

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д 14.22.645

На правах рукописи
УДК 613.314.163-74 (043.3)

БЕРДИЕВА РОЗА РУСТАМОВНА

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОВТОРНОГО
ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ПЕРИОДОНТИТАМИ
СОВРЕМЕННЫМИ ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ**

14.01.14 – стоматология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2022

Работа выполнена на кафедре хирургической стоматологии медицинского факультета Кыргызско–Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина и в стоматологических клиниках «Кайрос» и «Карисма» г. Бишкек

Научный руководитель: **Мамытова Анар Бейшенбаевна**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой
хирургической стоматологии
Кыргызско–Российского Славянского
университета имени Б. Н. Ельцина

Официальные оппоненты: **Бакиев Бахтияр Абдуллаевич**
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургической стоматологии
Кыргызской государственной медицинской
академии имени И. К. Ахунбаева

Исмаилов Алимбек Адылбекович
кандидат медицинских наук, доцент,
доцент кафедры ортопедической и
терапевтической стоматологии
Ошского государственного университета

Ведущая (оппонирующая) организация: Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра терапевтической стоматологии (адрес: 050000, Казахстан, г. Алматы, ул. Толе Би, 94).

Защита диссертации состоится 20 октября 2022 г. 15.30 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.645 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал, ссылка доступа к видео конференции защиты диссертации: <https://vc1.vak.kg/b/142-1m6-ncc-pik>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте <https://vak.kg>

Автореферат разослан 20.09. 2022 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

П. Д. Абасканова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Несмотря на постоянное внедрение новейших эндодонтических материалов, технологий и инструментов, процент осложнений после проведённого эндолечения остаётся высоким [С. Бьюкенен, 2003; В. А. Аносов с соавт., 2005; О. Н. Иванченко с соавт., 2008; В. М. Гринин с соавт., 2009; Е. С. Ерофеева с соавт., 2015]. Доля успешного первичного эндолечения составляет чуть более 31,0% [Л. А. Дмитриева, 2010; Л. А. Казеко с соавт., 2016]. Причиной хронического инфекционного процесса в 14,8% случаев являются зубы с незапломбированными корневыми каналами, от 60,0 - 76,4% - зубы с частично запломбированными каналами [D. Orstavik, 2005; J. L. Gutman, 2011; Г. Бердженхолц, 2013]. В большинстве случаев увеличение периапикальных очагов вызвано деятельностью микроорганизмов, которые либо сохранились после первичного эндолечения, либо проникли в систему корневых каналов позже ввиду негерметичной реставрации [А. А. Гамаюнова с соавт., 2017; Н. А. Сахарук с соавт., 2015]. Для борьбы с бактериальной инвазией необходимо повторное эндолечение. Зачастую обработка каналов зубов технически сложна, поэтому требуется высокий уровень мануальных навыков врача. Нередки при эндолечении ятрогенные осложнения. К наиболее распространенным из которых относятся изменение естественной траектории корневого канала, избыточное пломбирование каналов и перфорация корня. Все это также приводит в дальнейшем к повторному эндодонтическому вмешательству [А. Д. Садаева с соавт., 2017; Е. Ю. Смольянинова, 2017].

Известно, что избыточное пломбирование каналов происходит в 4 раза чаще, чем недостаточное (относительно рентгенологического апекса). Сегодня в стоматологии используется множество герметиков, различающихся по составу. Несмотря на разработку множества пломбировочных материалов, в настоящее время нет критериев выбора их для повторного эндолечения, равно как отсутствует сравнительный анализ силеров.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Работа является инициативной.

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим периодонтитом зубов с использованием современных силеров.

Задачи исследования:

1. Изучить причины неэффективности первичного эндодонтического лечения зубов у пациентов с хроническим периодонтитом.
2. Разработать схему повторного эндодонтического лечения зубов у пациентов с хроническим периодонтитом с использованием современных силеров.
3. Провести сравнительный анализ эффективности повторного эндодонтического лечения с использованием современных силеров.

Научная новизна полученных результатов:

1. Установлены основные причины неэффективности первичного эндодонтического лечения у пациентов с хроническим периодонтитом зубов, связанные с недопломбировкой каналов зубов (63,0%), наличием невыявленных каналов зубов (11,0%), наличием перфораций в корнях зубов (4,4%) и перепломбированием каналов зубов (4,1%).
2. Обоснован выбор современных силеров с учетом их качественных характеристик для повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим периодонтитом зубов.
3. Разработана схема повторного эндодонтического лечения, обеспечивающая сохранение зубов без рецидивов и осложнений.
4. Проведен сравнительный анализ повторного эндодонтического лечения у пациентов с хроническим периодонтитом зубов современными силерами с учетом их качественных характеристик. К оптимальным силерам отнесены эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер, имеющие повышенные антимикробные и остеорегенирующие свойства.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Выявлены основные причины неэффективности первичного эндодонтического лечения у пациентов с хроническим периодонтитом зубов, связанные с ошибками во время пломбирования каналов.
2. Предложенная схема повторного эндодонтического лечения позволяет добиться сохранить зуб, предупредить рецидивы, уменьшить срок лечения.
3. Показано, что максимальной эффективностью при повторном эндодонтическом лечении хронического периодонтита из современных силеров обладает эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер, имеющие повышенные антимикробные и остеорегенирующие свойства.
4. Установлено, что эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер в 1,4-2,6 раза сокращают длительность повторного эндодонтического лечения хронического периодонтита, по сравнению с силерами на основе цинк-оксид эвгенола и эпоксидной смолы.

5. Разработанные и полученные данные внедрены в учебный процесс на кафедрах хирургической и терапевтической стоматологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина, а также в стоматологические клиники «Кайрос» и «Карисма» г. Бишкек. [Акты внедрения от 9 сентября 2019 г.; от 21 октября 2019 г.]

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Необходимость повторного эндодонтического лечения зубов у пациентов с хроническим периодонтитом, с целью их сохранения, связано с неэффективностью первичного эндодонтического лечения в виде анатомической особенности корневой системы зуба, недопломбировки, перепломбировки и перфорации корня зуба.

2. Разработанная схема повторного эндодонтического лечения хронического периодонтита позволяет эффективно бороться с микрофлорой в каналах, устранять периапикальные очаги и сохранять пациентам зубы с хроническим периодонтитом на долгие годы.

3. Выбор современного силера для пломбирования каналов зубов при повторном эндодонтическом лечении зависит от наличия периапикального очага, перфораций и анатомических особенностей в виде сужений, ответвлений и атипичной формой каналов.

4. Применение эндодонтического цемента на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамического силера в 1,4-2,6 раза сокращают длительность повторного эндодонтического лечения хронического периодонтита.

Личный вклад соискателя. Личное участие автора диссертационной работы охватывает аналитическую обработку литературных источников и все исследования по теме диссертации. Диссертантом лично проведено обследование и повторное эндодонтическое лечение 167 пациентов с хроническим периодонтитом (271 зуб) с использованием современных силеров, а также статистическая обработка данных.

Апробации результатов диссертации. Результаты диссертационного исследования доложены и обсуждены на: II международном симпозиуме «The 2nd International Dentistry Symposium» (г. Бишкек, 2016); III международном симпозиуме «The 3rd International Dentistry Symposium» (г. Бишкек, 2018); XIII Конгрессе стоматологической ассоциации Кыргызской Республики «Актуальные проблемы стоматологии Кыргызстана» (г. Бишкек, 2018); VII научно-практической конференции с международным участием «Приоритеты фармации и стоматологии: от теории к практике» (г. Алматы, 2018); VI международном конгрессе стоматологов Казахстана «Образование, наука и практика стоматологии XXI века» (г. Алматы, 2019), II Международной практической конференции (г. Ош, 2019) и подтверждены сертификатами.

