

# Отдаленные результаты лечения пульпита и периодонтита

А.К. ИОРДАНИШВИЛИ\*, д.м.н., проф. имени И.И. Мечникова  
И.Б. САЛМАНОВ\*\*, врач-стоматолог, нач. стоматологического кабинета

А.А. СЕРИКОВ\*\*\*, к.м.н., асс.

\*Кафедра ортопедической стоматологии

Северо-Западный государственный медицинский университет, Санкт-Петербург

\*\*Хирургическое отделение медицинского отряда специального назначения 1602 окружного военного клинического госпиталя, г. Ростов-на-Дону

\*\*\*Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

## Long-term results of treatment pulpitis and periodontitis

A.K. IORDANISHVILI, I.B. SALMANOV, A.A. SERIKOV

**Резюме:** В работе представлены результаты изучения эффективности эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов (пульпит, периодонтит) у 224 человек, в том числе 169 мужчин и 55 женщин, в возрасте от 18 до 55 лет в ближайшие и отдаленные сроки после проведенного лечения, а также анализ обеспечения стандарта качества эндодонтического лечения. Удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов по завершению эндодонтического лечения пульпита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов определяется, соответственно, в 77,78%, 83,33%, и в 65,28% случаев; по завершению эндодонтического лечения периодонтита, соответственно, в 73,33%, 69,23, и в 66,67% случаев. Эффективность лечения в отдаленном периоде осложненных форм кариеса однокорневых, двух- и трехкорневых зубов составляет, соответственно, 60%, 61,54% и 59,68% случаев при пульпите и, соответственно, 66,67%, 72,72% и 68,42% случаев при периодонтите.

**Ключевые слова:** осложненный кариес, пульпит, периодонтит, каналы корней зубов, пломбирование каналов корней зубов, эндодонтическое лечение, обеспечение стандарта качества эндодонтического лечения.

**Abstract:** The results of studying the effectiveness of endodontic treatment of complicated forms of caries (pulpitis, periodontitis) in 224 people, including 169 men and 55 women, aged from 18 to 55 years in early and late periods after treatment, as well as analysis software quality standard endodontic treatment. Satisfactory root canal filling finishing endodontic treatment of pulpitis single rooted, two or three tooth root defined respectively in 77.78%, 83.33% and 65.28% of cases; upon completion of the endodontic treatment of periodontitis, respectively, 73.33%, 69.23 and 66.67% of cases. The effectiveness in the long term treatment of complicated caries single rooted, two or three teeth of the root, respectively, 60%, 61.54% and 59.68% of cases with pulpitis and respectively 66.67%, 72.72% and 68.42% of cases of periodontitis.

**Key words:** complicated caries, pulpitis, periodontitis, root canals, dental root canal filling, endodontic treatment, to ensure the quality standard of endodontic treatment.

В структуре стоматологической заболеваемости пульпиты и периодонтиты зубов по-прежнему стойко занимают, соответственно, второе и третье место после кариеса зубов [2, 10, 11]. До сих пор сохраняется высокая распространенность неосложненного кариеса (93,7%) у взрослого населения Российской Федерации, а потребность в лечении зубов на одного больного по поводу неосложненного кариеса составляет  $3,7 \pm 0,7$  зуба, осложненных форм кариеса  $1,8 \pm 0,2$  зуба (пульпит —  $1,10 \pm 0,25$ ; периодонтит —  $0,7 \pm 0,2$ ), а в удалении  $1,2 \pm 0,2$  зуба [2, 6].

Несмотря на высокую распространенность основных стоматологических заболеваний, количество стоматологов, занимающихся эндодонтическим лечением зубов, по-прежнему недостаточно [7, 13]. Сохраняется неудовлетворительным и материально-техническое обеспечение стоматологических эндодонтического лечения [12]. Так, пломбирование корневых каналов обычно осуществляется гуттаперчевыми штифтами с силером, которые не обеспечивают достижение

должной герметичной obturации канала корня (каналов корней) зуба. В то же время редко используются технологии, предусматривающие применение разогретой гуттаперчи [1, 3, 4]. Кроме того, сохраняется приверженность стоматологов-эндодонтистов к использованию морально устаревшего оборудования, инструментов и материалов для обработки и пломбирования каналов корней зубов [5, 8, 9]. Следует также отметить, что в последние годы не проводилась оценка эффективности консервативного лечения пульпитов и периодонтитов, а также не рассматривались вопросы по обеспечению стандарта качества эндодонтического лечения.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов (пульпит, периодонтит) в ближайшие и отдаленные сроки после проведенного лечения, а также анализ обеспечения стандарта качества эндодонтического лечения.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования проведен анализ обеспечения стандарта качества и оценка эффективности эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов у 224 человек, в том числе 169 мужчин и 55 женщин в возрасте от 18 до 55 лет.

У 120 человек (84 мужчины и 36 женщин) выполнено эндодонтическое лечение зубов по поводу различных форм пульпита. Среди этих пациентов было 22 человека (17 мужчин и 5 женщин), которые по своему возрасту относились к молодым пациентам, а 98 человек (67 мужчин и 31 женщина) — к группе людей среднего возраста. У лиц молодого возраста эндодонтическое лечение при пульпите выполнено на 5 однокорневых, 6 двух корневых и 12 трех корневых зубах. У лиц среднего возраста эндодонтическое лечение выполнено на 13 однокорневых, 25 двух корневых и 60 трех корневых зубах.

