



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

**«Тактика врача-стоматолога при сочетанных эндо-пародонтальных
поражениях»**

Подготовила:

студентка стоматологического ф-та в/о

6 курса 2 группы

Егоркина М.А.

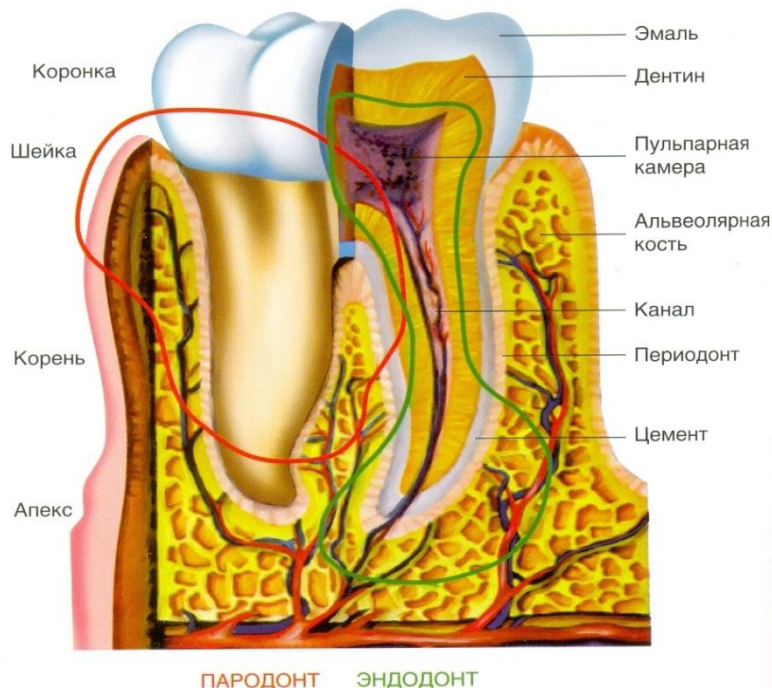
Научный руководитель:

Лавренюк Е.А.

Рязань 2018 г.

Введение

Анатомическая и физиологическая общность эндодонта и пародонта обуславливает взаимную детерминированность патологических процессов, протекающих в полости зуба, периодонте и пародонте в целом. Это позволяет говорить о сочетанной эндо-пародонтальной патологии.



Термин «Эндодонт»- комплекс тканей, вовлекаемых в местный патологический процесс при заболеваниях пульпы и периапикальных тканей.

Ввел в 1949 г. G.Jenkelson и включает в себя следующие составляющие:

- пульпарное пространство (коронковая пульпа и пульпа системы корневого канала) зуба;
- пульпо-дентинный комплекс;
- межзубной промежуток;
- пульпо-периапикальный комплекс (апикальный периодонт с цементом, кортикальная пластинка и губчатая кость в апикальной части).

Пародонт- комплекс морфо-функционально и филогенетически взаимосвязанных тканей, окружающих зуб и включает следующие составляющие:

- цемент;
- периодонт (апикальный и маргинальный);
- десну;
- кость альвеолы.

Эндо-пародонтальный синдром проявляется при воспалении в периодонте, состоящем из двух участков:

-апикального;

-маргинального.

При этом маргинальный периодонт служит элементом анатомо-функционального комплекса пародонта зуба, в свою очередь, апикальный периодонт – часть другого анатомофункционального комплекса (эндодонта). Такое анатомофизиологическое единство этих образований обуславливает одновременное поражение пародонта и эндодонта при воспалении периодонта. Проникновение инфекционных агентов (микроорганизмов и токсинов) по сосудистой системе и тубулярным путём из пародонта в эндодонт и обратно превращает заболевание этих образований в сложный патоморфофункциональный синдромокомплекс. (Мороз П.В., Гаджиев Н.М., Кононенко С.Л., 2010).