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.

Основные научные результаты диссертации отражены в 9 статьях, опубликованы в журналах, вошедшие в Перечень рецензируемых научных периодических изданий, утвержденных Национальной Аттестационной Комиссией при Президенте Кыргызской Республики. Получены 2 свидетельства на рационализаторские предложения.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, 3 глав, заключения, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложения. Работа изложена на 146 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 72 рисунками (фото, диаграммы, приложение), 19 таблицами и 3 приложениями. Библиографический указатель содержит 212 источников русскоязычных и иностранных авторов, включая собственные публикации.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цели и задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В главе 1. Причины недостаточной эффективности первичного эндодонтического лечения у пациентов с хроническим периодонтитом (обзор литературы) обобщены данные о результатах первичного эндолечения пациентов с хроническим периодонтитом. Дано понятие о выборе современных силеров для пломбирования каналов зубов при повторном эндолечении. Используются литературные источники последних лет, которые позволили обосновать актуальность изучаемой проблемы.

В главе 2. Представлены методология и методы исследования

Объект исследования: 167 пациентов с хроническим периодонтитом зубов.

Предмет исследования: повторное эндодонтическое лечение с использованием современных пломбировочных материалов 271 зуб.

2.1 Материал исследования. Нами проведен сравнительный анализ результатов повторного эндолечения хронического периодонтита с использованием современных пломбировочных материалов. Исследования проводились в стоматологических клиниках «Кайрос» и «Карисма» г. Бишкека. В них приняли участие 167 пациентов (271 зуб), которым ранее было проведено первичное эндолечение хронического периодонтита в период с 2012 по 2019 гг. Возраст пациентов - от 18 до 70 лет; женщин было в 2,2 раза больше (115, или

69,0%), чем мужчин (52, или 31,0%). Данные по половому и возрастному составу представлены в табл. 2.1.

Таблица 2.1. - Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет					Количество пациентов	
	до 30	31-40	41-50	51-60	> 61	N	%
Мужчины	13	23	7	2	7	52	31
Женщины	18	33	26	22	16	115	69
Всего	31	56	33	24	23	167	100

Примечание - n – абсолютное значение; % - относительное значение

Общее количество зубов (табл. 2), нуждавшихся в повторном эндолечении, составило 271, из них: 1-канальные зубы – 60 (22,0%); 2-х-канальные зубы – 70 (26,0%); 3-4-х- канальные зубы – 141 (52,0%).

Исследования корневой системы у пациентов с хр. рт (271 зуб), подвергшихся повторному эндолечению, выявили особенности, которые способствовали неэффективности первичного эндолечения.

1. Из 34 (100%) первых моляров верхней челюсти в 9 (26,0%) зубах был пропущен медиально-щечный второй канал (26,0%).

Таблица 2.2 - Количественное и процентное соотношение повторного эндолечения по челюстям

Челюсть	Зубы								Общее количество	
	Резец		Клык		Премоляр		Моляр		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Верхняя	36	13	6	2	35	13	49	18	126	46,6
Нижняя	11	4	7	2,5	35	13	92	34	145	53,3
Всего	47	17,3	13	4,8	70	25,8	141	52	271	100

2. Из 11 (100%) резцов нижней челюсти в 4 (36,0%) зубах был пропущен второй канал.

3. Из 7 (100%) клыков нижней челюсти в 2 (28,0%) зубах был пропущен второй канал.

4. Из 13 (100%) первых премоляров нижней челюсти в 2 (15,0%) зубах был пропущен второй канал.

5. Из 32 (100%) вторых премоляров нижней челюсти в 2 (6,0%) зубах был пропущен второй канал.

6. Из 61 (100%) первых моляров нижней челюсти в 7 (11,5%) зубах был пропущен второй дистальный канал, а в 1 (1,6%) - третий медиальный канал.

7. Из 30 (100%) вторых моляров нижней челюсти в 10 (33,0%) зубах встречалась «С-форма» каналов.

В 182 (67,0%) случаях из 271 наблюдалось несоответствие рабочей длины каналов перед пломбированием. Недопломбированных каналов было 171 (63,0%), перепломбированных каналов - 11 (4,0%). Высокий процент недопломбированных каналов, очевидно, связан с тем, что при первичном эндолечении рабочая длина их определялась неточно.

Для изучения результатов исследования 167 пациентов с хроническим периодонтитом, ранее эндолеченных, были подвергнуты нами повторному лечению и разделены на 4 группы в зависимости от выбора пломбировочного материала (рисунок 2.1.).

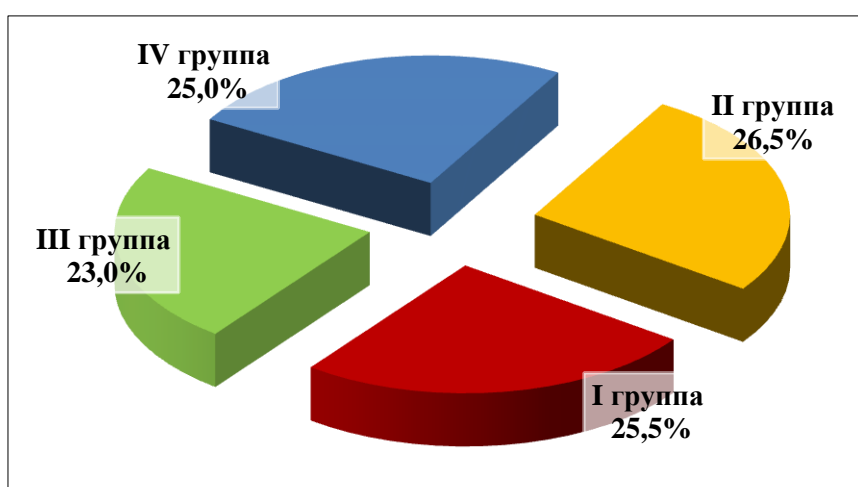


Рисунок 2.1 - Распределение по группам в зависимости от применения силеров

В I группе, где было 40 пациентов, или 69 зубов (25,5%), при повторном эндолечении окончательную obturation каналов зубов проводили силером цинк-оксид эвгеноловым силером.

Во II группе, где было 38 пациентов, или 72 зуба (26,5%), каналы obtурировали силером на основе эпоксидной смолы.

В III группе, состоявшей из 44 пациентов, или 62 зубов (23,0%), использовали эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата.

В IV группе, включавшей 45 пациентов, или 68 зубов (25,0%), использовали биокерамический силер.

Сроки первичного лечения у 167 пациентов (271 зуб) колебались от 6 месяцев до 8 лет. Показания к повторному эндолечению зубов представлены в табл. 2.3.

Таблица 2.3. - Показания к повторному эндолечению зубов

Показания	Верхняя челюсть		Нижняя челюсть		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наличие периапикального очага вокруг зуба	126	46,5	145	53,5	271	100
в том числе (относительно 271)						
Недопломбированные каналы зубов	76	28,0	95	35,1	171	63,1
Пропущенные каналы зубов	8	3,0	22	8,1	30	11,1
Наличие перфорации в корне зуба	7	2,6	5	1,8	12	4,4
Перепломбированные каналы зубов	8	3,0	3	1,1	11	4,1
Другие причины	27	10,0	20	7,4	47	17,4
Все показания	225	45,5	270	54,5	495	100

2.2. Методы исследования. Клиническое обследование включало в себя осмотр полости рта, оценку состояния гигиены полости рта, проверку устойчивости имеющихся зубов. Использовались также инструментальные методы исследования: апекслокация, рентгенография, определение времени затвердевания пломбировочного материала, определение текучести пломбировочного материала, метод определения цвета зубов. Все полученные данные подвергались статистической обработке в программе MS Excel.

