

17. Surzhanskiy S.K., Trofimev E.K. Clinical efficacy of combined herbal preparation "Stomatofit" in the complex treatment of generalized periodontitis. *Sovremennaya stomatologiya*; 2011; 55(1): 53. (in Russian)
18. Zabolotnyy T.D., Shilivskiy I.V., Nemesh O.M. Evaluation of effectiveness of "Stomatofit" in the complex treatment of marginal periodontitis. *Sovremennaya stomatologiya* 2011; 56(2): 49. (in Russian)
19. Maksimovskiy Yu.M., Chirkova T.D., Ul'yanova M.A. "Stomatofit" mouthrinse in treatment of periodontal diseases. *Parodontologiya*. 2008; 4: 54–7. (in Russian)
20. Makeeva I.M., Arzukanyan A.V. Use of "Stomatofit" in treatment of oral candidosis. *Farmateka*. 2014; 6–3: 8–9. (in Russian)

Received 14.10.15

© ИВАНЧЕНКО О. Н., ЗУБОВ С. В., 2015

УДК 616.314.17-002.2-08

Иванченко О. Н.¹, Zubov S. V.²

РЕЗУЛЬТАТЫ 10-ЛЕТНЕГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

¹Поликлиника ОАО «Газпром», 117420, г. Москва; ²кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Института усовершенствования врачей ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова», 105203, г. Москва

В статье проанализированы результаты 10-летнего наблюдения за 205 зубами у 159 пациентов, которым проводили эндодонтическое лечение хронического периодонтита. В наблюдаемый период было произведено протезирование 95 зубов. В результате протезирования зубов в сроки до 10 лет были выявлены осложнения – переломы, перфорации корней и дна полости зуба, окклюзионные травмы, которые в 25 случаях привели к их удалению и как следствие к повторному протезированию.

Ключевые слова: хронический периодонтит; протезирование зубов; результат лечения.

Для цитирования: *Российский стоматологический журнал*. 2015; 19(6): 21–23.

Ivanchenko O. N.¹, Zubov S. V.²

RESULTS OF A 10-YEAR RETROSPECTIVE ANALYSIS OF TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS

¹Polyclinic "Gazprom", 117420, Moscow; ² department maxillofacial surgery and stomatology of the N. I. Pirogov Institute of improvement of doctors "National mediko-surgical centre", 105203, Moscow

In article the result of 10 years' supervision of 205 teeth at 159 patients to whom carried out endodonticheskoy treatment of chronic periodontitis is analysed. During the observed period prosthetics of 95 teeth was made. As a result of prosthetics of teeth in terms till 10 years complications – changes, perforation of roots and a bottom of a cavity of tooth, okklyuzionny injuries which led to removal in 25 cases and, as a result, to repeated prosthetics were revealed.

Keywords: *chronic periodontitis; prosthetics of teeth; result of treatment.*

Citation: *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2015; 19(6): 21–23.

Введение

Целью консервативного эндодонтического лечения является сохранение функции пораженного зуба. Ранее существовали определенные сомнения относительно того, приведет ли лечение корневых каналов к заживлению обширных очагов деструкции периапикальных тканей, однако при использовании современных технологий размер патологического очага не является определяющим фактором при составлении плана лечения [2, 3]. Проведенное исследование показало, что наилучшие отдаленные результаты получены в отношении зубов с рентгенологическими признаками качественной obturации каналов и качественной реставрацией коронки зуба [3]. В то же время эндодонтическое лечение приводит к ослаблению структур зуба за счет иссечения кариозно-измененного дентина, удаления старых реставраций, формирования эндодонтического доступа, а также преднамеренного и непреднамеренного расширения устьевой части корневого канала в области шейки зуба. Кроме того, уменьшение содержания воды в дентине девитальных зубов приводит к снижению эластичности и повышению риска переломов зубов [1–3]. В связи с этим возникает необходимость в установке штифта (вкладки) и закрытии коронки зуба искусственной коронкой. В то же время препарирование корневого канала под штифт (вкладку) ста-

нет причиной еще большего ослабления структур зуба и повышения риска перелома, в результате зуб не удастся восстановить ни одним из известных на сегодняшний день методов [4–8]. В процессе формирования ложа под штифт (вкладку) может возникнуть больше ошибок, чем при любых других эндодонтических и ортопедических манипуляциях [7, 8]. Наиболее безопасным методом является удаление устьевой гуттаперчи посредством химического растворителя и гибкого машинного никель-титанового инструмента с нережущей верхушкой и конусностью 0,06 или 0,08 мм. Таким методом формируется направление для последующего формирования ложа штифта [4, 7]. Однако другие авторы считают, что наиболее эффективным методом укрепления девитальных зубов является адгезивная реставрация композитным материалом [1, 6], применение стекловолоконных штифтов [6–8].