Классификация пульпо-пародонтальных патологических состояний была предложена Guldener и Langeland в 1982 г. В 2001 г. классификация была пересмотрена Eickholz:

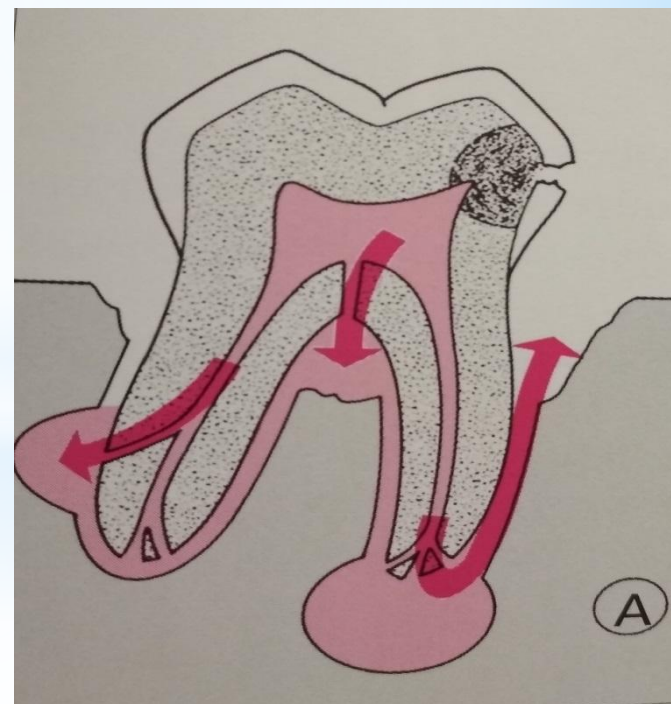
I класс – первичная патология пульпы.

II класс – первичная патология тканей пародонта.

III класс – сочетанное поражение пульпы и пародонта («эндо-паро»).

А. I класс – первичное поражение пульпы.

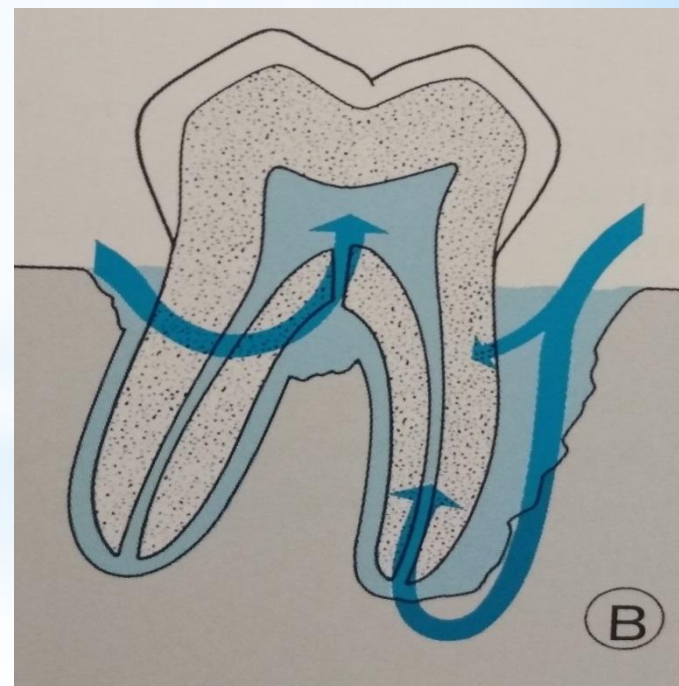
Инфекция проникает в ткани пародонта через верхушечное отверстие и область фуркации. Вблизи десневого края есть узкий свищевой ход, который очень трудно обнаружить при зондировании.



