

ясенну еконішу, дозволяє визначити етіологічну структуру різноманітних клінічних варіантів генералізованого пародонтиту. Рання ідентифікація збудників генералізованого пародонтиту дозволяє встановити тактику диференційного призначення етіотропної і імунномодуючої корекції, при використанні якої у комплексному лікуванні генералізованого пародонтита досягають стійкого клініко-лабораторного одужання.

### Список літератури

1. Дмитриева Л. А. Современные аспекты клинической пародонтологии // Под ред. Л. А. Дмитриевой. – М. : МЕД пресс. – 2001. – 128 с.
2. Гудар'ян О. О. Антибактеріальна терапія в комплексному лікуванні генералізованого катарального гінгівіту, обтяженого хронічним тонзилітом / О. О. Гудар'ян // Вісник стоматології. – 2001. – № 5. – С.152–153.
3. Машенко И. С. Болезни пародонта / И. С. Машенко. – Днепропетровск, 2003. – 217 с.
4. Олейник И. И. Микробиология и иммунология полости рта / В кн.: "Биология полости рта" / под ред. Е. В. Боровского. – М. : Медицина, 1999. – С. 226–260.
5. Микробная флора полости рта и ее роль в развитии патологических процессов / Кузнецов Е. А., Цапаев В. Н., Давыдова М. М. и др. / под ред. Е. А. Кузнецова. – М., 1995. – 73 с.
6. Применение таблетированных форм пробиотиков бифидум – бактерина и ацелакта в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, Л. А. Дмитриева, Е. В. Фоменко // Стоматология. – 2002. – №1 (81). – С. 39–43.
7. Машенко И. С. Роль відновлення нормобіозу пародонтальних тканин після етіотропної антибактеріальної терапії у хворих на генералізований пародонтит / І. Машенко, А. Самойленко // Медичні перспективи. – 2000. – №3. – С.102–105.
8. Стоматологические исследования. Основные методы: [серия технических докладов]. – Женева: ВООЗ. – 1989. – 60с.
9. Beregey. Manual of determinative bacteriology. – Edg. Baltimore, 1994. – P. 294–397.
10. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion / G. Manchini, A. O. Garbonara, S. F. Heremans // Immunochimistry. – 1965. – Vol. 2. № 6. – P. 234–235.
11. Маянский А. М. Очерки о нейтрофиле и макрофаге / А. М. Маянский, Д. М. Маянский – Новосибирск, 1989. – С. 9–14.

Надійшла 05.11.12



УДК 616.314.17-002

**В. Ф. Куцевляк, д. мед. н., О. В. Любченко, к. мед. н.**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

## ОЦЕНКА КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

*Проведена клінічна оцінка отечественного композиционного материала Цитофил F (La Tus) при лечении различных форм хронического верхушечного периодонтита. Продемонстрирована высокая эффективность его применения в сравнении с зарубежным аналогом Endo Rez (Ультрадент).*

**Ключевые слова:** корневой канал, пломбирование, периодонтит.

**В. Ф. Куцевляк, О. В. Любченко**

Харківська медична академія післядипломної освіти

## ОЦЕНКА КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ

*Проведена клінічна оцінка вітчизняного композиційного матеріалу Цитофил F (La Tus) при лікуванні різних форм хронічного верхівкового періодонтиту. Продемонстровано високу ефективність його застосування у порівнянні з закордонним аналогом Endo Rez (Ультрадент).*

**Ключові слова:** кореневий канал, пломбування, періодонтит.

**V. F. Kuchevlyk, O. V. Lubchenko**

Kharkiv Medical Academy of Postgradual Education

## EVALUATION OF COMPOSITE MATERIALS FOR ROOT CANAL FILLING WHILE TREATING CHRONIC APICAL PERIODONTIUM

*Clinical evaluation of domestic composite material Tsitofil F (La Tus) in the treatment of chronic apical periodontium has been investigated. The efficiency of its use in comparison with its foreign analogue Endo Rez (Ultradenti) has been displayed.*

**Key words:** root canal, filling, periodontium.

Хронические периапикальные очаги являются источником инфекции, интоксикации и сенсибилизации. Их преимущественно бессимптомное течение, слабо выраженная стертая клиническая картина приводят к поздней обращаемости, возможному развитию разной степени тяжести осложнений. В тоже время из-за анатомической сложности системы корневых каналов, трудоемкости современных технологий, непредсказуемости индивидуальных особенностей организма результаты лечения в ряде случаев трудно прогнозируемы [4, 5].

