

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОПЕРИОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

Росеник Н. И., Денисова Ю.Л.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
3-я кафедра терапевтической стоматологии*

**Ключевые слова:** распространенность эндопериодонтита, болезни периодонта.

**Резюме:** В статье представлена сравнительная оценка распространенности эндопериодонтита у пациентов в возрасте 35–44 года с болезнями периодонта по данным панорамной рентгенографии и конусно-лучевой компьютерной томографии.

**Resume:** The issue presents the comparative evaluation of the endoperiodontitis prevalence in patients aged 35–44 with periodontal diseases according to the data of panoramic radiography and cone-beam computed tomography.

**Актуальность.** В настоящее время актуальной проблемой современной стоматологии является изучения различного характера воспалительно-деструктивных процессов в тканях эндодонта и периодонта, в том числе эндопериодонтальных поражений [3, 4]. Учеными предложено более 10 классификаций эндопериодонтальных поражений, данные которых разноречивы

[5–7]. Международная классификация болезней ВОЗ (МКБ-10) является статистической и тем самым констатирует факт наличия болезни, а не степень ее развития. Это не дает возможность четко установить уровень патологического процесса, что является основанием для планирования лечения. Эндопериодонтальные поражения подразумевают собирательное понятие, которое обозначает разновидности причин возникновения болезни. Однако клиническая практика свидетельствует о том, что в большинстве случаев это патологическое состояние сопровождается воспалением, отсутствие лечения которого часто приводит к преждевременному удалению зубов. В связи с этим появилась необходимость использовать современную классификацию профессора Л.Н. Дедовой (2012). В ней учтены недостатки известных классификаций, что дает возможность обозначить эндопериодонтит как комбинированное взаимосвязанное поражение эндодонта и периодонта, сопровождающееся воспалительно-деструктивными изменениями, что дает возможность качественно характеризовать патологический процесс и в связи с этим планировать адекватное лечение [1, 2].

**Цель:** Сравнительная оценка распространенности эндопериодонтита у пациентов в возрасте 35–44 года с болезнями периодонта по данным панорамной рентгенографии и конусно-лучевой компьютерной томографии.

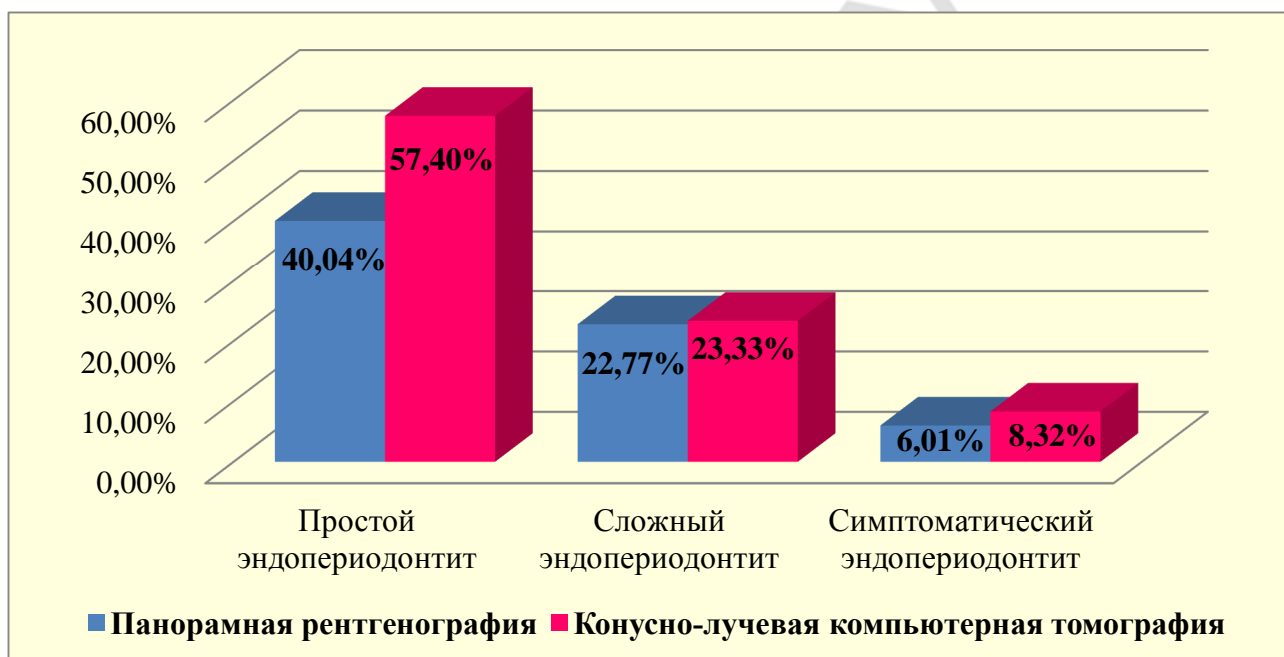
**Задачи:** 1. Провести диагностику эндопериодонтита по данным 500 панорамных рентгенограмм и 50 конусно-лучевых компьютерных томограмм пациентов в возрасте 35–44 года с болезнями периодонта.

