

Таблица 5. Структура вирусной патологии у детей с ПХП

Вид исследования											
TOXO.GONDII		EB		CMV		HERPES		CHLAMIDIA		AIDS	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
7	8,86	18	22,78	52	65,8	47	59,4	21	27,58	5	6,32

не достигают нормы, состояние клеточного иммунитета остается угнетенным (табл. 6). Такие показатели иммунитета свидетельствуют о преобладании вирусного поражения слюнных желез при ПХП у детей.

Заключение

Таким образом, обострение ПХП у детей возникает на фоне поражения других органов и систем. Заболевание имеет волнообразное течение с периодами ремиссии и обострения, которые могут повторяться несколько раз в год. Периоды благополучия в течении заболевания зависят от общего состояния ребенка. Во всех случаях ПХП у детей были обнаружены антитела к различным вирусам. Наибольшее число детей (65,8%) были поражены ЦМВ, вирусом герпеса (59,4%). Среди всех детей с ПХП более половины являются носителями двух и более видов вирусов. Показатели иммунитета подтверждают преобладание вирусного поражения слюнных желез при ПХП у детей и снижение общей иммунной реактивности. Изменения показателей слюны не возвращаются к норме и

в периоды ремиссии. Можно сделать вывод они не только отражают изменение структуры и функции железы, но и провоцируют обострение заболевания.

Литература

1. Афанасьев В. В., Москаленко Г. Н. Исходы хронического паренхиматозного паротита у детей. *Стоматология*. М., 1989; 1: 46-48
2. Долгих Т. И. Клинико-лабораторные аспекты цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста. *Педиатрия*. 2001; 5: 17-20.
3. Коровина Н. А. Цитомегаловирусная инфекция у детей раннего возраста (Клиника, диагностика, современные возможности терапии). Москва. 2001.
4. Персия Л. С., Елизарова В. Н., Дьякова С. В. Воспалительные заболевания. В кн.: *Стоматология детского возраста*. Москва. «Медицина». 2003; 247-259.
5. Ронь Г. И. «Клинико-иммунологическая характеристика хронического паренхиматозного паротита на госпитальном этапе реабилитации. Медицинская реабилитация при заболевании и повреждении в челюстно-лицевой области». Свердловск: Изд. Свердловского мед. института. 1985; 145 с.
6. Ронь Г. И., Козлова С. И., Брезгина А. А. Клинико-иммунологические особенности рецидивирующих сиалоаденитов, ассоциированных с цитомегаловирусной инфекцией. *УрМЖ*. 2007; 5: 60-65.

Критерии выбора метода лечения постоянных зубов у детей с воспалительными процессами в периапикальных тканях

О. Ю. Сокольская, Е. С. Бимбас

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

В статье проводится анализ критериев, которые обязательно нужно учитывать при выборе метода лечения постоянных зубов у детей с воспалительными процессами в периапикальных тканях на примере 3-х клинических случаев.

Ключевые слова: анализ критериев, консервативный метод, очаг деструкции.

Кариес зубов у детей в короткие сроки приводит к развитию периодонтита. Для лечения

периодонтита постоянных зубов у детей применяются преимущественно консервативный, включающий эндодонтическое лечение корневых каналов.

В ряде случаев с целью сохранения зубов используют также хирургические вмешательства: резекцию верхушки корня, кюретаж гра-

О. Ю. Сокольская — ассистент;

Е. С. Бимбас — д. м. н., профессор, зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

нуляций, цистэктомии. В безнадежных случаях зубы удаляют.

Наш опыт лечения детей с периодонтитом постоянных зубов показал, что для выбора метода лечения важно оценить целый ряд объективных критериев. Исключение любого из них может привести к безуспешному результату лечения, которое является трудоемким, дорогостоящим и сложным вмешательством для ребенка. При планировании лечения учитываются преимущества и недостатки каждого метода.

Мы выделили критерии, которые обязательно нужно проанализировать при выборе метода лечения:

1. Объективная клиническая оценка состояния зуба:

- топографическое положение зуба;
- степень разрушения коронковой части зуба;
- степень формирования корней;
- количество корневых каналов, их длина и степень проходимости;
- степень вовлеченности в патологический процесс периодонта;
- размеры очага деструкции костной ткани и его локализация;
- степень вовлеченности в воспалительный процесс других атомических структур (рядом расположенных зубов, гайморовой пазухи, нижнечелюстного канала);

2. Наличие и степень тяжести патологии прикуса.

