

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА МЕТОДОМ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ

Зоиров Т.Э.<sup>1</sup>, Элназаров А.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Зоиров Тулкин Элназарович – доктор медицинских наук, доцент;

<sup>2</sup>Элназаров Азамат Тулкинович - студент магистратуры,  
кафедра стоматологии № 2,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** лечение больных хроническим периодонтитом является одной из наиболее сложных и важных задач современной стоматологии. В амбулаторных условиях обследовано 134 пациента с эндодонтическим лечением двумя наиболее распространёнными видами паст: резорцин-формалиновой и цинкоксидэвгеноловой. Соответственно виду пасты все обследованные пациенты были разделены на две группы: 78 пациентов (51,5%), зубы которых были запломбированы резорцин-формалиновой пастой, и 56 пациентов (48,5%) - цинкоксидэвгеноловой пастой. По результатам исследования установлено, что в группе зубов, ранее леченных с использованием резорцин-формалиновой пасты, более 2/3 составили моляры (77,0±2,2%), каждый пятый зуб был премоляром (19,1±2,0%) и меньше всего было передних зубов (3,9±1,0%). В группе зубов, ранее леченных с использованием цинкоксидэвгеноловой пасты, соотношение видов зубов в различных возрастных подгруппах отличалось. Почти равные доли по частоте отмечены для передних зубов (29,2±2,4%), премоляров (29,8±2,4%), несколько больше была доля моляров (41,0±2,4%).

**Ключевые слова:** цинкоксидэвгеноловой пасты, резорцин-формалиновая паста, рентгенологический.

**Введение.** Источниками прогрессирующих периапикальных очагов хронической инфекции в 14,8% случаев являются зубы с не пломбированными корневыми каналами и в 76,4% - зубы с частично пломбированными каналами [1]. При рентгенологическом обследовании зубов после ранее проведённого эндодонтического лечения с использованием резорцин-формалиновой и цинкоксидэвгеноловой паст в 80% случаев были выявлены периапикальные деструктивные изменения и в 50% случаев - некачественно запломбированные корневые каналы [3, 10]. Попова И.И. в своей работе указывает на то, что рентгенологический контроль качества пломбирования корневых каналов проводится только в 71,2% случаев, а по данным других авторов в 69,4% [5, 8]. Самыми дешёвыми и широко распространёнными пломбировочными материалами для корневых каналов в подавляющем большинстве стоматологических медицинских организаций в 73,4% являются цинкоксидэвгеноловая и резорцин-формалиновая пасты [4, 11]. Методы пломбирования корневых каналов «одной пастой» и проведение резорцин-формалинового метода в плохо проходимых корневых каналах не гарантируют их качественную obturацию и могут приводить к развитию периапикальных очагов хронической инфекции [2, 6, 7]. Это подчёркивает важность качественного эндодонтического лечения, позволяющего предотвратить микробную контаминацию и воздействие продуктов их жизнедеятельности на окружающие ткани [2]. Как показывает опыт клинического применения, метод отсроченного пломбирования корневых каналов значительно расширяет возможности стоматолога при консервативном лечении хронического апикального периодонтита, делает эндодонтическое лечение более безопасным, физиологичным и предсказуемым.

**Цель исследования.** Повышение эффективности повторного эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита с помощью метода отсроченного пломбирования корневых каналов.

**Материалы и методы.** Проводили исследование произвольно выбранных 134 медицинских карт стоматологических пациентов в возрасте от 18 до 70 лет со стоматологического приёма в городской муниципальной поликлинике за период с 2008 по 2013 годы. Соответственно виду пасты все обследованные пациенты были разделены на две группы: 78 пациентов (51,5%), зубы которых были запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 56 пациентов (48,5%) - цинкоксидэвгеноловой пастой. На этом этапе было проведено повторное эндодонтическое лечение 57 пациентам (64 зуб): 32 женщины и 25 мужчины в возрасте от 18 до 70 лет, по поводу некачественного эндодонтического лечения вследствие хронического пульпита и/или хронического пульпита в стадии обострения. Комплексное обследование больных состояло из клинического и рентгенологического методов. Клиническое обследование включало осмотр, пальпацию, перкуссию, зондирование. Были выполнены прицельные внутриротовые рентгенограммы обследуемых зубов для определения плотности и уровня пломбирования корневых каналов, степени их проходимости, состояния околоверхушечных тканей (расширение периодонтальной щели, характер периапикальных изменений) и костной ткани межзубных перегородок.

