

Тураев Н.Г., Исмоилов А.А., Ашууров Г.Г.

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНОГО СИНДРОМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра терапевтической стоматологии ТИППМК
Областная стоматологическая поликлиника г. Худжанда

Ключевые слова: периодонт, эндодонто-пародонтальный комплекс, эндодонт, файл, пародонт

Маргинальный и апикальный периодонты являются системными элементами анатомо-функциональных эндодонто-пародонтальных комплексов пародонта. В силу этого проникновение инфекционных агентов и продуктов воспаления сосудистым и тубулярным путем из пародонта в эндодонт и обратно превращает заболевание этих органов в сложный патоморфофункциональный эндодонто-пародонтальный комплекс, что в свою очередь требует комплексного лечения данной патологии зубочелюстной системы [36].

Терапевтическая задача устранения патологических процессов в тканях периодонта представляет собой активное устранение эндодонто-пародонтального синдрома после эндодонтического вмешательства. Это диктует необходимость соблюдения эффективных методов препарирования корневых каналов [4, 5], а также поиск средств и методов для удаления инфицированного пристеночного дентина [27, 44] и качественного пломбирования корневых каналов [48].

Мороз П.В. с соавт. [36] наблюдали 47 больных с выраженным эндодонто-пародонтальным синдромом. Препарирование каналов проводили римерами, К-файлами, хедстремами по технике Step-Back. Подчеркивается, что научно обоснованное эндодонтическое лечение является частью комплексного лечения эндодонто-пародонтального синдрома и независимо от того, где первично локализовалось воспаление (в пародонте или эндодонте). Такой подход к лечению эндодонто-пародонтального синдрома способствует приостановлению деструктивных процессов в маргинальном периодонте, уменьшению подвижности зубов и, в конечном счете, их сохранению.

По мнению ряда авторов [30, 31, 37], если провести анализ основных ошибок, которые встречались на курсах при создании эндодонтического доступа, то они будут следующими:

- доступ имеет слишком маленький размер с нависающими или истонченными стенками

полости и зачастую со смещением влево в процессе препарирования;

- недопонимание того факта, что создание доступа в той же степени влияет на конечный результат, как препарирование и пломбирование канала.

Ричард Э. с соавт. [39] подчеркивают, что созданный эндодонтический доступ можно сравнить с "ключом от входных дверей". Только при адекватном доступе эндодонтическое лечение действительно можно провести в соответствии с самыми высокими стандартами. Доступ маленького размера, так же как и оставленный измененный кариозным процессом дентин или реставрации с нарушением краевого прилегания, способствует неудачному лечению зуба. По мнению автора, маленький размер эндодонтического доступа - причина таких ятрогенных проблем, как недостаточная ирригация (в результате - плохая очистка) и оставленные без лечения каналы (также причина многих потенциальных осложнений).

Обращает на себя внимание тот факт, что исследователи, занимающиеся анализом качества проведенного эндодонтического лечения, практически единодушны в окончательной оценке работы, признавая её неудовлетворительной.

По сведениям авторов [7], даже при идеальном заполнении корневого канала эндодонтические осложнения могут возникать как минимум в 5 случаях из 100, что может быть обусловлено перфорацией корня, избыточным выведением пломбировочного материала, отломом инструмента в канале, резорбцией верхушки корня.

Оценка микробной утечки в корнях, заполненных термопластическим синтетическим полимером, путем использования obturating system Eriphany [38] показала, что бактериям нужно менее 30 дней, чтобы проделать путь из внешней полости до верхушки корня при нарушенном коронарном запеча-

тивании. В заключении отмечается, что Eriphany представляет собой альтернативу системам obturации на базе гуттаперчи и ей присущи все достоинства последнего.