3. Интенсивность кариозного процесса.

4. Заболевания пародонта и слизистой оболочки.

5. Состояние здоровья ребенка (группа здоровья).

6. Квалификация и опыт врача в области детской стоматологии.

7. Возможность сотрудничества на этапах лечебного процесса с другими специалистами стоматологами (хирургом, ортодонтом);

8. Оснащение клиники необходимыми для лечения периодонтита инструментами, материалами, оборудованием.

9. Сотрудничество с пациентом.

Рассмотрим несколько клинических случаев.

Клинический случай № 1.

Больная О., 10 лет направлена врачом-ортодонтом для санации полости рта. Жалобы на значительное разрушение коронки и наличие свища на десне зуба 4.6.

Из анамнеза жизни: частые респираторные заболевания (3-4 раза в год).

Анамнез заболевания: зуб 4.6 лечен 2 года назад по поводу кариеса, не болел. Три месяца назад образовался свищ.

При осмотре выявлен кариес постоянных зубов средней интенсивности (КПУ=8), дистальная окклюзия. Коронка зуба 4.6 серого цвета, на жевательной поверхности — пломба в неудовлетворительном состоянии (изменен цвет, нарушено краевое прилегание, под пломбой определяется размягченный дентин). После снятия пломбы и некрэктомии, дефект твердых тканей составил 0,5 объема коронки — отсутствует жевательная, дистальная поверхности (см. цв. вкладку рис. 1). Перкуссия зуба 4.6 (вертикальная, горизонтальная, сравнительная) безболезненная, зуб 4.6 неподвижен. На слизистой оболочке альвеолярного отростка в проекции бифуркации корней определяется свищевой ход с гнойным отделяемым (см. цв. вкладку рис. 2). В полости зуба и корневых каналах обнаружены грануляции, при зондировании болезненные, кровоточащие.

На ортопантограмме (ОПТГ) до начала лечения (см. цв. вкладку рис. 3) имеется очаг деструкции в области верхушек и бифуркации корней зуба 4.6 с нечеткими контурами размером 10x15 мм. Корни сформированы, верхушки корней закрыты.

Таблица 1. Анализ критериев, влияющих на выбор метода лечения зуба 4.6

Критерии за сохранение зуба 4.6:	Критерии за удаление зуба 4.6:
Стратегически важный постоянный зуб – ключ окклюзии	Значительные размеры очага деструкции костной ткани
Наличие аномалии прикуса, степень тяжести которой увеличится после удаления зуба 4.6	Значительные размеры дефекта коронки зуба
Наш успешный опыт лечения постоянных зубов со значительными деструктивными изменениями в костной ткани	КПУ=8
Корни зуба 4.6 сформированы, что создает более благоприятные условия для консервативного лечения	Отдаленное место жительства пациента – риск нарушения графика посещений клиники
Высокий уровень оснащения клиники	-
Возможность проведения зубо-сохраняющей операции	-
Желание пациента сотрудничать	-
II группа здоровья ребенка	-

Таблица 2. Анализ критериев, влияющих на выбор метода лечения зубов 1.1, 2.1

Критерии за сохранение зубов 1.1, 2.1:	Критерии за удаление зубов 1.1, 2.1:
Постоянные зубы, имеющие эстетическое значение	Корни зубов не сформированы – это риск увеличения периапикальных деструкций и патологической резорбции корней
Незначительные размеры деструкции костной ткани	Значительные размеры дефекта твердых тканей коронок зубов
Высокий уровень оснащения клиники	КПУ = 8
Наш успешный опыт лечения постоянных зубов с незаконченным формированием корня	Наличие аномалии прикуса, при ортодонтическом лечении которой возникает риск патологической резорбции корней травмированных зубов
Возможность сотрудничества разных специалистов – стоматологов на любом этапе лечения	Отдаленное место жительства пациента – риск нарушения графика посещений клиники
Желание пациента сотрудничать	-
II группа здоровья ребенка	-

Диагноз: субкомпенсированная форма кариеса постоянных зубов, обострение хронического гранулирующего периодонтита зуба 4.6. Дистальная окклюзия.

