

Вопросы клинико-морфологической характеристики внутрикорневой резорбции зуба и ее лечения

ЦИЦИАШВИЛИ А.М.¹, к.м.н., доцент

ШИШКАНОВ А.В.¹, к.м.н., доцент

ЭКТОВА А.П.², врач-патологоанатом

ПЕСТОВА Т.В.¹, клинический ординатор

¹Кафедра хирургической стоматологии

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

²Обособленное структурное подразделение Российская детская клиническая больница

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Clinical and morphological characteristics intra-root tooth resorption and its treatment

TSITSIAHVILI A. M.¹, DMS, Associate Professor

SHISHKANOV A. V.¹, DMS, Associate Professor

EKTOVA A. P.², doctor pathologist

PESTOVA T. V.¹, clinical resident

¹Department of surgical dentistry

Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education

«A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry»

of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

²Separate structural subdivision Russian Children's Clinical Hospital
of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education

«Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov»

of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутренняя резорбция корня зуба (иногда называемая «внутрикорневая киста», по МКБ-10- K03.31 – внутренняя гранулема пульпы) – деструктивный процесс, протекающий только в пределах системы корневых каналов и/или пульпарной камеры, как правило, связанный с хроническим воспалительным процессом в пульпе зуба [1].

Впервые этот процесс был описан в 1953 году профессором Сиповским П. В. Он указал, что в участках пульпы, где имеется местное расстройство кровообращения, лимфообращения, вакуолизация одонтобластов, нередко образуются своеобразные пространства – «кисты» [2].

На сегодняшний день не существует однозначных рекомендаций по решению этой проблемы. Данный патологический процесс может протекать бессимптомно и часто обнаруживается случайно. В то же время возможно появление болевых ощущений и потеря пораженного зуба.

При этом нередко диагностические ошибки, когда наружную цервикальную резорбцию корня принимают за внутреннюю [3].

При активной внутренней резорбции небольшой участок пульпы может оставаться жизнеспособным, в связи с чем возможен положительный ответ на тестирование чувствительности пульпы. Коронковая часть пульпы часто некротизирована в то время, как корневая пульпа, в том числе и в области резорбтивного дефекта, может оставаться жизнеспособной. Поэтому отрицательный результат на чувствительность не исключает активную внутреннюю резорбцию. Также пульпа может погибнуть после длительного периода активной резорбции, при этом тест на чувствительность будет отрицательным, а на рентгенограмме будут признаки не только внутренней резорбции, но и верхушечного периодонтита [4].

Таким образом, показания электроодонтодиагностики нельзя считать достоверными, что еще более усложняет выявление данной патологии. Вопросом диагностики и лечения внутрикорневой резорбции занимались и продолжают заниматься в данный момент как российские, так и зарубежные ученые. Среди них Heithersay, Dov M. Almog, Odalys Hector, Salma B., A. Abdo, Rygh P., Gutman J., Newman W. G., Wainwright W. M., Linge B. O. и другие. Из российских исследователей стоит отметить Ахмедова Э. А., Берхмана М. В.,

Гвоздикову Е. Н., Прохорова И. С., Даурову Ф. Ю., Майсигова М. Н., Казеко Л. А., Федорову И. Н., Александрову Л. Л., Редуто К. В., Фаравани С.

Выбор оптимального метода лечения зубов при различных видах резорбции корня представляет значительные сложности и зависит от клинической ситуации [5].

Лечение резорбций может быть консервативным (эндодонтическим) и хирургическим [6].

Эндодонтическое лечение проводят в тех случаях, когда есть возможность выполнения триады: стерилизации, очистки и obturation корневых каналов. Если эти требования могут быть выполнены и очаг резорбции не перфорирует стенки канала, то консервативное лечение – метод выбора [6].

Если три основных требования могут быть соблюдены, но имеется перфорация стенки канала, не сообщающаяся с полостью рта, проводят временное пломбирование канала гидроксидами кальция [6].

Консервативное эндодонтическое лечение

Возможность устранения дефекта и сохранения зуба, в первую очередь, зависит от устранения причин, вызвавших резорбцию (бактериальной инвазии, некротизированной пульпы), и тщательной очистки, формирования и obturation корневого канала. Эндодонтическое лечение позволяет купировать процесс за счет удаления раздражителей из корневого канала [5].

Прогноз внутренней резорбции весьма благоприятен в случаях, когда резорбция не поразила большую часть объема зуба. Однако при применении качественных армирующих материалов даже зуб с крупным дефектом может быть спасен [7].