Длительно существующие периапикальные очаги, как правило, поддерживаются поступающей из системы корневого канала микрофлорой, поэтому лечение периодонтита направлено на максимальную стерилизацию системы корневого канала и создание герметичной трехмерной, стабильной во времени корневой реставрации.

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 F [1, 2, 3]. Цитофил F представляет собой текучий композит двойного отверждения.

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность применения нового композиционного материала Цитофил F при лечении хронического верхушечного периодонтита и сравнить с результатами применения зарубежного аналога Endo Rez (Ультрадент).

**Материалы и методы.** В нашем исследовании мы отбирали пациентов с бессимптомным течением воспалительного процесса, или с незначительными признаками воспаления без гноетечения, т.к. обильная экссудация является противопоказанием к односеансному методу лечения периодонтита. Всего на лечение было взято 52 пациента различного пола и возраста с хроническими формами верхушечного периодонтита. Все пациенты были разделены на две подгруппы - основную, для лечения которой использовали разработанный нами материал Цитофила F (компания La Tus г. Харьков) и группу сравнения, где использован импортный аналог - Endo Rez (компания Ультрадент). Основную группу составили 32 человека В группу сравнения вошли 20 человек. Возраст пациентов находился в пределах от 18 до 60 лет.

Обследование пациентов для постановки диагноза проводили путем сбора анамнеза, осмотра, и с помощью клинических методов (перкуссия, пальпация), также использовали диагностическую рентгенографию. Из анамнеза выяснили, что у половины всех пациентов ранее уже было проведено эндодонтическое лечение причинных зубов.

Мы старались лечить хронический периодонтит в одно посещение. При этом препаровку кариозной полости и раскрытие полости зуба осуществляли, орошая ее гипохлоритом натрия 5 %. Препаровку корневых каналов проводили с применением Тримгеля и Тримлата (La Tus, г. Харьков) системой Endo-Express® Safe-Siders. Ирригацию осуществляли 5% гипохлоритом натрия с озвучиванием его в конце обработки в течение 20 секунд. Ирригацию гипохлоритом натрия с озвучиванием повторяли трижды. Корневые каналы основной группы пломбировали Цитофилом F (La Tus, г. Харьков), а в группе сравнения - Endo Rez (Ультрадент) методом центрального штифта. Коронковую реставрацию проводили Лателюксом (La Tus, г. Харьков).

В случаях невозможности полного распломбирования корневых каналов при повторном эндодонтическом вмешательстве или при наличии обострения воспалительного процесса на момент лечения мы заполняли корневые каналы материалом для временного пломбирования Йодотемп 25 (La Tus, г. Харьков), а окончательную обработку и постоянную obturацию проводили в следующее посещение.

В качестве клинических критериев качества удовлетворительного эндодонтического лечения использовали характер жалоб пациента, образование отека мягких тканей, боль при перкуссии, восстановление функции зуба.

Рентгенологически оценивали состояние корневой реставрации и большое внимание уделяли индексу СДВП (степени выраженности деструкции верхушечного периодонтита) [6]. При определении индекса СДВП, учитывая возможность искажения радиовизиограм, в сомнительных случаях предпочтение отдавали более высокому баллу.

Результативность лечения оценивали в течение 3-х дней после лечения, через 6 и через 12 месяцев. Клинически обращали внимание на отсутствие обострения воспалительного процесса, отсутствие болезненности при перкуссии и пальпации, отсутствие па-

