



УДК 616.314.19-06

УСКЛАДНЕННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Українська медична
стоматологічна
академія, м. Полтава

П.І. Ткаченко,
А.М. Гоголь,
Ю.Й. Шевченко

Вступ

Нині каріозна хвороба і її ускладнення продовжують залишатися актуальною проблемою надання стоматологічної допомоги дитячому контингенту населення України [1]. За даними зарубіжних авторів, апікальні періодонтити тимчасових зубів є головною причиною їх передчасної втрати. Найчастіше періапикальна патологія виникає в тимчасових молярах [2].

Особливої уваги заслуговують хронічні форми періодонтитів тимчасових зубів, які за характером впливу на дитячий організм можна умовно поділити на 3 групи. В першу групу доцільно об'єднати патологічні стани організму, виникнення яких обумовлено наявністю хронічного одонтогенного вогнища інфекції і призводить до розвитку хронічних неспецифічних інфекційних хвороб. Періапикальне вогнище інфекції призводить до сенсibilізації дитячого організму до інфекції та є джерелом постійного надходження антигенного подразника до внутрішніх органів і систем. Зокрема, це є однією з провідних ланок патогенезу ревматизму, яка обумовлює хронічний характер перебігу хвороби [3,4].

Емпіричні спостереження стоматологів протягом останніх десятиріч підтверджують, що в дітей із хронічними періодонтитами тимчасових зубів спостерігаються підвищена дратівливість, надмірна збудженість, неврівноваженість поведінки, головний біль, субфебрильна температура [5]. Такий стан обумовлюється негативним впливом одонтогенного вогнища внаслідок загальної інтоксикації організму.

На наш погляд, до другої групи ускладнень слід віднести хвороби шлунково-кишкового тракту, обумовлені зниженням жувальної ефективності зубощелепного апарату внаслідок передчасної втрати тимчасових зубів. Не менше значення має зміна біоценозу ротової порожнини, а також вплив одонтогенного інфекційного вогнища на стан місцевого імунітету органів і тканин ротової

порожнини.

Найбільшу, третю групу, складають патологічні стани і хвороби зубів, альвеолярного відростка, щелеп, слизової оболонки порожнини рота, зубощелепного апарату як функціональної системи, обумовлені розповсюдженням одонтогенної інфекції на періодонт і прилеглі тканини. У цій групі слід виділити підгрупу ускладнень запального характеру, які обумовлені розповсюдженням одонтогенного запалення на комплекс тканин зубощелепного сегмента. В окрему підгрупу необхідно виділити ортодонтичні ускладнення, оскільки вони не потребують надання невідкладної допомоги і спостерігаються у віддалені строки.

Наявність хронічного одонтогенного вогнища в періодонті потребує проведення ендодонтичного лікування. Складність його проведення, особливо в дітей дошкільного віку, досить часто на тлі незрілості імункомпетентних систем організму призводить до консервації інфекційного вогнища, що супроводжується подальшою сенсibilізацією організму та формуванням преморбідного фону для системних хвороб. У свою чергу, лікування призводить до періодичних загострень хвороби та розвитку цілої низки місцевих ускладнень запального характеру. З іншого боку, необґрунтоване розширення показань до видалення тимчасових зубів є причиною виникнення різноманітних зубощелепних аномалій, патології постійного прикусу, які потребують тривалого лікування [6].

Метою нашого дослідження є структурний аналіз участі тимчасових зубів та ускладнень періодонтитів тимчасових молярів для подальшого планування профілактично-лікувальних заходів.

Матеріал та методи дослідження

Для аналізу використовувалися дані статистичної звітності (форма № 039-2/0) дитячої міської стоматологічної поліклініки за 5-річний період (2000-2004 роки). Для порівняльної оцінки вибрали такі показники: кількість запломбованих тимчасових зубів із приводу карієсу та його ускладнень (пульпіт, періодонтит), кількість видалених тимчасових зубів із приводу фізіологічної зміни та періодонтитів, кількість оперативних втручань із приводу гострих запальних процесів. У 2004-2005

роках нами проведено клінічне обстеження 84 дітей із хронічними періодонтитами тимчасових молярів на стадії ремісії (32 хворих) та в період загострення хвороби (52 хворих). Обстеження дітей проводилося за загальноприйнятою методикою. Для встановлення клінічного діагнозу за не-

обхідності застосовувалася внутрішньоротова контактна рентгенографія.

