

## Формирование корня зуба 2.4 у 10-летней девочки после лечения периодонтита с использованием трикальций силикатного цемента

О.С. КОВЫЛИНА\*, к.м.н., доц.

С.Н. ГРОМОВА\*\*, к.м.н., асс.

\*Кафедра детской стоматологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

\*\*Кафедра стоматологии Кировской ГМА

## Formation of the left of second incisor root of the 10 years old girl with periodontitis treated using tricalcium silicate cement

O.S. KOVYLINA, S.N. GROMOVA

**Н**еобоснованный выбор тактики лечения кариеса зубов и его осложнений в период формирования и роста корня зуба приводит к развивающимся осложнениям, вплоть до прекращения роста корня. Одна из важнейших задач стоматолога при такой ситуации – создать условия для формирования корня, закрытия апикального отверстия, восстановления периапикальных структур костной ткани. Из обратившихся на стоматологический прием детей 16,2% имеют осложненные формы кариеса, из них 4,2% – на зубах с несформированными верхушками корней.

Профессор Мартенс Л. (Бельгия) в 2012 году представил в Москве свои работы в достижении апексогенеза и апексификации с помощью нового биоактивного силикатного цемента Biodentine™ (Septodont). Как показали его исследования, у данного препарата есть ряд преимуществ перед препаратами «Триоксидент» («ВладМиВа») и ProRoot MTA (Dentsply).

### Клинический случай

В клинику обратились родители с 10-летней девочкой Н. У пациентки периодически возникали боли в зубе 2.4 от приема холодной и горячей пищи.

### Первое обращение пациента в клинику (25 июня 2012 года) и первичная консультация

#### Анамнез

Зуб 2.4 прорезался в 9 лет, что соответствует среднему значению сроков прорезывания первых премоляров у детей. Через 8-9 месяцев девочка пожаловалась на кратковременные боли от сладкой пищи, быстро проходящие при прополаскивании полости рта теплой водой. В течение месяца интенсивность и продолжительность болей в зубе 2.4 увеличивалась, появились спонтанные ночные боли. Родители с ребенком обратились в клинику, где было предложено провести девитализацию пульпы с последующим эндодонтическим лечением зуба 2.4. Рентгенологическое исследование ранее не проводилось. От предложенного девитального метода лечения родители ребенка отказались.

При осмотре пациентки было выявлено КПУ-9, что соответствует высокой степени активности кариеса.

На жевательной поверхности зуба 2.4. выявлена глубокая кариозная полость, заполненная рыхлым пигментированным дентином. Зондирование стенок и дна кариозной полости болезненно. Зуб имеет с вестибулярной поверхности обширные меловидные пятна. Перкуссия вертикальная, горизонтальная – безболезненна. Зуб 2.4 неподвижен. Слизистая оболочка вокруг зуба в цвете не изменена. Регионарные лимфоузлы подвижные, безболезненные при пальпации.

Пациентке была проведена визиограмма.

По результатам анализа визиограммы (рис. 1) от 25.06.2012 определяется:

- корень зуба 2.4 в первой стадии формирования;
- рост корня в длину не закончен;
- стенки корня параллельные и расходятся у верхушки;
- широкий просвет корневого канала;
- ростковая зона у «раструба» корня имеет округлую форму, с четкими границами, что позволяет предположить сохранность ее жизнеспособности.

#### Диагноз

На основании анамнеза, осмотра и анализа визиограмм был установлен диагноз по МКБ-С: зуб 2.4 – K04.3 Хронический пульпит.

#### План лечения:

- проведение анестезии Ultracaini DS в разведении с эпинефрином 1:200000;
- медикаментозная (хлоргексидина биглюконата 0,05% раствор) и инструментальная обработка канала зуба 1.2;
- ампутация коронковой пульпы;
- наложение на устья каналов кальцийсодержащей пасты («Триоксидент»);
- временная повязка, клиническое наблюдение,
- при положительной динамике – восстановление зуба композитным пломбирочным материалом.

