

## **ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ПОСТЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Солонько Мария Сергеевна**

студент, Ивановская государственная медицинская академия, РФ, г. Иваново

**Джураева Шарора Файзовна**

научный руководитель, д-р мед. наук, и.о. зав. кафедрой стоматологии №1, Ивановская государственная медицинская академия, РФ, г. Иваново

**Актуальность работы.** Перелечивание в эндодонтии – достаточно тяжелая процедура, требующая многих часов, наличия сложного оборудования, хорошие мануальные навыки. Клиницисты на разных этапах эндодонтического лечения сталкиваются со сложностями [1, 3-5].

По мнению Соломонова М. [2, 7], первостепенное значение имеет внутриканальная инфекция (intraradicular infection), которая выжила во время эндодонтического лечения) и экстраадикулярная инфекция (extraradicular infection). Это связано с проблемами и ошибками на этапах шейпинга, клининга и obturation. Развитию осложнений приводят такие факторы, как сломанные инструменты в инфицированном канале, сложная анатомия (С-образные каналы, дополнительные каналы, которые не нашли, пропущенные каналы и корни, каналы, которые просто не удалось пройти), внутренние резорбции.

В 2003 году Friedman [6] предложил классификацию прогнозирования результата проведенного эндодонтического лечения, которой пользуется большинство эндодонтистов. Первый вариант результата лечения – когда заболевание полностью прошло и в итоге полное заживление: healed. Второе: healing – идущее заживление. И третий вариант: post treatment endodontic disease – эндодонтическое заболевание после лечения.

**Цель.** Комплексный клинико-рентгенологический анализ постэндодонтических заболеваний.

**Материал и методы.** Обследовано 100 пациентов (мужчин – 56, женщин – 44), в возрасте от 20 до 40 лет, обратившихся с жалобами после проведенного стоматологического лечения. Всего 117 зубов.

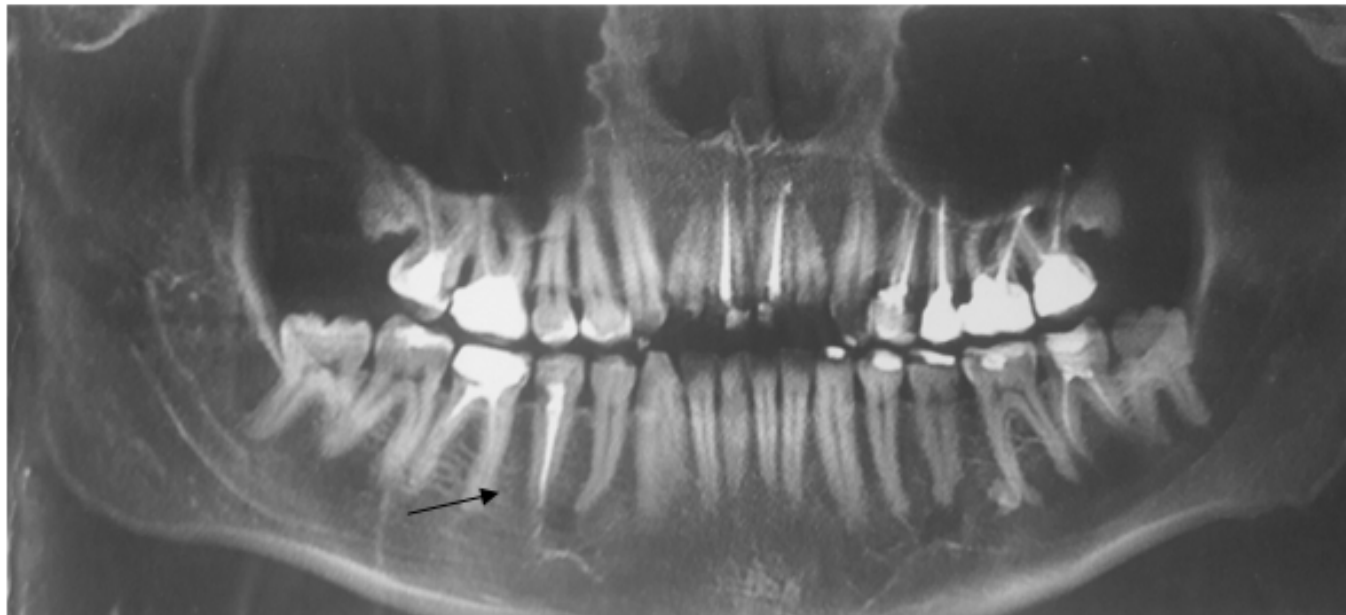
Обследование пациентов проводили по определённом плану, состоящему из основных и дополнительных методов исследования. При обследовании больных использованы общеклинические, стоматологические, рентгенологические, клинико-лабораторные, статистические исследования. У обследованных больных не было признаков сопутствующей патологии, изменяющей состояние зубов и пародонтальных тканей.