После обследования проведен анализ критериев, влияющих на выбор метода лечения зуба 4.6 (табл. 1). На основании анализа выбран метод консервативного лечения зуба 4.6 с применением рассасывающихся паст на основе гидроксида кальция.

В 1-е посещение раскрыта полость зуба, удалены грануляции из 4-х каналов, в которых оставлен антисептик Rockle №4 под временную пломбу. Рекомендованы содово-солевые полоскания 3-4 раза в день с целью создания максимального оттока гнойного экссудата.

2-е посещение: (через 7 дней) — жалоб нет, отмечается исчезновение свища. Временная пломба сохранена, слизистая оболочка альвеолярного отростка без видимых патологических образований. Проведена механическая обработка 4-х каналов, создана их конусная форма, каналы обработаны раствором хлорексидина биглюконата и заполнены пастой Calasept. Кариозный дефект пломбировался кемфилом.

Для пролонгирования действия гидроксида кальция в последующие 6 посещений с интервалом в 4 недели проводилось аналогичное лечение.

На рентгенограммах через 2 месяца после начала лечения наблюдается сокращение размеров очага деструкции костной ткани (см. цв. вкладку рис. 4); через 6,5 месяцев деструкция костной ткани сохраняется только в области верхушки медиального корня, в остальных отделах четко прослеживается компактная пластинка и периодонтальная щель (см. цв. вкладку рис. 5); через 8 месяцев — полное восстановление костной ткани в области дистального корня, незначительное расширение периодонтальной щели — у верхушки ди-

стального корня, выраженное — у верхушки медиального корня (см. цв. вкладку рис. 6); через 9 месяцев после начала лечения проведена постоянная obturation 4-х каналов методом латеральной конденсации с применением кальций-содержащего силлера sealapex (см. цв. вкладку рис. 7, 8).

Проведено восстановление коронки зуба 4.6 материалами: Filtek Z 250, Filtek Supreme XT flowable, адгезивная система — Single bond (см. цв. вкладку рис. 9, 10). Рекомендовано диспансерное наблюдение — клинические осмотры и рентгенологическое обследование в течение последующего года 1 раз в 3 месяца. Общее время лечения зуба 4.6 составило 11 месяцев.

Клинический случай №2.

Больная М., 9 лет обратилась с жалобами на неприятный запах из полости рта и изменение в цвете пломб на зубах 1.1, 2.1.

Из анамнеза заболевания (по данным медицинской карты): 1 год назад лечение зубов 1.1, 2.1 проводилось по поводу острого травматического пульпита. За помощью обратилась через 2 суток после травмы. Лечение зубов 1.1, 2.1 проводилось методом девитальной экстирпации с одномоментной obturation каналов цинк-оксид эвгеноловой пастой. Коронки зубов 1.1, 2.1 восстановлены материалом Charisma (светополимерная) с применением анкерных штифтов и цемента унифас. На рентгенограмме до лечения острого травматического пульпита отмечается, что верхушки зубов были не сформированы (см. цв. вкладку рис. 11).

При осмотре выявлен кариес высокой интенсивности (КПУ+кп= 8), дистальная окклюзия с протрузией центральных верхних резцов. На вестибулярной, небной и контактных поверхностях зубов 1.1, 2.1 — пломбы желтого цвета, их краевое прилегание нарушено, нависает темный край пломбы, при зондирова-

Таблица 3. Анализ критериев, влияющих на выбор метода лечения зуба 2.6

Критерии за сохранение зуба 2.6:	Критерии за удаление зуба 2.6:
Стратегически важный постоянный зуб – ключ окклюзии	Значительные размеры очага деструкции костной ткани
Компенсированная форма кариеса постоянных зубов	Наличие склероза каналов, при эндодонтическом лечении которых возникает риск перфораций.
Наш успешный опыт лечения постоянных зубов с деструктивными изменениями в костной ткани	Значительные размеры дефекта твердых тканей коронки зуба
Корни зуба 2.6 сформированы, что создает более благоприятные условия для консервативного лечения	-
Высокий уровень оснащения клиники	-
Возможность проведения зубо сохраняющей операции.	-
Желание пациента сотрудничать	-
I группа здоровья	-

нии под пломбой определяется размягченный дентин. В зубе 2.1 на небной поверхности часть пломбы отсутствует, обнажена головка анкерного штифта.

