

3. Еловикова Т.М., Ермишина Е.Ю., Молвинских В.С., Анализ влияния лечебно-профилактической зубной пасты с экстрактами трав на состояние полости рта у пациентов с гингивитом // Проблемы стоматологии. -2015. - № 2. - С. 5.

4. Еловикова Т.М., Ермишина Е.Ю., Кощев А.С, Уварова Л.В. Решение проблемы повышенной чувствительности дентина: механизмы реминерализации при курсовом использовании зубной пасты с фторидом олова // Стоматология. - 2019. - Т. 98. - № 5. - С. 66-71

5.Еловикова Т.М., Емельянов А.С. Тизоль как система локальной доставки лекарственных веществ в лечении пародонтита: опыт применения// «Проблемы стоматологии». - 2009. - №3. - С. 12-15.

6 . Ермишина Е.Ю., Еловикова Т.М., Ноговицина А.С. Оценка физико-химических параметров смешанной слюны под воздействием новой зубной пасты с бикарбонатом натрия и диоксидом кремния // Стоматология Большого Урала.-2020.- с.55-57

УДК 616.314.1

**Самсонычева А.В., Калмурзаева А.Т., Брусницына Е.В., Закиров Т.В.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ**

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Samsonycheva A.V., Kalmurzaeva A.T., Brusnitsyna E.V., Zakirov T.V.
RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE CHRONIC FIBROUS
PULPITIS TREATMENT IN TEMPORARY MOLARS**

Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Ssamsonycheva@mail.ru

Аннотация. В статье проведен ретроспективный анализ лечения хронического фиброзного пульпита во временных молярах у детей 4-8 лет. После лечения методом витальной ампутации резорбция корней протекает более физиологично, чем после лечения методом витальной экстирпации.

Annotation. The article provides a retrospective analysis of the chronic fibrous pulpitis treatment of in temporary molars in children 4-8 years old. After treatment by vital amputation, resorption of the roots proceeds more physiologically than after treatment by vital extirpation.

Ключевые слова: хронический фиброзный пульпит, дети, витальная ампутация, витальная экстирпация

Keywords: chronic fibrous pulpitis, children, vital amputation, vital extirpation

Введение

По нашим данным, распространенность кариеса у детей 6-ти лет в Екатеринбурге составляет 83,2% при интенсивности 4,25 [2]. Уровень стоматологической заболеваемости детей не имеет выраженной тенденции к снижению. По результатам исследования Мацкиевой О.В., распространенность осложнений кариеса у детей составляет до 81,8%, Воронин П.А (2019) приводит данные, что наиболее часто встречается среди детей от 1,5 до 8 лет хронический фиброзный пульпит – в 85% случаев[1,3]. Актуальность изучения различных аспектов лечения хронического фиброзного пульпита очевидна. В отечественной и зарубежной литературе постоянно появляются новые работы, посвященные описанию методик лечения либо сравнительной оценке эффективности различных материалов [4,5,6]. Однако мы не нашли исследований, где бы сравнивалось применение ампутированных и экстирпационных методик лечения, используемых при одном диагнозе. Интерес представляет наиболее распространенная форма заболевания: хронический фиброзный пульпит временных зубов, протекающий как первично-хронический воспалительный процесс.

Цель исследования - провести сравнительный ретроспективный анализ различных методов лечения хронического фиброзного пульпита временных моляров.

Материалы и методы исследования

Ретроспективное исследование проведено на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО Минздрава РФ УГМУ в 2019-2020 гг. Проанализировано 198 амбулаторных историй болезни детей за период с 2015 по 2019 гг. с диагнозом: (K04.03) хронический простой пульпит, по классификации Е.Е. Платонова: хронический фиброзный пульпит временных моляров, из которых отобрано 115 историй болезни, соответствующих критериям выборки, а также проанализированы панорамные томограммы, выполненные в динамике.

Основные изучаемые параметры:

1. Возраст лечения
2. Клинические симптомы развития периодонтита после лечения (наличие свища, гиперемии и отека слизистой, положительная перкуссия)
3. Рентгенологические критерии развития периодонтита (тип и степень резорбции корней причинного зуба, наличие очагов деструкции костной ткани).
4. Выживаемость - период функционирования зуба от времени лечения до потери в месяцах/годах.

Критерии включения:

1. Возраст ребенка при обращении от 4 до 8 лет;

2. Диагноз при обращении: хронический фиброзный пульпит временных моляров (без обострений в анамнезе); диагноз при удалении: физиологическая резорбция/хронический гранулирующий периодонтит;

3. Ребенок находится в СК УГМУ под диспансерным наблюдением, что позволяет отследить в динамике данные историй болезни и рентгенограмм;

4. Соблюдение протокола лечения.