В результате использования метода трехмерной пломбировки каналов термопластифицированной гуттаперчей с применением System B (компактный прибор для разогрева гуттаперчевого штифта в канале с помощью наконечника со специальным плаггером) исследователи [17] получили герметично obturированную верхушечную часть канала, а также дополнительные и латеральные каналы. Оставшееся свободное пространство канала рекомендуется использовать под внутрикорневые вкладки и штифты или закончить пломбировку канала.

При использовании аппарата двухдиапазонного-электро-нейроадаптивного стимулятора ("ДЭНАС") для лечения эндодонтических осложнений, возникающих после пломбирования корневых каналов, отмечается более высокая эффективность в виде сокращения сроков лечения, значительного уменьшения болевых ощущений и парестезии у пациентов [8].

Ю.А. Гилязетдинова с соавт. [11] проводили эндодонтическое лечение верхушечного периодонтита (ВП) с использованием магнито-лазерной терапии у 68 пациентов в возрасте от 17 до 73 лет. Анализ результатов применения магнито-лазерной терапии для профилактики и лечения ВП показал, что у 47 (69%) пациентов какие-либо осложнения отсутствовали. У 13 (19%) больных наблюдали слабые и у 6 (9%) - умеренно выраженные болевые ощущения, при котором назначали 3-4 процедуры магнито-лазерной терапии. Авторы отмечают, что только у 2 (3%) пациентов период после лечения протекал с резко выраженными осложнениями, для купирования которых проводили 4-6 процедур магнито-лазерной терапии в сочетании с противовоспалительными средствами (аспирином, парацетамолом).

Автором [23] обнаружено наличие у меди свойства стимулировать покрытие чужеродного материала костной тканью, вращание остеоцемента в отверстия корня зуба и, тем самым, костное запечатывание.

Анализ отдаленных результатов лечения верхушечного периодонтита (до 6 мес.) показал, что благоприятная рентгенологическая картина периапикальных тканей у больных, прошедших курс магнито-лазерной терапии, была отмечена в 16,2%, а у больных из группы сравнения - в 5% случаев. Положительная динамика рентгенологических данных, соответствующая уменьшению на-

блюдений, оцениваемых 4 и 5 баллами модифицированного индекса РАІ, имела место у 16,1% больных, прошедших курс магнито-лазерной терапии, и только у 4,3% пациентов из группы сравнения [12].

При анализе эндодонтического лечения выяснилось, что из 67 од-нокорневых зубов до верхушки запломбировано 54 (80,59%), не до верхушки 13 (19,41%), а из 79 многокорневых 17 (13,43%) до верхушки и 62 (86,57%) не до верхушки. В общей сложности выявлено неудовлетворительное пломбирование каналов у 75 зубов, что составляет 51,3% [9].

Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что применение новой методики магнито-лазерного воздействия в ранний период лечения верхушечного периодонтита после эндодонтического вмешательства путем сочетанного облучения патологического очага сначала на I, а затем на II каналах лазерного аппарата "Оптодан", позволило существенно повысить эффективность и качество эндодонтического лечения [12].

Благоприятное клиническое течение подтверждено проведенными микробиологическими исследованиями [13], выявившими высокую степень антимикробной активности "Алкагеля" всех 3 концентраций (0,5%, 1% и 1,5%) при эндодонтической обработке корневого канала. Однако, по утверждениям авторов, более удобным для клинического применения оказался гель 1,5% концентрации, обладающий вязкой консистенцией, облегчающей введение его в корневой канал зуба.

В ходе исследования проведено эндодонтическое лечение с клинико-рентгенологической оценкой его ближайших и отдаленных результатов 2 групп больных, у которых использовали пломбировочные материалы французской фирмы "Endomethasone" и российский пломбировочный материал "Ти-эдент" фирмы ЗАО "ВладМиВа". Обе пломбировочные пасты обладают высокой лечебной эффективностью, вызывают минимальные осложнения после пломбирования в виде "болей при накусывании" на зуб и являются универсальными средствами для пломбирования корневых каналов при хронических формах периодонтитов. Однако, учитывая, что стоимость отечественного материала "Ти-эдент" в 3 раза дешевле, то он является материалом выбора у стоматологов-терапевтов [14].