После удаления реставраций и некрэктомии — дефект твердых тканей составляет 0,5 объема коронки (отсутствуют медиальные углы коронок зубов). Перкуссия зубов 1.1, 2.1 (вертикальная, горизонтальная, сравнительная) безболезненная. Зубы 1.1, 2.1 — неподвижны. По переходной складке в области проекции корней зубов 1.1, 2.1 слизистая оболочка пазозная, синюшная.

На рентгенограмме выявлено (см. цв. вкладку рис. 12), что верхушки корней зубов 1.1, 2.1 несформированы, на верхушках корней определяются очаги деструкции костной ткани с нечеткими контурами, размером 2х2,5мм, периодонтальная щель расширена по боковым стенкам корней зубов. В корневом канале зуба 1.1 пломбирочный материал заполняет устьевую треть канала, в зубе 2.1 — 1/2 длины корня. Анкерные штифты в корневых каналах отклонены в дистальном направлении.

Диагноз: субкомпенсированная форма кариеса постоянных и временных зубов. Хронический гранулирующий верхушечный периодонтит зубов 1.1, 2.1. Дистальная окклюзия с протрузией резцов.

Проведен анализ критериев, влияющих на выбор метода лечения зубов 1.1, 2.1 (табл. 2). На основании анализа выбран метод консервативного лечения с применением Са-содержащих гуттаперчивых штифтов, что позволяет пролонгировать время нахождения материала в канале и увеличить временные промежутки между посещениями.

1 посещение: удалены несостоятельные реставрации, анкерные штифты, корневые пломбы, проведена дезинфекция корневых каналов. Для временного заполнения каналов зубов применялся периокур сроком на 3 суток.

2 посещение: жалоб нет, временные пломбы сохранены, перкуссия зубов безболезненна, со стороны слизистой оболочки изменений нет. Проведена медикаментозная обработка корневых каналов раствором хлоргексидина биглюконата, каналы заполнены пастой Calcikur в сочетании с гуттаперчивыми кальций содержащими штифтами (см. цв. вкладку рис. 13). Пломбы — из стеклоиономерного цемента.

С целью защиты зубов проводилось временное протезирование пластмассовыми колпачками на период консервативного лечения.

3 посещение — жалоб нет. Состояние защитных колпачков удовлетворительное, зубы 1.1, 2.1 неподвижны, перкуссия безболезненна, слизистая оболочка без патологических изменений.

На прицельной рентгенограмме (см. цв. вкладку рис. 14) в области верхушек корней зубов 1.1 и 2.1 определяется восстановление структуры костной ткани, четкая периодонтальная щель, верхушки корней закрылись.

Таким образом, после проведенного лечения произошла апексификация. Лечение зубов 1.1, 2.1 завершили постоянной obturацией каналов методом латеральной конденсации с силлером AN plus, протезированием коронок зубов 1.1, 2.1.

Контрольный осмотр через 2 года продемонстрировал клиническое и рентгенологическое благополучие (см. цв. вкладку рис. 15, 16)

Клинический случай №3.

Большая В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на неудовлетворительный вид пломбы в зубе 2.6. Анамнез заболевания: зуб 2.6 был лечен около 4-х лет назад по поводу кариеса.

При осмотре выявлен кариес низкой интенсивности (КПУ=3). В зубе 2.6 на жевательной и медиальной поверхностях имеется пломба в неудовлетворительном состоянии: темно-желтого

Рисунки к статье О. Ю. Сокольской и Е. С. Бимбас
«Критерии выбора метода лечения постоянных зубов у детей
с воспалительными процессами в периапикальных тканях», стр. 129.

Рисунок 1.

Зуб 46 с раскрытой полостью зуба



Рисунок 2.

Свищ в области десневого края зуба 4.6



Рисунок 3.

Ортопантомограмма до начала лечения



Рисунок 4.

