Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П. Л. ШУПИКА**

## ПІЛЯЄВ АНДРІЙ ГЕННАДІЙОВИЧ

УДК 616.314.17 – 008.1 – 036.7 – 036.12 – 085 – 037

**КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ПРОГНОЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

**Київ – 2008**

Дисертація є рукопис

Дисертацію виконано на кафедрі терапевтичної стоматології Донецького національного медичного університету імені М. Горького Міністерства

охорони здоров’я України

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор

**Педорець Олександр Петрович,**

Донецький національний медичний університет імені М. Горького МОЗ України,

завідувач кафедри терапевтичної стоматології

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор

# Політун Антоніна Михайлівна,

Медичний інститут Української асоціації народної медицини,

завідувач кафедри терапевтичної стоматології доктор медичних наук, професор

# Ніколішин Анатолій Карлович,

Вищий державний навчальний заклад “Українська медична стоматологічна академія” МОЗ України, завідувач кафедри терапевтичної стоматології

Захист дисертації відбудеться “24”жовтня 2008 р. о 11 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради К 26.613.09 при Інституті стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 10-а)

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

Автореферат розіслано “23” вересня 2008 р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук, професор І. П. Мазур

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Нині найактуальнішим питанням сучасної стоматології є розроблення методів прогнозування результатів ендодонтичного лікування (ЕЛ). Накопичений останніми роками фактичний матеріал показує, що вирішення проблеми ЕЛ на сьогодні має серйозні труднощі (Гарагуля А. Д., Симоненко Р. В., 2002; Baumgaraher I. G., 2004; Van Winkelhoff A. J. et al., 2004; Горленко І.М., 2005).

Згідно з сучасною концепцією доказової медицини, вибір методу лікування здійснюють за оцінкою переваг його застосування порівняно з іншими (Жохова Н. С., Макеева И. М., 1997). Проте стосовно ЕЛ досі відсутні чіткі уявлення про вибір найбільш оптимального апікального рівня препарування й обтурації кореневого каналу (Борисенко А. В., 1996; Політун А. М. та співав., 2002; Farzaneh M., 2004). Причини невдач у віддалені терміни в більшості випадків пов’язують із технологічними особливостями ЕЛ (інструментарієм, матеріалами, методами пломбування тощо), що є досить адекватним: аналіз причин сприяє вдосконаленню методик лікування, що призводить до підвищення його ефективності. Однак слід зазначити, що, незважаючи на впровадження найсучасніших технологій, процент невдач ЕЛ істотно не змінився за більш ніж півстолітню історію науково-обґрунтованих спостережень (Abou-Rass M., Bogen G., 1998). Ця обставина значною мірою пов’язана з тим, що “вихідні” фактори: анатомо-фізіологічні, клінічні, клініко-динамічні особливості тощо – розглядались авторами вкрай обмежено (Peters L. B. et al., 2002; Nair P. N.R. et al, 2003) і в наукових роботах щодо прогнозу та ефективності ЕЛ не враховувалися або досліджувалися фрагментарно.

Певна кількість робіт присвячена безпосередньо факторам впливу на результати ЕЛ (Cheang G. S., 2001; Chugal N. M. et al., 2001; Kirkevang L. L. 2002; Peters L. B. et al., 2002; Chбvez de Paz L. E. et al., 2003; Nair P. N.R. et al., 2003). Численні дослідники встановили як фактори, так і їх поєднання стосовно впливу на наслідки ЕЛ (Seltzer S., 1999; Farzaneh M., 2004). Але це не є достатнім для достовірного прогнозу та оцінки ефективності ЕЛ (Seltzer S., 1999; Kirkevang L. L. 2002).

Таким чином, у сучасній практичній стоматології відсутні конкретні рекомендації, які базуються на ретельному науковому обґрунтуванні комбінації вихідних факторів і пов’язаних із ними лікувальних втручань, що забезпечують найсприятливіший результат ЕЛ.

Одночасний вплив вихідних і лікувальних факторів на результати ЕЛ раніше не досліджували, хоча це має істотний науковий і практичний інтерес. Виявлення цих факторів і визначення характеру їх взаємодії дозволить провести найбільш оптимальне лікування, яке забезпечить якнайкращий прогноз. У зв’язку зі сказаним вище дослідження сукупного впливу вихідних і лікувальних факторів – актуальне питання сучасної ендодонтії, вирішення якого дозволить підвищити ефективність ЕЛ та поліпшити прогноз.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України “Керування механізмами регуляції регенеративними процесами при хронічних деструктивних формах апікальних періодонтитів” (номер державної реєстрації 0102U006782).

**Мета й задачі дослідження**

Мета дослідження – на основі комплексного дослідження вихідних і лікувальних факторів та їх взаємодій визначити оптимальний апікальний рівень препарування й обтурації кореневого каналу для забезпечення найсприятливішого результату ендодонтичного лікування та розробити алгоритми оцінки його прогнозу.

Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити такі наукові **задачі**:

1. Проаналізувати результати ендодонтичне лікування зубів залежно від стану пульпи та рівнів препарування й обтурації кореневого каналу шляхом вивчення динаміки клініко-рентгенологічних змін розмірів осередків періапікальної деструкції.
2. Визначити вихідні клінічні та лікувальні фактори, які впливають на результати ендодонтичного лікування хронічних гранулюючих та гранулематозних періодонтитів.
3. Дослідити в експерименті характер апікальної проникності барвника в зубах з різним станом апікальної констрикції.
4. Провести компаративний аналіз, оцінити та визначити комбінацію вихідних клінічних і пов’язаних з лікуванням факторів, які зумовлюють найсприятливіший результат ендодонтичного лікування.
5. Розробити алгоритм оцінки прогнозу результатів ендодонтичного лікування за умов різного поєднання вихідних клінічних і пов’язаних з лікуванням факторів.

**Об’єкт дослідження.** Хронічні гранулюючі та гранулематозні періодонтити.

**Предмет дослідження.** Динаміка змін осередків періапікальної деструкції залежно від різних вихідних клінічних факторів та факторів, пов’язаних з лікуванням (апікальний рівень препарування й обтурації кореневого каналу, їх співвідношення); вплив їх комбінації на прогноз результатів ЕЛ; лінійна та дифузна проникність барвника у видалених зубах.

**Методи дослідження:** клінічні – стоматологічне дослідження для визначення первинного стану хворих на хронічні періодонтити та оцінки ефективності проведеного лікування; рентгенологічні – радіовізіографічне обстеження пацієнтів, яке проводили на початку і в динаміці лікування та через 12 місяців після його завершення. Використовували обладнання “Trophy” виробництва фірми Trophy (Франція), за допомогою вимірювальної шкали радіовізіографа оцінювали динаміку усунення або прогресування осередків деструкції в періапікальній ділянці; експериментальні – морфологічні, за методом Sonat B. (1998), на видалених з приводу хронічного періодонтиту зубах вивчали лінійну та дифузну проникність барвника;статистичні – вивчення достовірності результатів, логістичний регресійний аналіз для визначення комбінації різних незалежних варіантів, що визначають вихідний стан зуба, і лікувальних факторів, пов’язаних з найліпшим прогнозом ЕЛ, покроковий логіт-регресійний аналіз з різними співвідношеннями потенційних предикторів для побудови логістичних регресійних моделей з виділенням значущих параметрів, які впливають на прогноз ЕЛ.