Целью исследования явилось определение эффективности повторного эндодонтического лечения зубов в отдаленные сроки, выявление факторов, влияющих на отдаленный результат лечения, прогнозирование результата лечения.

Материал и методы

Исследование проводили в медицинском частном учреждении поликлинике ОАО «Газпром» (далее «МЧУ ПГ»). Было выполнено повторное эндодонтическое лечение 205 зубов у 159 лиц в возрасте от 18 до 70 лет (86 женщин и 73 мужчин). Лечение проводили по стандартной методике, пломбирование осуществляли с помощью термофилов. Для восстановления коронок зубов использовали композиты. Подавляющее

Для корреспонденции: Иванченко Ольга Николаевна, 745-28-32@mail.ru

For correspondence: Ivanchenko Olga Nikolaevna, 745-28-32@mail.ru

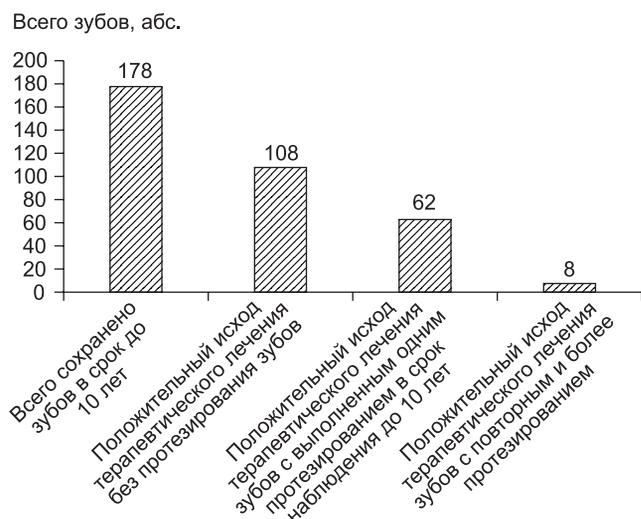


Рис. 1. Динамика сохранения зубов с учетом вида восстановления.

количество зубов (более 90%) нуждалось в дальнейшем протезировании. Наблюдение за результатами лечения проводили в течение 10 лет с 2004 по 2014 г. Оценивали количество сохраненных зубов, закрытых искусственными коронками (восстановление с использованием культевой вкладки), и зубов, оставшихся без протезирования (только композитная реставрация), состояние периапикальных тканей зубов (по рентгенограммам).

Результаты

В исследуемой группе – (159 человек разных возрастных групп) в сроки до 10 лет было произведено протезирование 95 зубов, 110 зубов не были запротезированы (отказ пациентов от протезирования по различным причинам, аннулирование страховых программ и другие причины). Установлено, что всего из 205 зубов удалено 27. Таким образом, ретроспективно были выделены 2 группы пациентов – 1-я группа получивших протезирование (95 зубов) и 2-я группа пациентов без протезирования. 1-я группа пациентов, получивших протезирование (95 зубов) и 2-я – без протезирования (110 зубов). В 1-й группе наблюдения протезирование зубов проводили неоднократно, в некото-

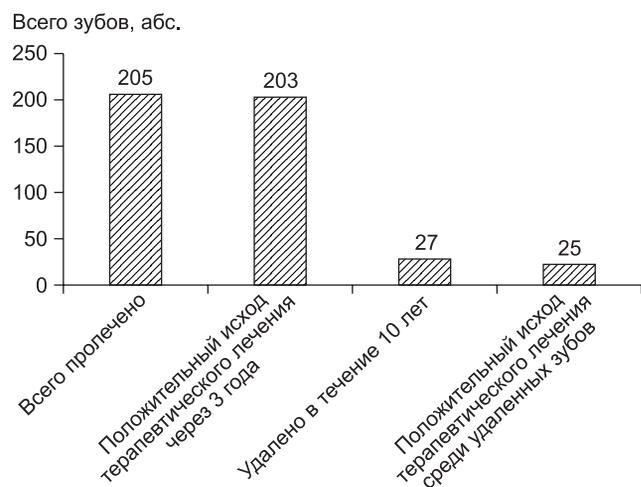


Рис. 2. Сравнительный анализ данных удалений зубов с положительным исходом терапевтического лечения.

