

# ПЕРИОДОНТИТЫ У ДЕТЕЙ

## Резюме

Одной из самых сложных нозологических единиц в педодонтии являются хронические формы периодонтита молочных зубов. В данном лекционном материале представлены классификация периодонтитов, особенности клинического течения в молочных зубах, возможные осложнения. Отражены показания и противопоказания к консервативному лечению периодонтитов молочных зубов.

**Ключевые слова** *периодонтит, хронические формы, молочные зубы.*

## Summary

### PERIODONTITIS IN CHILDREN

One of the complication of nozologically unit in pedodontia are chronic forms of periodontites of calfs teeth. In this lecture material are described classification of periodontites, features of clinical course in calfs teeth, and possible complications. Is reflected indications and contraindications for conservative treatment in periodontites of calfs teeth.

**Key words:** *periodontities, chronic form, calfs teeth.*

## Введение

Периодонт развивается одновременно с корнем зуба. На рентгенограмме несформированного зуба, периодонтальная щель определяется у сформированной части корня, а в области раструба несформированной части сливается с проекцией ростковой зоны корня, окруженной четкой компактной костной пластинкой. По мере формирования апикальной части корня размеры ростковой зоны уменьшаются. Небольшое возрастное расширение периодонтальной щели у верхушки (1–1,5 мм) наблюдается еще в течение года после окончания формирования корня.

Классификация периодонтитов.

### По этиологии:

- инфекционные
- травматические
- медикаментозные

### По локализации:

- апикальные
- маргинальные

### По клиническому течению:

- острые
- хронические
- обострившиеся

### По патоморфологическим изменениям в тканях:

- серозные
- гнойные
- фиброзные
- гранулематозные
- гранулирующие

Острый инфекционный периодонтит является исходом острого диффузного или хронического гангренозного пульпита.

Жалобы на постоянные нарастающие боли, усиливающие при жевании или даже при прикосновении. Особенно у маленьких детей и, реже у более старших, возможно быстрое и интенсивное инфицирование тканей пародонта с выраженной общей интоксикацией, повышением температуры тела до 38°C и выше, нарастанием отёка мягких тканей лица. Такие дети обычно капризные, плаксивые, отказываются от приёма пищи, боятся открыть

Владимир Симинович

д.м.н.,

Доцент Кафедры

Детской ЧЛ Хирургии,

Педиатрической

стоматологии и

Ортодонтии, КГУМФ

«Николае

Тестемицану»

рот, из полуоткрытой полости рта стекают слюны, дети плохо спят и др.

Объективно: ребенок обычно в состоянии указать на причинный зуб, со средней или глубокой кариозной полостью, которая часто не сообщается с полостью зуба. Иногда зуб может иметь пломбу или быть интактным. Зондирование кариозной полости безболезненно. Перкуссия резко болезненна. Зуб может быть подвижным. Десна в области причинного зуба отечна и гиперемирована. По переходной складке может определяться инфильтрат, а в тяжёлых случаях коллатеральный отёк. Регионарные лимфатические узлы увеличены, слегка болезненны и подвижны. Анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЕ.

Тяжело и быстро прогрессируют острые периодонтиты у ослабленных детей, и если в ближайшие часы не была оказана стоматологическая помощь, то возникает острый периостит или остеомиелит челюсти.

При остром мышьяковистом (медикаментозном токсическом) периодонтите, который возникает при передозировке или несвоевременной экстирпации пульпы после наложения мышьяковистой пасты, дети предъявляют боли при накусывании на зуб, но изменений в окружающих тканях обычно нет. Перкуссия зуба умеренно болезненна.

Острые периодонтиты встречаются редко у детей, чаще с подобной клиникой бывают обострения хронических форм периодонтита.

#### **Хронический периодонтит у детей**

Возникает, как следствие острых верхушечных периодонтитов, хронического гангренозного пульпита.

У детей хронический периодонтит может возникнуть, как первично хронический процесс, которому не предшествует острое воспаление. Часто диагноз устанавливается при профилактических осмотрах, при изучении рентгенограмм, при обнаружении свища на десне и т.д.

#### **Особенности клинического течения хронических периодонтитов у детей.**

Периодонтиты могут встречаться при неглубоких кариозных полостях как в молочных, так и в постоянных зубах. Преобладают гранулирующие формы периодонтита, которые в молочных зубах отрицательно влияют на зачаток постоянного зуба. Гранулирующая форма периодонтита временных зубов часто протекает с образованием свища. Деструктивный процесс чаще, чем у взрослых, захватывает область бифуркации (трифуркации) и корней. Хронические периодонтиты зубов с несформированными корнями, могут прекратить апексогенез.

В молочных зубах во всех стадиях развития практически не диагностируется фиброзная форма периодонтита, и очень редко — гранулематозный периодонтит.

Клинические симптомы хронических перио-

донтитов очень скудны: болей нет, ребёнок почти всегда может пользоваться поражённым зубом, который на температурные раздражители не реагирует.

