

## Оценка возможности прогнозирования результатов эндодонтического лечения

Г. И. Ронь, Н. А. Дуброва

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

### Резюме

Проведено исследование с целью выявления факторов, имеющих влияние на выживаемость депульпированных зубов и оценки возможности прогнозирования результатов эндодонтического лечения. Собрана и обработана информация о 137 пациентах в 4 возрастных группах (18-25 лет, 26-45 лет, 46-59 лет, 60 лет и старше), которым были удалены ранее депульпированные зубы. Проведен анализ и статистическая обработка данных. Установлено, что результат эндодонтического лечения зависит от многих факторов. Выявлено статистически достоверное влияние количества соматических заболеваний и метода восстановления коронки на продолжительность функционирования депульпированных зубов, а также установлена возможность прогнозирования результатов эндодонтического лечения с учетом всех особенностей пациента.

**Ключевые слова:** эндодонтическое лечение, прогноз депульпированных зубов, выживаемость депульпированных зубов.

### Введение

Несмотря на бурное развитие технологий в стоматологии и определенные достижения в области лечения осложненного кариеса, уровень стоматологических заболеваний, к сожалению, продолжает оставаться высоким, а распространенность осложненных форм кариеса (пульпита и периодонтита) составляет 93,18% [1]. Данные специализированной литературы показывают, что выживаемость депульпированных зубов через 5 лет после лечения составляет 67%, а показатели успеха эндодонтического лечения сильно варьируются. Все это, в настоящее время, не позволяет получить объективные сведения о прогнозе депульпированных зубов [2].

**Цель:** выявить факторы, имеющие влияние на выживаемость депульпированных зубов и оценить возможность прогнозирования результатов эндодонтического лечения.

### Материалы и методы исследования

На базе хирургических отделений стоматологических поликлиник г. Екатеринбурга (СП № 1, СП №12, АНО «Стоматология») был проведен сбор информации о пациентах, обратившихся за помощью по поводу заболеваний зу-

бов, ранее эндодонтически леченых. Данные пациентов вносились в анкету, которая состояла из следующих пунктов (Ф.И.О., возраст, сопутствующие заболевания, диагноз в настоящее время, проведенное лечение, время последнего лечения зуба, количество запломбированных корневых каналов, уровень пломбирования корневых каналов, наличие болей в анамнезе, наличие ортопедической конструкции.) Было обработано 137 анкет с информацией о пациентах в 4 возрастных группах: 18-25 лет, 26-45 лет, 46-59 лет, 60 лет и старше. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Vortex 7.0.8, с расчетом коэффициента Крамера (используется для расчета статистически достоверной взаимосвязи признаков), вероятность ошибки < 5%.

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных показал, что основную группу пациентов, обратившихся за помощью с целью удаления ранее леченых зубов, составляют пациенты в возрасте 60 лет и старше — 59,9% (82 чел). Далее в возрастных группах соответственно: 46-59 лет — 21,2% (29 чел), 26-45 лет — 14,6% (20 чел) и лишь 4,4% (6 чел) — пациенты в возрасте 18-25 лет.

Наиболее часто удаляются нижние моляры (24,8%) и верхние моляры (17,5%), далее следуют верхние премоляры (15,3%) и нижние резцы (12,4%), одинаково часто удаляются нижние премоляры и верхние резцы (9,5%),

Г. И. Ронь — Академик АЕН РФ, профессор, д. м. н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии, декан стоматологического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава;

Н. А. Дуброва — аспирант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

реже всего удаляются нижние клыки (2,9%) и верхние клыки (8,0%).

