

ПУЛЬПО-ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. ТОПОГРАФИЯ КОСТНЫХ КАНАЛОВ ЛУНОК ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Заблоцкая Маргарита Вячеславовна

Стоматологический факультет, 4 курс, 18 группа

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Научный руководитель: Заслуженный врач России, д.м.н., профессор Митронин Александр
Валентинович

PULPODONTIC-PERIODONTIC SYNDROME. TOPOGRAPHY OF THE BONE CANALS OF THE ALVEOLAR SOCKETS OF THE MANDIBLE.

Zablotskaya M.V.

Studied the number and approximate area of bone canals, opening on the surfaces of teeth holes 10 lower jaws, received from the corpses of people of both sexes, whose age was in the range from 34 to 65 years. The largest number of channels is found in the apical third of the molar's holes. The least of all such channels were observed in the cervical third of the holes of incisors and fangs. It speaks about higher risk of development of pulp-periodontal syndrome in the field of molars.

В последние годы интерес к пульпо-пародонтальному синдрому увеличился, с одной стороны, из-за того, что распространенность воспалительных заболеваний пародонта среди населения не уменьшается, а с другой стороны – под давлением агрессивной рекламы дорогостоящих имплантационных технологий. На этом фоне увеличивается востребованность зубо-сохраняющих технологий. Доказано, что при наличии пародонтального кармана патогенная микрофлора может проникать через дополнительные каналы (ДК) в корне зуба в пульпу, вызывая в ней воспаление с последующим некрозом. Известен и обратный путь инфекции. Таким образом, зуб и ткани пародонта составляют единую систему не только при физиологических, но и при патологических процессах. Для эффективной профилактики, ранней диагностики и лечения пульпо-пародонтального синдрома необходимо знание топографии ДК зубов и понимание их роли в патогенезе сочетанных эндодонто-пародонтальных заболеваний. По наблюдениям Ф.М. Мамедовой и В.А. Крахмалева (1988) максимальное число ДК наблюдается в области апекса и фуркаций корней. Часть каналов не достигает периодонтальной щели, слепо заканчиваясь в дентине, но большинство открываются на поверхности корня. Через ДК, как правило, проходят сосудисто-нервные пучки, то есть они имеют продолжение и до альвеолярной кости. Тем не менее, на сегодняшний день у стоматологов нет четкого представления о роли этих каналов в развитии патологии пульпы и пародонта.

Целью первой части нашего исследования явилось микроскопическое изучение особенностей топографии костных каналов лунок зубов в области нижней челюсти.

Материал и методы. Исследование проведено на трупном материале – 10 выделенных нижних челюстях людей обоего пола, смерть которых наступила в возрасте от 34 до 65 лет, предоставленных нам для исследования на кафедрах анатомии и топографической анатомии московских ВУЗов. Не подвергались исследованию челюсти с выраженной резорбцией костной ткани альвеолярных отростков или с травматическими повреждениями. Микроскопию лунок зубов осуществляли с использованием операционного микроскопа «Karl Kaps» при увеличении $\times 40$. После проведения с помощью алмазного диска поперечных распилов челюстей по центру лунок использовали планиметрический метод оценки числа отверстий костных каналов и их площади в пришеечной, средней и апикальной третях лунок. Для этого на стенку лунки накладывали тонкую прозрачную пленку с нанесенной на нее типографским методом сетки с ценой деления 0,2 мм. Подсчитывали число отверстий костных каналов и приблизительную их суммарную площадь.

Результаты и обсуждение. В области резцов и клыков среднее число выявленных отверстий костных каналов на стенках лунок составило: $3,13 \pm 0,222$ в пришеечной трети, $5,25 \pm 0,374$ в средней трети и $9,41 \pm 0,486$ в апикальной трети. При этом суммарная площадь, занятая отверстиями костных карманов, соответственно составила: $0,043 \pm 0,0192$ мм², $0,198 \pm 0,0515$ мм² и $1,22 \pm 0,1664$ мм². В области премоляров среднее число выявленных отверстий костных каналов на стенках лунок составило: $4,06 \pm 0,282$ в пришеечной трети, $5,20 \pm 0,325$ в средней трети и $7,33 \pm 0,403$ в апикальной трети. Суммарная площадь, занятая отверстиями костных карманов, соответственно составила: $0,196 \pm 0,0660$ мм², $0,226 \pm 0,0847$ мм² и $2,064 \pm 0,2084$ мм². В области моляров среднее число выявленных отверстий костных каналов на стенках лунок составило: $8,11 \pm 0,362$ в пришеечной трети, $5,20 \pm 0,322$ в средней трети и $7,33 \pm 0,404$ в апикальной трети. Суммарная площадь, занятая отверстиями костных карманов, соответственно была: $0,273 \pm 0,0873$ мм², $0,649 \pm 0,1168$ мм² и $3,484 \pm 0,2310$ мм². В области фуркаций корней моляров среднее число выявленных отверстий костных каналов на стенках лунок составило: $8,84 \pm 0,394$, а их суммарная площадь – $1,703 \pm 0,1584$ мм².

Таким образом, максимальное число костных каналов отмечено в апикальной трети лунок нижних моляров. Однако, для патогенеза пульпо-пародонтального синдрома с первичным инфицированием пародонтальных карманов наибольшее значение имеет число и просвет костных каналов, открывающихся в пришеечной области лунок зубов. Здесь также лидируют моляры нижней челюсти, что указывает на больший риск проникновения патогенной микрофлоры в пульпу моляров при пародонтите. В области премоляров каналов этой локализации в 2 раза меньше, еще меньше в области резцов и клыков. Дальнейшие исследования мы планируем распространить на верхнюю челюсть и определить, какая часть костных каналов имеет свое продолжение в ДК дентина корня зуба.