Зондирование зубов, нуждавшихся в повторном эндолечении, проводили с помощью эндодонтического зонда для выявления ранее непломбированных и дополнительных каналов.

Перкуссию зубов для выявления болезненности проводили легким постукиванием по режущей или окклюзионной поверхности зуба концом ручки зеркала в вертикальном или горизонтальном направлении.

Для определения стадии обострения хр.рп пальпировали десна вокруг зубов.

Подвижность зубов, нуждавшихся в повторном эндолечении, определяли стоматологическим пинцетом качательными движениями и оценивали по Д. А. Энтину. 4 степени патологической подвижности зубов: I — смещение зуба по отношению к коронке соседнего зуба в щечно-язычном (небном) или вестибуло-оральном направлении не более чем на 1 мм; II — смещение зуба более чем на 1 мм в тех же направлениях, появляется подвижность в небно-

дистальном направлении; III — зуб мобилен во всех направлениях, в том числе в вертикальном, при отсутствии соседних зубов может быть наклонен; IV — присоединение вращательных движений зуба вокруг своей оси.

Оценку состояния гигиены полости рта по индексу Федорова-Володкиной окрашиванием губной поверхности шести нижних фронтальных зубов раствором Шиллера-Писарева. Интенсивность окрашивания зубного налета измерялась в баллах от 1 до 5. Для вычисления индекса гигиены делили сумму полученных баллов на количество обследованных зубов (6). Результаты оценивали следующим образом: хороший индекс гигиены соответствовал 1,1-1,5 баллам, удовлетворительный индекс гигиены - 1,6-2 баллам; неудовлетворительный - 2,1-2,5 баллам; плохой - 2,6-3,4 баллам; очень плохой - 3,5-5 баллам.

Апекслокация. Всем пациентам, подвергавшимся повторному эндолечению, исследовали рабочую длину каналов методом апекслокации. Проводилась она с использованием апекслокатора «Root ZX» (Morita, Япония), электрод которого фиксировался с помощью ручки к нерабочей части К-файла, введенного в канал зуба. Показания апекслокатора выражались в миллиметрах. Рабочая длина корневого канала измерялась в каждом клиническом случае.

Проводились 4 вида R-исследований: прицельная рентгенография на аппарате «Xelium ultra» – всем пациентам до начала лечения и по окончании его для контроля; визиография на аппарате «RX2 HP» (Южная Корея); ортопантомография на аппаратах «Triana» (Германия) и «Vatech PNT-6500» (Южная Корея) – тем пациентам, у кого в лечении нуждались сразу несколько зубов; конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) на аппаратах «Planmeca ProMax 3D Mid» и «Vatech PNT-6500» (Южная Корея) – тем пациентам, у кого имелись перфорации корня зуба, дополнительные каналы, а также подозрения на трещину корня.

2.3. Методы статистической обработки. Достоверность отличий средних величин двух сравниваемых выборок проверялась t – критерием Стьюдента-Фишера. Нулевая гипотеза отвергалась на уровне значимости $p < 0,05$, а разница считалась достоверной, если t фактический был больше t стандартного (как правило, $t_{\text{ст}} \geq 1,96$ для числа степеней свободы $k = n - 2 = 120$).

В главе 3. Представлена сравнительная характеристика клинических групп пациентов, леченных с использованием современных силеров

3.1. Схема повторного эндодонтического лечения. Общая характеристика современных силеров. При повторном эндолечении были использованы четыре современных силера: цинк-оксид эвгеноловый, на основе эпоксидной смолы, эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер. Сравнительный анализ

свойств современных пломбировочных материалов проводился по следующим показателям:

- состав силера, биоактивность, биосовместимость, pH силера (оценивались по заводским характеристикам);
- герметичность закрытия имевшейся перфорации, рассасываемость силера в последующем (визуализировались на контрольных рентгенограммах);
- время затвердевания силера (фиксировалось в момент работы с силером и сравнивалось с заводскими характеристиками). Дополнительно, время затвердевания материалов проверялось при комнатной температуре – его определяли после замешивания согласно инструкции производителя;
- изменение цвета (исследовали его следующим образом: до- и после повторного эндолечения зеркальным фотоаппаратом «Canon Mark 3» с макрообъективом 1:100 и шкалой цвета «ЗД Мастер» делали снимки зуба, а затем при последующих осмотрах сравнивали его цвет с изначальным);
- R-контрастность силера.

3.2 Результаты повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим периодонтитом зубов с использованием цинк-оксид эвгенолового силера. Широкое применение цинк-оксид эвгенолового силера обусловлено давностью применения его в стоматологической практике, доступностью, относительной биологической безопасностью и малой токсичностью, обезболивающим, противовоспалительным действием эвгенола и его производных. В этой группе давность первичного эндолечения составляла от 1 года до 6 лет. Среди пациентов мужчин было 11 (27,5%), женщин - 29 (72,5%).

Из общего количества зубов, нуждавшихся в повторном эндолечении, фронтальная группа составляла 11 (16,0%), премоляры – 20 (29,0%), моляры – 38 (55,0%). Пациенты предъявляли следующие жалобы: ноющие боли самопроизвольные или при касании зуба; неэстетичный вид зуба - частичный дефект пломбы и изменения цвета. Признаки хронического периодонтита наблюдались у 12 пациентов (27 зубов). 122 прицельных рентгенографических исследования проведены всем пациентам в диагностических целях и для контроля лечения. На диагностических снимках выявлены следующие изменения: в 22 зубах - хронический фиброзный периодонтит; в 29 зубах - хронический гранулематозный периодонтит с размером периапикального очага от 1,0 мм до 5,0 мм; в 12 зубах - хронический гранулирующий периодонтит; в 9 зубах – хронический периодонтит в стадии обострения; в 44 зубах - недопломбированные каналы, из них в верхней челюсти – 14, нижней - 30; в 2 зубах - перепломбированные каналы. На контрольной рентгенограмме (рисунок 3.2.1) наблюдается уменьшение периапикального очага, однако, полного завершения регенерации костной ткани вокруг него не произошло.



Рисунок 3.2.1 - Контрольная визиограмма пациента В., 30 лет, до лечения (А), после obtурации каналов кальция гидроксидом (Б), после obtурации каналов цинк-оксид эвгеноловым силером через 1 год после лечения 1.1 и 2.1 зубов (В)

На рисунке 3.2.2 представлены сроки повторного лечения пациентов с хроническим периодонтитом зуба в I группе с применением цинк-оксид эвгенолового силера. Среди этих пациентов время эндолечения с деструктивными формами хронического периодонтита зуба превышало 1,5 - 2 месяца.