Распределение диагнозов, по поводу которых проводилось удаление зубов, выглядит следующим образом: хронический верхушечный периодонтит (78,1%), обострение хронического верхушечного периодонтита (18,2%) и острый гнойный периостит (3,6%). Количество зубов, удаленных по поводу хронического верхушечного периодонтита превышает количество зубов, удаленных по поводу обострения хронического верхушечного периодонтита, в несколько раз: в возрастной группе 18-25 лет в 3 раза, 26-45 лет в 5 раз, 46-59 лет в 6 раз, 60 лет и старше в 4 раза. Необходимо отметить, что удаление по поводу хронического верхушечного периодонтита подразумевает удаление зубов по причине разрушения кариозным процессом коронки зуба, либо ее перелома, не подлежащей восстановлению, а также по причине трещин и перелома корней.

При анализе данных о наличии сопутствующей патологии у пациентов мы получили следующие результаты: наличие у себя заболеваний сердечно-сосудистой системы отметили 75,7% (84 чел), заболеваний желудочно-кишечного тракта 67,6% (75 чел), заболеваний эндокринной системы 15,3% (17 чел), аллергических состояний 14,4% (16 чел), заболеваний нервной системы 3,6% (4 чел). Следует отметить, что 42,3% (58 чел) имели 2 вида соматической патологии, 30,7% (42 чел) отметили наличие 1 вида патологии,

8,0% (11 чел) имели 3 вида патологии и 19,0% (26 чел) считают себя практически здоровыми. Наиболее частое сочетание патологии — болезни желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, причем наличие сопутствующих заболеваний отмечали пациенты во всех возрастных группах. Интересны результаты о влиянии количества сопутствующих заболеваний на наличие в анамнезе боли в причинном зубе (табл. 1).

В группе пациентов, имеющих 2 вида соматической патологии, наличие боли в анамнезе отметили 33,6% пациентов, что в 11 раз больше, чем количество пациентов, отрицаю-

щих факт наличия боли. В группе пациентов, имеющих 1 вид патологии, ситуация выглядит следующим образом: наличие боли отметили 17,5%, отрицали данный факт 11,7% пациентов. В группе пациентов, имеющих 3 вида патологии, наличие боли в анамнезе отметили все пациенты (8,0%). Таким образом, после проведения эндодонтического лечения, наибольшая вероятность возникновения воспалительных явлений в периодонте, либо обострения уже имеющихся заболеваний периодонта, следует ожидать у пациентов с наличием 2 и более видов соматической патологии. Необходимо отметить, что такая ситуация встречается уже в возрастной группе 26-45 лет.

Большинство пациентов ответили, что последний раз причинный зуб был лечен 3 и более года назад (48,2%), далее следуют ответы: 1-2 года назад (19,7%), менее года назад (2,9%), около трети пациентов затрудняются назвать время последнего лечения зуба (29,2%).

При оценке уровня пломбирования корневых каналов причинных зубов мы получили следующие результаты: корневые каналы были запломбированы до верхушки в 29,9%, за верхушку в 4,4%, на 2/3 длины канала в 40,1%, на 1/2 длины канала в 9,5%, в 16,1% случаев пломбировочный материал в каналах отсутствовал. Интересны данные о влиянии уровня пломбирования корневых каналов на выживаемость зуба (табл. 2).

Максимальное количество зубов (48,2%) удаляется через 3 года и более после эндодонтического лечения, причем корневые каналы этих зубов, в большинстве случаев (40,9%), запломбированы на 2/3 длины, либо до верхушечного отверстия. В первые месяцы после лечения удаляется наименьшее количество зубов (2,9%), корневые каналы которых, в половине случаев, запломбированы до верхушки.

При оценке состояния причинного зуба учитывалось наличие ортопедической конструкции. Так, 57,7% зубов не были покрыты коронками, 38,0% зубов коронками были покрыты и 4,4% зубов ранее были опорой ортопедической конструкции. Интересные резуль-

Таблица 1. Влияние соматической патологии на наличие в анамнезе боли в причинном зубе (в % от общего числа)

Боли в анамнезе	Патология				
	1 вид	2 вида	3 вида	без патологии	всего
Да	17,5±6,4	33,6±7,9	8,0±4,6	10,9±5,2	70,1±7,7
Нет	11,7±5,4	2,9±2,8	0,0±0,0	5,8±3,9	20,4±6,8
Не помнит	1,5±2,0	5,8±3,9	0,0±0,0	2,2±2,5	9,5±4,9
Всего	30,7±7,7	42,3±8,3	8,0±4,6	19,0±6,6	100,0±0,0

Примечание. \* — Коэффициент Крамера [0..1]: 0,285, вероятность ошибки: 1,00%.