#### Обсуждение плана лечения с родителями пациентки

После консультации и обсуждения предложенного плана лечения, оценки прогноза заболевания родители пациентки приняли решение о проведении лечения зуба 2.4 методом витальной пульпотомии.

Родители пациентки были проинформированы о том, что они никак не ограничены в праве получения консультаций врачей в различных клиниках и могут

выбрать тот план лечения, который они сочтут оптимальным.

В это же посещение проведен первый этап лечения зуба 2.4 согласно выбранному плану.

**Второе обращение пациентки в клинику  
(визит 29 июня 2012 года)**

Родители пациентки обратились с жалобами на ночные боли в зубе 2.4 у ребенка, возникшие трое суток назад. Пациентка принимала нестероидные противовоспалительные и обезболивающие средства. Повязка на зубе сохранена. Выявлено усиление сосудистого рисунка слизистой оболочки десны соответственно зубу 2.4. Вертикальная перкуссия зуба болезненная.

**Диагноз**

На основании клинических явлений проведена коррекция диагноза: «зуб 2.4. – хронический апикальный периодонтит K04.5».

**Проведенное лечение:**

– Инфильтрационная анестезия в область проекции верхушки корня раствором Ultracaini DS в количестве 0,6 мл.

– Удаление повязки. Из пульпарной камеры определяется гнилостный запах. Устьевая пульпа темно-

красного цвета, рыхлой консистенции. Кровотечение не выражено.

– Удаление сформированной части корневой пульпы. Полость зуба и корневой канал обработаны 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата. В просвет канала введен препарат «Метапаста» и кариозная полость закрыта повязкой «Парасепт».

**Третье посещение клиники  
(визит пациентки 7 июля 2012 года)**

– Удалена временная повязка из «Парасепт» с зуба 2.4.

– Каналы промыты раствором 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата с применением системы Sonic Air

– Канал зуба 2.4 на всю длину запломбирован биоактивным силикатным цементом «Биодентин»

– Наложена временная повязка «Парасепт» (рис. 2, 3).

**Четвертое посещение клиники  
(визит пациентки 13 июля 2012 года)**

– Удалена временная повязка «Парасепт».

– Изолирующая подкладка SDR.

– Проведена реставрация коронки зуба 2.4 композитным материалом Dyract eXtra.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9

### **Пятое посещение клиники пациенткой (визит 17 января 2013 года)**

Контрольный осмотр через 7 месяцев после проведенного лечения. При осмотре пациентки было выявлено следующее:

- Жалоб нет. Краевое прилегание пломбы не нарушено. Перкуссия безболезненная
- Слизистая оболочка в проекции корня зуба 2.4 бледно-розового цвета.
- Гигиена полости рта в неудовлетворительном состоянии, о чем свидетельствует развитие обильные мягкие зубные отложения на зубах и очаг деминерализации эмали на вестибулярной поверхности зуба 2.4.

Проведена контрольная визиография зуба.

По результатам анализа визиограммы от 17.01.2013 (рис. 4, 5):

- У верхушки корня зуба 2.4 происходят репаративные процессы.
- Формирование плотного барьера и образование цементоподобной ткани в области окончания корня подтверждается рентгенологической картиной. Удлинение корня зуба составило 1,2 мм.

Даны рекомендации по гигиене полости рта.

### **Шестое посещение клиники пациенткой (29 мая 2013 года)**

Контрольный осмотр через 1 год после проведенного лечения. При осмотре пациентки было выявлено следующее:

- жалоб не предъявляет;
- гигиена полости рта неудовлетворительная;
- краевое прилегание пломбы не нарушено;
- перкуссия зуба 2.4 безболезненная.

