



New Day in Medicine  
Новый День в Медицине

NDM



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

5 (55) 2023

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**5 (55)**

**2023**

*май*

*Received: 20.04.2023, Accepted: 30.04.2023, Published: 15.05.2023.*

**УДК 616.311**

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА**

*Шукурова Гулчехра Ашуроевна <https://orcid.org/0009-0006-3623-0213>*

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ *Резюме*

*На сегодняшний день среди проблем современной стоматологии одно из важных мест занимают болезни периодонта. Многочисленные ученые и практикующие врачи отмечают медицинскую и социальную значимость рассматриваемой проблемы. Современные аспекты ранней диагностики и лечения хронического периодонтита остается мало изученным вопросом. Представлены результаты анализа литературных данных хронического периодонтита.*

*Ключевые слова:* хронический периодонтит, карьес, стоматология, диагностика.

**MODERN ASPECTS OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC  
PERIODONTITIS**

*Shukurova Gulchekhra Ashurovna <https://orcid.org/0009-0006-3623-0213>*

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1  
Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ *Resume*

*To date, among the problems of modern dentistry, one of the important places is occupied by periodontal disease. Numerous scientists and practicing doctors note the medical and social significance of the problem under consideration. Modern aspects of early diagnosis and treatment of chronic periodontitis remains a little studied issue. The results of the analysis of literature data on chronic periodontitis are presented.*

*Key words:* chronic periodontitis, caries, dentistry, diagnostics.

**SURUNKIY PERIODONTITLARNI ERTA TASHHIS QO'YISH VA DAVOLASHNING  
ZAMONAVIY JIHATLARI**

*Shukurova Gulchekhra Ashurovna <https://orcid.org/0009-0006-3623-0213>*

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ *Rezyume*

*Bugungi kunga kelib, zamonaviy stomatologiya muammolari orasida periodontal kasallik muhim o'rinnlardan birini egallaydi. Ko'plab olimlar va amaliyot shifokorlari ko'rib chiqilayotgan muammoning tibbiy va ijtimoiy ahamiyatini ta'kidlaydilar. Surunkali periodontitni erta tashxislash va davolashning zamonaviy jihatlari hali ham oz o'rganilgan masala bo'lib qolmoqda. Surunkali periodontit bo'yicha adabiyot ma'lumotlarini tahlil qilish natijalari keltirilgan.*

*Kalit so'zlar:* surunkali periodontit, karies, stomatologiya, diagnostika.

## **Актуальность**

**Х**ронический периодонтит заболевание, при котором хроническому воспалению подвергаются ткани, окружающие корень зуба. Болезнь является исходом кариеса, осложнившегося пульпитом. Второй по частоте причиной периодонита считается неправильное лечение зубов. Игнорирование симптомов периодонита может привести к серьезным осложнениям, вплоть до потери зуба, разрушения костной ткани челюсти с образованием ее переломов, развития остеомиелита [Снитковский Аркадий Александрович, 2022].

В структуре стоматологической заболеваемости периодонтит занимает третье место после кариеса зубов и пульпита в возрастной группе 25-47 лет доля этой формы осложненного кариеса достигает 50% [3,4]. Воспалительный процесс в периодонте развивается вследствие некроза пульпы и поступления инфицированного и токсического содержимого корневых каналов зубов через верхушечное отверстие, проникая в ткани периодонта, приводит к запуску реакций на клеточном, иммунном, микроциркуляторном уровнях, результатом является деструкция тканей периодонта. Причиной развития воспалительного процесса в тканях периодонта являются бактерии. Микробный симбиоз в составе содержимого кариозных полостей является источником первичной инфекции для развития пульпита и периодонита [2,5,6,9]. В настоящее время с помощью различных методов культивирования выделено более 400 видов микроорганизмов в эндодонтических образцах зубов с различными формами патологии. В первичной инфекции периапикальных очагов преобладают факультативные анаэробные бактерии, организованные в смешанные сообщества [Когина Э.Н., 2015].

