

А.М. Москаленко

Комбіновані ендодонтологічні ураження при розвитку захворювань пародонту в осіб молодого віку

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: вивчення значення патологічних станів пульпи зуба та пародонту для розвитку захворювань тканин пародонту в осіб молодого віку.

Пацієнти й методи. Було обстежено 323 особи віком від 15 до 18-ти років, які мали генералізовані або локалізовані форми захворювання тканин пародонту різних ступенів тяжкості.

Результати. У результаті клініко-рентгенологічного дослідження 323 осіб молодого віку із захворюваннями тканин пародонту було виявлено, що у 172-х (53,25 %) з них є зуби, що потребують первинного або повторного ендодонтичного лікування й водночас демонструють ознаки захворювань тканин пародонту з порушенням зубосясенного з'єднання.

Висновки. Ендодонтична патологія в осіб молодого віку посідає значне місце серед причин локальних уражень тканин пародонту. Поєднані ендодонтологічні ураження потребують комплексного підходу і тривалого спостереження після лікування.

Ключові слова: ендодонтична патологія, пародонтит, фактор ризику, підлітки.

Зважаючи на високу поширеність захворювань тканин пародонту в осіб різного віку, особливої уваги заслуговує аналіз загальних і місцевих чинників, що обумовлюють їх розвиток. Пародонт має тісні ембріологічні, анатомічні й функціональні взаємозв'язки з ендодонтом (комплексом тканин, що включає пульпу та дентин зуба), тому патологічні процеси, що стосуються однієї із цих структур, нерідко призводять до залучення другої.

Уперше вплив захворювань пульпи зуба на тканини пародонту було описано ще в 1964 році М. Simring і М. Goldberg [1], і досі ця проблема викликає суттєві труднощі при діагностиці й лікуванні, будучи водночас досить часто причиною втрати зубів [2, 3]. Формування поєднаної ендо-пародонтологічної патології пояснюється наявністю численних шляхів поширення інфекційних агентів з одного анатомічного утворення в інше. Такими шляхами можуть бути дентинні трубочки (зокрема оголені внаслідок глибокого скейлінгу), латеральні та додаткові канали кореня й анормалії його будови, апікальні отвори, палатогінгівальна борозна, перфорації та фрактури кореня тощо [4–7]. Класифікації поєднаних ендо-пародонтологічних патологічних процесів, як правило, ґрунтуються на визначенні первинності ендодонтичної або пародонтологічної патології. Так, поширеною є класифікація Р.Н.А. Guldener і К. Langeland (1982), згідно з якою ендо-пародонтологічні ураження розділяються на три групи відповідно до можливих патологічних взаємовідношень [8]:

1. Ендодонтично-пародонтологічні ураження, при яких запальний процес у тканинах пародонту є результатом патологічних процесів у системі кореневих каналів.
2. Пародонтологічно-ендодонтичні ураження. У даному випадку бактеріальна інфекція з пародонтологічної кишені при втраті прикріплення поширюється на тканини пульпи через додаткові канали або через апікальний отвір, а в разі втрати цементу з поверхні кореня – й через дентинні трубочки.
3. Комбіновані ураження, при яких ендодонтичні й пародонтологічні ураження розвиваються незалежно одне від одного, поєднуючись із часом при прогресуванні

вдвох поверхні кореня та демонструючи результат взаємодії мікрофлори кореневих каналів і пародонтологічних кишень.

Подібні підходи, але з певною конкретизацією, приймає класифікація J.H.S. Simon et al. (1972) [9] і К.Н. Rateitschaak et al. (1989) [10]. Виділяється також клас ятрогенних ендодонтично-пародонтологічних уражень, спровокованих лікувальними процедурами в межах даних анатомічних утворень [11]. У російськомовній літературі було запропоновано термін «ендопародонтологічний синдром» для позначення складного патоморфофункціонального синдрому комплексного поєднаного ураження пародонту й ендодонту [12].

