



Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Corresponding author. *Khaldaraliev Oibek, Tashkent Medical academy, Uzbekistan, Tashkent. E-mail: Xofl101@yandex.com; <https://orcid.org/0000-0001-2551-3481>.*

Contribution of the authors. All authors have made an equal contribution to the development of the concept, implementation, processing of results and writing of the article. We declare that this material has not been published before and is not under consideration by other publishers.

Financing. Absent.

Article submitted: 11.01.2023.

Accepted for publication: 06.03.2023.

УДК: 616.314-085
МРНТИ: 76.29.55.

DOI: 10.24412/2790-1289-2023-1-30-38

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

*М.К. Искакова, К.М. Есиркеп

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы

Аннотация

В статье приведены результаты стоматологического обследования пациентов с эндопародонтальным синдромом для эффективной постановки диагноза. При сочетанном поражении пародонта и эндодонта возникают сложности в оценке первичного очага поражения, выборе метода лечения и достижении положительных результатов лечения. Проведенное исследование поможет практическим врачам в вопросах организации, планирования таких пациентов, выборе тактики лечения для достижения эффективности и создания длительной ремиссии.

Ключевые слова: обследование, пациент, эндопародонтальный синдром, диагноз, результат, осложнение.

Введение. С каждым годом увеличивается число пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и это количество продолжает увеличиваться [1; 2]. В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению частоты воспалительных заболеваний пародонта среди лиц более молодого возраста [2]. По данным ВОЗ, распространенность заболеваний пародонта составляет 9-10% у детей младшего возраста и достигает 81-90% у подростков [3; 4; 5; 6]. По данным научного доклада ВОЗ (1990), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран, высокий уровень заболеваемости пародонта отмечен как в возрастной группе 15-19 лет (55-99%), так и в группе 35-44 года (65-98%) [7]. По данным отчета Европейского бюро ВОЗ, собранном в 35 странах мира, отмечалась высокая распространенность заболеваний пародонта (свыше 75%) среди лиц в возрасте 35-44 лет в семи странах, высокая распространенность (40-73%) в тринадцати странах и умеренная (менее 40%) в пятнадцати странах [8].

Среди лиц молодого возраста (15–34 года) в развитии воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) важное значение имеют аномалии строения мягких тканей преддверия полости рта и наследственная предрасположенность, а среди взрослого населения (старше 35 лет) – патология прикуса и соматическая отягощенность. У молодых людей ВЗП преимущественно имеют лёгкое течение (84,62%), а количество лиц со средней

степенью заболевания составляет 15,38% [9]. Результаты исследований факторов риска выявили, что у лиц молодого возраста с ВЗП в 1,6 раза чаще, чем в группе сравнения, выявляются хронические соматические заболевания ($p < 0,01$). Преобладающей соматической патологией в этом возрасте являются заболевания желудочно-кишечного тракта ($p < 0,01$). Лица молодого возраста в 2,5–2,6 раза чаще болеют простудными заболеваниями ($p < 0,001$), у большинства из них имеет место наследственная отягощенность по заболеваниям пародонта ($p < 0,001$). Установлено, что среди пациентов с диагностированными ВЗП достоверно больше курящих ($p < 0,001$) и употребляющих мучную пищу ($p < 0,001$), чем среди лиц, не имеющих патологии пародонта [10]. Выявлена распространенность заболеваний пародонта – 92% и кариеса – 93,7%. Установлено, что длительная плохая гигиена полости рта может стимулировать развитие генерализованного пародонтита. Высокая распространенность заболеваний пародонта обуславливает необходимость диспансерного наблюдения лиц в возрасте 15-35 лет, необходимость создания сети профилактических стоматологических кабинетов для обучения методам гигиенического ухода за полостью рта. Профессиональная гигиена полости рта должна занимать решающее место в комплексном лечении генерализованного пародонтита у лиц молодого возраста [11]. Тесные анатомические и функциональ-

ные взаимосвязи пародонта с морфофункциональным комплексом полости зуба не вызывают сомнения [12]. Взаимосвязь осуществляется через ряд потенциальных каналов связи между этими тканями. К ним относятся нервные пути, дентинные каналы, небно-десневые желобки, боковые каналы, альвеолярная кость, периодонтальная связка, апикальное отверстие, общая система лимфатических сосудов [13]. Наиболее тесная и очевидная связь пульпы и пародонта осуществляется через сосудистую систему и дентинные каналы. Таким образом, эти взаимосвязи можно разделить на две группы: васкулярные (сосудистые) и тубулярные (через дентинные каналы). Боковые и добавочные каналы, особенно в верхушечной зоне и в области фуркации моляров, также соединяют структуры пульповой камеры зуба с периодонтальной связкой. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что 39 - 93% боковых каналов и ответвлений апикальной дельты находятся в концевых отделах канала корня [14]. Предполагается, что эти каналы осуществляют прямое сообщение между пульпой и пародонтом, они содержат соединительную ткань и сосуды, объединяющие циркуляторную систему тканей пародонта и пульпы. При диагностике заболеваний пародонта перед клинико-рентгенологическим обследованием ставится задача по определению степени, активности и протяженности деструктивного процесса, что позволяет объективно оценить тяжесть поражения и разработать адекватную тактику лечения.