Витальная ампутация (ВА) включала изоляцию, спонтанный гемостаз, для покрытия культи пульпы использовалась цинкоксид-эвгеноловая паста, восстановление коронки зуба проводилось пломбой из компомера или СИЦ. Витальная экстирпация (ВЭ) проводилась с изоляцией, хемо-механической обработкой каналов с ирригацией раствором хлоргексидина биглюконата 0,1%, для пломбирования каналов использовалась цинкоксид-эвгеноловая паста, восстановление коронки проводилось пломбой из компомера или СИЦ.

Статистическая обработка проведена в программе Statistica 6.0. Данные представлены в виде среднего и стандартного отклонения. Для проверки гипотезы об однородности двух независимых выборок применялся t-критерий Стьюдента. При проверке статистических гипотез использовался уровень значимости 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение:

Из 115 рассмотренных случаев законченного лечения хронического фиброзного пульпита девитальными методами лечены 14 зубов, витальными методами – 101 зуб. По групповой принадлежности распределение следующее - 68 первых и 47 вторых временных моляров.

Средний возраст лечения первого моляра 6,2 лет ($74,46 \pm 14,49$ мес.), удаления - 8,3 года ($99,84 \pm 13,73$ мес.). Средний возраст лечения второго моляра 7,2 лет ($86,11 \pm 11,62$ мес.), удаления - 9,4 лет ($112,51 \pm 13,94$ мес.). Большая и ранняя поражаемость первых временных моляров связана с особенностями строения и сроками прорезывания.

На втором этапе исследования проведен анализ применения витальных методов лечения, т.к. девитальные методы составили лишь 12% случаев, в настоящее время они практически не используются в СК УГМУ.

При анализе клинических данных на этапе удаления обострение хронического гранулирующего периодонтита при удалении зубов встречалось одинаково часто и после ампутации, и после экстирпации - выявлено в 12% и 14% случаев. На рентгенограммах патологическая резорбция после применения метода ВА встречалась гораздо реже, чем после применения ВЭ: в 18 и в 32 случаях. Средние сроки выживаемости временных моляров после ВЭ составили 2,30 года ($27,04 \pm 9,22$ мес.), после ВА 2,07 года ($24,86 \pm 9,91$ мес.), достоверных различий между группами нет.

Отсутствие выраженных преимуществ трудоемкого и ожидаемо более надежного метода витальной экстирпации может быть связано с комплексом причин на этапах диагностики, эндодонтического лечения и восстановления коронки. При выборе метода важное значение имеет стадия развития зуба – даже

в самом начале периода регрессии экстирпация пульпы может ускорить процесс резорбции корней. Многие негативные факторы на этапе диагностики влияют на результат лечения: недостоверные данные анамнеза, собираемого со слов родителей, субъективное восприятие ребенком диагностических манипуляций, неоднозначность интерпретации рентгенограмм, невозможность точной оценки степени инфицирования пульпы. Технические этапы проведения эндодонтического лечения у детей также имеют определенные сложности – например, отсутствие изоляции, трудности определения рабочей длины и хорошей obturации каналов пастами, качественное восстановление зуба пломбами или коронками.

Полученные нами результаты свидетельствуют, что лечебная целесообразность и эффективность проведения витальной экстирпации при лечении хронического фиброзного пульпита временных моляров у детей требует дальнейшего анализа.

Выводы:

1. Средний возраст обращения детей с хроническим фиброзным пульпитом в первых временных молярах – 6,2 лет, во вторых временных молярах – 7,2 лет.

2. После лечения методом витальной ампутации резорбция корней протекает более физиологично, чем после лечения методом витальной экстирпации - патологическая резорбция корней выявлена в 36% и в 63% случаев соответственно.

3. Обострение гранулирующего периодонтита после витальной ампутации и витальной экстирпации выявлено в 12% и 14% случаев соответственно.

Список литературы:

1. Воронин П.А. Эффективность лечения хронических форм пульпита во временных молярах различными методами и препаратами / П.А. Воронин, Т.П. Плюхина, М.А. Ковальчук, Д.Н. Владимирова и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2019. - №1. – С.53-59

2. Иощенко Е.С. Анализ основной стоматологической заболеваемости детского населения г.Екатеринбурга / Е.С. Иощенко, Е.В. Брусницына, Т.В. Закиров, Н.В. Ожгихина и др.// Проблемы стоматологии. -2017. -Т. 13. № 1. - С. 110-113.

3. Мацкиева О. В., Скрипкина Г. И., Самохина В. И. Использование инновационных технологий при лечении хронического пульпита временных зубов у детей / Материалы XXI и XXII Всероссийских научно-практических конференций. (Москва, 20-23 октября 2009 г.). - М., 2009. - С. 108-109.

4. Пульпиты временных и постоянных зубов / под ред. проф. Мамедова А.А., Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2020, 109 с.

5. Chen J.-W. Materials for primary tooth pulp treatment / J.-W. Chen, M. Jorden // Endodontic Topics. - 2012. - №23. – P. 41-49

6. Smaïl-Faugeron V. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth /V. Smaïl-Faugeron, F. Courson, P. Durieux, M. Muller-Bolla // Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5, 422 p.