

подібні гриби, достовірно знизився і в останній групі становив 21, 1 %, а в контрольній - 27, 4 %. Частота виявлення спірохет також зменшилась. Після лікування одиничні трихомонади виявлені у 20, 1 % пацієнтів основної групи і 31, 8 % пацієнтів контрольних груп.

Проведений курс лікування при генералізованому пародонтиті I-II ступенів тяжкості привів до зменшення загальної кількості лейкоцитів у основній групі на 49 % і на 43 % - у контрольній.

Порівняльний аналіз цитологічного складу вмісту пародонтальних кишень свідчить про сприятливу дію препарату „Галавіт” у вигляді мазі та особливо в складі стоматологічної плівки „Диплен-ГЛ”.

Висновок. Отже, застосування „Галавіту” в комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів тяжкості сприяло зменшенню симптомів запалення, зміцненню судинної стінки, стимуляції місцевих захисних сил. Позитивний клінічний результат досягнуто в середньому на 2 сеанси швидше, ніж у групі, де не застосовували цього препарату. Ефективність „Галавіту” в складі плівки обумовлена підвищенням активності факторів специфічного і неспецифічного захисту організму.

Педорець Н. О. , Піляєв А. Г. , Юровська І. О.
АПІКАЛЬНІ МЕЖІ ПРЕПАРУВАННЯ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ: ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЇХ ВИЗНАЧЕННЯ

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Точне визначення апікальної межі препарування кореневого каналу і, відповідно, рівня його obturaції є досить актуальним та остаточно не вирішеним питанням у стоматології. Загальновизнано, що ідеальною апікальною межею препарування кореневого каналу є цементно-дентинне сполучення (ЦДС), проте ЦДС - гістологічний маркер, який неможливо визначити клінічно, тоді як маркерами, що використовуються як орієнтири для визначення робочої довжини (РД) кореневого каналу, можуть виступати рентгенологічна верхівка кореня, апікальний отвір (АО) та апікальна констрикція (АК). Найбільш поширені рентгенологічні методи можуть локалізувати тільки рентгенологічну верхівку кореня зуба. У той же час локалізація апікальної констрикції шляхом використання тактильного методу не може бути визначена в зубах із несформованими коренями та в разі руйнування апікальної констрикції. Найважливішою перевагою електронних методів є те, що вони дозволяють вимірювати відстань до АО.

Мета цього дослідження - вивчити співвідношення робочих довжин кореневого каналу, визначених різними методами, та встановити чинники, що впливають на таке співвідношення.

Дослідження було проведено на 17 однокореневих зубах із живою пульпою, видалених за пародонтологічними показаннями, і на 18 зубах із хронічним

періодонтитом. Визначали РД кореневого каналу тактильним методом за методикою Петрова С. М. як тактильну робочу довжину (ТРД). Далі до файла, фіксованого в кореновому каналі на рівні ТРД, приєднували активний електрод алекслокатора „Bingo – 1020” і визначали електронну робочу довжину (ЕРД) кореневого каналу. Отримані дані були зіставлені з рентгенологічною робочою довжиною (РРД), визначеною методом Ingle на рівні 1 мм до рентгенологічної верхівки кореня зуба. Дані, отримані з використанням різних методів, порівняли з анатомічною робочою довжиною (АРД), а їх співвідношення оцінювали як точний збіг; прийнятний збіг та неприйнятний збіг. Отримані дані були проаналізовані з використанням непараметричного критерію Хі-квадрат.

Результати вказують, що ЕРД у зубах із живою пульпою дає найвищий рівень збігів з АРД. Точний збіг ЕРД з анатомічною довжиною склав 76, 48%, а разом із прийнятним збігом - 88, 24%. Найменший збіг з анатомічною довжиною був у робочої довжини, визначеної тактильним методом. ЕРД досить чітко локалізує положення апікального отвору. Неприйнятний збіг ТРД з АРД склав 64, 7%, тобто в більшості випадків застосування тактильного методу не дає можливості локалізувати положення апікального отвору. Аналіз співвідношення робочих довжин, визначених тактильним, рентгенологічним і електронним методами, в зубах із хронічним періодонтитом показав, що в 50% випадків АК була зруйнована і не могла бути визначена тактильним методом. Тому порівняльний аналіз у зубах із хронічним періодонтитом був проведений окремо для випадків зі збереженою та зруйнованою констрикцією. Вплив діагнозу на співвідношення збігів і розбіжностей робочих довжин з АРД у зубах із живою та некротизованою пульпою для кожного методу було оцінено з використанням критерію Хі-квадрат. Отриманий результат показує, що діагноз у випадках, коли АК збережена, сам по собі не впливає на достовірність відмінностей робочих довжин, визначених кожним із методів, що вивчаються. Проте при аналізі характеру відповідності була виявлена цікава особливість. ЕРД при пульпитах у всіх випадках або відповідала, або була більшою від АРД, тоді як при пародонтиті в 44, 5% випадків ЕРД була меншою від АРД. У зубах зі зруйнованою АК тактильну робочу довжину встановити не вдалося, тому співвідношення робочих довжин з АРД у зубах зі зруйнованою АК проводили лише за електронною й рентгенологічною робочою довжиною. При зруйнованій АК відсоток збігів РРД з АРД не відрізнявся в зубах зі збереженою АК, тоді як розбіжності між ЕРД і АРД суттєво відрізняються в зубах зі збереженою і зруйнованою АК. У зв'язку з цим ми порівняли характер незбіжностей РД кореневого каналу, визначеної електронним методом, з анатомічною робочою довжиною в зубах зі збереженою і зруйнованою апікальною констрикцією. Незбіжність робочої довжини має протилежний характер. У всіх випадках у зубах зі зруйнованою апікальною кон-

стрикцією ЕРД була меншою від АРД, тоді як у зубах зі збереженою констрикцією ЕРД була як більшою, так і меншою від АРД. У зв'язку з цим ми проаналізували з використанням критерію Хі-квадрат достовірність такого розподілу незбіжностей. Установлено, що відмінність має не випадковий характер. Зменшення ЕРД у порівнянні з анатомічною довжиною пов'язане з руйнуванням АК.

