

Привалова., Я.А. Шумина., А.Ю. Васильев // Радиологи – практика.-2018.- т.69, №3.-С.25-34

3. Шумина Я. А. Ультразвуковая диагностика инородных тел мягких тканей челюстно-лицевой области. Автореферат диссертационного соискания ученой степени кандидата медицинских наук. М., 2022г.



## **КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА**

**Терехова Т.Н., Бутвиловский А.В., Пыко Т.А.**

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Эндодонтическое лечение постоянных зубов с незаконченным формированием корней является сложным, поскольку оно требует больших временных затрат, материального оснащения и профессионального мастерства. Подходы врачей-специалистов, проводящих лечение, часто отличаются медикаментозной и механической обработкой каналов, их obturацией и количеством посещений для лечения [1]. На основании проведенных экспериментальных исследований [2-4] нами разработан метод лечения хронического апикального периодонтита постоянных несформированных зубов, оценка эффективности которого в клинике является актуальной.

*Цель исследования:* получить клинический опыт применения разработанного метода лечения хронического апикального периодонтита постоянных несформированных зубов.

*Материалы и методы.* Со слов матери, девочка М. в возрасте 7 лет получила травму зуба 1.1 со сколом мезиального угла режущего края зуба. При обращении в поликлинику по месту жительства было проведено закрытие линии перелома стеклоиономерным цементом и рекомендовано динамическое наблюдение.

Через год после травмы девочка была экстренно госпитализирована в учреждение здравоохранения «4-я городская детская клиническая больница» с диагнозом «острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зуба 1.1». По данным эпикриза на момент обращения покрытие из стеклоиномерного цемента линии перелома коронки зуба 1.1 отсутствовало. Проведенное лечение включало первичную хирургическую обработку очага, антибиотикотерапию, прием нестероидных противовоспалительных препаратов и анальгетиков, а также эндодонтическое лечение зуба 1.1 с неплотным временным пломбированием корневого канала гидроксидом кальция. Рекомендации при выписке включали динамическое наблюдение и продолжение эндодонтического лечения зуба 1.1 в поликлинике.

Мать пациентки М., 8 лет, обратилась за медицинской помощью дочери в нашу клинику через 2 недели после выписки из стационара. На момент обращения жалобы отсутствовали.

Клиническая картина. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижны, безболезненны. Рот открывает в полном объеме, движения в височно-нижнечелюстных суставах безболезненные, беззвучные, синхронные.

Имеется скол мезиального угла режущего края коронки зуба 1.1 в пределах дентина, в центре небной поверхности коронки – пломба. Перкуссия зуба безболезненная, слизистая оболочка в проекции зуба без изменений. На рентгенограмме: дефект коронки в области мезиального угла режущего края зуба 1.1, рентгеноконтрастный материал в центре коронки, корень на стадии незакрытого верхушечного отверстия, в корневом канале – следы рентгеноконтрастного материала, в области верхушки корня – очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами размером 0,6×0,7 см.

Диагноз: хронический апикальный периодонтит зуба 1.1 (корень на стадии незакрытого верхушечного отверстия).

Предложен следующий план лечения зуба 1.1:

1. Эндодонтическое лечение зуба 1.1 методом апексификации с отсроченным пломбированием коронки зуба.

2. Динамическое наблюдение.

3. Повторное эндодонтическое лечение зуба 1.1 после закрытия верхушки корня с последующей реставрацией коронки.

Лечение. После очищения зуба 1.1 восстановлен эндодонтический доступ путем удаления пломбы на небной поверхности коронки. Проведена навигация корневого канала с апекслокацией и рентгенологическим подтверждением рабочей длины. После медикаментозной (2% гипохлорит натрия, 17% ЭДТА, 2% хлоргексидин, физиологический раствор) и механической обработки корневого канала проведено его пломбирование путем создания апикальной пробки минерал триоксид агрегатом («Триоксидент», «ВладМиВа») и заполнением остальной части канала гуттаперчевыми штифтами с цинкоксид-эвгенольным цементом «Canason» («Septodont»). Полость доступа запломбирована стеклоиономерным цементом «Ketac Molar Easymix» («3М»).

*Результаты и обсуждение.* Для продолжения лечения зуба 1.1 и реставрации коронки пациентка обратилась 3,5 года спустя (в возрасте 11,5 лет). Динамическое наблюдение проводилось в стоматологической поликлинике по месту жительства, где выполнялось клиническое обследование с выполнением и анализом прицельных рентгенограмм. В течение всего периода наблюдения жалобы отсутствовали.

Клиническая картина. Коронка зуба 1.1 имеет скол мезиального угла режущего края в пределах дентина, в центре небной поверхности коронки – пломба. Перкуссия зуба безболезненная, слизистая оболочка в проекции зуба без изменений. На рентгенограмме визуализируется дефект коронки в области мезиального угла режущего края зуба 1.1, рентгеноконтрастный материал в центре коронки, корень на стадии закрытого верхушечного отверстия, в корневом канале – рентгеноконтрастный материал на расстоянии 3 мм от рентгенологической верхушки, в области верхушки корня – незначительное расширение периодонтальной щели.

Диагноз: хронический апикальный периодонтит зуба 1.1 (корень сформирован).

Лечение. После очищения зуба 1.1 восстановлен эндодонтический доступ путем и проведена навигация корневого канала с динамической апекслокацией и рентгенологическим контролем рабочей длины. После медикаментозной (2% гипохлорит натрия, 40% лимонная кислота, 10%

повидон-йод, физиологический раствор) и механической обработки корневого канала (до размера 50/.05) проведена припасовка основного гуттаперчевого штифта и пломбирование канала методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов с кальций-силикатным силером «Sure Seal Root» («Sure Endo»). После временного пломбирования полости доступа материалом «Temp It Flow» («Spident») девочка назначена на реставрацию коронковой части зуба 1.1, которая была успешно проведена в следующее посещение.

Заключение. Клинический опыт применения разработанного метода лечения хронического апикального периодонтита постоянного несформированного зуба оказался положительным, а проведенное лечение успешным.

#### Литература.

1. Анализ врачебной тактики при лечении пульпита и апикального периодонтита постоянных зубов у детей / Т.Н. Терехова [и соавт.] // Стоматологический журнал. – 2023. №2. – С. 92-97.

2. Оценка цитотоксичности материалов на основе силикатов кальция / Т.Н. Терехова [и соавт.] // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста. VIII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: сборник научных статей. Казань, 7 февраля 2025 г. / Под общей редакцией д.м.н., профессора Салеева Р.А. – Казань: КГМУ, 2025. – С. 252-258.

3. Оценка цитотоксичности растворов гипохлорита натрия, применяемых при эндодонтическом лечении / Т.Н. Терехова [и соавт.] // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей XIV региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии / Под редакцией проф. А. А. Антоновой. - Хабаровск: Издательство «Антар». - 2024. – С. 155-158.

4. Терехова, Т.Н. Оценка эффективности различных материалов при создании апикальных пробок / Т.Н. Терехова, А.В. Бутвиловский, Т.А. Пыко // Современная стоматология. – 2024. - №1. – С. 69-73.



**Министерство Здравоохранения Хабаровского края  
Хабаровская краевая ОО «Ассоциация стоматологов»  
Дальневосточный государственный медицинский университет**

***АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО  
ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ***

**Сборник научных статей XV региональной научно - практической  
конференции с международным участием по детской стоматологии**

**Партнеры:**

***Компания «Стома-Денталь»***

**Хабаровск - 2025**