**Наукова новизна одержаних результатів.**

Уперше комплексно досліджено взаємодію вихідних клінічних та пов’язаних з лікуванням чинників, їх вплив на результати ЕЛ хронічних гранулюючих та гранулематозних періодонтитів.

Уперше проведено компаративний аналіз та визначено комбінацію вихідних клінічних і пов’язаних з лікуванням факторів для найбільш сприятливого результату ЕЛ. Розроблено алгоритми оцінки прогнозу результатів ЕЛ за умов різного поєднання вихідних клінічних і пов’язаних з лікуванням факторів.

Встановлено, що один і той же рівень препарування і пломбування кореневого каналу призводить до неоднозначних результатів ЕЛ за різних передопераційних станів пульпи.

Доведено, що вірогідність сприятливого результату лікування пульпіту значно вища в разі пломбування на рівні апікальної констрикції, ніж за її межею. Вперше визначено, що збереження апікальної констрикції під час препарування кореневого каналу з приводу пульпіту значно підвищує вірогідність його сприятливого результату.

Показано, що апікальний рівень пломбування не впливає на прогнозування результатів ЕЛ хронічного періодонтиту.

Встановлено, що вірогідність сприятливого результату лікування періодонтиту в зубах зі збереженою апікальною констрикцією не залежить від розміру осередку періапікальної деструкції. Вперше показано, що результати лікування залежать від апікального рівня пломбування й відповідності між апікальним рівнем препарування та пломбування кореневого каналу. Вперше встановлено, що вірогідність сприятливого результату ЕЛ хронічного періодонтиту в зубах зі збереженою апікальною констрикцією значно вища в разі препарування на рівні констрикції та збігу рівнів препарування й пломбування, ніж при недопломбуванні або перепломбуванні кореневого каналу.

Встановлено, що вірогідність сприятливого результату лікування періодонтиту в зубах зі зруйнованою апікальною констрикцією залежить від апікального рівня пломбування, різниці між апікальним рівнем препарування та пломбування кореневого каналу і, на відміну від зубів зі збереженою апікальною констрикцією, залежить від розміру осередку періапікальної деструкції.

Доведено, що будь-який апікальний рівень препарування та пломбування кореневого каналу за наявності надмірно зруйнованих апікальних констрикцій незначно підвищує вірогідність сприятливого результату лікування.

Уперше розроблено алгоритми оцінки прогнозу результатів ЕЛ хронічного періодонтиту залежно від стану апікальної констрикції.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практичне значення мають розроблені нові підходи до вибору апікального рівня препарування та пломбування кореневого каналу залежно від вихідних клініко-морфологічних проявів періодонтиту. Отримані дані дозволяють обрати оптимальне ендодонтичне втручання. Використання виділених нами клінічних критеріїв, а саме: розмірів апікальної констрикції та осередків періапікального ураження для визначення робочої довжини кореневого каналу і відповідно рівня його обтурації – дозволить планувати адекватну тактику ЕЛ. Важливими для практичної роботи є науково обґрунтовані дані щодо термінального положення матеріалу в апікальній частині кореневого каналу залежно від стану апікальної констрикції для забезпечення сприятливого результату лікування хворих на хронічний періодонтит.

Розроблено Деклараційний патент України на винахід (№ 25702 від 27.08.2007. – Бюл. № 23) “Спосіб ендодонтичного лікування зубів з ускладненим карієсом в залежності від стану апікальної констрикції.” Обґрунтовано диференційний підхід до визначення положення пломбувального матеріалу в апікальній частині кореневого каналу залежно від стану апікальної констрикції та розмірів вогнищ періапікальної деструкції. Також розробленоДеклараційний патент України на винахід (№ 27062 від 10.10.2007. – Бюл. № 16.) “Спосіб визначення положення пломбувального матеріалу в апікальній частині кореневого каналу при лікуванні хронічних деструктивних періодонтитів”. Запропоновано практичні рекомендації з діагностики та лікування ускладнених форм карієсу залежно від стану апікальної констрикції.

Результати дослідження впроваджено в практичній роботі лікарів-стоматологів, діяльність яких пов’язана з наданням допомоги хворим на ускладнений карієс, та у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів за стоматологічними спеціальностями на етапах перед- та післядипломної освіти.

Розроблені лікувальні схеми, а також критерії діагностики та прогнозу впроваджено в практичну діяльність стоматологічної поліклініки ЦМКЛ № 1 м. Донецька, СП № 7 м. Донецька, МСП м. Селідове, стоматологічному відділенні Університетської клініки ДонНМУ.

Основні наукові та практичні положення дисертації використовують на практичних і семінарських заняттях та в лекційному матеріалі під час вивчення розділу “Захворювання пульпи та періодонту” на кафедрах терапевтичної стоматології, пропедевтичної стоматології та під час вивчення розділу “Карієс зубів та його ускладнення” на кафедрі загальної стоматології ФІПН Донецького національного медичного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням, виконана на базі кафедри терапевтичної стоматології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Автор самостійно виконав аналітичний огляд джерел науково-медичної інформації за темою роботи, сформулював робочі гіпотези, мету, задачі дослідження, розробив методологію, визначив методи й інструментарій, написав усі розділи дисертації, особисто провів компаративний аналіз клінічних показників. Дисертант самостійно створив комп’ютерні бази одержаних даних, здійснив статистичну обробку, системний аналіз і наукову інтерпретацію результатів дисертаційного дослідження, разом з науковим керівником сформулював висновки та практичні рекомендації. Здобувач самостійно розробив усі теоретичні положення роботи, здійснив їх практичне впровадження, зокрема розробив і впровадив у практику охорони здоров’я та оцінив ефективність застосування оптимальних апікальних рівнів препарування й обтурації кореневого каналу для отримання найсприятливішого результату ЕЛ.

