

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Бороденко Даниил Игоревич

Врач-стоматолог Государственного учреждения «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Национальной академии медицинских наук Украины»,
г. Одесса

Чумакова Юлия Геннадиевна

Доктор медицинских наук, профессор, Одесский медицинский институт Международного гуманитарного университета,
г. Одесса

PREVALENCE, CLINICAL FEATURES AND TREATMENT PROGNOSIS OF ENDO- PERIODONTAL LESIONS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS

Borodenko Daniil Igorevich

Dentist State Establishment «The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery National Academy of Medical Science of Ukraine»,
Odessa

Chumakova Julija Gennardievna

Doctor of medical Sciences, Professor, Odessa medical Institute of International humanitarian University,
Odessa

Аннотация. В результате обследования состояния зубов и тканей пародонта у 392 больных генерализованным пародонтитом в возрасте 14-70 лет эндодонто-пародонтальные поражения выявлены у 96 человек (24,5 %), преимущественно у больных ГП II-III, III степени (в 76,0 % случаев). В структуре эндодонто-пародонтальных поражений преобладали первично пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы (в 60,4 % случаев). Эндодонтическая патология в большинстве случаев представлена разными формами хронического периодонтита (73,3%) с преимущественным поражением моляров (62,7 %), особенно первых и вторых моляров нижней челюсти (57,5% от всех моляров). У больных ГП II-III, III степени определяется неблагоприятный прогноз лечения зубов с сочетанными эндодонто- пародонтальными поражениями (удаление 48,9 % зубов).

Abstract. As a result of inspection of teeth and periodontal tissues at 392 patients with generalized periodontitis at the age 14-70 years endo-periodontal lesions are defined at 96 people (24,5 %), where more patients were with periodontitis II-III, III degrees (in 76,0 % of cases). The primary periodontal lesions with secondary pulp involvement was dominated in the structure of endo-periodontal lesions (in 60.4 % of cases). Endodontic pathology in most cases is represented by different forms of chronic apical periodontitis (73.3 %) with preferential molar lesion (62.7 %), especially the first and second mandible molars (57.5% of all molars). The negative treatment prognosis of teeth with the combined endo-periodontal lesions (extraction of 48.9 % teeth) was defined at patients with periodontitis II-III, III degrees.

Ключевые слова: эндодонто-пародонтальные поражения, пародонтит, прогноз лечения.

Key words: endo-periodontal lesions, periodontitis, treatment prognosis.

Учетание пародонтита и осложнений кариеса (пульпита и периодонтита) в области одного зубочелюстного сегмента называется эндодонто-пародонтальным поражением (ЭПП), и данная патология представляет серьезную проблему в современной стоматологии. Прогрессирующее течение обоих заболеваний часто приводит к преждевременной потере зубов и нарушению функции зубочелюстной системы [1-4].

Имеющиеся классификации ЭПП, в частности первая классификация Simon J.H.S. et al., 1972 [5, с. 202-208], как правило, основаны на локализации первичного очага инфицирования: первичное поражение эндодонта; первичное поражение эндодонта с вторичным вовлечением пародонта; первичное поражение пародонта; первичное поражение пародонта с вторичным вовлечением эндодонта; комбинированные поражения, когда некроз пульпы и пародонтит прогрессируют одновременно и поражают один и тот же зуб.

Очевидно, что у больных генерализованным пародонтитом (ГП) чаще всего встречаются

первично пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы, а также комбинированные поражения, когда эндодонтическая и пародонтологическая патология возникают практически одновременно и развиваются параллельно.

В новой Международной классификации заболеваний и состояний тканей пародонта и перимплантных тканей (AAP&EFP, Chicago, 2017) эндодонто-пародонтальные поражения внесены в III группу - группу состояний, которые могут оказывать негативное влияние на ткани пародонта [6, с. 1-8, 7, с. 78-94].

Цель работы. По результатам ретроспективного анализа историй болезни, ортопантограмм и контактных внутриротовых рентгенограмм зубов определить частоту выявления, структуру и прогноз лечения эндодонто-пародонтальных поражений у больных ГП разной степени.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни и клинко-рентгенологическое обследование состояния зубов и тканей пародонта у 392 больных ГП разной степени в возрасте 14-70 лет (средний возраст - 37,66±0,49 лет).

Постановку диагноза ГП осуществляли на основании данных анамнеза, клинического осмотра, рентгенографии, определения объективных пародонтальных индексов и проб в соответствии с систематикой болезней пародонта Н.Ф. Данилевского (1994) [8, с. 17-21].