У 104 человек (85 мужчин и 19 женщин) выполнено эндодонтическое лечение зубов по поводу различных форм периодонтита. Среди пациентов, страдающих периодонтитом, было 18 человек (14 мужчин и 4 женщины), которые по своему возрасту относились к людям молодого возраста, а 86 человек (71 мужчина и 15 женщин) — к группе людей среднего возраста. У лиц молодого возраста эндодонтическое лечение при периодонтите выполнено на 2 однокорневых, 4 двухкорневых и 12 трехкорневых зубах. У лиц среднего возраста эндодонтическое лечение при данной форме осложненного кариеса зубов выполнено на 13 однокорневых, 22 двухкорневых зубах, а также 51 трехкорневых зубах.

Сразу после проведения эндодонтического лечения осложненного кариеса зубов (пульпита, периодонтита), согласно рекомендациям Европейской эндодонтической ассоциации по обеспечению стандарта эндодонтического лечения, на основании данных рентгенологического исследования, оценивали: доступ (удовлетворительно, неудовлетворительно), поперечное сечение формы устья корневых каналов (удовлетворительно, неудовлетворительно), выполнение измерения рабочей длины (выполнено, не выполнено), а также формирование корневого канала зуба (выполнено, не выполнено), гомогенность его obturации пломбировочным материалом (удовлетворительно, неудовлетворительно) и уровень заполнения канала корня зуба пломбировочным материалом [9]. При характеристике уровня пломбирования канала корня

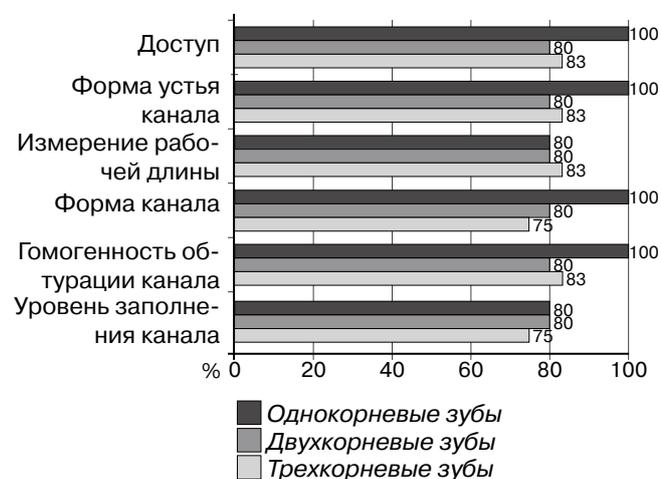


Рис. 1. Обеспечение стандарта на этапах эндодонтического лечения пульпита в зубах с разным количеством корней у лиц молодого возраста, %

зуба (для каждого корня) оценка проводилась согласно следующему регламенту: качественная — пломбирование канала корня зуба на уровне физиологической его верхушки, а также с дефектами пломбирования, когда канал корня зуба недопломбировывался или пломбировочный материал (или штифт — обычно гуттаперча) выводился за пределы верхушечного отверстия (рентгенологической верхушки корня зуба).

В отдаленный период наблюдения (12 месяцев и 24 месяца и более) оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита осуществлялась следующим образом. При отсутствии клинических и рентгенологических признаков патологии лечение считалось эффективным (группа А-1). Лечение считалось неэффективным при наличии клинических признаков «остаточного» пульпита и отсутствии рентгенологических признаков патологии (группа Б-1), а также при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта и возникновении в области верхушки корня зуба (верхушек корней зуба) рентгенологического очага «просветления» костной ткани челюсти (группа В-1).

Оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита в отдаленные сроки наблюдения за пациентами осуществлялась следующим образом. При отсутствии клинических и рентгенологических признаков патологии периодонта лечение считалось эффективным (группа А-2). Лечение также считалось эффективным, если при отсутствии клинических признаков периодонтита по данным рентгенологического исследования отмечали репаративные процессы костной ткани в периапикальной области, а именно уменьшение очага рентгенологического «просветления» (группа Б-2). Лечение периодонтита в отдаленные сроки считали неэффективным, если у пациента существовавший очаг рентгенологического «просветления» не имел признаков репарации костной ткани даже при отсутствии клинических проявлений воспалительного процесса в периодонте зубов, а также при наличии клинических симптомов периодонтита при отсутствии типичной рентгенологической картины рассматриваемого заболевания (группа В-2). Выбранные в настоящем клиническом исследовании сроки наблюдения за пациентами соответствовали рекомендации Европейской эндодонтической ассоциации [5, 9].

Полученные в ходе исследования цифровые показатели вносили в базу данных, созданную в программе Microsoft Access. Статистическую обработку произвели с применением программы Statistica for Windows версии 7.0.

