

Опыт лечения деструктивных форм хронического вершечного периодонтита многокорневых постоянных зубов со сформированными корнями у детей и подростков



Татарина В.В.
врач-стоматолог
стоматологической
поликлиники ГОУ ВПО УГМА,
г. Екатеринбург



Стати Т.Н.
доцент кафедры стоматологии
детского возраста и ортодонтии
ГОУ ВПО УГМА, к.м.н., главный врач
стоматологической поликлиники
ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург,
kdvo@inbox.ru

Резюме

Лечение деструктивных форм хронического вершечного периодонтита многокорневых постоянных зубов со сформированными корнями у детей и подростков является актуальной проблемой. В статье рассмотрены два клинических случая лечения вершечного периодонтита со значительными деструктивными изменениями в костной ткани. В обоих случаях использовался кальцийсодержащий препарат. Наблюдение осуществлялось на протяжении длительного времени. Результаты наблюдений показали, что используемые методы эффективны и могут быть рекомендованы к использованию.

Ключевые слова: лечение вершечного периодонтита у детей, кальцийсодержащие препараты, деструктивные формы вершечного периодонтита у детей.

TREATMENT OF APICAL PERIODONTITIS IN CHILDREN, CALCIUM-CONTAINING MEDICINE, DESTRUCTIVE FORMS OF APICAL PERIODONTITIS IN CHILDREN
Tatariniva V.V., Statti T.N.

Resume

The actual problem of dentistry is treatment of destructive forms of chronic apical periodontitis of multi-formed permanent teeth of children and teenagers. There are two clinical case of treatment of apical periodontitis with significant destructive changes in bone tissue were observed. In both cases, we have used calcium-containing medicine. The observation was carried out for a long period of. The results of our research showed that this methods effective and recommended for use.

Keywords: treatment of apical periodontitis in children, calcium-containing medicine, destructive forms of apical periodontitis in children.

Периодонтит постоянных зубов у детей и подростков является достаточно частым осложнением кариеса. Патологический процесс в периапикальных тканях сопровождается, как правило, выраженными деструктивными процессами в костной ткани, что затрудняет выбор метода лечения [4]. Для консервативного лечения воспаления в периодонте требуется длительный период времени. Представляя собой хронический одонтогенный воспалительный очаг, периодонтит служит источником сенсibilизации организма больного, что приводит к значительным изменениям иммунологического статуса, снижению уровня неспецифической резистентности, развитию и осложнению течения различных соматических заболеваний [5, 8].

Часто периодонтит у детей протекает бессимптомно, что обуславливает прогрессирование воспаления в тканях периодонта. Как следствие, позднее обращение за стоматологической помощью приводит к потере зубов, сопровождается психологической травмой детей и родителей, влияет на качество жизни и состояние желудочно-кишечного тракта.

С другой стороны, организм детей и подростков обладает большим потенциалом к регенерации поврежденных тканей, что позволяет расширить показания к консервативному методу лечения, несмотря на то, что пациенты обращаются с различной степенью деструкции в костной ткани.

Целью лечения периодонтита является ликвидация воспаления в периапикальной области, исключение патогенного влияния на организм одонтогенного воспалительного очага, регенерация структуры тканей периодонта и восстановление функции зуба [4].

Для лечения периодонтита зачастую используются препараты на основе гидроксида кальция, учитывая его свойства и многочисленные положительные результаты, полученные при его применении при деструктивных формах хронического периодонтита [1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11].

Механизм действия гидроксида кальция:

- высокая антимикробная активность, бактерицидный эффект;
- способность растворять некротические ткани;
- регенерирующее действие;
- индуцирование формирования остеоцементного апикального барьера [1].

Также для лечения деструктивных форм периодонтита применяют комбинированные препараты, содержащие гидроокись кальция и йодоформ. Данные препараты обладают выраженным противовоспалительным действием за счет йодоформа. Например, для постоянного пломбирования корневых каналов применяют Sealapex (Kerr), Acroseal (Septodont) [1] – это кальцийсодержащие материалы, стимулирующие образование костной ткани в области верхушек корней зуба [7]; для временного пломбирования – Calasept (Nordica Dental), Кальсепт-йодо (Омега-дент) [2].

В данной статье нами представлен опыт успешного лечения периодонтитов со значительными деструктивными изменениями костной ткани в периапикальной области с использованием некоторых из вышеперечисленных препаратов.