Эндодонто-пародонтальные поражения (ЭПП) определены у 96 больных, то есть распространенность ЭПП у больных ГП составила 24,5 %. Среди больных ГП с ЭПП было практически равное количество мужчин и женщин, соответственно 46 мужчин (47,9 %) и 50 женщин

Ортопантографию челюстей проводили с использованием компьютерной диагностической рентгеновской системы SIDEXIS с компонентом панорамной съемки ORTHOPHOS-3 DS (характеристика рентгеновской трубки 80 kV, 10 mA) фирмы SIRONA (Германия).

Контактные (внутриротовые) рентгенограммы выполняли на дентальном аппарате "Siemens" (характеристика рентгеновской трубки 65 kV, 8 mA, экспозиция от 0,6 сек на резцы до 1,2 сек на моляры).

Критериями включения в группу больных ГП с ЭПП считалось:

1) наличие клинических признаков хронического пульпита в витальных зубах с уровнем резорбции костной ткани не менее $\frac{1}{4}$ длины корня и с жалобами пациента на боли в области причинного зуба. Витальность пульпы определяли с помощью холодового теста; 2) наличие клинических и рентгенологических признаков разных форм хронического периодонтита (фиброзный, гранулирующий, гранулематозный).

Результаты исследования. По результатам клинко-рентгенологического обследования среди 392 пациентов выявлено 43 больных ГП нач.-I, I степени, что составило 11,0 %, 154 больных ГП I-II, II степени (39,3 %) и 195 больных ГП II-III, III степени (49,7 %). Среди обследованных оказалось 146 мужчин и 246 женщин, соответственно 37,2 % и 62,8 % (табл. 1).

(19,8 %) диагностированы ЭПП. Именно при длительно текущем и прогрессирующем течении пародонтита и отсутствии адекватного пародонтологического лечения пародонтальный карман может достичь апикального отверстия или устьев боковых и дополнительных каналов,

Таблица 1

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И СТРУКТУРА ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ
(АБС. ЧИСЛО / %)

Группы больных	Число больных	Пол		ГП нач.-I, I ст.	ГП I-II, II ст.	ГП II-III, III ст.
		м	ж			
Больные ГП	392	146 37,2%	246 62,8%	43 11,0%	154 39,3%	195 49,7%
Больные ГП с ЭПП	96 *24,5%	46 47,9%	50 52,1%	4 4,2%	19 19,8%	73 76,0%
ЭПП: первично пародонтальные с вовлечением пульпы	58 **60,4%	28 48,3%	30 51,7%	2 3,4%	11 19,0%	45 77,6%
ЭПП: комбинированные	38 **39,6%	19 50,0%	19 50,0%	2 5,3%	8 21,0%	28 73,7%

Примечание: *х - процент по отношению к общему числу больных ГП; **х - процент по отношению к общему числу больных ГП с ЭПП.

(52,1 %) (табл. 1).

Следует отметить, что большинство пациентов с ЭПП имели ГП II-III, III степени - 73 человека из 96, то есть 76,0 %, и только у 4 больных ГП нач.-I, I степени (4,2 %) и у 19 больных ГП I-II, II степени

в результате чего может развиваться воспаление и некроз пульпы. Так возникает первично пародонтальное поражение с вторичным вовлечением пульпы, и таких пациентов у нас оказалось 58 человек, что составило 60,4 % от всех

больных ГП с ЭПП. Среди них было 28 мужчин (48,3 %) и 30 женщин (51,7 %), а также 2 больных ГП нач.-I, I степени (3,4 %), 11 больных ГП I-II, II степени (19,0 %) и 45 больных ГП II-III, III степени (77,6 %).

Истинно комбинированные ЭПП формируются, когда очаг деструкции периапикальных тканей прогрессирует коронально и соединяется с инфицированным пародонтальным карманом. Такая патология выявлена у 38 человек, что составило 39,6 % от всех больных ГП с ЭПП. Среди них было 19 мужчин (50,0 %) и 19 женщин (50,0 %), а также 2 больных ГП нач.-I, I степени (5,3

%), 8 больных ГП I-II, II степени (21,0 %) и 28 больных ГП II-III, III степени (73,7 %) (табл. 1).

Установлено также, что у 96 больных ГП с диагностированными ЭПП было поражено 225 зубов, от 1 до 8 зубов у человека, что в среднем составило $2,35 \pm 0,17$ зубов на одного пациента с ЭПП. Чаще ЭПП были у зубов нижней челюсти (134 зуба, 59,6 %) и у моляров (141 зуб, 62,7 %). При этом самая высокая частота выявления ЭПП была у первых и вторых моляров нижней челюсти (81 зуб), что составило 57,5 % от всех моляров. Частота выявления ЭПП у других групп зубов на верхней и нижней челюстях составила: 44 резца - 19,5 %; 7 клыков - 3,1 %; 33 премоляра - 14,7 % (табл. 2).