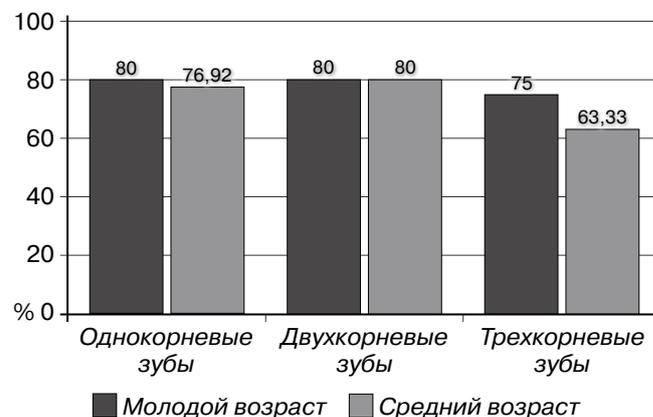


Рис. 2. Выполнение стандарта эндодонтического лечения пульпита зубов с разным количеством корней у лиц молодого и среднего возраста, %

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ обеспечения стандартов качества эндодонтического лечения пульпита и периодонтита проводили с учетом возраста пациентов и количества корней у зуба, который был лечен эндодонтически. У лиц молодого возраста при лечении пульпита однокорневого зуба удовлетворительный доступ (имел правильный контур при полном удалении «крыши» полости зуба, отсутствие недостаточного или избыточного размера транспанационного отверстия с истончением стенок коронки зуба), осевое направление доступа, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов (округлая или овальная форма, а также отсутствие нависающих дентинных «карнизов» над устьями корневых каналов), а также удовлетворительное формирование (сохранение апикального сужения, формирование апикального упора, коническая, цилиндрическая или веретенообразная форма корневого канала) и гомогенная obturation корневого канала (отсутствие «просветов» между штифтами или между стенкой канала корня зуба и штифтами) были определены в 100% случаев (рис. 1), что свидетельствовало о выполнении общепринятого стандарта эндодонтического лечения (СЭЛ). Выполнение стандарта по измерению рабочей длины (наличие рентгенограммы с установленным в полости зуба глубинометром) осуществлено в 80% случаев. При этом удовлетворительный уровень пломбирования корневого канала (пломбирование на уровне физиологической верхушки корня зуба, то есть на 1–1,5 мм короче рентгенологической верхушки корня зуба) отмечен в 80% зубов, недопломбирование — в 10% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении пульпита однокорневого зуба у лиц молодого возраста было выполнено в 80% случаев.

При лечении пульпита двух корневых зуба у молодых людей удовлетворительный доступ, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов, а также удовлетворительное формирование и гомогенная obturation корневых каналов были определены в 80% случаев. Измерение рабочей длины также было выполнено в 80% случаев. При этом удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов отмечен в 80% зубов, недопломбирование одного из каналов — в 10% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении пульпита двух корневых зуба у лиц молодого возраста выполнено в 80% случаев.

При лечении пульпита трехкорневого зуба у молодых людей (рис. 2) удовлетворительный доступ, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых

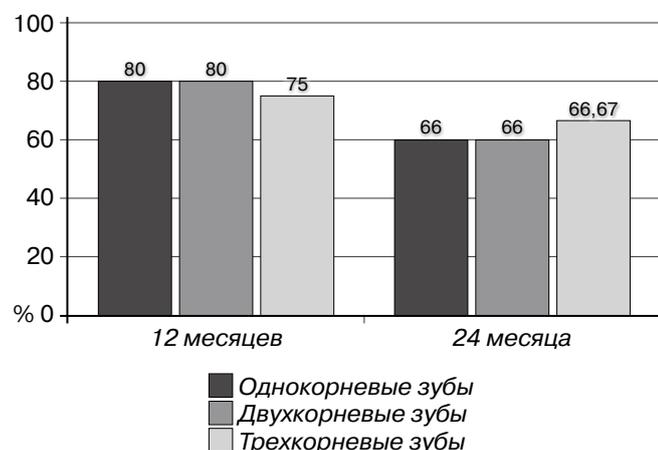


Рис. 3. Эффективность лечения пульпита у людей молодого возраста в отдаленные сроки, %

вых каналов, изменение рабочей длины, а также гомогенная obturation корневого канала были определены в 83,33% случаев, а удовлетворительное формирование корневых каналов — в 75% случаев. Удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов трехкорневых зубов определен у молодых людей при лечении пульпита в 75% случаев, недопломбирование (одного, двух или трех каналов) — в 16,7% случаев, перепломбирование (выведение гуттаперчи за пределы верхушечного отверстия или существенное выведение корневого пломбировочного материала за пределы верхушечного отверстия при использовании методики латеральной конденсации) — в 8,3% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении пульпита трехкорневого зуба у лиц молодого возраста выполнено в 75% случаев.

В отдаленный период наблюдения, через 12 месяцев оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц молодого возраста показала отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-1), отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно, в 80%, 80% и 75% случаев (рис. 3). Лечение было неэффективно из-за наличия клинических признаков остаточного пульпита при отсутствии рентгенологических признаков патологии (группа Б-1) только при лечении трехкорневых зубов и отмечено в 16,67% случаев. Неэффективно было лечение пульпита в однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубах у молодых людей, соответственно, в 20%, 20% и 8,33% случаев. У этих пациентов при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки (верхушек) корней зуба определялись на рентгенограммах очаги «просветления» костной ткани челюсти (группа В-1).

Спустя два года и более оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц молодого возраста показала, что отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-1), отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно в 60%, 60% и 66,67% случаев. Неэффективно было лечение пульпита однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубов у молодых людей, соответственно, в 40%, 40% и 33,33% случаев (группа В-1).