На сегодняшний день среди проблем современной стоматологии одно из важных мест занимают болезни периодонта. Многочисленные ученые и практикующие врачи отмечают медицинскую и социальную значимость рассматриваемой проблемы [Кукушкин В.Л., 2014 Куратов И.А. и соав, 2015 Блашкова С.Л. и соав, 2015 Лукина Г.И. и соав, 2016 Шашмурина В.Р. и соав, 2018]. Осложнения, возникающие при хронических заболеваниях тканей периодонта, в том числе при хроническом апикальном периодоните, могут привести к длительной нетрудоспособности человека, ухудшая качество жизни больного [Герасимова Л.П. и соав, 2014 Триголос Н.Н. и соав, 2015 Шайымбетова А.Р., 2017 Шашмурина В.Р. и соав, 2018].

В структуре стоматологических заболеваний хронический апикальный периодонтит является наиболее частым осложнением кариеса зубов и достигает до 50% обращений в возрастной группе от 34-47 лет, воспалительный процесс в периодонте у лиц старше 50 лет является причиной удаления зубов более чем в 50% случаев [Кукушкин В.Л., 2014 Куратов И.А. и соав, 2015 Лукина Г.И. и соав, 2016 Шашмурина В.Р. и соав, 2018 Gbadebo S.O. et al., 2014 Yang N.Y. et al., 2018]. Увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста способствует росту встречаемости разных форм хронического периодонита [Иорданишвили А.К., 2015].

Согласно многочисленным исследованиям, в общей структуре обращаемости за стоматологической помощью распространённость хронического апикального периодонита высока и не имеет тенденции к снижению [Yuanita T. et al., 2018]. При этом, наличие очага хронической инфекции в периодонте, помимо локальных проблем, связанных с утратой функциональной ценности зуба, является ещё и источником очаго-обусловленных заболеваний, таких как инфекционный эндокардит, сепсис, инфекции мочеиспускательных каналов и др. [Лукина Г.И. и соав, 2016].

Наибольшую потенциальную опасность для организма человека представляют деструктивные формы хронического апикального периодонита, поскольку длительное воспаление тканей периодонта является наиболее частой причиной потери зубов и формирования очагов одонтогенной инфекции, что может привести к возникновению воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [Герасимова Л.П. и соав, 2014 Триголос Н.Н. и соав, 2015 Шайымбетова А.Р., 2017 Шашмурина В.Р. и соав, 2018]. Доля этой формы заболевания составляет 9-21% от общего числа больных с хроническим апикальным периодонитом [Gbadebo S.O. et al., 2014 Yang N.-Y. et al., 2018].

Современная наука рассматривает апикальный периодонтит, как воспалительный процесс в околоверхушечных тканях периодонта инфекционного, травматического и медикаментозного



характера, находящегося под влиянием комплекса экзо - и эндогенных факторов [Триголос Н.Н. и соав, 2015 Блашкова С.Л. и соав, 2017]. Причиной развития деструктивных форм периодонтита в подавляющем большинстве случаев является поступление инфицированного и токсического содержимого корневых каналов в ткани периодонта, что приводит к запуску реакций на клеточном, иммунном, микроциркуляторном уровнях, где результатом является деструкция периапикальных тканей [Блашкова С.Л. и соав, 2015 Лукина Г.И. и соав, 2016 Куратов И.А. и соав, 2017 Павлович О.А. и соав, 2017 Metzger Z. et al., 2013 Sullivan M. et al., 2016].

Основным источником инфекции при развитии пульпита и периодонтита являются патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, происходящие из системы корневых каналов [Мозговая Л.А. и соав, 2013 Siqueira Jr. J.F. et al., 2009 Yuanita T. et al., 2018]. Также имеют значение продукты распада пульпы и дентина из корневого канала или пародонтального кармана [Герасимова Л.П. и соав, 2014]. Наиболее часто при этом высеваются облигатные анаэробы (в том числе бактероиды), грамположительные палочки, стрептококки, энтерококки, кишечные палочки, микрококки, лактобациллы, грибы рода *Candida*, нейссерии и бактерии рода *Vellionella* [Горбунова И.Л. и соав, 2015 Mallick R. et al., 2014].

