

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРОГНОЗА СЛОЖНОГО ЛОКАЛИЗОВАННОГО ЭНДОПЕРИОДОНТИТА У ПЕРИОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Денисова Ю.Л., Росеник Н.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
3-я кафедра терапевтической стоматологии
г. Минск*

Актуальность. Ткани эндодонта и периодонта представляют собой единую биологическую систему, имеющую общую анатомо-топографическую и функциональную целостность. В результате их непосредственно близкой локализации, а также наличия между ними проводящих путей патогенные микроорганизмы и их токсины свободно мигрируют между периодонтом и корневыми каналами зубов. Именно это и обуславливает развитие эндопериодонтита — комбинированного поражения эндодонта и периодонта, сопровождающегося воспалительными и деструктивными изменениями (1).

Современная классификация эндопериодонтита (Л.Н. Дедова, 2012) представлена в таблице 1.

Сложный эндопериодонтит – это воспалительно-деструктивный процесс в периодонте и эндодонте с нарушением интактности цементного вещества зуба и наличием окклюзионной травмы (2,3). Окклюзионная травма приводит к развитию структурных и функциональных изменений в тканях периодонта (5-7). В результате нарушения целостности поддерживающего аппарата зуба происходит миграция эпителия прикрепления в апикальном направлении. Это способствует колонизации поверхностей корня зуба микроорганизмами зубного налета при неудовлетворительной гигиене ротовой полости. При этом наличие проводящих путей, например, боковых латеральных канальцев, обуславливает распространение патогенных микроорганизмов параллельно в тканях периодонта и эндодонта, приводя к их сочетанному воспалению (Рис.1).

Таблица 1 – Классификация эндопериодонтита (Л.Н. Дедова, 2012)

Эндопериодонтит			
1. течение	2. форма	3. распространенность	4. степень тяжести
1.1 острый 1.2 хронический 1.3 обострение хронического, в том числе абсцесс 1.4 ремиссия	2.1 простой 2.2 сложный 2.3 симптоматический	3.1 локализованный	4.1 легкая 4.2 средняя 4.3 тяжелая



Рисунок 1 – Эндопериодонтит 4.6 зуба

Клинический прогноз развития эндопериодонтита представляет научно обоснованное предположение о дальнейшем течении и исходе болезни (4). В связи с этим определение клинического прогноза, а также первоочередных и вспомогательных прогностических критериев сложного локализованного эндопериодонтита позволяет достичь более стойких и длительных результатов лечения, а также эффективной диспансеризации данной группы пациентов.

Цель исследования: определить первоочередные прогностические критерии локализованного сложного эндопериодонтита у пациентов с болезнями периодонта.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели было проведено комплексное обследование и лечение 10 пациентов в возрасте 35-44 года с диагнозом сложный локализованный эндопериодонтит.

В данной работе применялись следующие методы исследования:

1. Стоматологическое обследование: осмотр, оценка гигиены ротовой полости – индекс ОНI-S (Green, Vermillion, 1964), состояние зубочелюстной системы и тканей периодонта – индекс GI (Loe, Silness, 1963), индекс кровоточивости десны (Koethke, 1960 и ВОЗ, 1980), периодонтальный индекс ПИ (A.L. Russel, 1956, 1967) (Рис.2).



Рисунок 2 – Эндопериодонтит 2.1 зуба (Парадонтальный абсцесс)

2. Клинико-инструментальные: электроодонтометрия, определение глубины зондирования десневой борозды.
3. Лучевые: интраоральная рентгенография, конусно-лучевая компьютерная томография (Рис.3).

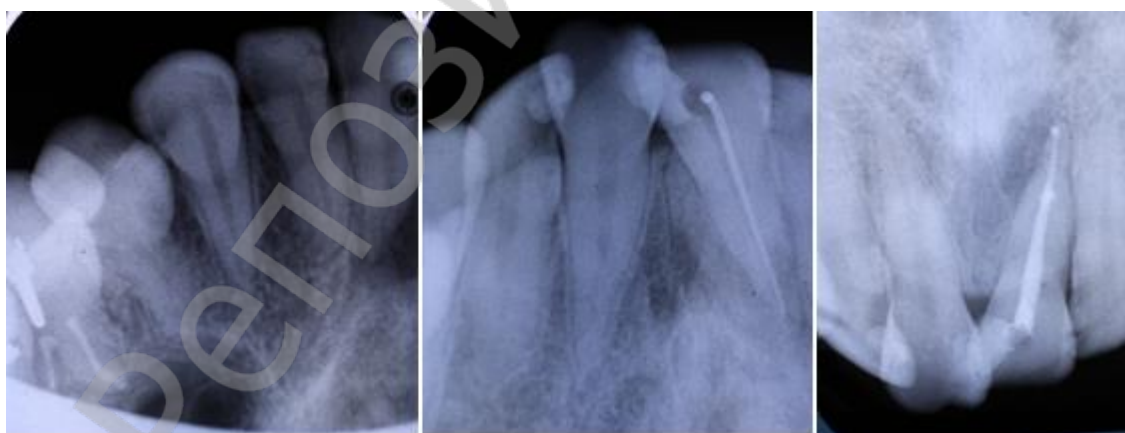


Рисунок 3 – Рентгенографическая характеристика этапов лечения эндопериодонтита 2.1 зуба

4. Статистический: Statistica 6.0.

