

# КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПУЛЬПИТА

Доц. О. В. Любченко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

*Проведена клиническая оценка отечественного композиционного материала Цитофил Са (La Tus) при лечении различных форм пульпита. Продемонстрирована высокая эффективность его применения в сравнении с зарубежным аналогом Endo Rez (Ультрадент).*

## КЛІНІЧНА ОЦІНКА КОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ПУЛЬПІТУ

Доц. О. В. Любченко

*Проведено клінічну оцінку вітчизняного композиційного матеріалу Цитофіл Са (La Tus) під час лікування різних форм пульпиту. Продемонстровано високу ефективність його застосування у порівнянні із закордонним аналогом Endo Rez (Ультрадент).*

## CLINICAL EVALUATION OF COMPOSITE MATERIALS FOR ROOT CANAL FILLING WHILE TREATING VARIOUS FORMS OF PULPITIS

O. V. Lubchenco

*Clinical evaluation of domestic composite material Tsitofil Ca (La Tus) in the treatment of various forms of pulpitis has been investigated. The efficiency of its use in comparison with its foreign analogue Endo Rez (Ultradent) has been displayed.*

На первой ступени среди осложненного кариеса стоит пульпит. Наиболее проблематичны в плане лечения необратимые формы пульпита. При таких формах пульпита происходит процесс некроза пульпы с развитием колонизации микробной флоры не только в системе корневых каналов, но и в периодонте [7].

Ведущим симптомом воспаления пульпы является появление боли, особенно при острых формах пульпита, что приводит к полному нарушению функции больного зуба. Богатая васкуляризация пульпы и периодонта способствует быстрому распространению микрофлоры в окружающие ткани, приводит к инфицированию периодонта и возникновению септикопиемии. Поэтому основные принципы лечения направлены на скорейшую ликвидацию болевого симптома, удаление воспаленных и инфицированных тканей и разобщение системы корневого канала

и периодонта посредством obturации корневого канала [4, 5].

Лечение пульпитов, как правило, сопровождается первичным эндодонтическим вмешательством и работой с живой пульпой. Такая ситуация, с точки зрения долгосрочного прогноза, является самой благоприятной, конечно, при тщательном исполнении протокола лечения [6].

В современной эндодонтии происходит постоянный поиск новых эффективных материалов для пломбирования корневых каналов. Последней совместной разработкой компании La Tus (г. Харьков) и кафедры стоматологии и терапевтической стоматологии ХМАПО стал материал пломбировочный эндодонтический Цитофил Са [1, 2, 3]. Цитофил Са представляет собой текучий композит двойного отверждения.

Цель работы — оценить клиническую эффективность применения нового

композиционного материала Цитофил Са при лечении различных форм пульпита и сравнить с результатами применения зарубежного аналога Endo Rez (Ультрадент).

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашем исследовании мы провели лечение различных форм пульпита у 57 пациентов, из них 19 мужчин и 48 женщин. Возраст пациентов 18–60 лет.

Все пациенты с различными формами пульпита были разделены на две группы — основную, для лечения которой использовали разработанный нами материал Цитофил Са (La Tus), и группу сравнения, где использован импортный аналог — Endo Rez (Ультрадент). Количество больных в основной группе — 37 человек, а в группе сравнения — 20 человек.

Мы оценили частоту возникновения острых и хронических форм пульпита у наших пациентов, и было определено, что хронические формы пульпита диагностированы в  $78,9 \pm 5,4\%$  случаев, что достоверно ( $p < 0,007$ ) чаще, чем острые формы пульпита, наблюдаемые только у  $21,1 \pm 5,4\%$  наших пациентов.

Пациентам с острыми и хроническими формами пульпита проводили лечение в одно посещение. Под местной анестезией препарировали кариозную полость, раскрывали полость зуба, орошали ее 3% гипохлоритом натрия. Затем, применяя Тримгель и Тримлат, препарировали корневые каналы системой Endo-Express® Safe-Siders, проводили ирригацию 3% гипохлоритом натрия, высушивали. Проводили пломбирование корневых каналов в основной группе Цитофилом Са, а в группе сравнения — Endo Rez методом центрального конусного штифта. Реставрацию кариозной полости проводили композиционным фотополимером Лателюкс (La Tus). Результаты лечения оценивали непосредственно после лечения и через 1 год.

