

На правах рукописи

**ИМОМОВА
ФАРХУНДА ЗАФАРОВНА**

**ОСОБЕННОСТИ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО
ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ
ПУЛЬПАРНО-ПЕРИОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА
БОЛЬНЫМ, АССОЦИИРОВАННЫМ
С МЕЖСИСТЕМНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

3.1.7. - стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ДУШАНБЕ-2024

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

Научный руководитель: **Каримов Сафарахмад Мунаварович** - доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Блашкова Светлана Львовна** – доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапевтической стоматологии, заведующая кафедрой

Тагаева Шахло Олимовна – кандидат медицинских наук, Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», кафедра терапевтической стоматологии, ассистент кафедры

Ведущая организация: ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России»

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2024 года в « ____ » часов на заседании диссертационного совета 73.3.005.01 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ИПОвСЗ РТ и авторефератом на сайтах: www.ipovszrt.tj и www.vak.ed.gov.ru
Автореферат разослан « ____ » _____ 2024 года

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

Хамидов Джуро Бутаевич

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Осложнения кариеса зубов (пульпит и периодонтит) до сих пор остаются наряду с кариесом самой распространенной патологией на амбулаторном стоматологическом приеме [Амхадова М.А. и соавт., 2019; Ашууров Г.Г. и соавт., 2019; Адамчик А.А. и соавт., 2022; Bhingare A. et al., 2018; Caliskan M.K., 2018; Ray H.A. et al., 2020]. Данные большинства авторов [Корнетова И.В. и соавт., 2021; Задорожный Д.В., 2022; Davies G.N., 2020] свидетельствуют о том, что кариесологическим осложнениям чаще поражаются первые моляры.

Ряд авторов [Лавренюк Е.А., 2018; Ашууров Г.Г. и соавт., 2019; Brown C.P., 2018] выявили меньшую частоту поражения нижних моляров, объясняя это подвижностью самой челюсти, в силу этого лучшей гигиеной этих зубов, проникновением и реминерализующим действием жидкости рта. Другие авторы [Янушевич О.О. и соавт., 2016; Нестерова М.М. и соавт., 2018] приводят данные о большей частоте поражения нижних моляров, связывая это с более ранним прорезыванием.

Повышение эффективности лечения больных с хроническим периодонтитом – приоритетное направление стоматологии, поскольку патология периодонта занимает 3-е место после кариеса и пульпита [Ашууров Г.Г. и соавт., 2019; Бердиева Р.Р. и соавт., 2020; Харгривз К.М. и соавт., 2020; Иванова Е.В. и соавт., 2022; Gomes F.A. et al., 2018; Ray H.A. et al., 2020]. Корневой канал с некротизированной пульпой предоставляет микроорганизмам питательную анаэробную среду с оптимальной влажностью и температурой, которая невосприимчива к факторам естественной защиты организма хозяина. Эти условия чрезвычайно благоприятны для размножения смешанной микрофлоры с заметным преобладанием анаэробных штаммов [Манукян И.А. и соавт., 2010; Царев В.Н., 2019; Bonsor S.J., 2021].

При заболеваниях пульпы и периапикальных тканей подробно исследованы эпидемиологические особенности их развития среди определенного контингента населения [Блашкова С.Л. и соавт., 2017; Захарова, К.Е., 2019; Braz-Silva P.H. et al., 2019; Vieyra J.P. et al., 2020], с учетом климатогеографических особенностей течения [Бобоев К.Р., 2015; Ашууров Г.Г. и соавт., 2019]. Вместе с тем, работы по изучению особенностей развития сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с межсистемным нарушением немногочисленны и фрагментарны. Актуальным является проведение структурной оценки сочетанного пульпарно-периодонтального поражения, которое у больных с патологией внутренних органов и систем до сих пор не проводилось. Не установлены доминирующие патогенетические факторы при различной тяжести пульпарно-периодонтального поражения у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями, определяющие выбор адекватного лечебно-профилактического воздействия.

Вышеизложенное определяет в качестве приоритетных дальнейшие исследования особенностей сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса, ассоциированными с патологией внутренних органов и систем. Комплексное решение вышеизложенных проблем дает возможность разработать дифференцированные алгоритмы по совершенствованию комплекса лечебно-профилактических мероприятий сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с внутрисистемным нарушением и предопределяет актуальность планируемого исследования, являясь основанием для его проведения.

Степень разработанности темы исследования. Сочетанное поражение частое явление как в общесоматической, так и в стоматологической практике. У одного пациента наличие сразу нескольких заболеваний на сегодня явление довольно распространенное и вызывает множество вопросов в терминологическом аспекте. Наиболее часто специалистами в общемедицинской практике используются такие термины, как «Полиморбидность», «Коморбидность» и «Мультиморбидность». [Орехова Л.Ю. и соавт., 2017; Самородская И.В. и соавт., 2018; Оганов Р.Г. и соавт., 2019; Какабадзе А.И. и соавт., 2022].

В доступных литературных источниках [Наумова В.Н. и соавт., 2016; Самородская И.В. и соавт., 2018; De Groot V. et al., 2019], существуют различные способы оценки существующей патологии сочетанного характера. При этом для учета и оценки разнонаправленных межсистемных нарушений у одного больного чаще всего используют исторически сложившийся термин «Коморбидность». По сведениям вышеупомянутых исследователей, в настоящее время разработано более 10 методов индексной оценки общесоматической коморбидности. Для оценки сочетанных соматических поражений в организме каждый индекс имеет свой подход.

В литературе на современном этапе большое внимание уделяется эффективности использования различных лечебно-профилактических методов и средств при терапии пульпарно-периодонтального поражения [Мухиддинов Ш.Д. и соавт., 2019; Pedano M. et al., 2020], однако вопросы об удовлетворенности пациента эндодонтическим лечением с учетом его эмоционального состояния и комплаенса практически не рассматривались.

Вместе с тем, работы по изучению особенностей развития заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса у больных с сопутствующей соматической патологией немногочисленны. Актуальным является изучение структуры заболевания пульпы и периодонта у стоматологических пациентов с внутрисистемными нарушениями.

Цель исследования. Изучение заболеваемости, оптимизация диагностики и повышения эффективности стандартизированного лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса больным, ассоциированным с межсистемными нарушениями.

Задачи исследования:

1. Изучить заболеваемость пульпарно-периодонтального комплекса и качество эндодонтического лечения у пациентов с сопутствующей соматической патологией.

2. Выявить показатели диагностической и прогностической информативности индекса стоматологической полиморбидности при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных.

3. Изучить динамику интегрального показателя личностного реагирования на поражаемость пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями.

4. Проанализировать результаты эффективности комплексного лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения у больных с сопутствующей соматической патологией.

5. Оценить результаты репаративного восстановления костной ткани околоврехушечной зоны в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями.

Научная новизна исследования. Впервые по материалам комплексного анализа стоматологического осмотра полости рта выявлена структура пульпарно-периодонтального поражения, направленное на выявление характера сочетанного поражения пульпы и периодонта у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями. Выявлены показатели информативности индекса стоматологической полиморбидности при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у больных с коморбидной патологией. Впервые изучена динамика интегрального показателя личностного реагирования соматических больных на поражаемость пульпарно-периодонтального комплекса.