Материалы и методы исследований. Для регистрации клинических и дополнительных методов обследования у пациентов с эндопародонтальным синдромом использовалась амбулаторная карта стоматологического больного (Ф 043/у), которая является информативной и носит статус официального юридического документа для приёма стоматологических пациентов на амбулаторном приеме. Для профилактики предупреждения ошибок и, как следствие, различных осложнений очень важным в процессе опроса моментом являлся фактор полного изложения жалоб с использованием коммуникативных навыков. При опросе пациента важное значение имело выявление доклинической стадии заболевания. Выясняя историю развития заболевания, акцент делался на срок давности заболевания, первые симптомы, динамику признаков заболевания, ранее проводимое лечение, его эффективность, назначенные при

лечении лекарственные средства, их переносимость, наличие аллергических реакций. В нашем исследовании пациенты не страдали аллергическими реакциями.

Из анамнестических данных выясняли историю развития жизни, характер условий жизни, трудовой деятельности, общее самочувствие в момент обращения, наследственный фактор. Уделялось внимание наличию у больных сопутствующей патологии (наличие хронических заболеваний органов и систем), наличие факторов риска развития заболевания, соблюдение правил гигиены полости рта. Анамнез заболевания и анамнез жизни позволили установить течение патологического процесса (острый, хронический, обострение). Поскольку все эти данные носили субъективный характер, то основным моментом в обследовании пациентов являлся клинический осмотр и дополнительные (специальные) методы обследования.

При осмотре обращали внимание на общий вид больного, конституциональный статус, активность, выражение лица, особенности артикуляции, цвет склер и видимой поверхности кожного покрова, пальпировали околоушные слюнные железы и регионарные лимфатические узлы. Затем приступали к осмотру красной каймы губы, преддверия полости рта и непосредственно слизистой оболочки полости рта. При осмотре полости рта отмечали гигиеническое состояние, очаги одонтогенной инфекции (наличие кариозных полостей, острых краев разрушенных зубов, пломб с дефектами; состояние тканей пародонта), нуждаемость в санации, ортодонтическом или ортопедическом лечении. Должное внимание уделяли наличию травмирующего фактора, состоянию прикуса; обращали внимание на состояние десневого края, его цвет, степень кровоточивости десны, характер и выраженность воспалительного процесса, наличие зубных отложений, оценивали качество имеющихся пломб. Проводили обследование причинного зуба используя основные методы: зондирование кариозной полости, перкуссию зуба, пальпацию регионарных лимфатических узлов, рентгенологические исследования.

Результаты. В зависимости от поставленного диагноза и лечения, пациенты в возрасте от 35-44 лет были разделены на 3 группы: 1 группа (основная) - 10 человек, у которых превалировал эндосимптом; 2 группа (основная) - 10 человек, у которых превалировал пародонтосимптом; 3 группа (сравнения) - 10 человек, с пародонтитом средней тяжести (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов по половому признаку.

Пол	Количество обследованных		35 - 44 лет			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	15	50	15	50	15	50
Женщины	15	50	15	50	15	50
Всего	30	100	30	100	30	100

В течение 12 месяцев проводили клинические наблюдения и лечение 30 пациентам с эндопародонтальным синдромом. Набор пациентов проводился по обращаемости и по данным профилактического осмотра. По обращаемости обратились 16 пациентов, по данным профилакти-

ческого осмотра – 14. Как правило, пациенты обращались с жалобами на острую зубную боль. При обследовании наряду с поставленным клиническим диагнозом воспаления пульпы зуба были отмечены изменения со стороны тканей пародонта. При проведении профилактического

осмотра были выбраны 20 пациентов с эндодонто-пародонтальным синдромом в соответствии с ключевой возрастной группой ВОЗ. По результатам наших исследований следует, что наибольшее число пациентов самостоятельно обратились в клинику - 53,3%; по данным профилактического осмотра - 46,7%. Это свидетельствует о том, что

наличие зубной боли при поражении эндодонта, кровоточивость, боль в десне и подвижность зубов являлись причиной их самостоятельного обращения. Как показывают данные таблицы изменения со стороны эндодонта диагностированы у 40% пациентов, а изменения со стороны тканей пародонта у 60% (таблица 2, рисунок 1).

