

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

Ашуров Г.Г., Каримов С.М., Мухидинов Ш.Д.

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОПЕРИАПИКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫХ ЗУБОВ

Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

У 78 пациентов с эндопериапикальной патологией в возрасте от 20 до 50 лет и старше проведено ретроспективное изучение результатов эндодонтического лечения 87 зубов, имеющих 96 очагов околоверхушечной деструкции. Пациентов разделили на 3 группы в зависимости от диаметра периапикальной резорбции: 1-я группа – 45 пациентов, у которых обнаружены очаги периапикальной деструкции диаметром 1 – 3 мм; 2-я группа – 19 пациентов с очагами костной резорбции периапикального расположения диаметром 3 – 5 мм; 3-я группа – 14 пациентов с периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм.

Ключевые слова: эндодонт; пародонт; резорбция; периапикальный очаг; эндопериапикальная патология; эндодонтическое лечение.

Для цитирования: Ашуров Г.Г., Каримов С.М., Мухидинов Ш.Д. Ретроспективная оценка эндопериапикального состояния ранее леченых зубов. *Российский стоматологический журнал.* 2019; 23 (3-4): 112-114. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2019-23-3-4-112-114>

Ashurov G.G., Karimov S.M., Mukhidinov Sh.D.

RETROSPECTIVE ESTIMATION OF ENDOPERIAPICAL CONDITIONS OF EARLIER TREATED TEETH

State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Beside 78 patients with endoperiapical pathology at the age from 20 to 50 years and senior organized retrospective study result of endodontic treatment of 87 teeth having 96 centers of periapical destruction. Patients were divided into 3 groups in depending of periapical resorption's diameter: I group - 45 patients, beside which discovered centers periapical destruction by diameter from 1 before 3 mm; II group - 19 patients with centre of periapical bone resorption by diameter from 3 before 5 mm; III group - 14 patients with periapical centre destruction by diameter more than 5 mm.

Key words: endodont; parodont; resorption; periapical focus; endoperiapical pathology; endodontic treatment.

For citation: Ashurov G.G., Karimov S.M., Mukhidinov Sh.D. Retrospective estimation of endoperiapical conditions of earlier treated teeth. *Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal.* 2019; 23(3-4): 112-114. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2019-23-3-4-112-114>

For correspondence: Ashurov Gayur Gafurovich, Dr. Med. Sci., Professor, head of the Department of therapeutic dentistry, «Institute of postgraduate education in the field of health of the Republic of Tajikistan»

Acknowledgments. The study no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 07.03.2019

Accepted 16.04.2019

Актуальность работы. Большое количество научных работ ежегодно посвящается вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эндопериапикальных поражений. Несмотря на это, в настоящее время данная патология остается значимой медицинской и социально-экономической проблемой, характеризующаяся широкой распространенностью [1–3].

Эффективность эндопериапикального лечения во многом зависит от механической очистки и obturation корневых каналов, причем большое значение имеет уровень корневой пломбы, который при верху-

шечном периодонтите должен находиться в области анатомической верхушки [4, 5].

На скорость репаративных процессов в периапикальных тканях не влияют пол и возраст пациентов, и при проведении полноценного внутриканального лечения исследователи [6, 7] рассчитывают на усиление восстановительных процессов в очагах околоверхушечной деструкции.

Цель исследования – изучить клинико-рентгенологических показатели эндопериапикального состояния ранее леченных зубов среди обследованного контингента больных.

Материал и методы

У 78 пациентов с эндопериапикальной патологией в возрасте 20 – 50 лет и старше пролечено 87 зубов, имеющих 96 очагов околоверхушечной деструкции в

Для корреспонденции: Ашуров Гаюр Гафурович, д-р мед. наук, проф., заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

виде расширения периодонтальной щели и резорбции костных структур. Химико-механическую обработку корневых каналов у всех пациентов проводили по методу Step Down и Step Back ручными эндодонтическими инструментами K-Remer, K-File, Hendsrem File с лубрикантом ЭДТА и ирригацией 1,25% раствором гипохлорита натрия. На этапе окончательной медикаментозной обработки каждый корневой канал зуба с помощью эндодонтического шприца струйно обрабатывали раствором 1,25% гипохлорита натрия в объеме 10 мл. Методом латеральной компакции корневые каналы obtурировали гуттаперчей, при этом в качестве силера применяли эндометазон.

Среди обследованных лиц клинико-рентгенологически зарегистрированы сочетанные воспалительно-деструктивные изменения в периапикальных тканях. Обнаружено, что корневая пломба гомогенно заполняла весь просвет корневого канала и визуализировалась на уровне анатомической верхушки.

