



ковой недостаточности, свойственной любому шоку, в том числе и постгеморрагическому.

Полученные результаты в группе материнских смертей, позволяют экстраполировать выявленные изменения и предполагать их развитие у больных, едва не погибших от массивных кровотечений в связи с прервавшейся трубной беременностью.

Характерные морфометрические изменения гипопиза и надпочечников, выявленные в случаях материнских смертей по причине внематочной беременности (3 группа), представляют собой инициальные стадии полиглангулярных нарушений у едва не погибших больных от массивного кровотечения (2 группа).

Полученные данные указывают на высокую вероятность зависимости между степенью выявленных изменений аденогипопиза, объемом кровопотери и функционированием основных звеньев регуляции репродуктивной системы у пациенток, переживших критические состояния, едва не приведших к летальному исходу.

Прогнозированию и своевременной диагностике синдрома гипопитуитаризма у больных, перенесших массивные кровотечения в результате разрыва маточной трубы, следует уделять особое внимание, так как его своевременная коррекция должна способствовать восстановлению функций организма в целом для последующей реабилитации генеративной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности / Л.В. Адамян, И.С. Чернова, А.В. Козаченко // Проблемы репродукции. - 2008. Спецвыпуск. - С.177-178.
2. Баранов А.Н. Эктопическая беременность: методические рекомендации / А.Н. Баранов, Н.Г. Истомина - СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. - 32 с.
3. Сикорская Н.В. Особенности морфофункционального состояния яичников после операций на маточных трубах // XXII Междунар. Конгресс с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» / Н.В. Сикорская, Д.А. Сафронова, Д.В. Соломатин / М., 2009. - с. 62-63.
4. Семёнова О.К. Состояние репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью / О.К. Семёнова, Л.А.Егорова // Проблемы женского здоровья. - 2008. - Т. 3, № 1. - С. 67-69.
5. Подоляко В.П. Патоморфология шоковых изменений как один из критериев определения давности травмы / Сергеев В.В., Воскобойников Е.В., Кузнецов А.А. // Судебно-медицинская экспертиза. - 2010. - №1. - С. 10 - 13.

ПОСТУПИЛА 29.05.2013

УДК 616.314-007

П.В. Мороз, В.А. Проходная, А.С. Ломова

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОПАРДОНТАЛЬНЫМИ ОЧАГАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ

*Ростовский государственный медицинский университет,
Кафедра стоматологии №1,*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: lanart@inbox.ru

Цель: изучить особенности пародонтита при наличии периапикального очага инфекции и динамику состояния пародонта при комбинированном лечении эндодонта и пародонта.

Материалы и методы: Обследовано 34 пациента с инфекционной патологией пародонта: 16 пациентов с наличием пародонтита и одновременно с признаками хронического верхушечного периодонтита (1 группа) и 18 больных с пародонтитом и отсутствием периапикальной инфекции (2 группа). Проведена индексная оценка состояния тканей пародонта в динамике комбинированного эндодонтического и пародонтологического лечения.

Результаты: В 1 группе после ликвидации очага инфекции в апикальном периодонте индексы гигиены (налета и зубного камня), кровоточивости, гингивальный и пародонтальные индексы снижались с большей выраженностью и в



более короткие сроки по сравнению со 2 группой, что отражало более благоприятную динамику состояния десны, твердых тканей пародонта и гигиены рта при комбинированном эндодонтопародонтологическом лечении.

Заключение: эндодонтическое лечение является необходимой частью комплексного лечения эндодонтопародонтального синдрома. Прекращение патологических процессов в апикальной части периодонта saniрует состояние маргинального периодонта, способствует снижению воспалительных реакций в пародонте с высоким градиентом с регенерации кости альвеолы в короткие сроки.

Ключевые слова: эндодонтопародонтальный синдром, пародонтит, лечение.

P.V. Moroz, V.A. Prohodnaja, A.S. Lomova

DYNAMICS FEATURES PARODONTAL DISEASE IN PATIENTS WITH ENDOPARDONTAL POCKETS OF INFECTION IN THE COMBINED TREATMENT

The Rostov state medical university,

Faculty of dentistry №1

Russia, 344022, Rostov-na-Donu, str.Nahichevan, 29. E-mail: lanart@inbox.ru

Purpose: to examine characteristics of parodontitis with periapical infection and the dynamics of parodontal status in the combined treatment of periodontal and endodontal.

