К вопросу об изучении сочетанных эндопародонтальных поражений опорных зубов при протезировании

Ш.Ф. Джураева*, Х.С. Шарипов
**Кафедра терапевтической стоматологии;*
ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ортопедическое стоматологическое лечение невозможно без предварительной подготовки полости рта к протезированию зубов. Зуб с пародонтом рассматривается как единая функциональная и морфологическая система, поражение отдельных частей которой совместно вовлекает их в патологический процесс. Наличие сочетанной патологии пародонта и периодонта у пациентов не только затрудняет диагностику, прогноз основного заболевания, осложняет лечение, но и в конечном итоге, влияет на эффективность стоматологической реабилитации пациентов.

Ключевые слова: эндопародонтальная патология, эндодонт, пародонт

Постоянный рост числа больных, страдающих воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области одонтогенного и пародонтогенного происхождения вновь и вновь ставит вопрос как о качестве эндодонтических вмешательств, так и об эффективной, адекватной терапии воспалительных заболеваний пародонта [1].

В последнее время всё чаще говорят о так называемом эндопародонтальном синдроме, вопросы которого в литературе освещены недостаточно [2-5].

Анатомическая и функциональная общность пульпы и пародонта определяет высокую степень вероятности совместного вовлечения их в патологический процесс. Поэтому сочетанные поражения эндодонта и пародонта, когда эндодонтическая патология развивается на фоне уже имеющегося у пациента пародонтита, занимают особое место в клинической практике как врача стоматолога-терапевта, так и ортопеда. В современной стоматологической науке такие поражения обозначаются различными терминами: пародонтальный синдром [4], пульпарно-периодонтальные поражения, пародонтально-эндодонтические поражения [2], эндо-пародонтальная патология [5], сочетанная эндодонтическо-пародонтальная патология [3].

Неоспоримым фактом является единство таких структур, как зуб и пародонт. Общность этих составляющих структур полости рта подчёркнута в работах ряда исследователей. Проведён анализ путей распространения инфекционного воспаления с тканей пародонта на пульпу зубов. Однако исследователи не могут дать однозначного ответа по поводу врачебной тактики при протезировании, если эти изменения существенны [6-8].

В работах Цепова Л.М. при обследовании пациента с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией рекомендуется анализировать не только симптоматику и особенности течения «доминирующего» поражения, которым в силу выраженной клинической симптоматики является эндодонтическая патология, но и клинические проявления патологии пародонта. В процессе обследования необходимо выяснить, явилось ли развитие эндодонтической патологии осложнением пародонтита (например, ретроградный пульпит) или это самостоятельное заболевание, течение которого «накладывается» на пародонт с развитием синдрома взаимного отягощения [9].

Мы считаем, что для практических врачей необходимо сначала определить эндодонтическую патологию в опорных зубах мостовидных протезов. Из опыта своей работы рекомендуем провести тщательное повторное эндодонтическое лечение зубов, которое будет способствовать быстрейшей регенерации тканей периодонта. При этом дополнительно проведённая пародонтологическая терапия улучшит не только состояние маргинального периодонта, но и повысит резистентность комплекса тканей пародонта в целом.

По мнению Васильева В.Г. способность периодонта опорных зубов мостовидного протеза к повышенной жевательной нагрузке зависит от сочетания 3-х

основных факторов: 1) степени атрофии десневого края и костной ткани альвеолы корня зуба; 2) степени подвижности зуба и 3) самое главное – от функционального состояния периодонта, а именно его резервных компенсаторных свойств выдерживать дополнительно жевательные нагрузки. И здесь немаловажное значение приобретают вопросы своевременного контроля, ранней и объективной диагностики патологических изменений в тканях, окружающих опорные зубы, ортопедических конструкций. Это является определяющим моментом при прогнозировании результатов ортопедического лечения [10].