Результаты лечения оценивались на основании жалоб пациентов, клинической картины и рентгенологических данных. Динамику восстановления периапикальных тканей контролировали по прицельным внутриротовым рентгенограммам через 4 мес, 8 мес, 12 мес после начала лечения, используя модифицированный периапикальный индекс PAI (по Соловьёвой А.М., 1999), который базируется на данных рентгенологического обследования и имеет балльную оценку результатов [7]:

0 баллов - нормальная рентгенологическая картина верхушечного периодонта.

1 балл - периодонтальная щель расширена, кортикальная пластинка сохранена, отсутствует деминерализация кости, радиальная ориентация костных балок губчатой кости.

2 балла - периодонтальная щель расширена, кортикальная пластинка сохранена, расширенные костномозговые пространства губчатой кости, хаотичная ориентация костных балок губчатой кости.

3 балла - кортикальная пластинка в области верхушки отсутствует, область просветления (деминерализации) в губчатой кости с сохранением рисунка костных балок.

4 балла - кортикальная пластинка в области верхушки отсутствует, область просветления в губчатой кости с отсутствием рисунка костных балок, чётко выражена граница дефекта, верхушка корня сформирована.

5 баллов - кортикальная пластинка в области верхушки отсутствует, область просветления в губчатой кости с отсутствием рисунка костных балок, нечёткая граница дефекта с областью расширения костномозговых пространств по периферии, верхушка корня сформирована.

6 баллов - кортикальная пластинка в области верхушки корня отсутствует, область просветления в губчатой кости с отсутствием рисунка костных балок, верхушка корня не сформирована или резорбирована.

**Результаты.** На терапевтическом стоматологическом приёме было обследовано 67 пациентов, зубы которых ранее подвергались эндодонтическому лечению. Из числа обследованных пациентов у 40 (32,5%) (83 зуба (60,6%) были ранее запломбированы резорцин-формалиновой пастой и 37зуб (39,4%) - цинкоксидэвгеноловой пастой) были жалобы на боли при накусывании. У 21 пациента (29,8%) была изменена конфигурация лица в связи с коллатеральным -отёком мягких тканей, отёк по переходной складке, подвижность зуба; у 7 пациентов (6,7%) были жалобы на наличие свищевого хода. У 31 пациента (40,9%) были жалобы на дефект пломбы, скол части зуба, попадание пищи и/или травму слизистой оболочки щеки и/или языка острым краем зуба. Остальные 7 пациентов (26,6%) обратились за повторным эндодонтическим лечением по ортопедическим показаниям. В контрольной группе у однокорневых зубов, запломбированных резорцин-формалиновой пастой, среднее значение модифицированного периапикального индекса PAI по Соловьёвой А.М. составило  $3,3 \pm 1,0$  балла, а у зубов, запломбированных цинкоксидэвгеноловой пастой, в этой же группе на 13,8% меньше и составило  $2,9 \pm 1,2$  балла. В целом среднее значение модифицированного периапикального индекса в данной группе у однокорневых зубов составило  $3,1 \pm 1,1$  балла. В подгруппе многокорневых зубов, в отличие от однокорневых, среднее значение модифицированного периапикального индекса у зубов, запломбированных резорцин-формалиновой пастой, составило  $3,0 \pm 1,2$  баллов, что на 6,7% меньше, чем у многокорневых зубов, запломбированных цинкоксидэвгеноловой пастой, где среднее значение индекса -  $3,2 \pm 1,2$  балла. Среднее значение индекса в подгруппе многокорневых зубов -  $3,1 \pm 1,2$  баллов. Через 12 месяцев наблюдения в группе зубов, запломбированных ранее резорцин-формалиновой пастой, среднее значение индекса составило  $2,75 \pm 1,2$  балла, а в подгруппе зубов, запломбированных ранее цинкоксидэвгеноловой пастой -  $2,55 \pm 1,2$  балла, что меньше на 7,8%. Из данных следует, что у однокорневых зубов, ранее запломбированных цинкоксидэвгеноловой пастой, значение индекса на 16,7% меньше, чем у однокорневых зубов другой подгруппы. Однако у многокорневых зубов обеих групп этот показатель сравнился и стал одинаковым -  $2,7 \pm 1,2$  балла. Нами отмечено, что регенерация костной ткани проходила более интенсивно у однокорневых зубов контрольной и основной групп (причём наибольшая интенсивность была отмечена с 12 мес. до 18 мес. наблюдения), чем у многокорневых зубов. При этом, эффективность повторного эндодонтического лечения зубов контрольной и основной групп пациентов была выше у зубов, ранее запломбированных цинкоксидэвгеноловой пастой, чем резорцин-формалиновой. В основной группе, по сравнению с контрольной, первые рентгенологические признаки восстановления периапикальной костной ткани были отмечены через 6 мес. наблюдения (кроме однокорневых зубов, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой). Прирост средних значений модифицированного периапикального индекса PAI по Соловьёвой А.М. через 18 мес. наблюдения в основной группе был в 1,5-2 раза выше (у многокорневых зубов, ранее запломбированных резорцин-формалиновой пастой, в 8 раз), чем у аналогичных зубов контрольной группы, что в свою очередь показывает более интенсивное восстановление костной ткани у зубов основной группы по сравнению с контрольной.