Таблица 2. Контигент пациентов по обращаемости и по данным профилактического осмотра.

Пол пациентов	Самостоятельное обращение	Проф.осмотр	Изменения со стороны эндодонта	Изменения со стороны тканей пародонта
Мужчины	9 (60%)	6 (40%)	7 (46,7%)	8 (53,3%)
Женщины	7 (46,7%)	8 (53,3%)	5 (33,3%)	10 (67,7%)
Всего	16 (53,3%)	14 (46,7%)	12 (40%)	18 (60%)

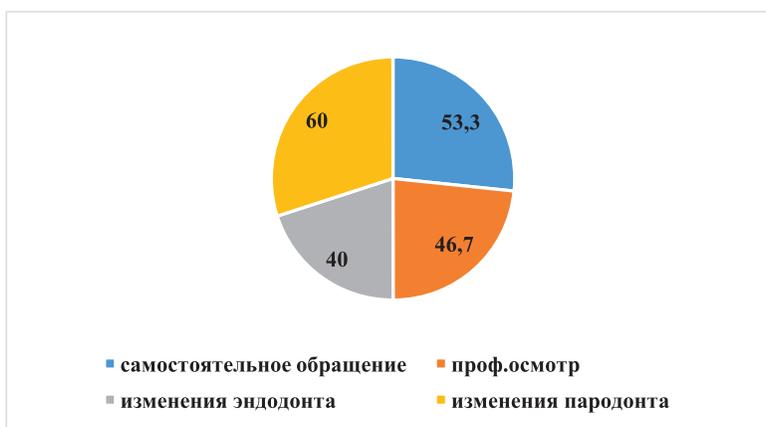


Рисунок 1. Общие процентные соотношения пациентов.

Каждому пациенту был предоставлен письменный вариант информированного согласия об участии в научном исследовании, который пациент подписывал на добровольной основе.

Проведены разъяснения по научному исследованию, проведению в ходе первичного или профилактического осмотра общеклинических методов исследования до и после лечения (опрос, осмотр, определение индекса гигиены полости рта по Green-Vermillion, пародонтальный индекс Russel, проба Айнамо, проба Шиллера-Писарева), заполнение карты осмотра, наблюдение и лечение пациентов с заболеваниями эндодонта и тканей пародонта. Лабораторным методом обследования до и после лечения

являлся рентгенологический метод (панорамное обследование верхней и нижней челюсти). Пациентам были проведены контрольные осмотры через 3, 6 и 12 месяцев. Общее количество всех посещений составило – 768.

Среди 15 пациентов мужского пола трёх исследуемых групп заболевания пульпы зуба диагностированы у 6 пациентов, заболевания тканей пародонта на фоне патологии эндодонта у 12, хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести диагностирован у 12 пациентов. Причем, первичное проявление изменений со стороны эндодонта зарегистрированы у 5 пациентов, а на фоне изменений тканей пародонта – у 10 пациентов (таблица 3).

Таблица 3. Распределение пациентов по клиническим формам и первичности поражения.

Мужчины 35-44 лет	Нозологические формы заболевания			Первичность поражения	
	Пульпит (острый, хронический, обострение)	Заболевания тканей пародонта	Эндодонто-пародонтальный синдром	эндодонта	тканей пародонта
1 группа	5 (100%)	5 (100%)	5	5 (100%)	-
2 группа	2 (40%)	3 (60%)	5	-	5 (100%)
3 группа	-	5 (100%)	-	-	5 (100%)

Исходя из данных таблицы 3 следует, что наибольшее количество составляют пациенты с патологией тканей пародонта на фоне, которого развился пульпит. Только 5 пациентов первой группы отмечали, что впервые были острые боли в зубе, в ходе комплексного

обследования были выявлены изменения со стороны тканей пародонта и предложено также лечение патологии пародонта. По нашим данным, основным фактором развития эндодонто-пародонтального синдрома явились изменения со стороны тканей пародонта, которые доказы-

вают пути распространения инфекции между пульпой зуба и пародонтом. Несомненно, этот взаимосвязанный между собой комплекс влияет как на состояние пульпы зуба, так и на состояние тканей пародонта. 10 пациентов впервые обратились с жалобами на изменения цвета десны, ее необычный вид, кровоточивость, рыхлость десны и подвижность зубов. В ходе комплексного обследования был поставлен диагноз: Хронический гене-

рализованный пародонтит средней степени тяжести. В группах наблюдения установлены клинические формы пульпита зуба. По данным таблицы 4 следует, что в возрасте от 35-44 лет во всех исследуемых группах чаще всего была диагностирована клиническая форма пульпита - Обострение хронического фиброзного пульпита, что составило 20% от других клинических форм пульпита (таблица 4).