Маланьин И.В. освещает вопрос на современном уровне развития эндодонтии. Исследователь считает, что апикальное отверстие является не единственным отверстием, через которое пульпа сообщается с периодонтальной связкой. Латеральные каналы являются нормальным анатомическим образованием многих зубов, особенно в апикальной трети корня и в области разделения корней моляров. Поэтому в периодонтальной связке в местах выходов латеральных каналов развивается такая же воспалительная реакция, как и в области верхушки корня. Апикальная область при этом может поражаться или оставаться невовлечённой. Заболевание пульпы может оказывать прямое воспалительное влияние на ткани пародонта путём его непосредственного распространения через апикальное отверстие, латеральные каналы и дентинные канальцы [11].

По мнению Фэлэйс Д. и соавт. пульпа зубов со своими защитными механизмами существует автономно, но, как и другие ткани организма, подвержена процессам старения. На фоне воспаления пародонта и нарушений микроциркуляции, свойственной этому заболеванию, физиологический возраст пульпы превышает хронологический [12].

Вместе с тем, другие исследователи при изучении состояния микроциркуляторного русла пульпы зубов больных разных возрастных категорий, с наличием пародонтита отмечали нарушения кровообращения и снижение интенсивности кровотока. Исследуя эти вопросы, учёные пришли к выводу, что одной из причин таких изменений в пульпе зубов являются пародонтальные карманы. По мере углубления, они отсекают пути дополнительного кровоснабжения через боковые микроканалы корня зуба [1,13].

Важность сочетанного эндодонтическо-пародонтального поражения, которое необходимо учитывать при рациональном ортопедическом лечении, показана в работах некоторых исследователей. Первым следствием влияния пародонтита на пульпу может быть её дегенерация. При некоторой резорбции дентина выявлено формирование иррегулярного или репаративного дентина. Доказано, что при нарушении кровоснабжения пульпы усиливается дистрофическая кальцификация, фиброз, резорбция коллагена и воспаление. Исследования показали, что влияние патологии пародонта на пульпу проявляется позже и реже, чем влияние пульпы на пародонт [14-16].

Одним из важнейших элементов комплексной терапии заболеваний органов полости рта, является создание оптимальных окклюзионных соотношений естественных или искусственных зубных рядов, контроль и оценка проводимого и законченного лечения. Проблемой окклюзионной реабилитации больных с нарушением непрерывности зубных рядов занимались учёные, которыми и были разработаны концепции идеальной и травматической окклюзии. В ряде исследований обоснованы методы окклюзионной реабилитации больных с заболеваниями пародонта [17-19].

При изменении окклюзионных соотношений как при проводимом лечении, так и при развитии патологического процесса в тканях пародонта изменяется направление сил, воздействующих на зубы [20]. В свою очередь, сосудистая система пародонта и костная ткань реагируют на это развитием воспалительно-дистрофического процесса.

В целом, проанализировав доступные нам сведения исследователей по вопросам эндопародонтальных осложнений зубов, у нас сформировалось мнение, что при протезировании необходимо учитывать имеющееся между полостью рта и корневым каналом сообщение, в котором развивается бактериальная флора, способная вызвать деструктивные изменения в периодонте. При этом ряд авторов показывает, что особые условия среды корневого канала стимулируют избирательный рост некоторых видов бактерий. Почти 90% встречающихся в корневом канале бактерий являются анаэробными. Продолжительное инфицирование корневого канала приводит к преобладанию представителей таких облигатно-анаэробных групп бактерий, как бактероиды, фузобактерии, а также пептострептококки [21,22].

Суммируя данные литературы, можно определить, что эндопародонтальный синдром – это специфическая комбинация нескольких, внутренне взаимосвязанных признаков пульпита (периодонтита) и пародонтита, совокупность симптомов, объединённых единым патогенезом. Диагностика таких поражений и врачебная тактика при этом, - отмечает Н.В. Сорокина, - представляются довольно сложными, так как только с помощью клинических методов невозможно установить, поражена ли пульпа и/или периодонт на самом деле [23].