Всем пациентам лечение эндопериодонтита было проведено по следующей методике:

1. Эндодонтическое: механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, временное пломбирование корневых каналов кальцийсодержащей пастой Metapasta на период до 3 месяцев, пломбирование корневых каналов гуттаперча+силлер Adseal методом латеральной конденсации.

2. Периодонтологическое: профессиональная гигиена, местная медикаментозная терапия (полоскание 0,05% р-р хлоргексидина, аппликации Метрогил Дента) (Рис.4).



Рисунок 4 – Состояние после лечения эндопериодонтита 2.1 зуба через 5 дней

Определение и анализ первоочередных прогностических признаков развития сложного эндопериодонтита проводилось по индивидуальным диаграммам, построенным с помощью программы «Прогноз Болезней Периодонта», разработанной на 3-й кафедре терапевтической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного исследования пациентов с локализованным сложным эндопериодонтитом нами были определены и включены в Программу «Прогноз Болезней Периодонта» 7 следующих первоочередных прогностических критериев:

- повышение показателей электрооднотометрии;
- глубина периодонтального кармана 5 мм и более;
- нарушение микроциркуляции по данным ЛОДцсф;
- плотность костной ткани по шкале Hounsfield (HU);

- присутствие специфической анаэробной микрофлоры в периодонтальном кармане;
- наличие окклюзионной травмы;
- наличие системных заболеваний.

Уровень риска и возможность прогрессирования эндопериодонтита определяли с учетом расположения и площади заполнения многоугольника (ПЗМ) диаграммы, построенного с помощью компьютерной программы «Прогноз Болезней Периодонта». На основании полученных данных выделены 3 уровня риска возможного прогрессирования эндопериодонтита: низкий, средний, высокий.

Низкий уровень риска развития эндопериодонтита соответствует следующим параметрам: ЭОД до 6 мкА; глубина периодонтального кармана до 3 мм; ЛОДцсф не менее 30 усл. ед.; плотность костной ткани 400-699 НУ; отсутствие специфической анаэробной микрофлоры в периодонтальном кармане; отсутствие окклюзионной травмы и системных заболеваний.

Средний уровень риска развития эндопериодонтита соответствует следующим параметрам: ЭОД 7-24 мкА; глубина периодонтального кармана 4-5 мм; ЛОДцсф в пределах 20–29 усл. ед.; плотность костной ткани 300-399 НУ; отсутствие специфической анаэробной микрофлоры в периодонтальном кармане; отсутствие окклюзионной травмы и системных заболеваний.

Высокий уровень риска развития эндопериодонтита соответствует следующим параметрам: ЭОД более 25 мкА; глубина периодонтального кармана более 5 мм; ЛОДцсф 19 усл. ед. и ниже; плотность костной ткани менее 300 НУ; присутствие специфической анаэробной микрофлоры в периодонтальном кармане; наличие окклюзионной травмы и системных заболеваний.

Таким образом, определение первоочередных диагностических критериев, а также их последующий мониторинг позволили составить план необходимых лечебно-диагностических мероприятий у каждого конкретного пациента со сложным локализованным эндопериодонтитом, тем самым повысив эффективность лечения.

Выводы

1. Определены первоочередные прогностические критерии развития и прогрессирования заболевания у пациентов с локализованным сложным эндопериодонтитом.

2. Проведен анализ первоочередных прогностических критериев развития и прогрессирования эндопериодонтита.

3. В зависимости от распределения прогностических признаков выделены 3 уровня прогрессирования эндопериодонтита: низкий, средний, высокий.

Литература

1. Дедова, Л.Н. Диагностика болезней пародонта: учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова – Минск БГМУ, 2004. – 70с.
2. Дедова, Л.Н. Эндопериодонтит – новое в классификации болезней пародонта / Л.Н. Дедова, Ю.Л. Денисова, Л.А. Денисов // Стоматолог. – 2012. – №3. – С. 16-21.
3. Дедова, Л.Н. Эндопериодонтит в классификации болезней пародонта / Л.Н. Дедова, Ю.Л. Денисова, Л.А. Денисов // Инновации в стоматологии: материалы VI съезда стоматологов Беларуси (Минск, 25-26 окт. 2012 г). – Минск, 2012. – С. 300-303.
4. Денисова, Ю.Л. Прогноз болезней пародонта у пациентов с зубочелюстными деформациями / Ю.Л. Денисова // Стоматолог. – 2012. – №4. – С. 21-25.
5. Carranza, F.A., Carranza's Clinical Periodontology / F.A. Carranza et al. // SAUNDERS ELSEVIER, 2006. – 1286 p.
6. Foce, E. Endo-Periodontal Lesions / E. Foce. // Quintessence Publishing Co. Ltd., 2011. – 146 p.
7. Lindhe, J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 4th edition / Jan Lindhe // Blackwell Munksgaard, 2003. – 1044 p.