Таблица 4. Распределение пациентов по клиническим формам пульпита.

Мужчины 35-44 лет	Клинические формы пульпита (абс. число)			
	Острый диффузный пульпит	Хронический фиброзный пульпит	Хронический гангренозный пульпит	Обострение хронического фиброзного пульпита
1 группа	1	1	1	2
2 группа	-	1	-	1
3 группа	-	-	-	-

На рисунках 2 и 3 предоставлены рентгенологические данные пациента Ж., 36 лет. Диагноз: Обострение хронического фиброзного пульпита 3.6. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. На рентгенологическом снимке во время первичного приёма отмечалась неравномерная резорбция высоты альвеолярного отростка от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ длины корня, очаги остеопоро-

за. У данного пациента первоначально было проведено лечение хронического фиброзного пульпита 3.6. в стадии обострения. После купирования зубной боли было проведено лечение хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Рентгенологические обследования позволили оценить состояние тканей пародонта, качество и эффективность лечения.

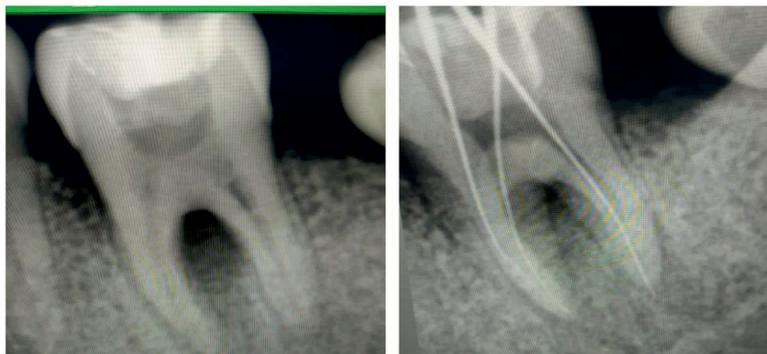


Рисунок 2. Пациент Ж., 36 лет. Эндопародонтальный синдром с первичным поражением эндодонта (на этапе осмотра и лечения).



Рисунок 3. Пациент Ж., 36 лет. Эндопародонтальный синдром с первичным поражением эндодонта (после лечения и через 6 месяцев).

В исследуемых группах пациенты предъявляли жалобы, характерные для клиники хронического генерализованного пародонтита. В основном преобладали жалобы на кровоточивость десны, необычный её вид,

подвижность зубов. При рентгенологическом обследовании выявлены изменения со стороны костной ткани в виде неравномерной резорбции альвеолярного отростка, снижение его высоты и явления остеопороза (рисунок 4).

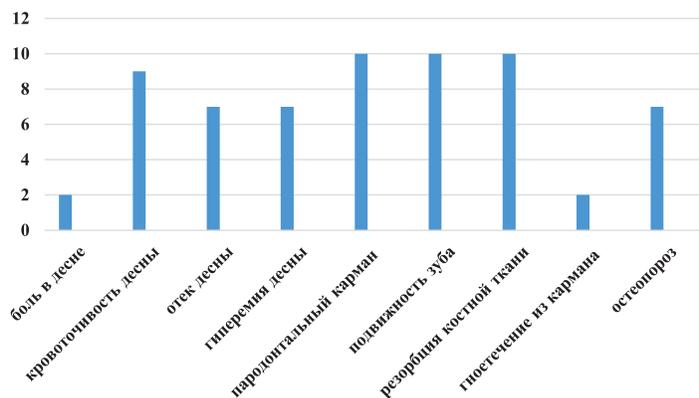


Рисунок 4. Основные симптомы пациентов с патологией тканей пародонта.

Из вышеизложенных данных следует, что среди пациентов мужского пола превалировала патология тканей пародонта. Однако, на фоне заболеваний тканей пародонта за счет пародонтальных карманов, снижение резистентности организма поражался эндокомплекс, приводящей к воспалительному процессу пульпы, сопровождающейся острой зубной болью.

Среди 15 пациенток женского пола трёх исследуемых групп заболевания пульпы зубов диагностированы у 6

пациенток, заболевания тканей пародонта на фоне патологии эндодонта у 14, хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести был диагностирован у 14 пациенток. Первичное проявление изменений со стороны эндодонта зарегистрированы у 8 пациенток, а на фоне изменений тканей пародонта – у 10 пациенток (таблица 5).

