

Клинический опыт лечения «розового» зуба

Докладчики:

Бутвиловский А.В., профессор кафедры эндодонтии, д.м.н., доцент;

Полянская Л.Н., доцент кафедры эндодонтии, к.м.н., доцент;

Самсонов С.В., к.м.н., доцент;

Костюченко К.С., врач-стоматолог-интерн УЗ «10-я городская стоматологическая поликлиника»,

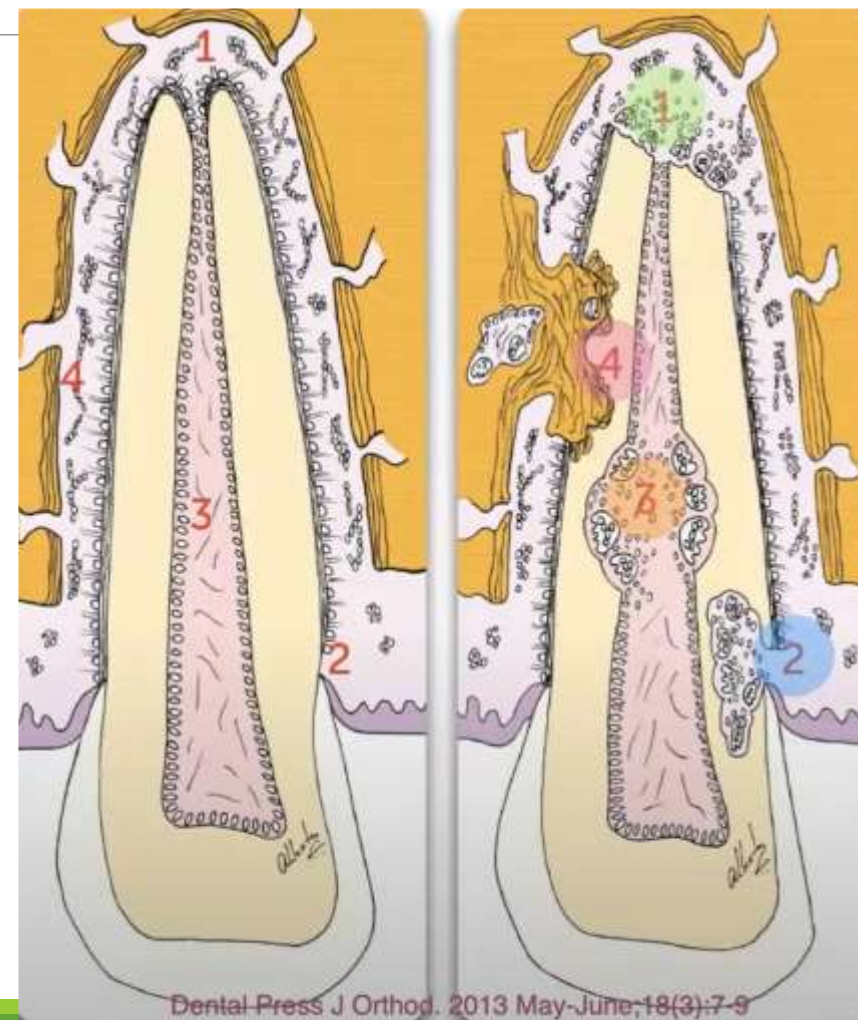
Фархадов Э., клинический ординатор кафедры эндодонтии

Актуальность

Патологическая резорбция зуба — это патологический процесс, обусловленный влиянием неблагоприятных факторов и приводящий к убыли твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба (Дедова Л.Н., Новак Н.В., 2025).

Обнаружение патологической резорбции зуба часто является случайной рентгенологической находкой, однако это не означает, что данная патология является редкой.

В исследовании Saboor A. et al. (2025) установлено, что по данным рентгенограмм суммарная частота наружной цервикальной и срединной резорбции составляет 2,94%.