Проводя анализ осложнений после проведенного эндодонтического лечения зубов по поводу пульпита и периодонтита, З.М.Измайловой [21] установлено, что 23% обратившихся пациентов нуждаются в проведении зубо-сохраняющих операций.

Проведение зубосохраняющих операций с необходимой предоперационной подготовкой у пациентов с наличием эндодонтического синдрома является экономически более выгодным, чем удаление зуба и дальнейшее ортопедическое лечение [22].

Изучая возможности акустической микроскопии при исследовании состояния современных пломбировочных материалов в корневом канале зуба, впервые показана возможность его применения при проведении морфологического анализа внутренней структуры зуба без изготовления тонких срезов, окрашивания или контрастирования [15].

При использовании препарата "Пульпотек" с целью витальной ампутации временных зубов ни в одном случае авторы [16] не наблюдали развития каких-либо осложнений на всех этапах лечения и в срок до 10 мес. после ее проведения. На контрольных рентгенограммах, выполненных через 6-8 мес. после эндодонтического лечения, также не выявлены изменения в периапикальных тканях.

Для повышения качества эндодонтического лечения зубов с частично проходимыми корневыми каналами разработан метод направленного локального внутриканального воздействия постоянным током - апекс-форез. Метод создает высокую плотность тока в непосредственной близости от непроходимой части корневого канала, позволяет получить растворимые и нерастворимые соединения меда и серебра и насыщать ими плохопроходимый и непроходимый участки корневого канала зуба [19].

Изучая степень влияния морфологических особенностей корневых каналов зубов на качество их пломбирования, В.С.Сперанским с соавт. [42] качественное пломбирование зубов выявлено в 47,3% случаев, из них однокорневых - в 60%, двухкорневых - в 45,9% и трехкорневых зубов - в 21,6% случаев.

При использовании в качестве корневого герметика пасты "Витадент" ближайший клинический успех отмечен в 99,2% случаев, отдаленный - в 100% случаев, рентгенологический - в 96,1% за счет имевшихся до лечения патологических изменений околоверхушечных тканей. Возникновение новых хронических воспалительных очагов не наблюдали [24].

Через 2 суток после завершения эндодонтического лечения зубов у больных появились раздражительность, плаксивость, недомогание, чувство жжения в полости рта, что связано с токсикодермией, вызванная эндодонтическим материалом "Резодент" [43].

С использованием пасты "Метапекс" авторы [45] провели неоперативное лечение 38 зубов с эндодонтическими синдромами, которым в других стоматологических учреждениях было отказано в помощи и рекомендовано удаление данных зубов. Через 6-8 мес. после лечения на рентгенограммах отмечалось полное или частичное восстановление костной ткани в области околоверхушечного патологического очага, восстанавливались очертания периодонтальной щели, в отдельных случаях наблюдалось ее незначительное расширение и неполное восстановление костной ткани в очаге.

Результаты эндодонтического лечения осложненного кариеса с использованием системы "Термафил" показали, что уже через 6 месяцев наблюдалось хорошо определяемое уменьшение патологического очага. По истечении 1 года у 80% выявлено полное восстановление костных структур, в отличие от группы сравнения [3].

Изучение ультразвукового эффекта с эндодонтическими насадками ПроУльтра при эндодонтическом лечении зубов и эффективности эндонасадки в различных клинических ситуациях показало, что работа в канале при извлечении инородного тела без применения ультразвуковых насадок значительно осложнялась, а иногда была вовсе невозможна [2].

На фоне оптимизации метода эндодонтического лечения путем сочетанного использования лазерного излучения и ультразвука через 3 месяца у всех пациентов наблюдалось уменьшение очага деструкции костной ткани. Полное заживление наблюдали в контрольной группе у 18,3%, а в основной - у 20%. Через 9 месяцев полное заживление наблюдалось у 91,6% в основной, у 85% - в контрольной группе. По мнению исследователей [1], только комбинированное использование акустического воздействия и лазерного излучения на адекватно расширенные корневые каналы приводит к полному удалению смазанного слоя.