Materials and methods: 34 were patient with infectious pathology of parodontal disease: 16 patients with parodontitis and availability simultaneously with signs of chronic periodontitis top (Group 1) and 18 of the patients with parodontitis and lack of periapical infections (Group 2). An index score of parodontal tissue in dynamics of combined endodontic and parodontic treatment.

Results: In Group 1 after the elimination of infection in the parodontium apical hygiene indexes (plaque and tartar), bleeding, gingival and parodontal indexes declined with greater intensity and in a shorter time compared with 2 group, reflecting a more favourable dynamics of gums, parodontal hygiene and hard tissues of the mouth with the combined endoparodonta treatment I.

Conclusion: endodontic treatment is a necessary part of a comprehensive treatment of endoparodontal syndrome. Termination of pathological processes in the apical periodontal parodontal status of marginal saniruet, helps reduce inflammatory reactions in the parodontium of high gradient with bone regeneration of alveoli in the short term.

Keywords: endoparodontal syndrome, parodontitis, treatment.

Введение

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии. По данным ВОЗ заболеваниями пародонта страдает от 40 до 95% взрослого населения земного шара. Выделяют страны с низким, средним и высоким уровнем распространенности воспалительных заболеваний пародонта. Существует 3 степени распространенности воспалительных заболеваний пародонта: умеренная – до 40% (в 15 странах), высокая – 40–75% (в 13 странах), очень высокая – 80–100% (в 7 странах). Россия относится к странам с высоким распространением воспалительных заболеваний пародонта [1]. Несмотря на большое число работ, посвященных пародонтиту, проблемы диагностики и лечения верхушечного периодонтита у больных с воспалительными заболеваниями пародонта сегодня рассматриваются как трудноразрешимые [2]. Вопрос о прямой и обратной связи между состоянием эндодонта и пародонта остается открытым и спорным.

Морфологическая и функциональная общность эндодонта и пародонта определяет высокую степень вероятности совместного вовлечения их в патологический процесс [3]. Эндодонтопародонтальный синдром проявляется при воспалении в периодонте, анатомически состоящем из двух участков: апикального и маргинального. Маргинальный периодонт является элементом анатомофункционального комплекса пародонта зуба, в свою очередь, апикальный периодонт — часть другого анатомофункционального комплекса — эндодонта [4]. Такая анатомическая и физиологическая близость этих образований и их функциональная дифференцированность обуславливает одновременное поражение пародонта и эндодонта при воспалении, что требует комплексного подхода к лечению.

В публикациях последних лет вопросы клиники, диагностики и лечения сочетанных поражений эндодонта и пародонта освещены недостаточно. Однако важность своевременной диагностики и лечения обострения очага эндодонтопародонтальной инфекции не подвергается сомнению. Наличие эндодонтопародонтального очага хронической



инфекции затрудняет выбор тактики ведения пациента; кроме того, эти поражения представляют собой достаточно агрессивные стоматогенные очаги инфекции, провоцирующие очаговообусловленные соматические заболевания. Хронический воспалительный очаг в околоверхушечных тканях является источником микробной сенсibilизации и может вызвать аутосенсibilизацию организма, что может затруднить лечение пародонтита.

Цель исследования - изучить особенности пародонтита при наличии периапикального очага инфекции и динамику состояния пародонта при комбинированном лечении эндодонта и пародонта.

Материалы и методы

Обследованы 34 пациента с инфекционной патологией пародонта, которые в зависимости от наличия или отсутствия периапикальной инфекции были разделены на 2 группы: 1 группа (16 пациентов) - с наличием пародонтита и одновременно с признаками хронического верхушечного периодонтита; 2 группа (18 больных) - с пародонтитом и отсутствием периапикальной инфекции.

Возраст больных в 1 группе колебался от 19 до 53 лет, в среднем составив $45,3 \pm 1,9$ лет. Во 2 группе возраст пациентов варьировал в диапазоне от 18 до 57 лет, в среднем соответствовал $46,2 \pm 1,7$ лет. В 1 группе количество женщин было 6 (37,5%), мужчин - 10 (62,5%). Во 2 группе число женщин составило 10 (55,6%), мужчин - 8 (44,4%).