Результати дослідження та їх обговорення

Дані статистичної вибірки участі тимчасових зубів наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Статистичні показники		2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік	2004 рік
Запломбовано тимчасових зубів із приводу	неускладненого карієсу	34014	30849	27268	27677	27395
	пульпітів	2656	2032	2054	2058	2300
	періодонтитів		692	633	707	532
Видалено тимчасових зубів із приводу	фізіологічної зміни	10815	8140	8283	8787	8565
	періодонтитів		3768	3620	3836	3689
Виконано операцій із приводу ГЗП			215	318	318	353

Аналіз отриманих даних свідчить, що останніми роками спостерігається збільшення кількості запломбованих зубів із приводу пульпітів та періодонтитів тимчасових зубів відносно до пломбованих зубів із приводу неускладненого карієсу. Таку ситуацію можна пояснити зниженням ефективності первинної профілактики карієсу. Аналіз причин видалення тимчасових зубів свідчить, що відсоток видалень із приводу фізіологічної зміни відносно екстракцій зубів із періодонтитами зростає, що свідчить про підвищення ефективності лікування ускладнень карієсу. Разом з тим спостерігається тенденція до збільшення кількості операцій із приводу гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей на 64% у 2004 році в порівнянні з 2001 роком. Цей факт можна пояснити збільшенням кількості загострень хронічних періодонтитів тимчасових зубів із гіперергічним типом запальної реакції, які супроводжуються формуванням субперіостальних абсцесів.

Найчастішим ускладненням хронічних періодонтитів тимчасових зубів на амбулаторному прийомі є гострі періостити. На обстеженні 52 хворих із загостренням хронічного періодонтиту тимчасових зубів ми діагностували гострий гнійний періостит у 9,61% випадків. Характерною локалізацією субперіостальних абсцесів є вестибулярна поверхня альвеолярних відростків (рис.1). Абсцеси частіше виникають на верхній щелепі, що обумовлено анатомічними особливостями її будови. На рис.2 наведено ілюстрацію піднебінного абсцесу, спричиненого загостренням хронічного періодонтиту першого тимчасового моляра. Особливістю гнійників із такою локалізацією є невиразність клінічних проявів хвороби на обличчі, що не сприяє

ранньому зверненню батьків за допомогою. Окрім цього, внаслідок виходу запального ексудату під окістя зменшується інтенсивність больового синдрому, що сприяє за покращення перебігу хвороби. Тільки наростання загальних запальних реакцій організму, явищ загальної інтоксикації спонукає батьків звернутися за допомогою.

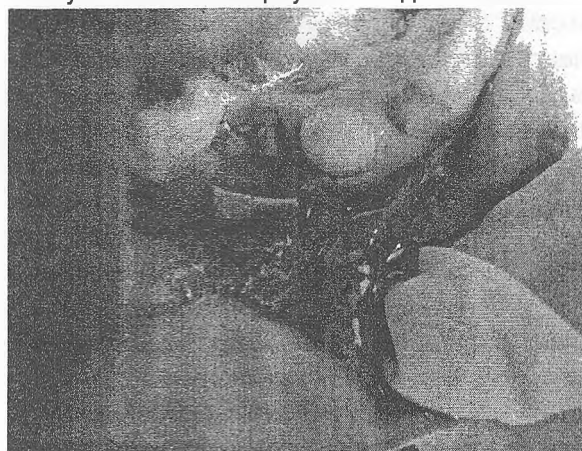


Рис.1



Рис.2

Виникненню періодонтиту передую розповсюдження одонтогенної інфекції на пульпу зуба. Деякі автори однією з нозологічних форм хронічних пульпітів вважають внутрішню гранульому кореневого каналу [7]. На обстеженні 84 хворих було виявлено 5 випадків такої патології. У наших спостереженнях випадки діагностування внутрішньої гранульоми кореневого каналу поєднуються з клініко-рентгенологічними ознаками хронічних періодонтитів не тільки постійних [8], але й тимчасових зубів. Для ілюстрації таких клінічних випадків наводимо внутрішньоротову контактну рентгенограму сегмента нижньої щелепи в ділянці тимчасових молярів (рис.3). Питання щодо етіопатогенезу внутрішніх гранульом залишається дискусійним, оскільки вони випадково виявляються як при пульпітах, так і при періодонтитах.