С целью оценки состояния окружающих зуб тканей, изменений в структуре челюстных костей было проанализировано 20 ортопантомограмм и 98 прицельных снимков исследуемых пациентов.

**Результаты.** Анализ структуры ошибок и осложнений показал, что наиболее значимыми являются: неполная obturation корневого канала – 51,64%, невыявление корневого канала – 18,85%, непроходимость к/к – 8,20%, несостоятельность коронковой реставрации – 5,74%, аномалия строения к/к – 4,10%, выведение пломбировочного материала за пределы корня – 2,57%, перфорация – 2,35%, фрагментация инструмента – 2,46%, резорбция корня в

апикальной части – 2,45%, полное пломбирование с изменениями в периодонте – 1,64%.

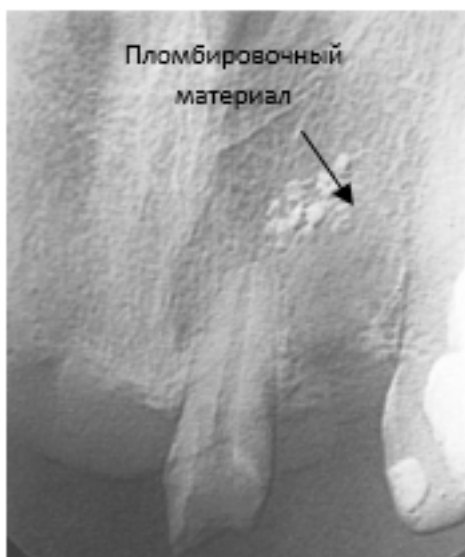
Проанализировав структуру ошибок и неблагоприятных исходов при эндодонтическом лечении, мы выявили, что наиболее частой ошибкой эндодонтического лечения является неполная obturation корневых каналов (рис. 1), она встречается в 51,64% случаев и в 31,97% случаев приводит к деструктивным воспалительным изменениям в периодонте.



**Рисунок 1. Ортопантомограмма. Неполная obturation корневого канала**

Во фронтальной группе зубов данная ошибка зафиксирована только в 4,10% случаях, что привело к возникновению деструктивных изменений в периодонте. В жевательной группе зубов данный показатель достоверно ( $p < 0,001$ ) увеличился в 11,2 раз и составил 45,90%, деструктивные изменения при этом возникли в большинстве случаев, а именно в 27,87%. Неполная obturation встречалась практически в каждом втором из некачественно леченых зубов и повторялась практически в каждом канале многоканальных зубов.

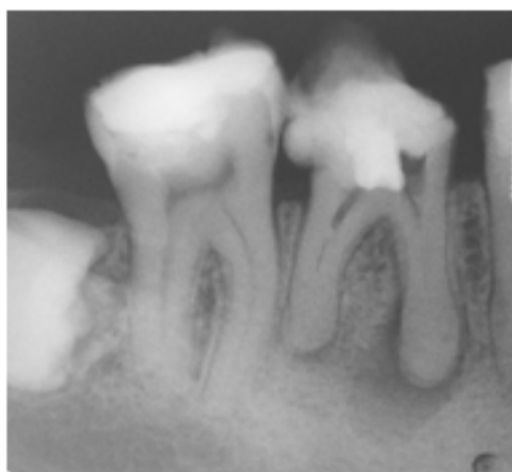
В передней группе зубов резорбция корня зуба (рис. 2) составила 2,45% случая. Причем чаще она встречается именно в области корней зубов верхней челюсти. Резорбция корня в боковой группе зубов не зафиксирована.