У лиц среднего возраста (рис. 4) при лечении пульпита однокорневого зуба удовлетворительный до-

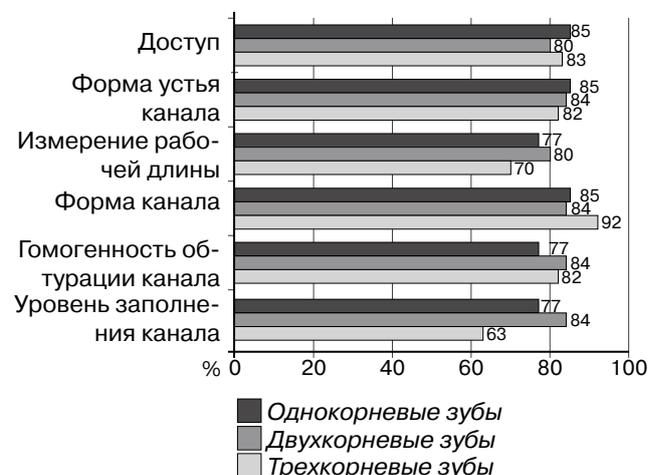


Рис. 4. Обеспечения стандарта на этапах эндодонтического лечения пульпита в зубах с разным количеством корней у лиц среднего возраста, %

ступ, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов, а также удовлетворительное формирование корневого канала были обеспечены в 84,62% случаев. Измерение рабочей длины и гомогенная obturation канала корня зуба выполнены в 76,92% случаев. Удовлетворительный уровень пломбирования корневого канала отмечен в 76,92% случаев, недопломбирование — в 23,08% случаев. Таким образом, обеспечение СЭЛ при лечении пульпита однокорневого зуба у лиц среднего возраста было выполнено в 76,92% случаев.

При лечении пульпита двухкорневого зуба у лиц среднего возраста удовлетворительный доступ и измерение «рабочей» длины осуществлены в 80% случаев. Удовлетворительное поперечное сечение формы устьев корневых каналов осуществлено в 88% случаев, а удовлетворительное формирование и гомогенная obturation корневых каналов — в 84% случаев. Качественное пломбирование корневых каналов отмечено в 84% случаев, недопломбирование одного или обоих каналов корней зуба — в 12% случаев, выведение за верхушку корня пломбировочных материалов — в 4% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении пульпита двухкорневого зуба у лиц среднего возраста выполнено в 80% случаев.

При лечении пульпита трехкорневого зуба у людей средней возрастной группы определено: удовлетворительный доступ — 88,33% случаев, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов — 81,67%, изменение рабочей длины — 70%, удовлетворительное формирование корневых каналов — 91,67% случаев, гомогенная obturation корневых каналов — 81,67% случаев. Удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов трехкорневых зубов при лечении пульпита у людей среднего возраста отмечен в 63,33% случаев, недопломбирование (одного, двух- или трех каналов) — в 28,33% случаев, перепломбирование — в 8,34% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении пульпита трехкорневого зуба у лиц среднего возраста выполнено в 63,33% случаев.

Спустя 12 месяцев (рис. 5) оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц среднего возраста показала отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-1); отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно, в 76,92%, 56,52% и 57,41% случаев. Лечение было неэффективно из-за наличия клинических признаков остаточного пульпита при отсутствии рентгенологи-

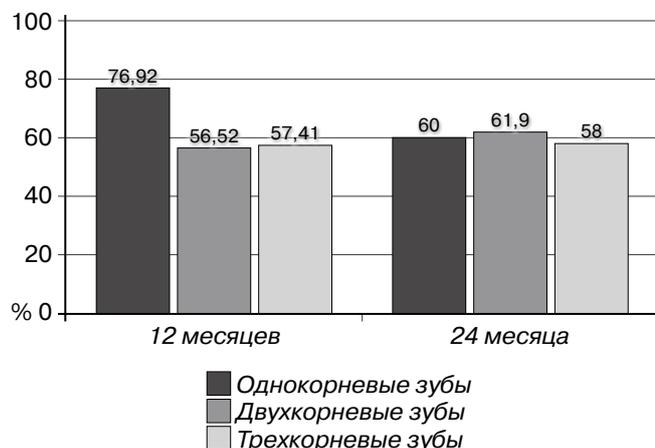


Рис. 5. Эффективность лечения пульпита у людей среднего возраста в отдаленные сроки, %

ческих признаков патологии (группа В-1) только, при лечении двух корневых зубов и отмечено в 4,35% случаев. Неэффективно было лечение пульпита в однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубах у лиц среднего возраста, соответственно, в 23,08%, 39,13% и 42,59% случаев. У этих пациентов средней возрастной группы также, как и у молодых пациентов, при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки (верхушек) корней зуба определялись на рентгенограммах очаги просветления костной ткани челюсти (группа В-1).

Спустя два года и более оценка эффективности эндодонтического лечения пульпита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц среднего возраста показала отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-1), отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно, в 60%, 61,90% и 58% случаев. Неэффективно было лечение пульпита однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубов у молодых людей, соответственно, в 40%, 38,1% и 42% случаев (группа В-1).