Рис.3

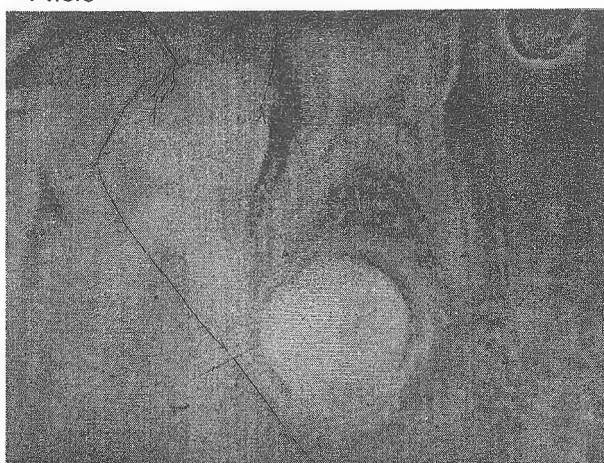


Рис.4

Подальше розповсюдження інфекції призводить до розвитку гранулюючих оститів, остеомиєлітів, остеофлегмон, абсцесів, лімфаденітів [9]. У випадку, коли зачаток постійного зуба потрапляє в зону гнійно-некротичного розпаду кісткових структур, він гине, що в свою чергу сприяє хронізації запального процесу. В інших випадках відбува-

ється припинення розвитку фолікула (рис.4), що призводить до ретенції тимчасового попередника. У наших спостереженнях ми діагностували один подібний випадок.

Одним із ускладнень хронічних періодонтитів тимчасових зубів, яке виявляли на хірургічному прийомі, є зубовмісні кісти (5,95% від загальної кількості обстежених), які є різновидом радикулярних кіст [10,11]. Характерною особливістю таких кіст є включення в порожнину кісти коронки зачатка постійного зуба (рис.5). Хворі звертаються зі скаргами на наявність деформації альвеолярного відростка щелепи та затримку прорізування постійного зуба. На рис.6 представлено фрагмент бокового відділу нижньої щелепи з ознаками деформації альвеолярного відростка. Характерною локалізацією таких кіст є нижня щелепа, що пояснюється анатомічними особливостями її будови.

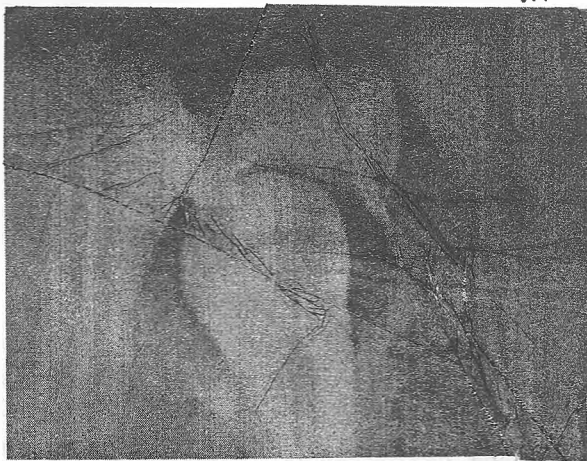


Рис.5

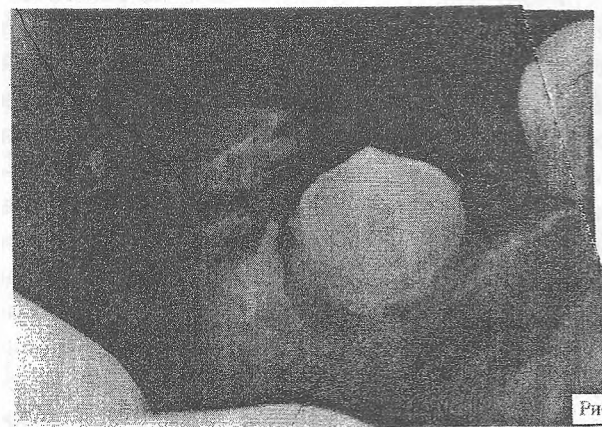


Рис.6

У публікаціях зарубіжних авторів висловлюється припущення про причетність до кістоутворення раніше проведеного ендодонтичного лікування [12], що певною мірою підтверджує додана ілюстрація, на якій другий тимчасовий моляр нижньої щелепи має характерне рожеве забарвлення після застосування резорцин-формаліну для плом-

бування кореневих каналів. Досить часто внаслідок приєднання інфекційного фактора, що призводить до нагноєння вмісту кісти, розвивається типова картина гострого періоститу. Це ускладнює діагностичний процес і надалі призводить до вибору лікарем не завжди адекватного лікування.

Виникнення і розвиток одонтогенного вогнища в періапикальних тканинах та навколо зачатка постійного зуба супроводжуються посиленням резорбції прилеглих кісткових структур [13]. Як наслідок цього грануляції та запальний ексудат через норицю досягають поверхні ясен, а прорізування постійного зуба пришвидшується, що може негативно вплинути на формування постійного прикусу в разі неодночасного прорізування однойменних наступників на симетричних ділянках щелеп. Однак, у деяких випадках тимчасовий зуб з ознаками періапикального запалення призводить до затримки прорізування постійного зуба, яка, за спостереженнями дослідників, обумовлюється утворенням зубовмісних та фолікулярних кіст унаслідок попереднього ендодонтичного лікування [14,15]. Ймовірно, характер впливу на прорізування постійних зубів у разі відсутності кістоутворення залежить від активності та поширеності патологічного процесу.