Таблица 2

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У РАЗНЫХ ГРУПП ЗУБОВ (N=225)

Группы зубов	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Всего	
			число	%
Резцы	19	25	44	19,5%
Клыки	2	5	7	3,1%
Премоляры	16	17	33	14,7%
Моляры	54	87	141	62,7%
Всего:	91	134	225	100%

На основании тщательного анализа жалоб пациентов, результатов клинического осмотра, холодового теста и данных рентгенологического обследования зубов с ЭПП нами установлено, что 60 из 225 зубов (26,7 %) были витальными, и по совокупности симптомов можно поставить диагноз - хронический фиброзный пульпит. При диагностическом обследовании

зубов (73,3 %) обнаружены клинические симптомы и рентгенологическая картина, соответствующая разным формам хронического периодонтита. У 82 зубов (36,4 %) диагностирован хронический фиброзный периодонтит, у 66 зубов (29,3 %) - хронический гранулирующий периодонтит и у 17 зубов (7,6 %) - хронический гранулематозный периодонтит

Таблица 3

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБОВ С ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ (N=225)

Клинический диагноз	Число зубов	%
Хронический фиброзный пульпит	60	26,7%
Хронический фиброзный периодонтит	82	36,4%
Хронический гранулирующий периодонтит	66	29,3%
Хронический гранулематозный периодонтит	17	7,6%
Резорбция корня/корней зуба	23	10,2%
Перелом корня зуба	9	4,0%
Перфорация корня зуба	4	1,8%
Разрушение фуркации зуба	8	3,6%

остальных 165

(табл. 3).

Наши исследования показали, что во многих случаях клиническое течение эндодонто- пародонтальной патологии и прогноз лечения зубов осложняются наличием следующих симптомов: резорбция корня/корней - у 23 зубов (10,2 %); перелом корня - у 9 зубов (4,0 %); перфорация корня - у 4 зубов (1,8 %); разрушение фуркации - у 8 зубов (3,6 %) (табл. 3). То есть заведомо эти 44 зуба (19,6

%) имеют неблагоприятный прогноз лечения и, как правило, подлежат удалению.

Эффективное лечение ЭПП подразумевает в первую очередь одновременное устранение инфекционного этиологического фактора - патогенной микрофлоры из системы корневых каналов и пародонтального кармана, а затем, по возможности, восстановление утраченных

структур пародонта с использованием

консервативных и хирургических методов регенеративной пародонтальной терапии, что и определяет прогноз сохранения и дальнейшего функционирования зуба в зубочелюстной системе. Так, в обзоре Rotstein I., Simon J., 2004 [4, с. 165203] указано, что даже при успешном эндодонтическом лечении зуба отсутствие сопутствующей регенеративной терапии обеспечивает благоприятный прогноз только от 27% до 37% случаев по данным разных авторов.

Одной из задач данной работы стало определение показаний и выбор метода лечения зубов с ЭПП (консервативный, консервативнохирургический или хирургический) у больных ГП разной степени.

По нашим данным, выбор консервативного метода лечения - эндодонтическое лечение зуба и консервативная пародонтальная терапия (поддесневой скейлинг, выравнивание и деконтаминация поверхности корня, кюретаж пародонтального кармана) - был возможен только у 29 зубов из 225, что составило 12,9%. Такое лечение ЭПП может проводиться у больных ГП с глубиной пародонтального кармана не более 6 мм и деструкцией костной ткани не более 1/4 длины корня зуба.

Выбор консервативно-хирургического метода лечения ЭПП, который включает первичное эндодонтическое лечение зуба, затем апикальную и/или пародонтальную хирургию с использованием методик направленной регенерации костной ткани, либо по показаниям - зубосохраняющие операции (ампутация корня, гемисекция), был обоснован для 86 зубов (38,2%) преимущественно у больных ГП III, II степени.

У больных ГП II-III, III степени, при обширной деструкции альвеолярной кости, когда глубокие инфицированные пародонтальные карманы фактически сливаются с очагом деструкции периапикальных тканей, единственным методом лечения остается хирургический - собственно удаление зуба. Нами выявлено 110 зубов с ЭПП, подлежащих удалению, что составило 48,9%. Таким образом, становится очевидным, что чем выше степень развития пародонтита, тем хуже лечебный прогноз зубов с ЭПП. Этот факт подчеркивается и другими авторами [9, с. 779-790].