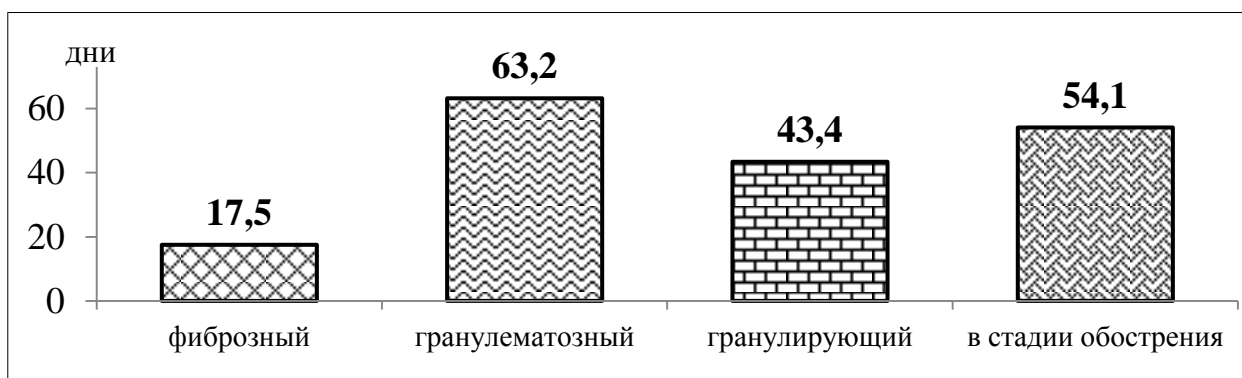


Рисунок 3.2.2 - Сроки повторного эндодонтического лечения хронического периодонтита в I группе (цинк-оксид эвгеноловый силер)

3.3. Результаты повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим периодонтитом с использованием силера на основе эпоксидной смолы. II группу составляли 38 пациентов, или 17 мужчин и 21 женщин, нуждавшихся в повторном эндолечении хронического периодонтита, у которых корневые каналы зубов окончательно пломбировались силером на основе эпоксидной смолы. Этот силер доступен, с ним удобно работать, он

обладает высокой адгезией, не растворяется в тканевой жидкости, а объемы его не меняются с течением времени.

Общее количество зубов во II группе, нуждавшихся в повторном эндолечении, было 72, из них: фронтальная группа зубов – 13; премоляры – 19; моляры – 40.

Жалобы пациентов: ноющие боли при касании зуба, чувство распираания, отечность десны в области воспаленного зуба; неэстетичный вид зуба, дефект пломбы. У 13 пациентов были обнаружены зубы с хроническим периодонтитом во время R-исследования.

Прицельная рентгенография была проведена всем 38 пациентам (72 зуба), было сделано 135 снимков - диагностических и контрольных. На диагностических снимках выявлено следующее: хронический фиброзный периодонтит - 28 зубов; хронический гранулематозный периодонтит – 26 зубов с периапикальным очагом от 0,4 мм до 4,0 мм; хронический гранулирующий периодонтит - 8 зубов; хронический периодонтит в стадии обострения – 10 зубов; недопломбированные каналы - 50 зубов, из них на верхней челюсти – 23, на нижней челюсти – 27; перепломбированные каналы - 1.

Ортопантомография была проведена 23 пациентам. Визиография была проведена всем пациентам. КЛКТ была проведена 5 пациентам.

На рисунке 3.3.1 видно, что в области медиального корня визуализируется периапикальный очаг размером 2 мм. Отмечается положительная динамика регенерации периапикальной области медиального корня. По сравнению с первоначальными данными размер очага уменьшился с 5 до 2 мм.



Рисунок 3.3.1 - Контрольная визиограмма пациентки Ч., 57 лет, до лечения (А), после obtурации каналов кальция гидроксидом (Б), после obtурации каналов силером на основе эпоксидной смолы через 1 год после лечения 4.5, 4.6 и 4,7 зубов (В)

По данным рисунка 3.3.2 видно, что сроки повторного эндолечения деструктивных форм с использованием силера на основе эпоксидной смолы также могут превышать 1,5 - 2 месяца.

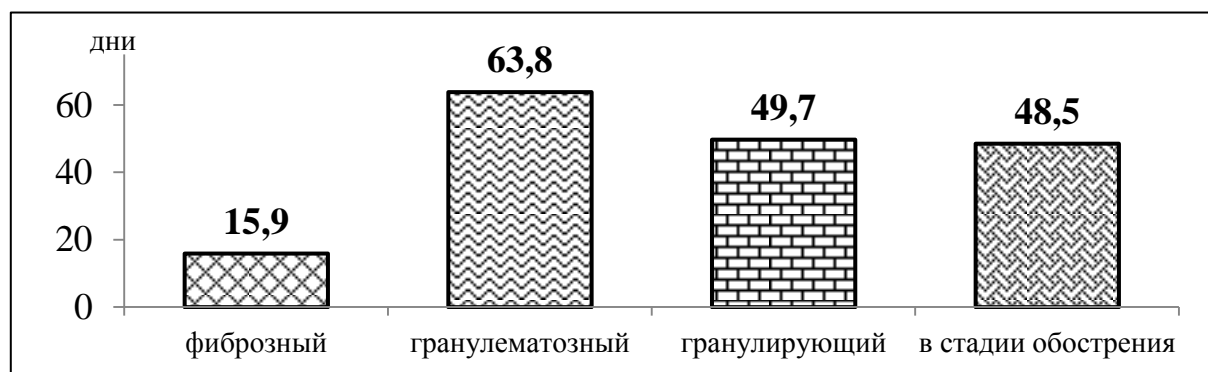


Рисунок 3.3.2 - Сроки повторного эндолечения хронического периодонтита с использованием силера на основе эпоксидной смолы

Сравнивая эффективность применения цинк-оксид эвгеноловый силер и силер на основе эпоксидной смолы при всех формах хронического периодонтита, следует отметить, что разница в сроках лечения между ними не достигала статистически значимых величин. Значения критерия Стьюдента – Фишера не позволяли отвергнуть нулевую теорию. Колебание t - критерия в пределах 0,9 - 1,2 соответствовало уровню значимости $p > 0,05$.

3.4. Результаты повторного эндодонтического лечения хронического периодонтита с использованием эндодонтического цемента на основе минерального триоксидного агрегата. В III группе при пломбировании каналов зубов использовали эндодонтический цемент на основе - минерального триоксидного агрегата. Давность первичного эндолечения в группе составляла от 6 месяцев до 8 лет. Мужчин в группе было 12, а женщин - 32. Из общего количества пациентов III группы патологический процесс наблюдался во фронтальной группе – 13 зубов (21,0%), в премолярах – 13 (21,0%), в 3 молярах – 36 (58,0%).

Предъявлялись жалобы на боли ноющего характера, усиливающиеся при жевании, на неэстетичный вид зубов, изменение цвета и дефект пломбы жаловались. После R- исследования было показано повторное эндолечение 18 пациентам с хроническим периодонтитом.

Зондирование зубов выявило неполное раскрытие полости зубов фронтальной группы - 4, премоляров – 3, моляров - 8. В 2-х зубах фронтальной группы, 2-х премолярах и 11-ти молярах выявлено чрезмерное раскрытие полости зуба. В 4 зубах обнаружены не выявленные каналы. Из них: в 2-х

верхних первых молярах - второй медиально-щечный канал, в 1-ом нижнем втором моляре - второй дистальный канал, в 1-ом резце нижней челюсти - второй канал. Из 5 вторых нижних моляров 2 зуба имеют характерную для них анатомическую особенность строения – «С»-форму каналов. Перфорации дна полости были обнаружены в 4 зубах (2 нижних первых моляра, 1 верхний первый моляр и 1 верхний первый премоляр).

Прицельная рентгенография была проведена всем 44 пациентам (62 зуба). 122 снимка делались для диагностики и контроля качества лечения.

На диагностических снимках выявлено: в 17 зубах - хронический фиброзный периодонтит; в 27 зубах - хронический гранулематозный периодонтит с периапикальным очагом от 0,3 до 7 мм; в 8 зубах - хронический гранулирующий периодонтит; в 10 зубах – хронический периодонтит в стадии обострения; в 38 зубах - недопломбированные каналы (20 на верхней челюсти и 18 на нижней челюсти), в 6 зубах - перепломбированные каналы.