З точки зору спрямованості терапії ендодонтологічних патологічних процесів зручною є класифікація, наведена Д.Л. Гутманом і співав. [5]:

1. Первинне ураження пульпи зуба з поширенням інфекційно-запального процесу з пульпи на тканини пародонту з пошкодженням опорно-утримуючого апарату. Як правило, ізолюване ендодонтичне лікування призводить до регенерації тканин пародонту.
2. Первинне ураження пульпи зуба з поширенням патологічного процесу на тканини пародонту з його переходом у хронічну стадію й одночасно присутнім істинним ураженням пародонту. Прогноз залежить від ефективності лікування обох патологічних процесів.
3. Первинна патологія пародонту при неушкодженій пульпі.
4. Первинна хронічна патологія пародонту, що може сприяти розвитку дегенеративних процесів у пульпі зуба. Успіх лікування залежить від усунення обох патологічних процесів.
5. Комбінована пульпо-пародонтологічна патологія, при якій обидва патологічні процеси починаються практично одночасно й накладаються один на один у ділянці перирадикулярних тканин. Розвиток обох процесів взаємопов'язаний.
6. Незалежне існування обох патологічних процесів (так звана супутня пульпо-пародонтологічна патологія).

У плані вивчення етіопатогенезу захворювань пародонту в осіб молодого віку цікавим є дослідження саме впливу ендодонтичного лікування та патології пульпи на захворювання тканин пародонту.

Метою дослідження стало вивчення значення патологічних станів пульпи зуба та пародонту для розвитку захворювань тканин пародонту в осіб молодого віку.

Пацієнти й методи дослідження

Було обстежено 323 особи віком від 15 до 18-ти років, які мали генералізовані або локалізовані форми захворювання тканин пародонту різних ступенів тяжкості.

Обстеження проводилось у відділенні дитячої стоматології стоматологічного медичного центру Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Протокол дослідження включав клінічні методи обстеження, а також визначення комунального пародонтального індексу CPI, оцінку стану гігієни порожнини рота за допомогою індексу Green-Vermillion (1964), дослідження стану кісткової тканини альвеолярного відростка за допомогою внутрішньоротової прицільної рентгенографії, ортопантомографії та комп'ютерної рентгенографії. При аналізі рентгенограм оцінювали показники, зміни яких можуть свідчити про наявність захворювань тканин пародонту (ширину пародонтальної щілини у пришийковій ділянці, цілісність кортикальної пластинки міжальвеолярної перегородки, збереження щільності губчастої речовини міжальвеолярної перетинки) або ендодонту (ширину пародонтальної щілини у приверхівковій ділянці, збереження цілісності кореня зуба, цілісності та структури кістки щелепи біля верхівки зуба та в ділянці біфуркації, форму та вміст кореневих каналів). Ендодонтичні ураження діагностувались у випадку одночасного виявлення клінічних і рентгенологічних ознак уражень тканин пародонту й ендодонту.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті клініко-рентгенологічного дослідження пацієнтів було виявлено, що у 172 (53,25 %) з них є зуби, що потребують первинного або повторного ендодонтичного лікування й водночас демонструють ознаки захворювань тканин пародонту з порушенням зубоясенного з'єднання.

Значення індексу Green-Vermillion серед обстежених з ендодонтичними ураженнями становило $1,55 \pm 0,02$, що можна інтерпретувати як задовільну гігієну порожнини рота.

Поширеність кровоточивості ясен згідно з індексом CPI в осіб з виявленими ендодонтичними ураженнями становила 41,86 %, у середньому на одну особу припадав $0,51 \pm 0,02$ секстант із кровоточивістю. Розповсюдженість зубного каменю була невисокою і становила 12,79 % при

кількості уражених секстантів $0,17 \pm 0,01$. Секстанти з пародонтальними кишнями глибиною до 4 мм було виявлено у 65,12 % обстежених. Середня кількість здорових секстантів досягала $4,57 \pm 0,01$, що яскраво свідчить про переважно локалізований перебіг патологічного процесу в тканинах пародонту в осіб з ендодонтичними ураженнями.

У результаті обстеження пацієнтів молодого віку з ендодонтичними ураженнями було підсумовано й узагальнено основні клініко-рентгенологічні особливості перебігу захворювання.

Локалізований характер захворювання пародонту виявлено в переважній більшості випадків, що є зрозумілим з огляду на локальний характер дії основного етіологічного чинника.