тологической подвижности зуба, сохранение функции зуба. Рентгенологически оценивали наличие процессов регенерации в периапикальных тканях при деструктивных формах периодонтита, сохранение объемной obturации корневого канала в его пределах, уменьшение значения индекса СДВП.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ клинических критериев лечения хронического верхушечного периодонтита показал, что непосредственно после лечения в течение первых трех суток жалобы на боль при накусывании в основной группе предьявляли 15,6±6,0 % пациентов (5 человек), у этих же больных определялась болезненность при перкуссии, и у трех из них был обнаружен незначительный отек по переходной складке в области верхушки корня. У остальных пациентов жалоб и болезненности при перкуссии не выявлено, т.е. у 84,4±6,0 % пациентов (27 человек) лечение верхушечного периодонтита не осложнилось обострением процесса и восстановлена функция зуба. Различия в частоте встречаемости жалоб после лечения и благоприятного исхода достоверны ( $p < 0,00001$ ). Пациентам с признаками обострения хронического верхушечного периодонтита был назначен нестероидный противовоспалительный препарат «Нурофен» по 1 таблетке 3 раза в день на пять дней и электрофорез с йодидом калия по переходной складке в области причинного зуба (10 сеансов). В течение недели все признаки воспаления у этих пациентов были купированы без назначения дополнительной терапии. Клинические критерии эффективности лечения верхушечного периодонтита в ближайшие сроки приведены в табл. 1.

В группе сравнения непосредственно после лечения 20±9,0 % пациентов предьявляли жалобы на пульсацию в области леченного зуба и болезненность при накусывании (табл. 1). У этих же пациентов обнаружена боль при перкуссии, а у 15±8,0 % пациентов (3 человека) обнаружен отек по переходной складке. Этим пациентам была назначена аналогичная противовоспалительная терапия, но у одного больного на третьи сутки выявлены признаки периостита и произведен послабляющий разрез, также назначена антибактериальная и десенсибилизирующая терапия. Выздоровление этого пациента и восстановление функции зуба констатировано на 10-е сутки.

У 80±9,0 % пациентов (16 человек) группы сравнения лечение верхушечного периодонтита клинически было успешным. Далее клинические критерии у пролеченных пациентов оценивали через год (табл. 2). При этом путем опроса выясняли жалобы не только на момент обследования, а и возникающие в любое время исследуемого периода. Если за текущий год жалобы не возникали и не сопровождалась другими признаками воспаления мы считали, что восстановление функции сохранено. В основной группе пациенты с сохранением восстановленной функции составили 90,6 % (29 человек). У остальных 9,4 % (3 человека) обнаружены жалобы на периодически возникающие ноющие боли и боли при накусывании в области леченных зубов. У 6,3 % (2 человека) выявлено болезненность при перкуссии на момент обследования. Обращает внимание, что клинические признаки воспаления в отдаленные сроки обнаружены не у тех пациентов, у которых они были диагностированы непосредственно после лечения.

Таблица 1

**Клинические критерии эффективности лечения хронического верхушечного периодонтита непосредственно после его проведения**

Всего пациентов		Жалобы		Боль при перкуссии		Отек		Восстановление функции	
		да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Основная группа n=32	Абс.	5	27	5	27	3	29	27	5
	%	15,6±6,0*	84,4±6,0	15,3±6,0*	84,7±6,0	9,4±	90,6±	84,4±6,0	15,6±6,0**
Группа сравнения n=20	Абс.	4	16	4	16	3	17	16	4
	%	20,0±9,0*	80,0±9,0	20,0±9,0*	80,0±9,0	15,0±8,0*	85,0±8,0	80,0±9,0	20,0±9,0**

*Примечание:* \* - различия в частоте встречаемости жалоб и боли при перкуссии и их отсутствии в основной и контрольной группах достоверны ( $p < 0,00001$ );

\*\* - различия в частоте встречаемости восстановления функций и неблагоприятного исхода в основной и контрольной группах достоверны ( $p < 0,00001$ ).

Таблица 2

**Клинические критерии эффективности лечения хронического верхушечного периодонтита у исследуемых пациентов через 1 год**

Всего пациентов		Жалобы		Боль при перкуссии		Восстановление функции	
		да	нет	да	нет	да	нет
Основная группа, n=32	Абс.	3	29	2	29	29	3
	%	9,4±5,2*	90,6±5,2	6,3±4,3*	93,7±4,3	90,6±5,2	9,4±5,2**
Группа сравнения, n=20	Абс.	2	18	2	18	18	2
	%	10,0±6,7*	90,0±6,7	10,0±6,7*	90,0±6,7	90,0±6,7	10,0±6,7**

*Примечания:* \* - различия в частоте встречаемости жалоб и боли при перкуссии и их отсутствии в основной и контрольной группах достоверны ( $p < 0,00001$ );

\*\* - различия в частоте встречаемости восстановления функций и неблагоприятного исхода в основной и контрольной группах достоверны ( $p < 0,00001$ ).

