

Взаимосвязь между заболеваниями пародонта и эндодонтической патологией

Мусаев Рамазан

Заболевания тканей пародонта очень часто являются следствием или непосредственного распространения инфекции из корневого канала или прогрессированием воспаления десны в направлении верхушки корня и обычно поражают цемент, периодонтальную связку и альвеолярную кость. Заболевания пульпы может распространяться через апикальное отверстие и вовлекать периодонтальную связку. Воспалительный процесс приводит к замещению периодонтальной связки грануляционной тканью, обычно с сопутствующей резорбцией альвеолярной кости, цемента или дентина.

На современном уровне развития эндодонтии уже ни для кого ни секрет, 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 невовлеченной. Воспаление в области верхушки и местах выхода латеральных каналов может также распространяться вдоль латеральных поверхностей корня к верхушке альвеолярного отростка и в конечном счете поражать область разделения корней, связочный аппарат или все вместе.

Некротизированная ткань пульпы может вызывать и поддерживать воспаление в тканях периодонта не только через латеральные каналы, но и через дентинные канальцы. Таким образом, заболевание пульпы может оказывать прямое воспалительное влияние на ткани пародонта путем его непосредственного распространения через апикальное отверстие, латеральные каналы и дентинные канальцы.

Ятрогенное поражение тканей периодонта может развиваться в результате перфорации корня при чрезмерной инструментальной обработке канала или латеральной перфорации во время установки штифта



Причем перфорация может быть не видна на рентгеновском снимке, так как мы знаем, что снимок является двухмерным отображением трехмерного объекта.



В данном случае
диагноз подтвердился
наблюдением в
течение 6 месяцев.
Очаг разряжения
костной ткани
заметно увеличился ,
несмотря на то, что
зуб в данной ситуации
был бессимптомный.



Если первичное поражение не лечить, оно может вызвать вторичное вовлечение пародонта. Например, формирование зубного налета, начавшееся в области устья свищевого хода, может вызвать образование зубного камня и гингивита, ведущих к развитию пародонтита. Это усложняет не только диагностику, но и затрудняет прогноз и лечение.

В свою очередь заболевания пародонта могут оказывать влияние на пульпу и апикальный периодонт. Воспаление пародонта может оказывать прямое влияние на пульпу через латеральные каналы и дентинные канальцы.

Пародонтологическое лечение само по себе может привести к вторичному вовлечению пульпы. Удаление зубного камня, кюретаж и образование лоскута могут способствовать открытию латеральных каналов или дентинных канальцев, приводя к заболеванию пульпы. Прогрессирующее заболевание пародонта может привести к некрозу пульпы.

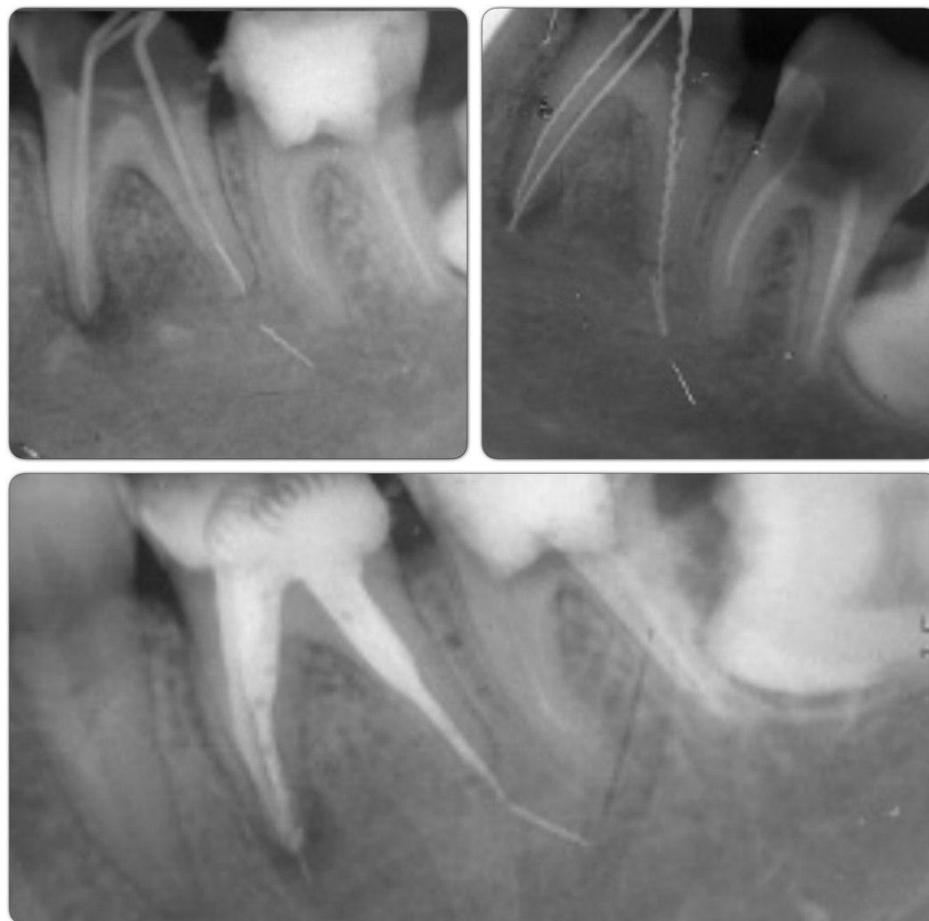
Первым следствием влияния пародонтита на пульпу может быть ее дегенерация. При некоторой резорбции дентина выявлено формирование иррегулярного или репаративного дентина. Было показано, что при нарушении кровоснабжения пульпы усиливаются дистрофическая кальцификация, фиброз, резорбция коллагена и воспаление. Исследования показали, что влияние патологии пародонта на пульпу проявляется позже и реже, чем влияние пульпы на пародонт.