Особистий внесок здобувача до публікацій у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, які написані у співавторстві, відображено в списку робіт, опублікованих за темою дисертації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації оприлюднено та обговорено на Міжнародній ювілейній науково-практичній конференції “Сучасні методи діагностики, лікування й профілактики в терапевтичній стоматології” (Полтава, 2003), II (IX) з’їзді Асоціації стоматологів України (Київ, 2004), науково-практичній конференції Донецького осередку Асоціації стоматологів України “Сучасні технології лікування й профілактики в практичній стоматології” (Донецьк, 2005), засіданні Донецького осередку Асоціації стоматологів України (Донецьк, 2006), Міжнародній ювілейній науково-практичній конференції “Сучасні методи, лікування та профілактики в терапевтичній стоматології. Алергологія в стоматології” (Полтава, 2007), міжкафедральному засіданні на кафедрі терапевтичної стоматології ДонНМУ (Донецьк, 2008).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано у співавторстві монографію “Предсказуемая эндодонтия”, 8 наукових робіт, зокрема, 5 у виданнях, рекомендованих ВАК України, отримано 6 патентів України на винахід.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертацію викладено українською мовою на 190сторінках машинописного тексту. Робота складається зі змісту, вступу, огляду літератури, розділу “Матеріал та методи досліджень”, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел, що містить 246 найменувань, з яких латиницею – 153. Фактичні дані наведено в 53 таблицях, робота проілюстрована 25 рисунками, текст містить 9 математичних формул.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріал та методи досліджень.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань проведено клінічне обстеження та лікування 545 хворих з ускладненим карієсом на базі клініки терапевтичної стоматології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького.

У дослідженні було проаналізовано 138 зубів пацієнтів, які з’явилися для контрольного огляду не раніше ніж через рік після проведеного ЕЛ. Вік пацієнтів був від 18 до 66 років, у чоловіків було обстежено та проліковано 66 (47,83 %) зубів, у жінок – 72 (52,17 %). До контрольної групи включили 49 зубів хворих на хронічний фіброзний пульпіт віком від 15 до 60 років, серед них у чоловіків – 27 (55,1 %) зубів, у жінок – 22 (44,9 %) зуби.

Відповідно до поставленої мети проведено порівняльний аналіз результатів ЕЛ зубів з хронічним періодонтитом залежно від клінічного діагнозу, величини осередків деструкції в періапікальній ділянці, розмірів апікальної констрикції та глибини пломбування кореневого каналу відносно рентгенологічної верхівки кореня. Лікування здійснювали в один сеанс за розробленим протоколом. Критеріями включення до аналізованої групи результатів ЕЛ була наявність у пацієнтів повного набору клінічних та рентгенологічних даних. Усі пацієнти дали згоду на проведення ЕЛ та використання його результатів у наукових дослідженнях. Клінічне обстеження пацієнтів проводили за загальноприйнятою схемою. Для встановлення диагнозу хронічного періодонтиту використовували класифікацію І. Г. Лукомського (1955).

Рентгенологічне дослідження проводили до і в процесі лікування та після його завершення на радіовізіографі „Trophy” (фірма Trophy, Франція). Оцінювали наявність рентгенологічно визначеного осередку деструкції, його розміри. ЕЛ виконували в один сеанс за стандартизованим протоколом. Препарування кореневого каналу здійснювали методом “Crown Down”. Робочу довжину кореневого каналу визначали рентгенологічним та електрометричним методами з використанням апекс-локатора Bingo-1020. Для іригації кореневих каналів використовували 5 % розчин гіпохлориту натрію. Після хемопрепарування змащений шар дентину видаляли шляхом введення 17 % розчину ЕДТА. Канали пломбували гутаперчею методом холодної латеральної конденсації з використанням силера “Сілапекс” (“Kerr”, США). Після пломбування кореневих каналів в їх устя вносили склойономерний цемент “Йоносайт”. Відновлення коронки зуба проводили з використанням фотополімеризаційних матеріалів.

У протоколі кожного пацієнта фіксували такі вихідні клінічні фактори: клінічний діагноз, клініко-морфологічну форму періодонтиту, розміри осередків періапікальної деструкції в міліметрах, стан і розмір апікальної констрикції в міліметрах. До факторів, пов’язаних з лікуванням, відносили кінцеву точку препарування кореневого каналу відносно верхівки кореня зуба, апікальний рівень обтурації кореневого каналу в міліметрах відносно рентгенологічної верхівки кореня, відмінність між апікальними рівнями інструментального оброблення та пломбування. Критерієм якості обтурації кореневого каналу був гомогенний розподіл пломбувального матеріалу вздовж кореневого каналу та відсутність проміжків між стінкою кореневого каналу і матеріалом при рентгенологічному дослідженні. Усі випадки неякісного пломбування було виключено з подальшого дослідження.

Розмір апікальної констрикції визначали за методикою Петрова С. М. (2006). Результати ЕЛ оцінювали за методикою, запропонованою Strinberg L. S. (1956). Для подальшого аналізу одержані дані було дихотомізовано й визначено два значення: сприятливий і несприятливий результат.

В експериментальному дослідженні для вивчення апікальної проникності було відібрано 18 видалених однокореневих зубів: 12 верхніх різців, 6 нижніх премолярів. Дослідження проникності проведено за методикою Sonat B (1998). Кореневий канал препарували за стандартним протоколом з використанням ручних ендодонтичних інструментів. У всіх зубах апікальну констрикцію було збережено. 14 зубів випадковим чином розділили порівну на дві експериментальні групи. У першій групі канали зубів препарували до апікальної констрикції послідовно файлами з № 15 до № 40. У другій групі канали зубів препарували так само, але перед пломбуванням в апікальну частину каналу на всю його довжину вводили К-файл № 35, руйнуючи апікальну констрикцію шляхом видалення шару цементу, що її формує. Після цього зуб пломбували на рівні 2 мм вище апікального отвору. Таким чином, в умовах експерименту було змодельовано ситуацію ЕЛ зубів зі збереженою та зруйнованою констрикціями. Кореневі канали пломбували гутаперчею методом холодної латеральної конденсації з використанням силера “Сілапекс” (“Kerr”, США).

Дані, отримані під час клінічного обстеження хворих, було закодовано для введення в комп’ютерну програму Excel (Microsoft) і піддано статистичному аналізу з використанням пакета прикладних програм Statistica. Одержані дані було проаналізовано за дихотомічною ознакою (сприятливий або несприятливий результат лікування).

Під час первинного аналізу ми оцінювали вплив досліджуваних параметрів на результат ЕЛ і вивчали показники для встановлення загальних тенденцій. Середні дані було зіставлено з використанням t-критерію Стьюдента. Аналіз результатів у кожній групі здійснювали, використовуючи багатофакторний аналіз, з метою визначення впливу досліджуваних параметрів на результати лікування та їх взаємозв’язок. Рівень достовірності складав р<0,05. Шляхом багатофакторного регресійного аналізу оцінили дію різних досліджуваних факторів на результати ЕЛ. Логістичний регресійний аналіз було використано для оцінки комбінацій різних незалежних варіантів вихідних станів зубів та лікувальних чинників відносно прогнозу ЕЛ. Покроковий логіт-регресійний аналіз із різними відношеннями потенційних предикторів було застосовано для побудови логістичних регресійних моделей з виділенням значущих параметрів, що впливають на прогноз.