Таблица 3

**Распределение пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом в зависимости от формы заболевания**

Диагноз	Основная группа, n=32		Группа сравнения, n=20	
	абс	%	абс	%
Хронический гранулирующий периодонтит	7	21,9±7,3	8	40,0±11,0
Хронический гранулематозный периодонтит	25	78,1±7,3* P<0,00001	10	50,0±11,2
Хронический фиброзный периодонтит	-	-	2	10,0±6,7** P<0,001

*Примечание:* \* - различия в частоте встречаемости хронического гранулирующего периодонтита и хронического гранулематозного периодонтита в основной группе достоверны;

\*\* - различия в частоте встречаемости хронического гранулематозного периодонтита и хронического фиброзного

В группе сравнения через год клинически неудовлетворительный результат наблюдался у 10 % пациентов (2 человека). Эти пациенты также жаловались на периодически возникающие боли при накусывании, особенно в холодное время года. У них же обнаружена положительная перкуссия при обследовании. У 90 % пациентов группы сравнения через год лечение было клинически успешным.

Рентгенологически динамику изменений в периапикальных тканях оценивали по индексу СДВП, а качество корневой реставрации по сохранности ее объемности и равномерности.

Хронический верхушечный периодонтит проявляется развитием различного рода деструктивных процессов в периодонте. Рентгенологически деструкция проявляется очагами разрежения костной ткани с четкими или нечеткими контурами, наличием зоны

остеосклероза вокруг дефекта и т.д. Рентгенологическое исследование позволяет определить форму хронического верхушечного периодонтита и проследить динамику восстановительных процессов костной ткани после лечения. Наиболее проблемными в плане прогноза исхода лечения являются хронический гранулирующий и гранулематозный периодонтит с обширными очагами деструкции. В нашем исследовании подавляющее количество пациентов было с долго существующими деструктивными формами верхушечного периодонтита: в основной группе и группе сравнения хронический гранулирующий периодонтит составил соответственно  $21,9 \pm 7,3$  % и  $40 \pm 11,0$  %, а хронический гранулематозный периодонтит соответственно  $78,1 \pm 7,3$  % и  $50 \pm 11,2$  % (табл. 3).

Возможность восстановления костной ткани в очаге деструкции и скорость репарации зависит от ряда факторов таких как: качество обработки и obturации корневого канала, агрессивность микрофлоры в очаге поражения, состояние иммунной системы и возраст пациента и т.д.

Рентгенологически признаки репаративных процессов возможно определить через 4-6- месяцев, а

достоверно оценить их можно через 12 месяцев. После проведенного нами лечения хронического верхушечного периодонтита в обеих исследуемых группах репаративные процессы в периодонте через год отмечены у  $87,5 \pm 6,8$  % пациентов основной группы и у  $80 \pm 9,0$  % пациентов группы сравнения. У части этих пациентов за исследуемый период произошло полное восстановление тканей периодонта в очаге деструкции. Однако у некоторых пациентов положительных изменений в очаге деструкции после лечения не произошло. Неудовлетворительный исход составил  $12,5 \pm 6,8$  % у пациентов основной группы и у  $20 \pm 9,0$  % пациентов группы сравнения. Причем не у каждого из этих больных были клинические признаки обострения воспалительного процесса, т.е. сохранялась тенденция к хроническому бессимптомному течению заболевания.

Следует обратить внимание, что несмотря на часть неудач при лечении объемность и структура obturации была сохранена у всех пациентов исследуемых групп (табл. 4).

Таблица 4

#### Рентгенологические критерии эффективности лечения хронического верхушечного периодонтита у исследуемых пациентов через год

Всего пациентов		Репаративные процессы в периодонте		Сохранность объемности obturации	
		да	нет	да	нет
Основная группа, n=32	Абс	28	4	32	-
	%	$87,5 \pm 6,8$	$12,5 \pm 6,8^*$ $P < 0,00001$	100	-
Группа сравнения, n=20	Абс	16	4	20	-
	%	$80,0 \pm 9,0$	$20,0 \pm 9,0^*$ $P < 0,00001$	100	-

*Примечание:* \* - различия в частоте встречаемости наличия или отсутствия репаративных процессов в основной и контрольной группе достоверны.

