

– №30, ч. 1. – С. 34-40.

18. Новикова В.П., Шабалов А.М. Состояние полости рта у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2010. – №1. – С. 25-28.

19. Осипова Ю.Л. Воспалительные заболевания пародонта при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: прогнозирование течения и тактика ведения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2015. – 40 с.

20. Осипова Ю.Л., Булкина Н.В. Оценка эффективности эрадикационной терапии у больных воспалительными заболеваниями пародонта на фоне хронического геликобактерного гастрита // Саратовский науч.-мед. журн. – 2011. – Т. 7, №1 (прил.). – С. 282-284.

21. Цепов Л.М., Николаев А.И. Межсистемные связи при болезнях пародонта // Пародонтология. – 2003. – №2. – С. 19-24.

22. Чуйкин С.В., Баширова Т.В. Оптимизация лечения гингивита и пародонтита у больных с язвенной болезнью желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* инфекцией // Соврем. пробл. науки и образования. – 2011. – №6.

23. Швець І.Є. Лікування генералізованого пародонтиту у хворих на хронічні запальні процеси шлунково-кишкового тракту з використанням мінеральної води курорту Моршин: Дис. ... канд. мед. наук. – Львів, 2015. – 177 с.

24. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта; Под ред. проф. С.А. Блашнцевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 520 с.

25. Юдина Н.А. Эпидемиологические исследования взаимосвязи распространённости болезней пародонта и сердечно-сосудистой патологии среди взрослого населения Республики Беларусь // Вестн.к стоматол. – 2005. – №2. – С. 26-29.

26. Ярова С.П., Алексеева В. С. Особенности распространения и течения воспалительно-дистрофических процессов в пародонте на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №2. – С. 105-108.

Проанализировано состояние тканей пародонта у больных с патологией гастродуоденальной зоны, а именно с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, *Helicobacter pylori*-ассоциированным хроническим гастритом (хронический гастрит типа В), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: ротовая полость, ткани пародонта, гастродуоденальная зона, хронический гастрит, *Helicobacter pylori*, язвенная болезнь.

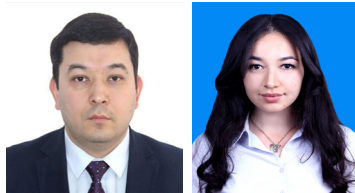
Results of the review are presented in the article. The article presents the condition of periodontal tissues in patients with gastroduodenal pathology, such as gastroesophageal reflux disease, *Helicobacter pylori*-associated chronic gastritis (chronic gastritis of type B), peptic ulcer of stomach and duodenum.

Key words: oral cavity, periodontal tissues, gastroduodenal area, chronic gastritis, *Helicobacter pylori*, peptic ulcer.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-57>

УДК: 616.314-001.5/.6.1-053.4/.5-08

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРАВМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ



Муртазаев С.С., Махмудова Д.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Острая травма зубов – достаточно широко распространенная патология в разных возрастных группах населения, но чаще встречается у детей [1]. Травма зубов в детском возрасте имеет многообразные проявления и нередко является причиной экстренных обращений детей в лечебные учреждения. Сведения о распространенности и характере травматических повреждений

зубов у детей немногочисленны и отрывочны, посттравматические повреждения челюстно-лицевой области у детей остаются актуальной проблемой.

Согласно результатам исследований многих авторов (И.В. Фоменко, Е.Е. Маслак, А.Н. Тимошенко, А.Л. Касаткина) по данной теме, была получена характеристика острых травм зубов у

детей, обратившихся в детскую стоматологию в 2012-2014 гг. Было установлено, что в детскую стоматологическую поликлинику по поводу острых травм зубов обращались преимущественно мальчики. Травмы постоянных зубов встречались чаще, чем травмы молочных зубов. Среди травм молочных зубов преобладали вывихи, в то время как среди травм постоянных зубов, напротив, переломы коронок. При переломах коронок зубов в пределах дентина в постоянных зубах преобладало повреждение пульпы [3,6,17,19,21]. Полученные данные указывают на необходимость акцентирования внимания на определенных травмах зубов у детей: переломах коронок постоянных зубов в пределах дентина с повреждением пульпы.