Клинический случай 1

В детское отделение стоматологической поликлиники УГМА обратился ребенок Р. 14 лет с жалобами на периодические боли при накусывании и потемнение зуба 4.6.

На момент обращения лицо симметрично, без видимых патологических изменений. Прикус – физиологический. Слизистая оболочка полости рта и альвеолярных отростков – без патологических изменений.

Анамнез жизни: ребенок не имеет хронической соматической патологии, редко болеет респираторными инфекциями. При обследовании показатель КПУ=3, что соответствует компенсированной форме кариеса.

Зуб 4.6 ранее лечен по поводу осложненного кариеса ампутиационным методом. При клиническом обследовании выявлено: зуб 4.6 имеет серый оттенок, на жевательной и язычной поверхностях пломба в неудовлетворительном состоянии (нарушено краевое прилегание). Сравнительная перкуссия 4.6 безболезненная, десна в проекции верхушек корней без видимых патологических изменений, безболезненная при пальпации. После удаления пломбы кариозная полость в пределах полости зуба, в полости зуба пастообразный материал грязно-серого цвета, в четырех корневых каналах – распад пульпы. После механической и медикаментозной обработки корневые каналы сухие, без признаков экссудации.

На прицельной внутриротовой рентгенограмме зуба 4.6 определяется материал в полости зуба, в области корней и бифуркации – обширный очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами более 1 см в диаметре.

На основании данных клинического и рентгенологического исследований пациентке был поставлен диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 4.6. Был выбран консервативный метод лечения: одноэтапное пломбирование корневых каналов в связи с полной их готовностью к пломбированию (после механической и медикаментозной обработки корневые каналы оставались сухими, без признаков экссудации).

Лечение в первое посещение

Под торусальной анестезией Septanest 1:200000 удалена пломба, отпрепарирована кариозная полость и полость зуба, проведены их медобработка, эвакуация



Рис. 1

распада пульпы из четырех корневых каналов, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, высушивание корневых каналов бумажными штифтами и пломбирование методом латеральной конденсации с использованием гуттаперчевых штифтов и силера «Sealapex» (Kerr), поставлена временная пломба. Контрольная прицельная внутриротовая рентгенограмма зуба 4.6:

Во второе посещение через 7 дней

Жалоб не предъявляет. Временная повязка сохранена, сравнительная перкуссия зуба 4.6 безболезненная, слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 без патологических изменений.



Рис. 2

Лечение: после удаления временной повязки наложена изолирующая прокладка Vitremer (3M ESPE), проведена реставрация зуба 4.6 композитными материалами «Admira flow» и «Admira» (Voco), шлифование и полирование пломбы, постбондинг, флюоризация. Наблюдение за состоянием зуба 4.6 рекомендовано через 3, 6, 12 месяцев путем проведения осмотра и прицельных внутриротовых рентгенограмм.

Прицельные внутриротовые рентгенограммы зуба 4.6:



Рис. 2. Через 4 месяца



Рис. 4. Через 1,5 года



Рис. 5. Через 3 года 5 месяцев

Через 3 года 5 месяцев

В течение всего периода наблюдения за зубом 4.6 ребенок жалоб не предъявлял.

Через 4 месяца после лечения наблюдается положительная динамика по данным рентгенологического исследования – уменьшение очага резорбции в периапикальных тканях. Спустя 3 года 5 месяцев мы наблюдаем полное восстановление костной структуры в очаге деструкции.

Клинический случай 2

В детское отделение стоматологической поликлиники УГМА поступил ребенок К. 15 лет с жалобами на изменение цвета зуба 4.6.

На момент обращения лицо симметрично, без видимых патологических изменений. Прикус – дистальная окклюзия. Слизистая оболочка полости рта и альвеолярных отростков – без патологических изменений.

Анамнез жизни: ребенок не имеет хронической соматической патологии, редко болеет респираторными инфекциями. При обследовании показатель КПУ=5, что соответствует компенсированной форме кариеса.

Зуб 4.6 ранее лечен по поводу осложненного кариеса.