Закключение. Установлено, что у больных ГП разной степени частота выявления ЭПП составила 24,5 %, с преимущественным поражением зубов у больных ГП II-III, III степени (в 76,0 % случаев). В структуре ЭПП преобладают первично пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы (в 60,4 % случаев). Эндодонтическая патология в большинстве случаев представлена разными формами хронического периодонтита (73,3 %) с преимущественным поражением моляров (62,7 %), особенно первых и вторых моляров нижней челюсти (57,5 % от всех моляров). У больных ГП II-III, III степени определяется неблагоприятный прогноз лечения зубов с сочетанными ЭПП (удаление 48,9 % зубов), что указывает на необходимость раннего выявления и своевременного лечения эндодонтической патологии у больных ГП при адекватном комплексном лечении и постоянной поддерживающей терапии пародонтита.

Список литературы

1. Грудянов А. И. Современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению эндодонто-пародонтальных поражений / А. И. Грудянов, М. К. Макеева, Н. В. Пятигорская // Вестник РАМН. - 2013. - № 8. - С. 34-36.
2. Орехова Л. Ю. Влияние сочетанных поражений осложненного кариеса и воспалительных заболеваний

пародонта на состояние зубочелюстной системы / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева, В. А. Осипова, А. А. Бармашева // Пародонтология. - 2004. - № 2 (31). - С. 8-14.

3. Harrington G. W. The periodontal-endodontic controversy / G. W. Harrington, D. R. Steiner, W. F. Ammons Jr. // Periodontol. 2000. - 2002. - Vol. 30. - P. 123-130.

4. Rotstein I. Diagnosis, prognosis and decisionmaking in the treatment of combined periodontal- endodontic lesions / I. Rotstein, J. H. Simon // Periodontol. 2000. - 2004. - Vol. 34. - P. 165-203.

5. Simon J. H. S. The relationship of endodontic-periodontic lesions / J. H. S. Simon, D. H. Glick, A. L. Frank // J. Periodontol. - 1972. - Vol. 43, №. 4. - P. 202-208.

6. A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification / J. Caton, G. Armitage, T. Berglundh [et al.] // J. Clin. Periodontol. - 2018. - Vol. 45, Suppl. 20. - P. S1-S8.

7. Herrera D. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions / D. Herrera, B. Retamal-Valdes, B. Alonso, M. Feres // J. Clin. Periodontol. - 2018. - Vol. 45, Suppl. 20. - P. S78-S94.

8. Данилевский Н. Ф. Систематика болезней пародонта / Н. Ф. Данилевский // Вісник стоматології. - 1994. - № 1. - С. 17-21.

9. Schmidt J. C. Treatment of periodontal- endodontic lesions - a systematic review / J. C. Schmidt, C. Walter, M. Amato, R. J. Weiger // J. Clin. Periodontol. - 2014. - Vol. 41, №. 8. - P. 779-790.

REFERENCES

1. Grudjanov A. I., Makeeva M. K., Pjatigorskaja N. B. Modern representations about etiology, pathogenesis, and treatment approaches of endodontal-periodontal lesions. Vestnik RAMN. 2013;8:34-36. (In Russian).
2. Orehova L. Ju., Kudrjavceva T. V., Osipova V. A., Barmasheva A. A. Effect of combined lesions of complicated caries and inflammatory periodontal diseases on the state of the dentition system. Parodontologija. 2004;2(31):8-14. (In Russian).
3. Harrington G. W., Steiner D. R., Ammons W. F. Jr. The periodontal-endodontic controversy. Periodontol. 2000. 2002; 30:123-130.
4. Rotstein I., Simon J. H. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. Periodontol. 2000. 2004;34:165-203.
5. Simon J. H. S., Glick D. H., Frank A. L. The relationship of endodontic-periodontic lesions. J. Periodontol. 1972;43(4):202-208.
6. Caton J., Armitage G., Berglundh T. [et al.] A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J. Clin. Periodontol. 2018;45(20):S1-S8.
7. Herrera D., Retamal-Valdes B., Alonso B., Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. J. Clin. Periodontol. 2018;45 (20):S78-S94.
8. Danilevskij N. F. Taxonomy of periodontal diseases. Visnyk stomatologii'. 1994;1:17-21. (In Ukraine).
9. Schmidt J. C., Walter C., Amato M., R. Weiger J. Treatment of periodontal-endodontic lesions - a systematic review. J. Clin. Periodontol. 2014;41(8): 779-790.