Визиография была проведена на 62 зубах. На визиограммах обнаружено 3 зуба с невыявленными каналами, 2 зуба с дополнительными ответвлениями от основного канала, 4 зуба с перфорациями корня, 3 зуба с апикальной резорбцией корня, 2 зуба с внутренней резорбцией корня. Размеры периапикальных очагов колебались от 0,3 до 7 мм.

9 пациентам была проведена КЛКТ. Периапикальные очаги колебались от 5 до 9 мм в диаметре, перфорации корня зуба присутствовали у 6 пациентов. Трещин и переломов обнаружено не было.

На рентгенограмме 3.4.1 зуба выявили перепломбированные на 1/3 - 2/3 дистальный и медиальный каналы (рисунок 6.). В медиальном корне обнаружен периапикальный очаг размером 3-4 мм, а в дистальном корне более 8 мм. Через 1 год после повторного эндолечения 3.6 зуба наблюдается полная регенерация кости в области апекса.



Рисунок 3.4.1 - Контрольная визиограмма пациента У., 38 лет, до лечения (А), после распломбирования и наложения пасты из гидроксида кальция (Б), после

обтурации каналов эндодонтическим цементом на основе минерального триоксидного агрегата через 1 год после лечения (В)

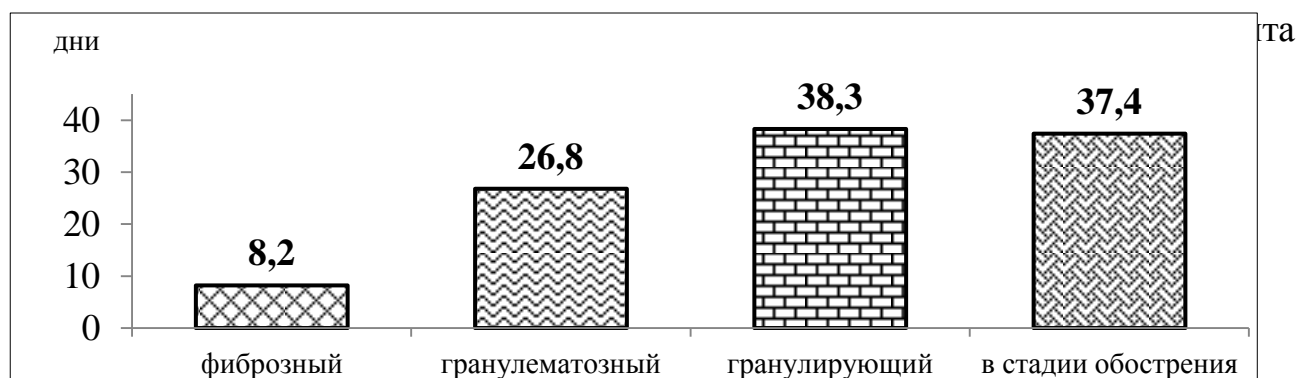


Рисунок 3.4.2 - Сроки повторного эндолечения хронического периодонтита с применением эндодонтическим цементом на основе минерального триоксидного агрегата

3.5. Результаты повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим периодонтитом с использованием биокерамического силера. В IV группу вошли 45 пациентов, из них 12 мужчин и 33 женщины, всего 68 зубов: фронтальная группа – 23, премоляры – 18, моляры – 27.

Жалобы пациентов: боли ноющего и самопроизвольного характера - 7 пациентов (7 зубов), неэстетичный вид зуба и дефект пломбы - 17 пациентов (23 зуба). С желанием получить качественное повторное эндолечение обратились 12 пациентов (20 зубов).

Индекс гигиены по Федорова-Володкиной: хороший и удовлетворительный – 32 (71,0%) пациента, неудовлетворительный и плохой - 13 (29,0%) пациентов.

Зондирование зубов выявило следующее: неполное раскрытие полости зуба фронтальной группы у 9 зубов, премолярах – 6 зубов, молярах – 10 зубов; чрезмерное раскрытие пульповой камеры зуба фронтальной группы – 5, премоляры – 5, моляры – 10 зубов; невыявленные каналы в 10 зубах: в верхних первых молярах второй медиально-щечный канал – 4 зуба; в нижнем первом моляре третий медиальный канал - 1 зуб; в нижних резцах второй канал – 2 зуба; в клыке на нижней челюсти второй канал – 1 зуб; в первом и втором премолярах на нижней челюсти второй канал – 2 зуба. Из 6 вторых нижних моляров 3 имели С-форму строения корневого канала.

Апекслокация: неплотная obtурация корневого канала – 42 зуба.

Прицельная рентгенография была проведена всем 45 пациентам (68 зубов) в количестве 125 снимков - диагностических и контрольных. По ее результатам выявлено следующее: хронический фиброзный периодонтит - 17 зубов; хронический гранулематозный периодонтит – 35 зубов с периапикальными очагами диаметром от 1 до 7 мм; хронический гранулирующий периодонтит - 6 зубов; наличие свища – 6 зубов; хронический периодонтит в стадии обострения – 10 зубов; недопломбированные каналы - 38 зубов; перепломбированные каналы - 2 зуба; перфорации в каналах зубов – 4 (1.1, 2.2 - в апикальной трети канала, 1.4 - в щечном канале, 1.6, 3.6 – в медиально-щечном канале); внутренняя резорбция корня зуба – 1 (2.2); ложный ход и наличие уступа в канале зуба – 3 (1.1, 2.2, 4.7).

Ортопантомография была проведена 24 пациентам. Оценивались общий стоматологический статус, количество и качество леченных ранее зубов. Выявлено, что 14 пациентам требовалось повторное эндолечение (от 2-х до 5 зубов) (рисунок 8.). Визиография была проведена для исследования 68 зубов. На визиограммах определены: невыявленные каналы – 12 зубов; дополнительные ответвления от основного канала – 6 зубов; диаметр периапикального очага составлял 1-7 мм.

На контрольной визиограмме через 6 месяцев (рисунок 3.5.1) отмечается регенерация костной ткани вокруг апекса 3.1, 3.2 зубов.

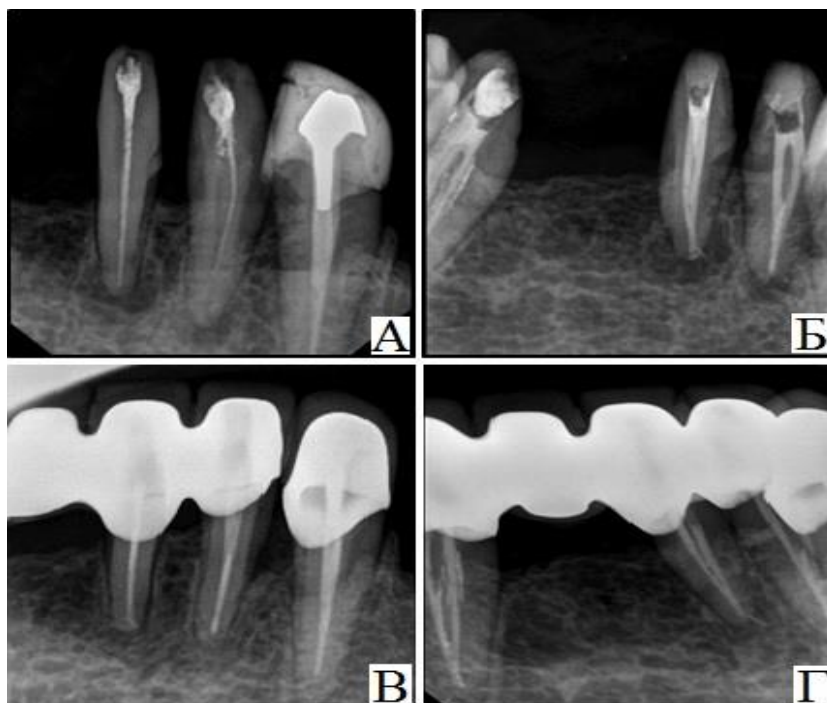


Рисунок 3.5.1 - Контрольная визиограмма пациентки Г., 63 года, до лечения (А), после obturation каналов биокерамическим силером (Б), через 6 месяцев после лечения (параллельная техника проведения визиограммы) (В) и через 6 месяцев после лечения (техника биссектрисы угла) 3.1, 3.2 зуба (Г)

Как видно из рисунка 3.5.2 сроки лечения различных форм периодонтита биокерамическим силером колебались от 8 при фиброзном до 37 дней при гранулирующем варианте течения процесса.