Известно, что в эндодонте создаются благоприятные условия для жизнедеятельности многих видов патогенных и условно-патогенных аэробных и анаэробных микроорганизмов [Мозговая Л.А. и соав, 2013 Siqueira J.F. et al., 2009 Yuanita T. et al., 2013]. Эти микроорганизмы обнаруживаются во всех частях системы корневого канала, в том числе в боковых каналах, анастомозах, и дентинных канальцах в глубине до 300 микрон со стороны пульпы [Караков К.Г. и соав, 2015].

В основе патогенеза хронического апикального периодонтита лежит развитие локализованного воспалительного ответа, что сопровождается клеточной инфильтрацией и выбросом медиаторов воспалительной реакции [Sullivan M. et al., 2016 Yuanita T. et al., 2018]. Пульповая камера является труднодоступным местом для иммунной системы, вследствие чего она часто становится резервуаром инфекционного процесса. Воспаление, наблюдаемое в системе корневого канала и периапикальной области, является защитной реакцией организма, попыткой предотвратить распространение инфекции на более отдаленные ткани [Триголос Н.Н. и соав, 2015 Шайымбетова А.Р., 2017].

В развитии и течении хронического апикального периодонтита принимают участие механизмы как врожденного, так и приобретенного иммунитета [Provenzano J.C. et al., 2016 Dessaune Neto N. et al., 2018].

Рядом авторов показано, что при периодонтиите наблюдается сенсибилизация организма, изменение иммунологической реактивности с формированием вторичного иммунодефицита, нарушение состояния местного иммунитета, что оказывает значительное влияние на течение патологического процесса, эффективность проводимой терапии и результаты лечения, а также на риск развития осложнений и рецидива заболевания [Блашкова С.Л. и соав, 2015 Триголос Н.Н. и соав, 2015 Голдобин Д.Д. и соав, 2017 Metzger Z. et al., 2013 Sullivan M. et al., 2016 Jakovljević A. et al., 2015 Yang N.-Y. et al., 2018]. Проводимые под руководством профессора Овруцкого Г.Д. иммуноморфологические исследования еще в 70-х годах XX века обнаружили зависимость исхода заболеваний периодонта от состояния неспецифических механизмов защиты организма [Овруцкий Г.Д. и соав, 2021].

Несмотря на многочисленные исследования, проблема лечения хронического апикального периодонтита остается актуальной, что обусловлено распространностью заболевания, достаточно высокой частотой обострений, как в ранние, так и отдаленные сроки наблюдения [Герасимова Л.П. и соав, 2014 Курманалина М.А. и соав, 2017 Шайымбетова А.Р., 2017].

Учитывая, что патогенные микроорганизмы в системе корневых каналов недоступны действию системных антимикробных препаратов, механизмам иммунной защиты, необходимость своевременного эндодонтического лечения не вызывает сомнения [Герасимова Л.П. и соав, 2014].

Лечение хронического апикального периодонтита и в настоящее время остается одной из самых актуальных проблем в эндодонтии. Это связано со сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций, со значительной распространенностью заболевания, в частности, несовершенством методов антисептического воздействия на систему корневых каналов

[Аледдинова С.М., 2013]. В стоматологическую практику регулярно внедряются новые материалы и методики, направленные на повышение эффективности лечения осложненных форм кариеса [Веткова К.В. и др., 2014 Oliveira L.D. et al., 2012].

В эндодонтии научно-практические достижения включают в себя несколько направлений: изучение особенностей влияния таких материалов на микро - и макроорганизмы, а также на клетки и ткани периодонта усовершенствование методов инструментальной и медикаментозной обработки корневого канала создание новых лекарственных препаратов для лечения и обтурации корневых каналов [Farahat A., Salah E.H., Al-Shraim M., 2014].

Лечение хронического апикального периодонтита направлено на санацию корневых каналов, удаление патогенной микрофлоры, активацию процессов регенерации в периапикальной области и качественную обтурацию для предупреждения реинфекции системы корневых каналов и тканей периодонта [Курманалина М.А. и соав, 2017].