По результатам кластерного анализа впервые определялись наиболее типичные группы для активной реализации комплекса эндопериапикального лечения у соматических больных с сочетанными поражениями пульпарно-периодонтального комплекса. Изучены результаты эффективности комплексного лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты проведенного исследования являются теоретической основой для разработки принципиально новых подходов к совершенствованию дифференцированных способов лечения сочетанного поражения пульпы и периодонта при наличии разнонаправленных межсистемных нарушений. Полученные данные могут быть использованы органами практического здравоохранения при внедрении основополагающих принципов стоматологической помощи эндопериапикального характера в зависимости от общего состояния организма.

Практическая значимость работы заключается в том, что выявленные особенности развития сочетанного поражения пульпы и периодонта в динамике и факторы ее формирующие позволяют наметить первоочередные задачи при создании целевых программ по профилактике заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса и усилить те направления соответствующей помощи, в которых больше всего нуждаются больные с межсистемными нарушениями. Предложенный алгоритм действий стоматолога при карисеологических осложнениях у больных с внутрисистемными нарушениями позволяет усовершенствовать способы лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса, объективизировать оценку общего состояния организма путем учета тяжести внутрисистемных нарушений.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии с принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику эндопериапикального лечения зубов с сочетанными поражениями пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных; методику использования временной лекарственной вкладки при лечении сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов с межсистемными нарушениями; методику оценки личностного реагирования соматических больных с поражением пульпарно-периодонтального комплекса с использованием синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации; методику интегральной оценки выраженности клинико-рентгенологической картины сочетанного пульпарно-периодонтального поражения у соматических больных; методику использования периапикального индекса для оценки результатов эндопериапикального лечения зубов у пациентов с сочетанными поражениями пульпарно-периодонтального комплекса; методику статистического исследования полученных материалов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Оценка частоты поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями позволила прогнозировать их нуждаемость в стоматологической помощи эндопериапикального характера.

2. Использование алгоритмизированных подходов при наличии сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных позволило разработать дифференцированные подходы к планированию эндопериапикального лечения.

3. Объем оказываемой эндопериапикальной помощи соматическим пациентам определяется не только клинико-рентгенологической картиной, но и их внутрисистемной характеристикой.

4. Ближайшие и отдаленные результаты эндопериапикального лечения

показали, что дифференцированные лечебно-профилактические подходы позволяют оптимизировать выбор наиболее эффективной методики в зависимости от тяжести стоматологической и соматической 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.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация полностью соответствует паспорту научной специальности 3.1.7. – стоматология.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедре терапевтической стоматологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Предложенные методики лечения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с сопутствующей соматической патологией используются в лечебной работе учебно-клинического центра «Стоматология» Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино, городской стоматологической поликлиники г. Душанбе, общества с ограниченной ответственностью (ООО) «Раддод», ООО «Smile», ООО «Формула успеха». Результаты научной работы также использованы в докладах на заседаниях межкафедральной экспертной комиссии ГОУ ИПОвСЗ РТ по стоматологическим дисциплинам (2022, 2023, 2024), на совместных заседаниях профильных кафедр ГОУ ИПОвСЗ РТ (2023, 2024).

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены: на годовых ежегодных XXVIII и XXIX научно-практических конференциях ГОУ ИПОвСЗ РТ (2022, 2023); на научно-практических конференциях сотрудников кафедр терапевтической и ортопедической стоматологии, а также челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ (2022, 2023); на совместных заседаниях профильных кафедр ГОУ ИПОвСЗ РТ (2021, 2022, 2023). Диссертационная работа апробирована на межкафедральном экспертном совете по стоматологическим дисциплинам ГОУ ИПОвСЗ РТ (2023).

Личный вклад соискателя. Автором определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме, предложены методологические подходы к проведению разных этапов исследования. Личный вклад автора также состоит в самостоятельном выполнении всех этапов работы: сборе фактического материала, проведении клиничко-рентгенологических и поведенческих исследований, статистической обработке и анализе полученных данных, их систематизации и интерпретации, подготовке публикаций и докладов по материалу

лам, полученным в процессе проведения научного исследования. Доля участия автора в накоплении научной информации более 80%, а в обобщении и анализе полученных результатов – до 100%.

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 11 научных работ: 6 - в журналах из перечня научных изданий ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 163 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследований, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 114 отечественных источников и 105 иностранных. Текст диссертации иллюстрирован 27 рисунками, содержит 12 таблиц.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. С целью совершенствования методов лечения пульпарно-периодонтальных поражений у больных с межсистемными нарушениями проведен ретроспективный анализ 568 амбулаторных карт путем случайной выборки стоматологических пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями (основная группа), и 570 амбулаторных карт пациентов без соматической патологии (группа сравнения). Возрастная категория составила от 20 до 60 лет и старше, средний возраст – $37,6 \pm 4,17$ года. Из обследованных пациентов основной группы мужчин было 270 (47,5%), женщин – 298 (52,5%).

С целью оценки значения индекса стоматологической полиморбидности в нашем исследовании приняли участие 75 соматических пациентов (39 мужчин и 36 женщин) с диагнозом «сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса». При отборе пациентов руководствовались следующими критериями включения: пациенты с разнонаправленными межсистемными нарушениями легкой и средней степени тяжести; обоих полов старше 20 лет; с клинико-рентгенологическими изменениями пульпарно-периодонтального комплекса. Значение индекса «Стоматологической полиморбидности» вычисляется по нижеследующим критериям: от 0 до 5 - легкая степень стоматологической полиморбидности; от 6 до 10 - средняя степень стоматологической полиморбидности; от 11 до 16 тяжелая степень стоматологической полиморбидности.

В ходе выполнения научного исследования мы также оценили эффективность и удовлетворенность соматических больных с пульпарно-периодонтальными поражениями с учетом особенностей эмоциональной направленности и комплаенса обследованных лиц. С использованием методик оценки личностного реагирования на болезнь, получившей название «Синдром психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации», удовлетворенности и комплаентности пациентов с поражением пульпарно-

периодонтального комплекса в зависимости от наличия у них внутрисистемного нарушения оценена эффективность лечения сочетанного поражения пульпы и периодонта у 107 больных в возрасте от 20 до 50 лет.

Для реализации цели исследования нами использована методика определения особенностей типологической направленности высшей эмоциональной деятельности, позволившая разделить всех пациентов на 4 группы с учетом их темперамента: 1 – сангвиники; 2 – холерики; 3 – флегматики; 4 – меланхолики. С учетом их темперамента в 1 группу вошли 34 человека (сангвиники), во 2– 27 человек (холерики), в 3– 24 человека (флегматики), в 4 - 22 человека (меланхолики) (табл. 1).

Таблица 1. - Численность и темперамент соматических пациентов с пульпарно-периодонтальным поражением

Темперамент	Количество пациентов					
	Мужчины		женщины		Всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Сангвиники	16	14,9	18	16,8	34	31,8
Холерики	11	10,3	16	14,9	27	25,2
Флегматики	10	9,4	14	13,1	24	22,4
Меланхолики	11	10,3	11	10,3	22	20,6
ИТОГО:	48	44,9	59	55,1	107	100

У 265 соматических пациентов с сочетанными поражениями пульпарно-периодонтального комплекса в возрасте от 20 до 50 лет и старше проведен ситуационный анализ состояния корневых каналов и перирадикулярных изменений в области 732 зубов разной функционально-ориентированной группы. По групповой принадлежности в зависимости от количественного состава зубы распределились следующим образом: 112 резцов верхней челюсти; 60 резцов нижней челюсти; 110 премоляров верхней челюсти; 86 премоляров нижней челюсти; 206 моляров верхней челюсти; 158 моляров нижней челюсти. С целью изучения эндопериапикального состояния 732 зубов использовали внутриротовое дентальное и ортопантомографическое исследование.