Исходя из данных таблицы 5 следует, что наибольшее количество составляли пациентки с патологией тканей

Таблица 5. Распределение пациентов по клиническим формам и первичности поражения.

Жен. 35-44 лет	Нозологические формы заболевания			Первичность поражения	
	Пульпит (острый, хронический, обострение)	Заболевания тканей пародонта	Эндопародонтальный синдром	Эндодонта	Тканей пародонта
1 группа	5 (100%)	5 (100%)	5	5 (100%)	-
2 группа	1 (20%)	4 (80%)	5	-	5 (100%)
3 группа	-	5 (100%)	-	3 (20%)	5 (100%)

пародонта на фоне, которого развился пульпит зуба. Шесть пациенток первой и второй групп отмечали, что впервые были острые боли в зубе, но в ходе комплексного обследования выявлены изменения со стороны тканей пародонта и предложено лечение пародонтита. Основным фактором развития эндопародонтального синдрома, как среди пациентов мужского и женского пола, являются изменения со стороны тканей пародонта, которые доказывают пути распространения инфекции между пульпой и пародонтом, что в конечном итоге приводит к эндопародонтальному синдрому.

14 пациенток впервые обратились с жалобами на изменения цвета десны, ее необычный вид, кровоточивость, рыхлость десны, обильные зубные отложения, подвижность зубов. Этот показатель выше, чем среди пациентов мужского пола на 33,3% и доказывает, что среди лиц женского пола распространенность заболеваний тканей пародонта существенно выше. В ходе комплексного обследования был поставлен диагноз: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (рисунок 5).



Рисунок 5. Пациентка К., 34 года. Ds.: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (до лечения).

По группам наблюдения были установлены клинические формы пульпита зуба. По данным таблицы 6 следует, что в возрасте от 35-44 лет во всех исследуемых группах чаще всего была диагностирована клиническая

форма пульпита - Обострение хронического фиброзного пульпита, что составило 26,6% от других клинических форм пульпита (таблица 6).

Таблица 6. Распределение пациентов по клиническим формам пульпита.

Женщины 35-44 лет	Клинические формы пульпита (абс. число)			
	Острый диффузный пульпит	Хронический фиброзный пульпит	Хронический гангренозный пульпит	Обострение хронического фиброзного пульпита
1 группа	1	1	1	2
2 группа	-	1	-	1
3 группа	-	1	-	1

Среди лиц женского пола заболевания пульпы зубов составили - 40 % от общего числа всех пациентов женского пола; заболевания тканей пародонта на фоне патологии эндодонта - 40%. Практически у всех пациенток наблюдали изменения со стороны тканей пародонта, которые составили 93,3% от общего числа всех пациенток женского пола, которым был поставлен диагноз: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Первичное изменение со стороны эндодонта зарегистрированы у 5 пациентов женского пола, а на фоне изменений тканей пародонта – у 17% пациентов.

В исследуемых группах пациентки предъявляли жалобы, характерные для клиники хронического генерализованного пародонтита. В основном преобладали жалобы на кровоточивость десны, подвижность зубов. При рентгенологическом обследовании выявлены изменения со стороны костной ткани в виде неравномерной резорбции альвеолярного отростка, снижение его высоты и явления остеопороза.

Из вышеизложенных данных следует, что среди пациенток женского пола преобладала патология тканей пародонта. Причем у лиц женского пола показатель распространенности патологии тканей пародонта значительно выше, чем у пациентов мужского пола. Так же как, у лиц мужского пола, преобладал эндодонтогенный синдром.

У пациентов с диагнозом «Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести» наиболее распространенными были жалобы на неприятный запах из полости рта, периодическую кровоточивость и болез-

ненность десны при чистке зубов и приеме твердой пищи, неприятные ощущения в десне, также зуд и жжение. При осмотре полости рта определялись над- и поддесневые зубные отложения, слизистая оболочка десневого края цианотичная, отмечалось оголение шеек отдельных зубов на 1/2 длины корня зуба, наличие пародонтальных карманов глубиной от 3,5 мм. и выше.

Комплекс лечебных мероприятий подбирался индивидуально, с учетом клинического диагноза заболеваний пульпы зубов и степени тяжести заболеваний тканей пародонта.

У пациентов в основных группах показатели электроодонтометрии составили в среднем $44,25 \pm 0,05$. В группе сравнения показатели электроодонтометрии в среднем составили $12 \pm 0,08$ (таблица 7). В период обращения и перед началом лечения в плане комплексного лечения учитывали состояния пульпы зубов по данным электроодонтометрии. Исходя из данных, осмотра и клинических данных 40% пациентов имели воспалительные процессы в пульпе зуба, чаще всего был поставлен диагноз: Обострение хронического фиброзного пульпита.