Важным при лечении хронического апикального периодонтита является использование современных методов рентгенологической визуализации, которые позволяют определить состояние периапикальных тканей, наличие и выраженность их повреждения, провести дифференциальную диагностику, оценить качество эндодонтического лечения, степень обтурации корневых каналов, динамику и прогноз заболевания [Терновой С.К. и соав, 2010 Байков Д.Э. и соав, 2006 Македонова Ю.А. и соав, 2015 Borden W.G. et al., 2013 Dorasani G. et al., 2013 Filho E.M.M. et al., 2018].

Несмотря на внедрение новых технологий, осложнения после эндодонтического лечения встречаются довольно часто, и если на рентгеновском снимке имеются очаги деструкции периапикальных тканей, то вместо перелечивания зуба врачи-стоматологи предлагают пациенту его удаление и замещение дефекта имплантатом, считая данный метод лечения лучшим по сравнению с попыткой сохранения собственного зуба. Сегодня эндодонтия располагает обширными сведениями о строении системы корневых каналов, появились современные методики, микроскопы, инструменты, и др. [Борисова Э.Г. и др., 2019 Дмитриева Л.А. и др., 2015 Friedman S., 2015]. Одним из ключевых факторов в развитии болезни пульпы и периапикальных тканей считается бактериальное инфицирование системы корневых каналов. Главной целью лечения является достижения максимальной их стерильности, учитывая тот факт, что существование микроорганизмов в корневом канале проходит в форме биопленки. Для качественной биомеханической инструментальной обработки в настоящее время существует большое количество эндодонтических инструментов. Полного удаления дентинных опилок и микроорганизмов добиться непросто по причине формирования смазанного слоя на стенках корневого канала после инструментальной обработки и их сложной морфологии, что было доказано по результатам многочисленных исследований. Поиск новых стратегий в лечении является весьма актуальным, поскольку большинство медикаментозных средств для внутриканального использования имеют ограниченный антибактериальный спектр воздействия и низкую возможность диффундировать в дентинные канальцы [Stabholz A., Sahar-Helft S., Moshonov J., 2018].

Хронический апикальный периодонтит, современная наука рассматривает как воспалительный процесс околоверхушечных тканей периодонта травматического, инфекционного и медикаментозного характера, находящегося под влиянием комплекса эндо - и экзогенных факторов [Березин К.А., 2015 Триголос Н.Н. и др., 2015].

В большинстве случаев, причиной развития хронического апикального периодонтита является поступление токсического и инфицированного содержимого корневых каналов в ткани периодонта, что приводит к запуску реакций на иммунном, клеточном, микроциркуляторном уровнях, приводящая к деструкции периапикальных тканей [Березин К.А., 2015 Куратов И.А. и др., 2017 Павлович О.А. и др., 2017 Metzger Z. et al., 2013 Sullivan M. et al., 2016].

При лечении хронического апикального периодонтита важным является использование современных методов рентгенологического исследования, которые позволяют определить состояние периапикальных тканей, проводить дифференциальную диагностику, оценить качество эндодонтического лечения, прогнозировать и отслеживать динамику [Терновой С.К. и др., 2010 Байков Д.Э. и др., 2006 Македонова Ю.А. и др., 2015 Borden W.G. et al., 2013 Dorasani G. Et al., 2013 Filho E.M.M. et al., 2018].



Современная стоматологическая практика ориентирована на сохранение и «спасение» самых сложных в клиническом отношении зубов. При лечении запущенных форм хронического апикального периодонтита остро встает вопрос о выборе препаратов для внутриканального применения [Рикуччи Д., Сикейра Ж., 2015].

Использование новых технологий и оборудования способствуют успешному проведению комплексного лечения, сокращая сроки, повышают качество профилактики, диагностики и лечения осложнений. Одним из важных является лечение хронического апикальной периодонтита, так как клиническое течение воспалительного процесса часто протекает на фоне сниженной иммунной системы организма и соматической патологии у пациента [Митронин А.В., 2004 Мацепуро К.А., Митронин А.В., 2014].

Детально проводить диагностику и планировать лечение позволяет применение современной конусно-лучевой компьютерной томографии [Дмитриева Л.А. и др., 2015].

Таким образом, опираясь на данные научно-медицинской литературы за последние 10 лет, можно сделать вывод о том, что распространённость хронического периодонтита в разных возрастных группах населения в настоящее время сохраняется на стабильно высоком уровне и не имеет тенденции к снижению [Митронин А.В., 2014].