При изучении эффективности действия на микрофлору корневых каналов при периодонтите эндодонтическими препаратами фирмы Septodont ("Паркан", "Крезодент") и отечественных ("Крезодент", "Иодиол", 20% водный раствор димексида, 0,5% водный раствор хлоргексидина) выяснилось, что наиболее выраженным антисептическим действием обладают препараты "Крезодент", "Крезодент", "Паркан". Исследователи [25] рекомендуют эти эндодонтические препараты предпочтительно применять при лечении периодонтитов.

Учитывая все аргументы антибактериального действия меди, автором [20] проведено клинико-экспериментальное исследование влияния растворов сульфата меди на микрофлору корневых каналов больных периодонтитом и пульпитом и получены обнадеживающие эндодонтические результаты.

Эндодонтическому лечению были подвергнуты 15% имеющихся зубов, в среднем по 3,6 зуба на одного обследованного. Количество удовлетворительных результатов эндодонтического лечения зубов отмечено в 51% случаев. Изменения на рентгенограмме наблюдаются у 33,4% эндодонтически леченных зубов [26].

Ближайшие результаты эндодонтического лечения зубов с применением полипропиленовых штифтов "FLEX POINT NEO" показали, что эти штифты удобны в работе и имеют ряд преимуществ перед традиционно используемыми гуттаперчевыми штифтами. Их рекомендуют в качестве корневых obturаторов при эндодонтическом лечении пульпита и периодонтита [29].

Анализируя результаты клинико-рентгенологической эффективности эндодонтической пасты на основе апипродуктов "Апидент" в ближайшие сроки наблюдений [40], исследователи выяснили, что положительные эндодонтические результаты в основной группе составили 92,31% (147 зубов); 5,77% (9 зубов) отнесли к условно отрицательным, когда имело место присутствие болезненной перкуторной реакции, исчезающей самостоятельно в течение 4-5 дней и более не беспокоящих пациента. Лишь в 1,92% (3 зуба) случаев потребовалось перелечивание зубов с помощью экстирпационного метода. В контрольной группе положительные результаты составили 95,2% (80 зубов), условно отрицательные - 3,61% (3 зуба), отрицательные - 1,19% (1 зуб).

Проведенный Т.А.Скуратовой с соавт. [41] и В.И. Георгиевой [10] научный анализ позволяет сделать вывод о наличии стойкой положительной динамики по восстановлению костной ткани после временной корневой obturации кальцийсодержащим препаратом. Помимо антисептических свойств, констатируют авторы, гидроксид кальция стимулирует образование "апикальной пробки", что в дальнейшем будет являться естественным биологическим барьером от тканей периодонта при obturации корневого канала.

При эндодонтическом лечении после нахождении пасты гидроксида кальция в корневых каналах через 7 и 14 дней и повторных исследований генодиагностики авторы

[32] наблюдали резкое снижение всех видов бактерий в содержимом корневого канала. Процент обнаружения через 7 дней *A.actinomycetemcomitans* уменьшился на 33% и через 14 дней на 37,4%; *B.forsythus* - на 50 и 54,2%; *P.intermedia* - на 58,3 и 62,5%; *P.gingivalis* - на 29,1 и 33,3%; *T.denticola* - на 37,5 и 41,6% соответственно.

Целью исследования А.В. Митронина с соавт. [33] явилась оценка клинических результатов применения адаптогена иммуномодулирующего действия при эндодонтическом лечении корневого канала. Результаты исследования показали, что из 180 больных у 93,3% через 6-12 мес. деструктивные очаги частично или полностью заместились костной тканью. Иммунограмма показывала увеличение уровня Т-клеток, индекса нагрузки, фагоцитоза. У 6,6% больных в области верхушек корней многокорневых зубов не все деструктивные очаги подверглись реконструкции костью.

