

# Клинический случай эндо-пародонтального поражения верхнего первого моляра в детской стоматологии

Г.Р. РУВИНСКАЯ\*, к.м.н., доцент  
Е.В. КУЗЬМЕНКО\*\*, врач-стоматолог  
З.И. ЯРУЛИНА\*\*\*, к.м.н.

\*Кафедра терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии  
Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ

\*\*Стоматологическая клиника «Дента центр», г. Казань

\*\*\*Лаборатория стоматологической рентгенодиагностики ООО «Орбиталь 3D» г. Казань

## Clinical case of endo-periodontal defeat of the first maxillary molar in pediatric dentistry

G.R. RUVINSKAYA, E.V. KUZMENKO, Z.I. YARULINA

### Резюме

*В практике врача-стоматолога встречаются клинические ситуации, когда воспалительные процессы в различной степени определяются как в пародонте, так и в пульпе зуба. Описан клинический случай эндо-пародонтального поражения у ребенка 10 лет в области верхнего первого моляра, который представляет непростую задачу как в плане диагностики, так и в плане лечения. Отмечена диагностическая ценность КЛКТ.*

**Ключевые слова:** эндо-пародонтальное поражение, детская стоматология, конусно-лучевая компьютерная томография.

### Abstract

*In the practice of a dentist, a clinical situation occurs where the inflammatory processes are to varying degrees determined both in the periodontium and in the pulp of the tooth. A clinical case of endo-periodontal lesion in a 10-year-old child in the area of the upper first molar is described, which presents a difficult task, both in terms of diagnosis and treatment. The diagnostic value of CBCT was noted.*

**Key words:** endo-periodontal lesion, pediatric dentistry, cone-ray computed tomography.

Одной из наиболее трудных проблем для практического врача является интерпретация случаев, не так редко встречающихся в практике, взаимоотношения эндодонтической патологии с заболеваниями пародонта. Связь между этими заболеваниями была впервые описана Simring, Goldberg (1964) [9]. С этого времени термин «эндо-пародонтальные поражения» стал широко использоваться в литературе при описании клинической ситуации, когда воспалительные процессы в различной степени определяются как в пародонте, так и в пульпе зуба [4]. Взаимосвязь пульпы и периодонта определяется эмбриологическим, анатомическим и функциональным единством. Поскольку между пульпой и пародонтом имеются пути сообщения, во многих случаях патологические процессы могут сообщаться между собой, приводя к возникновению эндо-пародонтальных или пародонтально-эндо-донтических поражений. Эти поражения могут иметь различный патогенез и особенности клинического течения [8]. Знания об этих заболеваниях, их диагностика являются необходимым для обеспечения соответствующей тактики лечения.

Воспаление пульпы, а также ее некроз вызываются кариесом зубов, оперативными вмешательствами, травмами, действием химических и сильных тер-

мических раздражителей. При воспалении в пульпе возникает отек и, как результат, увеличение интрапульпарного давления, гибель клеток, локальный коллапс сосудов с последующей тканевой гипоксией. Вследствие увеличения внутрипульпарного давления токсические вещества могут проходить через существующие открытые каналы, такие как апикальное отверстие, латеральные и дополнительные каналы и дентинные трубочки, результатом чего может быть ретроградный пародонтит [6]. Эндо-пародонтальные поражения наиболее часто возникают вокруг апикального отверстия, реже — вокруг дополнительных и латеральных каналов, и практически не встречаются вокруг неповрежденных дентинных трубочек. Формирующийся абсцесс распространяется по периодонту на всю длину корня зуба. Абсцесс может дренироваться через свищевой ход или через периодонтальную связку, сопровождаясь повреждением волокон периодонта и окружающей костной ткани [2].

