

# Клинический случай лечения внутрикорневой резорбции

Л.В. ДЕРЯБИНА\*, к.м.н., доц.

О.Н. КРАВЕЦ\*, к.м.н., асс.

П.М. ДЕРЯБИН\*\*, зав. стомат. отд-м

\*Кафедра терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава РФ

\*\*ООО «ПРОФМЕД+» многопрофильная клиника

Санкт-Петербург

## Clinical case of treatment of tooth resorption

L.V. DERYABINA, O.N. KRAVETS, P.M. DERYABIN

Среди патологии зубочелюстной системы внутрикорневая резорбция по частоте встречаемости занимает не последнее место. Зачастую данное патологическое состояние выявляется случайно при проведении рентгенологического исследования и характеризуется округлым или овальным образованием по ходу корневого канала. Среди этиологических факторов частыми являются травма зуба, инфекционный процесс.

Особо следует отметить, что нелеченая внутрикорневая резорбция может прогрессировать и привести к перелому корня зуба. Залогом успеха терапии данной патологии является выбор правильной тактики ведения таких пациентов с применением современных протоколов лечения.

Мы предлагаем вашему вниманию клинический случай лечения внутрикорневой резорбции зуба 1.1.

12.09.2005 пациентка А. 1980 года рождения обратилась на кафедру терапевтической стоматологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова с жалобами на незначительные болевые ощущения при накусывании на верхний центральный резец справа.

Ранее пациентка обращалась в частную клинику, где ей оказали первичную помощь: обеспечение трепанационного доступа, частичная обработка корневого канала, в коревом канале была оставлена турунда с эвгенолом под временную пломбу.

Данные объективного обследования: конфигурация лица не изменена.

Кожные покровы физиологической

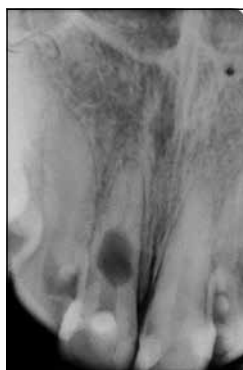


Рис. 1. Внутриротовая прицельная рентгенограмма зуба 1.1. Исходная ситуация



Рис. 2. Внутриротовая прицельная рентгенограмма зуба 1.1. Контроль пломбирования корневого канала от апикально-резорбции



Рис. 3. Внутриротовая прицельная рентгенограмма зуба 1.1. Контроль пломбирования области внутрикорневой резорбции

окраски, без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

На небной поверхности зуба 1.1 имеется временная пломба. Коронка в цвете не изменена. Подвижность зуба физиологическая. Перкуссия вертикальная слабо-болезненная, горизонтальная безболезненная. Слизистая оболочка в области проекции верхушки корня зуба 1.1 бледно-розового цвета, без патологических изменений, при пальпации безболезненная.

На внутриротовой прицельной рентгенограмме в области зуба 1.1 от 12.09.2005 на границе устьевой и средней части корня определяется изменение конфигурации просвета корневого канала в виде симметричного колбообразного расширения, не достигающего до края видимой тени стенок корня на 0, 1 мм медиально и на 0, 2 мм дистально (рис. 1).

На основании клинико-рентгенологического обследования пациентке был поставлен окончательный диагноз: 1.1 внутрикорневая резорбция (по МКБ-10 — K02.4).

Лечение проводилось по стандартному протоколу.

### Первое посещение

После снятия временной пломбы из зуба 1.1 больной проведена ревизия и эндодонтическая обработка корневого канала с ирригацией после каждого механического этапа раствором гипохлорита натрия 3,25%. С целью дезинфекции системы корневого канала использовался препарат на основе гидроксида кальция CALASEPT (NordiskaDental) на 7 суток под повязку из стеклоиономерного цемента Fuji II (GC).

### Второе посещение

Пациентка жалоб со стороны зуба 1.1 жалоб не предъявляла. Объективно: временная пломба на зубе 1.1 сохранена. Перкуссия без-

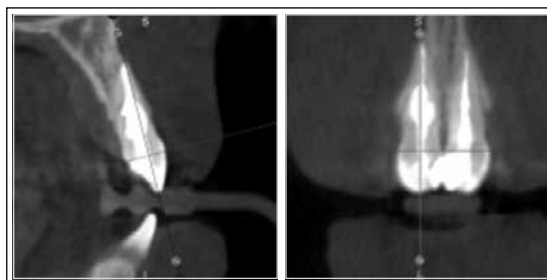


Рис. 4. Вестибуло-оральное и мезио-дистальное сечение зуба 1.1. для демонстрации гомогенности и полноты obturation канала и полости внутрикорневой резорбции

болезненная, пальпация по переходной складке безболезненная.

Проведено удаление временной пломбы, кальций-содержащего препарата из корневого канала. Медикаментозная обработка по протоколу и obturation апикальной и средней трети методом латеральной конденсации с использованием силера AN PLUS (Dentsply) и гуттаперчевых штифтов, временная пломба Fuji II (GC).