Для изучения эффективности лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения проведенные исследования в указанном аспекте выполнены на материале соматических пациентов в возрасте от 20 до 50 лет и старше (n=150) с резорбтивными околоверхушечными очагами малой (1-3 мм), средней (4-5 мм) и большой величины (6-7 мм). Эндодонтическое лечение сочетанного пульпарно-периодонтального поражения проводили с использованием плазмолифтинга, антибактериальных и глюкокортикостероидных препаратов у 150 пациентов (1 группа) в возрасте от 20 до 50 лет и старше. У 110 пациентов с межсистемными нарушениями, составляющих группу сравнения, осуществляли традиционное эндопериапикальное лечение.

По данным конусно-лучевой компьютерной томографии размер резорб-

тивного очага околоверхушечной деструкции составлял у 69 (46,0%) пациентов 6,25-18,75 мм² (условный диаметр резорбтивного очага 1-3 мм), у 52 (34,7%) пациентов – 25,0-37,7 мм² (условный диаметр резорбтивного очага 4-5 мм), и у 29 (19,3%) пациентов – 43,8-50,0 мм² (условный диаметр резорбтивного очага 6-7 мм). Пациенты с резорбтивными очагами очень большой величины (более 7 мм) были исключены для участия в исследовании.

Исследуемые пациенты в зависимости от применяемого метода лечения были распределены на 3 группы. В 1-й (основной) группе соматических больных (n=50) в течение месяца эндопериапикальное лечение проводили сочетанным применением двух препаратов (гиалудент № 4 и гидроксид кальция) с целью пролонгированного эндоканального воздействия. В данную группу с параллельным проведением внутриканального комплексного лечения осуществлена процедура репрограммирования макрофагов с использованием плазмолифтинга. Этим пациентам в первое посещение в качестве временного вложения в корневые каналы использовали комплекс вышеназванных препаратов сроком на 1 неделю. В корневые каналы зубов во второе посещение в качестве второго временного вложения вносили гидроксид кальция сроком на 3 недели.

Среди обследованных пациентов основной группы плазмолифтинг был проведен в амбулаторных условиях. Кратность процедуры была стандартной – от 5 до 10 инъекции по переходной складке причинных зубов в зависимости от размера перирадикулярной деструкции (курс из 7 процедур с интервалом в один день). Объем плазмы на одну инъекцию составлял 1,0 мл. По истечении месяца среди соматических пациентов основной группы проводили постоянное пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.

В первой контрольной группе соматических пациентов (n=50) в течение месяца эндопериапикальное лечение проводили с использованием гидроксида кальция без выполнения плазмолифтинга. Этим группам в первое посещение после выполнения эндодонтических манипуляций в корневые каналы оставляли вложения с использованием гидроксида кальция сроком на 1 неделю. Затем в корневые каналы проводили повторное вложение гидроксида кальция сроком на 3 недели и в дальнейшем осуществляли постоянное пломбирование зуба.

Во второй контрольной группе соматических больных (n=50) соответствующее лечение проводили с использованием препаратов клотримазол и гидроксид кальция, также без выполнения плазмолифтинга. Среди этих пациентов сперва сроком на 7 дней в качестве первого временного вложения выступал препарат клотримазол, а в качестве второго временного вложения использовался гидроксид кальция сроком на 3 недели. По истечении месяца с момента начала лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения осуществляли постоянное пломбирование.

В целом, среди пациентов с внутрисистемными нарушениями всего пролечено 150 зубов с пульпарно-периодонтальными осложнениями с последующим клинико-рентгенологическим наблюдением. Оценку ближайших результатов эндопериапикального лечения проводили в сроки от 2 до 10 дней на основании жалоб пациента и объективного клинического обследования состояния зуба и окружающих тканей. Оценку отдаленных результатов лечения проводили спустя 6 месяцев на основании жалоб пациента, объективного клинического обследования состояния зуба и окружающих тканей, а также рентгенологического исследования.

Из дополнительных методов использовали внутривитровую прицельную рентгенографию. Динамическое клинико-рентгенологическое исследование проводили при помощи конусно-лучевой компьютерной томографии с использованием полезной модели через 6 месяцев, год и 2 года после реализации комплексного лечения пульпарно-периодонтального поражения. Эффективность проводимого комплексного лечения эндопериапикального характера у пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями оценивали на основе метрического и математического анализа рентгенограмм.

Статистическая обработка данных исследования проводилась по стандартным методам вариационной статистики. В каждой из групп совокупных одинаковых признаков были вычислены количество наблюдений (n), средняя арифметическая величина (M), ошибка средней арифметической (m) по всем параметрам исследованных показателей. С целью получения статистически достоверно значимых различий значения полученных данных сравнивали в группах с применением критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Были изучены клинико-рентгенологические аспекты пульпарно-периодонтального поражения у пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями (630 чел.; 327 мужчин и 303 женщины) и лиц без соматической патологии (620 чел.; 313 мужчин и 307 женщин) при соответствующем значении 50,4% и 49,6%. Всего нами проанализировано 900 ортопантограмм и 350 конусно-лучевых компьютерных томограмм соответственно у 640 (51,2%) мужчин и 610 (48,8%) женщин в возрасте от 20 до 60 лет и старше.

Распространенность сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса и лечения корневых каналов у лиц с сопутствующей соматической патологией и при отсутствии внутрисистемного нарушения составила соответственно 79,4% и 56,3%. Произведенные математические расчеты показали, что пульпарно-периодонтально «здоровыми» были 130 (20,6%) пациентов от общего количества обследованных лиц с внутрисистемными нарушениями (630 чел.) и 271 (43,7%) – без сопутствующей соматической патологии (от общего количественного состава, 620 чел.).

У пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями при клинико-рентгенологическом обследовании было выявлено сочетанное поражение пульпарно-периодонтального комплекса 2012 зубов, тогда как у лиц без соматической патологии названное поражение визуализировалось в области 1549 зубов. В 970 (48,2%) случаях у пациентов первой группы и в 530 (34,2%) случаях у пациентов второй группы для уточнения состояния периапикальных тканей дополнительно проводили внутривитальную рентгенографию.

Полученные результаты позволяют отметить, что у 79,4% обследованных лиц с разнонаправленными межсистемными нарушениями и 56,3% пациентов без сопутствующей соматической патологией были выявлены сочетанные пульпарно-периодонтальные поражения. Интенсивность пульпарно-периодонтального поражения на одного обследованного пациента составила соответственно 3,19 и 2,50.

Проведенные исследования показали, что среди обследованного контингента больных с внутрисистемными нарушениями распространенность воспаления пульпы составила 209 (36,8%) случаев на 568 обращений. Значение исследуемого показателя в группе пациентов без соматической патологии составило 139 (24,4%) на 570 обращений. При структуризации различных форм воспалительных заболеваний пульпы среди пациентов основной группы было диагностировано абсолютное преобладание хронического фиброзного пульпита и его обострения при значении 145 (69,4%) обращений ($p < 0,05$).