Применение композиционного цемента с адгезивной системой в ходе эндодонтического вмешательства обеспечивает более тесный контакт каркасного материала с дентином благодаря меньшей вязкости полимерного цемента, что улучшает морфологическую внутрикорневую адаптацию. В таких ситуациях низкомолекулярный композит выступает как эластичный буфер, компенсирующий стресс, связанный с полимеризационной усадкой, за счет текучести, помогает образованию пор и снижает микропроницаемость [18].

С целью совершенствования этиологической диагностики деструктивных форм хронического периодонтита с помощью микробиологических тестов генодиагностики (ПЦР) были проведены [34] исследования по определению частоты выявления вирулентных бактерий. Подчеркивается, что генодиагностика является оптимальным методом для выявления и изучения персистенции бактерий при этиологической диагностике эндодонтического синдрома.

По сведениям А.В.Митронина с соавт. [35], при микробиологической оценке персистенции вирулентные виды бактерий зарегистрированы в содержимом корневых каналов всех зубов с хроническим периодонтитом. Обсемененность микрофлорой выявлена высокой, а содержание *A. actinomycetemcomitans* - у 19 пациентов (52,8%), *B. forsythus* - у 17 (47,2%), *P. intermedia* - у 25 (69,4%), *P. gingivalis* - у 16 (44,4%), *T. denticola* - у 13 (36,1%). После заполнения корневых каналов гелем Коллапан с клафораном и с

линкомицином на 7 и 14 дней наблюдалась иная картина маркерной ДНК вирулентных патогенов (*B.forsythus*, *P.gingivalis* и *T.denticola* не обнаружены).

Выводы

1. Адекватный доступ играет жизненно важную роль в иерархии приоритетов среди других этапов эндодонтического лечения, а также влияет на положительный результат в той же степени, как и контроль микрофлоры в канале, и формирование апикальной трети. Понимания такого фактора, на наш взгляд, поможет клиницисту правильно организовать работу еще на этапе раскрытия пульпарной камеры и подготовить почву для достижения апикальных зон системы корневого канала и выполнения всех процедур формирования и очистки канала.

2. Каждый из перечисленных эндодонтических методов лечения обладают как преимуществами, так и отдельными недостатками. Тем не менее, совершенствование современных и разработка новых эндодонтических методов лечения зубов позволяют провести своевременную диагностику эндодонтического синдрома и подобрать эффективные методы его ранней профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Л.П., Кидик О.А. Клиническая оценка эффективности применения лазерного излучения в сочетании с ультразвуковой обработкой корневых каналов // *Dentist Казахстан*. 2005. № 1(1). С. 50-53.

2. Антонова Л.П., Князькова М.Л., Долбня С.Л. Применение ультразвукового прибора Varios-550 при эндодонтическом лечении // *Dentist Казахстан*. 2006. № 1(3). С. 31-32.

3. Антонова Л.П., Князькова М.Л., Ровнягина Л.И. Результаты эндодонтического лечения осложненного кариеса с использованием системы "Термафил" // *Den-tist Казахстан*. 2005. № 1(1). С. 46-47.

4. Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковелевский А.М. Практическая периодонтология. СПб: Питер Пресс, 1995. 272с.

5. Барер Г.М. Ультразвук сквозь призму эндодонтии / Г.М. Барер, И.А. Овчинникова, В.Г. Маслий // *Клиническая стоматология*. -2002. -№ 1. -С. 32-34.

6. Батюков Н.М., Чибисова М.А., Курганова И.М. Новые возможности повышения эффективности эндодонтического лечения // *Институт стоматологии*. Санкт-Петербург. 2006. № 2 (31). С. 58-61.

7. Бикулич И.В., Гринин В.М. Значимость эндодонтической помощи в профилактике одонтогенных воспалительных осложнений //

Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 130-132.