При осмотре зуб может быть значительно разрушенным или иметь кариозную полость различных размеров с размягчённым и пигментированным дентином. Иногда он может быть интактным или иметь пломбу. Коронка зуба изменена в цвете, чаще серого оттенка, тусклая. Зондирование кариозной полости безболезненно. Иногда при гранулирующем хроническом периодонтите в полости зуба может быть грануляционная ткань, что вызывает болезненность. Перкуссия причинного зуба безболезненна и имеет тупой звук. Десна в области проекции корней может быть интактной, но чаще всего гиперемирована, отечна, пастозна, в некоторых случаях есть свищ с отделяемым или с набухающими грануляциями. Электровозбудимость зуба 100-200 мкА. Только рентгенологическое обследование позволяет точно определить форму хронического периодонтита. При гранулирующем периодонтите — очаг разряжения кости с нарушением целостности кортикальной пластинки с нечеткими границами. При гранулематозном периодонтите — очаг разряжения кости с чёткими границами, круглой или овальной формы. При фиброзном периодонтите — расширение периодонтальной щели в апикальной области.

Развитие хронического гранулирующего периодонтита молочных зубов с близким расположением зачатков постоянных зубов может привести к следующим осложнениям:

1. Гибель фолликула постоянного зуба в ре прорастания грануляции в зону роста, что ведёт к адентии.
2. Проникновение инфекции в фолликул постоянного зуба с нарушением процессов формирования, минерализации твёрдых тканей постоянного зуба, что ведёт к гипоплазии, зубы Турнера.
3. Смещение зачатков постоянных зубов, что ведёт к затрудненному прорезыванию или формированию аномалии положения, к ретенции или дистопии постоянного зуба.
4. Более ранним прорезыванием постоянного зуба в результате разрушения костной ткани между корнями молочного зуба и зачатком постоянного.
5. Развитие фолликулярной кисты.

#### **Методы лечения:**

Консервативные.

Хирургические.

Смешанные.

#### **Противопоказания к консервативному лечению зубов с периодонтитами у детей:**

- При нарушении кортикальной пластинки фолликула постоянного зуба.
- Патологическая или физиологическая ре-

зорбция корней более чем на 1/3.

- Периодонтитный молочный зуб — причина периостита, остеомиелита челюсти.
- Периодонтитный зуб — причина септицемии.
- Частые обострения хронического периодонтита после правильно проведенного эндодонтического лечения..
- Полное разрушение коронки молочного зуба.
- При перфорации в области бифуркации корней.
- Если до смены менее 1,5-2 лет.
- При хронических инфекционно-аллергических заболеваниях организма ребенка, когда периодонтитный зуб является очагом хронической одонтогенной инфекции.

Лечение предусматривает:

- Устранение причины, удаление воспаленной пульпы, распада пульпы, инактивация медикаментов.
- Определение рационального пути оттока экссудата (через корневой канал, через разрез, через лунку удаленного зуба).
- Воздействие на микрофлору микро — и макроканальцев.
- Нейтрализация воздействия биогенных аминов.
- Устранение воспалительного процесса в периодонте.
- Пломбирование микро- и макроканальцев.
- Стимулирование регенеративных процессов тканей периодонта и формирования корня.
- Повышение резистентности организма.

В лечении молочных и постоянных зубов у детей есть ряд особенностей, которые, прежде всего, определяются этиологией, тяжестью и характером воспалительного процесса, состоянием корня, общим состоянием ребёнка и др.

Острый гнойный периодонтит молочных и постоянных зубов у детей является следствием инфицирования периодонта через канал зубов. В первое посещение с помощью турбинного накопника максимально раскрывают полость зуба, как правило, через кариозную полость. Иногда создают дополнительную полость с жевательной или небной поверхности для лучшего доступа к полости зуба. Затем удаляют распад пульпы из полости зуба и из каналов пульпэкстракторами, чередуя с антисептической обработкой канала корня. При несформированных или резорбирующихся корнях следует эндодонтические инструменты вводить в канал осторожно, на определённую глубину (определяются рентгенологически), чтобы не выйти или не протолкнуть некротизированные ткани за пределы корня.

Когда корень сформирован, возникает необходимость в раскрытии верхушки корня зуба с целью обеспечения дренажа. Зуб оставляется

открытым до купирования острого процесса. Назначают полоскания 1% гидрокарбонатом натрия.

При тяжёлом течении острого серозного периодонтита, который осложнился острым серозным периодонтитом, необходимо после экстирпации пульпы (под местной анестезией), или удаления распада пульпы, тщательно провести антисептическую обработку каналов и создать отток через канал, с назначением сульфаниламидов, антибиотиков, глюконата кальция, анальгетиков и др. При наличии поднадкостничного абсцесса следует его вскрыть по переходной складке.

Во второе посещение после исчезновения болей при накусывании и при перкуссии, проводят инструментальную и антисептическую обработку полости зуба и каналов. Для антисептической обработки каналов применяются не раздражающие периодонт средства, 0,06% хлоргексидин, раствор этирицида, микроцида с протеолитическими ферментами и др. Затем после выслушивания каналы пломбируются в пределах верхушечного отверстия, и накладывается постоянная пломба.