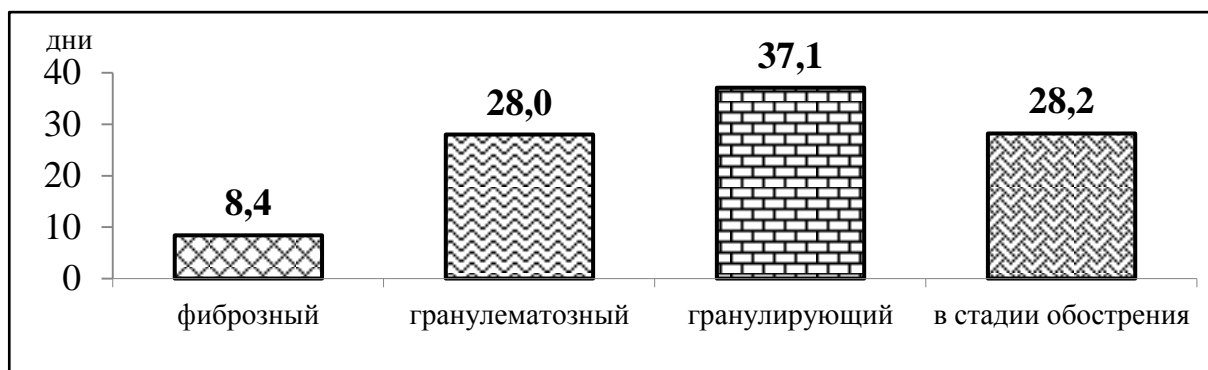


Рисунок 3.5.2 - Сроки повторного эндолечения хронического периодонтита с применением биокерамического силера

3.6. Сравнительная оценка результатов повторного эндодонтического лечения хронического периодонтита. Анализ данных показал, что сроки повторного лечения пациентов с хроническим периодонтитом зубов с применением цинк-оксид эвгенолового силера и силера на основе эпоксидной смолы деструктивными формами превышали 1,5 - 2 месяца.

Сравнивая эффективность применения силеров цинк-оксид эвгенолового силера и силера на основе эпоксидной смолы (см. рисунок 3.6.1. и таблица 3.6.2) при всех формах хронического периодонтита, следует отметить, что разница в сроках лечения между ними не достигала статистически значимых величин. Значения критерия Стьюдента – Фишера не позволяли отвергнуть нулевую теорию. Колебание t -критерия в пределах 0,9 - 1,2 соответствовало уровню значимости $p > 0,05$. Это означало, что указанные выше силеры равноценны по своей эффективности.

Анализ данных рисунков 8. и 10., показал, что эффективность эндодонтического цемента на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамического силера приблизительно одинакова. Однако средние сроки лечения при применении биокерамического силера, в целом, несколько меньше, чем при использовании эндодонтического цемента на основе минерального триоксидного агрегата. Наибольшей величины эта разница

достигает при лечении гранулирующей формы и в стадии обострения хронического периодонтита. Проверка нулевой гипотезы показала, что в группе с гранулирующим хроническим периодонтитом разница достигает статистически значимых величин. Величина t-критерия ($t=2,27$) соответствовала уровню значимости $p<0,05$ для числа степеней свободы $k=14-2$. В группе, где у пациентов был хронический периодонтит в стадии обострения, разница в средних сроках лечения также достигает статистически значимых величин. Значение t-критерия ($t=2,38$) соответствовало уровню значимости $p<0,05$ для числа степеней свободы $k=20-2$.

Следовательно, биокерамический силер оказался более эффективен при лечении некоторых деструктивных форм хронического периодонтита, чем эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата, так как сроки лечения с использованием первого достоверно сократились в среднем на неделю. В табл. 4 представлены объединенные данные о лечении деструктивных форм хронического периодонтита и его обострения (за исключением фиброзной формы) с применением всех использованных силеров.

Хотя в количественном отношении материал, подвергнутый лечебным манипуляциям, был приблизительно одинаков и применялся для лечения от 44 до 51 зуба в разных группах, дисперсия признака была максимальной при применении цинк-оксид эвгенолового силера и силер на основе эпоксидной смолы. Такой размах вариантов выборки, скорее всего, указывает на труднопредсказуемый результат применения конкретного материала. Небольшие значения дисперсии в выборках, где использовались эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер, свидетельствуют об обратном - предсказуемом результате вмешательства.

Таблица 3.6.1 - Средние сроки повторного эндолечения зубов, исключая хронический фиброзный периодонтит

Материал	Количество зубов, подвергшихся повторному эндолечению*	Среднее количество дней повторного эндолечения (\bar{x})	Дисперсия (Sx^2)	Ошибка репрезентативности ($S\bar{x}$)	Доверительный интервал для $t=1,96$ $\bar{x} \pm 1,96 S\bar{x}$
Силер 1	47	58,1	238,3	$\pm 2,8$	52,6 — 63,6
Силер 2	44	53,0	346,0	$\pm 2,8$	47,5 — 58,5
Силер 3	45	28,2	80,4	$\pm 1,6$	25,1 — 31,3
Силер 4	51	24,0	36,6	$\pm 1,1$	21,8 — 26,2

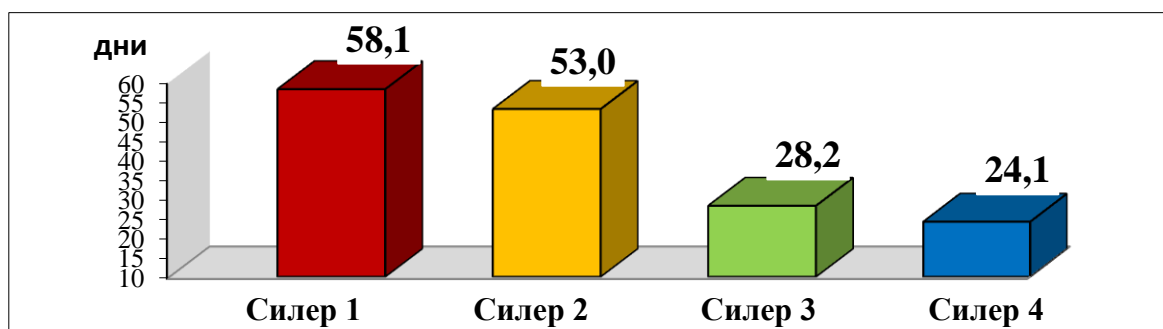
Примечание: * - при расчете статистических параметров не соответствовало количеству наблюдений *n*.

