

С.И. Гажва,

д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии ФПКВ НижГМА

Е.С. Пожиток,

врач-стоматолог высшей категории клиники «Садко», Н. Новгород

## Анализ осложнений, возникающих в результате лечения пульпита молочных зубов методом девитальной ампутации

В терапевтической практике детского врача-стоматолога наиболее часто встречающейся формой осложнения кариеса временных зубов является пульпит [8, 9, 11]. Выбор метода лечения пульпита молочных зубов был и остается в настоящее время до конца не решенной проблемой [2, 3, 10]. Сложность определяется несколькими факторами: трудности в налаживании психологического контакта с ребенком, в сборе анамнеза и проведении диагностических мероприятий (в том числе и рентгенограммы), при проведении местной анестезии и невозможность проведения длительных (более 30–40 мин) лечебных процедур под местной анестезией, анатомо-физиологические особенности пульпы и т.д. [5–7].

Цель исследования — выявить частоту применения метода девитальной ампутации при лечении молочных зубов и определить возможные виды осложнений при этом.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были проанализированы записи в 475 медицинских картах стоматологического больного (форма 043/у) в клиниках Нижнего Новгорода, осу-

ществляющих прием детей в период с 2005 по 2008 г. При обработке амбулаторных карт в качестве стандарта использовался алгоритм лечения, изложенный в приказе МЗ РФ № 620 от 30.12.2003 г. «Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Метод девитальной ампутации при лечении молочных зубов согласно стандарту, указанному в приказе № 620, разрешен к использованию (с применением девитализирующих препаратов: мышьяковистых и безмышьяковистых и последующим наложением на пульпу формальдегидсодержащих паст). Этот метод осуществляется в 3 посещения (классическая схема, предложена Т.Ф. Виноградовой в «Стоматологии детского возраста», 1987). В первое посещение на вскрытую точку накладывается девитализирующий препарат и закрывается временной пломбой, во второе посещение проводится ампутация коронковой пульпы и наложение тампона с мумифицирующей жидкостью под временную пломбу, в третье посещение на устья каналов накладывают

мумифицирующую пасту и восстанавливают коронковую часть зуба пломбой или коронкой. Возможно лечение в два посещения (без наложения тампона с мумифицирующей жидкостью) в случае, если корни молочного зуба находятся в стадии выраженной резорбции.

При анализе амбулаторных карт с диагнозом «пульпит» в молочных зубах метод девитальной ампутации был использован в 91,2% случаев. Из них в 48,5% лечение проведено в 2 посещения, в 42,7% — в 3 посещения (рис. 1). При этом возраст детей при лечении в 2 посещения составил от 4 до 8 лет, аргументы о выборе метода лечения в 2 посещения отсутствуют.

В результате лечения пульпита молочных зубов методом девитальной ампутации нами было выявлено 14,5% осложнений (рис. 2).

В 4,8% амбулаторных карт мы встретили запись о том, что с девитализирующим препаратом дети ходили от 10 дней до 1 мес, прежде чем продолжить лечение методом девитальной ампутации. В 1,6% случаев дети являлись на прием, однако «лечение провести не удалось ввиду неадекватного поведения ребенка» и врач-стоматолог направлял этих детей на лечение под

общим обезболиванием. Кроме того, в 9,7% случаев после постановки девитализирующего препарата (безмышьяковистого: Девит-П либо Девит-С фирмы «ВладМива») на последующие посещения ребенок не явился. Неявка на прием в нужные сроки, непроведение терапевтического лечения может также привести к возникновению осложнений. Отсутствие записи о дальнейшем состоянии молочного зуба не является показателем положительного исхода лечения. Таким образом, лишь в 6,5% случаев мы можем утверждать, что ле-