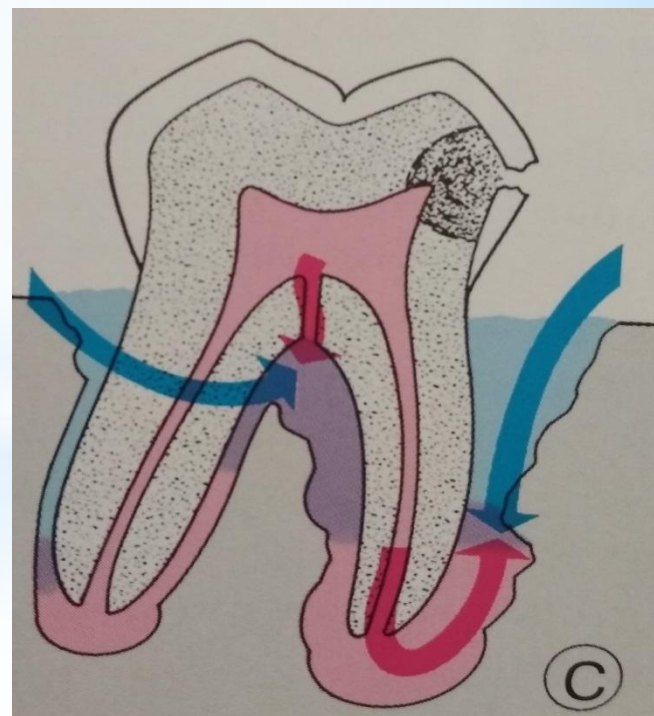
В. II класс – первичное поражение пародонта.

Через вершечные отверстия, латеральные каналы, область фуркации инфекция попадает в пульпу из пародонтального кармана.

Клиническая картина: широкий пародонтальный карман.



С. III класс – сочетанное поражение пульпы и тканей пародонта.



**Клинические случаи
пульпо-пародонтальных
патологических состояний.**

I класс – первичное поражение пульпы.

Коронка зуба 3.6 ранее восстановлена обширной пломбой. Острые воспалительные явления связаны в первую очередь с эндодонтической патологией. Пульпа некротизирована. Воспалительный процесс из области верхушки переднего корня распространился в направлении коронки. Незначительная утрата пародонтального прикрепления. Таким образом, верхушечный дефект сообщается с пародонтальным карманом, областью фуркации.

Возможны следующие варианты лечения:

1. Удаление зуба с последующим протезированием или установкой имплантата.
2. Эндодонтическое лечение, гемисекция зуба, удаление переднего корня. (рис. 1)

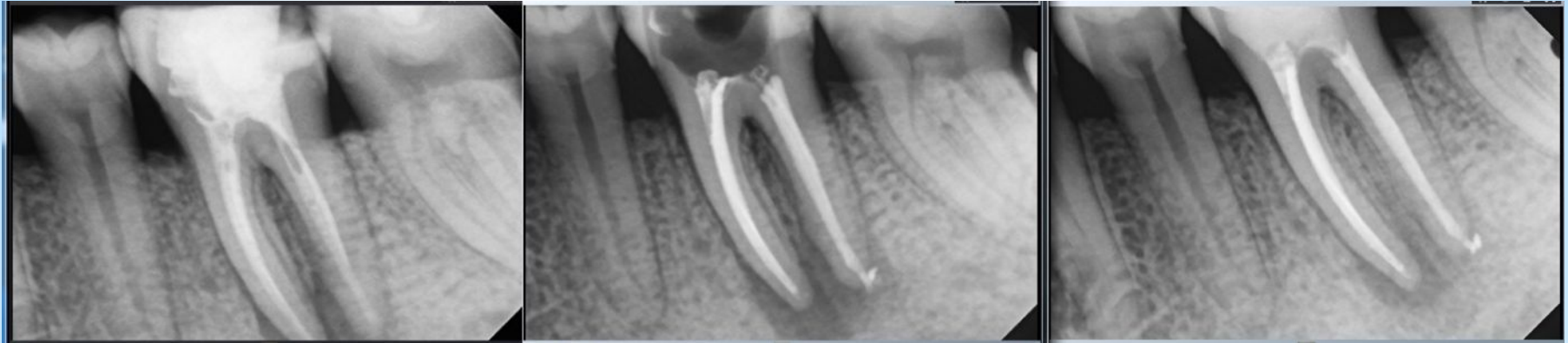


Рис. 1. I класс – первичное поражение пульпы.

