

© Дудік О.П.

УДК: 616

Дудік О.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра стоматології дитячого віку (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ФІБРОЗНИЙ ПЕРІОДОНТИТ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СИЛЕРУ НА ОСНОВІ БІОАКТИВНОЇ КЕРАМІКИ "СИНТЕКІСТЬ"

Резюме. В статті представлені віддалені результати лікування хворих на хронічний фіброзний періодонтит із використанням нового матеріалу для obturaції кореневих каналів "Синтекість".

Ключові слова: хронічний періодонтит, матеріал для obturaції кореневих каналів "Синтекість".

Вступ

При ендодонтичному лікуванні важливою вимогою ефективного пломбування кореневого каналу, залишається герметична obturaція, яка забезпечує надійний бар'єр між кореневим каналом та тканинами періодонту [Новіков, 2002; Боровський і др., 2003; Малик, 2005; Пуденко, 2009]. Окрім того, важливого значення набуває біосумісність кореневої пломби, що характеризується відсутністю чи мінімальним подразненням тканин періодонту. Суб'єктивно це проявляється відсутністю болю та ознак запалення періодонту у пацієнтів після пломбування кореневого каналу зуба [Николишин і др., 2004]. Для зменшення подразнення пломбувальним матеріалом тканин періодонта доцільним є застосування компонентів, що володіють біосумісними властивостями.

Особливу увагу привертають пломбувальні матеріали для кореневих каналів на основі біоактивних керамік. Останнім часом науковці все частіше досліджують і обґрунтовано впроваджують їх в ендодонтичну практику [Ведмицкая, 2003; Плиська, 2004; Борисенко, Полозок, 2006].

Результати експериментальних досліджень показали достатньо високі obturaційні та антимікробні властивості розробленого матеріалу для пломбування кореневих каналів на основі біоактивної кераміки "СИНТЕКІСТЬ" [Борисенко, Дудік, 2007; Борисенко, Дудік, 2008]. Найближчі та віддалені результати лікування хворих оцінювали і порівнювали залежно від обраного силера, рівня obturaції кореневого каналу.

Мета нашого дослідження - провести найближчі та віддалені спостереження ендодонтичного лікування у хворих на хронічний періодонтит при використанні силера на основі біоактивної кераміки "СИНТЕКІСТЬ" та порівняти результати з матеріалом "Виэдент".

Матеріали та методи

В ході лабораторних досліджень було встановлено, що найбільш близький за фізико - механічними та антисептичними властивостями до досліджуваного матеріалу "Синтекість" є силер "Виэдент" (ВладМива, Росія) на основі епоксидної смоли. Тому дані матеріали продовжували досліджувати клінічно.

Аналіз найближчих результатів лікування був проведений у 56 хворих на хронічний фіброзний періодонтит віком від 18 до 40 років; серед них 38 (67,86%) жінок і 18 (32,14%) чоловіків. У них було проведено лікування 60 зубів верхньої та нижньої щелеп з хронічним фіброзним періодонтитом.

Всі пацієнти були розділені на рівноцінні за віком дві групи, залежно від обраного для obturaції кореневого каналу силера. Матеріал на основі біоактивної кераміки (приготовлений *ex tempore*) використовували у 28 пацієнтів основної групи, яким було запломбовані кореневі канали у 32 зубах. В контрольній групі 28 хворим (28 зубів) для пломбування кореневих каналів був використаний матеріал на основі епоксидної смоли "Виэдент" ("ВладМива", Росія).

Результати. Обговорення

Якість проведеного лікування оцінювали клінічно, враховуючи наявність чи відсутність скарг, їх характер, інтенсивність; стан слизової оболонки в проекції верхівок кореневих каналів зубів, які пролікували, перкусію, пальпацію. Рівень та якість obturaції кореневих каналів визначали за допомогою рентгенологічного дослідження. Оцінку болю було конвертовано в бали, згідно розробленої анкети (табл. 1 і 2).

В цілому клінічні результати проведеного лікування були задовільними. Слизова оболонка ясен в ділянці

Таблиця 1. Анкета інтенсивності після пломбувального болю хворих.