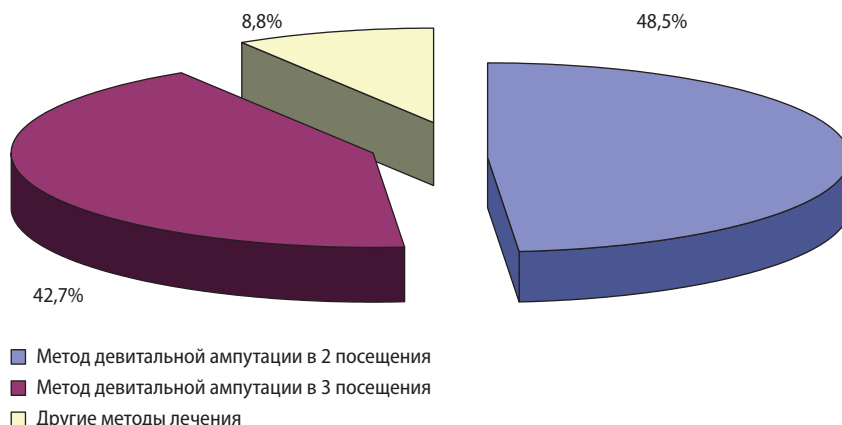


Рис. 1. Использование различных методов лечения пульпита молочных зубов

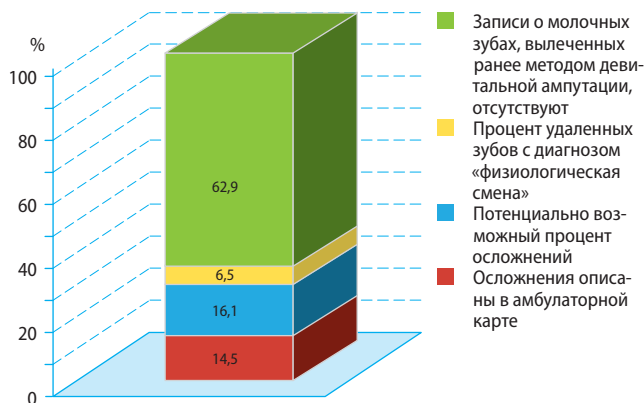


Рис. 2. Осложнения, выявленных при анализе амбулаторных карт стоматологического больного

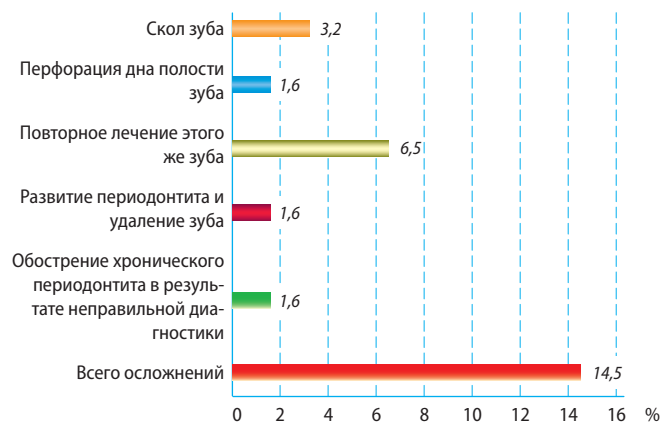


Рис. 3. Структура выявленных осложнений после лечения молочных зубов методом девитальной ампутации

чение методом девитальной ампутации не повлекло за собой развитие осложнений (так как молочные зубы были удалены в связи с физиологической сменой, о чем имеется запись в амбулаторной карте ребенка).

Осложнения, которые были выявлены нами в результате анализа амбулаторных карт стоматологического больного с диагнозом «пульпит» и вылеченных методом девитальной ампутации зубов, представлены на рис. 3.

1. Скол зуба (через год) — 3,2%
2. Перфорация дна полости зуба — 1,6%
3. Повторное лечение этого же зуба (в результате кариозного процесса или выпадения пломбы) — 6,5%
4. Развитие периодонтита и удаление зуба (через год) — 1,6%
5. Обострение хронического периодонтита в результате неправильной диагностики — 1,6%

Для большей убедительности в значимости затронутой проблемы приводим несколько клинических случаев.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Пациентка Д., 4 года. Обратилась с целью санации полости рта. Жалоб нет. Объективно: жевательно-дистальная полость в зубе 7.4, жевательная полость в зубе 7.5, полости в пределах околопульпарного дентина. Проведено лечение зубов 7.4 и 7.5 по поводу хронического фиброзного пульпита методом девитальной ампутации в 2 посещения с наложением на устья каналов пасты «Форфенан» и постановкой пломбы из стеклоиономерного цемента «Витример». Диагностические рентгеновские снимки отсутствуют. Спустя год у ребенка появились жалобы на боль при приеме пищи. Объективно: зуб 7.4 — дефект пломбы; зуб 7.5 под пломбой, перкуссия резко болезненна, слизистая оболочка маргинальной десны с вестибулярной стороны в проекции верхушек корней обоих зубов гиперемирована, болезненная при пальпации.