При внутренней резорбции корня зуба в результате большой потери твердых тканей имеет место значительное ослабление пораженного корня, и он находится под угрозой перелома. В таких случаях полезным оказывается применение стекловолоконных штифтов, поскольку они позволяют достичь укрепления и стабилизации таких зубов. Кроме того, рекомендуется



Рис. 1. Клиническая картина зуба 1.4

Fig. 1. Clinical case of the tooth 1.4



Рис. 2. Клиническая картина зуба 1.4

Fig. 2. Clinical case of the tooth 1.4



Рис. 3. Клиническая картина зуба 1.4

Fig. 3. Clinical case of the tooth 1.4



Рис. 4. Клиническая картина зуба 1.4

Fig. 4. Clinical case of the tooth 1.4

использование операционного микроскопа, поскольку только в этом случае возможен визуальный контроль процесса лечения. Применение техники термопластической obturation позволяет тщательно заполнить и уплотнить резорбционную полость [8].

Рекальцификация или апексификация с помощью гидроксида кальция и гидроксиапатита

При пульпарной инфекции, распространяющейся за пределы канала, методом выбора является применение гидроксида кальция, который используется в качестве внутриканального пломбировочного материала от 6 до 24 месяцев [8].

Если имеется обширная деструкция корня, сообщающаяся с полостью рта, необходим хирургический метод лечения [6].

Хирургическое лечение

При обширной деструкции корня и длительном кровотечении или перфорации, сообщающейся с полостью рта, необходим хирургический метод лечения, включающий резекцию верхушки корня зуба, короно-радикулярную сепарацию либо ампутацию корня, а в некоторых случаях может потребоваться удаление всего зуба [9, 10].

Клинический случай

В клинику хирургической стоматологии обратилась пациентка О., 1990 г.р. с жалобами на периодические боли в области зуба 1.4. Периодические боли беспокоят пациентку в течение последних 12 месяцев. При внешнем осмотре особенностей не выявлено. При осмотре в полости рта: зуб 1.4 – на жевательной и контактной поверхностях с дистальной стороны пломба, краевое прилегание не нарушено, в цвете не изменена. Перкуссия зуба безболезненная, патологическая подвижность отсутствует, слизистая оболочка с вестибулярной стороны слабо гиперемирована (рис. 1-6). При зондировании с вестибулярной стороны по передней поверхности корня определяется карман глубиной 6 мм. Зондирование слабо болезненно.

На КЛКТ: в щечном корне зуба 1.4, в средней трети, определяется ограниченное правильно-округлой фор-

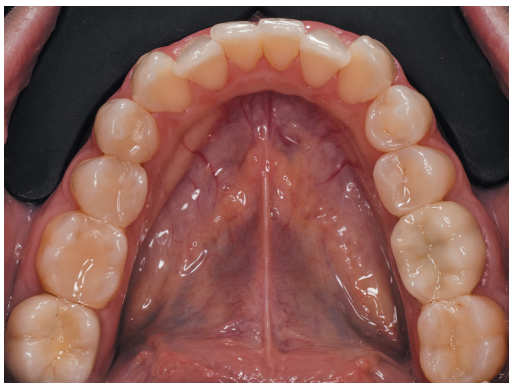


Рис. 5. Клиническая картина зуба 1.4

Fig. 5. Clinical case of the tooth 1.4



Рис. 6. Клиническая картина зуба 1.4

Fig. 6. Clinical case of the tooth 1.4

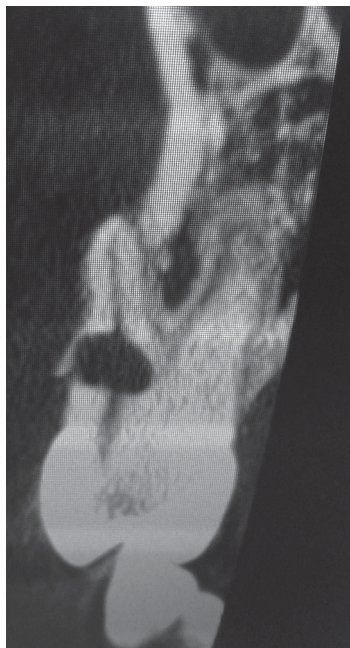


Рис. 9. КЛКТ зуба 1.4

Fig. 9. CT of the tooth 1.4

мы расширение корневого канала с четкими контурами, диаметром до 3,7 мм. Прослеживается нарушение целостности

вестибулярной поверхности щечного корня. Отмечается резорбция костной ткани по горизонтальному типу до 1/3 длины межзубной перегородки (рис. 7-9).