Наиболее частыми осложнениями при эндодонтическом лечении являются неадекватно обработанные или некачественно obturированные каналы, а так же перфорации корня. Так же не редкость пропущенные каналы при эндодонтическом лечении. В этих каналах остается некротизированная пульпа, которая в свою очередь приводит к заболеваниям периодонта.

Пациент обратился с сочетанной эндодонтично – пародонтальной патологией в области 36 и 37 зубов. На рентгеновском снимке наблюдалась резорбция костной ткани в области данных зубов, так же в корневых каналах остались сломанные инструменты, причем в дистальном корне 36 зуба один из отломков инструмента был далеко за апикальным отверстием



После комбинированного эндодонтического – пародонтального лечения врач позволил себе отказаться от запланированной ранее резекции верхушки корней 36 зуба, несмотря на то, что отломки инструмента оставались за апексом.



В отдаленные сроки наблюдения зубы были абсолютно бессимптомны и рентгенологически наблюдалось восстановление костной ткани.





Многие сочетанные эндодонтические и пародонтологические поражения выявляются до того, как они полностью сформируются, и поэтому они легче поддаются лечению как эндодонтически, так и в пародонтологическом отношении. Клинически первичные эндодонтические поражения обычно излечиваются полностью.

При поражениях с эндодонтическим компонентом, добиться успеха можно в области очагов деструкции, имеющих эндодонтическое происхождение. Поэтому обычно можно ожидать, что костная деструкция эндодонтического происхождения будет излечена.



Анализируя результаты исследований можно утверждать, что при лечении сочетанных эндо - пародонтологических поражений, чем сильнее поражен пародонт, тем хуже прогноз. И наоборот, чем в большей мере поражение вызвано патологией пульпы, тем прогноз благоприятнее. В данном случае лечение определяется потенциалом заживления.

На основании проведённого исследования можно рекомендовать следующее: при комбинированных эндодонтично - пародонтологических поражениях необходимо как эндодонтическое, так и пародонтологическое лечение. Причем эндодонтическое лечение необходимо проводить в первую очередь. Если эндодонтическое лечение адекватно, то прогноз зависит от тяжести поражения пародонта и эффективности пародонтологического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Маланьин И.В. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. Монография. Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2004, - 144с.

Маланьин И.В. Клиника, диагностика и лечение эндодонтических и пародонтологических патологий. Монография. Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2005, - 436с.

Маланьин И.В., Павлович О.А. Руководство по фармакологии в эндодонтии. Руководство. Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2006, - 112с.

Маланьин И.В. Клиническая периодонтология. Учебник. Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2006, - 454с.

Маланьин И.В. Материаловедение в эндодонтии. Учебник. Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2008, - 144с.