8. Борисова Э.Г. Результаты клинической оценки применения аппарата "ДЭНАС" для лечения осложнений, возникающих после пломбирования корневых каналов // *Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России*. М., 2004. С. 133.

9. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтического лечения // *Клиническая стоматология*. 1997. № 1. С. 5-8.

10. Боровский Е.В. Опыт применения штифтов Роеко с гидроксидом кальция для временного пломбирования корневых каналов // *Дентальные технологии*. 2001. № 2. С. 37-37.

11. Глязетдинова Ю.А., Винниченко А.В., Винниченко Ю.А. Лечение верхушечного периодонтита с применением магнитолазерной терапии // *Стоматология*. 2003. № 4. С. 20-24.

12. Гилязетдинова Ю.А., Гилязетдинов Д.Ф. Применение магнитно-лазерного излучения для реабилитации больных верхушечным периодонтитом // *Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций*. М., 2004. С. 136-137.

13. Дедеян С.А., Медведевак И.А., Чухаджан Г.А. Эндодонтическая обработка корневого канала с использованием препарата "Алкагель" // *Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций*. М., 2004. С. 138-139.

14. Демиденко Н.И., Павлицкая В.К. Лечение хронического верхушечного периодонтита с использованием различных пломбировочных материалов // *Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций*. М., 2004. С. 139-141.

15. Денисова Л.А., Поюровская И.Я. Экспериментальное исследование состояния пломбировочного материала в корневом канале с помощью акустического микроскопа // *Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций*. М., 2004. С. 141-142.

16. Донская И.П. Лечение пульпита временных зубов с использованием препарата "Пульпотек" // *Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций*. М., 2004. С. 142-144.

17. Дубова М.А., Шпак Т.А. Метод трехмерной пломбировки каналов термо-пластифицированной гуттаперчей с использованием SYSTEM B // *Dental Market*. 2004. N 4. P. 16-19.

18. Дуглас Т. Принципы прямого моделирования штифтовой конструкции на основе

- волоконно-упроченного композиционного материала. Kerr Focus, 2004. С.13-19.
19. Ефанов О.Е., Волков А.Г. Направленное локальное апикальное воздействие постоянным током - новый метод лечения зубов с труднопроходимыми корневыми каналами // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 144-145.
20. Жунусова Л.Ж. Перспективы использования в эндодонтии раствора на основе сульфата меди // Dentist Казахстан. 2005. № 2(2). С. 42-44.
21. Измайлова З.М. Зубосохраняющие операции и определение нуждаемости в них населения: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 2003. 22с.
22. Измайлова З.М. Тактика оказания помощи при обострении хронических периапикальных процессов // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. М., 2001. С. 92-93.
23. Кнапшвост А. Депофорез гидроокиси медиальция (Curgal) - научно-обоснованная альтернатива в эндодонтии // Современная стоматология. 2001. № 2. С. 7-10.
24. Курякина Н.В., Пешков В.А. Клинико-рентгенологическая оценка результатов лечения пульпита при использовании фито-эндогерметика // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 147-150.
25. Ландинова В.Д., Скрипкина Г.И. Лабораторное исследование бактерицидного действия эндодонтических препаратов // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 150-151.
26. Лепилин А.В. Уровень успеха в эндодонтическом лечении зубов // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 151-153.
27. Максеева И.М., Пиминов А.Б. Смазанный слой корневого канала и его удаление // Эндодонтия today. 2002. Т. 2, № 1-2. С. 5-10.
28. Максимова О.П., Петлёв С.А. Клинические размышления о биологических основах и путях развития эндодонтии сегодня // Клиническая стоматология. 2002. № 3. С. 22-26.
29. Максимовская Л.Н. Ближайшие результаты эндодонтического лечения зубов с применением штифтов из полипропилена "Flex Point Neo" // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 153-155.
30. Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д. Медикаментозная и инструментальная обработка канала // Новое в стоматологии. 2001. № 6. С. 54-60.
31. Миллер В.Д. Руководство по терапевтической стоматологии. Пер. с нем. А.Г.Фейнберга. Н.Новгород, 1998. 360 с.
32. Митронин А.В., Максимовский Ю.М. Клинико-микробиологическая оценка эффективности применения паст, содержащих гидроксид кальция, в лечении верхушечного периодонтита // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 160-163.
33. Митронин А.В., Робустова Т.Г. Адаптоген иммуномодулирующего действия в лечении больных с периодонтитом // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 163-164.
34. Митронин А.В., Царев В.Н. Дифференциальная диагностика деструктивных форм периодонтита на основании данных микробиологического исследования с помощью полимеразной цепной реакции // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 164-166.
35. Митронин А.В., Царев В.Н. Оценка эффективности трансканального применения Коллапан-геля, содержащего антимикробные средства, в лечении деструктивных форм хронического периодонтита на основании данных молекулярно-генетических исследований // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 166-169.
36. Морозов П.В., Новгородский В.Е. Эндодонтическое лечение в комплексном терапии эндодонтического синдрома // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 169-171.
37. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001. 390с.
38. Обтурационная система Eriphany - новый стандарт эндодонтического лечения / Dental Market. 2004. N 4. P. 10-13.
39. Ричард Э.М., Шпак Т.А., Дубова М.А. Улучшенный эндодонтический доступ // Институт стоматологии. Санкт-Петербург. 2006. № 3 (32). С. 122-123.
40. Савельева Н.А. Клинико-рентгенологическая эффективность лечения пульпита временных зубов с помощью метода мортальной ампутации // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 174-176.
41. Скуратова Т.А., Пенчук Е.А. Применение пасты "Calasept" при лечении деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 176-177.
42. Сперанский В.С., Масумова В.В. Морфологические особенности строения корне-