Пациентка направлена на рентгенологический контроль качества obturation корневого канала от апикального отверстия до зоны резорбции (рис. 2). Даны рекомендации и назначено посещение через три дня.

#### Третье посещение

Жалобы отсутствуют. Объективно: временная пломба на зубе 1.1 сохранена. Перкуссия безболезненная, пальпация по переходной складке безболезненная.

Удалена временная пломба, разогретым инструментом удалены части гуттаперчевых штифтов, находящихся в зоне резорбции, с последующим закрытием эндодонтическим цементом, состоящим из нескольких минеральных оксидов (ProRootMTA (Dentsply)). Рентгенологический контроль качества заполнения области

внутрикорневой резорбции (рис. 3). После проверки его отверждения была изготовлена прямая композитная реставрация.

17.02.2016 пациентка явилась с целью профилактического осмотра и для более детального контроля проведенного эндодонтического лечения пациентка была направлена на трехмерное рентгенологическое исследование в области зуба 1.1. По данным конусно-лучевой компьютерной томографии определяется равномерное заполнение корневого канала и зоны внутрикорневой резорбции (рис. 4).

#### Заключение

Успех лечения внутрикорневой резорбции напрямую зависит от качества диагностики, соблюдения протоколов эндодонтического лечения и использования материалов, способствующих репаративным процессам в дентине.

**Поступила 27.07.2016**

Координаты для связи с авторами:  
191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

## Современный взгляд на кариес и некариозные поражения зуба. Борьба с заблуждениями и пути решения проблем.

8–9 октября 2016 г.

**БУЛАВКО  
Роман  
Александрович**



#### День первый

*Часть первая. Современные представления о кариесе и принципах его лечения.*

1. Современные представления о причинах и развитии кариеса.
2. Реакция пульпы на кариозный процесс.
3. Классификация кариеса. МКБ-10. Что важно при диагностике кариозного процесса? Долой мифы!
4. Дифференциальная диагностика кариозного процесса в свете Международной Классификации Болезней.
5. Общий принцип лечения кариеса зубов и его биологический смысл.
6. Обзор материалов и методик лечения кариеса. Современные представления о препарировании полостей.
7. Клиническая значимость раннего выявления кариозных полостей.
8. Мифы и заблуждения о диагностике и лечении кариеса.

*Часть вторая. Современные представления о применении композитных восстановительных материалов при лечении кариеса.*

1. История развития восстановительных материалов для лечения кариеса.
2. Появление композитных материалов — революция в стоматологии.
3. Эволюция композитных материалов.
4. Адгезивные системы. Их роль в эффективности лечения, эстетике и прочности реставраций.
5. Возможности композитных материалов для восстановления различных групп зубов.
6. Прочность и эстетика композитных материалов.
7. Долговечность композитных реставраций.
8. Коффердам — необходимость или просто удобство? Мифы о коффердаме.
9. Расширение показаний к композитным восстановлением. Заблуждения о сверхвозможностях реставрации.

#### День второй

*Часть третья. Современные представления о некариозных поражениях зубов.*

1. Старая классификация некариозных поражений зубов. Взгляд на некариозные поражения зубов из советской стоматологии.
2. Современный взгляд на некариозные поражения зубов, их этиологию и патогенез. Заблуждения, мифы, стереотипы советской школы. Необходимость полного переосмысления.
3. Патология прикуса и некариозные поражения — какая связь с некариозными поражениями?
4. Гипоплазии, флюорозы. Их место в классификации болезней зубов.

5. Парафункции, бруксизм, кланч... Что это такое? Какое отношение всё это имеет к некариозным поражениям?
6. Сложности лечения некариозных поражений.
7. Пломба по пятому классу выпадает. Причины неуспеха лечения некариозных поражений.
8. Сочетанные кариозно-некариозные поражения. Как лечить кариес при гипоплазии? Как лечить кариес при парафункции?

*Часть четвертая. Применение композитных материалов в различных клинических ситуациях.*

1. Малоинвазивные методы лечения кариеса при помощи композитных материалов.
2. Восстановление витальных зубов жевательной группы.
3. Восстановление витальных фронтальных зубов.
4. Художественная реставрация — правда и вымысел.
5. Предел возможностей композитных материалов.
6. Применение композитных материалов при восстановлении депульпированных зубов.

#### СТОИМОСТЬ ОБУЧЕНИЯ

1 день — 11 000 руб.  
2 день — 11 000 руб.  
Два дня — 20 000 руб.

Групповые дополнительные скидки от —  
2х человек — 1000 руб. каждому  
Групповые дополнительные скидки от —  
3х человек — 2000 руб. каждому

Включены обеды, кофе брейки, раздаточные материалы и сертификат

Записаться на курс можно по телефонам — 8–800–200–61–31

E-mail: seminar@stomprom.ru

www.stomprom.ru