что местное применение разработанного препарата сокращает сроки адаптации к съемным пластиночным протезам на 25—30 % по сравнению с традиционными методами лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вейсгейм Л. Д., Колос Г. А., Колесова Т. В.* Оценка результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2006. — № 3. — С. 35—37.
2. *Жулев, Е. Н.* Частичные съемные протезы / Е. Н. Жулев. — Н. Новгород, 2000. — 428 с.
3. *Данилина Т. Ф., Михальченко Д. В., Жидовинов А. В., Порошин А. В., Хвостов С. Н., Вирабян А.* В. Способ диагностики непереносимости ортопедических конструкций в полости рта // Современные наукоемкие технологии. — 2013. — № 1. — С. 46—48.
4. *Малолеткова А. А., Шемонаев В. И., Клаучек С. В.* Оценка течения адаптационного процесса в клинике ортопедической стоматологии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2013. — № 1. — С. 133—137.
5. *Михальченко А. В., Осадшая Л. Б., Михальченко Д. В.* Физиологические аспекты фонетической адаптации человека в процессе стоматологической реабилитации // Вестник новых медицинских технологий. — 2008. — Т. 15, № 1. — С. 122—123.
6. *Михальченко Д. В., Михальченко А. В., Порошин А. В.* Модифицированная методика оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям // Фундаментальные исследования. —2013. — № 3—2. — С. 342—345.
7. *Михальченко Д. В.* Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям: Автореф. дис. ... к. м. н. Волгоградский государственный медицинский университет. — Волгоград, 1999.

Контактная информация

Данилина Татьяна Федоровна — д. м. н., профессор кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: dan4545@yandex.ru

УДК 616.314-085

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Е. Е. Маслак, И. В. Фоменко, Д. И. Фурсик, А. Л. Касаткина, В. Р. Огонян

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста

Комплексное лечение апикального периодонтита у детей было выполнено в 16 постоянных зубах. Стандартное эндодонтическое лечение сочетали с хирургической санацией очага воспаления в периапикальных тканях и использованием минерал триоксид агрегата для закрытия верхушечного отверстия и перфораций.

Ключевые слова: апикальный периодонтит, дети, постоянные зубы, комплексное лечение.

EXPERIENCE WITH COMBINED TREATMENT OF APICAL PERIODONTITIS OF PERMANENT TEETH IN CHILDREN

E. E. Maslak, I. V. Fomenko, D. I. Fursik, A. L. Kasatkina, V. R. Ogonyan

Combined treatment of apical periodontitis in children was performed in 16 permanent teeth. Standard endodontic treatment was combined with surgical debridement of the focus of periapical tissue inflammation as well as the use of mineral trioxide aggregate for the closure of apical foramen and perforations.

Key words: apical periodontitis, children, permanent teeth, combined treatment.

Несмотря на низкий уровень распространенности осложнений кариеса в постоянных зубах у детей [4], лечение деструктивных форм апикального периодонтита остается существенной проблемой детской стоматологии. Стандартное лечение апикального периодонтита в постоянных зубах у детей проводится в соответствии с принципами современной эндодонтии [3]. Этапы обработки системы корневых каналов включают следующие меры: эвакуация некротических масс, удаление инфицированного дентина, медикаментозная обработка, направленная на нейтрализацию продуктов жизнедеятельности патогенной микрофлоры, снижение микробной обсемененности и удаление остатков белковых масс, обтурация. Затем проводится реставрация зуба. Однако стандартное лечение апикального периодонтита при наличии значительных деструктивных изменений в перирадикулярной области, особенно в постоянных зубах с несформированными корнями, не всегда

дает хорошие результаты, репаративные процессы могут затягиваться или вовсе не начинаться [1]. Нередко, при лечении зубов с несформированными корнями и деструктивных форм периодонтита, на первом этапе на 2—3 месяца и более оставляют в корневых каналах кальций-содержащие пасты, которые стимулируют образование апикального барьера (за счет образования цемента) и остеоинтегративные процессы в костной ткани. В то же время последние исследования показали, что такое лечение снижает прочность корневого дентина и увеличивает риск переломов корня в будущем [6, 7]. Поэтому актуальной проблемой эндодонтии становится поиск новых подходов к лечению периодонтита в детском возрасте [3, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Обобщение собственного опыта применения у детей комплексного лечения апикального периодонтита постоянных зубов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Комплексное лечение применили в 16 случаях деструктивных форм апикального периодонтита (гранулирующий и гранулематозный периодонтит) постоянных зубов у детей в возрасте 10—17 лет. Из них в 7 случаях корни зубов были не сформированы, в 6 — сформированы. В 3 случаях была выявлена патологическая резорбция верхушечной трети корней зубов. Среди вылеченных зубов в 12 случаях зубы были однокорневыми (резцы верхней и нижней челюсти, клыки и вторые премоляры верхней челюсти), в 4 случаях — двухкорневыми (первые и вторые премоляры верхней челюсти). Причиной развития периодонтита чаще всего была травма, произошедшая несколько лет назад, реже — кариозный процесс. Дети обращались к врачу-стоматологу по поводу наличия кариозной полости, изменения цвета зуба или обострения хронического периодонтита. После обследования, включавшего рентгенографию, у пациентов были выявлены деструктивные формы апикального периодонтита. В двух случаях зубы подвергались ранее эндодонтическому лечению, которое было неудачным. Комплексное лечение проводилось при наличии очагов деструкции в области верхушек и боковых участков корней зубов, размером более 0,5 х 0,5 см.