Качество лечения пульпита оценивали по клиническим и рентгенологическим критериям:

1) клинические — отсутствие жалоб; отсутствие болезненности зуба при перкуссии и пальпации мягких тканей; отсутствие отека; восстановление функции зуба;

2) рентгенологические — полная объемная obturация корневого канала до дентино-цементного соединения; однородность корневой пломбы; плотное прилегание пломбировочного материала к стенкам корневого канала по всей длине.

В отдаленные сроки (через 1 год) клинические критерии использовали такие же, а рентгенологически оценивали по следующим параметрам: отсутствие периапикальных изменений; сохранение объемной obturации корневого канала в его пределах.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием стандартного пакета программ Microsoft Excel.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка клинических критериев качества непосредственно после лечения пульпита показала, что в большинстве случаев проведенное лечение было успешным. Восстановление функции пораженных зубов отмечено в 100% случаев основной группы и группы сравнения. Ни у одного обследованного не обнаружен отек окружающих тканей после лечения. Однако часть пациентов предъявляли жалобы на незначительные боли при накусывании на леченный зуб. Указанные жалобы встречались у  $13,52 \pm 5,6\%$  пациентов основной группы и у  $35,0 \pm 10,6\%$  группы сравнения. В таком же процентном соотношении у этих же пациентов при объективном обследовании определялась незначительная боль при перкуссии. В дальнейшем в сроки от 3 до 5 дней жалобы у этих пациентов и реакция на перкуссию прекратились без назначения дополнительной терапии. Получены показатели клинических критериев непосредственно после лечения пульпита у исследуемых пациентов (табл. 1).

Рентгенологическая оценка качества эндодонтического лечения пульпита в ближайшие сроки показала полное соответствие всем необходимым требованиям. Техника пломбирования методом центрального штифта в обеих исследуемых группах показала полную объемную obturацию в пределах корневого канала, однородность корневой пломбы и плотное прилегание к стенкам корневого канала по всей длине. У одного пациента основной группы (2,7%) и у двух пациентов группы сравнения (10%)

обнаружено незначительное выведение силера в ткани периодонта.

Через год все пациенты были повторно обследованы клинически и рентгенологически. Сохранность функции зуба и отсутствие отека окружающих тканей также наблюдались у всех пациентов. Часть пациентов отмечали периодически возникающие ноющие боли и боли при накусывании, особенно в холодное время года. В основной группе подобные жалобы предъявляли 8,1 % пациентов, а в группе сравнения — 10 % пациентов.

На момент исследования боль при перкуссии не определена ни у одного пациента основной группы, но присутствовала у одного пациента (5 %) в группе сравнения. Проведена оценка клинических критериев лечения пульпита у наших пациентов через год (табл. 2).

Рентгенологическая оценка качества эндодонтического лечения через год показала несколько иную картину. У  $13,5 \pm 5,6$  % пациентов основной группы и у  $20 \pm 9,0$  % группы сравнения обнаружены различные периапикальные

изменения при полной сохранности объемности obturации у всех пациентов. Причем, в обеих группах выведения за верхушку корня Endo Rez (Ультрадент), вокруг материала были образованы очаги деструкции костной ткани округлой формы. Подобные изменения в периодонте свидетельствуют о неудачном эндодонтическом лечении пульпита и развитии хронических форм периодонтита. Такой результат, возможно, получен вследствие индивидуальной реакции организма пациента на пломбировочный материал, либо это стало следствием частичного выведения инфицированных опилок за апекс в процессе механического препарирования, либо причиной осложнения стала частичная разгерметизация корневой реставрации. Также следует обратить внимание, что не все пациенты, у которых обнаружены воспалительные явления в периодонте, предъявляли жалобы, что свидетельствует о возможности длительного бессимптомного течения хронического деструктивного процесса. Получена оценка рентгенологической картины леченных пациентов в отдаленные сроки (табл. 3).

Таблица 1

### Клинические критерии эффективности непосредственно после лечения пульпита

Всего пациентов		Жалобы		Боль при перкуссии		Отек		Восстановление функций	
		Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Основная группа, n=37	Абс.	5	32	5	32	-	37	37	-
	%	$13,5 \pm 5,6$	$86,5 \pm 5,6^*$	$13,52 \pm 5,6$	$86,5 \pm 5,6^{**}$	-	100	100	-
Группа сравнения, n=20	Абс.	-	13	7	13	-	20	20	-
	%	$35,0 \pm 10,7$	$65,0 \pm 10,7$	$35,0 \pm 10,7$	$65,0 \pm 10,7$	-	100	100	-

Примечания: \* — различия в частотах встречаемости и отсутствия жалоб в основной группе достоверны ( $p < 0,0001$ ); \*\* — различия в частотах встречаемости и отсутствия боли при перкуссии в основной группе достоверны ( $p < 0,0001$ ).