Дата	П.І.Б.	Накраточки	Бали
1.	Зуб болів в спокої? Так / Ні		2/0
2.	Якщр так, сила болю : слабка, помірна, сильна		1/2/3
3.	Чи є біль при накушуванні? Так / Ні		1/0
4.	Якщр так, то сила болю : слабка, помірна, сильна		1/2/3
5.	Вживав (вживала) анальгетики? Так / Ні		2/0
6.	Яку кількість таблеток? 1-3/4-9/ 10 та більше		1/2/3
7.	Анальгетики знімали біль повністю, на 6-8 год., 2-4 год.		1/2/3
8.	Скільки днів тривав біль? 1-3/4-5/6 та більше		1/2/3
9.	Примітка :	максимум	20

Таблиця 2. Інтерпретація результатів анкети інтенсивності після пломбувального болю хворих.

Кількість балів	Інтенсивність больової реакції
1-5	Слабка
6-10	Помірна
11-15	Сильна
15-20	Дуже сильна

Таблиця 3. Кількість пацієнтів з наявністю больового синдрому.

Група	Оглянуто		Зубів з болем		Похибка (m)
	Хворих	Зубів	Кількість	%	
Основна	28	32	5	15,63	5,2
Контрольна	28	28	6	21,43	6,2
Критерій	z=0,47 p=0,63				

Таблиця 4. Порівняльний аналіз інтенсивності больового синдрому при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту (найближчі результати).

Група	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення	Похибка (m)
Основна група	1,12	1,03	0,39
Контрольна Різниця	4,57 3,45	1,17	0,39
Критерій	z=6,15 p<0,0001		

зубів, які пролікували, була без видимих патологічних змін, блідо-рожевого кольору. Рентгенологічно кореневі канали були запломбовані повністю згідно загальноприйнятних вимог - силери застосовували в поєднанні з філерами із гутаперчі, рівень obturaції відповідав фізіологічному отвору [Протоколи надання медичної допомоги, 2007].

Проведене обстеження та анкетування показало (табл. 3), що у 5 зубах (15,63%) пацієнтів основної групи відмічені болі в зубах після проведеного ендодонтичного лікування і пломбування корневих каналів. У

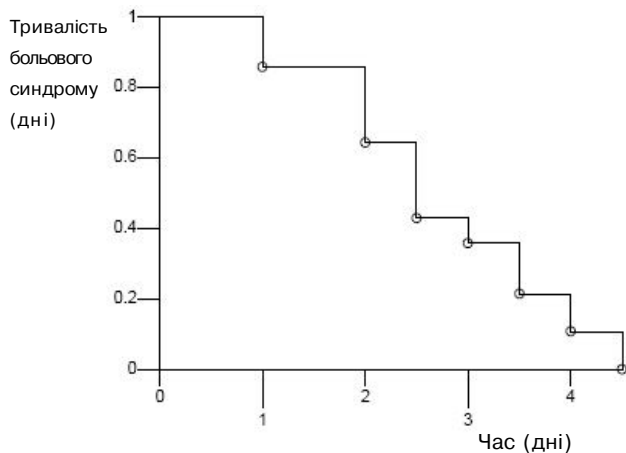


Рис. 1. Динаміка больового синдрому після пломбування корневих каналів матеріалом "Синтекіст" при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту. Середня тривалість больового синдрому Me=1,5 доби.

контрольній групі больові відчуття спостерігали у 6 (21,43%) зубах, які пролікували. Інтенсивність больового відчуття згідно розробленої шкали у пацієнтів основної групи була у межах слабкої і становила 1,12±0,39 бала. У другій групі інтенсивність болю також була у межах слабкої - відповідно 4,57±0,38 (табл. 4).