Анализ данных визиограммы от 29.05.2013:

- корень зуба продолжает развитие, о чем свидетельствует его рост на 2,6 мм от начального состояния;
- канал продолжает формироваться, о чем свидетельствует утолщение стенок канала и сужение его просвета (рис. 6, 7).

### **Седьмое посещение клиники пациенткой (11 января 2014 года)**

Контрольный осмотр через 1 год 7 месяцев после проведенного лечения

При осмотре пациентки было выявлено следующее. Жалоб не предъявляет. Гигиена полости рта неудов-

летворительная, имеется обильное отложение зубного налета в пришеечной области моляров. Краевое прилегание пломбы не нарушено. Перкуссия зуба 2.4 безболезненная, пальпация переходной складки в области проекции верхушки корня безболезненная.

Анализ данных рентгенограммы от 11.01.14:

- корень зуба рост остановил, в верхней трети корня имеется очаг разряжения кости с четкими границами, размерами 0,5 x 0,8 мм (рис. 8);
- формирование корня приостановилось, облитерация просвета канала не выявлена.

### **Восьмое посещение клиники пациенткой (13 августа 2014 года)**

Контрольный осмотр через 2 года после проведенного лечения

При осмотре пациентки было выявлено следующее. Жалоб нет. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Краевое прилегание пломбы не нарушено. Перкуссия зуба 2.4 безболезненная, пальпация переходной складки в области проекции верхушки корня безболезненная.

Анализ данных рентгенограммы от 13.08.14: развитие корня зуба прекратилось, костная структура в периапикальной области восстанавливается, формируется периодонтальная щель (рис. 9).

*Анализ клинического случая и выводы о причинах развития осложнений первоначального лечения и формирования плотного барьера в области окончания корня*

– Первоначально предложенный девитальный метод лечения не удовлетворил родителей, они решили выбрать альтернативный вариант.

– Следует отметить, что, желая сохранить зуб, пациентка с родителями обошла несколько клиник, как частных, так и государственных. Везде был предложен девитальный метод лечения зуба 2.4 с исключением возможности сохранения жизнеспособности корневой пульпы и ростковой зоны.

– Перед лечением мы проанализировали возможные методы лечения, исходя из стадии развития корня зуба 2.4. Изучили ряд публикаций по данной проблеме.

– На основании клинической картины, анамнеза и данных рентгенографического (визиографического) обследования причинами, способствующими развитию апикального периодонтита зуба 2.4, можно считать:

- низкий исходный уровень минерализации твердых тканей прорезающегося зуба;
- отсутствие надлежащей гигиены полости рта пациентки;
- недостаточный уровень самоконтроля пациентки и контроля состояния полости рта ребенка со стороны родителей;
- невозможность на сегодняшний день объективно оценить состояние пульпы зуба. В данном случае электрометрический метод не является точным, так как корень зуба находится в стадии формирования.

#### Выводы

Проведено лечение зуба 2.4 с несформированным корнем с диагнозом «хронический периодонтит K04.5». Результатом явилось удлинение корня зуба, формирование корневого канала, апексификация верхушечной части корня зуба, формирование периодонтальной щели по всей протяженности корня, восстановление структуры костной ткани в периапикальной области.

Результат лечения подтвердил правильность выбранной тактики лечения, несмотря на желание добиться апексогенеза. Произошла активизация жизнеспособных клеток ростковой зоны зуба 2.4, цементобластов и остеобластов, что позволило стимулировать процесс апексификации корня несфор-

мированного зуба 2.4. Данный исход можно считать благоприятным, несмотря на то что корень такого зуба остается менее прочным и при возможных повреждениях склонен к перелому.

С профессиональной точки зрения, в настоящее время возможно эффективно вылечить хронический апикальный периодонтит в зубе с несформированной верхушкой корня и добиться апексификации. Мы впервые применили биоактивный силикатный цемент Biodentine™ (Septodont) в ситуации развития хронического воспалительного процесса в постоянном зубе с несформированным корнем. Важна роль практического опыта специалиста, участвующего в обследовании, установлении диагноза, выработке плана и анализе хода лечения и реабилитации.