На рентгенографии обнаружены очаги разрежения костной ткани в пе-

риапикальной области и в области бифуркации (рис. 4). Диагноз: периапикальный абсцесс без свища от зубов 7.4 и 7.5 (K04.7). Зубы удалены.

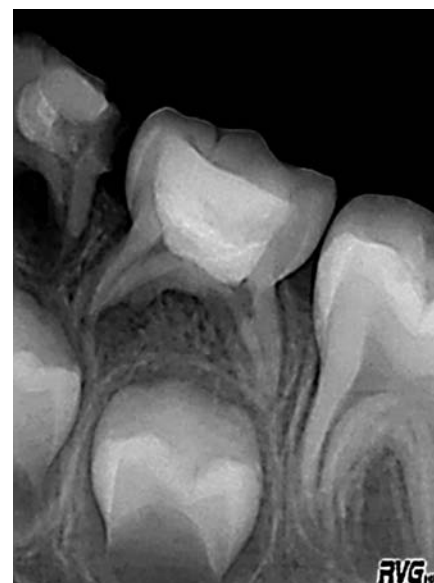


Рис. 4. Рентгенограмма зубов 7.4 и 7.5 спустя год после лечения хронического фиброзного пульпита

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2**

Пациент Л., 10 лет, обратился с целью санации полости рта. Жалоб нет. При осмотре полости рта обнаружен зуб 8.5 измененный в цвете, под пломбой (рис. 5). Из анамнеза: зуб лечен 4 года назад методом девитальной ампутации. Для подтверждения наличия зуба 4.5 сделана диагностическая рентгенограмма, в результате чего обнаружена фолликулярная киста (рис. 6). Корневая киста неуточненная (K04.89).

Кроме того, в данном случае имеет еще одно осложнение после лечения зуба 7.5 — задержка смены молочного зуба (рис. 7). Произошла физиологическая смена зубов в установленные сроки, кроме зуба 7.5.



Рис. 5. Зубы нижней челюсти

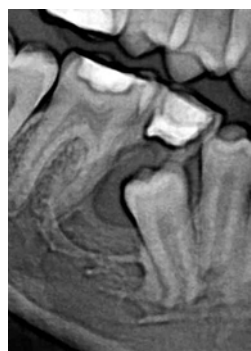


Рис. 6. Рентгенограмма зуба 8.5



Рис. 7. Зуб 8.5 после удаления

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 3**

Пациент Д., 7 лет, обратился с жалобами на отек щеки. Анамнез заболевания: 1,5 года назад зубы 7.4 и 7.5 лечили по поводу обострения хронического фиброзного пульпита методом девитальной ампутации с наложением пасты «Форфенан» на устья каналов.

Внешний осмотр: асимметрия лица за счет отека мягких тканей щеки слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. В полости рта: кариозная полость в зубе 7.4, на дне остатки пломбировочного материала; зуб 7.5 под пломбой, краевое прилегание пломбы нарушено. По переходной складке — гиперемия и отечность, болезненность при пальпации. Перкуссия зубов 7.4 и 7.5 слабо болезненна. На рентгенограмме: разрежение костной ткани в области зубов 7.4 и 7.5 с нечеткими контурами. Корни зубов 7.5 сформированы,



Рис. 8. Зубы 7.4 и 7.5 в полости рта



Рис. 9. Рентгенограмма зубов 7.4 и 7.5

зуб 7.4 — начальная стадия резорбции в области бифуркации (рис. 9).

Диагноз: апикальный абсцесс (периапикальный абсцесс без свища). Учитывая объем изменений в костной ткани, решено удалить зубы 7.4 и 7.5. После удаления (рис. 10) получено обильное гнойное отделяемое.