Анализ обеспечения стандартов качества эндодонтического лечения периодонтита (рис. 6), так же, как и пульпита, проводили с учетом возраста пациентов и количества корней у зуба, который был лечен эндодонтически. У лиц молодого возраста при лечении периодонтита однокорневого зуба удовлетворительный доступ удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов, измерение рабочей длины, а также удовлетворительное формирование канала корня зуба отмечено в 100% случаев. Гомогенная obturation корневого канала, то есть отсутствие просветов между штифтами или между стенкой канала корня зуба и штифтами, были определены согласно имеющемуся стандарту эндодонтического лечения в 50% случаев. При этом удовлетворительный уровень пломбирования корневого канала отмечен в 100% зубов. Обеспечение СЭЛ при лечении периодонтита однокорневого зуба у лиц молодого возраста было выполнено в 50% случаев.

При лечении периодонтита двухкорневого зуба у молодых людей удовлетворительный доступ, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых

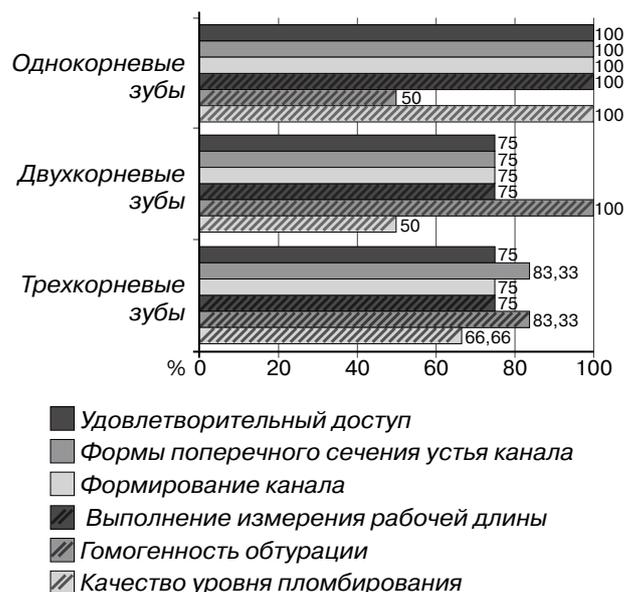


Рис. 6. Обеспечение стандарта на этапах лечения периодонтита у людей молодого возраста, %

каналов, измерение рабочей длины, удовлетворительное формирование каналов корней зуба отмечены в 75% случаев, а гомогенная obturation корней каналов были определялась в 100% случаев. Удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов отмечен в 50% случаев, недопломбирование одного из каналов — в 25% случаев, перепломбирование — в 25% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении пульпита двухкорневого зуба у лиц молодого возраста выполнено в 50% случаев.

При лечении периодонтита трехкорневого зуба у молодых людей удовлетворительный доступ определен в 75% случаев, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов — 83,33%, изменение рабочей длины и удовлетворительное формирование корневых каналов — в 75% случаев, а гомогенная obturation корневого канала определялась в 83,33% случаев. Удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов трехкорневых зубов определен у молодых людей при лечении периодонтита в 66,66% случаев, недопломбирование (одного, двух или трех каналов) — в 16,67% случаев, перепломбирование — в 16,67% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении пульпита трехкорневого зуба у лиц молодого возраста выполнено в 66,67% случаев (рис. 7).

В отдаленный период наблюдения (рис. 8), через 12 месяцев, оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц молодого возраста показала отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-2), отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно, в 50%, 50% и 25% случаев. Лечение было эффективно из-за отсутствия клинических признаков и положительной динамики рентгенологических признаков патологии (группа В-2) только при лечении двухкорневых (25%) и при лечении трехкорневых (33,33%) зубов. Не эффективно было лечение периодонтита в однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубах у молодых людей, соответственно, в 50%, 25% и 41,67% случаев. У этих пациентов при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки (верхушек) корней зуба определялись на рентгенограммах очаги просветления костной ткани челюсти (группа В-2).

Спустя два года и более оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц молодого возраста показала отсутствие клинических и рентгенологиче-

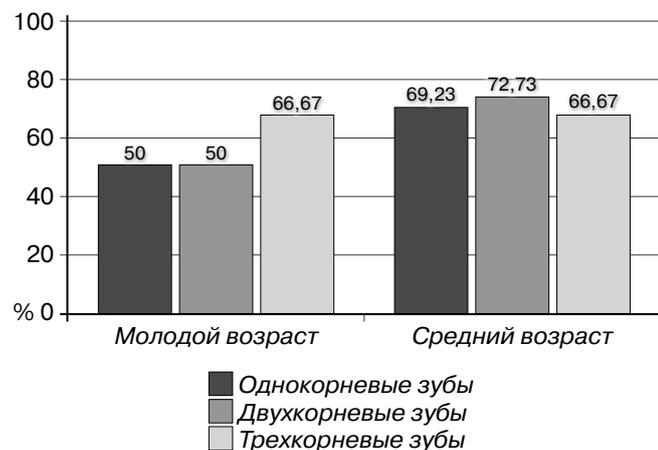


Рис. 7. Анализ обеспечения стандарта эндодонтического лечения (СЭЛ) при лечении периодонтита у людей молодого и среднего возраста, %

ских признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-1), отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно, в 50%, 75% и 33,33% случаев. Положительная рентгенологическая динамика отмечена при лечении периодонтита трехкорневых зубов в 25% (группа В-2). Не эффективно было лечение периодонтита однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубов у молодых людей, соответственно, в 50%, 25% и в 41,67% случаев (группа В-2).

