

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКЦИОННО-ПЕРИАПИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В КАЧЕСТВЕ ОПОРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА**

**Зарипов Акбар Рахмонович**

*Кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой  
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино  
Таджикистан, Душанбе  
zakbar\_67@mail.ru*

**Муллоджанов Гайратжон Элмуродович**

*Доктор медицинских наук  
Институт последипломного образования в сфере здравоохранения  
Таджикистан, Душанбе  
gairat66@gmail.com*

**Шарипов Хуришед Саиджонович**

**Соискатель**

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуавли ибн Сино  
Таджикистан, Душанбе  
kh-shar\_87@mail.ru*

*В работе представлены результаты клинико-рентгенологического наблюдения за проекционно-периапикального лечения зубов, используемых в качестве опоры ортопедического протеза, имеющими малые и средние очаги околоверхушечной резорбции. С целью лечения деструктивных форм периодонтитов использовались внутриканальные лекарственные повязки, содержащие ортофосфаты кальция. Субъектом научного исследования послужили 76 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше с диагнозами: хронический периапикальный периодонтит без свища (46 человек) и хронический периапикальный периодонтит со свищем (30 человек). По данным конусно-лучевой компьютерной томографии диаметр околоверхушечной резорбции в области зубов, используемых в качестве опоры ортопедического протеза, в 55,3% случаев составлял малой величины (до 5 мм), в остальных случаях (44,7%) – средней величины (от 5 до 8 мм). Использование лечебных паст, содержащих ортофосфаты кальция для временного внутриканального пломбирования, позволяло добиться восстановления костной структуры, как в малых, так и в средних деструктивных очагах поражения периапикальной зоны зубов, используемых в качестве опоры ортопедического протеза.*

**Ключевые слова.** *деструктивный периодонтит; проекционно-периапикальное лечение; опорный зуб; малый периапикальный очаг; средний очаг резорбции.*

*In the article presented the results of clinical and x-ray observation for projection-periapically treatment teeth, used as full tilts of the orthopedic prosthetic device, having small and average centers of periapically resorption. For the reason treatments of destructive form of periodontitis were used innercanal medicinal armbands, containing orthophosphate calcium. Subject of the scientific study has served 76 patients at age from 20 to 60 years and senior with diagnosis: chronic periapically periodontitis without flaw (46 persons) and chronic periapically periodontitis with flaw (30 persons). Diameter of periapically resorption in the field of teeth, used as full tilts of the orthopedic prosthetic device, in 55.3% events formed the small value (before 5 mms), in rest events (44.7%) - an average value (from 5 to 8 mms). Use the medical pastes, containing orthophosphate calcium for temporary innercanal filling, allowed to obtain recovering the bone structure, both in small, and in average destructive centre defeats of periapically zones of teeth, used as full tilts of the orthopedic prosthetic device.*

**Key words.** *destructive periodontitis; projection-periapically treatment; supporting teeth; small periapically centre; average centre resorption.*

**Введение.** В последние годы для временного пломбирования корневых каналов у пациентов с апикальными периодонтитами фармацевтический рынок предлагает ряд остеопластических материалов на основе ортофосфатов кальция для эндодонтического лечения в виде лекарственных паст-вкладок. Однако значительные затраты времени на консервативное лечение деструктивных форм периодонтитов, трудоемкость внутриканальных манипуляций, отсутствие гарантий успешного завершения лечения таких форм периодонтитов во многом ограничивают широкое применение остеопластических материалов при органосберегающим консервативном лечении названной патологии [1, 3].

Учитывая положительного опыта [2, 4] по поводу зубосохраняющего консервативного лечения пациентов с деструктивными формами верхушечного периодонтита остеопластическими материалами на основе ортофосфатов кальция, нами была поставлена задача применить и оценить эффективность отдаленных результатов консервативного лечения этими материалами при лечении деструктивных форм периодонтитов с очагами поражения малой (до 5 мм) и средней (от 5 мм до 8 мм) величины, используемых в качестве опоры ортопедического протеза.

**Цель работы.** Изучить отдаленные результаты лечения деструктивных форм периодонтитов малой и средней величины в зубах, используемых в качестве опоры ортопедического протеза.

**Объекты и методы исследования.** В нашем исследовании критериями включения пациентов являлись: наличие очага околоверхушечного поражения малой (до 5 мм) и средней (от 5 до 8 мм) величины; отсутствие разнонаправленных межсистемных нарушениях, которые могли ухудшить общее состояние организма при обострении соматической патологии; информированное согласие пациентов на проведение консервативного курса

проекционно-периапикального лечения зубов, служащих в дальнейшем опорами ортопедической конструкции.

Субъектом научного исследования послужили 76 пациентов (24 мужчины и 52 женщины) в возрасте от 20 до 60 лет и старше с диагнозами: хронический периапикальный периодонтит без свища (46 человек) и хронический периапикальный периодонтит с наличием свищевого хода (30 человек). 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. Все зубы после эндопериапикального лечения в дальнейшем были использованы в качестве опоры ортопедической конструкции.

По данным конусно-лучевой компьютерной томографии, диаметр околоверхушечной резорбции в области зубов, служащих в дальнейшем опорами ортопедической конструкции, в 55,3% случаев (42 человек) составлял малой величины (до 5 мм, 20 мм<sup>2</sup>), в остальных случаях (44,7%, 34 человек) – средней величины (от 5 до 8 мм; 20-50 мм<sup>2</sup>).

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 малой величины. Исходя из изложенное выше, следует отметить, что деструктивные формы апикального периодонтита малой и средней величины были обнаружены соответственно в области 24 (31,6%) и 52 (68,4%) обследованных зубов.