1. Проведено эндодонтическое лечение, в корневые каналы дезинфектант на основе гидроокиси кальция на 2 недели.
2. Постоянная obtурация корневых каналов.
3. После лечения, через 3 месяца наблюдалось восстановление костной ткани, уменьшение очага деструкции в периапикальных тканях.

II класс – первичное поражение пародонта.

Пульпо-пародонтальные поражения II класса возникают, когда глубокие пародонтальные карманы доходят до латеральных канальцев или даже до верхушечного отверстия корня. Развивается ретроградное воспаление пульпы или даже её некроз. В большинстве случаев зуб приходится удалять, если он не имеет особой функциональной ценности в общем плане лечения. На рисунке 2 приводится клинический случай попытки сохранения зубов 1.1 и 2.2. Удаление этих зубов вызвало бы необходимость изготовления сложной и дорогостоящей ортопедической конструкции.



Рис. 2. II класс – первичное поражение тканей пародонта.

1. *Первичное состояние:* в области зубов 1.1 и 2.2 глубокий (11 мм) пародонтальный карман. Развился ретроградный пульпит.
2. Проведено эндодонтическое лечение, в корневые каналы дезинфектант на основе гидроокиси кальция на 2 недели.
3. Проведена пародонтальная операция - направленная тканевая регенерация.
4. Постоянная obturация корневых каналов.
5. Изготовлена шина для фиксации подвижных зубов.
6. После лечения, через 4 месяца после лечения обнаружено формирование костной ткани.

III класс – сочетанное поражение пульпы и тканей пародонта.

Истинно сочетанное пульпо-пародонтальное состояние может возникнуть в том случае, если патология корневых каналов и тканей пародонта развивается независимо.

При клиническом обследовании обнаруживается широкий дефект, соединяющий десневой край и верхушку корня.

Как и при поражениях II класса, сохранение зуба ставится под сомнение. Можно предпринять попытку сохранения, если после удаления зуба потребуются дорогостоящая или сложная реконструкция (мостовидный протез, консольная конструкция, установка имплантата) либо если зуб должен использоваться в качестве опоры для несъёмного или съёмного протеза.

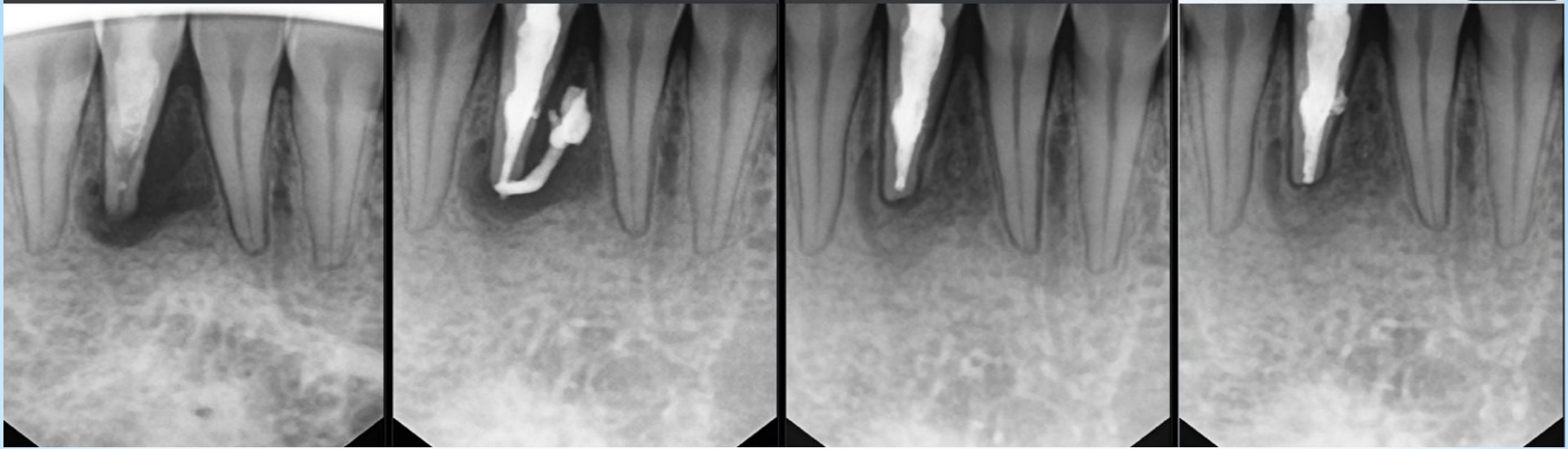


Рис. 3. Поражение III класса - сочетанное поражение пульпы и тканей пародонта.