У лиц среднего возраста (рис. 9) при лечении периодонтита однокорневого зуба удовлетворительный доступ, формирование канала корня зуба и гомогенность корневой пломбы отмечены в 84,62% случаев; удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов, частота измерения рабочей длины — в 76,92% случаев. Удовлетворительный уровень пломбирования корневого канала отмечен в 69,23% случаев, недопломбирование — в 7,698% случаев; выведение корневой пломбы за верхушку корня зуба — в 23,08% случаев. Таким образом, обеспечение СЭЛ при лечении периодонтита однокорневого зуба у лиц среднего возраста было выполнено в 69,23% случаев.

При лечении периодонтита двухкорневого зуба у лиц среднего возраста удовлетворительный доступ, формирование и гомогенная obturation корневых каналов отмечены в 90,91% случаев; удовлетворительное поперечное сечение формы устьев корневых каналов осуществлено в 86,36% случаев, а измерение рабочей длины — в 81,81% случаев. Качественное пломбирование корневых каналов отмечено в 72,73% случаев, недопломбирование одного или обоих каналов корней зуба — в 9,09% случаев, выведение за верхушку корня пломбировочных материалов — в 18,18% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении периодонтита двух корневых зуба у лиц среднего возраста выполнено в 72,73% случаев.

При эндодонтическом лечении периодонтита трехкорневого зуба у людей средней возрастной группы определены: удовлетворительный доступ — в 90,2% случаев, удовлетворительное поперечное сечение формы устья корневых каналов — в 78,43%, изменение рабочей длины — в 78,43%, удовлетворительное формирование корневых каналов — в 78,43% случаев, гомогенная obturation корневых каналов — в 90,2% случаев. Удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов трехкорневых зубов при лечении пульпита у людей среднего возраста отмечен в 66,67% случаев, недопломбирование (одного, двух или трех

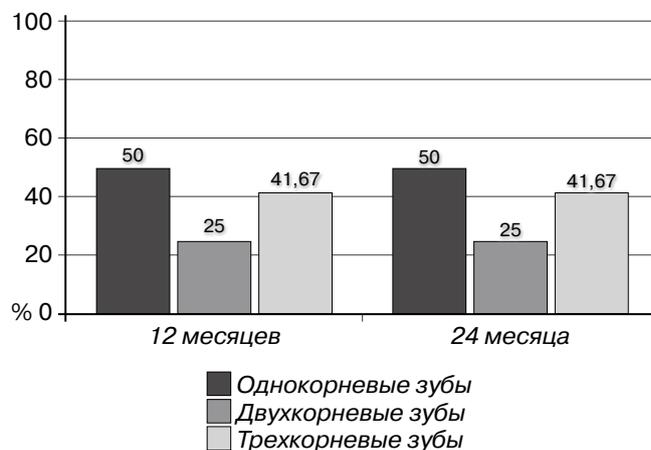


Рис. 8. Неблагоприятные исходы эндодонтического лечения периодонтита у людей молодого возраста в отдаленные сроки, %

каналов) — в 21,57% случаев, перепломбирование — в 11,76% случаев. Обеспечение СЭЛ при лечении периодонтита трехкорневого зуба у лиц среднего возраста выполнено в 66,67% случаев.

Спустя 12 месяцев оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц среднего возраста показала (рис. 10) отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-1); отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно, в 54,55%, 45,0% и в 42,86% случаев. Положительная динамика в регенерации костной ткани в области верхушки корня зуба наблюдалась, соответственно, в 18,18%, 30,0% и в 24,49% случаев (Б-2). Не эффективно было лечение периодонтита (В-2) в однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубах у людей среднего возраста, соответственно, в 27,27%, 25% и 32,657% случаев. У этих пациентов при отсутствии или наличии клинических признаков патологии периодонта в области верхушки (верхушек) корней зуба определялись на рентгенограммах очаги просветления костной ткани челюсти (группа В-2).

Спустя два года и более оценка эффективности эндодонтического лечения периодонтита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов у лиц молодого возраста показала отсутствие клинических и рентгенологических признаков патологии, то есть лечение было эффективным (группа А-1), отмечено с учетом количества корней в пролеченных зубах, соответственно, в 60%, 55,56% и в 44,44% случаев. Положительная рентгенологическая динамика отмечена при лечении периодонтита зубов, соответственно, в 10%, 16,67% и в 26,67% случаев (Б-2). Не эффективно было лечение периодонтита однокорневых, двухкорневых и трехкорневых зубов у лиц средней возрастной группы, соответственно, в 30%, 27,77% и в 28,89% случаев (группа В-2).

**Заключение**

Проведенное исследование позволило изучить эффективность эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов, пульпита и периодонтита, в ближайшие и отдаленные сроки после проведенного лечения, а также проанализировать результаты клинко-

рентгенологического исследования по обеспечению стандарта при выполнении эндодонтического лечения.

Анализ последовательных этапов эндодонтического лечения пульпита однокорневых и многокорневых зубов показал, что стандарт, соответственно, выполняется при формировании доступа к полости зуба в 88,89% и 85,29% случаев; формировании устья корневых каналов — в 88,89% и 83,33% случаев; измерении рабочей длины — в 77,78% и 74,51% случаев; формировании корневого канала (каналов) зуба — в 88,89% и 87,25% случаев; а гомогенность его (их) obturации пломбировочным материалом обеспечивается в 83,33% и 82,35% случаев.