Рентгенограмма через 2 месяца после начала лечения



Рисунок 5.

Рентгенограмма через 6,5 месяцев после начала лечения



Рисунок 6.

Рентгенограмма через 8 месяцев после начала лечения



Рисунок 7.

Рентгенограмма через 9 месяцев после начала лечения

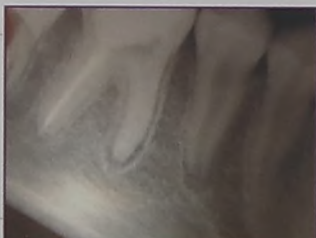


Рисунок 8.

Рентгенограмма через 9 месяцев после начала лечения

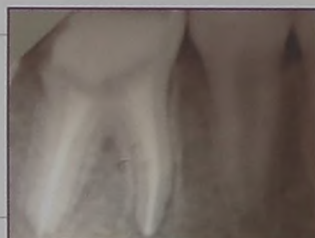


Рисунок 9.

Внешний вид зуба после окончательной реставрации



Рисунок 10.

Внешний вид зуба после окончательной реставрации



Рисунок 11.

Рентгенограмма до начала лечения острого травматического пульпита зубов 1.1 2.1

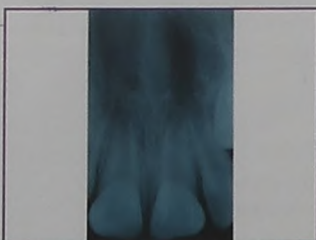


Рисунок 12.

Рентгенограмма до начала лечения хронического гранулирующего верхушечного периодонтита зубов 1.1 2.1



Рисунки к статье О. Ю. Сокольской и Е. С. Бимбас
«Критерии выбора метода лечения постоянных зубов у детей
с воспалительными процессами в периапикальных тканях», стр. 129.

Рисунок 13.

Временная
обтурация каналов
зубов 1.1 2.1



Рисунок 14.

Рентгенограмма
на этапе лечения

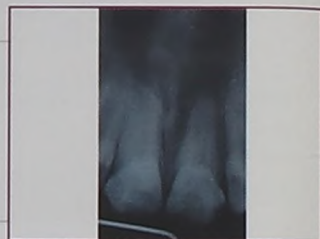


Рисунок 15.

Рентгенограмма
через 2 года



Рисунок 16.

Рентгенограмма
через 2 года



Рисунок 17.

Внешний вид зуба
2.6 с раскрытой по-
лостью зуба на
этапах лечения



Рисунок 18.

Внешний вид зуба
2.6 с раскрытой полостью
зуба на этапах лечения

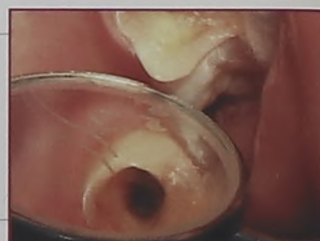


Рисунок 19.

Рентгенограмма
до начала лечения

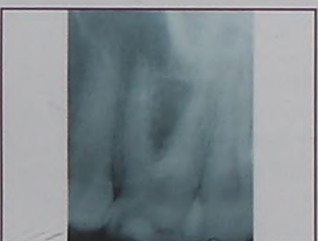


Рисунок 20.

Рентгенограмма
через 3 месяца
от начала лечения

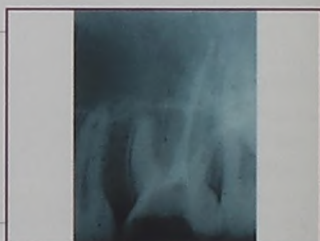


Рисунок 21.

Рентгенограмма
через 4.5 месяца
от начала лечения

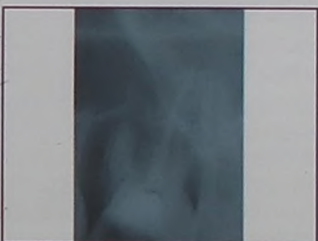


Рисунок 22.

Рентгенограмма через
6 месяцев от начала
лечения



Рисунок 23.

Внешний вид зуба
перед реставрацией



Рисунок 24.