Клінічна оцінка не дає значної достовірності між тривалістю больового синдрому у пацієнтів обстежених груп після лікування. Проте його тривалість має значення, оскільки сильний, але короточасний подразнювальний фактор та більш слабкий, але тривалої дії можуть привести до різних клінічних віддалених результатів. У медико-біологічних дослідженнях для визначення тривалості різних процесів, які мають місце в організмі (тривалість життя, лікування, ремісії тощо) на сьогоднішній день широко використовують статистичний метод аналізу виживання [Гланц, 1999]. Цей метод дає змогу більш точно визначити тривалість процесу, який вивчається, у процесі спостереження над хворими. У ньому врахована кількість хворих, які вибули під час нагляду або у яких не виявлені ускладнення.

Тому найбільш повну характеристику тривалості найближчих ускладнень, у даному випадку тривалості больового синдрому, дає крива динаміки больового синдрому (рис. 1, 2). Вона представляє собою лінію у вигляді сходинок, кожній з яких відповідає час припинення болю в одному чи кількох зубах. Розподіл будь-якого явища згідно кривої часу, зазвичай асиметричне, тому в якості середнього значення тривалості більше підходить медіана. Якщо кількість ускладнень менше, ніж у половини обстежених, то неможливо визначити медіану. В таких випадках обмежуються вирахуванням процента ускладнень. Розрахунок тривалості больового синдрому проводили за методом Каплана-Мейера.

Порівняння двох кривих тривалості найближчих та віддалених ускладнень після ендодонтичного лікування в використанні різних силерів проводили за до-

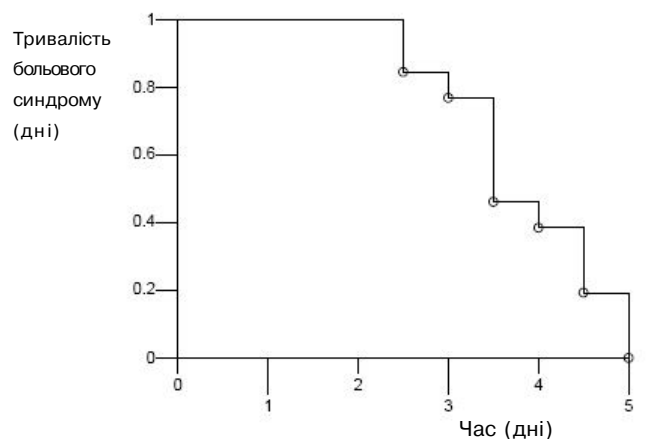


Рис. 2. Динаміка больового синдрому після пломбування корневих каналів матеріалом "Виодент" при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту. Середня тривалість больового синдрому Me=3,5 доби.

Таблиця 5. Тривалість больової реакції після пломбування матеріалом "Синтекість" при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту.

Час (діб)	Спостерігались на момент часу	Відсутність болю (доба)	Доля зі збереженням болю	Вірогідність збереження болю	95% довірчий інтервал		Стандартна похибка
1,0	14	2	0,435	0,435	0,674	1,000	0,094
2,0+	12	3	0,375	0,375	0,329	0,894	0,128
2,5	9	3	0,667	0,429	0,169	0,688	0,132
3,0	6	1	0,281	0,357	0,106	0,608	0,128
3,5	5	2	0,156	0,214	0,000	0,429	0,110
3,5+							
4,0	2	1	0,031	0,107	0,000	0,290	0,094
4,5	1	1	0,031	0,000	0,000	0,000	0,000

Примітка: середня тривалість больового синдрому $Me=1,5$ діб.

Таблиця 6. Тривалість больової реакції після пломбування матеріалом "Виэдент" при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту.

Час (діб)	Спостерігались на момент часу	Відсутність болю (доба)	Доля зі збереженням болю	Вірогідність збереження болю	95% довірчий інтервал		Стандартна похибка
2,5	13	2	0,464	0,464	0,650	1,000	0,100
3,0	11	1	0,393	0,393	0,540	0,998	0,117
3,5	10	4	0,357	0,357	0,191	0,733	0,138
4,0	6	1	0,214	0,385	0,120	0,649	0,135
4,0+							
4,5	2	2	0,071	0,192	0,000	0,423	0,117
5,0	2	2	0,071	0,000	0,000	0,000	0,000

Примітка: середня тривалість больового синдрому $Me=3,5$ доби.