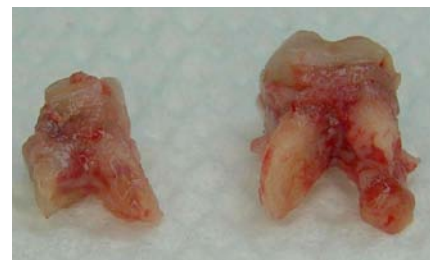


Рис. 10. Вид зубов 7.4 и 7.5 после удаления

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 4**

Пациентка Л., 8 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевых ходов в проекции корней зуба 6.4. Анамнез заболевания: 2 года назад зуб 6.4 был лечен методом девитальной ампутации с наложением на устья каналов резорцин-формалиновой пасты. Диагноз: хронический фиброзный пульпит зуба 6.4. Объективно: дефект пломбы зуба 6.4. Зуб изменен в цвете.

На слизистой оболочке — свищевой ход со скудным отделяемым (рис. 11). Диагноз: периапикальный абсцесс со свищом, имеющий сообщение с полостью рта (K04.62). Зуб 6.4 был удален.

**ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Представленные клинические случаи демонстрируют осложнения в отдаленные сроки после лечения молочных зубов методом девитальной ампутации. Данные литературы свидетельствуют о том, что детские стоматологи Европы и Америки давно не используют этот метод в своей практике, так как при его применении имеется два агрессивных фактора воздействия на пульпу: девитализирующий препарат и паста, содержащая резорцин и формалин, что может вызвать ожог пульпы и периапикальных тканей с последующим развитием воспаления. Однако в нашей стране данный метод пользуется особой популярностью из-за простоты и универсальности применения (и при хроническом



Рис. 11. Свищевой ход на десне в проекции корней зуба 6.4



Рис. 13. Вид зуба 6.4 после удаления



Рис. 12. Рентгенограмма зуба 6.4

процессе, и в стадии обострения), низкой себестоимости и, главное, выработанной годами привычки. Нам бы очень хотелось, чтобы представленные дан-

ные явились поводом для размышления многим стоматологам и помогли им выбрать более эффективный и клинически оправданный метод лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. **Виноградова Т.Ф.** Стоматология детского возраста. — М., 1987.
2. **Дедеян С.А., Дедеян В.Р.** Опыт клинического применения препарата «Пульпотек» при лечении пульпитов временных и постоянных моляров методом витальной пульпотомии. — 2006. — № 3. — С. 53—54.
3. **Жданов Е.В. и др.** Эндодонтическое лечение временных зубов. Обзор методов лечения. — Стоматология детского возраста и профилактика. — 2005. — № 3—4. — С. 51—56.
4. **Кисельникова Л.П. и др.** Современные подходы к лечению пульпита во временных зубах у детей. — Институт стоматологии. — 2007. — № 4. — С. 79—81.
5. **Курякина Н.В.** Терапевтическая стоматология детского возраста. — М.: Мед. книга, 2004. — 745 с.
6. **Мак-Дональд Р.Е., Эйвери Д.Р.** Стоматология детей и подростков. — М.: МИА, 2003. — 765 с.
7. **Потапова Н.Б. и др.** «Каталюгем» — верный помощник при лечении хронического пульпита

временных зубов у детей. — Стоматология детского возраста и профилактика. — 2005. — № 1—2. — С. 44—45.

8. **Садовский В.В. и др.** Анализ оказания неотложной стоматологической помощи детям в разных регионах России (Хабаровске, Кисловодске, Мегроне Ханты-Мансийского АО). — Стоматология детского возраста и профилактика. — 2007. — № 2. — С. 65—68.

9. Справочник по детской стоматологии / Под. ред. А.С. Cameron, R.P. Widmer; Пер. с англ. Под. ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 288 с.

10. **Гажва С.И., Тучик Е.С., Абрамова Е.Е.** Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений в практике детского врача-стоматолога. — НижГМА, 2008. — 297 с.

11. **Ткачук О.Е.** Стоматология детского возраста. — Феникс, 2006. — 301 с.