2. Проанализировать основные рентгенологические признаки эндопериодонтита на панорамных рентгенограммах и конусно-лучевых компьютерных томограммах пациентов в возрасте 35–44 года с болезнями периодонта.

**Материал и методы.** Проведен анализ 500 панорамных рентгенограмм и 50 конусно-лучевых компьютерных томограмм пациентов в возрасте 35–44 года с болезнями периодонта. При постановке диагноза эндопериодонтит использовали классификацию профессора Л.Н. Дедовой (2012). Полученные данные обработаны статистически.

**Результаты и их обсуждение.** Распространенность эндопериодонтита среди эндопериодонтальных поражений по данным панорамной рентгенографии составила  $68,82 \pm 4,52\%$ , а по конусно-лучевой компьютерной томографии —  $73,06 \pm 4,85\%$ . При этом в 100% случаев перфорация, вертикальный перелом и резорбция корня зуба сопровождались развитием эндопериодонтита, обозначающего воспалительный процесс во всех топографических зонах периодонта, включая апикальный периодонт.

С учетом классификации проф. Л.Н. Дедовой определены следующие формы эндопериодонтита: простой, сложный, симптоматический на фоне перфорации, вертикального перелома, резорбции корня (Рис. 1).



**Рис. 1** – Распространенность эндопериодонтита среди эндопериодонтальных поражений по данным панорамной рентгенографии и конусно-лучевой компьютерной томографии

По данным панорамной рентгенографии распространенность простого эндопериодонтита среди эндопериодонтальных поражений составила  $40,04 \pm 2,45\%$ , в то время как на конусно-лучевых компьютерных томограммах —  $57,40 \pm 3,93\%$ .

Установлено, что простой эндопериодонтит имеет первично эндодонтическое происхождение. Он развивается в результате длительно прогрессирующего кариозного процесса. В  $12,59 \pm 1,16\%$  случаев диагностировано наличие в зубе кариозной полости, сообщающейся с полостью зуба, а по данным конусно-лучевой компьютерной томографии — в  $23,12 \pm 1,77\%$  случаев. С помощью конусно-лучевой компьютерной томографию выявлено ортоградный путь распространения инфекционного процесса через кариозную полость в область эндодонта и в последующем через проводящие пути в ткани периодонта. При этом основными рентгенологическими признаками определены просветление в области твердых тканей коронки зуба, распространяющееся до уровня полости зуба. В области верхушки корня или в области фуркации зуба визуализировано нарушение целостности костной ткани в виде очага деструкции, а также отмечена горизонтальная резорбция альвеолярной костной ткани.

Нами выявлено, что простой эндопериодонтит является также результатом долгосрочного некачественного эндодонтического лечения в  $27,45 \pm 1,29\%$  случаев по данным панорамной рентгенографии и  $34,28 \pm 2,16\%$  по конусно-лучевой компьютерной томографии. В области таких зубов конусно-лучевая компьютерная томография определила в тканях эндодонта локализацию инфекционного поражения, распространяющегося через проводящие пути в периодонт. Основными рентгенологическими признаками при этом является фрагментарная визуализация тени пломбировочного материала, отсутствие obturации апикального отверстия,

нарушение целостности костной ткани в виде очага деструкции в области верхушки корня или в области фуркации зуба, горизонтальная резорбция альвеолярной костной ткани.

Распространенность сложного эндопериодонтита среди эндопериодонтальных поражений по данным панорамной рентгенографии составила  $22,77 \pm 1,25\%$ , в то время как по конусно-лучевой компьютерной томографии —  $23,33 \pm 1,72\%$ . Определено, что сложный эндопериодонтит встречается у пациентов со среднетяжелой степенью тяжести болезней пародонта и наличием окклюзионной травмы. При этом наблюдали нарушение интактности цементного вещества корня зуба. В случаях развития сложного эндопериодонтита с помощью конусно-лучевая компьютерная томография выявили ретроградный путь распространения инфекционного процесса из тканей пародонта в ткани эндодонта через основные проводящие пути (апикальное отверстие, боковые каналы, дентинные трубочки). Основными рентгенологическими признаками явились: нарушение целостности костной ткани в виде очага деструкции в области верхушки корня или в области фуркации зуба; вертикальная резорбция альвеолярной костной ткани.