Таблиця 7. Обчислення логранового критерія для порівняння тривалості больового синдрому у пацієнтів основної та контрольної груп.

Час t (діб)	Основна група		Контрольна група		Об'єднана група		Складові для $U=d-E$
	Спостерігались на момент часу t	Не потребували лікування при t	Спостерігались на момент часу t	Не потребували лікування при t	Спостерігались на момент часу t	Не потребували лікування при t	
1,0	14	2	13	0	27	2	0,963
2,0	12	3	13	0	25	3	1,56
2,5	9	3	13	2	22	5	0,955
3,0	6	1	11	1	17	2	0,294
3,5	5	2	10	4	15	6	0,000
4,0	2	1	6	1	8	2	0,500
4,5	1	1	4	2	5	3	0,400
5,0	0	0	2	2	2	2	0,000

Примітка: де: U - лограновий критерій; $U=4,672$; d - кількість зубів пацієнтів основної групи, що не потребували лікування; E - очікувана кількість зубів, що не потребували лікування; Стандартна похибка = 1,998; $z=2,338$; $p=0,019$.

помогою логранового критерія. Результати представлені в табл. 5, 6.

Як свідчать дані таблиць 5 та 6 середня тривалість больового синдрому при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту та obturaції кореневих каналів матеріалом "Синтекість" становили 1,5 доби. У разі obturaції кореневого каналу силером "Виэдент" середня тривалість больового синдрому склала 3,5 доби.

Проведене порівняння результатів основної та контрольної груп показує значну вірогідність результатів

(табл. 7). З поправкою Йетса $z=2,088$; $p=0,037$.

Різниця достовірна, $p < 0,04$. В основній групі тривалість больового синдрому на одну добу менша, ніж в контрольній групі.

На підставі отриманих найближчих результатів ендодонтичного лікування хворих на хронічний фіброзний періодонтит, було встановлено та клінічно підтверджено біосумісність силеру на основі біоактивної кераміки "Синтекість". Статистичний метод аналізу виживання підтвердив достовірну різницю ($p < 0,04$) значень трива-

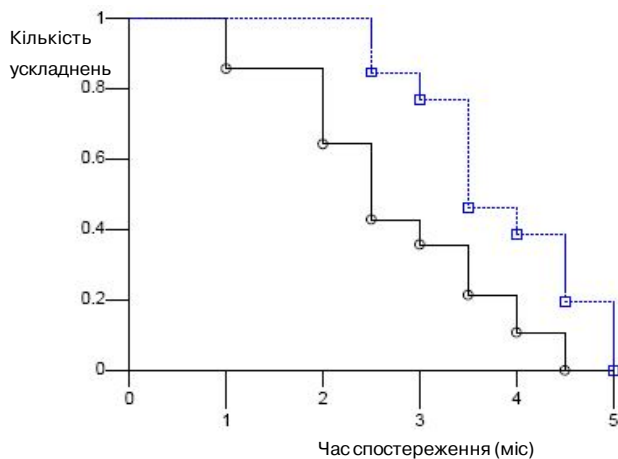


Рис. 3. Порівняльний аналіз больового синдрому у пацієнтів основної та контрольної груп при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту в найближчі терміни спостережень.

Примітка: Основна група -----; Контрольна група

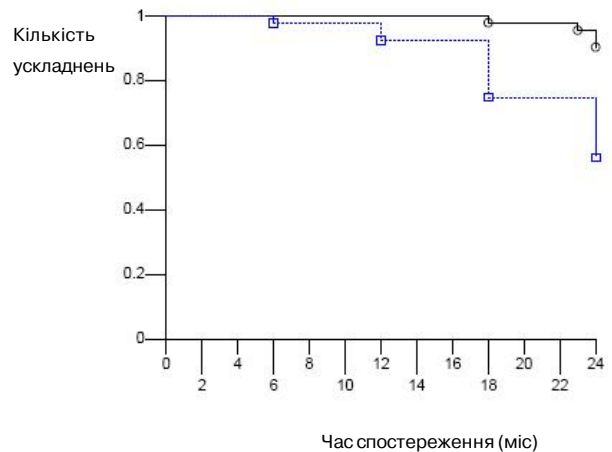


Рис. 4. Порівняльний аналіз ускладнень у пацієнтів основної та контрольної груп при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту у віддалені терміни спостережень.