Тарек Мохамед А. Сауд, Сонали Мистри, Билл Калер, DClinDent, Асгейр Сигурдссон, Луи М. Линь считают необходимым оптимизировать методы лечения переломов корневой части зуба у детей. У наблюдаемого пациента в анамнезе была травма зрелого зуба, в результате которой произошел горизонтальный перелом корня и некроз пульпы коронкового фрагмента. У другого ребенка была отрывная травма незрелого зуба, в результате чего развилась воспалительная резорбция замещения, которая в последующем привела к такому осложнению, как перелом корня. Еще один пациент имел в анамнезе травму зрелого зуба, в результате которой произошла резорбция перфорированного корня. Для всех зубов применялись регенеративные эндодонтические процедуры с использованием химико-механической обработки, проводили перевязки гидрооксидом кальция/тройной антибиотической пасты, полоскания ЭДТА, индукции периапикального кровотечения в пространство канала и коронковой пробки из агрегата триоксида минерала. После регенеративных эндодонтических процедур клинические признаки и симптомы исчезли, а воспалительные остеолитические поражения регрессировали во всех травмированных зубах. Пациенты находились под длительным наблюдением. При последнем осмотре зубов с горизонтальными переломами корня в первом случае отмечалось заживление кальцинированной тканью, во втором случае – заживление волокнистой соединительной и твердой тканью. Зуб с рассасыванием прободного корня показал уменьшение размеров резорбтивного дефекта. На основании полученных

результатов регенеративные эндодонтические процедуры можно рекомендовать для лечения травмированных зубов с горизонтальным переломом корня и воспалительной резорбцией корня [2,10].

По мнению У.Е. Щадрина, наиболее подвержены травмам детей в возрасте 7-9 лет, у которых отмечаются вывихи и переломы передней группы зубов, не завершивших свое формирование. Лечение посттравматического периодонтита зубов, не закончивших формирование, необходимо проводить, придерживаясь определенного алгоритма. Показанием к постоянному пломбированию корневых каналов является положительная динамика при определении плотности костной ткани в области верхушки корня и увеличение длины корневого канала до средних показателей нормы [10,16,20]. Многоэтапное временное пломбирование корневых каналов показано при лечении зубов на стадии несформированной верхушки с повреждением ростковой зоны. Временное пломбирование препаратами гидроокиси кальция способствует санации корневого канала, периапикальных тканей и стимуляции резервных возможностей ростковой зоны для полного или частичного завершения формирования корня.

Как показали А.С. Родионова, Е.Е. Маслак, И.В. Фоменко, А.Л. Касаткина (2015), травмы зубов разной степени тяжести встречаются у каждого 2-3-го ребенка и являются второй после кариеса причиной потери зубов в детском возрасте. На кафедру стоматологии детского возраста обратился пациент в возрасте 14 лет с жалобой на смещение коронок зубов 4.1, 4.2 в вестибулярную сторону. По методике авторов было проведено следующее лечение: выведение из прикуса зуба 4.2 путем пришлифовывания, трепанация и эндодонтическое лечение зуба 4.1 с пломбированием корневого канала в области перелома минерал триоксид агрегатом (материал Pro-Root MTA, Дентсплай). Остальная часть корневого канала была запломбирована эндометазоном (Септодонт). Устье корневого канала зуба 4.1 было закрыто стеклоиономерным цементом (Фуджи-9, GC), поставлена пломба из светоотверждаемого композиционного материала (Филтек-Z-250, 3M ESPE). Описанный клинический случай позволяет считать, что выбор метода лечения перелома корня постоянного зуба у детей должен проводиться на основании индивидуального подхода с

учетом вида перелома, данных клинического и рентгенологического обследований и оценки витальности пульпы. Применение минерал триоксид агрегата для пломбирования корневого канала в области перелома корня позволяет получить хорошие результаты в ближайшие сроки (6 мес.) после лечения [4,11,12]. Требуется дальнейшее диспансерное наблюдение пациентов для оценки отдаленных результатов лечения.