Силер 1 - цинк-оксид эвгеноловый; Силер 2 - на основе эпоксидной смолы;

Силер 3 - эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата;

Силер 4 - биокерамический силер.

Продолжительность лечения (рисунок 3.6.1) в группах, где применялись эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамического силера, была в 1,9 – 2,4 раза меньше, чем в группах, где использовали цинк-оксид эвгеноловый силер и силер на основе эпоксидной смолы.



Примечание: *

Силер 1 - цинк-оксид эвгеноловый; Силер 2 - на основе эпоксидной смолы;

Силер 3 - эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата;

Силер 4 - биокерамический силер.

Рисунок 3.6.1 - Средняя продолжительность лечения деструктивных форм хронических периодонтитов

Как видно из представленных в табл. 3.6.2 данных, различия в сроках лечения групп с использованием силеров цинк-оксид эвгеноловый силер и силер на основе эпоксидной смолы. не достигали статистически значимых величин. При сравнении первой и второй групп с третьей и четвертой группами различия достигали таких значений, которые соответствовали высокому уровню значимости $p < 0,001$. Ускорение процессов лечения деструктивных форм хронических периодонтитов носило не случайный характер, а было закономерно.

Таблица 3.6.2 - Значения уровня значимости и критерия Стьюдента-Фишера

Силер	Силер 1	Силер 2	Силер 3	Силер 4
	уровень значимости <i>p</i>			

Силер 1	значение <i>t</i> - критерия Стьюдента- Фишера	—	$p > 0,05$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Силер 2		$t = 1,28$	—	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Силер 3		$t = 9,27$	$t = 7,69$	—	$p < 0,05$
Силер 4		$t = 11,34$	$t = 9,64$	$t = 2,16$	—

Силер 1 - цинк-оксид эвгеноловый; Силер 2 - на основе эпоксидной смолы;
Силер 3 - эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата;
Силер 4 - биокерамический силер.

Вероятнее всего, эта закономерность частично была связана с тем, что исключался промежуточный этап временного пломбирования каналов лечебной пастой на основе кальция гидроксида. При применении силеров как эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер это вещество образуется из входящего в их состав кальция фосфата при контакте с окружающими тканями.

Таким образом, современные силеры как эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер; своими уникальными качествами как: высокая антимикробная активность, хорошая биосовместимость и биоактивность позволили в 1,9 – 2,4 раза сократить длительность повторного эндолечения хронических периодонтитов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Основными причинами неэффективности первичного эндодонтического лечения зубов у пациентов с хроническим периодонтитом с наличием хронической инфекции в каналах зуба явились:

- недопломбированные каналы (63,0%);
- невыявленные каналы (11,0%);
- перфорации каналов (4,4%);
- перепломбированные каналы (4,0%).

2. Предлагаемая схема повторного эндодонтического лечения, включающая общепринятый протокол лечения с дополнительным использованием специального ротационного самоадаптирующего файла «XP Endo» при препаровке труднодоступных участков каналов зубов и применением эндодонтического цемента на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамического силера позволяющие obturировать труднодоступные участки каналов, перфорации и их периапикальные очаги с их последующим заживлением.

3. Сравнительный анализ эффективности повторного эндодонтического лечения зубов с хроническим периодонтитом показал успешность лечения с полной регенерацией кости в течении трех лет: в I группе - 63,0% - 1год, 72% 2

года, 75% - 3 года; во II группе 69%- 1 год, 78% - 2 года, 81% - 3года; в III группе - 87% -1 год, 92% - 2года, 95% - 3 года; в IV группе - 89% - 1год, 95% - 2 года, 97% - 3 года.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Повторное эндодонтическое лечение проводится при неэффективности первичного эндодонтического лечения и наличия периапикального очага.

2. При повторном эндодонтическом лечении ирригация канала зуба раствором 3% натрия гипохлорита совместно с раствором 17% ЭДТА проводится до завершения экссудации с последующим введением лечебной пасты $\text{Ca}(\text{OH})_2$ внутрь канала.

3. Сроки применения лечебной пасты $\text{Ca}(\text{OH})_2$ следующие:

при хроническом фиброзном периодонтите - от 1 до 2 недель;

при хроническом гранулирующем периодонтите - до 4 недель;

при хроническом гранулематозном периодонтите 4-6 недель.

4. При наличии узких, искривленных каналов с наличием множественных дельтовидных ответвлений в эстетически значимых зубах с перфорацией корня до 1 мм предпочтительнее применять биокерамический силер.

5. В каналах с широким апексом, с-формой канала и наличием перфораций более 1 мм показан эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата.

6. В несложных случаях без наличия перфораций, где периапикальный очаг не превышает 3-4 мм возможно применение общедоступных силеров – цинк-оксид эвгеноловый и силер на основе эпоксидной смолы.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Бердиева, Р. Р. Рентгенологическая картина каналов зубов с хроническим периодонтитом требующих повторного эндодонтического лечения [Текст] / Р. Р. Бердиева // Известия вузов Кыргызстана. – Бишкек, 2018. - № 3. - С. 14-17; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36434727>

2. Бердиева, Р. Р. Анализ безуспешности ранее эндолеченных зубов требующих повторного эндодонтического лечения [Текст] / Р. Р. Бердиева, А. Б. Мамытова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – Бишкек, 2018.-№ 5.-С. 44-47; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35664928>

3. Бердиева, Р. Р. Сравнительный анализ результатов ирригации корневых каналов зубов растворами гипохлорит натрия 3%, ЭДТА 17%, хлоргексидин 2% в эндолечении зубов [Текст] / Р. Р. Бердиева // Наука, новые

технологии и инновации Кыргызстана. – Бишкек, 2018. - № 5. - С. 56-58; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35664931>

4. Бердиева, Р.Р. Пломбирование каналов зубов с минеральным триоксидегидратом (OrthoMta) при повторном эндодонтическом лечении [Текст] / Р.Р. Бердиева // Вестник КРСУ. – Бишкек, 2018. – Т. 18, № 9. – С. 19-22; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36527110>

5. Бердиева, Р. Р. Сравнительный анализ материалов при пломбировании корневых каналов зубов с хроническими периодонтитами при повторном эндодонтическом лечении [Текст] / Р. Р. Бердиева // Вестник КРСУ. – Бишкек, 2018. - Т. 18, № 9. - С. 94-97; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36527125>

6. Бердиева, Р. Р. Возможности повторного эндодонтического лечения зубов с хроническими периодонтитами. Ошибки первичного эндолечения [Текст] / Р. Р. Бердиева // VII научно-практ. конф. с международным участием «Приоритеты фармации и стоматологии: от теории к практике»: сб. науч. тр. – Алматы, 2018. - С. 91-95.

7. Бердиева, Р. Р. Анализ повторного эндодонтического лечения зубов с хроническим периодонтитом с использованием современных силеров [Текст] / Р. Р. Бердиева, А. Б. Мамытова // Colloquium-journal. Medical Sciences. - Варшава, 2019. - № 27-3 (51). - С. 10-12; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=41601967>

8. Бердиева, Р.Р. Анализ ошибок первичного эндодонтического лечения зубов с хроническим периодонтитом [Текст] / Р. Р. Бердиева, А. Б. Мамытова // Международный научно-исследовательский журнал. - Екатеринбург, 2020. - № 1-1 (91). - С. 79-82; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=41875991>

9. Бердиева, Р.Р. Анализ неэффективности эндодонтического лечения первого верхнего моляра [Текст] / Р. Р. Бердиева, А. Б. Мамытова // «Student». – Москва, 2021. Т.4. - № 12; То же: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47460599>

Бердиева Роза Рустамовнанын «Өнөкөт периодонтит менен тишти заманбап пломбалоочу материалдар менен экинчи ирет эндодонттук дарылоонун салыштырма талдоосу» деген темадагы 14.01.14 – тиш оорулар адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын ишинин

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: тиш, канал, пломбалоо, силер, эндодонттук дарылоо, өнөкөт периодонтит.