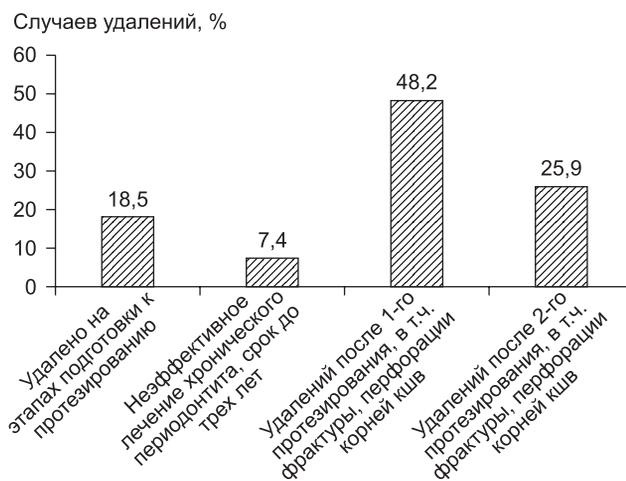


Рис. 3. Причины удалений 27 зубов в период до 10 лет.

рых случаях до 3 раз в наблюдаемый период. Критериями положительного исхода были следующие параметры: рентгенологические признаки полного восстановления костной структуры (или переход в фиброзную форму периодонтита), длительная ремиссия хронического пародонтита, в полости рта отсутствие свища, нормальный окрас слизистой оболочки в области зуба, целостность коронки зуба и сохранение герметизма полости зуба, устойчивость зуба, отсутствие каких-либо жалоб у пациента. Критерии отрицательного результата лечения – увеличение патологического костного очага в области зуба или отсутствие положительной динамики (уменьшения), обострения воспалительного процесса, разрушение корня зуба или коронки зуба с невозможностью восстановления, прогрессирование пародонтита, нарастание тяжести течения заболевания, потеря устойчивости зуба. Анализ данных приведен на рис. 1. Через 10 лет выявлено уменьшение количества сохраненных зубов, подвергшихся ортопедическому восстановлению, наименьшее количество сохранено после неоднократного ортопедического восстановления.

Из 205 зубов с повторным эндодонтическим лечением критериям положительного исхода уже через 3 года соответствовало 203 (99%) зуба. 2 зуба удалено в сроки до 3 лет в связи с увеличением костно-деструктивного процесса и частыми обострениями хронического процесса; эти зубы были восстановлены терапевтически. В дальнейшем 95 зубов с положительным исходом лечения были восстановлены ортопедическими реставрациями (культевыми вкладками и коронками), в некоторых случаях неоднократно (до 3 раз). Из них 25 зубов удалены по разным причинам. На рис. 2. представлен результат наблюдения.

Всего в 1-й и 2-й группах удалено 27 зубов. В 1-й группе (группа протезирования) через 10 лет было выявлено 25 случаев удалений зубов. Во 2-й группе в наблюдаемый период (до 3 лет) произведено удаление 2 зубов. Причиной их удаления во 2-й группе стало неэффективное лечение хронического периодонтита – выявлено увеличение очага деструкции костной ткани, повторные обострения хронического процесса. В 1-й группе наблюдались перфорации корней и дна полости зуба вкладками, переломы корней, разрушения коронки зубов, чрезмерное распломбирование корневого канала под вкладку. Результат наблюдения представлен на рис. 3.

Больше всего удалений было выполнено после первого протезирования – 48,2% случаев от всех удалений, после второго протезирования – 25,9% случаев, 5 зубов (18,5%) были удалены на этапах подготовки к протезированию (фрактуры, трещины коронок зубов, изменение плана протезирования). Всего в 1-й группе выявлено 82,6% (25) случаев всех удалений.

Заключение

Повторное эндодонтическое лечение является эффективным методом лечения и сохранения зубов и по большей части имеет положительный прогноз. При соблюдении протокола ведения, тщательном пломбировании корневого канала и герметизации полости зуба положительный результат лечения может быть достигнут в большинстве случаев. По данным наблюдения, через 10 лет положительный результат получен в 87% случаев. Эти данные соответствуют показателям многочисленных исследований, посвященных оценке прогноза эндодонтического лечения и указывающих на благоприятный исход лечения хронического периодонтита в 90% и более случаев [3]. Следующее после повторного эндодонтического лечения протезирование зубов - их восстановление культевыми вкладками и искусственными коронками - само по себе явилось фактором риска и в дальнейшем (25 случаев) привело к удалению. Причинами потери зубов были ятрогенные факторы – перфорации корней зубов и дна полости культевыми вкладками, трещины и переломы зубов, чрезмерное распломбирование корневого канала под вкладку (иногда вкладку фиксировали до верхушки корня), нарушение герметизма полости зуба, разрушение тканей пародонта вследствие окклюзионной травмы. Наибольшее количество осложнений было выявлено после первого протезирования – 48,2% случаев. Кроме того, повторное протезирование также явилось фактором, приводящим к потере зубов (25,9% всех удалений). Из 110 зубов, оставленных без протезирования, после повторного эндодонтического лечения в течение 10 лет удалено 2 (1,8%), из 95 зубов, подвергшихся ортопедическому восстановлению с использованием культевых вкладок в те же сроки, было удалено 25 (26,3%) зубов. Различия достоверны ($p \leq 0,005$).