Однако в последнее время врачи все чаще встречаются с такой патологией в детской стоматологической практике. Известно, что существуют две формы пубертатного пародонтита — локализованная и генерализованная. Локализованный пубертатный пародонтит наблюдается у практически здоровых детей и под-

ростков без системных заболеваний. Он характеризуется скорой и тяжелой деструкцией альвеолярной кости в области первого постоянного моляра, иногда и резцов. Клинически наблюдаются легкое воспаление (оно может отсутствовать), небольшое количество зубного налета. Деструкция костной ткани прогрессирует в три-четыре раза быстрее, чем при пародонтите у взрослых [9]. В настоящее время это заболевание связывают с пародонтопатогенными микроорганизмами типа *Actinobaculus actinomycetem comintans*. Попадают они в ткани пародонта вскоре после прорезывания зубов. Процесс протекает при минимальной воспалительной реакции. Быстрое распространение процесса обусловлено тем, что специфическая микрофлора не только заселяет бороздку и в дальнейшем пародонтальные карманы, но и проникает вглубь тканей пародонта, в том числе и костную ткань, где достаточно стойко хранится. С другой стороны, этот микроорганизм имеет способность подавлять хемотаксис лейкоцитов, и антитела в таких случаях не успевают образовываться. Пародонт позже прорезывающихся постоянных зубов редко повреждается, так как к этому моменту успевают образоваться и проявить свое защитное действие специфические антитела [1]. Раньше это заболевание описывалось как локальный десмонтоз, локальный моноальвеолиз по Орбану.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обобщить важные теоретические сведения о причинах развития, прогнозе и принятии решений при эндо-пародонтальных поражениях у детей и на примере клинического случая продемонстрировать алгоритм ведения данной категории больных.

### Клинический случай

Пациентка Р., 10 лет, обратилась с жалобами к врачу-стоматологу на наличие свища на слизистой оболочке в области первого верхнего постоянного моляра справа. Болей в области рядом стоящих зубов никогда не было. Пациентка не испытывала никакого дискомфорта при жевании. Внешний осмотр: лицо симметричное, кожные покровы челюстно-лицевой области без патологических изменений; подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены (до 1 см), подвижные, не спаяны с подлежащими тканями, слегка болезненны. Перенесенные заболевания: один год назад ребенок получил травму брюшной полости с поражением внутренних органов (катался на роликах). В настоящее время перенес серию полостных операций по поводу устранения последствий травмы, состоит на учете в Детской Республиканской клинической больнице МЗ РТ.

St.localis: 1.6 зуб — на жевательной поверхности имеется пломба из СИЦ. Холодовой тест — отрицательный. Перкуссия зуба безболезненна. Слизистая оболочка в области 1.6, 5.5 — умеренно отечна, гиперемирована. 5.5 зуб (молочный) — подвижность 1 степени, находится на стадии возрастной смены. На слизистой оболочке твердого неба дистально за 5.5 зубом имеется Sinus-tract, зондируется пародонтальный карман не более 4 мм.

Рентгенологическое обследование показало (рис. 1): 1.6 зуб — на жевательной поверхности имеется пломба, не сообщающаяся с полостью зуба, зуб ранее эндодонтически не лечен, периапикальные области — без изменений. Зачаток 1.7 зуба — в состоянии прорезывания, его коронковая часть расположена под углом к 1.6 зубу и упирается в него.



Рис. 1. Внутриротовая рентгенограмма 1.6 зуба, реор.

После консультации с врачом-ортодонтом принято решение об удалении зуба 5.5, так как прорезывается 1.5 зуб, и тем самым можно будет ослабить давление 1.7 зуба на 1.6. Через неделю после экстракции 5.5 зуба Sinus-tract закрылся.

Спустя месяц прорезался зуб 1.5 и появились Sinus-tracts на слизистой оболочке десны с вестибулярной поверхности в области шейки 1.6 зуба, а также с небной поверхности 1.6 зуба (рис. 2). Рентгенологическое обследование с гуттаперчевыми штифтами (трейсинг) показало (рис. 3), что оба штифта сходятся в область щечных корней. Пациентка была направлена на КЛКТ [3].



Рис. 2. Процедура «трейсинга» свищевых ходов на слизистой оболочке десны с вестибулярной и небной поверхностями 1.6 зуба

На томограммах и реконструктивных снимках было установлено, что под пломбой 1.6 зуба отмечается участок дентолиза с сообщением с мезиальным рогом