Актуальность

Менеджмент данной патологии в нашем государстве регламентируется клиническим протоколом, утвержденным Постановлением Министерства здравоохранения Республике Беларусь от 2 июня 2025 г. № 53, и в сложных клинических случаях требует междисциплинарного подхода, что и определяет актуальность работы в этом направлении.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.06.2025 № 53

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское и взрослое население) с патологической резорбцией зуба»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское и взрослое население) с патологической резорбцией зуба (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K03.3 Патологическая резорбция зубов; K03.30 Патологическая резорбция зубов. Внешняя (наружная); K03.31 Патологическая резорбция зубов. Внутренняя [внутренняя гранулема] [розовое пятно]; K03.39 Патологическая резорбция зубов неуточненная).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

патологическая резорбция зуба – патологический процесс, обусловленный влиянием неблагоприятных факторов, приводящий к убыли твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ ЗУБА

4. Патологическую резорбцию зуба классифицируют по течению, форме, глубине поражения, локализации на поверхности корня, распространенности:

4.1. по течению:
прогрессирующая – убыль твердых тканей зуба с тенденцией увеличения размеров резорбции;

переходящая – временный тип резорбции, при котором процесс разрушения сопровождается последующей репарацией твердых тканей зуба;

4.2. по форме:
наружная – деструкция цемента и/или дентина наружной поверхности корня;
внутренняя – повреждение внутрикорневого преддентина и дентина с распространением деструкции в цемент;

4.3. по глубине поражения:
перфорирующая – сквозной дефект стенки корня или корневого канала, образовавшийся вследствие прогрессирования резорбтивного процесса;
неперфорирующая – резорбция без образования сквозного дефекта стенки корня или корневого канала;

4.4. по локализации на поверхности корня:
первичальная – резорбтивный процесс твердых тканей зуба, который начинается в области шейки зуба с последующим распространением вдоль поверхности корня и вглубь твердых тканей;

Клинический случай

Пациентка К., 16 лет (в сопровождении матери) обратилась для профилактического осмотра. На момент обращения жалобы отсутствовали.

Status localis. Коронка зуба 1.2 имеет розовый цвет, на вестибулярной поверхности в области шейки имеется дефект твердых тканей, уходящий под десну на 2 мм. Зондирование болезненно в 1 точке дна дефекта. Дефект заполнен грануляционной тканью, кровоточащей при прикосновении. Холодовая проба положительная с длительным болевым приступом. Перкуссия зуба безболезненная, слизистая в проекции зуба без изменений.



Клинический случай

На КЛКТ: очаг просветления на вестибулярной поверхности коронки и корня зуба 1.2 размером 4,5×3,0×2,5 мм.

Диагноз: хронический пульпит зуба 1.2; прогрессирующая неперфорирующая наружная цервикальная локализованная патологическая резорбция зуба 1.2.

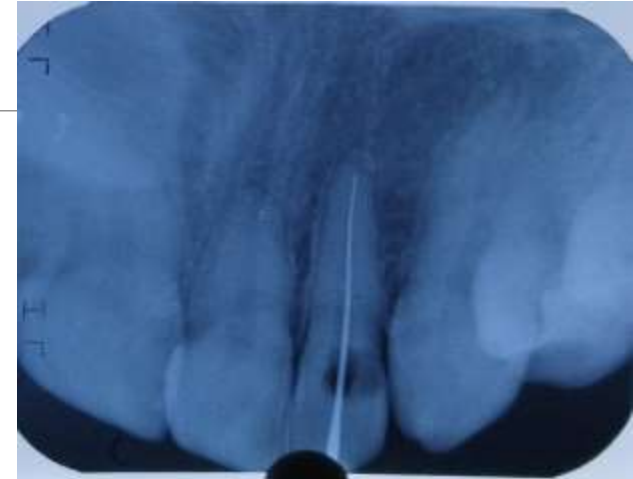


Клинический случай

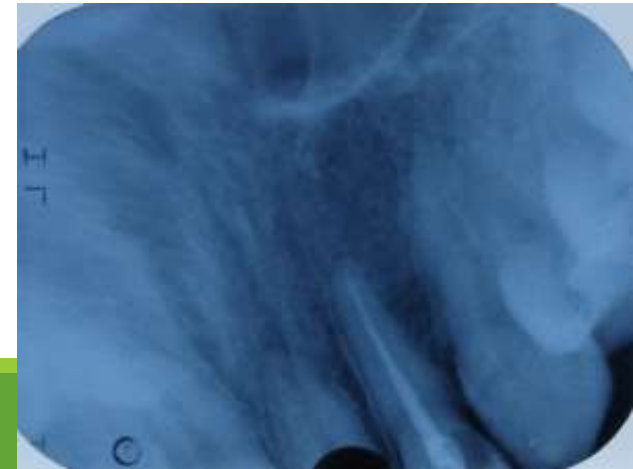
Предложен следующий план лечения зуба 1.2:

1. Эндодонтическое лечение зуба 1.2 с временным пломбированием гидроксидом кальция.
2. Реставрация дефекта на вестибулярной поверхности зуба 1.2.
3. Динамическое наблюдение.