С целью повышения качества эндодонтического лечения зубов использован 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 труднопроходимый и непроходимый участки корневого канала зуба [15].

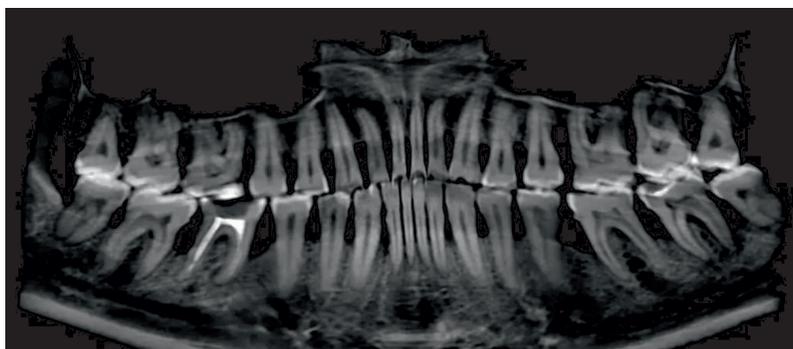


Рисунок 6. Пациентка К., 38 лет. Ds.: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (до лечения).

Рентгенологический метод обследования получил широкое распространение в стоматологии, так как в некоторых случаях он является единственным методом для выявления патологических изменений. Для диагностики

состояния зубов чаще применяли панорамную рентгенографию (рисунок 7). При лечении многокорневых зубов использовали также внутривитальную близкофокусную контактную рентгенографию.



Рисунок 7. Рентгенологический снимок пациентки О., 35 лет (до лечения). Неполная обтурация корневых каналов 3.б. Неравномерная резорбция высоты альвеолярного отростка.

Собственные результаты обследования доказали, что обязательное проведение рентгенологического обследования позволяет качественно поставить диагноз и оценить эффективность лечения, особенно для лиц с эндодонтопатией. На этапе диагностики и лечения мы проводили прицельное и панорамное рентгенологическое исследование. Рентгенологические обследования выявили ряд положительных моментов: в реальном размере увидеть анатомические особенности, оценить расположение зубов, их количество, анатомическое строение челюсти, носовых пазух; удобен при проведении терапевтических манипуляций и является относительно недорогим по стоимости обследованием. Однако, выявлены отрицательные факторы, которые дают неравномерное увеличение изображения различных отделов челюстей; нет достоверной информации о состоянии каждого зуба и возможно искажение вследствие наложения костных структур.

Таким образом, мы рекомендуем необходимые обследования при эндодонтопатии: ортопантомография, прицельный снимок, 3D - рентген, которые помогут оценить состояние эндодонта и тканей пародонта, получить данные по результатам лечения и оценить качество лечения.

Список литературы:

1. Антонова Н.М. Роль профессиональной гигиены полости рта в комплексном подходе к диагностике и лечению воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дисс. канд. мед.наук. - Санкт-Петербург, 2000. - 21 с. [Antonova N.M. Rol' professional'noj gigieny polosti rta v kompleksnom podhode k diagnostike i lecheniju vospalitel'nyh zabolevanij parodonta: avtoref. diss. kand. med.nauk. - Sankt-Peterburg, 2000. - 21 s.]
2. Гриценко Е.А., Суетенков Д.Е., Харитонов Т.Л., Лебедева С.Н. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011 №1 (том 7). - С.234 - 239. [Gricenko E.A., Suetenkov D.E., Haritonova T.L., Lebedeva S.N. Osnovnye aspekty

jetiologicheskoy profilaktiki parodontopatij u detej i podrostkov // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. - 2011 №1 (tom 7). - S.234 - 239.]

3. Grossner C.G., Unell L. Alongitudinal study of dental health from the age of 14 to 41 // Sweed Dent J.2007.31 (2). - С.65-74.

4. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста: метод. рекомендации. Москва: МГМСУ. - 1999. - 36с. [Kuz'mina Je.M. Profilaktika stomatologicheskikh zabolevanij u beremennyh zhenshhin i detej rannego vozrasta: metod. rekomendacii. Moskva: MGMSU. - 1999. - 36 s.]

5. Беляев В.В. Распространенность основных стоматологических заболеваний и особенности их профилактики у детского населения Тверской области: автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Тверь. - 1998. - 18 с. [Beljaev V.V. Rasprostranennost' osnovnyh stomatologicheskikh zabolevanij i osobennosti ih profilaktiki u detskogo naselenija Tverskoj oblasti: avtoref. dis. ...kand. med. nauk. - Tver'. - 1998. - 18 s.]

6. Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Periodontal Diseases of Children and Adolescents (2003) // J. Periodontal, 2003. - № 74. - P.1696 - 1704.

7. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. Терапевтическая стоматология: учебник. - М.: Медицина. 2011. - 736 с. [Borovskij E.V., Ivanov V.S., Maksimovskij Ju.M. i dr. Terapevticheskaja stomatologija: uchebnik. - M.: Medicina. 2011. - 736 s.]

8. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г. Обоснования и контролируемая индивидуальная гигиена полости рта-важный фактор стабилизации патологического процесса при генерализованном пародонтите // Современная стоматология. - 2006. - №2.-С.46 - 48. [Sidel'nikova L.F., Tkachenko A.G. Obosnovanija i kontroliruemaja individual'naja gigiena polosti rta-vazhnyj faktor stabilizacii patologicheskogo processa pri generalizovannom parodontite // Sovremennaja stomatologija. - 2006. - №2.-S.46 - 48.]

9. Тарасова Ю.Г. Повышение качества лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта:

автореферат на соиск. уч.ст. д.м.н., Пермь. - 2013. - 48 с. [Tarasova Ju.G. Povyshenie kachestva lechenija pacientov s vospalitel'nymi zabojevanijami parodonta: avtoreferat na soisk. uch.st. d.m.n., Perm'. - 2013. - 48 s.]

10. Тарасова Ю.Г., Кузнецова В.Ю., Любомирский Г.Б. Значимость местных и общих факторов в развитии воспалительных заболеваний пародонта у лиц разного возраста // Ж. Клиническая стоматология. – 2011. – №3. – с. 70 - 74. [Tarasova Ju.G., Kuznecova V.Ju., Ljubomirskij G.B. Znachimost' mestnyh i obshhih faktorov v razvitii vospalitel'nyh zabojevanij parodonta u lic raznogo vozrasta // Zh. Klinicheskaja stomatologija. – 2011. – №3. – s. 70 - 74.]

11. Димитрова А.Г. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у студентов НМУ//Современная стоматология. - 2015.-№3.-С.23-25. [Dimitrova A.G. Rasprostranennost' i intensivnost' zabojevanij parodonta u studentov NMU// Sovremennaja stomatologija. - 2015.-№3. - S.23-25.]

12. Алеханова И.Ф. Депульпирование при пародонтите. Клинико -иммунологические аспекты: автореф. дисс... канд.мед.наук / И.Ф.Алеханова; Москва, 1994.

- 22 с. [Alehanova I.F. Depul'pирование pri parodontite. Kliniko -immunologicheskie aspekty: avtoref. diss... kand. med.nauk / I.F.Alehanova; Moskva, 1994. - 22 s.]

13. Данилевский М.Ф. Пульпит / М.Ф. Данилевский, Л.Ф. Сидельникова. - Киев. -2003. - 168 с. Иванов В.С. Воспаление пульпы зуба / В.С. Иванов, Ю.Л. Винниченко, Е.В. Иванова. - М. [Danilevskij M.F. Pul'pit / M.F. Danilevskij, L.F. Sidel'nikova. - Kiev. -2003. - 168 s. Ivanov V.C. Vospalenie pul'py zuba / V.C. Ivanov, Ju.L. Vinnichenko, E.V. Ivanova. - M.]

14. Кантаторе Д. Ирригация корневых каналов и ее роль в очистке и стерилизации корневых каналов / Д. Кантаторе // Новости Денсплы. - 2004. - С. 61 - 69. [Kantatore D. Irrigacija kornevyh kanalov i ee rol' v ochistke isterilizacii kornevyh kanalov / D. Kantatore // Novosti Densply. - 2004. - S. 61 - 69.]

15. Сантарканжело Ф. Ирригация в современной эндодонтии: от стандартных алгоритмов до сложных случаев. - Dental Times. - 2011; 3 (10):1-31. [Santarkanzhelo F. Irrigacija v sovremennoj jendodontii: ot standartnyh algoritmov do slozhnyh sluchaev. - Dental Times. - 2011; 3 (10):1-31.]

ЭНДОПАРОДОНТАЛЬДЫ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРУДІ БАҒАЛАУ

*М.К. Исакова, К.М. Есиркеп

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы

Түйінді

Мақалада тиімді диагноз қою үшін эндопериодонтальды синдромы бар науқастарды стоматологиялық тексеру нәтижелері берілген. Периодонт пен эндодонттың біріктірілген зақымдалуымен бастапқы зақымдануды бағалауда, емдеу әдісін таңдауда және емдеудің оң нәтижелеріне қол жеткізуде қиындықтар туындайды. Зерттеу практиктерге мұндай науқастарды ұйымдастыруға, жоспарлауға, тиімділікке жету және ұзақ мерзімді ремиссияны құру үшін емдеу тактикасын таңдауға көмектеседі.