При клиническом обследовании выявлено: пломба в неудовлетворительном состоянии, изменение цвета зуба (зуб имеет серый оттенок), сравнительная перкуссия зуба 4.6 безболезненная, слизистая оболочка альвеолярного отростка в проекции верхушек корней зуба 4.6 без патологических изменений. После удаления пломбы кариозная полость в пределах полости зуба, в корневых каналах обнаружен пастообразный пломбировочный материал. После механической и медикаментозной обработки корневых

каналов – в верхушечной части незначительное количество экссудата.

На прицельной внутриротовой рентгенограмме: коронка зуба частично разрушена, корневые каналы obturированы на 1/3 длины, расширение периодонтальной щели в области боковой поверхности медиальных корней, в области верхушек корней очаги разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами, имеют зону склероза по периферии, 0,3-0,4 см в диаметре (рис. 6).

На основании данных клинического и рентгенологического обследований был поставлен диагноз: хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.6.

Был выбран консервативный метод лечения зуба 4.6.



Рис. 6

Первое посещение

Под торусальной анестезией Septanest 1:200000 – удаление пломбы, препарирование кариозной полости и полости зуба, медикаментозная обработка (0,05% раствор хлоргексидина), удаление пломбировочного материала из устьевой трети корневых каналов, механическая и медикаментозная обработка трех корневых каналов, корневые каналы заполнены препаратом «Кальсепт-йодо» (Омега-дент) [10] в связи с наличием признаков экссудации, временная пломба на срок 7 дней.

Второе посещение через 7 дней

Жалоб не предъявляет. Временная повязка сохранена. Сравнительная перкуссия безболезненная. Слизистая в проекции корней зуба 4.6 без патологических изменений.

Лечение: удаление временной повязки, антисептическая обработка кариозной полости и корневых каналов (раствор хлоргексидина 0,05%), в корневых каналах – незначительное количество экссудата, поэтому проведена повторная obturация трех корневых каналов «Кальсепт-йодо» (Омега-дент), временная повязка на срок 7 дней.

Третье посещение через 2 недели от начала лечения

Жалоб не предъявляет. Временная повязка сохранена. Сравнительная перкуссия безболезненная. Слизистая в проекции корней зуба 4.6 без патологических изменений.

Лечение: удаление временной повязки, антисептическая обработка кариозной полости и корневых каналов (раствор хлоргексидина 0,05%), повторная obturация трех корневых каналов «Кальсепт-йодо» (Омега-дент), временная повязка на срок 14 дней.

Четвертое посещение

через 1 месяц от начала лечения.

Жалоб в зубе 4.6 нет. Временная повязка сохранена. Сравнительная перкуссия безболезненная. Слизистая в проекции корней зуба 4.6 без патологических изменений (рис. 7).



Рис. 7

На прицельной внутриротовой рентгенограмме зуба 4.6 наблюдаем уменьшение очагов разрежения костной ткани, восстановление периодонтальной щели в области стенок медиальных корней.

Лечение: удаление временной повязки, медобработка кариозной полости и трех корневых каналов (раствор хлоргексидина 0,05%), высушивание корневых каналов бумажными штифтами и пломбирование методом латеральной конденсации с использованием гуттаперчевых штифтов и силера «Sealapex» (Kerr), временная пломба. Контрольная прицельная внутриротовая рентгенограмма зуба 4.6 (рис. 8).



Рис. 8

Пятое посещение

Жалоб не предъявляет. Временная повязка сохранена. Сравнительная перкуссия безболезненная. Слизистая в проекции корней зуба 4.6 без патологических изменений.

Лечение: после удаления временной повязки наложена изолирующая прокладка Vitremer (3M ESPE), проведена реставрация зуба 4.6 из композитных материалов «Admira flow» и «Admira» (Voco) [7], шлифование и полирование пломбы, постбондинг, флюоризация. Рекомендованы контрольные посещения через 3, 6, 12 месяцев (осмотр и прицельная внутриротовая рентгенография зуба 4.6).

Многоэтапное лечение зуба 4.6 предпринято в связи с наличием признаков экссудации в корневых каналах после их механической и медикаментозной обработки.

Положительная динамика отмечена нами через 1 месяц после использования препарата «Кальсепт-йодо» на этапах временного пломбирования корневых каналов.

Контрольная прицельная внутриротовая рентгенография зуба 4.6 через 1 год после проведенного лечения. Полное восстановление костной структуры в очаге деструкции произошло через 1 год после окончания лечения (рис. 9).