Valentina P. Trufanova, Olha V. Sheshukova, Natalia A. Lyakhova, Tetiana V. Polishchuk, Sofia S. Bauman, Stanislav O. Stavyskyi (2020) обследовали более 30 пациентов в возрасте от 2-х до 12 лет с острой травмой временных и постоянных зубов. В ходе исследования использовались следующие методы: клинические (рентгенологические, термодиагностика), медико-статистические. В результате количество поврежденных постоянных зубов было больше, чем количество поврежденных временных зубов. Картина травм временных и постоянных зубов различалась, поэтому у временных зубов наблюдались вывихи, а у постоянных зубов переломы преобладали над вывихами [13,19]. По мнению авторов, это связано с особенностями анатомии временных зубов. Обычно лечебная тактика острых временных повреждений зубов заключается в их удалении, несмотря на их важную роль в росте и развитии челюстей, физиологическом формировании и прорезывании постоянных зубов. В клинике отделения детской стоматологии подобрана лечебная тактика динамического наблюдения при интрузивном вывихе временного зуба. В некоторых случаях при незначительном изменении положения временного зуба наблюдалась саморегуляция его положения, в остальных случаях зуб оставался дистопичным, но его жизнеспособность сохранялась в 50% случаев. Лечебная тактика при острых повреждениях постоянных зубов подбиралась в зависимости от вида травмы. В случае постоянного вывиха зуба с незначительным изменением его положения иммобилизация зуба осуществлялась шинированием стекловолоконной лентой и фотополимерным композитным материалом. Наблюдения показали, что при оказании современной специализированной медицинской помощи детям с острыми травматическими повреждениями зубов необходимо ориентироваться на сохранение последних, что обеспечит в последующем нормальное

формирование зубочелюстного аппарата. Для обеспечения этих условий необходима длительная и надежная иммобилизация поврежденного зуба как можно скорее после травмы.

По мнению P.N. Tannure, T.K.C. Фидальго, Р. Барселуш, L.G. Primo, L.C. Maia (2012), эта проблема требует тщательного изучения. Авторы проанализировали результаты лечения корневых каналов (РКИ) травмированных первичных резцов и выявили предрасполагающие факторы, связанные с успехом терапии. Это ретроспективное исследование, проведенное со всеми стоматологическими картами 704 пациентов, у которых был один или несколько зубов с травматическими повреждениями. Критериям включения соответствовали пациенты с необратимыми изменениями пульпы, которые привели к РКИ с периодом наблюдения 24 месяца.

Были исследованы 25 резцов верхней челюсти у 17 детей. Самым частым заболеванием был некроз пульпы (84,0%), а предоперационные периапикальные поражения наблюдались у 52,0%. Обесцвечивание коронки обнаружено у 48,0%. Корни заполняли пастой ZOE (68,0%) или пастой Guedes-Pinto (32,0%). Общий успех РКИ составил 68,0%. Отсутствие предоперационных периапикальных поражений ($p=0,02$) и патологической резорбции корня ($p=0,02$) свидетельствовали об успехе терапии. Успех не был связан с пломбировочной пастой ($p=0,49$), степенью заполнения ($p=0,44$), обесцвечиванием ($p=0,39$) или возрастом пациентов ($p=0,59$) [5,7-9].

Через 24 месяца результаты были признаны успешными в 68,0% случаев. Неудача на травмированных первичных резцах была связана с предоперационными периапикальными поражениями и патологической резорбцией корня. Паста для пломбирования, степень заполнения и возраст пациента не влияли на успех терапии.

Таким образом, травмирование зубов у детей раннего возраста является актуальной проблемой [14,15,18]. Оптимальным методом лечения переломов был признан метод с использованием минерал триоксид агрегата для пломбирования корневого канала в области перелома корня, который позволяет получить хорошие результаты в ближайшие сроки (6 мес.). Данная тема и метод лечения требуют дальнейшего изучения.