Остальные формы пульпита распределялись по убывающим значениям в нижеследующем порядке: острый гнойный пульпит - 50 (23,9%), хронический гангренозный пульпит - 7 (3,3%), острый очаговый пульпит - 9 (2,4%), хронический гипертрофический пульпит - 2 (1,0%) от общего количества обращений. В группе сравнения при наличии 139 общих обращений по поводу пульпита значения вышеперечисленных нозологических форм данной патологии составили соответственно 73 (52,5%) для хронического фиброзного пульпита, 19 (13,7%) - для острого гнойного пульпита, 12 (8,6%) - для хронического гангренозного пульпита, 34 (24,5%) - для острого очагового пульпита и 1 (0,7%) - для хронического гипертрофического пульпита.

В сопоставительном аспекте, как свидетельствуют приведенные данные, у стоматологических пациентов с внутрисистемными нарушениями хронический пульпит и его обострения, а также острый гнойный пульпит встречаются соответственно в 1,2 и 1,7 раза чаще по сравнению с пациентами без соматической патологии. Вместе с тем у пациентов контрольной группы преобладающим является острый очаговый пульпит (в 10,2 раза больше) и хронический гангренозный пульпит (в 2,6 раза больше), чем у лиц основной группы.

Распространенность хронического периодонтита среди обратившихся пациентов основной группы составила 183 (32,2%) случая на 568 обраще-

ний, а у пациентов контрольной группы аналогичного возраста значение данного показателя в среднем составило 153 (26,8%) случая на 570 обращений. Проведенный анализ среди пациентов основной группы показал, что острый верхушечный периодонтит диагностирован всего в 4 (2,3%) случаях, в то время как хронический верхушечный периодонтит – в 139 (75,9%), обострения хронического процесса описаны в 40 (21,9%) картах. Именно по этой причине дальнейший анализ амбулаторных карт касался только случаев хронического верхушечного периодонтита.

При структуризации хронических форм периодонтитов среди пациентов основной группы (568 чел.) хроническая фиброзная форма была зарегистрирована в 319 (56,2%) амбулаторных картах. Хронический гранулематозный периодонтит обнаружен в 144 (25,3%) случаях, а хронический гранулирующий периодонтит составил 105 (18,5%). При анализе структуры различных форм хронических периодонтитов среди амбулаторных карт контрольной группы обнаружено преобладание хронического периодонтита фиброзной формы (72,3%). В 22,1% амбулаторных картах зарегистрирована гранулематозная форма хронического периодонтита, значение гранулирующей формы хронического периодонтита составило 5,6%.

Как следует из представленных данных, на каждого обследованного в среднем приходится 6,2 удаленных зуба и 2,8 зуба с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса (леченным и нелеченным). При этом соотношение леченных и нелеченных зубов в возрастной группе 20-29 лет составило 2,5:1,7, в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет – соответственно 1,5:2,9 и 1,7:2,5, а в возрастной группе 50 лет и старше – 5,3:1,2.

В возрастной группе 20-29 лет леченных зубов в 1,5 раза больше, чем нелеченных зубов. Однако в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет, наоборот, количественное значение нелеченных оказалось соответственно в 1,9 и 1,5 раза больше, чем леченных. Совсем иная картина нами выявлена среди обследованных в возрастной группе 50 лет и старше в отношении леченных и нелеченных зубов – значение леченных зубов в 4,4 раза больше, чем нелеченных. Данный факт, по нашему мнению, объясняется тем, что в названной возрастной группе наблюдается максимальное количество удаленных зубов и можно говорить о неблагоприятии карисеологического статуса среди пациентов с внутрисистемными нарушениями.

Всего обследовано состояние периодонта 156 зубов (35 премоляров и 121 моляра). Рентгенологически было установлено, что из 156 у 60 (38,5%) зубов каналы были запломбированы до верхушки и только у одного из них выявлены изменения в периодонтальном комплексе. Из 96 зубов, у которых один или несколько каналов не были запломбированы до верхушки, у 81 (84,4%) выявлены воспалительные изменения в периодонтальном комплексе и только у 15 (15,6%) зубов деструктивные изменения в периадикулярной зоне не обнаружены (рис. 1).

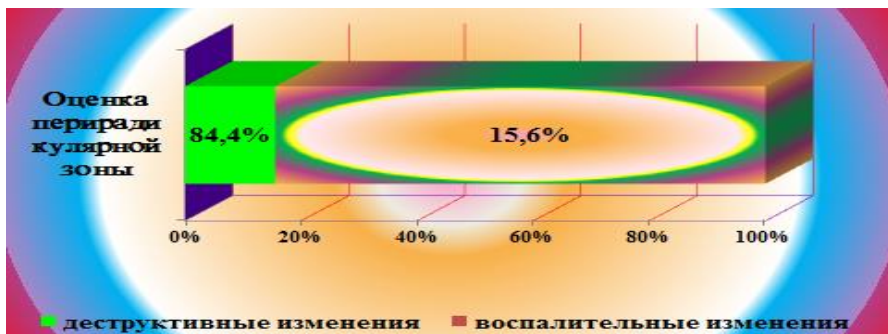


Рисунок 1. – Рентгенологическая оценка перирадикулярной зоны в зависимости от качества проведенного эндодонтического лечения зубов

Задачей предлагаемого нами метода оценки сочетанной стоматологической патологии является разработка способа наиболее полного учета выявленных патологических изменений в полости рта и челюстно-лицевой области путем подсчета и регистрации «Индекс стоматологической полиморбидности» с последующей оценкой по предложенным критериям. Представленный индекс включает в себя 16 разделов относительно наличия патологии органов и тканей полости рта с соответствующими патологическими изменениями, характерными для определенного состояния или заболевания. При выявлении одного или нескольких патологических признаков или симптомов в каждом разделе стоматологической патологии ставится код «1», при их отсутствии – «0».

Анализ полученных данных показал, что у лиц старшего возраста (40-49 лет) индекс стоматологической полиморбидности легкой степени (от 0 до 5 баллов) встречался в 8,6% случаев (3 чел.), в то время как средняя и тяжелая степень индекса стоматологической полиморбидности составила соответственно 34,3% (12 чел.) и 57,1% (20 чел.). В младших возрастных группах соматических больных с сочетанным пульпарно-периодонтальным поражением (20-29 и 30-39 лет) значение индекса стоматологической полиморбидности легкой, средней и тяжелой степени составило соответственно 33,3% (4 чел.), 50,0% (6 чел.), 16,7% (2 чел.) и 46,4% (13 чел.), 39,3% (11 чел.), 14,3% (4 чел.).

Усредненное значение индекса стоматологической полиморбидности легкой, средней и тяжелой степени у соматических больных при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса составило соответственно 29,4%, 41,2% и 29,4%. Среди пациентов контрольной группы (без соматической патологии) с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса усредненное значение индекса стоматологической полиморбидности легкой и средней степени тяжести соответствовало значениям 76,0% (19 чел.) и 24,0% (6 чел.) при отсутствии у них тяжелой степени названного индекса (рис. 2).