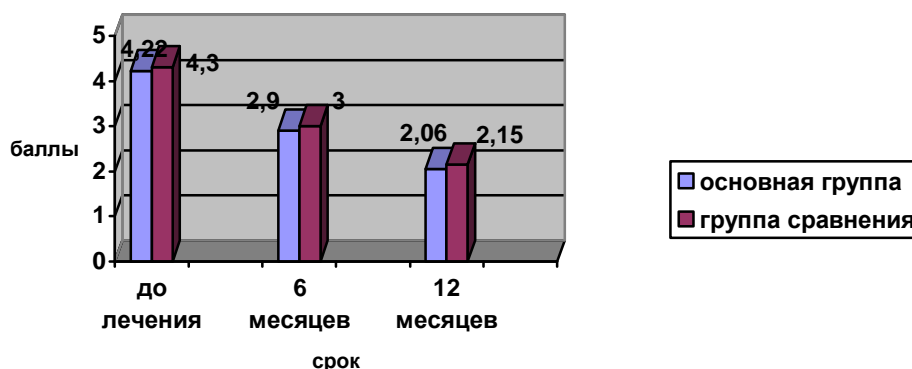


Рис. Динамика индекса СДВП у пациентов с хроническим верхушечным периодонтитом

Динамика индекса СДВП также отразила состояние периапикальных тканей у наших пациентов (рис.). На этапе постановки диагноза индекс СДВП составил  $4,22 \pm 0,4$  балла в основной группе и  $4,3 \pm 0,7$  балла в группе сравнения, что указывает на тяжесть деструктивных процессов в периодонте. Уже через 6 месяцев индекс СДВП уменьшился на треть и соста-

вил  $2,9 \pm 0,7$  балла и  $3,0 \pm 0,8$  балла в основной группе и группе сравнения соответственно. Мы видим, что через 6 месяцев произошло уже значимое восстановление костной ткани в деструктивных очагах у наших пациентов. Через год индекс СДВП уменьшился вдвое от начала лечения и составил  $2,06 \pm 0,9$  балла и  $2,15 \pm 0,9$  балла в основной группе и группе сравнения. Посколь-

ку у части пациентов восстановительных изменений в периодонте не произошло значение их индекса СДВП осталось на высоком уровне и повлекло увеличение среднегруппового показателя СДВП через год.

В результате изучения динамики индекса СДВП (рис.) достоверно определяется снижение индекса в обеих исследуемых группах, а эффективность лечения хронического верхушечного периодонтита с применением Цитофила F и с применением Endo Rez полностью идентична.

**Выводы.** Таким образом, при лечении больных с различными формами хронического верхушечного периодонтита мы добились высокого результата лечения с использованием предложенного нами алгоритма применения материалов компании La Tus, г. Харьков. Использование Тримгеля, Тримлата и 5 % гипохлорита натрия позволило качественно обработать инфицированную стенку корневого канала на всех этапах подготовки к пломбированию. Композиционный эндодонтический герметик Цитофил F в сочетании с гуттаперчивым штифтом позволил создать объемную, герметичную, стабильную во времени корневую реставрацию. 87,5 % успешного лечения пациентов основной группы демонстрируют полное соответствие предложенных материалов для успешного лечения хронических форм периодонтита.

Дальнейшее развитие материаловедения в эндодонтии и изучение возможностей применения новых

материалов при лечении осложненного кариеса является перспективным направлением современной стоматологии.

### **Список литературы**

1. **Любченко О. В.** Особенности применения фторвыделяющего композита для пломбирования корневых каналов / О. В. Любченко // Вісник стоматології. - 2012. №2. - С. 32-34.
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 // Міжнародний медичний журнал. - 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. 3-6-41.
5. **Петрикас А. Ж.** Эпидемиологические данные по изучению эндодонтических поражений зубов / А. Ж. Петрикас, Е. Л. Захарова, Ю. Н. Образцова // Эндодонтия today. - 2002. - С. 35-37.
6. **Скрипникова Т. П.** Систематизация дефектов корней зубов, их клиничко-рентгенологическая характеристика / Т. П. Скрипникова, С. В. Билоус // Методи поліпшення стоматологічної допомоги на Полтавщині : матеріали доповідей обласної наук.-практ. конф. (Полтава-Лубни, 23-24 березня 2007 р.).- Полтава 2007. - С. 129-131.

Поступила 29.10.12