Учитывая клинко-рентгенологическую картину, поставили клинический диагноз «внутрикорневая киста зуба 1.4» (K03.31 – внутренняя гранулема пульпы). После консультации врача стоматолога-терапевта по поводу возможности консервативного лечения зуба 1.4 запланировано удаление зуба 1.4. Удаление проведено под местной анестезией Sol.Articaini 1:200000 1,8 мл с применением люксаторов. При визуальном осмотре лунки и кюретаже обнаружены грануляционная ткань и подвижный фрагмент костной ткани в области наружной кортикальной пластинки. После тщательного кюретажа края слизистой оболочки лунки удаленного зуба сближены узловыми швами Vicryl 5-0. В лунке сформировался кровяной сгусток

(рис. 10). Удаленный материал отправлен на патогистологическое исследование (рис. 11).

Проведена антибактериальная терапия. К 10 дню лунка эпителизировалась.

Были изготовлены и изучены продольные распилы зуба, полученные при кюретаже, грануляционная и костная ткань.

Результаты гистологического исследования:

Макроскопическое описание:

1) Препарат 2706-07/17 (2 кассеты)

Зуб размером 2,1 x 0,9 x 0,4 см, содержит два корня. В проксимальной части одного из корней полость диаметром 0,4 см. Стенки белесоватые, местами с буроватыми наложениями. В коронковой части зуба определяется полость размером 0,3 x 0,5 см, заполненная