Лечение: 1-е посещение. Под инфильтрационной анестезией Sol. “Orablock 1:200 000” – 0,8 мл создан эндодонтический доступ в зубе 1.2, экстирпирована пульпа, проведена навигация корневого канала с определением рабочей длины, его медикаментозная и механическая обработка (до размера 30.06), высушивание, временное пломбированием “Sure Paste” с гуттаперчевым штифтом и закрытие полости доступа “Temp It Flow”. Пациентка назначена через неделю.



После получения рентгенограммы рабочая длина была скорректирована на +1 мм.

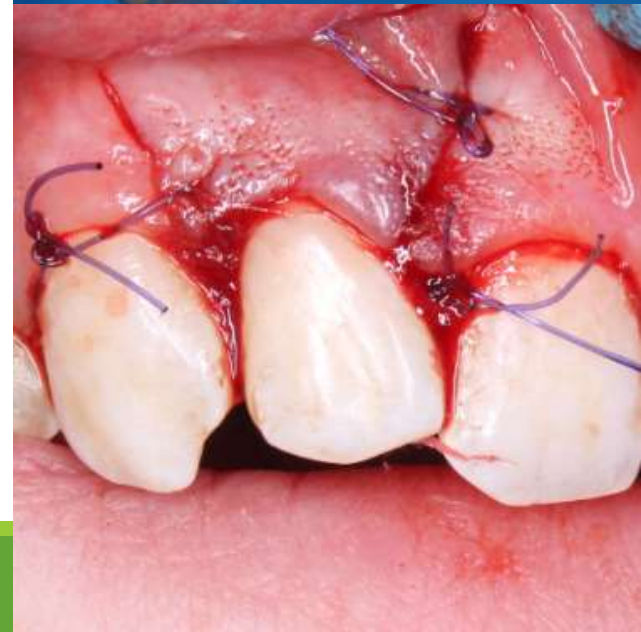


Клинический случай

Лечение: 2-е посещение. Под инфльтрационной анестезией Sol. “Orablock 1:200 000” – 0,8 мл отслоен трапецивидный слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области зуба 1.2 (расстояние между поддесневым краем дефекта и костью составило 2,0 мм).

Установлена система коффердам, очищен зуб 1.2, отпрепарирован дефект и иссечена грануляционная ткань, выполнен гемостаз (гель “Alustat”, 2 минуты), адгезивная подготовка “Single Bond Universal” в режиме селективного протравливания, реставрация “Estelite Universal Flow Medium” + “Estelite Asteria A3B”, обработка реставрации.

Лоскут возвращен на место и зафиксирован одиночными узловыми швами. Пациентка назначена через неделю.



Клинический случай

Лечение: 3-е посещение. Восстановлен эндодонтический доступ в зубе 1.2, проведена медикаментозная и механическая обработка корневого канала со звуковой и инструментальной активацией растворов. Постоянная obturация проведена методом холодной гидравлической конденсации “Sure Seal Root” (на рентгенограмме корневой канал запломбирован плотно, конусно, на 0,5 мм от R-верхушки). Полость доступа закрыта “Temp It Flow”.

Пациентка назначена через 3 дня, когда было проведено снятие швов.

В заключительное посещение (через 5 дней) временная пломба на небной поверхности была заменена на постоянную реставрацию из “Estelite Universal Flow Medium”+”Estelite Asteria АЗВ”.



Заключение

Клинический опыт лечения хронического пульпита постоянного зуба, сочетающегося с прогрессирующей неперфорирующей наружной цервикальной локализованной патологической резорбцией, с использованием действующего клинического протокола оказался успешным.

В менеджменте данной патологии целесообразна командная работа врачей-специалистов в области эндодонтии и реставрационной терапии, а также врача-стоматолога-хирурга.

Email: alexbutv@rambler.ru