В зависимости от диаметра околоверхушечной резорбции периапикального пространства пациентов разделили на 3 группы. 1-я группа – 45 пациентов, у которых диагностировано легкое течение эндопериапикальной патологии с очагами околоверхушечной деструкции диаметром 1 – 3 мм; 2-я группа – 19 пациентов с наличием вышеупомянутой патологии и очагами костной резорбции околоверхушечного пространства диаметром 3 – 5 мм; 3-я группа – 14 пациентов с периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм.

В 1-й группе пациентов проводилось эндодонтическое лечение 32 зубов с 38 очагами околоверхушечного расширения и деструкции, во 2-й группе эндодонтическое лечение осуществлялось в 15 зубах с 18 очагами околоверхушечной резорбции. В 3-й группе пациентов с наличием 17 зубов и 19 очагами периапикальной деструкции не было эндодонтического лечения из-за большого диаметра околоверхушечной резорбции, подвижности зубов и такие зубы были удалены.

Пациенты 1-й группы принимали внутрь кальцеин адванс в дозе 500 мг 2 раза в сутки в течение 1 мес. Среди пациентов 2-й группы назначался кальцийсодержащий препарат в вышеуказанной дозе, но на срок до 3 мес. С использованием рентгенологических данных до эндодонтического лечения, через 6 и 12 мес после него оценили диаметр очага периапикальной резорбции.

Контролем служили 14 пациентов с 18 зубами и 26 очагами периапикальной деструкции диаметром от 1 до 5 мм, среди которых также проводилось адекватное эндодонтическое лечение. Пациенты группы сравнения не принимали кальцийсодержащие препараты.

Результаты исследования обрабатывали с помощью пакета стандартных компьютерных программ для статистического анализа Statistica for Windows 6.0. Определяли показатели вариационного анализа: среднюю арифметическую, среднее квадратичное отклонение, ошибку средней арифметической. Достоверность различий исследуемых выборочных данных определяли при помощи критерия Стьюдента (*t*). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В результате динамического наблюдения пациентов, сгруппированных в 3 группы, в зависимости от приема кальцийсодержащих препаратов общего действия (1-я, 2-я основные и группа сравнения), обнаружено, что при схожести исходных вариабельности размеров околоверхушечной резорбции, существенное уменьшение очагов периапикальной деструкции отмечалось в основных группах спустя 6 и 12 мес. В группе сравнения после качественного эндодонтического лечения также отмечалось уменьшение очагов деструкции, но с менее достоверной значимостью.

Через 6 мес после реализации комплекса лечебных мероприятий эндодонтического характера у пациентов группы сравнения диаметр очага околоверхушечной резорбции уменьшился до $2,3 \pm 0,2$ мм против исходного значения $2,7 \pm 0,2$ мм. Обнаружено, что после эндодонтического лечения площадь очага резорбции в периапикальных тканях спустя 6 мес уменьшилась всего лишь в 1,2 раза. Следовательно, убыль очага околоверхушечной резорбции составила $14,8 \pm 1,3\%$.

В группе сравнения через 12 мес после адекватного эндодонтического лечения выявлен более удовлетворительный рентгенологический результат. Так, диаметр очага периапикальной деструкции спустя 12 мес уменьшился в 1,9 раза по отношению к исходному диаметру ($2,7 \pm 0,2$ мм), доходя до $1,4 \pm 0,2$ мм. Расчеты показали, что через 12 мес наблюдения убыль очага околоверхушечной резорбции в среднем составила $39,1 \pm 2,3\%$ относительно исходного диаметра очага и $48,2 \pm 3,4\%$ относительно размера очага спустя 6 мес после эндодонтического лечения.

Как свидетельствуют полученные данные, у пациентов 1-й основной группы существенное уменьшение размеров очагов деструкции отмечалось спустя как 6, так и 12 мес после эндодонтического лечения, различия в зависимости от временного фактора были достоверными. Так, диаметр очага околоверхушечной резорбции спустя 6 мес после эндодонтического лечения в среднем уменьшился в 1,9 раза, доходя до значения $1,5 \pm 0,3$ мм против исходного значения ($2,9 \pm 0,2$ мм). Анализ убыли площади очага резорбции выявил высокий показатель ($48,3 \pm 2,6\%$).

Еще большее уменьшение размеров очагов околоверхушечной резорбции у пациентов 1-й основной группы имело место через 12 мес после эндодонтического лечения. Полученные данные показали, что за этот период наблюдения диаметр очага деструкции достоверно снизился до значения $0,6 \pm 0,2$ мм против исходного значения рентгенологической картины ($2,9 \pm 0,2$ мм). Следует отметить, что при полноценном эндодонтическом лечении площадь очага деструкции в периапикальных тканях уменьшилась в 4,8 раза, восстановление костной ткани в форме убыли площади очага наблюдается в $60,0 \pm 3,5\%$.