Анализ последовательных этапов эндодонтического лечения периодонтита однокорневых и многокорневых зубов показал, что стандарт, соответственно, выполняется при формировании доступа к полости зуба в 86,67% и 87,64% случаев; формировании устья корневых каналов — в 80,0% и 83,9% случаев; измерении рабочей длины — в 80,0% и 78,65% случаев; формирование корневого канала(каналов) зуба — в 86,67% и 84,27% случаев; а гомогенность его (их) obturации пломбировочным материалом обеспечивается в 80,0% и 89,89% случаев.

В ходе исследования установлено, что удовлетворительный уровень пломбирования корневых каналов у взрослых людей (молодой и средний возраст) по завершению эндодонтического лечения пульпита однокорневых, двух- и трехкорневых зубов определяется, соответственно, в 77,78%, 83,33%, и в 65,28% случаев; по завершению эндодонтического лечения периодонтита, соответственно, в 73,33%, 69,23, и в 66,67% случаев.

Результаты ретроспективного клинко-рентгенологического исследования показали, что эффективность лечения в отдаленном периоде (два года) у взрослых людей (молодой и средний возраст) осложненных форм кариеса однокорневых, двух- и трехкорневых зубов составляет, соответственно, 60%, 61,54% и 59,68% случаев при пульпите и, соответственно, 66,67%, 72,72% и 68,42% случаев при периодонтите.

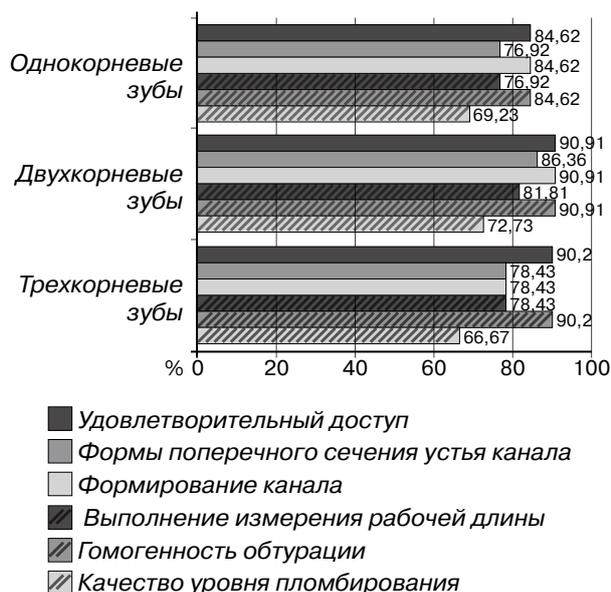


Рис. 9. Обеспечение стандарта на этапах лечения периодонтита у людей среднего возраста, %

Поступила 30.10.2016

Координаты для связи с авторами:  
191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

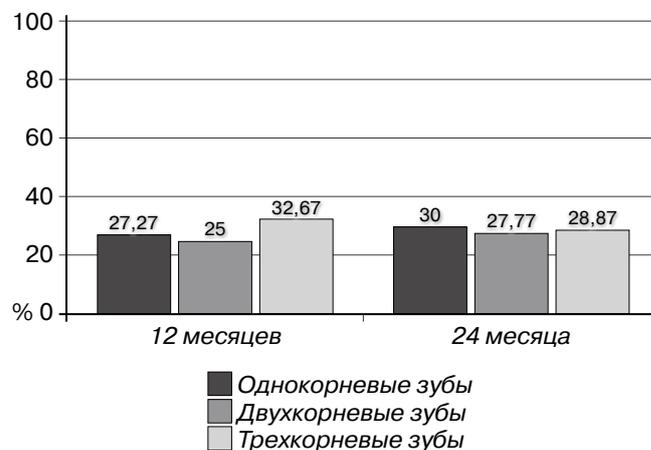


Рис. 10. Неблагоприятные исходы эндодонтического лечения периодонтита у людей среднего возраста в отдаленные сроки, %

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иорданишвили А. К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. — СПб.: Нордмедиздат, 2000. — 218 с.  
Iordanishvili A. K. Hirurgicheskoe lechenie periodontitov i kist chelyustey. — SPb.: Nordmedizdat, 2000. — 218 s.
2. Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М. Периодонтиты: учебное пособие. — СПб.: Нордмедиздат, 2000. — 80 с.  
Iordanishvili A. K., Kovalevskiy A. M. Periodontity: uchebnoe posobie. — SPb.: Nordmedizdat, 2000. — 80 s.
3. Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М. Эндодонтия-плюс. — СПб.: Нордмедиздат, 2001. — 164 с.  
Iordanishvili A. K., Kovalevskiy A. M. Endodontiya-plyus. — SPb.: Nordmedizdat, 2001. — 164 s.
4. Иорданишвили А. К., Толмачев И. А., Горбатенков М. Е. Эффективность пломбирования каналов корней зубов в стоматологических кабинетах военно-медицинских учреждений / Сб. материалов научно-практической конференции, посвященной 290-летию 35 военно-морского ордена Ленина госпиталя имени Н.А. Семашко. — СПб. — Кронштадт, 2007. — С. 76–77.  
Iordanishvili A. K., Tolmachev I. A., Gorbatenkov M. E. Effektivnost plombirovaniya kanalov korney zubov v stomatologicheskikh kabinetah voenno-meditsinskih uchrezhdeniy / Sb. materialov nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyaschennoy 290-letiyu 35 voenno-morskogo ordena Lenina gospiytalya imeni N.A. Semashko. — SPb. — Kronshtadt, 2007. — S. 76–77.
5. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / под ред. проф. А.К. Иорданишвили. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 343 с.  
Zabolevaniya endodonta, parodonta i slizistoy obolochki polosti rta / pod red. prof. A.K. Iordanishvili. — M.: MEDpress-inform, 2008. — 343 s.
6. Иорданишвили А. К., Никитенко В. В. Роль пародонтальных и периапикальных очагов инфекции в возникновении одонтогенно-

го верхнечелюстного синусита у лиц пожилого и старческого возраста // Эндодонтия today. 2013. №3. С. 27–31.

