

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНОГО СИНДРОМА****К.М. Есиркеп, М.К. Искакова**

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,

(ректор- д.м.н., проф. Джайнакбаев Н.Т.)

г. Алматы, Казахстан

Резюме. Авторами обоснована необходимость обязательного проведения рентгенологического обследования у пациентов с эндодонтопародонтальным синдромом. Выявленные сочетанные поражения эндодонта и тканей пародонта утяжеляют клиническое течение, вызывают сложности в процессе проведения лечения и снижают качество эффективности лечения.

Ключевые слова: обследование, сочетание, синдром, эффективность, качество лечения.

RADIOLOGICAL FEATURES OF ENDOPARODONTAL SYNDROME**K.M. Yesirkep, M.K. Iskakova**

NUO "Kazakh-Russian Medical University",

(Rector - MD, Prof. Dzhainakbayev N.T.)

Almaty, Kazakhstan

Resume. The authors substantiate the necessity of mandatory X-ray examination in patients with endoparodontal syndrome. The revealed combined lesions of the endodontic and periodontal tissues aggravate the clinical course, cause difficulties in the treatment process and reduce the quality of treatment effectiveness.

Keywords: examination, combination, syndrome, efficacy, quality of treatment.

Введение

Патология тканей пародонта является одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии.

Распространенность воспалительных, воспалительно-деструктивных заболеваний тканей пародонта среди населения чрезвычайно высока и достигает по данным различных авторов от 85% до 98% [1,2,3,4,5,6, 7]. По данным ВОЗ, около 95% взрослого населения планеты и 80% детей имеют те или иные признаки заболевания тканей пародонта. По данным статистики в Казахстане воспалительные заболевания пародонта встречаются у 91,3% подростков в возрасте 15 лет, а у обследованных взрослых людей в возрасте 35-44 лет - в 100% случаев.

Несмотря на большое число работ, посвященных этой проблеме, вопрос о прямой и обратной связи между состоянием

пульпы зуба, периодонта и пародонта остаются спорными. Специальные исследования, посвященные пульпарно-пародонтальным взаимосвязям довольно противоречивы, хотя их решение могут быть важными как для пародонтологии, так и для эндодонтии. При рентгенологическом обследовании у больных с заболеваниями тканей пародонта нередко выявляются дополнительные пародонтальные очаги хронической инфекции. Наличие сочетанной патологии пародонта и периодонта у больных не только затрудняет диагностику и прогноз основного заболевания, но и осложняет лечение [1,2]

По мнению некоторых авторов [8,9], заболевания тканей пародонта не влияют на состояние пульпы зуба. Однако, в других работах [10,11,12] описываются изменения в пульпе при заболеваниях пародонта.

В последнее время все чаще говорят о так называемом «эндо-пародонтальном синдроме», в частности, об одном из его вариантов, когда инфекционное воспаление начинается с тканей пародонта, а затем распространяется на пульпу зубов [13,14,15,16,17]. Изменения в пульпе зуба при пародонтите могут быть, прежде всего, связаны с нарушением питания через дополнительные корневые каналы вследствие атрофии альвеолярного отростка, травмы сосудисто-нервного пучка вследствие подвижности зуба [1,2,18]. Так же возможно проникновение микробов или их токсинов через дентинные трубочки, просвет которых открывается за счет резорбции цемента и дентина корня зуба при пародонтите (проведение хирургических вмешательств, в комплексном лечении заболеваний пародонта способствует этому проникновению).

Однако исследователи до сих пор не могут дать однозначного ответа, какова степень инфицирования корневых каналов зубов при генерализованном пародонтите вне обострения, какой характер гистоморфологических изменений в пульпе таких зубов, а, также, какой должна быть врачебная тактика, если эти изменения существенны?

Приведенные литературные данные позволяют сделать вывод о необходимости детального изучения эндо-пародонтального синдрома, определения тактики лечения данных пациентов, что определяет актуальность исследования.

Методы и методы

Работа выполняется на кафедре терапевтической и детской стоматологии КРМУ и на клинической базе кафедры-стоматологическая клиника «MirasMed».

Проведено обследование и лечение

пациентов с эндопародонтальным синдромом в количестве 30 человек, в возрасте 35-44 лет, которые разделены на 3 группы:

1 группа (основная) - 10 человек, у которых превалирует эндосимптом

2 группа (основная) – 10 человек, у которых превалирует пародонтосимптом

3 группа (сравнения) – 10 человек, с пародонтитом средней тяжести.

Была определена жизнеспособность пульпы зуба. Изучены индексные оценки состояния тканей пародонта: пародонтальный индекс по Russel, индекс кровоточивости десны по Мюллеману и Сону, модифицированный; проба Шиллера-Писарева, ГИ по Green-Vermillion. Для изучения состояния зубов и костной ткани всем пациентам применялся рентгенологический метод обследования (до, после лечения).

Результаты и их обсуждение

Постановка правильного диагноза облегчает выбор надлежащего лечения пародонтально-эндодонтических патологий. Наиболее эффективным в практической стоматологии является рентгенологический метод, который является доступным, информативным, простым и удобным. Поэтому всем пациентам проводились рентгенологические обследования до и после лечения.

В первой группе наблюдения было установлено, что при обращении пациентов с зубной болью, результаты рентгенологического обследования выявили изменения костной ткани альвеолярного отростка, и эти пациенты нуждались в необходимости проведения пародонтологического лечения. В данной группе пациентам первоначально проводилось эндодонтическое лечение по классической схеме лечения и в последующем лечение пародонтита (рисунок 1).

