

УДК 616.314-002:576.31

*Т.Г. Хохрина, **А.А. Шрайбер

E-mail: hoh@kuzbass.net

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРИОДОНТЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ

*Стоматологическая клиника «Диамант»,
г. Кемерово;

**Кемеровская государственная медицинская
академия

ВВЕДЕНИЕ

В 85- 98 % случаев причиной острых воспалительных процессов является хронический одонтогенный очаг, появившийся в результате некачественной obturации корневого канала [8]. А в 16,3 % случаев причиной воспалительного процесса были запломбированные до верхушки корни зубов [5].

Очаг хронической инфекции необходимо выявлять своевременно для избежания общесоматических осложнений. Для этих целей в «Отчете о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества об основных показателях качества при эндодонтическом лечении» рекомендуется длительная диспансеризация пациентов, пролеченных по поводу осложнений кариеса зубов. Первая оценка отдаленных результатов эндодонтического лечения должна быть проведена не позднее 1 года после лечения, если по истечению 4 лет полной ликвидации очага поражения не произошло, то такое лечение считается неудачным [3].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В нашей работе было исследовано 154 зуба по поводу хронического деструктивного периодонтита. Диспансеризация в среднем составила около 4- 8 лет. Все зубы до лечения были рентгенологически исследованы по методике параллельной рентгенографии. Размеры периапикального поражения 76 зубов были около 5- 7 мм (1-я группа). У 78 зубов очаг периапикальной деструкции первоначально составлял от 8 и до 23 мм (2-я группа). К сожалению, 17 зубов были удалены в разные отдаленные сроки по причине фрактур и по желанию пациента. Все удаленные корни были подвешены морфологическому исследованию.

Подразделение клинических ситуаций на традиционные ноозологические группы затруднено. Широко известен факт, что ни размер очага деструкции, ни форма, ни четкость границы, ни однородность и прозрачность границ очага просветления в значительной степени не могут быть основополагающими факто-

рами при дифференцировании гранулирующего и гранулематозного периодонтита, кистой и гранулемой и характеризуют локализацию поражения в толще альвеолярной кости, а не патоморфологическую сущность процесса [4]. Поэтому клиническая группа была одна – зубы, которые лечили по поводу хронического деструктивного периодонтита, но с различными размерами периапикальной деструкции.

Алгоритм эндодонтического лечения был разным. По истечению 4 лет были подведены первые итоги. В первой группе эффективность лечения по рентгенологическим данным составила около 87,8 %. Во второй группе неудачи преследовали чаще- в 14,8 %.

Дополнительно в нашем исследовании была проведена морфологическая оценка удаленных зубов по аналогичным клинко- рентгенологическим ситуациям. Всего было исследовано 34 зуба, удаленных по поводу хронического деструктивного периодонтита.

Девятнадцать зубов было удалено с очагом периапикальной деструкции более 7 мм, 15 зубов было удалено предположительно по поводу гранулирующего периодонтита.

Из полученного материала были изготовлены срезы и микроскопически исследованы в продольном и поперечном направлении. Для проведения микроскопического исследования зубы были помещены в 10 %-ный раствор нейтрального формалина. Декальцинация зубов производилась в 10 %-ном растворе азотной кислоты. Полученные образцы пропитывались парафином. На санном микротоме МС-2 были изготовлены серийные срезы толщиной 7 - 10 микрон в поперечном и продольном сечении. Срезы окрашивались пикрофуксином по Ван-Гизону и гематоксилин-эозином. Исследование проводилось при помощи триокулярного светового микроскопа "Leica DME" в увеличении от 40 до 400 раз на базе кафедры патологической анатомии Кемеровской государственной медицинской академии.

Выбор именно такого небольшого увеличения позволяет оценить морфологическую картину в целом, не теряя взаимосвязи с соседними топографическими образованиями [1, 2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Морфологически мы убедились, что в 66,7 % случаев был диагностирован не гранулирующий, а гранулематозный периодонтит.

Поражения, рентгенологически напоминающие гранулемы, были кистогранулемой и кистой.