Підвищення осмотичного тиску у вогнищі запалення внаслідок посилення ексудативних явищ та активізація резорбції прилеглої кісткової тканини при загостренні періодонтиту призводять до відхилення осі прорізування, торсійного повороту постійного зуба [16]. На рис.7 показана рентгенограма, на якій спостерігається медіальний нахил зачатка першого постійного премолляра на нижній щелепі, а клінічно спостерігалось вестибулярне прорізування щічного бугра. Найчастіше дистопія постійних зубів унаслідок періодонтитів тимчасових зубів спостерігається в ділянці премоллярів нижньої щелепи (рис.8). Але зарубіжні автори вважають, що не потрібно перебільшувати значення передчасного видалення інфікованих тимчасових зубів у виникненні аномального положення постійних зубів, оскільки, за їхніми спостереженнями, спадкові фактори переважають у їхньому розвитку [17]. Для підтвердження або спростування наведених припущень необхідні довготривалі клінічні спостереження за процесом фізіологічної зміни зубів і становленням постійного прикусу.



Рис.7



Рис.8

Наведені факти обумовлюють необхідність проведення реабілітаційних заходів у дітей з одонтогенними запальними процесами. Рогинський В.В. та співавтори (1998) наголошують на тому, що реабілітація дітей із такою патологією не повинна закінчуватися після проведеного ендодонтичного лікування або видалення тимчасових зубів. Спільними зусиллями одночасно з іншими спеціалістами (ортодонтами, хірургами-стоматологами, педіатрами, ЛОР-лікарями, логопедами та ін.) терапевт поліклініки індивідуально планує проведення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання ускладненням хронічної одонтогенної інфекції, наслідкам передчасної втрати тимчасових зубів. Ефективність пломбування кореневих каналів необхідно контролювати рентгенологічним обстеженням, а після видалення тимчасового зуба з приводу хронічного періодонтиту необхідне динамічне спостереження протягом 6 місяців. Особливої уваги потребують діти 3-4 групи здоров'я, оскільки в них посилена інтенсивність карієсу поєднується з підвищеною імовірністю ускладнень різного характеру. У дітей цієї категорії показання до видалення тимчасових

зубів розширюються, що необхідно враховувати на всіх етапах надання стоматологічної допомоги дітям [18].

Перед лікарем постає складне завдання – не тільки об'єктивно оцінити перебіг основної хвороби, але й урахувати цілу низку супутніх чинників, які певною мірою визначають вибір методу лікування тимчасового зуба в кожному конкретному випадку. На жаль, на сьогодні відсутній чіткий алгоритм вирішення поставленого завдання. Тому лікареві доводиться вирішувати його самостійно з урахуванням власного досвіду та індивідуального особистого підходу до лікування тимчасових зубів [19], а профілактика ускладнень карієсу має базуватися на заздалегідь спланованих заходах диспансерного нагляду за дітьми групи ризику.

Висновки

1. Збільшення кількості гострих запальних ускладнень хронічних періодонтитів тимчасових зубів на 64% у 2004 році відносно 2001 року потребує додаткового клініко-імунологічного дослідження цієї патології для розробки та впровадження в практичну медицину об'єктивних критеріїв диференційованого підходу до її профілактики і лікування.
2. Після проведеного ендодонтичного лікування тимчасових зубів чи їх видалення існує необхідність формування групи ризику дітей, які потребують диспансерного нагляду з метою запобігання виникненню ускладнень хронічних періодонтитів тимчасових зубів (гострі запальні процеси щелепно-лицевої ділянки, одонтогенні кісти, аномальне положення зубів, патології прикусу).

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Для дослідження участі факторів місцевого імунітету в патогенезі хронічних періодонтитів тимчасових зубів та їхнього зв'язку з варіантами клінічного перебігу цієї хвороби ми запропоували спосіб оцінки клітинного імунітету зубощелепного сегмента, на який отримано позитивне рішення про видачу деклараційного патенту на корисну модель (заявка № у 2005 01666).

Література

1. Деньга О.В. Мониторинг стоматологической заболеваемости у детей Украины // Дентальные технологии.- 2003. - №6. - С.2-6.

