

## КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

Амхадова М.А.<sup>1</sup>, Ашууров Г.Г.<sup>1,2</sup>, Исмоилов А.А.<sup>2</sup>, Каримов С.М.<sup>2</sup>, Мухидинов Ш.Д.<sup>2</sup>

### КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРИЗАЦИЯ ЭНДОПЕРИАПИКАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫХ ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ЗОНЕ

<sup>1</sup> Кафедра хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 129110, г. Москва;

<sup>2</sup> Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последилового образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (ГОУ ИПОвСЗ РТ), г. Душанбе

*В статье представлены результаты эндоканального лечения 87 функционально-ориентированных фронтальных групп зубов пациентов, имеющих очаги периапикальной деструкции в виде резорбции костных структур, в возрасте от 20 до 50 лет и старше. В зависимости от диаметра периапикальной резорбции пациентов разделили на 3 группы: 1-я группа – 45 пациентов, у которых обнаружены очаги периапикальной деструкции диаметром от 1 до 3 мм; 2-я группа – 19 пациентов с очагами костной резорбции периапикального расположения диаметром от 3 до 5 мм; 3-я группа – 14 пациентов с периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм. Достоверное уменьшение размеров очагов околоверхушечной резорбции у пациентов 1-й основной группы имело место через 12 мес после эндодонтического лечения. При полноценном эндодонтическом лечении площадь очага деструкции в периапикальных тканях уменьшилась в 4,8 раза, и восстановление костной ткани в форме убыли площади резорбтивного очага наблюдается в 60,0 ± 3,5%.*

Ключевые слова: эндодонт; резорбция; периапикальный очаг; эндодонтическое лечение в эстетически значимой зоне.

Для цитирования: Амхадова М.А., Ашууров Г.Г., Исмоилов А.А., Каримов С.М., Мухидинов Ш.Д. Клинико-рентгенологическая структуризация эндоперапикального состояния ранее леченных зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне. Российский стоматологический журнал. 2019; 23 (2): 52-54. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2019-23-2-52-54>

Amkhadova M.A.<sup>1</sup>, Ashurov G.G.<sup>1,2</sup>, Ismoilov A.A.<sup>2</sup>, Karimov S.M.<sup>2</sup>, Mukhidinov Sh.D.<sup>2</sup>

CLINICAL AND X-RAY STRUCTURIZATION OF THE ENDOPERIAPICALLY STATUS OF THE EARLIER TREATED TEETH IN AESTHETIC SIGNIFICANT ZONE

<sup>1</sup>The Department of surgical stomatology and implantology Department of MONIKI. M. F. Vladimirsky. city of Moscow;

<sup>2</sup>State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

*In article are presented results of endocanal treatment of 87 function-oriented frontal groups teeth having centre of periapically destruction in the manner of resorbition of the bone structures at the age from 20 to 50 years and senior. In depending of periapically resorbted diameter patients were divided into 3 groups: I group - 45 patients beside which discovered centers of periapically destruction by diameter from 1 to 3 mm; II group - 19 patients with centre bone resorbition of periapically location by diameter from 3 to 5 mm; III group - 14 patients with periapically centre of destruction by diameter more than 5 mm. Reliable reduction of the sizes centre of periapically resorbition beside patient of 1<sup>st</sup> main group existed in 12 months after endodontic treatment. Under full-fledged endodontic treatment area of the centre destruction in periapically tissue decreased in 4.8 times and reconstruction bone fabrics in the form of the decreases area of resorbition centre exists in 60,0 ± 3,5%.*

Keywords: endodont; resorbition; periapically centr; endodontic treatment; aesthetic significant zone.

For citation: Amkhadova M.A., Ashurov G.G., Ismoilov A.A., Karimov S.M., Mukhidinov Sh.D. Clinical and x-ray structurization of the endoperiapically status of the earlier treated teeth in aesthetic significant zone. Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal. 2019; 23(2): 52-54. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2019-23-2-52-54>

For correspondence: Ashurov Gayur Gafurovich, Dr. Med. Sci., Professor, head. Department of therapeutic dentistry, Institute of postgraduate education in the field of health of the Republic of Tajikistan, E-mail: shakh92@mail.ru

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

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

Received 11.01.2019

Accepted 16.02.2019

Для корреспонденции: Ашууров Гаюр Гафурович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последилового образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», E-mail: shakh92@mail.ru

## Введение

Вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эндоперапикальных поражений ежегодно посвящается большое количество научных работ. Несмотря на это, в настоящее время данная патоло-

гия остается значимой медицинской и социально-экономической проблемой, характеризуясь широкой распространенностью [1–3].

Эффективность эндопериапикального лечения во многом зависит от механической очистки и obturации корневых каналов, причем большое значение имеет уровень корневой пломбы, который при верхушечном периодонтите должен находиться в области анатомической верхушки [4–6].