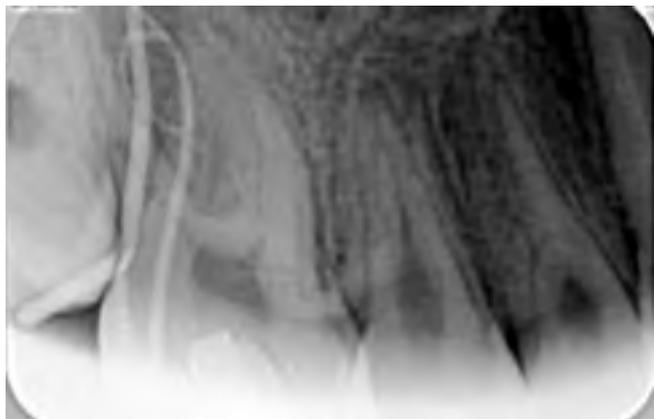


Рис. 3. Внутриротовая рентгенограмма 1.6 зуба с гуттаперчевыми штифтами (трейсинг)

пульпы. В периапикальной области щечных корней 1.6 зуба определяется обширный очаг деструкции костной ткани эллипсоидной формы, с четким, ровным контуром, протяженностью 7,8 x 7,4 x 8,3 мм, который ремоделирует кортикальную пластинку дна правой в/ч-пазухи, не нарушая ее целостности. Деструкция распространяется на межкорневую перегородку щечных корней, разрушая ее на всем протяжении. Очаг сообщается с полостью рта через свищевой ход у щечного альвеолярного края на уровне фуркации корней (рис. 4).



Рис. 4. КЛКТ. В периапикальной области щечных корней 1.6 зуба определяется обширный очаг деструкции костной ткани. Очаг сообщается с полостью рта через свищевой ход у щечного альвеолярного края на уровне фуркации корней

В области верхушки небного корня визуализируется четкий очаг деструкции с ровным округлым контуром размерами 5,2 x 6,2 мм. Процесс деструкции распространяется от апикального очага вдоль дистальной стенки небного корня на всем его протяжении с форми-

рованием патологического костного кармана шириной 2 мм (рис. 5).



Рис. 5. КЛКТ. В области верхушки небного корня 1.6 зуба визуализируется четкий очаг деструкции с ровным округлым контуром, распространяется от апикального очага вдоль дистальной стенки небного корня на всем его протяжении с формированием патологического костного кармана шириной 2мм

В результате всех диагностических процедур пациентке был поставлен диагноз: хронический апикальный абсцесс 1.6 зуба, локализованный пародонтит

тяжелой степени тяжести (эндо-пародонтальное поражение).

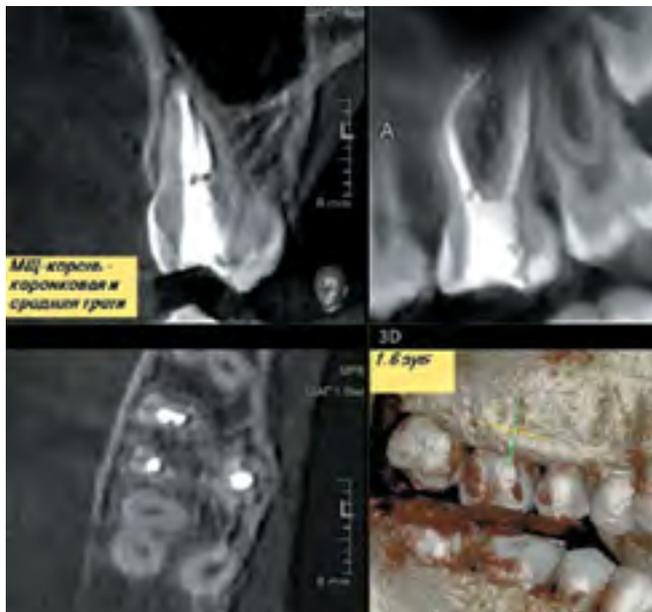
Лечение. Проведено эндодонтическое лечение 1.6 зуба: инструментальная обработка четырех каналов (получен обильный экссудат из всех каналов, апикальные размеры которых составили от 50 до 80 размера) с ирригацией гипохлоритом натрия, временная obturation каналов гидроокисью кальция. Через две недели проведена повторная ирригация каналов гипохлоритом натрия и хлоргексидином (экссудата в каналах не было).