Доказано, что инструментально невозможно полноценно очистить корневой канал в связи с наличием внутриканальной биоплёнки и сложностью внутренней морфологии зуба [Moshonov J., 2018]. Ведущая роль в развитии патологии принадлежит микробному фактору [Павлович О.А. и др., 2017]. Поэтому именно воздействие на микробиоту системы корневых каналов играет ведущую роль в эффективности эндодонтического лечения [Yang N.Y. et al., 2018]. С этой целью С. Коэн, Р. Бернс. (2000), N. S. Soukos с соав (2006), N. Chugal с соав (2017), а также ряд других исследователей рекомендуют использовать растворы гипохлорита натрия в концентрации 0,5-5,5 % и 0,05-2 %-е растворы хлоргексидина биглюконата. Гипохлорит натрия обладает широким спектром бактерицидного действия, направленного на спорообразующие бактерии и их вегетирующие формы, грибы, а также простейшие и вирусы, но недостаточно эффективен в отношении *Enterococcus faecalis* [Митронин А.В., 2014]. При этом гипохлорит натрия в малом объёме корневого канала быстро инактивируется, необходимо его частое обновление, ультразвуковая или тепловая активация. Хлоргексидин обладает элиминирующими эффектом в отношении *Streptococcus mutans* и анаэробных микроорганизмов [Moshonov J., 2018]. Однако, по мнению И.М. Рабинович, И.В. Корнетовой (2013) данный антисептик не способен растворить органические ткани. При этом И.А. Беленова, О.А. Красичкова (2014) считают, что для повышения эффективности антибактериальной обработки корневого канала при хроническом апикальном периодоните раствор хлоргексидина также необходимо активировать ультразвуком.

Для ирригации корневых каналов наиболее часто применяется стандартная техника положительного давления [Павлович О.А. и др., 2017]. Но, как отмечают А.И. Kui с соав (2018) и Y.M. Moon с соав (2010), данная методика не обеспечивает удовлетворительную обработку апикальной части канала и вызывает риск возникновения осложнений, связанных с выведением ирригационного раствора за пределы апекса [Блашкова С.Л. и соав, 2015]. Применение ультразвука для активации ирригационного раствора существенно увеличивает эффективность ирригации [Yang N.Y. et al., 2018]. Однако, по мнению Г. Салеевой, С.В. Григорьева (2013) при работе с ультразвуковыми насадками необходимо учитывать возможность образования ступенек, перфорации и поломки инструмента в корневом канале. Кроме того, по мнению Л.М. Лукиных (2014), при ультразвуковой ирригации эффективность активации ирриганта снижается при контакте инструмента со стенкой корневого канала, так как снижается амплитуда движения ультразвуковой насадки. Г Хохрина (2007, 2008) впервые обосновала целесообразность использования вакуума в лечении деструктивных форм хронического периодонтита.

Одонтогенные очаги хронической инфекции при периодонтах и патологии пародонта, определяют развитие острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области с участием в них неспорообразующих анаэробов [Павлович О.А. и др., 2017]. Микробные ассоциации в корневых каналах продуцируют ферменты и эндотоксины, которые негативно влияют на хемотаксис и фагоцитоз в периапикальных тканях, ингибируя действие антибактериальных препаратов, которые применяются в процессе эндодонтического лечения

[Блашкова С.Л. и соав, 2015]. При повреждении бактериальной клетки выделяется эндотоксин, который, попадая в периодонтальное пространство, ведёт к инициации воспалительной реакции - выделению биологически активных веществ и простогландинов, являющихся медиаторами воспаления [Yang N.Y. et al., 2018]. Медиаторы воспаления запускают воспалительную реакцию, сопровождающуюся повышением сосудистой проницаемости, изменением реологических свойств крови, процессами экссудации лейкоцитов, что провоцирует действие повреждающего фактора, приводящего к деструкции костной ткани периода [Блашкова С.Л. и соав, 2015]. При этом эндотоксины выступают в роли антигенов, сенсибилизируя не только ткани периода, но и макроорганизм в целом, что при недостаточной иммунологической реактивности приводит к развитию у человека очагово-обусловленных заболеваний, вызванных наличием хронического одонтогенного очага инфекции [Куратов И.А., 2020].