Лечение мышьяковистого периодонтита сводится к удалению пульпы и применению антидотов: 5% унитиол, 5% раствор йода спиртового, 1% йодиола, которые оставляются в канале на 2-3 дня до ликвидации болей при перкуссии.

При травматическом периодонтите, зуб иммобилизируют, после экстирпации или удаления распада пульпы, проводят антисептическую обработку каналов и в них оставляются противовоспалительные средства (эвгенол, камфоро-фенол и др.). После купирования острого процесса каналы и зуб пломбируются.

При хроническом гранулирующем периодонтите при прорастании в канал грануляционной ткани, необходимо их удалить полностью (прижечь 4% прополисом, ваготилом), а канал сразу запломбировать, иначе до следующего посещения грануляции вновь прорастут в широкий канал.

Каналы молочных зубов пломбируются материалами, которые не влияют на процессы резорбции или формирования корня: пасты на основе эвгенола, шиповника, резорцин — формалиновая, паста Гениса и др.

#### **Особенности лечения периодонтитов зубов с несформированными корнями.**

Прогноз во многом определяется состоянием тканей ростковой зоны.

После определения длины канала (рентгенологически), максимально раскрывается полость зуба, поэтапно удаляют распад пульпы под ванночкой из антисептиков. Рекомендуется применять при медикаментозной обработке протеолитические ферменты: трипсин, террилин и др. Один из главных этапов лечения — это инструментальная обработка канала, при которой удаляется инфицированный пре дентин со стенок канала. Важно чередовать инструментальную обработку канала

с медикаментозной. Для стимулирования апексогенеза верхушечная часть канала пломбируется пастами на основе гидроокиси кальция, а оставшаяся часть канала цинк-эвгеноловой пастой.

Дети с периодонтитами обязательно берутся на диспансерный учёт, наблюдая клинически и рентгенологически через каждые 6 месяцев за состоянием периапикальных тканей, формированием корня и т.д.

#### Список литературы

1. Вопросы стоматологии. Кишинёв.1989.102 с.
2. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. Руководство для врачей. Рабухина Н.А., Чупрынина Н.М., Москва, 1991, 368 с.

3. Рыбаков А.И. Иванов В.С. Клиника терапевтической стоматологии. Москва. 1980, 318 с.
4. Стоматология детского возраста. Виноградова Т.Ф., Москва. 1987, 525 с.
5. Стоматология детского возраста. Колесов А.А., Москва. 1991, 464 с.
6. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям. Медпресс-информ. 2007. 186 с.
7. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. Киев. Книга Плюс. 2007.816 с.
8. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста Медицина.2006.640 с.
9. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. Санкт-Петербург. ГЭОТАР-Медиа. 2010.906 с.

*Data prezentării: 16.03.2013.*

*Recenzent:*

## КАРИЕС ЗУБОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Владимир Симинович**

*д.м.н.,*

*Доцент Кафедры  
Детской ЧЛ Хирургии,  
Педиатрической  
стоматологии и  
Ортодонтии, КГУМФ  
«Николае  
Тестемицану»*

### Резюме

В развитии патологических процессов, происходящих в полости рта, одну из основных функций играет слюна. В лекционном материале представлен состав слюны, её химическое строение, функции которые она выполняет. Так же отражены изменения в слюне при возникновении патологических процессов и способы их устранения.

**Ключевые слова** патологический процесс, кариес зубов, детский возраст.

### Summary

#### TEETH DECAY IN CHILDREN

In this lecture material is described frequently localization of teeth caries in children, classification, clinical manifestations in childhood, diagnosis, misdiagnosis and features of clinical course of dental caries in children.

**Key words:** pathological process, teeth decay, childhood.

### Введение

Кариес зубов является самым распространенным заболеванием человека. Анатомические и физиологические особенности, реактивные свойства и общая сопротивляемость организма в детском возрасте откладывают свой отпечаток на течение кариеса.

Кариес временных зубов в возрасте, до 2 лет локализуется преимущественно на тех поверхностях зуба, которые формировались в антенатальной период (гладкие поверхности резцов верхней и нижней челюсти), особенно если он был неблагоприятным, (хронические экстаргентальные болезни матери, анемии, токсикоз беременности и т.д.).

После 3 лет кариесом поражаются жевательные поверхности моляров и после четырех лет — контактные поверхности временных моляров.

Следует отметить высокую поражаемость кариесом жевательной поверхности (80,8%) первых постоянных моляров.

Особенностью кариозного процесса является возникновение его в период прорезывания зубов (6–7 лет — первые постоянные моляры, 11–13 — вторые постоянные моляры) и быстрое прогрессирование процесса в силу незавершенной минерализации. Наибольший процент возникновения начальных форм кариеса приходится именно на период прорезывания зуба. Прирост интенсивности наблюдается и в более позднем возрасте и обусловлен про-