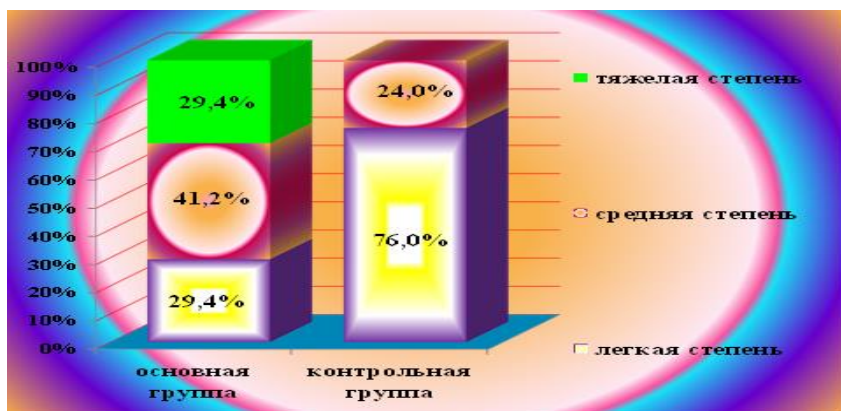


Рисунок 2. - Усредненное значение индекса стоматологической полиморбидности у пациентов основной и контрольной группы при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса

С целью оценки личностного реагирования соматических больных с поражением пульпарно-периодонтального комплекса были изучены данные 262 прицельных внутриротовых рентгенограмм, результаты ортопантомографического исследования и конусно-лучевой КТ, а также проанализированы приведенные в медицинских картах пациента данные. Изучение особенностей индивидуально-типологической направленности у соматических больных с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса позволило сгруппировать пациентов по типу их темперамента (рис. 3).

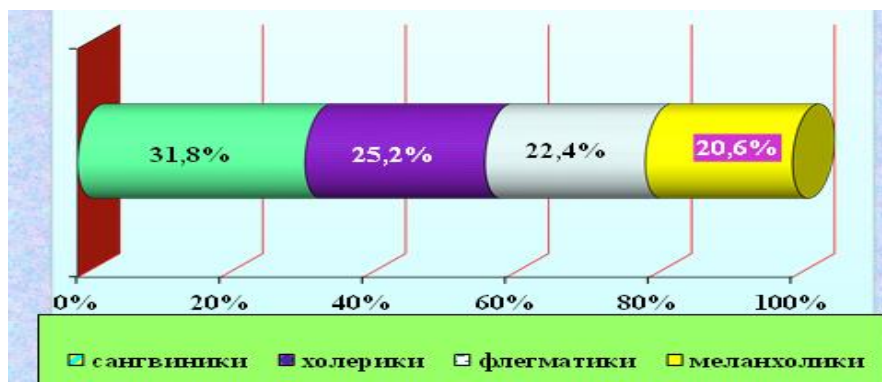


Рисунок 3. – Распределение соматических больных с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса в зависимости от их темперамента (%)

Как следует из рисунка, 1 группу составили сангвиники (31,8%); во 2 группу вошли холерики (25,2%); количество лиц в 3 (флегматики) и 4 (меланхолики) групп составило соответственно 22,4% и 20,6% от общего количества обследованных.

Согласно значению интегрального показателя выраженности личностного реагирования на болезнь (показатель S в баллах) из-за имеющегося сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов 1 (сангвиники) и 3 (флегматики) групп значение исследуемого показателя составило соответственно $13,46 \pm 0,45$ и $9,33 \pm 0,49$ баллов, что свидетельствует о том, что они имеют нарушенную приспособляемость к условиям существования. Вместе с тем, у пациентов 2 (холерики) и 4 (меланхолики) групп исследование значение интегрального показателя составляет $21,10 \pm 0,37$ и $16,47 \pm 0,44$ баллов соответственно, что подтверждает факт о наличии дезадаптации среди этих лиц.

По данным интегрального показателя выраженности личностного реагирования (S) спустя 3 месяца от начала лечения отмечена положительная динамика в течении сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями всех исследуемых групп ($p < 0,001$). В этот период значение интегрального показателя S в большей степени снизилось у пациентов 1 (сангвиники), 3 (флегматики) и 4 (меланхолики) групп исследования и, соответственно, составило $3,79 \pm 0,16$, $3,62 \pm 0,22$ и $4,93 \pm 0,32$ баллов. При этом у пациентов 2 группы (холерики) значение интегрального показателя снизилось в меньшей степени – до $8,81 \pm 0,37$ баллов.

Структурная оценка анкет, заполненных соматическими пациентами с пульпарно-периодонтальными поражениями показала, что до начала реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндопериапикального характера основные их жалобы относились к кластерам «П» (тревога за результат лечения, переживания в связи с нарушением пищи и возможности говорить, волнение за исход заболевания), «С» (болевым синдром в области ранее леченного зуба) и «Ф» (нарушение приема пищи из-за болей при жевании). Среди опрошенных лиц к кластеру «А» были отнесены жалобы на наличие утраты естественных функций зуба, что пациентов беспокоит незначительно.

При анализе взаимозависимости стало очевидным, что показатели эффективности эндопериапикального лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов с межсистемными нарушениями достоверно коррелировали с показателями удовлетворенности проведенными лечебно-профилактическими мероприятиями эндопериодонтального характера во всех исследуемых группах. Как следует из полученных данных, пациенты 1 группы полностью удовлетворены проведенным эндопериапикальным лечением ($9,23 \pm 0,28$ баллов), удовлетворенность па-

циентов 3 группы также была высокой ($9,14 \pm 0,31$ баллов). Значение исследуемого показателя у пациентов 2 и 4 группы оказалось в меньшей степени (соответственно $5,19 \pm 0,34$ и $4,60 \pm 0,37$ баллов).

При изучении комплаентности среди обследованных групп выяснилось, что наиболее привержены к выполнению врачебных назначений и рекомендаций были пациенты 3 группы исследования и показатель их комплаентности составил $8,63 \pm 0,36$ балла, что свидетельствовало о выполнении ими назначений стоматолога более чем на 75% от рекомендованных. Выполняли назначения стоматолога в пределах от 25% до 50% от рекомендованных врачами-стоматологами пациенты 1, 2 и 4 групп. При этом, несмотря на назначенные стоматологом рекомендации, возможность отрицательных последствий при их невыполнении, пациенты 1, 2 и 4 групп исследования не имели должной приверженности к их выполнению, добровольно в полном объеме не следовали предписанному им режиму лечения и поведения.

В целом, оценка особенностей индивидуально-типологического реагирования у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями, страдающих поражением пульпарно-периодонтального комплекса, показала, что до активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндопериапикального характера у них имело место состояние дезадаптации. После проведения пациентам специальных лечебно-профилактических мероприятий эндопериапикального характера во всех группах исследования отмечена положительная динамика в личностном реагировании на болезнь и в заключении динамического наблюдения пациенты были адаптированы к условиям существования.

С целью определения эффективности лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями нами проведено комплексное клинкорентгенологическое исследование различных методов эндодонтического лечения и дана оценка их влияния на характер течения и эффективности лечения названной нозологии. Динамическое наблюдение показало, что через месяц в основной группе соматических больных показатель жалоб стоматологического характера был достоверно меньше, чем в 1-й и 2-й контрольной группе (соответственно на 10,5% и 35,0%).