### **Заключение**

Таким образом, наше исследование было обусловлено использованием литературных данных хронического апикального периода, которые позволяют повысить уровень диагностики заболевания, разработать критерии нормы и патологии, а также обосновывает индивидуальный подход к тактике ведения пациентов с данным заболеванием.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Адамчик, А.А. Анализ интерлейкинов при хроническом апикальном периода / А.А. Адамчик, Н.И. Быкова Аллергология и иммунология. - 2016 17(4):239-241.
2. Адамчик А.А. Клиническое обоснование к использованию лечебной пасты для временного пломбирования каналов корней зубов при лечении деструктивных форм хронического периода / А.А. Адамчик Эндодонтия today. 2016 1:17-20.
3. Адамчик А.А. Сравнительная характеристика препаратов для временного пломбирования корневых каналов при лечении апикального периода / А.А. Адамчик Здоровье и образование в 21 веке. 2016 18(2):120-124.
4. Аксенова В. Особенности формирования индивидуального плана восстановительного лечения и календаря диспансеризации пациентов с хроническим апикальным периода / В. Аксенова Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014 2:19-25.
5. Алексеева Е.С. Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулирующих препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21: 14.00.36 / Алексеева Е.С. СПб., 2007 17.
6. Анализ причин преждевременного удаления временных моляров у детей / В.А. Андреева, Г.В. Бинцаровская, З.Р. Валеева, Я.И. Тимчук Доклады БГУИР. - 2016 7(101):368-370.
7. Анализ степени активности течения хронического верхушечного периода с использованием комплексного апикального индекса / Л.А. Дегтярёва, Л.Х. Дурягина, В.П. Седых [и др.] Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2015 5/2(18):25-28.
8. Анаэробная микрофлора эндодонта при хроническом апикальном периода / В.Л. Кукушкин, А.А. Дутова, Е.А. Кукушкина, М.В. Смирницкая Эндодонтия today. 2017 1:13-15.
9. Атежанов Д.О. Состояние оказания стоматологической помощи детям в условиях частной стоматологической поликлиники / Д.О. Атежанов Известия вузов Кыргызстана. 2017 1:52-55.
10. Аутоиммунные реакции ротовой полости у больных с периода / Л.Ю. Орехова, В. Кудрявцева, М.Я. Левин, В.А. Осипова Медицинская иммунология. 2003 5(3): Материалы VII научной конференции «Дни иммунологии в Санкт-Петербурге». С. 314-315.
11. Афанютин А.П. Dens invaginatus как порок развития зуба. Пример диагностической картины на основе клинического случая, лечение / А.П. Афанютин Эндодонтия today. – 2017 4:31-34.
12. Бажиков С.С. Обоснование выбора материалов для временного пломбирования корневых каналов при лечении апикального периода / С.С. Бажиков Университетская медицина Урала. – 2017 2:10-13.
13. Байков Д.Э. Компьютерная томография в оценке анатомических вариантов строения костных структур основания черепа / Д.Э. Байков, Ф.Ф. Муфазалов, Л.П. Герасимова Медицинская визуализация. – 2006 1:45-49.
14. Байтус Н.А. Синтетические остеопластические препараты на основе гидроксиапатита в стоматологии / Н.А. Байтус Вестник ВГМУ. – 2014 3:29-34.