В этом случае, по нашему мнению, ранняя диагностика сочетанных эндодонтических и пародонтологи-

ческих поражений играет решающую роль. Пока не сформированы полностью эти изменения, патология легче поддаётся лечению как в эндодонтическом, так и пародонтологическом плане. Определяющими факторами являются используемые способы препарирования корневых каналов, характер их медикаментозной обработки, уровень пломбирования каналов, материал корневых пломб, комплексный подход к терапии заболеваний пародонта. При этом отягощающим фактором является наличие у пациентов сопутствующей патологии.

Туркина А.Ю., исследуя этот вопрос, определила, что важным фактором появления боли после пломбирования является выведение опилок дентина в периапикальную область при некачественной инструментальной обработке канала. Этот же автор сравнила методы препарирования «степ-бэк» и «краун-даун» и доказала, что методика «краун-даун» в наименьшей степени способствует проталкиванию опилок «за апекс» [24].

Хрестоматийным примером проявления сочетанных поражений пародонта и эндодонта зубов, обусловленных целым рядом неблагоприятных внешних и внутренних нарушений жизнедеятельности организма, могут служить пациенты, страдающие сахарным диабетом. Автор считает, что потребность в лечении осложнений кариеса зубов (пульпиты, периодонтиты) высокая в начальной стадии заболевания. По мере увеличения степени тяжести углеводного обмена этот показатель сокращается за счет возрастания количества удалённых зубов, что впрямую свидетельствует о влиянии основного заболевания (фактор риска) на состояние структурных единиц тканей пародонта, приводящее к преждевременному удалению зубов среди обследованных лиц [25].

Анализ литературы показывает разноречивость мнений по вопросу ортопедического лечения при комплексной стоматологической реабилитации больных сахарным диабетом в зависимости от типа диабета, от длительности заболевания, степени компенсации, наличия осложнений и снижения иммунобиологических защитных механизмов [26,27].

С точки зрения протезирования пациенты с заболеванием периодонтальных тканей и сопутствующими заболеваниями (факторы риска), утратившие большинство зубов, особенно премоляров и моляров, образуют группу лиц, которым требуется неординарный подход к решению проблемы замещения дефектов зубных рядов.

Установлено, что благоприятный прогноз протезирования зависит не только от разнообразия дефектов зубных рядов и их сочетаний, но и от особенностей прикуса, состояния пародонта, качества эндодонтического лечения опорных зубов [28-30].

Разрабатывая этот вопрос, Маланьин И.В. пришёл к мнению, что ортопедическое лечение пациентов с ослабленной периодонтальной тканью ставит следующие задачи: 1) вернуть зубному ряду утраченное единство и превратить в неразрывное целое; 2) правильно распределить жевательное давление; 3) предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной перегрузки [11].

Очевидную значимость представляют результаты комплексного исследования, позволяющие определить развитие патологического процесса в пульпе и пародонте больных генерализованным пародонтитом тяжёлой степени в виде «эффекта перманентного бумеранга». На фоне нарушений трофики и дистрофических изменений существует длительное взаимодействие между микрофлорой пародонтальных карманов и пульпой, усугубляющее хроническое воспаление и, тем самым, снижающее защитные свойства зубодесневого комплекса [31].

Общеизвестно, что выход токсических продуктов некротизированной пульпы в периапикальную область приводит к её воспалению. По мере расширения кровеносных сосудов и накопления жидкости, давление в периапикальной части может увеличиваться. Нередко накопление жидкости становится просто невыносимым и сильная боль, если её не облегчить, может достичь уровня, когда не будут помогать даже сильные наркотические анальгетики. Однако удаление остатков пульпы может оказаться недостаточным, и тогда единственной альтернативой становится прямой доступ к верхушке через кость. Данная операция является достаточно травматичной и довольно сложна по техническому исполнению [16].