Рис. 9

Заключение

При выборе метода лечения детей и подростков, имеющих хронический периодонтит в постоянных зубах со сформированными корнями со значительными деструктивными изменениями в костной ткани, не следует сразу использовать радикальный подход к лечению (хирургический метод) [4]. Мы использовали консервативный метод лечения таких зубов в двух вариантах в зависимости от формы периодонтита и наличия признаков экссудации в корневых каналах. В первом случае мы применили одномоментное пломбирование корневых каналов с использованием кальцийсодержащего силера при гранулирующем периодонтите и отсутствии признаков экссудации в корневых каналах; во втором случае лечение пациента осуществлялось с исполь-

зованием комбинированного кальцийсодержащего препарата для временного пломбирования каналов при гранулематозном периодонтите и наличии признаков экссудации в корневых каналах. В обоих случаях нами были получены положительные результаты лечения: полное восстановление костной структуры в очагах деструкции. Успешность лечения периодонтитов со значительными деструктивными изменениями костной ткани можно проследить только в отдаленные сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болячин А.В. Препараты на основе гидроокиси кальция. Силеры для корневых каналов, содержащие гидроокись кальция.// Эндодонтия today. 2003, том 4, часть 1, № 3-4, с. 48-51.
2. Булавко Р.А. Препараты «Омега-дент» для эндодонтического лечения.// Эндодонтия today. №1, 2007.
3. Кисельникова Л.П., Чибисова М.А., Рамм Н.Л. Применение гидроокиси кальция при лечении постоянных зубов с осложненными формами кариеса.// Детская стоматология. 2000, № 1-2 (3-4), с. 84-86.
4. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. Москва, Медицина, 1985, с. 158-162.
5. Лукиных Л.М., Лившиц Ю. Н. Верхушечный периодонтит. НГМА. 1999. – с. 3, 65-66.
6. Михальченко В.Ф., Мануйлова Э.В., Яковлев А.Т. Клинико-иммунологическая оценка временной obtурации корневых каналов кальцийсодержащими препаратами.// Дентал-Юг. 2009, №3 (63), с. 28-29.
7. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. Санкт-Петербург. 2001. – с. 282.
8. Павлова Н.В., Кисельникова Л.П., Чибисова М.А. Результаты применения кальцийсодержащего материала «Каласепт» при лечении деструктивных форм периодонтитов.// Институт стоматологии. 2003, № 3, с. 10-11.
9. Павлова Н.В., Парвияйнен Ю.А., Кисельникова Л.П., Чибисова М.А. Применение кальцийсодержащих препаратов при консервативном лечении хронических периодонтитов постоянных зубов.// Институт стоматологии. 2001, № 3, с. 12-13.
10. Терехова Т.Н., Мельникова Е.И., Боровая М.Л. Опыт лечения апикального периодонтита постоянных зубов с незаконченным формированием корней.// Стоматология детского возраста и профилактика. № 1 (32), том IX, 2010, с. 20-25.
11. Токмакова С.И., Жукова Е.С. Клиническая эффективность применения препаратов гидроокиси кальция для лечения деструктивных форм хронического периодонтита.// Институт стоматологии. 2008, – № 41, с. 46-47.

Microbrush Аппликатор №1 в мире



Только аппликатор,
произведенный Янг
Микробраш (США),
может называться
Микробраш

Используя качественные аппликаторы и кисточки Микробраш, Вы можете быть уверены в том, что инструменты не подведут Вас в ответственный момент. Ножка кисточки не сломается при сгибании и согнется ровно настолько, насколько требуется. Головка аппликатора впивает и отдает нужное количество материала (например, на головке аппликатора Микробраш стандартного размера стабильно удерживается 1/8 капли); жидкость не капнет в неподходящий момент.

Надежно закрепленные и правильно ориентированные ворсинки никогда не останутся на рабочей поверхности. Более жесткая, по сравнению с другими, головка аппликатора Микробраш даст возможность эффективно «втереть» жидкость в поверхность. Продуманная упаковка надежно защитит инструменты от повреждений при транспортировке и хранении.

Эксклюзивный поставщик Микробраш в России:

kraftway®
medical

ООО „Крафтвэй Медикал“ Москва, 3-я Мытищинская ул., 10
(495) 232-69-33 www.kraftwaydental.ru