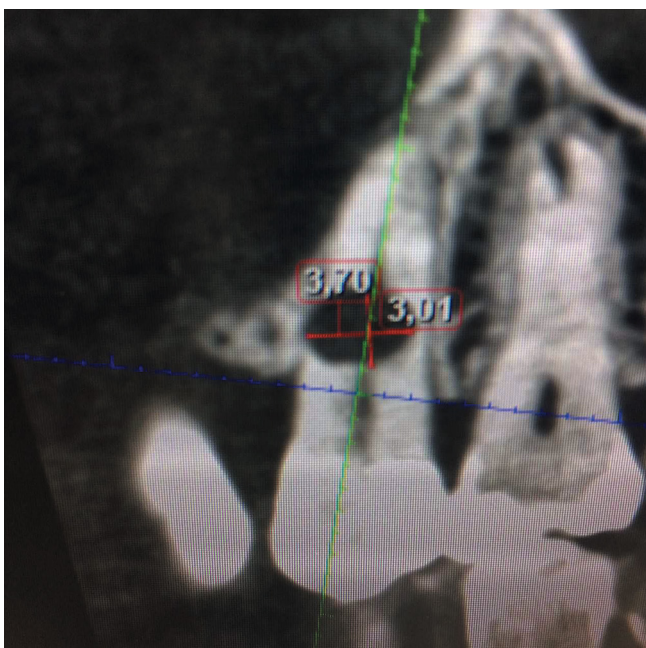


Рис. 7. КЛКТ зуба 1.4

Fig. 7. CT of the tooth 1.4

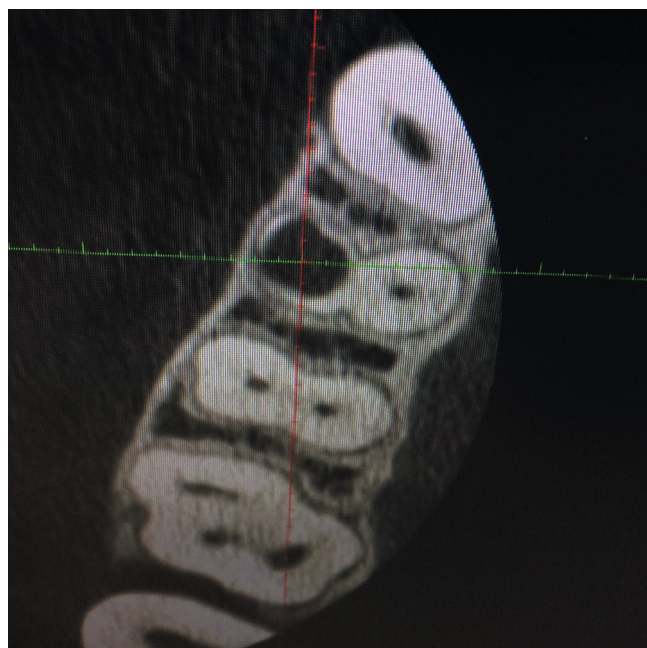


Рис. 8. КЛКТ зуба 1.4

Fig. 8. CT of the tooth 1.4

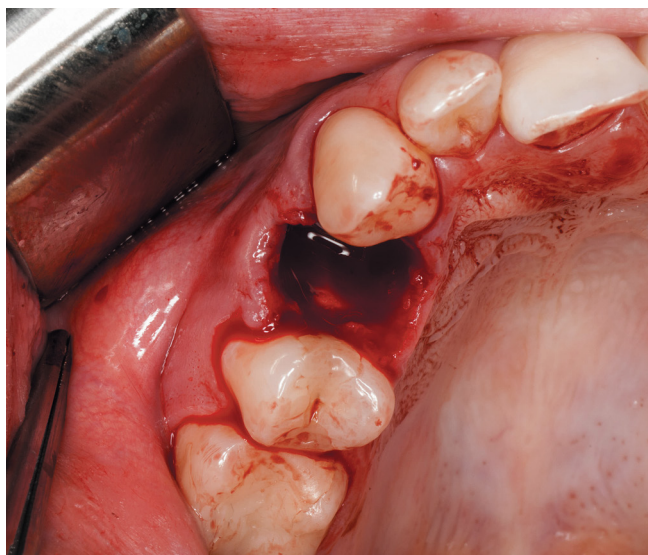


Рис. 10. Лунка зуба 1.4 после удаления
Fig. 10. Alveolus of the tooth 1.4 after its extraction



Рис. 11. Материал для
патогистологического исследования
Fig. 11. The material for
histopathological examination



Рис. 12. Препарат 2706-0717
Fig. 12. The examined material 2706-0717

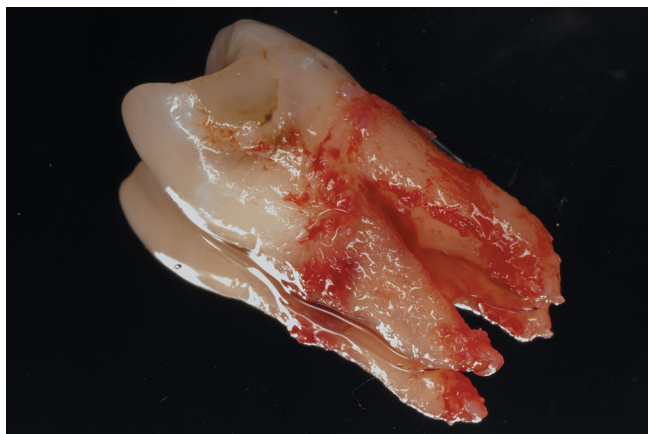


Рис. 13. Препарат 2706-0717
Fig. 13. The examined material 2706-0717

артифициальным (пломбировочным) материалом, визуально достигает пульпы (рис. 12, 13).

2) Препарат 2708-15/17 (1 кассета).

Несколько буроватых фрагментов ткани, общим размером 0,5 x 0,5 x 0,5 см.

Микроскопическое описание:

1) Препарат 2706-07/17

В доставленном материале участок зуба. В центральной части одного из корней определяется полость резорбции дентина, внутренний край узур-

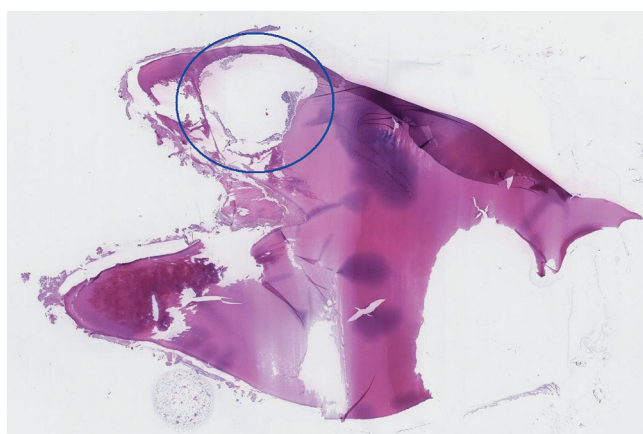


Рис. 14. Микрограмма среза
препарата 2706-0717
Fig. 14. The micropreparation 2706-0717