Фото 1. Фрагмент панорамної рентгенограми пацієнтки К. Відзначається вогнище деструкції кісткової тканини в ділянці верхівок коренів і фуркації зуба 37, що сполучається з порожниною рота через пародонтальну кишню. Попередньо проведене ендодонтичне лікування зуба 37 виявилось неефективним. У зубі 36 присутня деструкція кісткової тканини біля верхівок обох коренів, у ділянці фуркації трохи розширена пародонтальна щілина. Вершина міжзубної перетинки в ділянці зубів 36–37 зруйнована на 1/4 висоти.



Фото 2. Рентгенограма тієї ж самої пацієнтки через 1,5 року після повторного ендодонтичного лікування зуба 36, відновлення його коронки, видалення зуба 37 і встановлення на його місце імплантату. Відзначається відновлення кісткової тканини в ділянці верхівок зуба 36. Спостерігається незначна резорбція кісткової тканини в ділянці шийки імплантату, проте сам інтегрований імплантат, стабільний.



Фото 3. Фрагмент панорамної рентгенограми пацієнта Р. Визначається вогнище деструкції кісткової тканини в ділянці верхівки дистального кореня зуба 46 і медіального кореня зуба 47, що сполучається з порожниною рота через пародонтальну кишню. Міжзубна перетинка зруйнована на 1/3 висоти. Ситуацію ускладнюють відсутність контактної точки між зубами 46–47 і наявність дистопованого зуба 48.



Фото 4. Рентгенограма того ж самого пацієнта через 14 місяців після лікування, що включало видалення зуба 48, повторне ендодонтичне лікування зубів 47 і 46 і реставрацію їх коронок з відновленням між ними контактної точки. Спостерігаються відновлення кісткової тканини приверхівкових ділянок і стабілізація рівня міжзубної перетинки.



Фото 5. Фрагмент панорамної рентгенограми зубів пацієнта Н. Визначається вогнище деструкції кісткової тканини вздовж усієї дистальної стінки дистального кореня зуба 36, що сполучається з порожниною рота через пародонтальну кишеню; у ділянці фуркації – розширення пародонтальної щілини. Ендодонтичне лікування зуба 37 проведено неадекватно.



Фото 6. Контрольний рентгенівський знімок того ж пацієнта безпосередньо після повторного ендодонтичного лікування зуба 37 і первинного ендодонтичного лікування зуба 36; проведено також сеанси Вектор-терапії.



Фото 7. Рентгенограма того ж самого пацієнта через вісім місяців після лікування. Спостерігаються відновлення кісткової тканини та стабілізація процесу в ділянці міжзубної перетинки зубів 36–37.



Фото 8. Рентгенограма пацієнта, який отримав гостру травму центрального різця більше ніж десять років тому. Спостерігаються незакритий апікальний отвір, ознаки зовнішньої запальної резорбції кореня, зменшення висоти міжзубних перетинок, деструкція кісткової тканини вздовж кореня зуба.

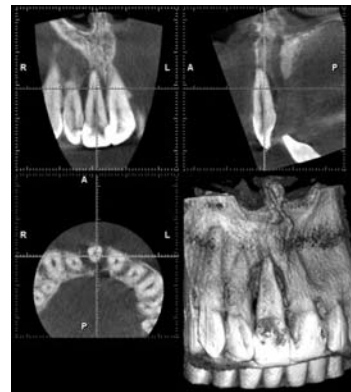


Фото 9. Фрагмент комп'ютерної томограми цього ж пацієнта. Обсяг і конфігурація ураження відрізняються від таких на рентгенівському знімку, крім того, стають очевидними значні дефекти вестибулярної та оральної стінок альвеоли ураженого зуба.

Висока частота випадків неважкого попереднього досвіду ендодонтичного лікування (фото 1). Узагалі первинного ендодонтичного лікування потребувало 17,73 % зубів, повторного втручання – 82,27 %.

Як правило, спостерігається повільний і малосимптомний розвиток патологічного процесу у тканинах пародонту. Відносно рідко спостерігалась підвищена рухливість зубів, практично ніколи – гноетеча з пародонтальних кишень. Натомість для осіб молодого віку більш типовим виявилось формування нориць, наближених до ясенного краю.