У всех больных 1 группы наблюдался хронический апикальный периодонтит: у 5 - фиброзный (31,3%), 7 - гранулематозный и 4 больных (31,3%) - гранулирующий. Таким образом, деструктивные формы периодонтита преобладали над фиброзным (68,7% против 31,3%). У всех больных 1 и 2 групп отмечали хронический генерализованный пародонтит разной степени тяжести: в 1 группе - 12 (75%) средней тяжести и 4 (25%) тяжелый пародонтит, во 2 группе - 11 (61%) средней тяжести и 7 (39%) больных пародонтит тяжелой степени. Таким образом, в двух группах преобладала средняя степень тяжести воспалительных заболеваний пародонта.

У больных 1 группы на первом этапе проводили эндодонтическое лечение. При этом по общепринятому стандарту сначала препарировали каналы, затем обрабатывали их антисептиками и пломбировали. При гранулематозном воспалении использовали временное пломбирование пастами с гидроокисью кальция от 2 нед. до 2 мес. перед постоянным пломбированием. При гранулирующем периодонтите каналы изначально заполняли йодоформенной пастой для устранения явлений подострого воспаления, затем проводили временное пломбирование пастами с гидроокисью кальция и только затем осуществляли постоянное пломбирование. Далее подключали пародонтологическое лечение: снятие зубных отложений, санация пародонтальных карманов, медикаментозная терапия, шинирование, оптимизация окклюзионных взаимоотношений, хирургическое лечение (у 11 больных). Во 2 группе лечение пародонтита заключалось в следующем: после шинирования зубов гибкой керамикой проводилось избирательное шлифование. Следующим этапом было хирургическое лечение - открытый кюретаж, в ходе которого очищенные карманы заполнялись гидроокисью кальция.

Для оценки состояния пародонта использовали индекс

зубного налета Silness-Loe, индекс зубного камня Ennever с соавт., комбинированный гигиенический индекс Stallard, индекс кровоточивости десны по Muhlemann- Cowel, индекс рецессии десны StahlMorris, комбинированные пародонтальные индексы Russel и Ramfjord. В рамках рентгенологического этапа исследования был проведен анализ ортопантомограмм с целью оценки степени тяжести деструктивного процесса в пародонте и верхушечном периодонте.

Состояние пародонта изучали через 1 мес. и 6 мес. от начала лечения.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 7.0 (StatSoftInc., США). В работе исследованные величины были представлены в виде выборочного среднего значения и стандартной ошибки средней величины. Достоверность различий средних величин независимых выборок оценивали с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни ввиду отличия распределения показателей от нормального. Проверку на нормальность распределения оценивали с помощью критерия Колмогорова-Смирнова.

Результаты

У больных 1 группы преобладающими жалобами были: локальная зубная боль, усиливающаяся при действии температурных раздражителей или приеме пищи, чистке зубов, накусывании пищи (100%, $n=16$), повышенная кровоточивость десны (93,8%, $n=15$), наличие обильных над- и поддесневых наложений (93,8%, $n=15$), неприятный запах из полости рта (87,5%, $n=14$), зуд, жжение и болевые ощущения в деснах (87,5%, $n=14$), изменение цвета десны (100%, $n=16$), подвижность и смещение зубов (81,3%, $n=13$), гноетечение из свищевых ходов в проекции периапикальной области, пародонтальных карманов (50%, $n=8$). У больных 2 группы структура жалоб была схожей: выраженная кровоточивость десен (100%, $n=18$), образование над- и поддесневого зубного камня (88,9%, $n=16$), галитоз (94,4%, $n=17$), покраснение десен (100%, $n=18$), подвижность зубов (83,3%, $n=15$), гноетечение из свищевых ходов и пародонтальных карманов (33,3%, $n=6$). У больных 1 группы выраженность болевого синдрома была выше.

При осмотре ротовой полости у пациентов обеих групп отмечался мягкий и твердый зубной налет. Поддесневой зубной камень визуализировался на передней и боковой группах зубов, а мягкий зубной налет - на жевательной и пришеечной областях боковой группы зубов. Неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта было обусловлено не столько нерациональной гигиеной полости рта, сколько повышенной десквамацией эпителия десны, экссудативными явлениями и пролабированием грануляций из пародонтальных карманов. При пальпации десен отмечалась болезненность, гнойное отделяемое из пародонтальных карманов.