Примітка: Основна група -----; Контрольна група

Таблиця 8. Обчислення логранового критерія для порівняння кількості ускладнень у пацієнтів основної та контрольної груп через 24 місяці після лікування хронічного фіброзного періодонтиту.

Час t (дів)	Основна група		Контрольна група		Об'єднана група		Груп 1 Складові для $UI=d-E$
	Спостерігались на момент часу t	Не потребували лікування при t	Спостерігались на момент часу t	Не потребували лікування при t	Спостерігались на момент часу t	Не потребували лікування при t	
6	28	0	2	1	55	1	-0,500
12	28	0	24	3	52	3	-1,615
18	28	1	14	0	42	1	0,333
20	27	0	14	2	41	2	-1,317
23	27	1	3	0	30	1	0,100
24	23	3	3	1	26	4	-0,538

Примітка: де: UI - лограновий критерій; $UI=3,538$; d - кількість зубів пацієнтів основної групи, що не потребували лікування; E - очікувана кількість зубів, що не потребували лікування; Стандартна похибка = 1,441; $z=-2,455$; $p=0,014$

лості больового синдрому між основною та контрольною групою, в якій був застосований матеріал "Визедент".

Подальшу оцінку клінічних результатів ендодонтичного лікування хронічного періодонтиту матеріалом "Синтекіст" продовжували вивчати та порівнювати з матеріалом "Визедент" строком 24 місяці.

Результативність та ефективність ендодонтичного лікування у пацієнтів оцінювали за даними рентгенограм у терміни від 6-ти місяців до двох років після проведеного лікування.

Віддалені клініко-рентгенологічні спостереження були проведені у 56 пацієнтів. Через 6 місяців у них обстежено 60 зубів, що склало 100,0% їх загальної кількості. При контрольному огляді через 12 - місяців обстежено 55 зубів (91,67%); 18 місяців - 44 (73,33%) зуба, через 24 місяці - 28 (46,67%) ендодонтично вилікованих зубів.

Застосований у даному дослідженні метод статистичної обробки аналізу виживання дозволяє вирахувати передбачуваний прогноз ефективності лікуван-

ня та виникнення ускладнень лікування (табл. 8). З поправкою Йетса $z=2,108$; $p=0,035$.

Графічно порівнюваний рівень ускладнень у пацієнтів основної та контрольної груп у віддалені терміни (24 місяці) після лікування хронічного фіброзного періодонтиту зображений на рис. 4.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Аналіз віддалених результатів лікування хронічного фіброзного періодонтиту (24 місяці спостереження) з використанням статистичних методів аналізу виживання показав, що відмінність у кількості ускладнень у пацієнтів основної та контрольної груп статистично значима ($p<0,014$). Отримані результати статистичної обробки вказують на більш вірогідну можливість виникнення ускладнень при використанні для obturaції кореневих каналів матеріалу "Визедент". В основній групі "виживання" зубів, які пролікували, значно більше.

2. Проведене дослідження виявило розбіжність

проявів больової симптоматики в період найближчих спостережень, яка залежала від виду використаного силера. Клінічно підтверджено подразнювальну дію матеріалу на основі епоксидного амінополімеру і незначну подразнювальну дію на основі біоактивної кераміки, що скоріше обумовлено подразненням тканин періодонту під час інструментальної та медикаментозної обробки кореневих каналів.

3. Підтверджена існуюча закономірність наявності подразнювальної дії періапікальних тканин, яка залежить від складу силера, а не тільки від рівня obturaції кореневого каналу.

На нашу думку, матеріали на основі біоактивної кераміки "Синтекість" можуть бути використані в якості силера при лікуванні періодонтиту, що є клініко-експериментально обґрунтовано.