Через 6 месяцев в 1-й контрольной группе соматических пациентов с сочетанным пульпарно-периодонтальным поражением показатель стоматогенных жалоб достоверно снизился на 82,1% относительно исходного ($p < 0,05$), что меньше на 14,9%, чем в основной группе соматических больных с эндопериапикальным осложнением, у которых достоверное снижение жалоб пульпарно-периодонтального характера произошло на 97,0%, и больше, чем во 2-й контрольной группе, где снижение произошло на 70,8% относительно первоначального уровня жалоб эндопериапикального характера ($p < 0,05$).

Через год и спустя 2 года соматические пациенты основной группы не предъявляли жалоб эндопериапикального характера. Через 1 и 6 месяцев в основной группе соматических больных показатель мануально-инструментального исследования эндопериапикального статуса был ниже относительно показателя 1-й контрольной группы соответственно на 27,6% и 36,3%, а во 2-й группе на 44,7% и 46,2% соответственно.

Полученные материалы позволяют отметить, что к концу года с момента начала пульпарно-периодонтального лечения и по прошествии 24 месяцев у соматических пациентов основной группы показатель мануально-инструментального исследования эндопериапикального статуса был равен нулю. Вместе с тем по итогам 1-го месяца в 1-й контрольной группе суммарный показатель мануально-инструментального исследования эндопериапикального статуса меньше аналогичного 2-й группы на 17,1%, а спустя 6 месяцев – на 10,2%. Во 2-й контрольной группе через год с момента начала пульпарно-периодонтального лечения было отмечено наименьшее значение мануально-инструментального исследования эндопериапикального статуса.

Среди обследованных групп пациентов с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии нами получены сведения о характере, локализации, направленности и темпах изменения резорбтивного перирадикулярного очага. Было установлено, что развитие патологического процесса на фоне сочетанного пульпарно-периодонтального поражения в околоверхушечной зоне у соматических пациентов формировалось в 67,3% случаев по типу хронического гранулирующего периодонтита, в 24,4% случаев по типу хронического гранулематозного периодонтита и в остальных случаях (8,3%) – по типу хронического фиброзного периодонтита.

У соматических пациентов всех групп наблюдения исходные рентгенологические показатели очага перирадикулярной деструкции были близкими, и суммарная оценка исходного уровня околоверхушечной резорбции у пациентов основной и контрольных групп (1-й и 2-й) составила соответственно $6,12 \pm 0,03$ мм, $6,10 \pm 0,01$ мм и $6,13 \pm 0,05$ мм ($p > 0,05$).

Через 12 месяцев у соматических больных основной группы суммарный показатель рентгенологических перирадикулярных изменений достоверно снизился и составил $2,85 \pm 0,05$ мм при значении $3,33 \pm 0,07$ и $3,61 \pm 0,06$ мм соответственно у пациентов 1-й и 2-й контрольных групп. Через 24 месяца по данным рентгенологического исследования показатель суммарной оценки, отражающий состояние кортикальной пластинки в очаге перирадикулярной деструкции снизился и составил соответственно $1,58 \pm 0,02$ мм, $1,74 \pm 0,04$ мм и $2,01 \pm 0,04$ мм.

По данным рентгенологического исследования у соматических пациентов основной группы с пульпарно-периодонтальным поражением через 24 месяца показатель суммарной оценки, отражающий перирадикулярное состояние кортикальной пластинки альвеолы причинного зуба достоверно

снижился и составил $1,58 \pm 0,02$ мм ($p < 0,05$). При этом полное восстановление очага верхушечной деструкции зарегистрировано у 39 (78,0%) соматических больных, частичное восстановление – у 9 (18,0%), в остальных случаях (2 чел., 4,0%) состояние околоверхушечной резорбции оставалось без изменений.

В 1-й контрольной группе показатель, отражающий суммарную оценку перирадикулярных изменений достоверно снижился через год и составил $3,33 \pm 0,07$ мм ($p < 0,05$). При этом у 11 (22,0%) соматических больных отмечено частичное восстановление костной ткани в околоверхушечной зоне, у 30 (60,0%) обследованных лиц перирадикулярный дефект костной ткани восстановился полностью, у 9 (18,0%) больных не было отмечено изменений в области околоверхушечного дефекта костной ткани. По прошествии 6 месяцев во 2-й контрольной группе соматических больных показатель суммарной оценки рентгенологической картины в перирадикулярной зоне снижился и составил $5,55 \pm 0,02$ мм. Динамика рентгенологических изменений показала, что частичное восстановление костной ткани в околоверхушечной зоне леченого зуба имело место у 35 (70,0%) пациентов, полное восстановление – только у 1 (2,0%) пациента, у 14 (28,0%) соматических больных очаг деструкции в перирадикулярной зоне остался без изменений.

Во 2-й контрольной группе соматических больных с эндопериапикальными поражениями ($n=50$) спустя 12 месяцев и через 2 года значение суммарной оценки рентгенологического показателя изменилось и составило соответственно $3,61 \pm 0,01$ мм и $2,01 \pm 0,03$ мм. Среди обследованных лиц этой группы через 2 года частичное восстановление околоверхушечной костной ткани визуализировалось у 18 (36,0%) больных, полное – у 20 (40,0%), вместе с тем у 7 (14,0%) больных очаг перирадикулярной деструкции костной ткани причинного зуба увеличился, а у 5 (10,0%) остался без изменений.

У соматических пациентов основной группы ($n=50$) через 3 месяца после начала эндопериапикального лечения ни у одного из них не было выявлено дальнейшего прогрессирования деструктивного процесса в перирадикулярной зоне. В 8,9% случаев существенной рентгенологической динамики состояния костной ткани периапикальной области не наблюдалось. В 28,9% наблюдений выявлена редукция перирадикулярного деструктивного процесса на $1/3$, у большинства пациентов (52,7%) наблюдалось уменьшение размеров резорбтивного очага деструкции от $1/3$ до $1/2$ от исходных. У 9,5% от общего количества наблюдений в основной группе отмечена редукция перирадикулярного деструктивного очага более чем на $1/2$ от первоначального размера.

Оценка эффективности эндопериапикального лечения пульпарно-периодонтального поражения у соматических пациентов основной группы, которая была оценена нами в 5 баллов через 12 месяцев, составила 94,3%, у

остальных пациентов (5,7%) – 4 балла. У соматических пациентов контрольной группы в 38,5% случаев была достигнута редукция резорбтивного перирадикулярного очага на 1/3 от его исходных размеров, в 29,3% наблюдений – от 1/3 до 1/2 исходных размеров, у 24,9% редукция отсутствовала, у 7,3% пациентов наблюдалось дальнейшее прогрессирование деструкции перирадикулярной костной ткани (рис. 4).

В ходе выполнения работы и динамического наблюдения за пациентами нами выявлена определенная закономерность среди обследованного контингента: обнаружено достоверное влияние диаметра резорбтивного очага околоверхушечной деструкции на скорость репаративных процессов в периапикальных тканях после проведения эндопериапикальной терапии.