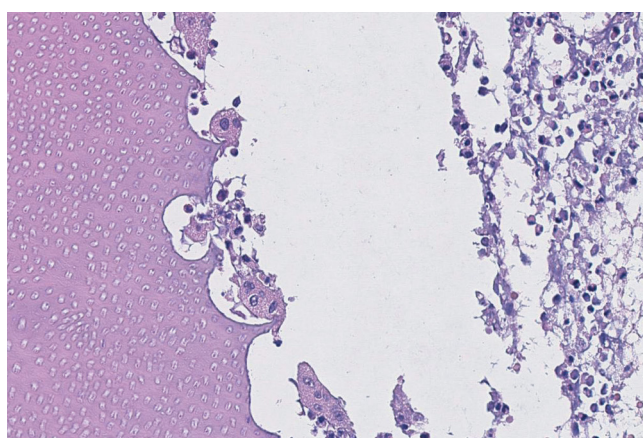


Рис. 15. Микрограмма среза
препарата 2706-0717
Fig. 15. The micropreparation 2706-0717

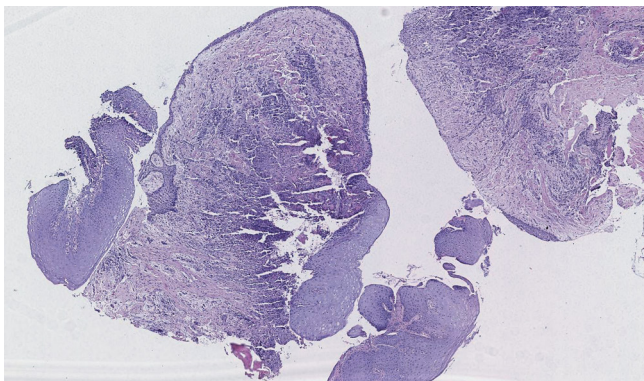


Рис. 16. Микрограмма среза
препарата 2708-1517

Fig. 16. The micropreparation 2708-1517

рован за счет прилежащих CD68+ дентинокластов. Просвет полости заполнен грануляционной тканью с наличием CD68+ макрофагов (дентинокластов), содержащих в цитоплазме большое количество эозинофильных гранул (дентин?). (рис. 14, 15).

2) Препарат 2708-15/17.

Фрагменты мягкой ткани без признаков атипии. Субэпителиально прослеживается выраженная очаговая лимфоплазмацитарная инфильтрация с примесью эозинофилов и сегментоядерных лейкоцитов. Обнаруживаются фрагменты костной ткани с очаговыми реактивными изменениями, где костная ткань имеет грубоволокнистое строение (рис. 16, 17).

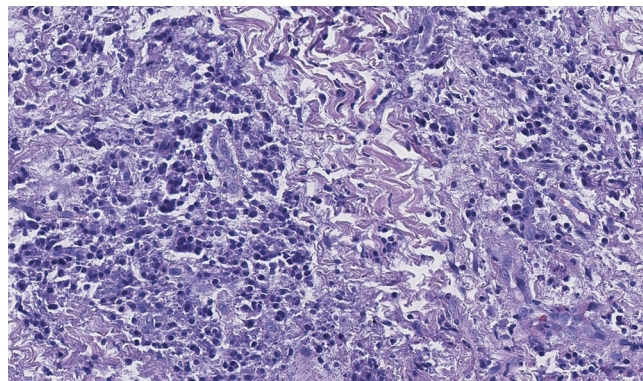


Рис. 17. Микрограмма среза
препарата 2708-1517

Fig. 17. The micropreparation 2706-1517

Патологоанатомический диагноз:

1) Препарат 2706-07/1 – внутренняя резорбция дентина корня зуба

2) Препарат 2708-15/17 – фрагменты мягкой ткани с продуктивным воспалением и участки костной ткани с реактивными изменениями.