Ця обставина дозволяє зробити висновок, що електронний метод не може бути використаним як метод оцінки положення апікального отвору у всіх випадках. Достовірність методу залежить від клінічного діагнозу і стану апікальної констрикції. При пульпітах електронний метод практично облігатно вказує на положення апікального отвору, проте при зруйнованій констрикції ЕРД виявлялася меншою від АРД, що може бути пов'язане зі зміною положення апікального отвору внаслідок патологічного процесу. Результати цієї роботи вказують, що точна робоча довжина кореневого каналу не може бути визначена з використанням тільки одного методу. Початковий клінічний стан зуба, а саме стан пульпи та стан апікальної констрикції значною мірою впливають на точність вимірювання робочої довжини, яка не може бути зорієнтована на апікальний отвір як анатомічний маркер термінальних меж препарування кореневого каналу.

**Педорец А. П., Юровская И. А., Пиляев А. Г.
ПЕРИАПИКАЛЬНАЯ РЕЗОРБЦИЯ ЦЕМЕНТА КОРНЯ
И ЕЕ СВЯЗЬ С ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Периапикальная реакция на инфекцию корневого канала проявляется в виде воспаления, которое может иметь как экссудативный (острое воспаление), так и пролиферативный характер. Практически все зубы с проявлением хронического периодонтита имеют периапикальную резорбцию костной ткани. Вместе с тем, в литературе отмечается, что периапикальное воспаление может сопровождаться и резорбцией тканей зуба. Считается, что проявление резорбции связано с изменением структуры цемента корня зуба и имеются два основных условия, необходимых для ее возникновения. Первое условие состоит в том, чтобы защитный слой, представленный неминерализованным прецементом и цементобластами, был разрушен. Второе условие – в тканях должны присутствовать стимулы для активности кластических клеток. При повреждении защитного слоя инфекция корневого канала будет вызывать резорбцию тканей зуба, следовательно, главная причина резорбции тканей зуба – такое воспаление, которое будет протекать с повреждением защитного слоя цемента корня зуба.

В связи с вышеизложенным целью работы было оценить наличие и степень резорбции наружной поверхности корня вокруг апикального отверстия и ее связь с патогистологическими проявлениями периодонтита.

В настоящей работе мы изучили 18 зубов с рентгенологически определяемыми очагами периапикальной деструкции, удаленных по различным показаниям. Асимптоматическое течение имели 15 зубов; в анамнезе заболевания в течение года не было отмечено клинического обострения процесса. В 3-х случаях имело место обострение процесса с наличием болевого синдрома разной степени выраженности. В первой части исследования был проведен патогистологический анализ периапикальных поражений. Во второй – сканирующая электронная микроскопия апикальной части корня зуба. Оценку наличия и степени резорбции проводили, исходя из характера повреждения цемента и дентина. В зависимости от степени резорбции данные были сгруппированы в таблицы и подвергнуты статистическому анализу с использованием критерия Хи-квадрат.

Результаты гистологического исследования периапикальных гранул показали, что у всех пациентов, обратившихся с наличием болевого синдрома, на гистологических препаратах преобладали полиморфноядерные лейкоциты, количество которых уменьшалось по мере удаления от центра к периферии. В случаях асимптоматического течения чаще всего встречались простые гранулемы (14 случаев – 77, 8%), где преобладающими клетками были лимфоциты, плазматические клетки и макрофаги, количество которых в разных образцах варьировало от незначительного количества до большого. Эпителиальная гранулема была обнаружена лишь в одном случае в виде скопления эпителиальных клеток на незначительных участках в виде скудных очагов. Кистогранулемы были выявлены в 3 зубах (22, 2%). Во всех случаях эпителиальный компонент был хорошо выражен на большом протяжении по направлению к периферии гранулемы, достигая плотной волокнистой соединительной ткани. При сравнении резорбции в зубах с хроническим и абсцедирующим течением было установлено, что абсцедирующее течение статистически чаще приводит к более выраженной степени резорбции корня по сравнению с хроническим воспалением. Критерий Хи-квадрат составил 5, 72 ($p=0, 0168$). При сопоставлении результатов патогистологического исследования с состоянием апикальной части корня зуба по данным СЭМ установлено, что абсцедирование во всех случаях приводит к вовлечению в резорбтивный процесс тканей зуба. Проведенный анализ наличия и степени резорбции в зубах с простыми и кистогранулемами установил, что статистически значимого различия в степени резорбции корней зубов с кистогранулемами и простыми гранулемами не было обнаружено, критерий Хи-квадрат составил 0, 42 ($p=0, 518$). Следует отметить,