2. Tickle M, Milsom K, King D, Kearney-Mitchell P, Blinkhorn A. The fate of the carious teeth of children who regularly attend the general dental service // Br Dent J, 2002.-Vol.192, №4.- P.219-223.
3. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1987. – 525 с.
4. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. – М.: Медицина, 1993.- 142 с.
5. Новик И.О. Болезни зубов и слизистой оболочки полости рта у детей. – М.: Медицина, 1971. – 455с.
6. Деформация зубного ряда и альвеолярного отростка у детей, связанные с удалением нижних временных моляров // Симановская Е.Ю., Чернышова Л.Е., Еловинова А.Н., Лоос Л.П. / Стоматология.- 1989.- Т.68, №5.- С.85-88.
7. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей / Рогинский В.В., Воложин А.И., Вайлерт В.А. и др.: Под ред. В.В.Рогинского. – М.: Детстомиздат, 1998.- 255с.
8. Ткаченко П.І., Гоголь А.М., Білоконь С.О. Внутрішня гранульома кореневого каналу: власні роздуми та спостереження з клінічної практики // Стоматолог.- 2004.- №1.- С.34-36.
9. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування. – Автореф. дис. ...д.м.н.- Полтава, 1998.-32с.
10. Mass E, Kaplan I, Hirshberg A. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. // J Oral Pathol Med, 1995. - Vol.24, №10. - P.458-461.
11. Shibata Y, Asaumi J, Yanagi Y, Kawai N, Hisatomi M, Matsuzaki H, Konouchi H, Nagatsuka H, Kishi K. Radiographic examination of dentigerous cysts in the transitional dentition // Dentomaxillofac Radiol, 2004. -Vol.33, №1.- P.17-20.
12. Takiguchi M, Fujiwara T, Sobue S, Ooshima T. Radicular cyst associated with a primary molar following pulp therapy: a case report // Int J Paediatr Dent, 2001.- Vol.11, №6.- P.452-455.
13. Виноградова Т.Ф. Хронические периодонтиты молочных зубов, их диагностика и лечение // Стоматология.- 1968. - №3. - С.1-4.
14. Yawaka Y, Kaga M, Osanai M, Fukui A, Oguchi H. Delayed eruption of premolars with periodontitis of primary predecessors and a cystic lesion: a case report // Int J Paediatr Dent, 2002. -

- Vol.12, №1. - P.53-60.
15. Da Silva TA, de Sa AC, Zardo M, Consolaro A, Lara VS. Inflammatory follicular cyst associated with an endodontically treated primary molar: a case report // ASDC J Dent Child, 2002. - Vol.69, №3. - P.271-274.
 16. Karia N, Sushma K, Mahapatra GK. Changes in developing succedaneous teeth as a consequence of infected deciduous molars // J Indian Soc Pedod Prev Dent, 2000.- Vol.18, №3.- P.90-94.
 17. Wasserstein A, Shalish M. Adequacy of mandibular premolar position despite early loss of its deciduous molar // ASDC J Dent Child, 2002.- Vol.69, №3.- P.254-258.
 18. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. – М.: Медицина, 1988. – 255с.
 19. Tickle M, Milsom K, Kennedy A. Is it to better or restore carious deciduous molar teeth ? A preliminary study // Prim Dent Care, 1999.- Vol.6, №4.- P.127-131.

Стаття надійшла
21.09.2005 р.

Резюме

Проведен статистический анализ участи временных зубов за 5-летний период по материалам детской городской клинической стоматологической поликлиники (форма статистической отчетности № 039-2/0). Установлен рост количества оперативных вмешательств по поводу острых воспалительных заболеваний в 2004 году на 64% относительно 2001 года. На основании обследования 84 детей с хроническими периодонтитами временных зубов изучена распространенность местных осложнений хронической одонтогенной инфекции временных зубов и приведены особенности их клинических проявлений у детей. Установлено, что после проведенного эндодонтического лечения или удаления временных зубов существует необходимость формирования группы риска детей с целью профилактики осложнений хронических периодонтитов.

Summary

There was conducted the analysis of fate of the temporary teeth for 5-years period on the materials of children city clinical stomatological polyclinic (the form of statistical reports № 039-2/0). There was determined the growth of quantity of operative interventions on the acute inflammatory diseases in 2004 on 64% relatively to 2001. On the basis of examination of 84 children with chronical periodontitis of temporary teeth there was studied the spreading of local complications of odontogenic infection of temporary teeth and there given the peculiarities of their clinical manifestations in children. It was determined that after the conducted endodontic treatment or extraction of temporary teeth there exists the necessity of formation of a group of risk of children with the aim of prophylaxis of chronical periodontitis complications.