**Результати власних досліджень та їх обговорення.** Дослідження виконували протягом 2003–2007 рр. у декілька етапів.

На першому етапі дослідження було проаналізовано результати ЕЛ зубів залежно від клінічного стану пульпи. Ми виявили, що відносна частина хворих зі сприятливим результатом ЕЛ пульпіту (87,7 %; р<0,05) істотно вища, ніж при лікуванні хронічного періодонтиту (73,2 %; р<0,05). Було встановлено, що результат лікування залежить від діагнозу. Чисельним виразом залежності успіху лікування від стану пульпи за методом логістичної регресії є величина odds ratio – відносна вірогідность позитивного результату лікування. Її обчислюють за формулою: odds ratio = odds2/odds1. Якщо odds ratio>1, то достовірність позитивного результату лікування буде вищою. Так, у разі періодонтиту порівняно з пульпітом достовірність позитивного результату лікування нижча в 2,7 раза (р<0,05).

Результати цієї частини роботи переконливо доводять, що результат ЕЛ за наявності різного діагнозу істотно відрізняється. Збереження у передопераційному стані живої пульпи зуба незалежно від інших факторів є найбільш значущим. Отже, порівнювати результати ЕЛ залежно від апікального рівня препарування та обтурації кореневого каналу в зубах із живою та некротизованою пульпою є недоцільним, тому в подальшому ми вивчили вплив різних факторів на результат лікування окремо при пульпіті і періодонтиті.

Загальновизнано, що якісне пломбування кореневого каналу – один з найважливіших факторів, що визначають результат ЕЛ. Загальний високий відсоток сприятливих результатів лікування пульпіту (87,7 %) у наших дослідженнях було отримано за якісного пломбування кореневого каналу. Відповідно до рекомендацій якості, запропонованих Європейською Асоціацією Ендодонтистів (ЄАЕ), кінцева точка обтурації складає 0–2 мм від рентгенологічної верхівки кореня. Діапазон розміщення матеріалу в апікальній частині кореневого каналу широко коливався у межах якісного пломбування. Тому метою наступної частини роботи була оцінка вірогідності сприятливого результату ЕЛ пульпіту залежно від апікального рівня пломбування. Середній рівень положення матеріалу в зубах, що лікувалися з приводу пульпіту, складав (–1,33±0,089) мм. У цій групі позиція матеріалу в апікальній частині кореневого каналу відносно рентгенологічної верхівки перебувала в межах від 2,5 мм від верхівки до 0,6 мм за її межами. Сприятливий результат ЕЛ зубів із живою пульпою отримано в разі положення матеріалу на середній відстані (1,47±0,07) мм від верхівки кореня. При цьому діапазон рівня апікальної локалізації матеріалу коливався від -2,5 мм до -0,3 мм, тоді як у разі несприятливого результату обтурацію завершували на відстані (0,32±0,26) мм до верхівки в діапазоні від -1,3 мм до верхівки і 0,6 мм за її межами. Результати лікування пульпіту достовірно відрізняються (t=4,27; р<0,01) залежно від рівня обтурації каналу відносно рентгенологічної верхівки кореня зуба.

Результати лікування періодонтиту також були проаналізовано залежно від апікального рівня пломбування. Середній апікальний рівень обтурації каналів в зубах, лікованих з приводу хронічного періодонтиту, складав (-0,96±0,09) мм від верхівки. Положення матеріалу в апікальній частині кореневого каналу відносно рентгенологічної верхівки коливалось у межах 2,6 мм до верхівки й 1,7 мм за її межами. Також ми дослідили рівень обтурації кореневих каналів у групах зі сприятливим і несприятливим результатами лікування. Сприятливий результат лікування зубів із некротизованою пульпою спостерігали за середнього положення ендогерметика на відстані (0,93±0,08) мм до верхівки кореня. При цьому діапазон рівня обтурації каналу варіював від -2,6 мм до 1,7 мм, тоді як несприятливий результат виявляли в разі середнього показника пломбування на відстані (1,04±0,09) мм до верхівки в діапазоні від -2,1 мм до верхівки й 1,2 мм за її межами. Наведені дані показують, що пломбування ближче до верхівки зуба частіше призводить до сприятливих результатів. У той же час, на відміну від пульпіту, де було виявлено статистично значущу залежність результатів лікування від рівня апікального пломбування, достовірних відмінностей між показниками глибини обтурації, що призводять до сприятливого або несприятливого результату при періодонтитах, не було відзначено (р>0,05).

Оскільки вихідний стан пульпи виявився найбільш вагомим фактором, ми проаналізували результати лікування хронічного періодонтиту залежно від клініко-морфологічної форми захворювання, розмірів періапікальних осередків деструкції та стану апікальної констрикції. Всього проаналізовано результати лікування 138 хворих з хронічним періодонтитом. Першу групу склали 68 зубів із хронічним гранулюючим періодонтитом, до другої групи ввійшли 70 зубів із хронічним гранулематозним періодонтитом. У першій групі сприятливий результат лікування було виявлено у 50 зубах (73,5 %, Odds1 =2,8). Сприятливий результат у другій групі було констатовано у 51 зубі (72,9 %, Odds2 =2,7). Доведено, що достовірність успішного результату лікування не залежить від форми періодонтиту, (odds ratio = 0,96), що дало нам можливість у подальшому аналізі розглядати їх спільно.

Наступним кроком дослідження стало вивчення впливу стану апікальної констрикції на результат лікування. Із 138 зубів апікальна констрикція була збережена в 62 зубах (44,9 %), зруйнована в 76 зубах (55,1 %). Відносна частка успішних результатів ЕЛ, незалежно від апікального рівня обтурації каналу, у зубах зі збереженою апікальною конструкцією істотно вища (0,82; Odds = 4,57), ніж у зубах зі зруйнованим звуженням (0,66; Odds = 1,93). Як фактор ризику виникнення невдач при лікуванні хронічного періодонтиту ми виділили єдиний показник – руйнування апікальної констрикції. Цей фактор суттєво впливає на результат лікування і за його наявності відносна вірогідність позитивного результату лікування (odds ratio) зменшується в 2,37 рази, що дозволяє вважати його істотним предиктором для оцінки вірогідності успіху лікування. Незважаючи на те, що відсоток сприятливих результатів у зубах зі збереженою констрикцією (82,26 %; р<0,05) істотно вищий, ніж зі зруйнованою (65,79 %; р<0,05), з представлених даних видно, що стан констрикції не можна розглядати в кожному конкретному випадку як незалежний прогностичний фактор. Її зв’язок з результатами лікування слід розглядати в сукупності з іншими як вихідними, так і пов’язаними з лікуванням чинниками для розроблення прогностичних моделей. На підставі цих даних можна стверджувати, що оцінка стану апікальної констрикції має стати обов’язковою процедурою під час обґрунтування плану ЕЛ.

При хронічних деструктивних процесах найбільш виражені зміни спостерігаються в кістковій тканині. Тому наступним кроком нашого дослідження було з’ясування того, чи є розмір періапікального осередку деструкції вагомим незалежним фактором, що впливає на результат лікування. У зв’язку з цим ми розділили всіх хворих, яких лікували з приводу хронічного періодонтиту, на дві групи. До першої групи зі сприятливим результатом лікування ввійшов 101 пацієнт, в яких середній розмір осередку деструкції дорівнював (5,634±0,219) мм, до другої групи з несприятливим результатом ввійшли 37 пацієнтів, в яких середній розмір осередку деструкції складав (6,108±0,396) мм. Відмінності не були статистично значущими (t=1,05; p>0,05).