Глубина пародонтальных карманов в двух группах колебалась от 3 до 8 мм и в среднем составила: в 1 группе - $4,69 \pm 0,27$ мм, а во 2 группе - $5,62 \pm 0,34$ мм.

Исходная индексная характеристика состояния пародонта у больных 1 и 2 групп отражена в табл.1.



Таблица 1

Исходное состояние тканей пародонта в клинических группах

Показатель	1 группа	2 группа	p
Индекс зубного налета	2,4±0,2	2,6±0,3	0,89
Индекс зубного камня	2,7±0,1	2,9±0,4	0,92
Комбинированный гигиенический индекс	2,6±0,2	2,5±0,1	0,91
Индекс кровоточивости десны	2,7±0,3	2,9±0,2	0,82
Индекс рецессии десны, %	68,9±2,8	74,3±2,2	0,16
Пародонтальный индекс Russel	5,4±0,4	6,3±0,5	0,08
Пародонтальный индекс Ramfjord	5,0±0,2	5,7±0,4	0,09

Исходно величины пародонтальных индексов в двух группах достоверно не отличались между собой и свидетельствовали о выраженных проявлениях воспалительных изменений в пародонте. Рентгенологическое исследование челюстей позволяло определить резорбцию костной ткани межзубных перегородок более чем на 2/3 длины корня до полного исчезновения.

Отмечалась деформация изображения корней зубов на рентгенограмме за счет минерализованных назубных отложений. Какие-либо изменения в глубоких отделах альвеолярных отростков и тел челюстей не выявлялись.

Динамика пародонтальных индексов в 1 и 2 группах после комбинированного лечения представлена в табл.2-3.

Таблица 2

Динамика пародонтальных индексов в 1 группе после комбинированного лечения

Показатель	Исходно	Через 1 мес.	Через 6 мес.
Индекс зубного налета	2,4±0,2	1,25±0,13*	0,67±0,07*
Индекс зубного камня	2,7±0,1	1,41±0,09*	0,93±0,09*
Комбинированный гигиенический индекс	2,6±0,2	1,52±0,24*	0,89±0,12*
Индекс кровоточивости десны	2,7±0,3	2,1±0,17*	0,84±0,08*
Индекс рецессии десны, %	68,9±2,8	45,3±1,9*	25,1±1,3*
Пародонтальный индекс Russel	5,4±0,4	2,8±0,32*	1,9±0,14*
Пародонтальный индекс Ramfjord	5,0±0,2	2,4±0,29*	1,7±0,17*

Примечание: * достоверное отличие по сравнению с исходными данными при p<0,05

Таблица 3

Динамика пародонтальных индексов во 2 группе

Показатель	Исходно	Через 1 мес.	Через 6 мес.
Индекс зубного налета	2,6±0,3	1,89±0,13*	1,26±0,11*
Индекс зубного камня	2,9±0,4	1,93±0,19*	1,67±0,17*
Комбинированный гигиенический индекс	2,5±0,1	1,90±0,11*	1,52±0,15*
Индекс кровоточивости десны	2,9±0,2	2,5±0,18	1,48±0,08*
Индекс рецессии десны, %	74,3±2,2	55,8±2,57*	38,5±3,08*
Пародонтальный индекс Russel	6,3±0,5	4,6±0,48*	2,8±0,208
Пародонтальный индекс Ramfjord	5,7±0,4	3,5±0,31*	2,6±0,25*

Примечание: * достоверное отличие по сравнению с исходными данными при p<0,05



У пациентов 1 и 2 групп индексы гигиены, кровоточивости и пародонтальные индексы отражали благоприятную динамику состояния десны, твердых тканей пародонта и гигиены полости рта. Однако у больных 1 группы после эндодонтического лечения выраженность воспалительных изменений пародонта снижалась с более высоким градиентом по сравнению с лечением пациентов с пародонтитом без патологии эндодонта. В 1 группе больных достигалось достаточно быстрое (14 дней) начало регенерации кости альвеолы. Во 2 группе купирование воспалительного процесса происходило в среднем за 24- 28 дней.