Литература

1. Голочалова Н.В., Сунцов В.Г., Ландинова В.Д. Я доктор. Лечение детей с острой травмой постоянных зубов // Клини. стоматол. – 2002. – №1. – С. 46-48.
2. Ефименко В.П. Анализ архивных материалов Клиники Отделения хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Детство НМУ на 2006-2010 гг. // Соврем. стоматол. – 2011. – №4. – С. 76-79.
3. Маслак Э., Яновская М., Власова Д. и др. // 11-й Конгресс Европейской педиатрической академии. Стоматология. – Страсбург, 2012. – С. 25.
4. Николаев А.И. Опыт проведения одномоментного восстановления коронок фронтальных зубов, утраченных в результате острой травмы // Институт стоматологии. – 2000. – №4. – С. 18-21.
5. Обследование полости рта: основные методы. – 5-е изд. – Женева: ВОЗ, 2013. – 137 с.
6. Ожгихина Н.В., Стати Т.Н. Опыт использования системы «Pro Root MTA» при лечении хронического периодонтита в зубах с незавершенным формированием корней // Пробл. стоматол. – 2005. – №2. – С. 30-32.
7. Andersson L. // Pediatric Dentistry. – 2013. – Vol. 35, №2. – P. 102-105.
8. Andreasen J.O., Lauridsen E., Andreasen F. M. Contradictions in the treatment of traumatic dental injuries and ways to proceed in dental trauma research // Dent. Traumatol. – 2010. – Vol. 26, №1. – С. 16-22.
9. Antunes L.A., Risso P. de A., Freire M.V. et al. // Braz. Oral. Res. – 2010. – Vol. 24, №1. – P. 89-94.
10. Arikan V., Celikten Z.K., Sari S. // Europ. J. Paediatr. Dent. – 2014. – Vol. 15, №2. – P. 199-202.
11. Erdem A.P., Ozdas D.O., Dincol E. et al. // Europ. Arch. Paediatr. Dent. – 2009. – Vol. 10, №2. – P. 110-113.
12. Flores M.T. Traumatic injuries in the primary dentition // Dent. Traumatol. – 2002. – Vol. 18. – P. 287-298.
13. Francisco S.S., Filho F.J., Pinheiro E.T. et al. // Oral. Health Prev. Dent. – 2013. – Vol. 11, №1. – P. 31-38.
14. Holan G., Fuks A.B. The diagnostic value of coronal dark-gray discoloration in primary teeth following traumatic injuries // Pediatr. Dent. – 1996. – Vol. 18. – P. 224-227.
15. Holan G., Topf J., Fuks A.B. Effect of root canal infection and treatment of traumatized primary incisors on their permanent successors // Endod. Dent. Traumatol. – 1992. – Vol. 8. – P. 12-15.
16. Internal root resorption: a review // Endod. J. – 2010. – Vol. 36. – P. 1107-1121.
17. Primosch R.E., Ahmadi A., Setzer B., Guelmann M. A retrospective assessment of zinc oxide-eugenol pulpectomies in vital maxillary primary incisors successfully restored with composite resin crowns // Pediatr. Dent. – 2005. – Vol. 27. – P. 470-477.
18. Rajab L.D., Baqain Z.H., Abu Ghazaleh S.B. et al. // Oral. Health Prev. Dent. – 2013. – Vol. 11. – P. 1-8.
19. Rocha M.J., Cardoso M. Federal University of Santa Catarina endodontic treatment of traumatized primary teeth. – Part 2 // Dent. Traumatol. – 2004. – Vol. 20. – P. 314-326.
20. The use of MTA/blood mixture to induce hard tissue healing in a root fractured maxillary central incisor. Case report and treatment considerations // Endod. J. – 2014. – Vol. 47. – P. 989-999.
21. Yu C.Y., Abbott P.V. Response of the pulp, periradicular and soft tissues following trauma to the permanent teeth // Aust. Dent. J. – 2016. – Vol. 61. – P. 39-58.

Проведен систематический анализ отечественной и зарубежной литературы, посвящённой острой травме зубов у детей и её лечению. Подчеркнута актуальность данной проблемы.

Ключевые слова: острая травма зубов, дети, перелом коронки зуба, перелом корня зуба, постоянные зубы.

A systematic analysis of domestic and foreign literature on the topic «Acute dental injury in children and its treatment» was carried out. Based on the conclusions of the studied sources, the relevance of this problem is emphasized.

Key words: acute dental trauma, children, tooth crown fracture, tooth root fracture, permanent teeth.

Bolalardagi o'tkir tish travması va uni davolash bo'yicha mahalliy va xorijiy adabiyotlarning tizimli tahlili o'tkazildi. Ushbu muammoning dolzarbligi ta'kidlangan.

Kalit so'zlar: o'tkir tish travması, bolalar, tish tojining sinishi, tish ildizining sinishi, doimiy tishlar.