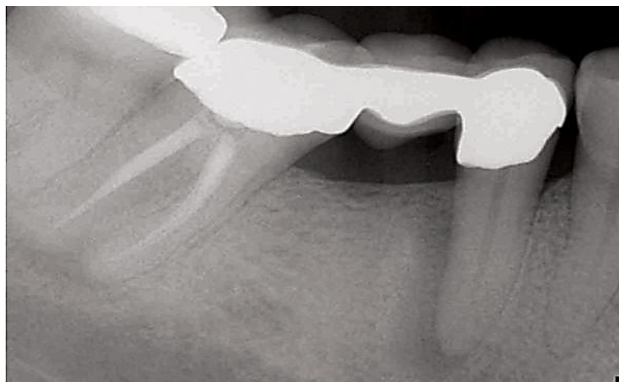


Рис. 1. Рентгенограмма после эндодонтического лечения зуба. После эндодонтического лечения развилась патология поражения тканей пародонта.

Во второй группе у пациентов были жалобы в виде кровоточивости десен при чистке зубов и при приеме твердой пищи, необычной вид десны, оголение шеек, повышенная чувствительность зубов. Данные рентгенологического обследования выявили неравномерную резорбцию высоты альвеолярного отростка от 1/3-1/2 длины корня, явления остеопороза. Также были выявлены изменения со стороны

апикального периодонта в виде расширения периодонтальной щели, очагов деструкции, некачественной obturации корневых каналов. В данной группе пациентам проводили пародонтологическое лечение и после купирования воспалительных явлений проводилось эндодонтическое лечение с целью устранения одонтогенных очагов инфекции (рисунок 2).



Рис. 2. Пациентка Т., 36 лет. Наличие апикомаргинального костного дефекта в области дистальной части 27 зуба. Ds.: Некроз пульпы 27 зуба, наличие хронического апикального абсцесса.

Заключение

В практической стоматологии необходимо пациентам с эндопародонтальным синдромом в обязательном порядке проводить рентгенологическое обследование. Данные

рентгенологического обследования являются объективными для постановки диагноза, обоснования выбора лечения и оценки эффективности лечения как в ближайшие, так и отдаленные сроки наблюдения.

Литература

1. Галеева З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта // *Эндодонтия today*. - 2012. - № 2. - С. 3-7.

2. Галеева З.Р., Мухамеджанова Л.Р., Грубер Н.М. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндопародонтальными очагами инфекции // *Практическая медицина*. - 2012. - № 8(64). - Том 2. - С. 31-34.

3. Грудянов А.И., Макеева М.К., Пятигорская Н.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению эндодонто-пародонтальных поражений // Вестник Российской Академии медицинских наук. -2013. -N 8. - С. 34-36
4. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта. - М., 2008. -224с
5. Lang N.P., Karring T., Lindhe J. Proceedings of the 2nd European shop on Periodontology, Chemicals in Periodontics. London, 1996.
6. Brown L.J., Wagner K.S., Mikkelsen M.C., Munson B. A look at allied dental education in the United States // J Am Dent Assoc. - 2005,- N 6. - P. 797-804.
7. Rotstein I., Simon J H. The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition // Endodontic Topics. -2006. - N13. - P. 34-56.
8. Phipps K R., Chan B K , Madden T.E. et al. Longitudinal study of bone density and periodontal disease in men // J Dent Res. - 2007,- N 11. - P. I 110-1114.
9. Максимова О.П. Две стороны эндодонтии // Клиническая стоматология. -2012. -№1. - С. 32-34.
10. Masters D.H., Hoskins S.W. Projection of cervical enamel into molar furcations // J. Periodontol. 1964. - Vol. 35. - p. - 49 - 55.
11. Mazur B., Massler M. Influence of periodontal disease on the dental pulp // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. -1964. Vol. 17. - p. - 592 - 601.
12. Цымбалов О. В. Использование вазодилиатирующей терапии в качестве патогенетического метода лечения острых форм пульпита / Кубан. мед. ин т им. Красной Армии. - Краснодар, - 1992. -6 е. : табл. (94)
13. Цымбалов О.В. Оценка гемодинамики микрососудистого региона пульпы зуба в норме и патологии: Автореф. дис. канд. мед. наук. Краснодар, 1992. - 20 с
14. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта. //Автореф. дис. . докт. мед. наук. -СПб, 1998. -26 с.
15. Орехова Л. Ю., Левин М.Я., Калинин В.И. Аутоиммунные процессы при воспалительных заболеваниях пародонта. // Новое в стоматологии. 1996. -№ 3. - С. 17-21.
16. Мороз П.В., Гаджиев Н.М., Кононенко С.Л. Эндодонтическое лечение в комплексной терапии пародонтита. - 2010. www.city-dent.ru.
17. Новгородский С.В., Новосядлая Н.В., Березина А.Е., Мороз П.В., Проходная В.А. Опыт комплексного лечения эндодонто-пародонтального синдрома. // Материалы X международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб, 2005. - С. 124-125.
18. Симон Д.Х. Патология пульпы. // Эндодонтия. /Под ред. С. Козна, Р. Бернса. СПб. : Мир и семья-95. Интерлайн. - 2000. - С. 312-333.