Известно, что хроническое воспаление периодонта протекает на фоне существенного изменения местных защитных реакций как специфического, так и неспецифического характера. Компоненты специфической и неспецифической иммунной защиты полости рта действуют комплексно, создавая несколько путей иммунного ответа. Но при эндопародонтальных патологиях происходит сбой в антибактериальном барьере полости рта [14,32].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, зуб с пародонтом рассматривается как единая функциональная и морфологическая система, поражение отдельных частей которой совместно вовлекает их в патологический процесс. У больных с воспалительными заболеваниями пародонта нередко выявляются дополнительные периодонтальные очаги хронической инфекции. Наличие сочетанной патологии пародонта и периодонта у пациентов не только затрудняет диагностику и прогноз основного заболевания, но и осложняет лечение, что в конечном итоге, влияет на эффективность стоматологической реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карнаева А.С. Вакуумтерапия при лечении острого и обострении хронического периодонтита: автореф. дис. … канд. мед. наук / А.С. Карнаева. –М., 2005. -22с.
2. Бризено Б. Пародонтально-эндодонтические поражения / Б. Бризено // Клиническая стоматология. -2002. -№4. –С. 26-29
3. Маланьин И.В. Современные методы комплексной терапии заболеваний пародонта: автореф. дисс. … д-ра мед. наук / И.В. Маланьин. –Волгоград, -2005. -38с.
4. Мороз П.В. Эндодонтическое лечение в комплексной терапии эндопародонтального синдрома / П.В. Мороз // Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции. –М., -2004. –С. 169-171
5. Dixon D.R. Commencal bacteria influence innate status within periodontal tissues / D.R. Dixon, R.A. Reife // J.Periodontol. -2006. –Vol. 75. –P. 1247-1329
6. Новгородский С.В. Опыт комплексного лечения эндопародонтального синдрома / С.В. Новгородский, Н.В. Новосядлая, А.Е. Берёзина // Материалы X международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. –С-Пб, -2005. –С. 124-125
7. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дисс. … д-ра мед. наук / Л.Ю. Орехова. –Санкт-Петербург, 1998. -26с.
8. Симон Д.Х.С. Патология пульпы / Д.Х.С. Симон // Эндодонтия, С-Пб.: Мир и семья – 95, Интерлайн. -2000. –С. 312-333
9. Цепов Л.М. Патология пародонта как проявление соматических заболеваний / Л.М. Цепов, А.И. Николаев // Пародонтология. -1998. -№1. –С. 31-38
10. Васильев В.Г. Особенности функционального состояния кровообращения пародонта после препарирования депульпированных зубов под искусственные коронки / В.Г. Васильев, А.А. Прохончуков // Стоматология. -1999. -№2. – С. 14-19
11. Маланьин И.В. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / И.В. Маланьин. –Краснодар, -2004. -144с.
12. Фэлэйс Д.А. Экстренная помощь в стоматологии / Д.А. Фэлэйс. –М.: Медицинская литература, -1999. -434с.
13. Чертыковцев В.Н. Пульпа зуба / В.Н. Чертыковцев. –М.: Медицина, 1999. -345с.
14. Чурилов Л.П. Механизмы развития стоматологических заболеваний: учебное пособие / Л.П. Чурилов, М.А. Дубова, А.И. Каспина. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 534с.
15. Шмаиль К.В. Современные взгляды на иммунологию пародонта / К.В. Шмаиль, О.В. Беляева, В.А. Черешнёв // Стоматология. -2003. -№1. –С. 61-64
16. Darveau R.P., Tanner A., Page R.S. The microbial challenge in periodontitis / R.P. Darveau, A. Tanner, R.S. Page // J.Periodontol. -2000. –Vol. 14. –P. 12-32
17. Иванов Ю.Н. Морфологическое и биохимическое обоснование ортопедического лечения включенных дефектов боковых отделов зубных рядов мостовидными протезами: автореф. дис. … канд. мед. наук / Ю.Н. Иванов. –М., -1995. -25с.
18. Холстинина Е.А. Супрааномалия клыков. Принципы реабилитации / Е.А. Холстинина //Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций и труды IX съезда Стоматологической ассоциации России. – М., -2004. –С. 505-506
19. Шевченко Д.П. Зависимость реакции пульпы зуба от объёма препарирования и остаточной толщины твёрдых тканей / Д.П. Шевченко // Институт стоматологии. -2003. - №3. –С. 75-78
20. Горохов М.Ю. Сохранение окклюзионных и артикуляционных взаимоотношений зубных рядов / М.Ю. Горохов, В.В. Васильев // Материалы VII Всероссийского научного форума с международным участием. –М., 2005. –С. 81-82.
21. Мюллер Х.П. Пародонтология / Х.П. Мюллер. –Львов: ГалДент, -2004. -256с.
22. Соловьёва А.М. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической очаговой одонтогенной инфекции: автореф. дисс. … д-ра мед. наук / А.М. Соловьёва. –С-Пб., -2000. -35с.
23. Сорокина Н.В. Эндодонтические вмешательства у больных пародонтитом: автореф. дис. …канд. мед. наук / Н.В. Сорокина. -Смоленск, 2007.-22с.
24. Туркина А.Ю. Современные методы механической и медикаментозной обработки корневых каналов зубов: учебно-метод. рекомендация / А.Ю. Туркина, И.М. Макеева, Н.С. Жохова. – М., 2006. – 26 с.
25. Джураева Ш.Ф. Ассоциированные параллели в течении основных стоматологических заболеваний и сахарного диабета: автореф. дис. …. д-ра мед. наук / Ш.Ф. Джураева. –М., 2010. – 46с.
26. Джемилева Т. Заболевания пародонта / Т. Джемилова. АЦЕР: София, 2006. –370с.