Следующим этапом (через 10 дней) было пломбирование корневых каналов гуттаперчей с эпоксидным силером и восстановление коронковой части зуба постоянной реставрацией. При этом пациент и мама ребенка были проинформированы о том, что завершение лечения не является завершением динамического наблюдения, обо всех возможных осложнениях и прогнозе. Пациент приглашался на контрольные осмотры до окончательного купирования либо уменьшения очагов деструкции.

Жалоб во время контрольных осмотров (через 6 месяцев и 1,5 года) на зуб не было, свищевые ходы не визуализировались, зуб участвовал в акте жевания.

Через 2,5 года ребенок был направлен на повторную КЛКТ с целью радиомониторинга.

В динамике на томограммах и реконструктивных снимках зуба 1.6 было выявлено следующее.



1 канал, запломбирован гомогенно, полностью. Пространство периодонтальной связки и периапикальные ткани: не изменены (рис. 6, 7).

В сравнении с данными КЛКТ-исследования от 2015 года (2,5 года назад) динамика заболевания (Ds: хронический апикальный абсцесс 1.6 зуба, локализованный пародонтит тяжелой степени тяжести (эндо-пародонтальное поражение)) резко положительная. Апикальные очаги подверглись полной остеорегенерации, свищевые ходы закрылись.

Заключение: 1.6 зуб в состоянии девитализации после качественного эндодонтического вмешательства по поводу эндо-периопоражения.

Обсуждение. Методы диагностических процедур подразумевают тщательную, насколько это максимально возможно, оценку зуба, слизистой оболочки, возраста ребенка, подробно собранный анамнез, состояние пациента в целом до начала лечения. При постановке точного диагноза важную роль играют, прежде всего, знания этиологии и понимание процессов патофизиологии заболеваний пульпы и пародонта [5]. Взаимосвязь между течением патологии пародонта и пульпы изучалась различными авторами [4, 7, 9], многими из них отмечается, что эндо-пародонтальные поражения являются в 50% случаев причиной удаления зуба. Лечение и прогноз эндо-пародонтальных

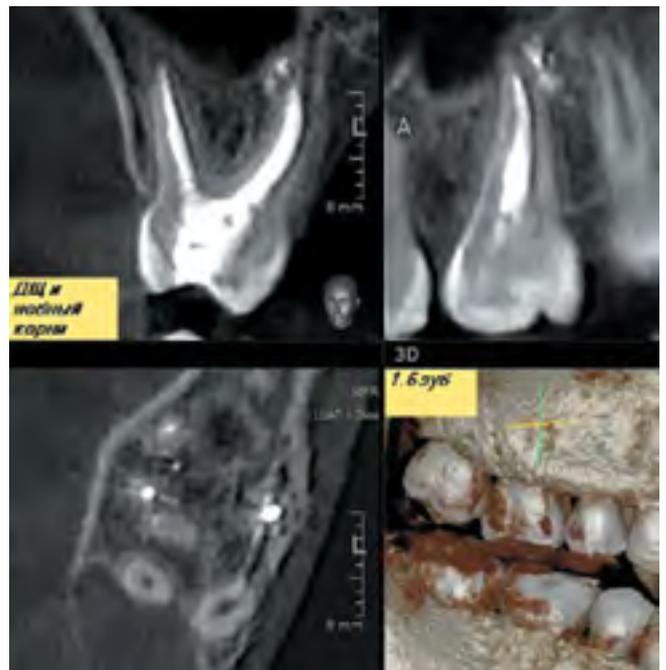


Рис. 6, 7. КЛКТ. МПР. Оценка качества obturation каналов 1.6 зуба и состояния периапикальных тканей: пространство периодонтальной связки и периапикальные ткани не изменены

Мезио-буккальный — 1 канал равномерно запломбирован на всем протяжении. МБ-2 канал сливается с основным на границе средней и апикальной третей, заполнен материалом полностью. Дистально-щечный корень — прямой, содержит 1 канал, который заполнен пломбировочным материалом до верхушки. Небный корень — изогнут в щечном направлении, содержит

заболеваний варьируют по тактике и зависят от правильного диагноза в каждом конкретном состоянии. В представленном клиническом случае был поставлен диагноз «хронический апикальный абсцесс 1.6 зуба, локализованный пародонтит тяжелой степени тяжести (эндо-пародонтальное поражение)». При постановке диагноза учитывались данные анамнеза, со-