В 26,4 % случаев неудачное эндодонтическое лечение (очаг периапикальной деструкции не восстанавливался) закончилось резекцией верхушки корня зуба с периапикальным образованием. Морфологическое исследование установило, что корневой канал не сообщался с периапикальным очагом деструкции, что подтверждает существующее мнение о «застойной» и «истинной» [6, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Полученные морфологические результаты выглядят следующим образом (см. цветную вклейку).

Полученные данные результатов клинико-морфологического исследования позволили заглянуть «изнутри» на суть патоморфологических изменений, происходящих при часто встречающихся клинических ситуациях и объясняющих причины использования определенных алгоритмов лечения, а также дали возможность понять причину неудач в некоторых случаях при выполнении традиционного эндодонтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаходжева М.С., М.Т. Акбарова. Атлас патологической анатомии болезней зубо-челюстной системы и органов полости рта. - Ташкент: Медицина, 1983. - 13 - 14 с.
2. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. - С-П.: Специальная литература, 1996. - 74 - 145 с.
3. Отчет о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества об основных показателях качества при эндодонтическом лечении. - С-П.: Поли Медиа Пресс, 2001. Том 1 номер 1 - С. 3-12.
4. Н.А. Рабухина, Григорьян А.С., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А. Сопоставление рентгенологических, клинических и морфологических показателей при колочорневых деструктивных поражениях. // Клиническая стоматология - 1999. - № 3. - С. 21-25.
5. Родионов Н.Т., Владыченкова Т.Н., Стефанцев Н.М. Современные технологии в стоматологии: Сборник научных трудов/ Под редакцией проф. Л.М.Цепова. - Смоленск, 1998. - С. 59-61.
6. Мигунов Б.И. Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. - М.: Гос. Изд-во медицинской литературы, 1963.
7. Фалин Л.И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. - М.: Медгиз, 1963.
8. Шаргородский А.Г. Роль хронических периодонтитов в возникновении одонтогенных воспалительных процессов// Актуальные вопросы эндодонтии/ Труды ЦНИИС. - М., 1990. - С.107-111.

CLINICAL-MORPHOLOGIC CHARACTERISTICS OF CHANGES IN PERIODONTIUM DURING CHRONIC INFLAMMATION

T.G. Khokhrina, A.A. Shraiber

SUMMARY

Clinic-morphological study was performed concerning destructive form of chronic periodontitis of the teeth which were treated earlier. Microscopic study differentiated different clinical situations but standard clinical formulations of the diagnosis did not comply with histologic data. The treatment strategy must take into account the data received.

СИБИРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЦЕНТРАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ

*Издавался в г.Томске с 1923 по 1931 год.
С 1996 года возрождено издание журнала
решением Президиума Томского
научного центра СО РАМН.*

Адрес в сети INTERNET:

<http://www.medicina.tomsk.ru>

**В настоящее время начинается
подписка на второе полугодие 2007 года.**

Стоимость журналов:

для индивидуальных

подписчиков

690 руб.

для организаций

1610 руб. вкл. НДС

**Тарифы на размещение рекламного материала
Для отечественного рекламодателя:**

1 черно-белая страница 4000 руб.

1/2 черно-белой страницы 2200 руб.

1/4 черно-белой страницы 800 руб.

1 цветная страница 8000 руб.

1/2 цветной страницы 4300 руб.

Наценки:

2-я стр. обложки - +40%

3-я стр. обложки - +25%

4-я стр. обложки - +35%

(плюс 5% налог на рекламу)

Подписку на журнал можно оформить:

• **ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ**

прислав заявку с указанием полного названия заказчика, его почтового адреса, ИНН по адресу: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а, редакция «СМЖ»; факс (3822) 55-87-17.

E-mail: medicina@tomsk.ru

По заявке высылается счет для оплаты.

• **ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПОДПИСЧИКОВ:**

отправив почтовый перевод с указанием полных ф.и.о., почтового адреса и заказываемых номеров по адресу: 634012, г. Томск, а/я 922, Коломийцеву Андрею Юрьевичу, прислав копию квитанции почтового перевода по факсу редакции: (3822) 55-87-17.