За збереженої апікальної констрикції середні розміри осередків деструкції (5,065±0,246) мм не відрізняються (р>0,05) від розмірів у разі помірно зруйнованої констрикції (5,519±0,287) мм, тоді як середній розмір осередків (8,083±0,408) мм деструкції істотно відрізняється у випадках, коли констрикція дуже зруйнована (р<0,01). З іншого боку, середні розміри апікальних констрикцій у зубах із осередками деструкції від 2 до 7 мм практично не відрізняються й перебувають у межах від (23,636±1,47) мм до (25,833±1,087) мм, тобто розмір осередків деструкції може розглядатися як самостійний фактор поза зв’язком зі станом констрикції.

У зв’язку з тим, що рівень пломбування значною мірою є залежним фактором від попереднього препарування, було досліджено значення апікального рівня інструментального оброблення кореневого каналу на результат ЕЛ, а також співвідношення апікального рівня пломбування з рівнем препарування. Між цим показником і результатами лікування хронічних періодонтитів спостерігається така ж залежність, як і для рівня обтурації. У зв’язку з цим ми проаналізували співвідношення апікальних рівнів препарування та пломбування кореневого каналу.

Сприятливий результат лікування отримали як у разі співпадіння рівнів препарування та пломбування, так і за їх розбіжності, проте кількість випадків розбіжності приблизно в 2 рази перевищувала кількість збігів. Несприятливі результати лікування були також пов’язані з різними рівнями глибини обтурації відносно рівня препарування. Ці дані не дозволяють зробити висновок про вплив власне апікального рівня препарування каналу на результати лікування як самостійного фактора. Але враховуючи те, що його зв’язок із результатами лікування безперечний і статистично достовірний, ми не можемо при виборі потенційних предикторів, що діють спільно, не враховувати цей фактор у побудові прогностичних моделей. Отже, при лікуванні зубів із некротизованою пульпою, оцінюючи значення кожного фактора окремо, ми не можемо вважати ні апікальний рівень пломбування кореневого каналу, ні рівень його препарування, ні відмінності між ними визначальними для результату лікування без урахування клінічних проявів.

На підставі отриманих даних можна зробити висновок, що вихідний стан пульпи (вітальної чи некротизованої) є найбільш вагомим фактором з усіх предикторів. Важливо, що вплив цих факторів істотний, проте відмінний за різних станів пульпи. Аналіз впливу апікального рівня препарування й обтурації на результати лікування періодонтиту продемонстрував, що процент сприятливих результатів вищий, коли інструментальне оброблення й обтурацію кореневого каналу здійснюють ближче до рентгенологічної верхівки кореня зуба.

Подальшим етапом дослідження було визначення комбінації вихідних і лікувальних факторів, яка є прогностично найсприятливішою в різних клінічних ситуаціях. Перш за все, ми проаналізували одночасний вплив вихідного передопераційного стану пульпи й апікального рівня обтурації. На підставі отриманих даних було побудовано модель множинної регресії вірогідності результатів ЕЛ як функції діагнозу та рівня пломбування:

R = 100,364 – 13,935ЧХ1 – 0,345ЧХ2, де R – вірогідність позитивного результату лікування; Х1 – діагноз (пульпіт – 1; періодонтит – 2); Х2 – рівень пломбування від верхівки (мм).

Ця модель показує, що вірогідність сприятливого результату пов’язана з діагнозом (р=0,04) і практично не залежить від рівня пломбування (р=0,91). У зв’язку з цим ми побудували модель вірогідності результатів лікування, використовуючи як предиктор тільки діагноз.

R = 101,275 – 14,275ЧХ, де R – вірогідність успішного результату лікування; Х – діагноз (пульпіт – 1; періодонтит – 2).

Результати дослідження з використанням математичної моделі свідчать, що ймовірність позитивного результату лікування пульпіту, незалежно від апікального рівня пломбування, вища, ніж періодонтиту (р=0,038). У зв’язку з цим далі ми будували прогностичні моделі окремо для пульпіту й періодонтиту.

Враховуючи, що результати лікування пульпіту за однофакторним аналізом були достовірно (р<0,05) залежними від рівня пломбування, для оцінки моделі ми вивчили достовірність позитивного результату їх лікування залежно від рівня обтурації кореневого каналу. На підставі даних аналізу було побудовано модель множинної регресії вірогідності результатів ЕЛ пульпіту як функції, залежної від апікального рівня обтурації:

R = 14,608 – 42,738ЧХ, де R – вірогідність успішного результату лікування; Х – рівень пломбування від верхівки (мм).

Результати лікування пульпіту виявилися істотно залежними від рівня пломбування кореневого каналу. На підставі моделі ми розрахували відносну вірогідність позитивного результату лікування пульпіту за умови обтурації каналу на середніх рівнях апікального пломбування, що призводять до сприятливих (-1,47 мм) і несприятливих результатів (-0,32 мм) лікування. Логіт-регресійна модель показує, що ймовірність сприятливого результату лікування в 8,59 разів вища в разі пломбування на рівні апікальної констрикції, ніж за її межею. На рис. 1 представлено графічне зображення вищеописаної моделі.

Рис. 1. Залежність результатів лікування пульпіту від апікального рівня пломбування

Модель вірогідності результатів ЕЛ періодонтиту залежно від рівня обтурації виглядає таким чином:

R = 74,668 + 2,028ЧХ де R – вірогідність успішного результату лікування; Х – рівень пломбування від верхівки (мм).

Як видно з моделі, рівень пломбування не впливає на прогнозування результатів лікування періодонтиту (р>0,05). На рис. 2 представлено графічне зображення означеної вище моделі.

Оскільки нам не вдалося побудувати модель, що достовірно відображає вірогідність результату лікування зубів з періодонтитом, а найбільш значущим фактором, що впливає на результати лікування, виявився стан апікальної констрикції, то ми включили як предиктори для алгоритму оцінки прогнозу стан апікальної констрикції, апікальний рівень обтурації та побудували математичну модель.

Рис. 2. Залежність результатів лікування хронічного періодонтиту від апікального рівня пломбування

R = 108,639 – 7,54ЧХ1 – 1,086ЧХ2, де R– вірогідність успішного результату лікування; Х1 – рівень пломбування від верхівки; Х2 – розмір апікальної констрикції.

Вірогідність сприятливого результату лікування періодонтиту в разі спільної дії факторів не залежить від рівня пломбування (р=0,062), але пов’язана зі станом констрикції (р=0,005). Тому ми почали окремо розглядати періодонтит в зубах зі збереженою і зруйнованою апікальними констрикціями.