У пациентов 2-й основной группы значительное уменьшение размеров околоверхушечной резорбции отмечалось спустя как 6 мес ($1,9 \pm 0,2$ мм), так и 12 мес ($0,3 \pm 0,1$ мм) после проведенного нами эндодонтического лечения. Как свидетельствуют результаты в динамическом аспекте, редукция диаметрального по-

казателя очага периапикальной резорбции через 6 мес после эндодонтического лечения составила $60,4 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$), спустя 12 мес значение исследуемого показателя составило $93,8 \pm 4,2\%$ ($p < 0,001$) в сравнении с исходной величиной диаметра околоверхушечной деструкции ($4,8 \pm 0,6$ мм). При сопоставительной оценке упомянутого показателя в сроки от 6 до 12 мес убыль очага резорбции составила $84,2 \pm 3,1\%$. Различия показателя редукции диаметра очага деструкции во всех сроках наблюдения были достоверными ($p < 0,05$; $p < 0,001$).

Во всех группах пациентов, включая группу сравнения, через 6 и 12 мес после эндодонтического лечения отмечалось уменьшение размеров периапикальной деструкции. Однако динамические показатели площади очага деструкции в группе сравнения были недостоверными, отличаясь с высокой статической значимостью в остальных групп.

В группе сравнения площадь очага околоверхушечной резорбции через 6 и 12 мес после эндодонтического лечения составила соответственно $2,3 \pm 0,2$ мм и $1,4 \pm 0,2$ мм по сравнению с исходной величиной ($2,7 \pm 0,2$ мм), и убыль очага деструкции соответствовала $14,8 \pm 1,3\%$ и $39,1 \pm 2,3\%$. В 1-й основной группе значение исследуемых показателей составило соответственно $1,5 \pm 0,3$ мм и $0,6 \pm 0,2$ мм ($2,9 \pm 0,2$ мм) при значении убыли площади очага периапикальной деструкции $48,3 \pm 2,6\%$ и $60,0 \pm 3,5\%$.

Достоверно позитивные рентгенологические признаки спустя 6 мес после полноценного эндодонтического лечения нами обнаружены у пациентов 2-й основной группы: по сравнению с исходными данными ($4,8 \pm 0,6$ мм) диаметр очага околоверхушечной резорбции корня зуба уменьшился в 2,5 раза, восстановление костной ткани наблюдали в $66,3 \pm 3,4\%$ случаев. Через 12 мес после соответствующего лечения площадь очага деструкции уменьшилась в 16 раз, а восстановление очага резорбции наблюдалось в $93,8 \pm 4,2\%$ случаев.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что диаметр очага периапикальной деструкции после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий среди пациентов, которые не принимали кальцийсодержащих препаратов (группа сравнения),

через год уменьшился в $39,1 \pm 2,3\%$ случаев, в группе пациентов, принимавших внутрь кальцецин адванс в дозе 500 мг 2 раза в сутки в течение 1 мес (1-я основная) – в $60,0 \pm 3,5\%$ случаев, а в группе лиц, которым препарат назначался в той же дозе, но на срок до 3 мес (2-я основная) – в $93,8 \pm 4,2\%$ случаев.

В ходе динамического наблюдения нами выявлена определенная закономерность: обнаружено достоверное уменьшение диаметра очага резорбции и увеличение скорости репаративных процессов в периапикальных тканях после качественного эндодонтического лечения. Так, в течение 12 мес наблюдения полное восстановление костной ткани в периапикальной области при очагах деструкции от 1 до 2 мм отмечено в $67,3\%$ случаев, при диаметре очагов 3–4 мм – в $37,6\%$ случаев, а при размере очагов 5 мм – в $25,3\%$ случаев.

Таким образом, установлено, что у пациентов с эндодонтической патологией прием кальцийсодержащих препаратов системного действия в рекомендуемых производителем дозах (от 1 до 3 мес по 1000 мг/сут) существенно влияет на скорость восстановления костной ткани в периапикальных очагах деструкции.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Abbot P. Endodontic management of combined endodontic/periodontal lesions. *JNZ Soc. Periodontol.* 2013; 83: 15–28.
2. Meng H.X. Periodontic-endodontic lesions. *Ann Periodontol.* 2009; 4: 84–90.
3. Rotstein I., Simon J.H. The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition. *Endodontic. Topics.* 2016; 13: 34–46.
4. Zehnder M., Paque F., Gold S. Para-endo Lesion; Aetiologie, Diagnostik und Therapievorschlage – Eine Literaturubersicht. *Endodontie.* 2014; 13: 133–46.
5. Eriksen H.M. Endodontology-epidemiological-considerations. *Endod. Dent. Traumatol.* 2013; 7: 189–95.
6. Gunter S. Endo perio lesions: background and case reports. *Dental IQ: Intern. Endodont J.* 2015; 2: 66–73.
7. Kerns D.G., Cohen S., Hargreaves K.M. Endodontic and periodontal interrelationships. *Cohen's pathways of the pulp.* 10th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2011: 187.

Поступила 07.03.2019

Принята в печать 16.04.2019