8 мм; 20-50 мм²). Оценивая эффективность результатов проекционно-периапикального лечения зубов с очагами периапикальной деструкции малой величины, используемых в качестве опоры ортопедического протеза, эффективное лечение получено в 91,7% случаев, неполное лечение – в 8,3% случаев и ни в одном случае не было выявлено неудачного исхода проекционно-периапикального лечения. От общего количества зубов со средней величиной верхушечного резорбтивного очага успешное проекционно-периапикальное лечение зарегистрировано у 69,2% опорных зубов, неполное излечение – у 25,0% опорных зубов с очагами резорбцией от 5,9 мм до 6,6 мм, неудачный исход – у 5,8% опорных зубов с очагами резорбцией от 6,7 мм до 7,8 мм.

6. Проанализировав результаты использования стандартов эндоперапикального лечения пульпита одно-, двух- и трехкорневых зубов, используемых в качестве опоры супраконструкционных элементов, в отдаленные сроки наблюдения отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии (то есть эндодонтическое лечение было эффективным) отмечено с учетом количества корней в

пролеченных зубах, соответственно в 98,8%, 90,5% и 85,7% случаев. У стоматологических пациентов в отдаленный период наблюдения (2 года и более) оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита одно-, двух- и трёхкорневых зубов, расположенных под несъемными протезами, показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах соответственно в 87,4%, 73,2% и 65,0% случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Определение потребности взрослого населения в эндодонтической помощи необходимо проводить только на основании объективных данных клинико-рентгенологического обследования.

2. Полученные сведения о высоком уровне эндодонтических осложнений среди ортопедических пациентов указывают на необходимость проведения в полном объеме планомерной предпротезной санации полости рта среди взрослого населения республики.

3. При эндодонтическом лечении заболеваний пульпы и периодонта зубов, служащих опорами несъемной ортопедической конструкции, целесообразно применять разработанные нами рекомендации, а именно: диагностическая рентгенограмма, определение рабочей длины корневого канала с обязательным использованием апекс-локатора и конусно-лучевой компьютерной томограммы; ирригации и механическое расширение корневого канала эндоинструментами с приданием конусности каналу в пределах его инфицированности, obturation каналов методом латеральной и вертикальной компакции; рентгенологический контроль степени obturation; динамическое наблюдение за зубами в сроки до 18-24 месяцев.

4. Считаю целесообразным рекомендовать органам здравоохранения г. Душанбе учитывать полученные в ходе настоящего клинико-рентгенологического исследования данные об эффективности внутриканального и проекционно-периапикального лечения эндодонтических осложнений зубов, используемых в качестве опоры ортопедической конструкции.

5. В связи с низким уровнем гигиенического состояния полости рта среди ортопедических пациентов необходимо в обязательном порядке проводить санитарно-просветительную работу и активную реализацию основополагающих принципов профессиональной гигиены полости рта.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Шарипов, Х.С. Клинико-рентгенологические параллели результатов лечения зубов с деструктивными формам околоверхушечного поражения, служащих опорами ортопедической конструкции / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, Г.Г. Ашуров // Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 1. -С. 38-42.
2. Шарипов, Х.С. Совершенствование внутриканального лечения эндодонтических осложнений зубов, служащих опорами ортопедической

- конструкции / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, З.Д. Давлятмирова // Стоматология Таджикистана. -2019. -№ 2. -С. 25-28.
3. Шарипов, Х.С. Оценка эффективности лечения перирадикулярной резорбции опорных зубов малой и средней величины: итоги и перспективы / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, А.А. Исмоилов // Вестник Таджикского отделения Международной академии наук высшей школы. -Душанбе, 2020. -№ 1. -С. 38-42.
 4. Шарипов, Х.С. Комплексная оценка предпротезного состояния органов и тканей полости рта в ключевой возрастной группе взрослого населения / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, С.К. Сабуров // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. - Душанбе, 2020. -№ 1. -С. 80-85.
 5. Шарипов, Х.С. Отдаленные результаты проекционно-периапикального лечения деструктивных форм периодонтитов с очагами поражения малой и средней величины для сохранения зубов, используемых в качестве опоры ортопедического протеза / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, А.А. Исмоилов // Наука и инновация. -Душанбе, 2020. -№ 2. -С. 17-21.
 6. Шарипов, Х.С. Оценка регенераторных процессов околоворхушечной деструкции зубов, служащих опорами ортопедической конструкции / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, М.Р. Гурезов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. - Душанбе, 2020. -№ 2. -С. 59-65.
 7. Шарипов, Х.С. Эффективность эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов, используемых в качестве опоры несъемных супраконструкционных элементов: сб. науч. тр. / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, М.М. Махмудов, С.М. Каримов // Материалы годичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Душанбе, 2020. -С. 452-454.
 8. Шарипов, Х.С. Результаты органосберегающей консервативной терапии деструктивных форм периодонтитов с резорбтивными очагами малой и средней величины: сб. науч. тр. / **Х.С. Шарипов**, А.Р. Зарипов, С.М. Каримов // Материалы XXVI научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». -Душанбе, 2020. -С. 130-131.
 9. Зарипов, А.Р. Оценка эффективности проекционно-периапикального лечения зубов, используемых в качестве опоры ортопедического протеза: сб. науч. тр. / А.Р. Зарипов, Г.Э. Муллоджанов, **Х.С. Шарипов** // Стоматология вчера, сегодня, завтра. -Минск, 2020. -С. 164-169.
 10. Шарипов, Х.С. Результаты изучения эффективности эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов, используемых в качестве опоры супраконструкционных элементов / **Х.С. Шарипов**, А.А. Исмоилов, Н.Г. Тураев, А.Р. Зарипов // **Вестник**

последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе, 2021. -№ 2. -С. 27-31.

11. Шарипов, Х.С. Результаты использования гигиенических индексов при воспалительном заболевании пародонта, индуцированных несъемными ортопедическими протезами / **Х.С. Шарипов, М.Б. Шафозода, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров** // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** -Душанбе, 2021. -№ 4. -С. 89-93.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ВАК	-	Высшая аттестационная комиссия
ГОУ	-	Государственное образовательное учреждение
ИПОвСЗ	-	Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
РТ	-	поверхностный, средний и глубокий кариес
К	-	комбинированная коронка
КК	-	кариозные, пломбированные, удаленные зубы
КПУз	-	консультативно-экспертный кабинет
КЭК	-	металлическая коронка
МК	-	Международная классификация болезней
МКБ	-	металлокерамическая коронка
МКК	-	общество с ограниченной ответственностью
ООО	-	пломбированные зубы
П	-	пластмассовая коронка
ПК	-	проекционно-периапикальное лечение
ППЛ	-	осложнения кариеса зубов, подлежащих лечению
Р	-	Союз Советских Социалистических Республик
СССР	-	Таджикский государственный медицинский университет
ТГМУ	-	удаленные зубы
У	-	Учебно-клинический центр
УКЦ	-	тест эмалевой резистентности
ТЭР	-	осложнения кариеса зубов, подлежащих удалению
Х	-	community periodontal index treatment need
СРITN	-	

Разрешено в печать 28.03.2023. Сдано в печать 03.04.2023.
Формат 60x84 1/16. Объем 1,5 п.л. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Тираж 100 экз. Типография ООО «Ориѐнгандж»