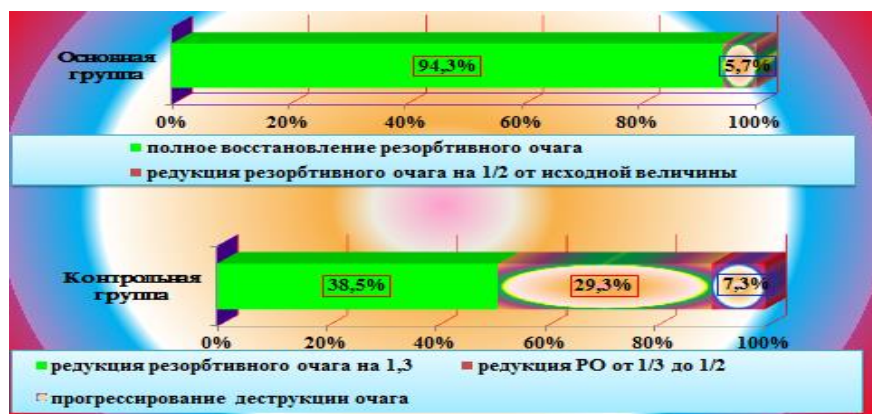


Рисунок 4. – Динамика показателя околоверхушечной костной ткани у соматических пациентов основной и контрольных групп с сочетанными поражениями пульпарно-периодонтального комплекса через 12 месяцев после эндопериапикального лечения

Так, у соматических пациентов основной группы при диаметра очага резорбции 1-2 мм через 3 года после начала лечения полная репарация костной ткани в околоверхушечной области наблюдалась стопроцентно, у соматических пациентов 1-й и 2-й контрольных групп – соответственно в 93,3% и 84,9% случаев, при размерах деструктивных очагов от 3 до 4 мм репаративное восстановление околоверхушечной костной ткани отмечалось соответственно в 98,6%, 83,1% и 72,2% случаев, а при диаметре очага резорбции 5 мм и более полная репарация костной ткани отмечалась соответственно в 93,1%, 79,3% и 76,2% случаев.

По данным рентгенологического исследования через 36 месяцев после начала лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями

основной группы диаметр резорбтивного перирадикулярного очага снизился до значения $0,42 \pm 0,02$ мм, в то время как у пациентов 1-й и 2-й контрольных групп редукция резорбтивного очага доходила до значения $0,96 \pm 0,03$ мм и $1,46 \pm 0,02$ мм соответственно.

У пациентов основной группы существенное уменьшение размеров очагов деструкции отмечалось спустя как 24, так и 36 месяцев после эндопериапикального лечения и различия в зависимости от временного фактора были достоверными. Так, диаметр очага перирадикулярной резорбции спустя 24 месяца после эндопериапикального лечения в среднем уменьшился в 3,9 раза в сравнении с исходной величиной ($6,12 \pm 0,03$ мм), доходя до значения $1,58 \pm 0,02$ мм. Значение убыли площади околоверхушечной резорбции у пациентов основной группы составило $74,2 \pm 3,3\%$.

Еще большее уменьшение диаметра перирадикулярного резорбтивного очага у соматических пациентов основной группы имело место через 36 месяцев после начала эндопериапикального лечения. Рентгенологические данные показали, что за этот период наблюдения диаметр резорбтивного очага деструкции достоверно снизился до значения $0,42 \pm 0,02$ мм против исходного диаметра околоверхушечного очага резорбции ($6,12 \pm 0,03$ мм). Следовательно, у соматических пациентов основной группы в отдаленные сроки наблюдения полученный размер убыли площади резорбтивного околоверхушечного очага составил $93,1 \pm 3,6\%$, а площадь резорбтивного перирадикулярного очага уменьшилась в 14,6 раз.

Как следует из изложенного выше, при сопоставительной оценке полученных результатов выяснилось, что в отдаленные сроки наблюдения (через 24 и 36 месяцев после начала эндопериапикального лечения) у соматических пациентов основной группы редукция диаметрального показателя резорбтивного очага околоверхушечной деструкции составила соответственно $74,2 \pm 3,3\%$ и $93,1 \pm 3,6\%$. Значение редукции резорбтивного очага за указанный срок наблюдения у соматических пациентов 1-й контрольной группы составило соответственно $55,1 \pm 2,3\%$ и $79,3 \pm 2,3\%$ при усредненном их значении $67,2 \pm 3,3\%$ и $76,2 \pm 3,5\%$ у соматических пациентов 2-й контрольной группы.

Полученные результаты позволяют резюмировать, что у соматических пациентов, в лечении которых не использовались кальцийсодержащие средства и не применялся плазмолифтинг, размеры очага околоверхушечной деструкции после проведенной комплексной терапии эндопериапикального характера спустя 3 года сократились в $79,3 \pm 2,3\%$ (1-я контрольная группа) и $76,2 \pm 3,5\%$ (2-я контрольная группа) случаев. У соматических пациентов основной группы, в лечении которых нами применялись два препарата (гидроксида № 4 и гидроксид кальция) с параллельным осуществлением процедуры репрограммирования макрофагов с использованием плазмолифтинга, размеры резорбтивного очага периапикальной деструкции уменьшились в $93,1 \pm 3,6\%$ случаев.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса и лечения корневых каналов у лиц с сопутствующей соматической патологией и при отсутствии внутрисистемного нарушения составила соответственно 79,4% и 56,3%. Среди обследованных пациентов также изучали интенсивность сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса. В среднем на 1 пациента с разнонаправленными межсистемными нарушениями приходилось 3,19 зуба с сочетанными пульпарно-периодонтальными поражениями, а у лиц контрольной группы данный интенсивный показатель составил 2,50. Из 67 однокорневых зубов до верхушки корня зуба запломбировано 54 (80,6%), не до верхушки корневого канала 10 (14,9%), за верхушечную зону 3 (4,5%). Вместе с тем из 79 многокорневых 17 (21,5%) зубов оказались запломбированными до верхушки, 57 зубов, что составляет 72,2%, - не до верхушки корня, 5 (6,3%) – за верхушечное пространство.

2. У соматических больных с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса наибольшие значения индекса стоматологической полиморбидности были у пациентов старших возрастных групп. Так, у лиц старшего возраста (40-49 лет) индекс стоматологической полиморбидности легкой степени (от 0 до 5 баллов) встречался в 8,6% случаев (3 чел.), в то время как средняя и тяжелая степень индекса стоматологической полиморбидности составила соответственно 34,3% (12 чел.) и 57,1% (20 чел.). В младших возрастных группах соматических больных с сочетанным пульпарно-периодонтальным поражением (20-29 и 30-39 лет) значение индекса стоматологической полиморбидности легкой, средней и тяжелой степени составило соответственно 33,3% (4 чел.), 50,0% (6 чел.), 16,7% (2 чел.) и 46,4% (13 чел.), 39,3% (11 чел.), 14,3% (4 чел.)

3. Изучение особенностей индивидуально-типологической направленности у соматических больных с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса позволило сгруппировать пациентов по типу их темперамента: 1 группу составили сангвиники (31,8%); во 2 группу вошли холерики (25,2%); количество лиц в 3 (флегматики) и 4 (меланхолики) групп составило соответственно 22,4% и 20,6% от общего количества обследованных. Значение интегрального показателя личностного реагирования на болезнь из-за имеющегося сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у соматических пациентов 1 (сангвиники) и 3 (флегматики) групп составило соответственно $13,46 \pm 0,45$ и $9,33 \pm 0,49$ балла. Вместе с тем, у пациентов 2 (холерики) и 4 (меланхолики) групп исследования значение вышеупомянутого показателя составляет $21,10 \pm 0,37$ и $16,47 \pm 0,44$ баллов соответственно, что подтверждает наличие дезадаптации среди этих лиц.