27. Мартюшева М.В. Взаимосвязь заболеваний пародонта и сахарного диабета / М.В. Мартюшева, В.И. Волкова // Актуальные вопросы курортологии. – Пермь, -2004. –С. 273-278

28. Coen S. One visit endodontic treatment / S. Coen // The New Mentor Group. – 2002. –P. 18-32

29. Mohammed I. A visual method of determining marginal placement of crowns: Part II. Marginal placement of posterior crowns / I. Mohammed, K.D. Jamani, M.A. Fayyad // J. Quintessence International. -1995. -Vol. 26, -N6. -P. 419-420

30. Mondelli F.L. Effects of difference preparation designs on the marginal fit and tensile strength of metal casts made on full crown preparation / F.L. Mondelli, A. Ishikiriama, J. Mondelli // J. Dent Res. -1997. -P.184

31. Сурдина Э.Д. Состояние пульпы интактных зубов при генерализованном пародонтите тяжёлой степени: автореф. дис. … канд. мед. наук / Э.Д. Сурдина. –М., -2009. -23с.

32. Carranza F.A. Clinical periodontologi // F.A. Carranza, M.G. Newman // Philadelphia: W.B. Sainders Co, -1996. - P. 457-462

Summary

On the study of combined endoparodontal lesions of the abutment teeth in prosthetics

Sh.F. Dzhuraeva, H.S. Sharipov

Orthopedic dental treatment is impossible without preliminary preparation of the oral cavity for dentures. Tooth with parodont is considered as a unit functional and morphological system, damage to individual parts of which involves them together in the disease process. The presence of combined pathology of parodontal and periodontal not only difficult to diagnose, prognosis of the disease, complicates the treatment, but ultimately, affect the effectiveness of dental rehabilitation.

Key words: endoparodontal pathology, endodontis, periodont

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ш.Ф. Джураева – заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино, 30/1. E-mail: sharora73@ mail.ru