Этапы комплексного лечения включали сочетание стандартного эндодонтического лечения с хирургическим удалением очага деструктивных изменений в перирадикулярных тканях и с применением минерал триоксид агрегата (МТА, Pro Root MTA, Dentsplay) для закрытия верхушечного и перфорационных отверстий. Резекция верхушек корней не проводилась.

Каждые 6 месяцев проводили клиническое и рентгенологическое обследование пациентов. Наблюдение пациентов проводилось в течение 2—4 лет. Лечение считали успешным в случаях клинического и рентгенологического благополучия: отсутствие жалоб и клинических признаков воспалительного процесса в области вылеченного зуба, рентгенологические признаки репарации очага деструкции в перирадикулярных тканях. Признаками неэффективности лечения были жалобы на боли в области вылеченного зуба, наличие синюшности и пастозности слизистой десны в проекции верхушек корней зубов, наличие свищевого хода, отсутствие рентгенологических признаков восстановления очага деструкции в перирадикулярных тканях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 15 случаях (93,7 %) наблюдали успешные результаты лечения по клиническим и рентгенологическим признакам. У детей отсутствовали жалобы и признаки хронического воспалительного процесса в области вылеченных зубов. Первые признаки восстановления костной ткани в области очага деструкции в перирадикулярных тканях были выявлены через 6 месяцев во всех случаях. Полное восстановление костной ткани наблюдали в сроки от 2 до 4 лет. Скорость репаративных процессов была индивидуальной и зависела от общего здоровья детей, объема деструктивных изменений в перирадикулярных тканях зубов, степени сформированности корней зубов. В одном (6,3 %) случае ребенок жаловался на периодические ноющие боли в зубе. На рентгенограмме через 6 и 12 месяцев не были выявлены признаки репаративных процессов, что потребовало повторного хирургического вмешательства через год наблюдения.

В качестве примера приводим следующий случай. Девочка 16 лет из районной стоматологической поликлиники направлена на консультативный прием на кафедру стоматологии детского возраста ВолгГМУ в связи с отсутствием позитивных результатов в течение трех лет после эндодонтического лечения бокового резца верхней челюсти справа (зуб 1.2) по поводу деструктивной формы хронического периодонтита (рис. А). Было решено провести комплексное лечение, включавшее оперативное вмешательство, направленное на удаление грануляционной ткани в перирадикулярной области зуба 1.2, в сочетании с применением МТА для ретроградного закрытия верхушечного отверстия зуба. Через 6 месяцев после лечения отмечено активное течение остеоинтегративного процесса в перирадикулярной области зуба 1.2 (рис. Б).

Опыт применения у детей комплексного лечения деструктивных форм периодонтита постоянных зубов выявил преимущества и недостатки данного подхода. К преимуществам комплексного лечения следует отнести быстроту устранения очага хронического воспалительного процесса в перирадикулярных тканях (хирургическая санация очага инфекции), сохранение целостности корней зубов, создание надежного барьера между системой корневых каналов зуба, перфорационных отверстий и перирадикулярными тканями (применение МТА), высокую эффективность метода (93,7 %). Недостатками метода следует назвать необходимость

А Б

Рис. Девочка, 16 лет. А — очаг деструкции костной ткани в перирадикулярной области 1.2 после проведенного стандартного эндодонтического лечения; Б — остеоинтегративный процесс в перирадикулярной области 1.2 через 6 мес. после проведения комплексного лечения

хорошего уровня комплаентности пациентов (у детей с низким уровнем сотрудничества лечение возможно только в условиях общего обезболивания или седации), наличие риска развития аллергических реакций при проведении местной анестезии, необходимость наблюдения ребенка после хирургического вмешательства в связи с возможностью развития послеоперационных осложнений. Проведение комплексного лечения возможно только при междисциплинарном взаимодействии врачей-стоматологов детских и врачей-стоматологов хирургов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлена высокая эффективность комплексного лечения апикального периодонтита постоянных зубов у детей. Комплексное лечение апикального периодонтита рекомендуется при наличии значительных деструктивных изменений в перирадикулярной области постоянных зубов и высокого уровня комплаентности пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алпатова В. Г.* Совершенствование методов диагностики и эндодонтического лечения постоянных зубов у подростков и лиц молодого возраста (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. … канд. мед. наук. — М., 2012. — 48 с.

2. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / Под ред. В. К. Леонтьева, Л. П. Кисельниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 896 с.

3. *Кисельникова Л. П., Васильева Н. Ю., Алпатова В. Г.* // Российская стоматология. — 2009. — Т. 2, № 4. — С. 24—30.

4. *Маслак Е. Е., Шкарин В. В., Ставская С. В. и др.* // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2011. — Т. X, № 2 (37). — С. 51—56.

5. *Маслак Е. Е., Родионова А. С., Алаторцева Е. В., Карасева А. А.* // Материалы XXI и XXII Всероссийских научно-практ. конф. — М., 2009. — С. 337—338.

6. *Lee Y.* // Restor Dent Endod. — 2013. — Aug. — Vol. 38 (3). — P. 186—218.

7. *Zarei M., Afkhami F., Malek Poor Z.* // Dent Traumatol. — 2013. — Vol. 29. — P. 156—160.

Контактная информация

Маслак Елена Ефимовна — д. м. н., профессор кафедры стоматологии детского возраста, Волгоград-ский государственный медицинский университет, e-mail: eemaslak@yandex.ru