**Выводы.** Повторное эндодонтическое лечение с соблюдением современных требований механической, медикаментозной обработки и пломбирования корневых каналов способствует восстановлению костной ткани в области деструктивных периапикальных очагов независимо от вида пасты, при этом благоприятный прогноз значительно выше у зубов, ранее запломбированных некачественно цинкоксидэвгеноловой пастой (17,3%), чем резорцин-формалиновой (12,5%). Ретроспективным анализом установлено, что эндодонтическое лечение зубов с диагнозами хронический пульпит или хронический пульпит в стадии обострения чаще проводилось с использованием резорцин-формалиновой пасты у пациентов в возрасте 45-54 лет (30,7+2,4%), с использованием цинкоксидэвгеноловой пасты - 35-44 лет (33,7+2,5%), что указывает на социально активную часть населения.

Динамика восстановления периапикальных поражений была в 2-2,5 раза выше у зубов (особенно ранее леченых с использованием цинкоксидэвгеноловой пасты), при перелечивании которых использовался метод отсроченного пломбирования корневых каналов (у зубов с резорцин-формалиновой пастой - 31,9%, у зубов с цинкоксидэвгеноловой пастой - 36,4%), по сравнению с обычным эндодонтическим лечением (у зубов с резорцин-формалиновой пастой - 12,5%, у зубов с цинкоксидэвгеноловой пастой - 17,3%), что достоверно подтверждается динамикой прироста средних значений индекса PAI по Соловьёвой А.М.

### Список литературы

1. *Боймуратов Ш.А., Юсупов Ш.Ш.* Медицинская реабилитация больных с сочетанной деформацией наружного носа и зубочелюстной системы // Вісник наукових досліджень, 2014. № 1. С. 47-49.
2. *Зойиров Т.Э., Салиева Х.М., Абсаламова Н.Ф.* Новый подход к лечению генерализованного пародонтита // Наука и современное общество: взаимодействие и развитие, 2016. № 1. С. 17-21.
3. *Камилов Х.П., Зойиров Т.Э.* Состояние системы гемостаза при пародонтите у больных ревматоидным артритом // Врач-аспирант, 2010. Т. 41. № 4. С. 79-83.
4. *Камилов Х.П., Зойиров Т.Э., Камилов Э.Х.* Эффективность аппарата Vektor в комплексной терапии эндодонто-пародонтальных поражений // Достижения науки и образования, 2018. № 5 (27).
5. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
6. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
7. *Юсупалиева Д.Б.К.* Стенты с биодеградируемым покрытием: преимущества и недостатки // Достижения науки и образования, 2019. № 5 (46).
8. *Azamatovich S.R., Alimdzhanovich R.Z.* The functional state of platelets in children with congenital cleft palate with chronic foci of infection in the nasopharynx and lungs // International scientific review, 2019. № LVII.
9. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
10. *Shamsiev R.A., Atakulov J.O., Shamsiev J.A.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // Europäische Fachhochschule, 2016. № 4. С. 20-22.
11. *Yusupov S.S., Boymuratov S.A.* Хірургічне лікування перелому dna орбіти з 3d реконструкцією // Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука, 2017. № 3.