Кілт сөздер: қарау, науқас, эндопериодонт синдромы, диагностикасы, нәтижесі, асқынуы.

EVALUATION DENTAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH ENDOPARODONTAL SYNDROME

*Maryam Iskakova, Kuralai Yesirkep

NEI «Kazakh-Russian Medical University» Kazakhstan, Almaty

Summary

The article presents the results of a dental examination of patients with endoperiodontal syndrome for an effective diagnosis. With a combined lesion of the periodontal and endodontal, there are difficulties in assessing the primary lesion, choosing a treatment method and achieving positive treatment results. The study will help practitioners in organizing, planning such patients, choosing treatment tactics to achieve efficiency and create long-term remission.

Key words: examination, patient, endoperiodontal syndrome, diagnosis, result, complication.



Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Корреспондирующий автор. Искакова Марьям Козыбаевна, кандидат медицинских наук, Ассоциированный профессор, НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы. E-mail: iskakova-maryam@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2154-8174>.

Вклад авторов. Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение, обработку результатов и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование. Отсутствует.

Статья поступила: 25.01.2023.

Принята к публикации: 10.03.2023.

Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Corresponding author. Iskakova Maryam, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty. E-mail: iskakova-maryam@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2154-8174>.

Contribution of the authors. All authors have made an equal contribution to the development of the concept, implementation, processing of results and writing of the article. We declare that this material has not been published before and is not under consideration by other publishers.

Financing. Absent.

Article submitted: 25.01.2023.

Accepted for publication: 10.03.2023.

ӨЖ: 618.4-72

ҒТАХА: 76.29.48.

DOI: 10.24412/2790-1289-2023-1-38-42

АКУШЕРИЯ МЕН ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДАҒДЫЛАРДЫ ОҚЫТУ ЖӘНЕ ЖАТТЫҚТЫРУ ЭЛЕМЕНТІ РЕТІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ СИМУЛЯТОРЛАР МЕН МАНЕКЕНДЕР

*¹З.Е.Ержан, ¹Л.И. Нургалиева, ¹А.С.Джумагалиева, ¹З.М. Аумолдаева, ²Г.Н.Мошколова

¹«Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы

²«ҚДСЖМ» Қазақстандық Медицина Университеті, Қазақстан, Алматы

Түйінді

Қазақстан-Ресей Медициналық Университетінің (Алматы қ.) симуляциялық орталығында студенттердің тәжірибелік дағдыларын жаттықтыру мен оқыту үшін акушерлік симуляторларды қолдану тәжірибесі, олардың оқу барысындағы маңыздылығы, акушерия мен гинекологиядағы жиі кездесетін дағдыларды меңгерудегі ықпалы қарастырылған. Медициналық манекендердің медициналық білім беру орталықтарындағы ролі, оқытушылар мен студенттерге қандай мүмкіндіктер беретіні айтылған. Акушерлік симуляторларды қолдану кезінде тәжірибелік дағдыларды орындау барысында студенттер оқытушының қатаң бақылауында болады және сол дағдыларды бірнеше рет қайталап жасауға мүмкіндігі бар. Ең маңыздысы – симуляциялық орталықта студенттердің тәжірибелік дағдыларын жаттықтыру арқасында студенттер пациенттермен жұмыс жасағанда өздерін сенімді ұстауына көмек береді. Студенттер арасында анкета жүргізіліп, медициналық манекендердің оқу барысында қажеттілігі жөнінде ақпарат алынды.

Кілт сөздер: симуляциялық орталық, симуляциялық оқыту, тәжірибелік дағдылар, акушерия, медицина, гинекология.

Кіріспе. Жоғарғы медициналық білім берудің заманауи даму кезеңінде студенттерді оқыту барысында қазіргі таңдағы фантомдар мен симуляторларды қолдану өзекті әрі маңызды болып табылады. Өйткені, кафедраның клиникалық базаларында барлық патологиялық жағдайларды көрсету мүмкіндігі болмайды. Кейбір жағдайларда тіптен студенттер деантология тұрғысынан да медициналық манипуляциялар-

ды жаттықтыра алмайды: жүрек-өкпе реанимациясы, тамыршілік, бұлшықеттік инъекциялар және т.с.с. Осындай мәселелерді шешу үшін жоғарғы медициналық оқу орындарында симуляциялық орталықтардың болуы маңызды.

Қазақстан-Ресей медициналық университетінің симуляциялық орталығында акушерлік дағдыларды жаттықтыру үшін сүт бездерін тексеруге арналған тре-