

О.П. Максимова,
доцент детской и терапевтической
стоматологии

Е.П. Рыбникова,
Руководитель учебного центра
«ТВИ Company», преподаватель-клиницист

Периодонтиты временных зубов у детей

Клиническая лекция

Наиболее полное описание клиники, диагностики и лечения заболеваний зубов у детей представлено в одноименной монографии проф. Т.Ф. Виноградовой еще в 1967 году. И только правильная интерпретация клинических симптомов, изложенных в книге, любовь к детской стоматологии позволяли в то время преодолевать трудности при лечении периодонтитов у детей в условиях почти полного отсутствия эндодонтического оснащения.

Детские стоматологи располагали скромным набором инструментов и проводили лечение доступными методами. В современной стоматологии многое изменилось, однако в части клинического мышления детского врача остаются очень важными основные положения, изложенные в книге. Целесообразно обратиться к ним и в настоящее время, когда на вооружении детского стоматолога появился и эндодонтический инструментарий, и способы надежного обезболивания, в связи с чем нередко у врача в стоматологическом кресле ребенок засыпает. Итак...



Рис. 1. Ортопантомограмма временного прикуса ребенка

Периодонтиты временных зубов развиваются прежде всего вследствие гибели пульпы при кариозном поражении, нередко после лечения пульпитов, особенно методом девитализации, а также при травме зубов. Как правило, периодонтит временных зубов (и это одна из закономерностей детского организма) развивается как первично-хронический процесс, минуя стадию острого воспаления как в кариозном (часто при неглубокой полости), так и в запломбированном зубе. Поэтому достоверная диагностика периодонтита у ребенка возможна лишь при рентгенологическом исследовании (рис. 1).

Для правильного понимания характера изменений в периодонте временных зубов и зачатках постоянных зубов необходимо знать основные данные рентгеноанатомии детских челюстей в разные возрастные периоды. Особое внимание следует обращать на сопряженность процессов физиологического развития корней временного и фолликулов постоянного зуба.

На ранних стадиях развития постоянного зуба, соответствующих началу обызвествления бугров коронки премоляра, фолликул постоянного зуба располагается между корнями временного зуба. При этом



Рис. 2. Рентгенограмма зуба 85 и фолликула зуба 45

корни временного зуба сформированы или находятся в стадии формирования. Периодонтальная щель четкая, фолликул хорошо контурирован и имеет округлую форму. Между кортикальной оболочкой фолликула и лункой временного зуба в области бифуркации корней определяется слой костной ткани ячеистого строения (рис. 2).

По мере роста челюсти и обызвествления коронки постоянного зуба фолликул как бы смещается к краю челюсти и в некоторых случаях в сторону ее угла. Степень смещения различна: от незначительной до такой, при которой верхний полюс фолликула доходит до уровня верхушек корней временных зубов.

В этот период рентгенологически следует различать следующие особенности: корни временных зубов полностью сформированы, периодонтальная щель просматривается на всем протяжении, границы ее более четкие на внешних поверхностях корней. На внутренней поверхности граница периодонтальной щели несколько размыта, она выглядит суженной, особенно в области фуркации корней. Все пространство между корнями заполнено костной тканью мелко- и среднекачественного строения. Фолликул постоянного зуба располагается на уровне верхушек корней временных зубов, форма фолликула — удлиненная.

Именно в этой зоне между корнями временных зубов и кортикальной пластинкой, ограничивающей зачаток постоянного зуба, и разыгрывается процесс воспаления периодонта у детей, определяя рентгенологическую симптоматику периодонтита временных зубов.

Аналогично воспалительным процессам в периодонте у взрослых, в детском возрасте могут развиваться все виды периодонтитов, однако, преобладающими являются гранулирующие процессы.

Отличием служит локализация деструктивного процесса: излюбленная локализация хронического гранулирующего периодонтита временных зубов — область фуркации корней. А учитывая эту локализацию, гранулирующий характер процесса и особенности структуры костной ткани челюстей в детском возрасте можно объяснить развитием больших очагов деструкции костной ткани челюсти, захватывающих области вокруг корней временного и соседних зубов и, что особенно трагично, зачатки постоянных зубов.

В этих случаях следует диагностировать введенный в клинику детской стоматологии проф. Т.Ф. Виноградовой «хронический гранулирующий остит» (рис. 3).

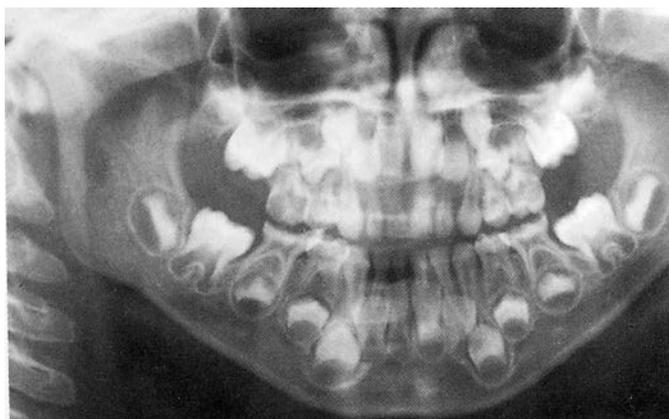


Рис. 3. Хронический гранулирующий остит в области зуба 84

При хроническом периодонтите временного зуба развивается патологическая резорбция корней этого зуба, независимо от возраста ребенка. Это еще одно обстоятельство в пользу того, что диагностика и лечение зубов у детей требуют рентгенологического обследования.