Список літератури

- Борисенко А.В. Електронномікроскопічне дослідження якості пломбування кореневих каналів матеріалом "Синтекість" / А.В. Борисенко, О.П. Дудік // Науковий вісник НМУ імені О.О. Богомольця. - 2007. - № 2. - С. 23-25.
- Борисенко А.В. Сравнительная характеристика присоединения силеров разных групп к гуттаперчевым штифтам (электронно-микроскопические исследования) / А.В. Борисенко, Д.Н. Полозок // Современная стоматология. - 2006. - № 1. - С. 13-15.
- Борисенко А.В., Дудік О.П. Антибактериальні властивості пломбу вального матеріалу на основі біоактивної кераміки "Синтекість" // Современная стоматология. - 2008. - № 1. - С. 7-10.
- Ведмицкая В.В. Оценка биостимулирующего эффекта гидроксипатитауль-тразвуковой дисперсности ОСТИМ-100 при витальной субтотальной экстирпации пульпы / В.В. Ведмицкая // Росс. стоматологический журнал. - 2003. - № 1. - С. 47-48.
- Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. - Москва: Практика, 1999. - 459 с.
- Малык Юрий. - Современная эндодонтия: успехи и проблемы // DentArt. - 2005. - № 4. - С. 19-25.
- Николишин А.К. Ближайшие результаты лечения больных верхушечным периодонтитом материалами фирмы "ВЛАДМИВА" / А.К. Николишин, Т.Д. Бублий, В.П. Чуев // Современная стоматология. - 2004. - № 2. - С. 41-44.
- Новиков Владимир. Особенности национальной эндодонтии // DentArt. - 2002. - № 2. - С. 27-30.
- Плиски О.М. Використання біокераміки в лікуванні деструктивних форм періодонтиту в дітей / О.М. Плиски // Український стоматологічний альманах. - 2004. - № 1-2. - С. 64-67.
- Проект стандартов эндодонтического лечения (СТЕЛ) / Боровский Е.В. [и др.] // Клиническая стоматология. - 2003. - № 3. - С. 28.
- Протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями "Ортопедична стоматологія", "Терапевтична стоматологія", "Хірургічна стоматологія", "Ортодонтія", "Дитяча терапевтична стоматологія", "Дитяча хірургічна стоматологія". Нормативне виробничо-практичне видання. - Київ.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ "Медінформ", 2007. - 236с.
- Пуденко Ю.В. Метод obturaції макроканалів і герметизації мікроканалів зубів // Дентальні технології. - 2009. - № 1. - С. 9-10.

Дудик Е.П.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИЛERA НА ОСНОВЕ БИОАКТИВНОЙ КЕРАМИКИ КАНАЛОВ "СИНТЕКОСТЬ"

Резюме. В статье представлены отдаленные результаты лечения больных с хроническим фиброзным периодонтитом с применением нового материала для obturации корневых каналов "Синтекошь".

Ключевые слова: хронический периодонтит, материал для obturации корневых каналов "Синтекошь".

Dudik O.P.

REMOTE RESULTS TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC FIBROUS APICAL PERIODONTITIS WITH USAGE FOR ROOT CANALS OBTURATION NEW MATERIAL "SYNTHETBONE"

Summary. In the article the remote results treatment of patients with chronic fibrous apical periodontitis with usage for root canals obturation new material "SYNTHETBONE" were presented.

Key words: chronic apical periodontitis, new material for root canals obturation "SYNTHETBONE".

Стаття надійшла до редакції 22.01.2015р.

Дудик Олена Петрівна - к.мед. н., доцент кафедри стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, кафедра стоматології дитячого віку; +38 096-85-33-337

© Коноплицький В.С., Лукіянець О.О., Нестеренко І.Г.

УДК: 616.36. - 008.6 - 053.2 - 07

Коноплицький В.С., Лукіянець О.О., Нестеренко І.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра дитячої хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОБґРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ КОЛОСТАЗАМИ

Резюме. Проаналізовано результати обстеження 255 дітей з хронічними колостозами на клінічній базі кафедри дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Серед обстежених дітей в 71,76% перева-