Спостерігається формування великих вогнищ остеопорузу й деструкції кісткової тканини зі швидким залученням до патологічного процесу біфуркації (у 8,62 % пацієнтів) і кісткової тканини біля обох коренів (3,94 %), що не супроводжувались рівнозначно вираженими клінічними проявами (фото 1, 5, 8, 9). У переважній більшості було встановлено діагноз хронічний гранулюючий періодонтит. Тому адекватно оцінити патологічний процес у кістковій тканині досить важко без проведення панорамної рентгенографії, а нерідко – й комп'ютерної томографії.

Надзвичайно мала частота випадків первинного ураження тканин пародонту з поширенням патологічного процесу на тканини пульпи, а також поєднаних уражень пародонту й ендодонту, що розвиваються незалежно одне від одного (типovими є випадки, що належать до перших груп згідно з наведеними класифікаціями). Поодинокі випадки первинного ураження тканин пародонту були пов'язані із травматичними uszkodженнями або з некоректним ортодонтичним лікуванням (фото 8, 9).

Таким чином, у молодих пацієнтів здебільшого зустрічались локалізовані хронічні патологічні процеси у

тканинах пародонту одного-двох зубів, зумовлені нелікованими або неадекватно пролікованими патологічними процесами в пульпі та верхівковому періодонті (%).

Лікування виявлених ендодонтальних уражень передбачало:

- визначення можливості консервативної терапії;
- якісне ендодонтичне лікування;
- санацію пародонтальних кишень за їх наявності.

Показаннями до видалення зуба з пульпо-пародонтальним ураженням були:

- стан, при якому зуб є джерелом одонтогенного остеомієліту щелепи;
- технічна неможливість провести консервативне або консервативно-хірургічне ендодонтичне лікування;
- значне руйнування коронкової частини зуба й неможливість використання кореня під протезування;
- незворотні ускладнення, пов'язані з лікуванням зуба (перфорації дна порожнини зуба або стінки кореня під час загострення) за умови неможливості оперативного консервативного лікування.

Узагалі 10,35 % зубів з пульпо-пародонтальними ураженнями мали показання до видалення. Переважною причиною видалення були незворотні ускладнення, пов'язані з лікуванням зуба (фото 1, 2).

Первинне або повторне ендодонтичне лікування було ефективним у переважній більшості випадків ендодонтальних уражень. Як правило, відновлення кісткової тканини та стабілізація процесу відбувались через 8–18 місяців після ендодонтичного лікування (фото 3, 4).

Санація пародонтальних кишень здійснювалася за загальноприйнятою схемою з використанням Вектор-

терапії. Необхідність її застосування констатована у 19,78 % випадків (фото 5, 6, 7).

Позитивним результатом консервативного лікування ендодонтогенних уражень уважалось повне відновлення кісткової тканини в ділянці дефектів, відновлення форми коронок і функції уражених зубів, а також відсутність ускладнень протягом двох років після лікування. У випадках консервативного лікування результат був позитивним у 84,44 % випадків.

Висновки

1. Захворювання пульпи та пародонту в осіб молодого віку посідає значне місце серед причин локальних уражень тканин пародонту.

2. Ендодонтогенні ураження в осіб молодого віку майже виключно представлені локальними ураженнями пародонту з первинною локалізацією патологічного процесу в пульпі та верхівковому пародонті.
3. Діагностика ендодонтогенних уражень в осіб молодого віку потребує обов'язкової панорамної рентгенографії, а в багатьох випадках – додатково комп'ютерної томографії.
4. Поєднані ендодонтогенні ураження потребують комплексного підходу і тривалого спостереження після лікування. Лікування ендодонтогенних уражень передбачає якісне проведення первинного або повторного ендодонтогенного лікування й санацію пародонтогенної кишені.

ЛИТЕРАТУРА

1. Simring M. The pulpal pocket approach: retrograde periodontitis / M. Simring, M. Goldberg // J. Periodontol. – 1964. – Vol. 35. – P. 22–48.
2. Chen S.Y. The influence of endodontics treatment upon periodontal wound healing / S.Y. Chen, H.L. Wang, G.N. Glickman // J. Clin. Periodontol. – 1997. – Vol. 24. – P. 449–456.
3. Resolution of furcation bone loss after non-surgical root canal treatment: application of a peptidase-detection kit for treatment of type I endodontic lesion / M. Yoneda, N. Motooka, T. Naito et al. // J. Oral Sci. – 2005. – Vol. 47. – P. 143–147.
4. Seltzer S. Pulpitis-induced interradicular periodontal changes in experimental animals / S. Seltzer, I.B. Bender, H. Nazimov, I.P. Sinai // J. Periodontol. – 1967. – Vol. 38. – P. 124–129.
5. Гутман Д.Л. Решение проблем в эндодонтии: пер. с англ. / Д.Л. Гутман, Т.С. Думша, П.Э. Лоудэл. – Москва: «МЕДпресс-информ», 2008. – С. 515–544.
6. Prevalence and associated periodontal status of teeth with root perforation: a retrospective study of 2,002 patients' medical records / I. Tsesis, E. Rosenberg, V. Faivishevsky //