Обращаясь к вопросу лечения периодонтита временного зуба, первым делом должны быть определены «пределы консервативной терапии» временного зуба (Виноградова Т.Ф.). Этим пределом является наличие хронического гранулирующего остита (рис. 4).

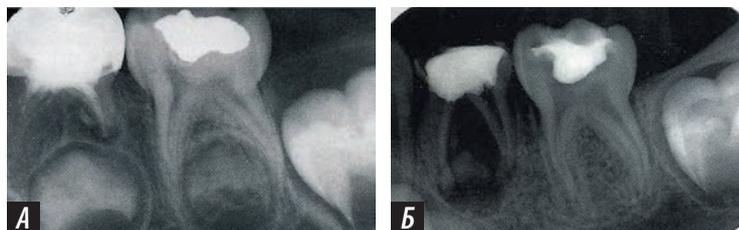


Рис. 4. А — кортикальная пластинка фолликулов зубов 34 и 35 сохранена; Б — хронический гранулирующий остит в области зуба 34

Временный зуб во имя сохранения постоянного должен быть удален, независимо от возраста ребенка. В противном случае развиваются разнообразные осложнения, впервые описанные проф. Виноградовой Т.Ф. Это: «нарушение полноценного формирования тканей постоянного зуба (так называемая гипоплазия), гибель зачатка постоянного зуба, который, превращаясь в инородное тело, поддерживает течение хронического воспаления в челюсти, отторжение зачатка, преждевременное прорезывание постоянных зубов, распространение патологического процесса на фолликул первого постоянного зуба, образование радикулярных кист временных и фолликулярных кист постоянных зубов и т.д.

Временный зуб нерационально лечить также, если под влиянием патологического процесса резорбировались две трети корня».

И если классика клинической картины периодонтитов временных зубов, которую важно учитывать при лечении детей, остается прежней, то в современном лечении произошли большие изменения.

Для препарирования корневых каналов временных зубов рационально использовать К-файлы № 40–90, притом, наиболее часто для зубов резцовой группы № 60–90, а для временных моляров — № 40–60 (рис. 5). Для ирригации каналов — 1% раствор йодиола, а для obturation — цинк-эвгенольный цемент, метапекс (содержит йодоформ).



Аналогично лечению постоянных зубов, протокол препарирования состоит из следующих этапов:

1. Определение ориентировочной рабочей длины (ОРД) и «проекта» корневого канала по рентгенограмме.
2. На 2/3 ОРД диагностическое исследование файлом С+, или К-файлом № 15 или 10, или...
3. На 2/3 ОРД методом «crown-down» уменьшающимися размерами (К – файл № ..., № ...) – указать используемые инструменты.
4. Определение рабочей длины файлом С+ или К-файлом по рентгенограмме.
5. На полную рабочую длину – методом «step-beak» или «crown-down» – указать используемые инструменты.

На всех этапах препарирования необходимо проверять соблюдение правила «инструмента»: стержень

ручного файла, введенный в канал (рукоятку отпустить), должен не прислоняться к стенкам устья, а отстоять от них (рис. 6).

При препарировании корневых каналов временных зубов наибольшие трудности возникают при работе в передних и щечных каналах, поэтому рациональнее начинать именно с них.

Нежелательно проводить лечение периодонтита в период после перенесенного ребенком заболевания, когда иммунитет снижен, а регенеративные процессы угнетены.

Завершение лечения после obturation корневых каналов состоит в герметичном пломбировании коронки зуба, при этом наиболее предпочтительным является использование тонкостенных коронок.

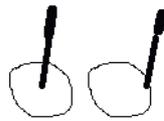


Рис. 6. Правило «инструмента»



НПО "Полистом"

Лидер в производстве остеопластических материалов на основе фосфатов кальция

Гидроксиапол - фирменное название гидроксиапатита (ГАП)

ТКФ-95 - гранулы трикальцийфосфата для регенерации костной ткани

ФтАП-50 д - порошок фторгидроксиапатита используется при лечении и профилактике кариеса для защиты пульпы и усиления дентиногенеза

Композиционные материалы (биополимер+ГАП)

Гемостатический Колапол КП - лучший отечественный местный гемостатик

Гапкол, Колапол КП-2 - композиционный материал, служащий для лечения пародонтита

Колапол КП-3 - композиционный материал, служащий для заполнения костных полостей различного генеза

Пародонкол - резорбируемые мембраны для направленной регенерации костной ткани

Индост - остеоиндуктивный композиционный материал, служащий для усиления регенерации костной ткани

ТрАпекс-гель - рекомендуется для запекального выведения при лечении деструктивных форм периодонтита (при наличии кистогранулем)



Москва, 107023, Большая Семеновская, 40

тел./факс (495) 737-68-92, тел. (495) 967-99-38

сайт: www.polystom.ru e-mail: office@polystom.ru