Пациентке 55 лет. Зуб 4.2, пульпа некротизирована, пародонтальный карман глубиной 12 мм. Внутренняя резорбция корня, горизонтальная резорбция кости.

Попытка сохранения зуба основана на комбинированном, эндодонтическом и пародонтологическом лечении.

Прогноз обычно сомнительный, однако, удалось добиться хороших отдалённых результатов.

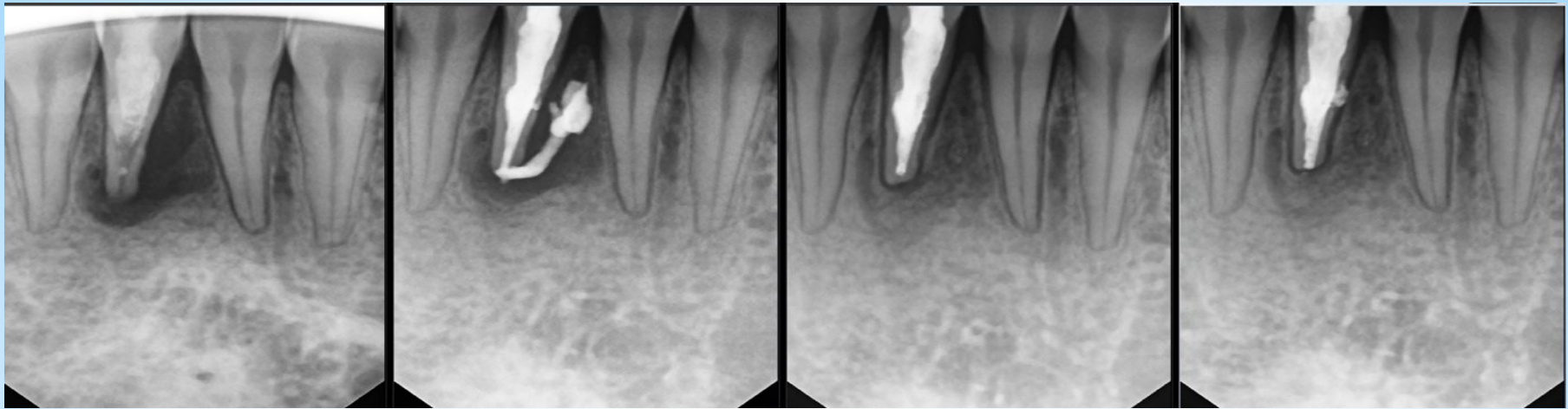


Рис. 4. Последовательность этапов лечения.

1. Механическая и медикаментозная обработка корневого канала
2. В корневые каналы дезинфектант на основе гидроокиси кальция metapaste.
3. Провели кюретаж *только коронковой* части пародонтального кармана.
4. Постоянная obtурация корневого канала СИЦ через 1 месяц.
5. Изготовлена шина для фиксации подвижных зубов.
6. Контрольный снимок через 6 месяцев: глубина зондирования уменьшилась, внутренняя резорбция корня уменьшилась. Пациентка поддерживает хорошую гигиену полости рта.

Таким образом, пародонтология и эндодонтия тесно связаны между собой. Ткани пародонта и корневая пульпа взаимодействуют через верхушечное отверстие корня и боковые канальцы, которых особенно много в области фуркации, поэтому при патологии пульпы могут поражаться и ткани пародонта, иногда, наоборот, тяжёлый пародонтит или выраженная рецессия десны вызывают воспаление или некроз пульпы.

Спасибо за внимание!