На підставі отриманих даних ми побудували модель множинної регресії вірогідності результатів лікування періодонтиту як функції рівня пломбування, різниці між рівнем пломбування та препарування в апікальній частині кореневого каналу і розміру осередків деструкції в зубах зі збереженою апікальною констрикцією:

R = 30,304 – 32,151ЧХ1 + 20,041ЧХ2 + 0,857ЧХ3, де R – вірогідність успішного результату лікування; Х1 – рівень пломбування від верхівки; Х2 *–* різниця між апікальними рівнями препарування та пломбування кореневого каналу; Х3 – розмір осередку деструкції*.*

Ця модель показує, що ймовірність сприятливого результату лікування періодонтиту в зубах зі збереженою констрикцією в разі спільної дії різних факторів не залежала від розміру осередку деструкції (р=0,632), проте залежала від апікального рівня пломбування (р=0,0001) і різниці між рівнями препарування та пломбування кореневого каналу (р=0,039).Прогностична модель, що описує вірогідність сприятливого результату лікування періодонтиту в зубах зі збереженою констрикцією має такий вигляд:

R = 34,291 – 32,412ЧХ1 + 20,502ЧХ2, де R – вірогідність успішного результату лікування; Х1 – рівень пломбування від верхівки; Х2 – різниця між апікальними рівнями препарування та пломбування кореневого каналу.

Результати дослідження з використанням математичної моделі свідчать, що в межах якісного пломбування вірогідність сприятливого результату найвища при пломбуванні в межах 1 ‑ 2 мм до рентгенологічної верхівки кореня зуба. Модель показує, що пломбування ближче до верхівки й за її межі ймовірніше призводило до несприятливого результату, ніж пломбування на відстані від неї.

Модель множинної регресії вірогідності результатів лікування періодонтиту в зубах зі зруйнованою констрикцією як функції рівня пломбування, різниці між рівнем пломбування та інструментального оброблення апікальної частини кореневого каналу та розміру осередку деструкції мала такий вигляд:

R = 111,272 + 48,934ЧХ1 + 26,681ЧХ2 – 3,096ЧХ3, де R – вірогідність успішного результату лікування; Х1 – рівень пломбування від верхівки; Х2 – різниця між апікальними рівнями препарування і пломбування кореневого каналу; Х3 – розмір осередків періапікальної деструкції.

Вірогідність сприятливого результату лікування періодонтиту в зубах зі зруйнованою констрикцією в разі спільної дії факторів залежить від апікального рівня пломбування (р=0,0001), різниці між апікальним рівнем препарування та пломбування кореневого каналу (р=0,004) й, на відміну від зубів зі збереженою констрикцією, залежить від розміру осередку періапікальної деструкції (р=0,039). У зубах зі зруйнованою констрикцією збільшення осередку деструкції істотно зменшує вірогідність сприятливого результату лікування. При цьому виведення матеріалу за рівень апікального препарування є прогностично сприятливішим фактором.

Таким чином, результати проведеного дослідження доводять наявність тісного зв’язку між клінічними проявами хронічного періодонтиту, лікувальними факторами й результатами лікування. Визначаючи апікальний рівень препарування й пломбування кореневого каналу, окрім аналізу клініко-морфологічної форми захворювання, потрібно враховувати стан апікальної констрикції та розмір осередків періапікальної деструкції. Виявлено значення впливу рівня препарування й обтурації каналу на результати ЕЛ хронічного деструктивного періодонтиту, коли вони розглядаються одночасно та диференційовано. Розроблені та запропоновані прогностичні моделі дозволяють дійти висновку, що для забезпечення сприятливого результату ЕЛ апікальні рівні препарування та пломбування кореневих каналів слід розглядати залежно від стану апікальної констрикції. Результати лікування хронічного періодонтиту – це мультифакторіальний феномен. Прогноз ЕЛ поліпшується, якщо препарування та пломбування кореневого каналу проводяться диференційовано, залежно від вихідного стану зуба.

**ВИСНОВКИ**

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної наукової задачі – вибору найоптимальнішого апікального рівня препарування та обтурації кореневого каналу залежно від вихідних клінічних факторів для забезпечення найсприятливішого результату ендодонтичного лікування. З позицій доказової медицини на підставі комплексу рандомізованих клінічних досліджень оцінено та систематизовано вихідні клінічні та пов’язані з лікуванням фактори, що впливають на результати ендодонтичного лікування. На цій основі розроблено алгоритми оцінки прогнозу результатів ендодонтичної терапії зубів за умов різного поєднання вихідних клінічних і пов’язаних з лікуванням факторів.