Изилдөө объектиси: тиштин өнөкөт периодонтити менен бейтаптар 167.

Изилдөө предмети: заманбап пломбалоочу материалдарды колдонуу менен экинчи ирет эндодонттук дарылоо.

Иштин максаты: заманбап силерлерди колдонуу менен тиштин өнөкөт периодонтити менен бейтаптарды экинчи ирет эндодонттук дарылоого салыштырма талдоо жүргүзүү 271

Изилдөө методдору жана аппараты: клиникалык, компьютерде статистикалык, апекслокатордо апекслокация, визиографта визиография, рентгенаппаратта мээлеп жасалган рентгенография, ортопантомография жана томографта конустук –нур компьютердик томографиясы.

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыгы: 1. Тиштин каналдарын жеткире пломбалоо (63,0%), тиштердин табылбаган каналдарынын болушу (11,0%), тиштин тамырында перфорациялардын болушу (4,4%) жана тиштин каналдарын кайра пломбалоо (4,1%) менен байланышкан тиштин өнөкөт периодонтити менен бейтаптарда алгачкы эндодонттук дарылоонун натыйжасыздыгынын негизги себептери табылды.

2. Тиштин өнөкөт периодонтити менен бейтаптарда экинчи ирет эндодонттук дарылоо үчүн сапаттык мүнөздөмөлөрүн эске алуу менен заманбап силерлердин тандоосу негизделген.

3. Тиштерди рецидивсиз же күчөп кетпестен сактап калуусун камсыздоочу экинчи ирет эндодонттук дарылоонун схемасы иштелип чыккан.

4. «XP Endo» өзү адаптациялануучу ротациялык файлы кошумча пайдалануу менен дарылоонун жалпы кабыл алынган протоколун камтыган кайра эндодонтикалык дарылоонун схемасы тиштердин каналдарынын жетүүгө кыйын жерлерин препаратка жана каналдардын жетүүгө кыйын жерлерин жабууга, минералдуу триоксиддүү агрегаттын жана биокерамикалык силердин негизинде эндодонттук цементти колдонуу менен перфорациялоо жана алардын периапикалдык очогун мындан аркы айыгышына мүмкүндүк берет

Колдонуу даражасы же колдонуу боюнча сунуштар: Кыргыз Республикасынын стоматологиялык клиникаларынын дарылоо практикасында колдонуу.

Колдонуу жаатын чагылдырышы: стоматология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Бердиевой Розы Рустамовны на тему: «Сравнительный анализ результатов повторного эндодонтического лечения зубов с хроническими периодонтитами современными пломбировочными материалами» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.14 – стоматология

Ключевые слова: зуб, канал, пломбирование, силер, эндодонтическое лечение, хронический периодонтит.

Объект исследования: 167 пациентов с хроническим периодонтитом зубов.

Предмет исследования: повторное эндодонтическое лечение с использованием современных пломбировочных материалов 271 зуб.

Цель работы: провести сравнительный анализ эффективности повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим периодонтитом зубов с использованием современных силеров.

Методы исследования и аппаратура: клинические, статистические на компьютере, апекслокация на апекслокаторе, визиография на визиографе, прицельная рентгенография на рентгенаппарате, ортопантомография и конусно-лучевая компьютерная томография на томографе.

Полученные результаты и их новизна: 1. Установлены основные причины неэффективности первичного эндодонтического лечения у пациентов с хроническим периодонтитом зубов, связанные с недопломбировкой каналов зубов (63,0%), наличием не выявленных каналов зубов (11,0%), наличием перфораций в корнях зубов (4,4%) и перепломбированием каналов зубов (4,1%).

2. Обоснован выбор современных силеров с учетом их качественных характеристик для повторного эндодонтического лечения пациентов с хроническим периодонтитом зубов.

3. Разработана схема повторного эндодонтического лечения, обеспечивающая сохранение зубов без рецидивов и осложнений.

4. Проведен сравнительный анализ повторного эндодонтического лечения у пациентов с хроническим периодонтитом зубов современными силерами с учетом их качественных характеристик. К оптимальным силерам отнесены эндодонтический цемент на основе минерального триоксидного агрегата и биокерамический силер, имеющие повышенные антимикробные и остеорегенерирующие свойства.

Степень использования или рекомендации по использованию: использовать в лечебной практике стоматологических клиник Кыргызской Республики.

Область применения: стоматология.

RESUME

thesis by Roza Rustamovna Berdiyeva «Comparative analysis of repeated endodontic treatment of teeth with chronic periodontitis using modern filling materials» for Candidate of Medical Sciences in 14.01.14 Dentistry

Keywords: tooth, canal, filling, sealer, endodontic treatment, chronic periodontitis.

Object of research: 167 patients with chronic periodontitis.

Subject of research: repeated endodontic treatment with the modern filling materials 271

Objective of research: make the comparative analysis of the effectiveness of repeated endodontic treatment of patients with chronic periodontitis of using modern fillings.

Methods and equipment: clinical, computed statistical, apex location on an apex locator, visiography on a visiograph, spot X-ray on a X-ray device, orthopantomography and cone beam computed tomography on a tomograph.

Results and novelty: 1. The main causes of the primary endodontic treatment ineffectiveness in patients with chronic periodontitis have been established: underfilled teeth canals (63,0%), undetected teeth canals (11,0%), perforated teeth roots (4,4%) and overfilling of teeth canals (4,1%).

2. The choice of modern sealers with regard to their qualitative characteristics for repeated endodontic treatment of patients with chronic periodontitis has been substantiated.

3. Repeated endodontic treatment scheme ensuring the preservation of teeth without relapses and complications has been elaborated.

4. Comparative analysis of the repeated endodontic treatment of patients with chronic periodontitis using modern sealers with their set of qualitative characteristics has been carried out. Endodontic cement based on mineral trioxide aggregate and bioceramic sealer with increased antimicrobial and osteoregenerating properties were considered as optimal sealers.

Degree of use or recommendations for use: Should be used in the medical practice of dental clinics in the Kyrgyz Republic.

Scope: dentistry.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

«Crown down»	— техника очистки каналов корня зуба ротационными машинными файлами
«Step back»	— техника очистки каналов корня зуба ручными файлами
«С»-канал	— «С» – образная форма канала корня зуба
Ca(OH) ₂	— временная лечебная паста на основе гидроксида кальция
NaOCl 3%	— раствор гипохлорита натрия 3,0%
R-	— рентгенологическое
Root ZX	— апеклокатор прибор для измерения длины канала зуба
КЛКТ	— конусно-лучевая компьютерная томография
Латеральная конденсация	— методика пломбирования канала зуба
Перфорация	— отверстие в зоне дна полости зуба или корне
Раббердам	— система изоляции зуба от полости рта
Хр. рт	— хронический периодонтит
CHX 2%	— раствор хлоргесидина 2,0%
ЭДТА	— этилендиметилтетрауксусная кислота
эндолечение	— эндодонтическое лечение

Подписано к печати 2022 г.
Заказ № 1744. Тираж 50 экз. Бумага офсетная.
Формат бумаги 60 х 90/16. Объем 1,5 п. л.
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92