После механической и медикаментозной обработки корневого канала в качестве лекарственной повязки временного характера использовали «ТрАпекс-гель» (Полистом, Россия). Изначально внутриканальное и околоверхушечное нахождение вышеназванной временной лекарственной повязки был ограничен от 7 до 14 дней с использованием дентин-паста для герметизации сформированной кариозной полости опорных зубов. После истечения указанного срока и отсутствии негативной реакции околоверхушечного очага, была удалена временная дентин-паста, извлечены гуттаперчевый штифт, а также ранее наложенный «ТрАпекс-гель». Затем названный гель в течение указанного срока повторно вносили внутриканально и периапикально по ранее описанной методике под пломбу из стеклоиономерного цемента. По плану консервативного лечения верхушечных периодонтитов повторные и последующие сроки внутриканальных и периапикальных лечений опорных зубов составлял от 1 до 2 месяцев. В дальнейшем заключительные посещения пациентов сопровождалось комплексным обследованием клинико-рентгенологического характера.

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, нами предполагалось вести диспансерное наблюдение в течение 1-3 лет.

С помощью программы «Statistica 6.0» обработаны полученные результаты. Вычисляли средние показатели (M) и ошибку среднего значения ( $\pm m$ ) для абсолютных величин и доли (P) для относительных величин. Нулевая гипотеза опровергалась при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** У пациентов с исходным размером околовверхушечной резорбции 0,8 мм, средняя площадь поражения (S) составила 0,5 мм<sup>2</sup>, вместе с тем различия минеральной плотности (D) очага поражения и здорового участка костной ткани периапикальной зоны в момент поступления были равны 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. Перед постоянной obturацией корневых каналов размер резорбтивного очага и средняя площадь поражения соответствовали значениям 0,3 мм и 0,1 мм<sup>2</sup>, а различия минеральной плотности очага поражения и здорового участка периапикальной костной ткани оказались практически одинаковыми.

В группе пациентов при исходном размере периапикального резорбтивного очага равную 2,6 мм, средняя площадь поражения составила 5,3 мм<sup>2</sup>, 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 мм<sup>2</sup>. Тогда как, различия минеральной плотности очага резорбтивного околовверхушечного поражения и здорового участка костной ткани этой же зоны оказались одинаковыми.

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

Проведенные нами математические расчеты показали, что при деструктивной форме периодонтита малой величины средняя исходная величина апикального резорбтивного очага (мм), площадь околовверхушечного поражения (S), минеральная плотность очага деструкции и здорового периферического участка этой же зоны (D) составила соответственно 2,6 мм, 6,3 мм<sup>2</sup> и 3,5%.

Исследуемые параметры очага поражения перед obturацией корневого канала соответствовали значениям 1,0 мм, 1,1 мм<sup>2</sup> и 0,4%. В отдаленные сроки наблюдения (8 нед.) после постоянной obturации корневого канала значение исследуемых параметров составило соответственно 0,2 мм, 0,1 мм<sup>2</sup> и 0,03%.

У пациентов с исходными очагами околоверхушечной резорбции от 5 до 8 мм длительность внутриканально-периапикального лечения зависела от исходного масштаба резорбтивного разрушения. Так, исходное диаметрально значение очага верхушечного поражения, средняя площадь резорбтивного поражения, а также различия минеральной плотности резорбтивного очага поражения и здорового участка периапикальной костной ткани соответствовали значениям 4,6 мм, 16,6 мм<sup>2</sup> и 9,3%.

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 мм<sup>2</sup> и 2,3%. В отдаленные сроки наблюдения (3 нед.) величина исследуемых показателей соответствовала физиологическим значениям с полным восстановлением названных параметров.

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

Для исходных поражений площадью от 6,6 до 7,8 мм требовался курс эндопериапикального лечения продолжительностью 8-14 недели. К этапу постоянной obturацией корневого канала диаметр резорбтивного очага варьировался от 2,7 до 3,8 мм. Средняя площадь периапикальной деструкции колебался от 5,7 мм<sup>2</sup> до 11,3 мм<sup>2</sup>. 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 исходным значением.

**Заключение.** Используемая нами для консервативной терапии деструктивного периодонтита малой и средней величины временная лекарственная повязка, содержащая ортофосфаты, требует контакта с эндопериапикальными тканями более 2 месяцев. Решение о постоянной obturации корневого канала после реализации проекционно-периапикального лечения с использованием остеотропного материала и дальнейшего

послеэндодонтического протезирования зуба нами принималось до момента появления полноценных признаков выздоровления резорбтивного очага.

Список литературы:

1. Беляева, Т. С. Препараты на основе гидроокиси кальция: аппликационные формы и особенности применения / Т. С. Беляева, А. В. Болячин // Эндодонтия. – 2016. – № 1-2. – С. 50-56.
2. Вейсгейм, Л.Д. Клиническое применение препарата на основе гидроксида кальция для сохранения зубов, используемых в качестве опоры мостовидного протеза и нуждающихся в повторном эндодонтическом лечении / Л. Д. Вейсгейм, Т. Н. Гоменюк, Е. В. Гоменюк // Эндодонтия today. – 2014. – №2. – С. 7-9.
3. Некоторые эпидемиологические аспекты осложнений кариеса зубов / В. Л. Кукушкин [и др.] // Эндодонтия today. – 2014. – №1. – С. 3-5.
4. Митронин, А. В. Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периодонта (часть 1). Применение гидроксида кальция в эндодонтии / А. В. Митронин, М. М. Герасимова // Эндодонтия today. – 2012. – №1. – С. 9-15.