В данном клиническом случае нам пришлось прибегнуть к операции удалению зуба, поскольку определяемая на КЛКТ резорбция вестибулярной стенки, а также регистрируемый клинически пародонтальный карман глубиной 6 мм, не представляли возможным вылечить зуб 1.4 консервативными методами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Казеко Л. А., Федорова И. Н., Александрова Л. Л. Резорбция корня зуба // Современная стоматология. 2010. №1. С. 19-25. [Kazeko L.A., Fedorova I.N., Aleksandrova L.L. Tooth root resorption, Modern dentistry. -2010. -№1. - P. 19-25]
2. Некоторые дистрофические изменения пульпы зуба [Электронный ресурс]: <http://netbolyachek.ru/organizaciya-raboty-medicinskoj-sestry/132-nekotorye-distroficheskie-izmeneniya-pulpy-zuba.html> (дата обращения 26.10.2017). [Some dystrophic changes of the tooth pulp [Electronic resource]: <http://netbolyachek.ru/organizaciya-raboty-medicinskoj-sestry/132-nekotorye-distroficheskie-izmeneniya-pulpy-zuba.html> (last view is on 26.10.2017)]
3. Тронстад Л. Эндодонтические аспекты резорбции корня [Электронный ресурс]: http://bone-surgery.ru/view/endodonticheskie_aspekty_rezorbcii_kornya/ (дата обращения 26.10.2017). [Tronstad, L. Endodontic aspects of root resorption [Electronic resource]: http://bone-surgery.ru/view/endodonticheskie_aspekty_rezorbcii_kornya/ (last view is on 26.10.2017)]
4. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия / под ред. Соловьева А.М. – 2007. – С. 632-633. [Stephen Cohen, Richards Burns. Endodontics / ed. Solovyov A.M. - 2007. -P. 632-633]
5. Казеко Л. А., Редуто К. В., Фаравани С. Эндодонтические аспекты резорбции корня зуба // Стоматолог. 2013. №4 (11). С. 83-85. [Kazeko L.A., Reduto K.V., Faravani S. Endodontic Aspects of Tooth Root Resorption, Scientific and Practical Journal "Dentist". -2013. -№ 4 (11). -P. 83-85]
6. Кулаков А. А., Робустова Т. Г., Неробеева А. И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. Кулакова А. А., Робустовой Т. Г., Неробеева А. И. – 2010. – С. 255-257. [Kulakov A.A., Robustova T.G., Nerobeeva A.I. / Surgical dentistry and maxillofacial surgery. National Guide // ed. Kulakova A.A., Robustova T.G., Nerobeeva A.I. -2010. -P. 255-257]
7. Салма Б., Абдо А. Лечение обширной внешней и внутренней резорбции корня при помощи МТА [Электронный ресурс]: <https://stomatologclub.ru/stati/terapiya-10/lechenie-obshirnoj-vneshnej-i-vnutrennej-rezorbcii-kornya-pri-pomoshhi-mta-1023/> (дата обращения 26.10.2017). [Salma B., Abdo A. Treatment of extensive external and internal root resorption with the help of MTA [Electronic resource]: <https://stomatologclub.ru/stati/terapiya-10/lechenie-obshirnoj-vneshnej-i-vnutrennej-rezorbcii-kornya-pri-pomoshhi-mta-1023/> (last view is on 10/26/2017)]

8. Стосек М., Минчик Дж., Туленко М. Случай эндодонтического лечения внутренней резорбции корня зуба с помощью стекловолоконного композитного корневого штифта // Новое в стоматологии. 2013. №1 (189). С. 12-15. [Stosek M., Minchik J., Tulenko M. A case of endodontic treatment of internal tooth resorption using a fiberglass composite root pin / Scientific-practical journal "New in Dentistry". -2013. -№ 1 (189). -P. 12-15]

9. Байтус Н. А. Внутренняя резорбция корня зуба. Клиника. Диагностика. План лечения / Методическая разработка №2 для проведения занятия со студентами 4 курса в 7 семестре стоматологического факультета по терапевтической стоматологии (для студентов). – Витебск, 2016. [N. Bytus Internal resorption of the tooth root. Clinic. Diagnostics. Treatment plan / Methodological development No. 2 for classes of 4th year students in the 7th semester of the Faculty of Dentistry in Therapeutic Dentistry (for students), Vitebsk-2016]

10. Дов М. Алмог, Одалис Гектор. Внутренняя резорбция корня исключает реставрацию // Dental Tribune Russian Edition. 2012. №3. С. 26. [Dov M. Almog, Odalys Hector. Root root resorption excludes restoration of Dental Tribune Russian Edition. -2012. -Number 3. -P. 26]

Поступила 25.12.2018

Координаты для связи с авторами:
127473, г. Москва, Делегатская ул., д. 20/1
E-mail: Pestova_tat_vlad@mail.ru

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
журнала «Пародонтология»
в каталоге «Пресса России» – 18904