Симптоматический эндопериодонтит отмечен у пациентов с перфорацией, резорбцией и вертикальным переломом корня зуба, которые сопровождались идентичными рентгенологическими признаками, свидетельствующими о наличии воспалительного процесса во всех топографических зонах пародонта, включая апикальный пародонт. По данным панорамных рентгенограмм распространенность симптоматического эндопериодонтита составила  $6,01 \pm 0,78\%$ , а по конусно-лучевой компьютерной томографии —  $8,32 \pm 1,57\%$ . С помощью конусно-лучевой компьютерной томографии выявили: перфорацию в области корня зуба и фуркации, вертикальный перелом и наружную резорбцию корня зуба. Панорамная рентгенография не дала возможность выявить проводящие пути между тканями эндодонта и пародонта. Вместе с этим определили основные рентгенологические признаки: нарушение целостности костной ткани в виде очага деструкции в области апикального пародонта и убыль альвеолярной костной ткани.

Распространенность эндопериодонтита на фоне перфорации корня зуба составила  $5,59 \pm 0,59\%$  по данным панорамной рентгенографии, а использование конусно-лучевой компьютерной томографии дало возможность уточнить эти данные до  $6,29 \pm 0,97\%$ .

Распространенность эндопериодонтита, который развился на фоне резорбции корня зуба, составила  $0,37 \pm 0,15\%$  при панорамном рентгенографическом исследовании и  $0,81 \pm 0,27\%$  по данным конусно-лучевой компьютерной томографии.

При симптоматическом эндопериодонтите на фоне вертикального перелома корня зуба использование панорамной рентгенографии не выявило этого патологического состояния. Однако с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии обозначили эндопериодонтит вследствие вертикального перелома корня зуба в  $1,22 \pm 0,33\%$  случаев.

Наряду с основными рентгенологическими признаками конусно-лучевая компьютерная томография позволила определить основные проводящие пути между

тканями эндодонта и периодонта: некачественную трехмерную obturation апикального отверстия корневых каналов ( $31,74 \pm 1,92\%$ ), наличие боковых каналов в области корня и фуркации ( $12,46 \pm 1,05\%$ ).

Таким образом, при диагностике эндопериодонтита лучевые методы исследования оценили состояние межальвеолярной костной ткани и определили уровень вовлечения ее в патологический процесс. Панорамная рентгенография выявила в области зубов с эндопериодонтитом нарушение целостности компактной пластинки, снижение высоты вершечек альвеолярного гребня, остеопороз межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели, а также деструкцию костной ткани во всех топографических зонах периодонта, включая апикальный периодонт. Однако, панорамная рентгенография не дала возможность визуализировать основные проводящие пути взаимосвязи тканей эндодонта и периодонта, что является важным этапом диагностики эндопериодонтита.

**Выводы:** 1. Распространенность эндопериодонтита у пациентов в возрасте 35–44 года составляет  $68,82 \pm 4,52\%$  по данным панорамной рентгенографии и  $73,06 \pm 4,85\%$  при конусно-лучевой компьютерной томографии. Выявлена диагностическая эффективность конусно-лучевой компьютерной томографии по сравнению с панорамной рентгенографией, в связи с возможностью качественного определения проводящих путей между тканями эндодонта и периодонта.

2. Основными рентгенологическими признаками эндопериодонтита являются: нарушение целостности компактной пластинки, снижение высоты вершечек альвеолярного гребня, остеопороз межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели, деструкцию костной ткани во всех областях периодонта, включая апикальный периодонт, а также состояние проводящих путей между тканями эндодонта и периодонта (апикального отверстия, боковых каналов в области корня и фуркации, дентинных трубочек).

#### Литература

1. Дедова, Л.Н. Эндопериодонтит — новое в классификации болезней периодонта / Л.Н. Дедова, Ю.Л. Денисова, Л.А. Денисов // *Стоматолог. Минск.* — 2012. — №3 (6). — С. 16–21.
2. Дедова, Л.Н. Заболевания периодонта: теоретические основы / Л.Н. Дедова // *Здравоохранение.* — 2003. — №5. — С. 41–48.
3. Дедова, Л.Н. Распространенность болезней периодонта, кариеса корня зуба, чувствительности дентина и зубочелюстных деформаций в Республике Беларусь по результатам обследования населения в возрастных группах 35–44, 45–54 и 55–64 года / Л.Н. Дедова, Ю.Л. Денисова, О.В. Кандрукевич, А.С. Соломевич, Н.И. Росеник // *Стоматолог. Минск.* — 2016. — №1. — С. 9–15.
4. Денисова, Ю.Л. Прогноз болезней периодонта у пациентов с зубочелюстными деформациями / Ю.Л. Денисова // *Стоматолог. Минск.* — 2012. — №4. — С. 21–25.
5. Armitage, G.C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions / G.C. Armitage // *Annals of Periodontology.* — 1999. — Vol. 4, №1. — P. 1–6.
6. Simon, J. H. The relationship of endodontic-periodontic lesions / J.H. Simon, D.H. Glick, A.L. Frank // *Journal of Periodontology.* — 1972. — Vol. 43, № 4. — P. 202–208.
7. Singh, P. Endo-perio dilemma: a brief review / P. Singh // *Dental Research Journal.* — 2011. — Vol. 8, № 1. — P. 39–47.