вых каналов зубов и качество их пломбирования // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 177-178.

45. Хитров В.Ю., Хамидуллина С.А. Токсикодермия, вызванная эндодонтическим материалом "Резодент" // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 178.

46. Чиликин В.Н. Депульпирование зубов и лечение осложненного кариеса // Клиническая стоматология. 1997. № 1. С. 27-28.

47. Яковенко Е.Ю., Дедеян С.А. Опыт лечения хронического периодонтита и корневых кист с помощью препарата "Метапекс" // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2004. С. 179-180.

Тураев Н.Г., Исмоилов А.А., Ашууров Г.Г.

Эндодонтические аспекты лечения эндопародонтального синдрома (обзор литературы)

В представленной работе проведена аналитическая оценка ближайших и отдаленных результатов эндодонтического лечения зубов. Изложенные материалы свидетельствуют о том, что совершенствование современных и разработка новых эндодонтических методов лечения зубов позволят провести своевременную диагностику эндопародонтального синдрома и подобрать эффективные методы его ранней профилактики.

Turaev N.G., Ismoilov A.A., Ashurov F.F.

Чанбаҳои табобати эндодонтии синдроми эндопародонталӣ (шарҳи адабиёт)

Дар мақолаи пешниҳодшуда натиҷаҳои наздик ва дуртарини табобати эндодонтии дандонҳо дарҷ гардидаанд. Маводҳои мавҷуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки такмили усулҳои муосир ва коркарди нави табобати эндодонтии дандонҳо, тапхиси саривақтии синдроми эндопародонталӣ ва интиҳоби усулҳои самараноки пешгирии онро имкон медиҳанд.

Turaev N.G., Ismoilov A.A., Ashurov G.G.

Endodontic aspects of the treatment of endoparodontal syndrome (review of the literature)

In presented work organized analytical estimation nearest and remote results of endodontic's treatments of the teeth. Stated material are indicative of that that improvement modern and development new endodontic methods of the treatment teeth will allow to conduct the well-timed diagnostics an endoparodontal syndrome and select the efficient methods its early preventive maintenance.