Таблица 2. Влияние уровня пломбирования корневых каналов на продолжительность функционирования зуба (в % от общего числа)

Последнее лечение	Уровень пломбирования КК					всего
	до верхушки	за верхушку	на 2/3 длины	на 1/2 длины	нет материала	
Менее года назад	1,5±2,0	0,7±1,4	0,0±0,0	0,7±1,4	0,0±0,0	2,9±2,8
1–2 года назад	3,6±3,2	2,2±2,5	8,0±4,6	0,7±1,4	5,1±3,7	19,7±6,7
3 и более	17,5±6,4	0,7±1,4	23,4±7,1	4,4±3,4	2,2±2,5	48,2±8,4
Не помнит	7,3±4,4	0,7±1,4	8,8±4,8	3,6±3,2	8,8±4,8	29,2±7,6
Всего	29,9±7,7	4,4±3,4	40,1±8,2	9,5±4,9	16,1±6,2	100,0±0,0

Примечание. \* – Коэффициент Крамера [0..1]: 0,270, вероятность ошибки: 1,00%.

Таблица 3. Влияние ортопедической конструкции на продолжительность функционирования зуба (в % от общего числа)

Последнее лечение	Состояние зуба			всего
	покрыт коронкой	не покрыт коронкой	опора мост протеза	
Менее года назад	0,7±1,4	2,2±2,5	0,0±0,0	2,9±2,8
1–2 года назад	15,3±6,1	2,9±2,8	1,5±2,0	19,7±6,7
3 и более	16,1±6,2	31,4±7,8	0,7±1,4	48,2±8,4
Не помнит	5,8±3,9	21,2±6,9	2,2±2,5	29,2±7,6
Всего	38,0±8,2	57,7±8,3	4,4±3,4	100,0±0,0

Примечание. Коэффициент Крамера [0..1]: 0,326, вероятность ошибки 0,10%.

таты получены при оценке влияния ортопедической конструкции на выживаемость зуба (табл. 3).

Зубы, не покрытые коронкой, удаляются в 2 раза чаще зубов, покрытых коронкой, причем уже в первые месяцы после лечения. Через 3 года и более после лечения, количество удаленных зубов, не покрытых коронкой, составляет 31,4%, что примерно равно общему количеству удаленных зубов, покрытых коронкой – 38%.

Проведенное исследование позволяет назвать статистически достоверным влияние только двух факторов на выживаемость депульпированных зубов. Однако в ходе исследования становится очевидным, что продолжительность функционирования зуба после эндодонтического лечения зависит от множества факторов, что диктует необходимость дальнейшего детального изучения данной проблемы. Это позволит при планировании эндодонтического вмешательства, проводить сво-

временное выявление пациентов с высокой вероятностью развития осложнений и коррекцию планируемого лечения, что повысит его качество.

## Выводы

1. Выявлено статистически достоверное влияние количества соматических заболеваний и метода восстановления коронки после эндодонтического лечения, на выживаемость депульпированного зуба.
2. Данные проведенного исследования показывают, что прогноз результатов эндодонтического лечения возможен, с учетом всех особенностей пациента.

## Литература

1. Маланын И. В. Влияние реставрации на прогноз эндодонтического лечения. Проблемы стоматологии. 2007; 5: 10-14.
2. Хеффернан М., Мартин У., Мортон Д. Прогноз реставрированных депульпированных зубов. Квинтэссенция. Русское издание. 2006; 1: 11-14.