**Цель исследования.** Изучение клинико-рентгенологических показателей поражения периапикальных тканей ранее леченных зубов, расположенных в эстетически значимой окклюзионной зоне.

### Материал и методы

У 78 пациентов с эндопериапикальной патологией в возрасте от 20 до 50 лет и старше пролечено 87 зубов, имеющих 87 очагов околоверхушечной деструкции в виде расширения периодонтальной щели и резорбции костных структур. У всех пациентов химико-механическую обработку корневых каналов проводили ручными эндодонтическими инструментами K-Remer, K-File, Hendstrem File по методу Step Down и Step Back с лубрикантом ЭДТА и ирригацией 1,25% раствором гипохлорита натрия. На этапе окончательной медикаментозной обработки каждый корневой канал зуба струйно с помощью эндодонтического шприца обрабатывали раствором 1,25% гипохлорита натрия в объеме 10 мл. Корневые каналы obturировали гуттаперчей методом латеральной компакции, в качестве силера применяли эндометазон.

Среди обследованных лиц клинико-рентгенологически зарегистрированы изменения периапикальных тканей, корневая пломба гомогенно заполняла весь просвет корневого канала и визуализировалась на уровне анатомической верхушки.

В зависимости от диаметра околоверхушечной резорбции периапикального пространства пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – 45 пациентов с очагами периапикальной деструкции диаметром от 1 до 3 мм; 2-я группа – 19 пациентов с очагами костной резорбции околоверхушечного пространства диаметром от 3 до 5 мм; 3-я группа – 14 пациентов с периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм.

В 1-й группе пациентов проводилось эндодонтическое лечение зубов с 65 очагами околоверхушечного расширения и деструкции, во 2-й группе осуществлялось эндодонтическое лечение зубов с 19 очагами околоверхушечной резорбции. В 3-й группе пациентов с наличием зубов с 3 очагами периапикальной деструкции не было эндодонтического лечения из-за большого диаметра околоверхушечной резорбции, подвижности зубов и такие зубы 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 и через 6 и 12 мес после него оценили диаметр очага периапикальной резорбции.

Контролем служили 14 пациентов с аналогичным количеством очагов периапикальной деструкции диаметром от 1 до 5 мм, среди которых также проводилось адекватное эндодонтическое лечение. Пациенты контрольной группы 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

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

У пациентов 1-й основной группы существенное уменьшение размеров очагов деструкции было как на 6-й, так и 12-й месяц после эндодонтического лечения, и 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 было через 12 мес после эндодонтического лечения. Полученные данные показали, что за этот период 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, и 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 динамике, редукция диаметрального показателя очага периапикальной резорбции через 6 мес после эндодонтического лечения составила  $60,4 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,05$ ), спустя 12 мес значение исследуемого показателя было  $93,8 \pm 4,2\%$  ( $p < 0,001$ ) в сравнении с исходной величины диаметра околоверхушечной де-

струкции ( $4,8 \pm 0,6$  мм). При сопоставительной оценке упомянутого показателя в сроки наблюдения от 6 до 12 мес убыль очага резорбции –  $84,2 \pm 3,1\%$ . Различия показателя редукции диаметра очага деструкции во всех сроках наблюдения были достоверными ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Через 6 мес после реализации комплекса лечебных мероприятий эндодонтического характера у пациентов контрольной группы 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 контрольной группе 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. Через 12 мес наблюдения убыль очага околоверхушечной резорбции в среднем составила  $39,1 \pm 2,3\%$  относительно исходного диаметра очага и  $48,2 \pm 3,4\%$  по отношению размера очага спустя 6 мес после эндодонтического лечения.

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

В контрольной группе пациентов 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 через 6 мес 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 наблюдалось 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.

### Заключение

Резюмируя изложенное выше, следует отметить, что диаметр очага периапикальной деструкции после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий среди пациентов, которые не принимали кальцийсодержащих препаратов (контрольная группа), через год уменьшился в  $39,1 \pm 2,3\%$  случаев, в группе пациентов, принимавших внутрь кальцеин 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.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Bergenholitz G.H. *Endodontics and periodontics. Textbook of clinical periodontology*. Copenhagen: Munksgaard; 2013.
2. Belk C.E., Gutmann J.L. Perspective, controversies and directives on pulpal-periodontal relationship. *J. Canad. Dent. Assoc.* 2009; 56: 1013–7.
3. Eriksen H.M. *Epidemiology of apical periodontitis. Essential Endodontology*. Blackwell Munksgaard. 2011; 262–74.
4. Gunter S. Endo perio lesions: background and case reports. *Dental IQ: Intern Endodont J.* 2015; 2: 66–73.
5. Guldener P.H. The relationship between periodontal and pulpal disease. *Inter Endod. J.* 2008; 18: 41–54.
6. Rotstein I., Simon J.H. The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition. *Endodontic Topics.* 2016; 13: 34–46.

Поступила 11.01.2019

Принята к печати 16.02.2019