На ортопантомограммах костей челюстей в динамике у пациентов обеих групп было отмечено уменьшение костных и фуражационных дефектов разной степени, уплотнение костной структуры, восстановление межальвеолярных перегородок. Через 6 мес. на ортопантомограммах в обеих группах обнаруживалась нормализация костного рисунка при сохранении на отдельных участках очагов остеосклероза: контур альвеолярной кости становился четким, межальвеолярные перегородки приобретали дугообразную форму, костные карманы уменьшались.

Таким образом, эндодонтическое лечение является необходимой частью комплексного лечения эндодонтического синдрома, способствует более быстрому купированию воспалительных процессов в пародонте. Быстрое разрешение пародонтальных воспалительных изменений после первичного лечения верхушечного периодонтита является отличительной чертой эндодонтического синдрома.

Обсуждение

Большая распространённость и постоянный рост среди населения заболеваний пародонта, его осложнений и сочетаний с заболеваниями пульпы зуба, роль данной патологии в потере зубов, трудности лечения сочетанной эндодонтической и пародонтической патологии вызывают постоянный интерес к этой проблеме.

В стоматологии установленным фактом является структурное единство пульпы зуба и пародонта [5]. Пульпа и периодонт как составляющая пародонта связаны между собой анатомически через апикальное отверстие, латеральные каналы и дентинные каналы, а также функционально посредством сосудистых анастомозов

[3]. Больше всего сосудистых петель на верхушке корня, однако, они наблюдаются и в верхней его трети, в том числе и у разветвления корней [6]. Структурно-функциональное единство эндодонта и периодонта лежит в основе понятия «эндодонтического синдрома», одним из проявлений которого является начало воспаления в тканях пародонта, а затем переход его на ткани зуба, включая корневые каналы и пульпу [7]. Находясь у истоков формирования и активного использования термина «эндодонтический синдром», на настоящем этапе мы считаем возможным использованием также термина «эндодонтический континуум». «Континуум» (continuum, лат.) связан с понятиями времени и пространства, сменности событий, их взаимообусловленности и дословно обозначает непрерывную совокупность событий. Вследствие этого, термин «эндодонтический континуум» в большей мере, чем эндодонтический синдром, подчеркивает взаимообусловленность и двусторонний характер непрерывной связи между воспалением эндодонта и пародонта.

В тех случаях, когда эндодонтическое лечение сочеталось с пародонтологическим, процессы регенерации в пародонте развивались вдвое быстрее и достигалась устойчивая ремиссия воспаления пародонта. Это обстоятельство косвенно указывает на решающую роль воспаления эндодонта в этиопатогенезе пародонтита при эндодонтическом синдроме. Независимо от того, где первично локализовалось воспаление – в пародонте или эндодонте, прекращение патологических процессов в апикальной части периодонта saniрует состояние маргинального периодонта и способствует более быстрому купированию заболевания.

Выводы

При сочетанном поражении эндодонта и пародонта эндодонтическое лечение на начальном этапе позволяет обеспечить благоприятную динамику последующего лечения пародонтита с купированием воспалительного процесса в пародонте в короткие сроки.

Прекращение патологических процессов в апикальной части периодонта способствует более эффективному лечению пародонтита по сравнению с лечебными мероприятиями при пародонтите без патологии периодонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009. - 336 с.
2. Иорданишвили А.К. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 344 с.
3. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.
4. Галеева З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта //Эндодонтия today. – 2012. - № 2. – С. 3–7.
5. Галеева З.Р. Мухамеджанова Л.Р., Грубер Н.М. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндодонтическими очагами инфекции // Практическая медицина. – 2012. - № 8(64). – Том 2. – С. 31 – 34.
6. Мухамеджанова Л.Р. Оценка распространенности и структурно-функциональных поражений: значение в клинической практике // Клиническая стоматология. -2011.-№ 2.-С.99-101.
7. Мороз П.В., Гаджиев Н.М., Кононенко С.Л. Эндодонтическое лечение в комплексной терапии пародонтита. –URL: <http://www.city-dent.ru>. (Дата обращения: 25.05.2013)

ПОСТУПИЛА 01.06.2013