Учитывая возраст пациента и происходящие при росте и развитии организма физиологические процессы, на основе знания механизмов формирования корня зуба и выживаемости зоны роста необходимо применение биологически активных лечебных и obturационных материалов в детской стоматологии.

**Поступила 03.12.2014**

*Координаты для связи с авторами:  
127206, Москва, ул. Вучетича, д. 9а  
Центр стоматологии и ЧЛХ*

## СИМПОЗИУМ «БОЛЕЗНИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПУЛЬПЫ И ПЕРИОДОНТА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ»

9 февраля 2015 года, в «Крокус Экспо» в рамках XII Всероссийского стоматологического форума «Образование, наука и практика в стоматологии» выставки «Дентал-Ревю» по объединенной тематике «Неотложная помощь в стоматологии» состоялся всероссийский, совместно с секцией СТАР «Эстетическая стоматология», симпозиум «Болезни твердых тканей зубов, пульпы и периодонта. Современные технологии диагностики, лечения, профилактики осложнений», посвященный 75-летию профессора Максимовского Ю. М.

Руководитель симпозиума – заведующий кафедрой кариесологии и эндодонтии, декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., пост-президент секции СТАР «Эстетическая стоматология», заслуженный врач РФ, профессор Митронин А. В.

Интерес к таким разделам стоматологии, как кариесология и эндодонтия, острые воспалительные процессы и помощь пациентам на клиническом приеме, остается очень высоким. На форум съехались руководители вузов, учреждений, клиник и зарубежные гости. Организаторы: ректор МГМСУ, заслуженный врач РФ, профессор Янушевич О. О.; президент СТАР, доцент кафедры МГМСУ Садовский В. В.; проректор по учебной работе МГМСУ, заслуженный врач РФ, профессор Сохов С. Т.; председатель комитета международной деятельности МГМСУ, заслуженный врач РФ, профессор Рабинович С. А.; профессор стоматологии Кауфман из Иерусалимского университета Хадасса – остались довольны четкой работой руководителей симпозиумов и выставкой. Диагностика некариозных поражений, кариеса зубов, болезней пульпы и периапикальных тканей и методы оказания амбулаторной помощи при остром течении воспалительных процессов, комплексное лечение и профи-

лактика заболеваний являются одной из актуальных проблем современной практической стоматологии. Внедряются в клиническую практику современные методики диагностики и лечения, от их качества зависят отдаленные результаты. Особое значение в повышении качества комплексного лечения имеет совершенствование профессионального мастерства врачей-стоматологов, повышение уровня знаний, овладение новыми технологиями, материалами и методиками. С этими целями ежегодно организуется симпозиумы, семинары, курсы и мастер-классы, выходят профильные журналы ВАК «Эндодонтия today» и «Cathedra – Кафедра. Стоматологическое образование», где публикуются научно-практические статьи. Все это делается для того, чтобы врачи могли получить как можно больше информации о результатах исследований, внедрения новых технологий в стоматологическую практику, повышающих эффективность лечения. Многие врачи-стоматологи – члены секции СТАР «Эстетическая стоматология» и эндодонтической секции СТАР – принимают участие во всероссийских и международных и европейских форумах и чемпионатах мастерства.

Перед началом симпозиума представлены видеопрезентации памяти корифея стоматологии заслуженного деятеля РФ, профессора Максимовского Ю. М., которому исполнилось бы 75 лет. На симпозиум пришли в полтора раза больше желающих принять участие, чем мог вместить зал С. В этой связи мы вынуждены были предложить тем, кто не смог вместиться в зал, посетить другой симпозиум. Стулья президиума выставлены в зал, но многим пришлось стоя слушать доклады в нашем зале. Позже вновь приходили желающие – в целом симпозиум посети-