1. Результати ендодонтичного лікування залежать від передопераційного стану пульпи. Встановлено, що відносна вірогідність позитивного результату (odds ratio) ендодонтичного лікування хронічного пульпіту у 2,7 раза вища, ніж хронічного періодонтиту.
2. Результати ендодонтичного лікування хронічного періодонтиту пов’язані з апікальними рівнями препарування й обтурації кореневого каналу залежно від стану вагомих вихідних клінічних факторів: апікальної констрикції та розміру осередків періапікальної деструкції. Встановлено, що при збереженій апікальній констрикції відносна вірогідність позитивного результату лікування (odds ratio) вища у 2,37 раза порівняно зі зруйнованою. У зубах із малими осередками періапікальної деструкції відносна вірогідність позитивного результату лікування (odds ratio) вища у 1,92 раза порівняно із зубами з великими осередками деструкції.
3. Гомогенна структура пломбувального матеріалу, пломбування у межах 2 мм від верхівки кореня в умовах експерименту забезпечують надійну перешкоду для проникнення барвника на межі “пломба – стінка каналу”. Апікальна лінійна проникність барвника не залежить від стану апікальної констрикції.
4. Єдиним значущим фактором, що впливає на результати лікування пульпіту, є апікальний рівень пломбування. Вірогідність сприятливого результату найвища (р<0,001) у разі пломбування на рівні апікальної констрикції та знижується (р<0,05) при пломбуванні ближче до верхівки кореня.
5. Результати лікування хронічного періодонтиту є мультифакторіальним феноменом і залежать від стану апікальної констрикції та розміру осередків періапікальної деструкції. Сприятливий результат лікування в зубах зі збереженими та зруйнованими констрикціями пов’язаний з різним апікальним рівнем пломбування, а саме: вірогідність сприятливого результату лікування зубів зі збереженою апікальною констрикцією найвища (р<0,001) в разі пломбування в межах від 1 до 2 мм до рентгенологічної верхівки кореня зуба й погіршується (р<0,05) при обтурації ближче до верхівки та за її межу. Вірогідність сприятливого результату лікування періодонтиту в зубах зі зруйнованою констрикцією нижча (р<0,05) порівняно із зубами зі збереженою констрикцією й підвищується (р<0,05) в разі пломбування каналу ближче до верхівки кореня.
6. Вірогідність сприятливого результату лікування періодонтиту в зубах зі зруйнованою констрикцією в разі спільної дії факторів залежить від апікального рівня пломбування, різниці між апікальним рівнем препарування і пломбування кореневого каналу і, на відміну від зубів зі збереженою констрикцією, залежить від розміру осередку періапікальної деструкції. У зубах зі зруйнованою констрикцією збільшення осередку деструкції істотно зменшує ймовірність сприятливого результату лікування (р<0,05).
7. Алгоритми оцінки прогнозу результатів ендодонтичного лікування, побудовані на основі виділених найбільш значущих факторів, показують, що вплив цих показників при різних діагностичних категоріях суттєво відрізняється. Побудовані алгоритми дають змогу обрати найоптимальніший апікальний рівень препарування та пломбування залежно від вихідних клінічних факторів для отримання найбільш сприятливого результату ендодонтичного лікування.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Оцінка стану апікальної констрикції є обов’язковою маніпуляцією під час проведення ендодонтичного втручання.
2. У зубах зі збереженою апікальною констрикцією робочу довжину зуба необхідно визначати залежно від стану апікальної констрикції. Робоча довжина кореневого каналу під час лікування хронічних періодонтитів має обмежуватися рівнем констрикції. Імовірність сприятливого результату найвища в разі збігу рівнів препарування та пломбування кореневого каналу.
3. У зубах із помірно зруйнованою констрикцією сприятливий результат лікування ймовірніший у разі пломбування кореневого каналу до рентгенологічної верхівки кореня зуба. Виведення матеріалу за рівень апікального препарування є прогностично сприятливішим фактором, а недоведення матеріалу пов’язане з гіршим прогнозом результатів лікування.
4. Зуби з дуже зруйнованими апікальними констрикціями та великими осередками періапікальної деструкції мають несприятливий результат лікування в одне відвідання, у цьому випадку слід проводити комплекс заходів, спрямованих на апексифікацію.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Педорец А. П. Предсказуемая эндодонтия / А. П. Педорец, А. Г. Пиляев, Н. А. Педорец ; Донец. гос. мед. унив. – Донецк : Изд. предприятие “Норд-пресс”, 2006. – 364 с. : ил., табл. – Библиогр. с. : 354–363. (*Здобувач самостійно написав три розділи монографії, зокрема, розділ 1 “Критерії успіху ендодонтичного лікування та фактори, що впливають на результати лікування” написаний за результатами особистих досліджень*).
2. Педорец А. П. Клиническое обоснование применения гидроокиси кальция при лечении повреждений периодонта / А. П. Педорец, С. И. Максютенко, А. Г. Пиляев  // Травма. – 2001. – № 3. – С. 303–306. (*Дисертантом проведено клінічні дослідження, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті*).
3. Педорец А. П. Травматические повреждения верхушечного периодонтита при использовании различных методов обтурации системы корневых каналов / Педорец А. П., Максютенко С. И., Пиляев А. Г. Коваленко О. Г., Петров С. Н., Педорец Н.А. // Травма. – 2001. – № 4. – С. 415–418. (*Особистий внесок дисертанта полягав у формулюванні мети та задач дослідження, проведенні збору, обробки та аналізу отриманих даних, описанні основних положень, підготовці висновків*).
4. Педорец А. П. Внутриканальная медикаментозная терапия при хронических и обострившихся периодонтитах / Педорец А. П., Максютенко С. И., Шабанов В. Н., Пиляев А. Г. // Вісник стоматології. – 2002. – № 1. – С. 18–21. (*Здобувач особисто визначив основні теоретичні положення, запропонував та описав науковий підхід до їх реалізації, сформулював висновки, написав статтю*).
5. Педорец А. П. Дифференцированный подход к выбору методов эндодонтического лечения зубов в зависимости от морфологического состояния апикальных тканей / Педорец А. П., Максютенко С. И., Пиляев А. Г. Шабанов В. Н., Петров С. Н. // Український стоматологічний альманах. – 2003. – № 2. – С. 31-33. (*Дисертантом проведено клінічні дослідження, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті*).
6. Педорец А. П. Теоретическое обоснование выбора позиции пломбировочного материала в апикальной части корневого канала / Педорец А. П., Пиляев А. Г., Петров С. Н., Педорец Н.А // Вісник стоматології. – 2003. – № 4. – С. 88–91. (*Дисертант самостійно провів збирання, обробку та аналіз отриманих даних, підготував висновки, написав статтю*).
7. Педорец А. П. Исходы консервативного эндодонтического лечения зубов в зависимости от состояния апикальной констрикции / Педорец А. П., Максютенко С. И., Пиляев А. Г., Юровская И. А., Педорец Н. А. // Дентальные технологии. – 2004. – № 2 (16). – С. 18–22. (*Дисертант самостійно провів збирання, обробку та аналіз отриманих даних, підготував висновки, написав статтю*).
8. Педорец А. П. Клиническое обоснование методов обтурации корневого канала / А. П. Педорец, А. Г. Пиляев, Н. А. Педорец // Дентальные технологии. – 2004. – № 3–4 (17). – С. 50–55. (*Дисертантом проведено клінічні дослідження, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті*).
9. Педорец А. П. Эндодонтическая инфекция и ее связь с клинико-морфологическими проявлениями хронических периодонтитов / Педорец А. П., Пиляев А. Г., Максютенко С. И., Педорец Н. А. Юровская И. А., Исаков С. В. // Дентальные технологии. – 2005. – № 23 (21–22). – С. 56–73. (*Дисертантом проведено клінічні дослідження, статистична обробка даних, аналіз результатів, написання статті*).
10. Патент 17682, Україна, МПК А61К 6/00 Засіб для лікування періодонтитів із деструкцією кісткових структур / Хоружа Р. Ю., Педорець О. П., Скрипнікова Т. П., Хоружий М.Є., Піляєв А. Г., Юровська І.О, Хоружий Є.Г. ; Донецький державний медичний університет ім. М. Горького. – № u 2006 02978 ; заявл. 20.03.2006 ; опубл. 16.10.2006, Бюл. № 10. (*Особистий внесок полягає у виконанні інформаційного пошуку та підготовці матеріалів до патентного відділу, участі у клінічних і функціонально-діагностичних дослідженнях*).
11. Патент 25702, Україна, МПК А61В 6/14 Спосіб ендодонтичного лікування зубів з ускладненим карієсом в залежності від стану апікальної констрикції / Хоружа Р. Ю., Педорець О. П., Піляєв А. Г.; Хоружа Р. Ю., Педорець О. П., Піляєв А. Г. – № a 2006 07456 ; заявл. 04.07.2006 ; опубл. 27.08.2007, Бюл. № 13. (*Дисертант самостійно виконав інформаційний пошук, провів, збирання, обробку та аналіз отриманих даних, підготував висновки прийняв участь у клінічних і функціонально-діагностичних дослідженнях*).
12. Патент 27062, Україна, МПК А61В 6/14 Спосіб визначення положення пломбувального матеріалу в апікальній частині кореневого каналу при лікуванні хронічних деструктивних періодонтитів / Педорець О. П., Хоружа Р. Ю., Піляєв А. Г.; Донецький національний медичний університет ім. М. Горького –   
    № u 2007 07097 ; заявл. 25.06.2007; опубл. 10.10.2007, Бюл. № 16. (*Дисертант виконав інформаційний пошук, провів збирання, обробку та аналіз отриманих даних, прийняв участь у клінічних і функціонально-діагностичних дослідженнях*).