4. Суммарная оценка исходного уровня околоверхушечной резорбции у соматических пациентов основной и контрольных групп (1-й и 2-й) составила соответственно $6,12 \pm 0,03$ мм, $6,10 \pm 0,01$ мм и $6,13 \pm 0,05$ мм ($p > 0,05$).

Через 12 месяцев у соматических больных основной группы суммарный показатель рентгенологических перирадикулярных изменений достоверно снизился и составил $2,85 \pm 0,05$ мм при значении $3,33 \pm 0,07$ и $3,61 \pm 0,06$ мм соответственно у пациентов 1-й и 2-й контрольных групп. Через 24 месяца по данным рентгенологического исследования показатель суммарной оценки, отражающий состояние кортикальной пластинки в очаге перирадикулярной деструкции снизился и составил соответственно $1,58 \pm 0,02$ мм, $1,74 \pm 0,04$ мм и $2,01 \pm 0,04$ мм. При этом полное восстановление очага верхушечной деструкции зарегистрированы у 39 (78,0%) соматических больных, частичное восстановление – у 9 (18,0%), в остальных случаях (2 чел., 4,0%) состояние околоверхушечной резорбции оставалось без изменений.

5. У соматических пациентов основной группы при диаметре очага резорбции 1-2 мм через 3 года после начала соответствующего лечения полная репарация костной ткани в околоверхушечной области наблюдалась стопроцентно, у соматических пациентов 1-й и 2-й контрольных групп – соответственно в 93,3% и 84,9% случаев. При размерах деструктивных очагов от 3 до 4 мм репаративное восстановление околоверхушечной костной ткани отмечалось соответственно в 98,6%, 83,1% и 72,2% случаев, а при диаметре очага резорбции 5 мм и более полная репарация костной ткани отмечалась соответственно в 93,1%, 79,3% и 76,2% случаев. Диаметр очага перирадикулярной резорбции спустя 24 месяца после эндопериапикального лечения в среднем уменьшился в 3,9 раз в сравнении с исходной величиной ($6,12 \pm 0,03$ мм), доходя до значения $1,58 \pm 0,02$ мм. Значение убыли площади околоверхушечной резорбции у пациентов основной группы составило $74,2 \pm 3,3\%$.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Высокую распространенность эндопериапикальных осложнений и нуждаемость в стоматологической помощи эндопериапикального характера у соматических больных с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса можно взять за основу для совершенствования соответствующей стоматологической помощи.

2. Установленная корреляционная связь между распространенностью пульпарно-периодонтального поражения и состоянием околозубных тканей у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями должна учитываться при их диспансеризации, с целью снижения эндопериапикальных осложнений.

3. В целях совершенствования стоматологической помощи эндопародонтального характера необходимо расширить объем ежегодной санации полости рта за счет поликлинического лечения заболеваний эндодонта и периодонта, использование современных пломбировочных материалов, усилить профилактическое направление эндопериапикальной помощи.

4. В эндодонтической практике традиционные рентгенологические ме-

тоды предоставляют ограниченную информацию о топографии и качестве obturации корневых каналов зубов с эндопериапикальными осложнениями. В связи с чем рекомендуем применение КЛКТ, что значительно повышает информативность врача-стоматолога о трудностях, с которыми он может столкнуться при выполнении эндопериапикальных манипуляций.

5. При планировании стоматологической помощи у соматических больных с поражением пульпарно-периодонтального комплекса приоритетным направлением следует считать профилактику эндопериапикальных осложнений, так как это впоследствии позволяет снизить затраты на лечение зубов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Ашуров, Г.Г. Заболеваемость пульпарно-периодонтального комплекса, ассоциированного с разнонаправленными межсистемными нарушениями / Г.Г. Ашуров, **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов // **Российский стоматологический журнал**. -2022. -№ 1. -С. 57-62.

2. Имомова, Ф.З. Оценка результатов изучения заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями / **Ф.З. Имомова**, Г.Г. Ашуров, С.М. Каримов // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения**. – Душанбе, 2022. -№ 2. -С. 38-43.

3. Имомова, Ф.З. Ретроспективная оценка заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса больным, ассоциированным с межсистемными нарушениями: сб. науч. тр. / **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов // XXVIII научно-практическая конференция ГОУ ИПОвСЗ РТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения». -Душанбе, 2022. -С. 113-114.

4. Имомова, Ф.З. Структурная оценка заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями: сб. науч. тр. / **Ф.З. Имомова**, Г.Г. Ашуров // IV Научно-практическая конференция с международным участием «Научный авангард» и Межвузовская олимпиада ординаторов и аспирантов. -Москва, 2022. -С. 135-138.

5. Имомова, Ф.З. Оценка эффективности и удовлетворенности стоматологических пациентов с поражением пульпарно-периодонтального комплекса в зависимости от общего состояния организма / **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов, Ф.М. Ёраков // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения**. -2022. -№ 4. -С. 13-20.

6. Имомова, Ф.З. Комплексная оценка сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса больным, ассоциированным с межсистемными нарушениями / **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов, М.Ш. Масумова // **Стоматология Таджикистана**. -2022. -№ 1. -С. 26-32.

7. Имомова, Ф.З. Взаимосвязь заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса и соматической патологии / **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов,

Ш.С. Саидшарипова // Стоматология Таджикистана. -2022. -№ 2. -С. 10-13.

8. Имомова, Ф.З. Диагностическая и прогностическая информативность индекса стоматологической полиморбидности при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных / **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов // **Здравоохранение Таджикистана**. -2023. -№ 1. -С. 40-46.

9. Каримов, С.М. Результаты изучения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с внутрисистемными нарушениями по обращаемости / С.М. Каримов, **Ф.З. Имомова**, З.Р. Амиджанова // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения**. – Душанбе, 2023. -№ 2. С. 31-36.

10. Имомова, Ф.З. Оценка эффективности комплексного лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения у больных с сопутствующей соматической патологией / **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров, А.М. Олимов // **Здравоохранение Таджикистана**. -2023. -№ 3. С. 60-64.

11. Имомова, Ф.З. Качественная оценка эндопериапикального лечения зубов при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями: сб. науч. тр. / **Ф.З. Имомова**, С.М. Каримов // XXIX научно-практическая конференция ГОУ ИПОвСЗ РТ «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование – основа современной подготовки кадров здравоохранения». -Душанбе, 2023. -С. 145-146.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

«А» - анатомический

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

ГОУ – Государственное образовательное учреждение

ИПОвСЗ – Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

КК - корневой канал

КЛКТ – конусно-лучевой компьютерный томограф

МТА - минеральный триоксидный агрегат

ООО - общество с ограниченной ответственностью

ОПМ - остеопластический материал

«П» - психологический

«С» - сенсорный

СИЦ – стеклоиономерный цемент

СПСАФД - синдром психосенсорно-анатомо-функциональной дезадап-

тации ТГМУ - Таджикский государственный медицинский университет

«Ф» - функциональный

ФДТ - фотодинамическая терапия

ХАП – хронический апикальный периодонтит

ЭЛ – эндодонтическое лечение

AMF - апикальный мастер-файл

Разрешено в печать 05.03.2024. Сдано в печать 07.03.2024.
Формат 60x84 1/16. Объем 1,6 п.л. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Тираж 100 экз. Типография ООО «Ориѐнгандж»