матического состояния ребенка, рентгенологической, клинической картин и данных конусно-лучевой компьютерной томографии. Сочетанная патология представляет непростую задачу как в плане диагностики, так и в плане лечения. Особой сложностью отличается также и прогнозирование результатов лечения. В данном случае только правильно поставленный диагноз и междисциплинарный подход позволили избрать верную стратегию по ведению пациента с эндо-пародонтальным поражением.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галеева З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта // Эндодонтия today. 2012. № 2. С. 3-7.
2. Галеева З.Р. Morfofunktsional'nyye i etiopatogeneticheskiye svyazi pri patologii endodonta i parodonta // Endodontiya today. 2012. № 2. С. 3-7.
3. Грудянов А. И., Макеева М. К., Пятигорская Н. В. Современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению эндо-пародонтальных поражений // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2013. № 8. С. 34-36.
4. Grudyanov A. I., Makeyeva M. K., Pyatigorskaya N. V. Sovremennyye predstavleniya ob etiologii, patogenezе i podkhodakh k lecheniyu endodonto-parodontal'nykh porazheniy // Vestnik Rossiyskoy Akademii meditsinskikh nauk. 2013. № 8. С. 34-36.
5. Дмитриева Л. А., Тойбахтина А. А., Мазурова В. Н., Яшкова В. В. Роль компьютерной томографии в диагностике и лечении эндо-пародонтальных поражений // Эндодонтия today. 2015. № 1. С. 58-62.

Dmitriyeva L. A., Toybakhchina A. A., Mazurova V. N., Yashkova V. V. Rol komp'yuternoy tomografii v diagnostike i lechenii endodonto-parodontal'nykh porazheniy // Endodontiya today. 2015. № 1. С. 58-62.

4. Митронин А. В., Попова В. М., Дашкова О. П., Галиева Д. Т., Бело-зерова Н. Н. Отдаленные результаты эндодонтического лечения при эндо-пародонтальных поражениях // Эндодонтия today. 2017. № 2. С. 37-40.

Mitronin A. V., Popova V. M., Dashkova O. P., Galiyeva D. T., Belozeroва N. N. Otdalennyye rezul'taty endodonticheskogo lecheniya pri endodonto-parodontal'nykh porazheniyakh // Endodontiya today. 2017. № 2. С. 37-40.

5. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. Изд-е 8-е. — СПб: STBook, 2007. — 1040 с.

Koen S., Berns R. Endodontiya. Izd-e 8. — SPb: STBook, 2007. — 1040 s.

6. Bradley Trattner takes a conservative approach to save a tooth // Endodontic Practice. 2015. Mart. № 13.

7. Carmen Mueller, Storrer1Giuliana Martina, Bordin1 Tarcisio Tavares Pereira. How to diagnose and treat periodontal-endodontic lesions? // Printed version: 1806-7727. Electronic version: 1984-5685RSBO. 2012. Oct-Dec. № 9 (4). P. 427-433.

8. Shenoy N., Shenoy A. Endo-perio lesions: Diagnosis and clinical considerations // Indian Journal of Dental Research. 2010. № 21. P. 579-585.

9. Simon J. H. S., Dorgan H., Ceresa L. M., Silver G. K. The radicular groove: its potential clinical significance // J. Endod. 2000. Vol. 26. P. 295-298.

**Поступила 11.07.2018**

*Координаты для связи с авторами:  
420012, г. Казань, ул. Бултерова, д. 36*

Издательство «Поли Медиа Пресс»  
представляет новую книгу –

## «ЭВОЛЮЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ШПРИЦА: ОТ ВОЛЫНКИ ДО ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»



С.А. Рабинович,  
Ю.Л. Васильев,  
С.Т. Сохов

*От Гиппократа до Луэра*

*Развитие инъекционных систем в XX веке*

*Инъекционные иглы*

*Методы стерилизации*

*Современный инструментарий*

*Цифровые технологии в стоматологии*

*Обеспечение комфорта*

[www.dentoday.ru](http://www.dentoday.ru)

E-mail: [dostavka@stomgazeta.ru](mailto:dostavka@stomgazeta.ru)

Тел.: (495) 781-28-30, 956-93-70, (499) 678-25-58 Москва

Тел.: (812) 579-40-95 Санкт-Петербург