

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 пульпитах 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,

что в обе эти группы были отнесены случаи с обострением процесса. Поскольку наши данные позволяют сделать однозначный вывод, что обострение процесса является определяющим фактором, влияющим на резорбцию тканей зуба, мы провели анализ, исключив все случаи обострения. В этом случае критерий Хи-квадрат, равный 0,66 ( $p=0,041$ ), указывает на достоверность гипотезы о связи патогистологических проявлений при хроническом течении периодонтита с резорбцией корня.

Исходя из данных проведенного исследования, можно заключить, что обострение процесса статистически достоверно чаще приводило к резорбции цемента вокруг апикального отверстия. Сама по себе резорбция не является постоянным процессом и может подвергаться обратному развитию. В клинических условиях определить степень резорбции не представляется возможным до тех пор, пока деструкция тканей зуба будет иметь столь выраженный характер, что сможет быть определена рентгенографически. Тем не менее, установление факта, что между остротой течения процесса и наличием апикальной резорбции существует тесная связь, а степень разрушения тканей зуба может быть весьма распространенной и выраженной вплоть до разрушения дентина, можно заключить, что подходы к эндодонтическому лечению зубов с обострением процесса и с асимптоматическим течением должны быть разными. И при обострении включают комплекс мероприятий, направленных на регенерацию тканей, тогда как при хроническом течении основным является надежное запечатывание апикального отверстия, что будет достаточным для спонтанного восстановления резорбированного цемента.

**Політун А. М., Бешарова Т. К., Значкова О. А.**  
**ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ МЕТОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОДОНТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ У РАЗІ ВИВЕДЕННЯ ПЛОМБУВАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ В КАНАЛ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Київський медичний університет УАНМ  
Стоматологічний медичний центр НМУ  
ім. О. О. Богомольця

Розробка нових методів лікування ускладнень ендодонтичних втручань є актуальною проблемою внаслідок їх поширеності, тяжкості клінічного перебігу та наявності залишкових явищ. Найтяжчі ускладнення обумовлені виведенням пломбувального матеріалу за межі анатомічної довжини кореневих каналів зубів у періапікальні тканини, підборідний отвір, канал нижньої щелепи, що викликає безпосередній вплив на нижній альвеолярний нерв. Клінічні прояви обумовлені груповою належністю зуба, кількістю та токсичністю силера і проявляються больовим синдромом і невропатією нижнього альвеолярного нерва.

Широке коло клінічних симптомів пов'язано з тим, що анатомічно нижній альвеолярний нерв – це структура магістрального типу, в зону іннервації якої входять різні тканини. Саме тому прогноз щодо динаміки лікування залежить від преморбідного стану нерва, віку пацієнта та наявності в нього супутніх хвороб судинної, ендокринної та нервової систем.

**Метою** нашого дослідження є підвищення ефективності ендодонтичних втручань шляхом розробки нових способів комплексного нехірургічного лікування хворих з ускладненнями пломбування кореневих каналів зубів, спрямованого на відновлення стану нерва і трофіки тканин у зоні порушеної іннервації.

Протягом 2009-2010 рр. у Стоматологічному медичному центрі НМУ ім. О. О. Богомольця ми обстежили 46 пацієнтів з ускладненнями пломбування кореневих каналів зубів нижньої щелепи, які звернулися по допомогу в різні терміни після виникнення захворювання, в тому числі й після хірургічного лікування. З них у 21 хворого (45, 7%) діагностовано больовий синдром та у 25 осіб (54, 3%) - невропатію нижнього альвеолярного нерва.

Усіх пацієнтів обстежувала команда фахівців, до якої входили стоматолог, неввропатолог, хірург-стоматолог. До комплексу обстеження, крім клінічних, входили рентгенологічні методи (прицільні рентгенограми, ортопантограма, комп'ютерна томографія) та електронейроміографія (ЕНМГ). Цей метод дає інформацію про анатомічну цілісність нерва і його функцію у відсотках відносно протилежного боку та вікових стандартів. Дані комплексного обстеження є базою для планування патогенетичного лікування і прогнозування його результатів.

Розроблений нами курс фізіотерапевтичного лікування в комплексній терапії охоплював такі процедури:

1. Лазеротерапія з параметрами: низькоенергетичне лазерне випромінювання напівпровідниковим (діодним) випромінювачем у червоній ділянці видимого діапазону спектра  $\lambda=658$  нм, вихідна потужність 20 мW, частота 100 Hz.

2. Діадинамічний електрофорез у знеболювальному режимі препаратами «Актовегін» та «Мільгамма», які вводили через день.

Усі процедури виконував лікар-стоматолог послідовно в один день, тобто за одне відвідування хворий отримував 2 процедури щоденно, один курс складав 10 процедур, у разі необхідності повторні курси терапії проводили з інтервалом 2 місяці.

Результати лікування оцінювали за даними опитування, клініко-функціональних зіставлень у динаміці лікування через 3, 6 місяців та 1 рік. Позитивним результатом вважали зникнення або зменшення клінічних проявів, нормалізацію функціональних показників.

Після першого курсу лікування у хворих із больовим синдромом при ускладненні пломбування кореневих каналів зубів покращення самопочуття вияви-