Iordanishvili A. K., Nikitenko V. V. Rol parodontalnykh i periapikalnykh ochagov infektsii v vzniknovenii odontogennoy verhnetcheluystnogo sinusita u lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta // Endodontiya today. 2013. №3. S. 27–31.

7. Иорданишвили А. К., Лобейко В. В., Самсонов В. В., Солдатова Л. Н., Черныш В. Ф. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения // Пародонтология. 2015. №1 (74). С. 78–80.

Iordanishvili A. K., Lobeyko V. V., Samsonov V. V., Soldatova L. N., Chernyish V. F. Stomatologicheskoye zdorove natsii i puti ego sohraneniya // Parodontologiya. 2015. №1 (74). S. 78–80.

8. Черныш В. Ф., Гребнев Г. А., Иорданишвили А. К., Лачин Р. А., Сливкин А. А. История организации санации полости рта в Российской армии // Вестн. Рос. Военно-мед. академии. 2015. №2 (50). С. 175–178.

Chernyish V. F., Grebnev G. A., Iordanishvili A. K., Lachin R. A., Slivkin A. A. Istoriya organizatsii sanatsii polosti rta v Rossiyskoy armii // Vestn. Ros. Voенno-med. akademii. 2015. №2 (50). S. 175–178.

9. Abbott P. V. Assessing restored teeth with pulp and periapical diseases for the presence of cracks, caries and marginal breakdown // Aust Dental J. 2004. Vol. 49. №3. P. 33–39.

Cheung G. Survival analysis of root canal treatment performed in a dental teach hospital // Эндодонтия today. 2001. Vol. 1. №2. P. 42.

11. Gernhardt C. R., Eppendorf K., Kozlowski A., Brandt M. Toxicity of concentrated sodium hypochlorite used as an endodontic irrigant // Int. Endo-dont. J. 2004. №37 (4). P. 272–280.

12. Limmermann F. Parodontaltherapie braucht klare Strategie // Dental. Spiegel. 2004. №2. S. 29.

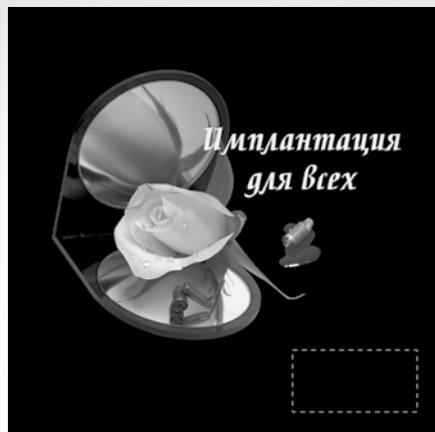
13. Villegas J. C., Joshioka T., Kobayashi, Suda H. Evaluation of accessory canal filling after four final irrigation regimes // Эндодонтия today. 2001. Vol. 1. №2. P. 4–9.

**Болезни пародонта**

(пособие для пациентов)

Авторы: О. В. Савич, А. Ю. Февралева

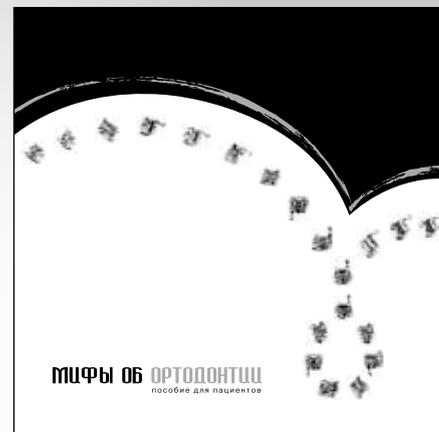
Наглядная информация для работы врача с пациентом. Объяснение причин возникновения заболеваний пародонта. Профилактика и этапы лечения.

**Имплантация для всех**

(пособие для пациентов)

Автор: А. Ю. Февралева

Что такое имплантат, что влияет на его приживление, какие протезы можно изготовить на имплантатах, и что необходимо для успешного и долгосрочного результата лечения.

**Мифы об ортодонтии**

(пособие для пациентов)

Автор: С. Н. Вахней

Разобраться самому и грамотно объяснить пациенту, в какой последовательности проводятся вмешательства, поможет алгоритм проведения мероприятий по реконструкции зубочелюстной системы.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПОЛИ МЕДИА ПРЕСС»

Тел./факс: (495) 781-28-30, 956-93-70, (499) 678-21-61; e-mail: [dostavka@stomgazeta.ru](mailto:dostavka@stomgazeta.ru); [www.dentoday.ru](http://www.dentoday.ru)