Таблица 2

### Клинические критерии эффективности лечения пульпита у исследуемых пациентов через 1 год

Всего пациентов		Жалобы		Боль при перкуссии		Отек		Восстановление функций	
		Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Основная группа, n=37	Абс.	3	34	-	37	-	37	37	-
	%	$8,1 \pm 4,5^*$	$91,9 \pm 4,5$	-	100	-	100	100	-
Группа сравнения, n=20	Абс.	2	18	1	19	-	20	20	-
	%	$10 \pm 6,7^*$	$90 \pm 6,7$	$5 \pm 4,9^*$	$95 \pm 4,9$	-	100	100	-

Примечание: \* — различия в частотах встречаемости и отсутствия жалоб в основной и контрольной группах достоверны ( $p < 0,00001$ ).

Таблица 3

**Рентгенологические критерии эффективности лечения пульпита  
у исследуемых пациентов через 1 год**

Всего пациентов		Периапикальные изменения		Сохранность объемности obturации	
		Да	Нет	Да	Нет
Основная группа, n=37	Абс.	5	32	37	-
	%	13,5±5,6*	86,5±5,6	100	-
Группа сравнения, n=20	Абс.	4	16	20	-
	%	20±9,0*	80±9,0	100	-

**Примечание:** \* — различия в частотах встречаемости и отсутствия периапикальных изменений в основной и контрольной группах достоверны ( $p < 0,00001$ ).

В целом, несмотря на ряд неудач, по оценке клинических и рентгенологических критериев непосредственно после лечения и через 1 год мы получили достаточно высокий процент успеха эндодонтического лечения пульпита у исследуемых пациентов. Применение предложенного нами алгоритма лечения пульпита с пломбированием корневого канала Цитофилом Са позволило в 86,48 % добиться успеха.

Используемый в группе сравнения композиционный силер Endo Rez (Ультрадент) также продемонстрировал высокий уровень успеха эндодонтического лечения пульпита у 80 % пациентов, но все же несколько ниже, чем разработанный нами Цитофил Са.

### ВЫВОДЫ

Проведенный анализ результатов лечения различных форм пульпита с применением нового композиционного материала для пломбирования корневых каналов Цитофила Са (La Tus) показал высокий уровень качества проводимого лечения и позволяет рекомендовать разработанный нами материал использовать в практической деятельности.

Разработка новых эндодонтических материалов отечественного производства для лечения осложненного кариеса является перспективным направлением и требует дальнейших экспериментальных и клинических исследований по эффективности их применения.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Любченко О. В. Качество obturации корневого канала новым композиционным материалом Цитофил Са / О. В. Любченко // Проблемы сучасної медичної науки та освіти. — 2010. — № 4. — С. 71–73.
2. Любченко О. В. Использование материалов компании La Tus в практической эндодонтии / О. В. Любченко // Стоматолог. — 2011. — № 7–8 (157–158). — С. 4–6.
3. Любченко О. В. Оптимизация obturации корневых каналов с использованием композиционных силеров / О. В. Любченко // Міжнар. мед. журн. — 2011. — № 1 (65). — С. 111–113.
4. Митронин А. В. Оценка герметичности корневых пломб и их клинической эффективности / А. В. Митронин, Д. С. Нехорошева // Эндодонтия today. — 2004. — № 1–2. — С. 36–41.
5. Николишин А. К. Материалы для постоянного пломбирования (obturation) корневых каналов зубов / А. К. Николишин, С. И. Геранин // Институт стоматологии. — 2002. — № 1. — С. 60–61.
6. Павленко А. В. Оптимизация подходов к пломбированию корневых каналов силерами / А. В. Павленко, Т. Н. Волосовец // Современная стоматология. — 2003. — № 4. — С. 18–20.
7. Петрикас А. Ж. Эпидемиологические данные по изучению эндодонтических поражений зубов / А. Ж. Петрикас, Е. Л. Захарова, Ю. Н. Образцова // Эндодонтия today. — 2002. — Т. 2. — № 3–4. — С. 35–37.