**АНОТАЦІЯ**

**Піляєв А. Г. Клінічний перебіг та прогноз результатів лікування хронічних періодонтитів.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ, 2008.

У дисертаційній роботі на основі комплексного дослідження початкових і лікувальних факторів та їх взаємодій визначено оптимальний апікальний рівень препарування й обтурації кореневого каналу для забезпечення найсприятливішого результату ендодонтичного лікування та розроблено алгоритми оцінки його прогнозу.

На підставі одно- та багатофакторного аналізу обрано найбільш значущі фактори, що впливають на результати лікування. Показано, що вплив цих факторів істотний, але різноспрямований. У зв’язку з цим на підставі логіт-регресійного аналізу побудовано прогностичні моделі результатів ендодонтичного лікування. Оцінено ймовірність отримання найбільш сприятливого результату залежно від початкових клінічних факторів. Запропоновано оптимальні апікальні рівні препарування й обтурації кореневого каналу, що забезпечують найсприятливіші результати лікування.

Запропоновано алгоритми оцінки прогнозу на підставі виділення найбільш вагомих факторів, які впливають на результати лікування. Розроблено окремі математичні моделі для прогнозу результатів лікування хронічного пульпіту та хронічного періодонтиту в зубах зі зруйнованою та збереженою апікальними констрикціями. На підставі розроблених прогностичних моделей оцінено достовірність найсприятливішого результату ендодонтичного лікування.

**Ключові слова:** хронічний періодонтит, ендодонтичне лікування, прогноз лікування, апікальна констрикція.

**АННОТАЦИЯ**

**Пиляев А. Г. Клиническое течение и прогноз результатов лечения хронических периодонтитов.** – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев, 2008.

В диссертационной работе на основе комплексного исследования исходных и лечебных факторов и их взаимодействия определен оптимальный апикальный уровень инструментальной обработки и обтурации корневого канала для обеспечения наиболее благоприятного исхода эндодонтического лечения, разработаны алгоритмы оценки его прогноза.

На основании одно- и многофакторного анализа выбраны наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на исходы эндодонтического лечения. Показано, что влияние этих факторов существенно, но не однонаправлено. В связи с этим на основании логит-регрессионного анализа построены прогностические модели исходов эндодонтического лечения. Оценена вероятность получения наиболее благоприятного результата в зависимости от исходных клинических факторов. Предложены оптимальные апикальные уровни инструментальной обработки и обтурации, обеспечивающие наиболее благоприятные исходы лечения.

Показано, что предоперативное состояние пульпы является важнейшим фактором, определяющим исход эндодонтического лечения. Относительный шанс на успех эндодонтического лечения пульпита в 2,7 раза выше, чем хронического периодонтита. Один и тот же уровень препарирования и обтурации корневого канала связан с разными результатами лечебного вмешательства в зависимости от предоперативного состояния пульпы. Исходы лечения хронического периодонтита связаны с его начальными клиническими проявлениями. К значимым начальным клиническим факторам отнесены: состояние апикальной констрикции и размер очага периапикальной деструкции. Относительная вероятность положительного исхода лечения в зубах с сохраненной апикальной констрикцией в 2,37 раза выше по сравнению с зубами с разрушенной констрикцией. Относительный шанс на успех в 1,92 раза выше в зубах с малыми очагами периапикальной деструкции по сравнению с зубами с большими очагами воспаления. Напротив, апикальные уровни препарирования и обтурации корневого канала не связаны с результатами эндодонтического лечения хронического периодонтита. Качественная обтурация корневого канала в условиях эксперимента обеспечивала достаточно надежное препятствие для проникновения красителя на границе пломба – стенка канала. Апикальная линейная проницаемость красителя не отличалась в зависимости от состояния апикальной констрикции. Единственным значимым фактором, влияющим на результаты лечения пульпита, является апикальный уровень пломбирования. Вероятность благоприятного результата наиболее высока при пломбировании на расстоянии 2 мм от рентгенологической верхушки корня зуба (93 %). Вероятность благоприятного результата лечения уменьшается при пломбировании ближе к верхушке корня (на уровне верхушки – 29 %). Результаты лечения хронического периодонтита являются мультифакториальным феноменом и зависят от состояния апикальной констрикции и размера очага периапикальной деструкции. Апикальный уровень препарирования и пломбирования различается в зависимости от исходного состояния зуба. Вероятность благоприятного результата лечения периодонтита в зубах с разрушенной констрикцией ниже по сравнению с зубами с сохраненной при самом оптимальном уровне пломбирования и соотношения апикальных уровней препарирования и пломбирования. В зубах с разрушенной констрикцией увеличение очага деструкции существенно уменьшает вероятность благоприятного исхода лечения.

Предложены алгоритмы оценки прогноза исходов эндодонтического лечения зубов на основании выделения наиболее значимых факторов, влияющих на результаты лечения. Разработаны отдельные модели для прогноза исходов лечения хронического пульпита и хронического периодонтита в зубах с сохраненной и разрушенной апикальной констрикцией. На основании разработанных прогностических моделей оценивается достоверность наиболее благоприятного исхода эндодонтического лечения. В зависимости от начальных клинических факторов предлагается наиболее оптимальный апикальный уровень препарирования и пломбирования корневого канала.

**Ключевые слова:** хронический периодонтит, эндодонтическое лечение, прогноз лечения, апикальная констрикция.

**SUMMARY**

**Pilyaev A. G. Clinical features and prognosis of results of treatment of chronic periodontitis. –** Manuscript.

The thesis ofscientific degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.22 – Stomatology. – The P. L. Shupik National medical academy of postgraduate education, Kyiv, 2008.

Dissertation have been devoted to the problem of increasing of efficiency of endodontic treatment, due to the choice of the most optimal apical level of preparation and obturation of root canal depending on initial clinical factors.

Using one- and multifactor analysis the most meaningful factors, having influence on the results of endodontic treatment, have been chosen. It has been shown that influencing of these factors is substantial, but not the same. On the basis of logit-regression analysis the prognostic models of results of root canal treatment have been built. Probability of receiving of the most favorable result is appraised depending on initial clinical factors. The optimal apical levels of instrumental treatment and obturation, which provide the most favorable results of treatment, are offered.

The algorithms of prognosis estimations of the results of root canal treatment have been offered on the basis of selection of the most significant factors. Separate mathematical models have been developed for the prognosis of results root canal treatment in teeth with destroyed and stored apical constriction. On the basis of the developed prognostic models the level of obturation for receiving of the most favorable result of root canal treatment is apprised.

**Key words:** chronic periodontitis, endodontic treatment, prognosis of treatment, apical constriction.

**СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

ЕЛ – ендодонтичне лікування

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>