***Рисунок 2. Резорбция корня зуба, в результате выхода пломбировочного материала за его пределы***

Невыявление корневого канала при эндодонтических вмешательствах чаще зафиксировано в молярах (17,21%) и реже в премолярах (1,64%) верхней и нижней челюстей, в то время как в центральных и боковых резцах обеих челюстей – не выявлялось. Из общего числа зафиксированных случаев выведения пломбировочного материала за вершущку корня зуба в 2,46% наблюдались изменения в тканях периодонта.

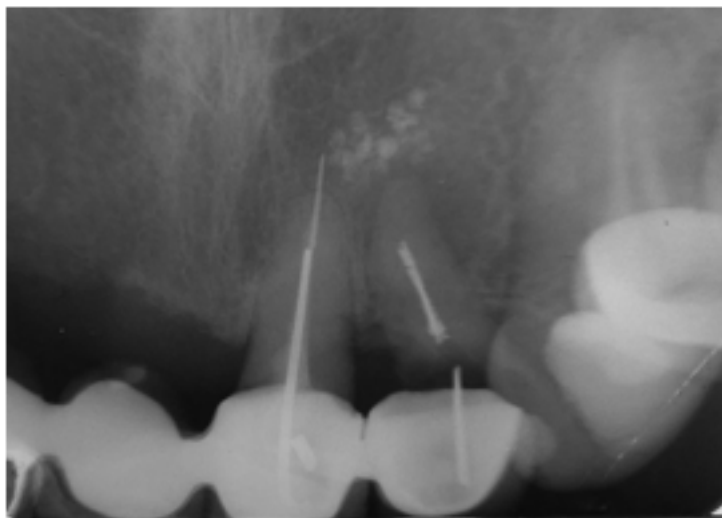
Еще одним препятствием на пути качественной obturации корневых каналов является непроходимость к/к (рис. 3) в результате образования петрификатов (8,20%), из них в 100% случаев в молярах верхней и нижней челюстях.



***Рисунок 3. Непроходимость к/к в результате образования петрификатов с деструктивными изменениями в периодонте***

Аномалия строения корневых каналов зафиксирована в 4,92% случаев, из них в основном в премолярах на верхней челюсти – 3,28%, а в молярах на нижней челюсти в 1,64%.

Выведение пломбировочного материала за пределы апикального отверстия преимущественно отмечается на верхней челюсти с деструктивными изменениями периодонта и без патологических изменений в периапикальной области также в равной степени (1,37% и 1,91%). Фрагментация инструмента (рис. 4) и перфорация дна или стенки зуба (рис. 5) чаще всего зафиксированы у клыков и премоляров верхней челюсти (2,46% и 0,82%).



**Рисунок 4. Фрагментация инструмента в корневом канале зуба**

Несостоятельность коронковой реставрации наиболее часто встречается в молярах (4,10%) и в премолярах (1,64%) в основном на верхней челюсти.



**Рисунок 5. Перфорация дна зуба**

**Выводы.** Высокий процент ошибок и осложнений на этапах эндодонтического лечения диктует необходимость клиницистам сосредоточиться на основополагающих принципах, приводящих к успеху. Некачественная obturation корневого канала прежде всего связана с

ошибками на этапе инструментальной и медикаментозной обработки канала. Совершенно очевидно, что необходимо соблюдать пошаговый алгоритм инструментальной обработки корневого канала, с последующей адекватной obturацией до верхушки корня с учетом естественной анатомии канала, что повысит качество и благоприятный прогноз лечения.

#### **Список литературы:**

1. Макеева И.М. Методические рекомендации. Современные методы механической и медикаментозной обработки корневых каналов зубов / И.М. Макеева и [др.] – М., 2006. – 32с.
2. Соломонов М. Прорыв в инструментации корневого канала / М. Соломонов // Endodontia (Russia), 2010. – № 1-2, Том IV. – С. 19-22.
3. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. – М.: Медицина, 2002. – 640 с.
4. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. – 840 с.
5. Тронстад Л. Клиническая эндодонтия / Лейф Тронстад. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 288 с.
6. Friedman S. Treatment outcome in endodontics: the Toronto Study. Phase 1: initial treatment / S. Friedman, S. Abitbol // Journal of Endodontics, 2003. – № 29 (12). – P. 787-793.
7. Solomonov M. Self-Adjusting Files in Retreatment: A High-resolution Micro-Computed Tomography Study / M. Solomonov, F. Paque, S. Kaya // Journal of endodontics, 2012. – 38(9). – P. 1283-1287.