- J. Endod. – 2010. – Vol. 36, № 5. – P. 797–800.
7. Peeran S.W. Endo-Perio Lesions / S.W. Peeran, M. Thiruneervannan, K.A. Abdalla, M.H. Mugrabi // Intern. J. Sci. & Technol. Res. – 2013. – Vol. 2, № 5. – P. 268–274.
8. Guldener P.H.A. Endodontologie / P.H.A. Guldener, K. Langeland. – Stuttgart: Thieme, 1982. – P. 368–378.
9. Simon J.H.S. The relationship of endodontic-periodontal lesions / J.H.S. Simon, D.H. Glick, A.L. Frank // J. Periodontol. – 1972. – Vol. 43. – P. 202–208.
10. Rateitschaak K.H. Colour atlas of dental Medicine 1. Periodontology. 2nd ed. / K.H. Rateitschaak, E.M. Rateitschak, H.F. Wolf, T.M. Hassel. – New York: Thieme Medical Publishers, 1989. – P. 311–313.
11. Singh P. Endo-perio dilemma: a brief review / P. Singh // Dent. Res. J. (Isfahan). – 2011. – Vol. 8, № 1. – P. 39–47.
12. Мороз П.В. Эндодонтическое лечение в комплексной терапии пародонта / П.В. Мороз, Н.М. Гаджиев, С.Л. Кононенко // Главный врач Юга России. – 2013. – № 3. – С. 23.

Комбинированные эндодонтогенные поражения при развитии заболеваний пародонта у лиц молодого возраста

А.Н. Москаленко

Цель: изучение значения патологических состояний пульпы зуба и пародонта при развитии заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста.

Пациенты и методы. Были обследованы 323 человека в возрасте от 15 до 18-ти лет, которые имели генерализованные или локализованные формы заболеваний тканей пародонта различной степени тяжести.

Результаты. В результате клинико-рентгенологического исследования 323 человек молодого возраста с заболеваниями тканей пародонта было выявлено, что у 172-х (53,25 %) из них имеются зубы, которые нуждаются в первичном или повторном эндодонтогенном лечении и одновременно демонстрируют признаки заболеваний тканей пародонта с нарушением зубодесневого соединения.

Выводы. Эндодонтогенная патология у лиц молодого возраста занимает значительное место среди причин локальных поражений тканей пародонта. Сочетанные эндодонтогенные поражения требуют комплексного подхода и длительного наблюдения после лечения.

Ключевые слова: эндодонтогенная патология, пародонтит, факторы риска, подростки.

Combined endodontic and periodontal lesions in the development of periodontal disease in adolescents

A. Moskalenko

Purpose: of researches was to investigate the impact of pathological conditions in the dental pulp and periodontal disease on the development of periodontal tissues in adolescents.

Patients and methods. 323 people aged 15 to 18 years who had generalized or localized forms of periodontal disease of varying severity were examined.

Results. As a result, clinical and radiological study of 323 adolescents with periodontal disease was revealed that 172 (53.25 %) of them have teeth that need primary or repeated endodontic treatment while having signs of periodontal disease with the destruction of the periodontal connection.

Conclusions. Endodontic pathology in adolescents has a significant place among the causes of local lesions of periodontal tissues. Combined endodontic and periodontal lesions require an integrated approach and long-term outcome after treatment.

Key words: endodontic pathology, periodontal disease, risk factors, adolescents.

А.М. Москаленко – канд. мед. наук,

доцент кафедры детской терапевтической стоматологии та профилактики стоматологических заболеваний Национального медицинского университета ім. О.О. Богомольця.

Адреса: вул. Зоологічна, 1, м. Київ. Тел.: (044)-483-17-03.