Таким образом, в целом благоприятный результат эндодонтического лечения девитальных зубов достижим в большинстве случаев и составлял в настоящем исследовании 87% успешности. Прогноз лечения зависит от соблюдения протокола эндодонтического лечения, качества герметизации полости зуба, соблюдения показаний к применению метода ортопедического восстановления, тщательности выполнения этапов подготовки канала зуба к восстановлению вкладкой, аккуратности препарирования корневого канала зуба, сохранения целостности дна полости и других структур зуба. Применение культевых вкладок для восстановления зубов представляет собой агрессивный метод, являющийся существенным фактором риска, и может в 26,3% случаев приводить к потере зубов, особенно в случаях неоднократного протезирования. При этом утрачивается смысл протезирования зубов с целью их сохранения. Альтернативой культевым вкладкам может быть применение адгезивной реставрации

композитным материалом, стекловолоконных штифтов. Рекомендуемый срок наблюдения за зубом после повторного эндодонтического лечения и восстановления – до 10 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гутман Д.Л., Думша Т.С., Ловдэл П.Э. *Решение проблем в эндодонтии*. М.: “МЕДпресс-информ”; 2006.
2. Петрикас А.Ж., Захарова Е.Л., Горелова Л.А., Толстова О.О. Клинико-рентгенологическая оценка качества эндодонтического лечения. *Стоматология*. 2013, 2: 17–9.
3. Тронстад Лейф. *Клиническая эндодонтия*. М.: “МЕДпресс-информ”; 2006.
4. Baba NZ, Goodacre CJ, Daher T. Restoration of endodontically treated teeth: the seven keys to success. *Gen. Dent.* 2009; 57(6): 596–603.
5. Hulsmann M. Epidemiologische Daten zur Endodontie (III). *Endodontia*. 1996; 1: 51–2.
6. Goto Y, Ceyhan J, Chu S.J. Restorations of endodontically treated teeth: new concepts, materials, and aesthetics. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2009; 21(2): 81–9.
7. Morgano SM, Rodrigues A.H., Sabrosa C.E. Restoration of endodontically treated teeth. *Dent Clin. North Am.* 2004; 48(2): 397–416.
8. Tang W., Wu Y., Smales R.J. Identifying and reducing risks for potential fractures in endodontically treated teeth. *J. Endod.* 2010; 36(4): 609–17.

Поступила 04.05.15

REFERENCES

1. Guttman D. L., Dumsha T.S., Lovdel P.E. *The solution of problems in an endodontiya. [Reshenie problem v endodontii]*. Moscow: “MEDpress inform”; 2006.
2. Petrikas A.Zh., Zakharova E.L., Gorelovo L.A., Tolstova O. O. Kliniko-rentgenologicheskaya assessment of quality of endodonticheskoy treatment. *Stomatologiya*. 2013, 2: 17–9.
3. Tronstad Leyf. *Clinical endodontiya. [Klinicheskaya endodontiya]*. Moscow: “MEDpress inform”; 2006.
4. Baba N.Z., Goodacre C.J., Daher T. Restoration of endodontically treated teeth: the seven keys to success. *Gen Dent.* 2009; 57(6): 596–603.
5. Hulsmann M. Epidemiologische Daten zur Endodontie (III). *Endodontiya*. 1996; 1: 51–2.
6. Goto Y., Ceyhan J., Chu S.J. Restorations of endodontically treated teeth: new concepts, materials, and aesthetics. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2009; 21(2): 81–9.
7. Morgano S.M., Rodrigues A.H., Sabrosa C.E. Restoration of endodontically treated teeth. *Dent Clin North Am.* 2004; 48(2): 397–416.
8. Tang W., Wu Y., Smales R.J. Identifying and reducing risks for potential fractures in endodontically treated teeth. *J. Endod.* 2010; 36(4): 609–17.

Received 04.05.15