15. Барышникова, М.А. Иммуномодулирующая активность сублингвальной формы галавита / М.А. Барышникова, А.М. Карамзин, Н.К. Ахматова Лекарственная терапия. – 2007 6(2):55-58.
16. Березин К.А. Иммуногистохимические показатели эффективности назначения кальцийсодержащих препаратов при лечении апикальных форм периодонтита / К.А. Березин, Е.Ю. Старцева, С.Л. Блашкова Современные проблемы науки и образования. – 2015 3:114.
17. Березин К.А. Иммунологические аспекты заболеваний апикального периодонтита / К.А. Березин Фундаментальные исследования. – 2014 10:1609-1611.
18. Биопленка в эндодонтии. Часть I. Свойства и методы изучения (обзор литературы) / В.А. Румянцев, Е.Г. Родионова, А.В. Некрасов [и др.] Эндодонтия today. - 2018. - 1. 17-21.
19. Болячин, А.В. Основные принципы и методики ирригации системы корневого канала в эндодонтии / А.В. Болячин Клиническая эндодонтия. — 2008 1-2:15-19.
20. Булгакова, А.И. Обоснование местного применения иммуномодулирующих препаратов при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / Булгакова Альбина Ирековна. М., 2004 29.
21. Бурков И.В. Эффективность препарата галавит при внутримышечном введении у детей старше 6 лет с гнойными хирургическими заболеваниями / И.В. Бурков, А.Д. Царегородцев, С.И. Коренькова Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008 1:78-82.
22. Вавина Е.П. Современный взгляд на основные аспекты успешного эндодонтического лечения / Е.П. Вавина, И.В. Корецкая, Н.В. Чиркова Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2015 62:3-8.
23. Весна Е.А. Клініко-рентгенологічні аспекти діагностики хронічного апікального періодонтиту / Е.А. Весна Вісник стоматології. – 2017 3:43-48.
24. Весна, Е.А. Порівняльний аналіз програмного забезпечення, що використовується для інтерпретації результатів конусно-променевого комп’ютерного дослідження при хронічному апікальному періодонтиті / Е.А Весна Вісник стоматології. – 2018 1:58-69.
25. Веткова К.В. Фагоцитарная активность лейкоцитов при хронических формах апикального периodontита / К.В. Веткова, М.А. Борисенко, А.В. Чекина Омский научный вестник. 2014 1(128):14-17.
26. Влияние галавита на функционально-морфологическое состояние почек, перекисное окисление липидов и антиоксидантную систему при нефропатическом типе генерализованного амилоидоза / А. Беликова, В.Б. Брин, В. Закс, К.М. Козырев Кубанский научный медицинский вестник. – 2012 3(132):30-36.
27. Возрастные особенности распространённости хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у взрослых людей / А.К. Иорданишвили, А.Г. Слугина, Д.В. Балин, А.А. Сериков Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье. – 2015 2:23-28.
28. Волкова Н. Анализ эффективности аппаратных методов лечения деструктивных форм периодонтита / Н. Волкова, Е.В. Жданова, А.В. Брагин Проблемы стоматологии. — 2011 4:32-34.
29. Гаврилюк, В.П. Фармакологическая коррекция галавитом иммунных нарушений при аппендикулярном перитоните у детей / В.П. Гаврилюк Фармация. – 2012 22(141):70-73.
30. Гажва С.И. Анализ клинико-иммунологического статуса полости рта у пациентов с хронически генерализованным пародонтитом легкой и средней степеней тяжести при использовании антибактериальных средств / С.И. Гажва, А.И. Воронина, О.В. Шкаредная Стоматология. 2010 3:30-33.
31. Гаража, Н.Н. Цитоэнзимохимическая оценка препарата Галавит в терапии хронического генерализованного пародонтита / Н.Н. Гаража, Ю.Н. Майборода, В. Маркина Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011 4:21-24.
32. Гарипов, Р.М. Острый деструктивный панкреатит: иммунологические аспекты в диагностике и лечении / Р.М. Гарипов, З.Р. Гайсина Медицинский вестник Башкортостана. 2010 4:55-60.
33. Гатина, Э.Н. Современные возможности ирригации корневых каналов / Э.Н. Гатина, Г.Р. Егорова, Ю.В. Фазылова Молодой ученый. 2015 11:631-635.
34. Герасимова Л.П. Диагностика и комплексное лечение хронического апикального периодонтита в стадии обострения / Л.П. Герасимова, С.М. Алетдинова Эндодонтия today. – 2014 1:6-9.
35. Гизингер О. Клинико-иммунологическое обоснование применения иммуномодулятора галавит в терапии микст-инфекций генитального тракта / О. Гизингер, Ю. Нефедьева Врач. – 2015 1:40-42.

**Поступила 20.04.2023**