Внешний вид
реставрации



цвета; с нарушением краевого прилегания; рецидивный кариес под пломбой. После снятия пломбы и препарирования кариозных тканей дефект составил 0,5 объема коронки — отсутствует жевательная, медиальная поверхности (см. цв. вкладку 17, 18). Вскрылась точка сообщения с полостью зуба. Коронковая пульпа склерозирована, в небном корневом канале пульпа витальна, умеренно кровоточит при зондировании, на устьях щечных каналов — 2 дентикля, после удаления которых обнаружена облитерация каналов. Перкуссия (вертикальная, горизонтальная, сравнительная) безболезненная. Зуб 2.6 неподвижен. Слизистая оболочка по переходной складке в проекции корня зуба 2.6 без видимых патологических изменений.

На рентгенограмме зуба 2.6 (см. цв. вкладку рис. 19) — просветы щечных каналов прерывисты, определяются множественные участки их склероза. В области вершины медиального щечного корня — очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами размером 5x4 мм. По медиальной стенке этого же корня в верхушечной трети расширена периодонтальная щель.

Диагноз: компенсированная форма кариеса. Хронический фиброзный пульпит зуба 2.6.

Проведен анализ критериев, влияющих на выбор метода лечения зубов (табл. 3). Течение пульпита в зубе 2.6 сопровождается деструктивными изменениями в тканях периодонта и кости в области медиального щечного корня. Учитывая особенности развития патологического процесса в зубе 2.6, составлен следующий план лечения:

1. Витальная экстирпация пульпы из небного корневого канала с последующей одномоментной его obturацией.

2. Эндодонтическое многоэтапное лечение щечных корневых каналов с использованием депо-фореза и пасты на основе гидроксида кальция.

3. Реставрация зуба 2.6.

В 1-е посещение проведена хемомеханическая обработка небного канала с постоянной его obturацией методом латеральной конденсации с силлером AN plus.

В последующие 2-е и 3-е посещения с интервалом 7 дней проведены 2 сеанса депо-фореза.

В последующие 4 посещения с интервалами в 1 месяц проводились: медикаментозная

обработка щечных корневых каналов раствором хлоргексидина биглюконата и временное заполнение каналов пастой Calasept, временно — долговременное пломбирование кемфилом.

Через 3 месяца от начала лечения по рентгенограмме установлено сокращение размеров очага деструкции на вершине медиального щечного корня (см. цв. вкладку рис. 20).

Через 4,5 месяца при рентгенологическом обследовании установлено полное исчезновение очага деструкции в костной ткани и периодонте, восстановление компактной пластинки и формирование периодонтальной щели на вершине медиального щечного корня (см. цв. вкладку рис. 21).

Через 6 месяцев от начала лечения — полное исчезновение очага деструкции в костной ткани и периодонте, восстановление компактной пластинки и формирование периодонтальной щели на вершине медиального щечного корня (см. цв. вкладку рис. 22). Завершено лечение зуба 2.6. заполнением устьевого части щечных каналов атацамитом (см. цв. вкладку рис. 23; устья изолированы Ioposeal; восстановлена коронка зуба 2.6 композитным материалом (см. цв. вкладку рис. 24). Общее время лечения составило 6 месяцев.

Вывод: на примере клинических случаев наглядно видно, как тот или иной критерий может повлиять на выбор метода лечения. Здесь каждый критерий имеет свою значимость и может перевесить в пользу сохранения или удаления зуба. Только при условии грамотного анализа ситуации и информирования пациента и его родителей о факторах риска можно начинать путь сохранения зуба.

Литература

1. Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. Стоматология детского возраста. М: Медицина, 2006.
2. Корчагина В. В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста. М: МЕДпресс-информ, 2008.
3. Курыкина Н. В. Терапевтическая стоматология детского возраста. М: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2004.
4. Садовский В. В. Депофорез. Теоретическое обоснование и клиническое применение. М: Медицинская книга, 2003.
5. Хохрина Т. Г., Семенькова Е. А., Травма передних постоянных зубов у детей: опыт решения проблемы и ее осложнений. Эндовакуумная методика лечения обширных деструктивных изменений в костной ткани при хроническом деструктивном периодонтите. Стоматология детского возраста и профилактика. 2006; 3-4: 92-69.